

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1894/95.

St. Petersburg.

Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.

1895

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1894/95.



St. Petersburg,  
Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.  
1895

Mittheilungen

Gesellschaft praktischer Ärzte

*Ent.*

Дозволено цензурою. Спб., 18 Августа 1895 г.



*4732*

## Sitzung am 18. Mai 1894.

1. Dr. Gilbert hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Casuistik der Perforation». Vortragender ist während seiner geburtshilflichen Thätigkeit sieben Mal gezwungen gewesen die Perforation auszuführen, davon 3 mal am lebenden Kinde. Nach detaillirter Schilderung der einzelnen Fälle kommt Vortragender an der Hand seiner Casuistik zu dem Schluss, dass auch heutzutage der praktische Arzt gelegentlich in die Lage kommen kann die Perforation des lebenden Kindes im Interesse der Mutter ausführen zu müssen, zumal wenn er erst spät zur Geburt gerufen worden. Bei rechtzeitiger Leitung derartiger schwerer Geburten, könnte der Arzt dagegen oft noch mit Hilfe des Colpeurynter, der Walcher'schen Hängelage, der Zange, der Scheidendammincision und der Wendung auf den Fuss wenigstens bei einer Conjugata vera bis zu 8 Cm. herunter mittelgrosse, reife Kinder lebensfrisch zur Welt bringen.

Dr. Treymann ist der Ansicht, dass heutzutage durch Wiedereinführung der Symphyseotomie die Perforation des lebenden Kindes wohl nur in den seltensten Fällen in Frage kommen dürfte. Er müsse nach seinen Erfahrungen im Krankenhause sich entschieden zur Ansicht der Italiener, namentlich Morisanos bekennen, nach welcher der Symphyseotomie der Vorzug vor der Sectio caesarea aus relativer Indication natürlich innerhalb der für die Symphyseotomie geeigneten Grenzen der Beckenmaasse — gegeben werden müsse. Die deutsche Schule, namentlich Leopold — verhalte sich ungerne ablehend dieser segensreichen Operation gegenüber. Zur Illustration dieser Ansicht berichtet Dr. Treymann über eine kürzlich im Krankenhause von ihm ausgeführte Symphyseotomie mit glücklichem Ausgang für Mutter und

Kind. Nachdem in diesem Falle die dringende Indication zur Entbindung eingetreten war bei einer Conj. vera ca. 9 Ctm. wurde erst ein vergeblicher Versuch mit der hohen Zange, darauf bei guten kindlichen Herztönen die Symphyseotomie gemacht, mit glattem Verlauf ohne Verletzungen; leichter Ausgangsforceps. Kind leicht asphyktisch. Weiterer Verlauf für Mutter und Kind günstig.

Dr. Anspach vermisst in den Berichten Dr. Gilberts Angaben über die Beckenmaasse.

Dr. Gilbert hat die Messungen, welche er ja auch für nothwendig hält, in seinen Fällen nicht ausgeführt, weil er sie dem Kräftezustand der Frauen, der gegebenen Kopfeinstellung und der dringenden Indication gegenüber zu handeln für irrelevant hielt.

2. Dr. Bergmann berichtet über einen Fall von Darm-anastomosebildung den er im Nov. a. p. der Gesellschaft vorgestellt. Es hatte sich um einen perityphlitischen Abscess in der Radix mesenterii gehandelt, der richtig diagnosticirt und im Februar 1893 eröffnet worden war, da jedoch mehrfach Verklebungen von Darmschlingen zu lösen waren, hatten sich an mehreren dieser Stellen Fisteln gebildet. Da wegen der ausgiebigen Verwachsungen der Darmschlingen unter einander und mit dem Peritoneum eine Resection der betreffenden Darm-partie sich als unausführbar herausstellte, nähte Votr. eine freie Dünndarmschlinge an den rechts sich befindenden Dickdarm — das Colon ascendens wie Votr. meinte. Der Erfolg war ein guter. Pat. gelangte zu einem vorzüglichen Ernährungszustand. Der Stuhlgang war durchaus geregelt und Pat. wurde nur bis gegen den November im Krankenhause gehalten, weil man eine persistirende Darmfistel, die allerdings nur einige Tropfen kothig gefärbten Schleims secernirte, schliessen wollte. Dieses gelang nicht. Nach seiner Entlassung hat Pat. einen Monat in einer Fabrik gearbeitet, darauf bekam er Schmerzen im Leibe, welche ihn zwangen sich am 22 December in's Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Bei der spät Abends erfolgenden Aufnahme war nichts besonderes constatirt worden, der Stuhl war nicht angehalten, Erbrechen nicht gewesen. In der Nacht bekam Pat. wieder heftige Schmerzen und verschied in kürzester Zeit. Die Section ergab eine Achsendrehung im Ileum

unterhalb der Anastomose. Der blaurothe um seine Achse gedrehte prall mit blutig blaurother Flüssigkeit gefüllte Darm zeigte am Fusspunkt der Drehung eine Perforation, und waren etwa 1 bis 2 Liter derselben Flüssigkeit in die Bauchhöhle ergossen. Die Anastomose befand sich reichlich 1 Fuss über der Ileocöcalklappe, mündete jedoch nicht in's Col. ascendens, sondern in's S. romanum. Dass in der ausgeschalteten Darmpartie die Kothcirculation nicht aufgehört, bewiesen Scybala im Colon ascendens. Dass die Achsendrehung nicht diagnosticirt worden, ist aus dem Fehlen des Erbrechens und angesichts der unbehinderten Kothentleerung erklärlich.

Votr. hat im Juni a. p. wegen inoperabeln Coecumcarcinoms eine Enteroanastomose hergestellt bei einem Mann von einigen 50 Jahren. Derselbe hatte sich nach der Operation so weit erholt, dass er den Winter über seinen Beruf als Klavierlehrer aufnehmen und dazu weite Turen machen konnte. Pat. hat seinem Leben vor ca. 8 Tagen durch Suicidium ein Ende gemacht. Im October a. p. wurde wegen inoperablen Pyloruscarcinoms einem auf's äusserste entkräfteten an quälendem Erbrechen leidenden Mann von ca. 60 Jahren die Gastroenteroanastomose nach Wölfler gemacht. Das Erbrechen ist sofort nach der Operation sistirt. Pat. bereits am 19. Tage entlassen worden. Jetzt ist Pat. ein Mann von gutem Ernährungszustande, der seine Geschäfte selbst besorgt (er ist Gesindewirth) und ausser Grobbröd Alles essen kann. Der Tumor fühlt sich bei der Palpation ebenso an wie vor  $\frac{1}{2}$  Jahr, es ist also Aussicht vorhanden, dass der gegenwärtige Zustand noch einige Zeit anhalten wird.

Votr. ist der Ansicht, dass die Gastroenteroanastomose häufiger und früher von den Collegen ihren an Pyloruscarcinom leidenden Kranken vorgeschlagen werden sollte. Nach den letzten Veröffentlichungen beträgt die Durchschnittsdauer der durch die Operation gewonnenen Lebenszeit 6 Monate, da kommt die Mortalitätsziffer von 43 pCt. nicht in Betracht, zumal auch diese reducirbar sein wird bei zunehmender Erfahrung der einzelnen Operateure. (Autorreferat).

Dr. Behr berichtet über einen interessanten Fall von Morphiummisbrauch und knüpft an denselben eine Warnung an die Collegen, in der Darreichung dieses Mittels die grösste Vor-

sicht beobachten zu wollen. (Gedruckt in der Wiener medicin. Wochenschrift).

Dr. H o l s t betont seine Uebereinstimmung mit diesem Warnrufe und will denselben, nach seinen sehr weitgehenden Erfahrungen über das Zustandekommen des Morphinismus namentlich in den Fällen ganz besonders betont sehen, wo man es mit Degeneration resp. Defecten im Nervensystem zu thun habe. Seiner Erfahrung nach mache der Schmerz der Kranken im Allgemeinen einen zu grossen Eindruck auf die behandelnden Aerzte. Jedenfalls habe man sein Augenmerk darauf zu richten, dass die Patienten sich nicht selbst dies Mittel verschaffen können und als Form der Verabfolgung die per os wenn irgend möglich in Anwendung zu bringen.

Dr. K r a n n h a l s glaubt, dass häufig nur eine gewisse Bequemlichkeit den Arzt dazu verleite, dieses gefährliche Mittel in Anwendung zu bringen. Aufgabe des Arztes sei es, sich zu bemühen in jedem Falle eine exacte Diagnose zu stellen, und dementsprechend dann seine Verordnungen gegen das die Schmerzen bedingende Grundleiden zu richten. Die Anwendung dieses Mittels z. B. bei Neuralgie möchte er geradezu als einen Kunstfehler hinstellen.

Dr. T i l i n g warnt davor überhaupt nervöse und degenerirte Personen zu viel mit «Curen» zu tractiren, da jegliche Behandlung leicht dem Morphinismus ähnliche Abhängigkeitszustände zur Folge haben.

Dr. V o s s glaubt bei acut auftretenden starken Schmerzanfällen, wie sie z. B. bei heftiger Cardialgie sich geltend machen des Morphiums nicht entbehren zu können.

Dr. E d. S c h w a r z bestätigt auch nach seinen Erfahrungen, wie nothwendig es sei, grosse Vorsicht in der Anwendung des Morphium degenerirten Individuen gegenüber walten zu lassen. Da man diesen Zustand aber nicht sofort einem Kranken ansehen könne, so will auch er die Anwendung dieses Mittels im Allgemeinen auf's Aeusserste eingeschränkt wissen. Die gleiche Vorsicht sollte man übrigens auch — namentlich aber Frauen gegenüber mit der Verordnung des Alkohols üben.

d. Z. Secretair: Dr. R a d e c k i.

## Sitzung am 31. August 1894.

1. Dr. Gilbert berichtet über einen seltenen Fall von angeborenem Mangel des Uterus.

2. Dr. Treymann demonstriert ein 12 Pfund schweres von ihm kürzlich per Laparotomiam gewonnenes Uterusmyom.

3. Derselbe hält seinen angekündigten Vortrag über «Eklampsie». (Erscheint demnächst in dieser Zeitschrift).

Dr. v. Stryk pflichtet nach seinen Erfahrungen den Ausführungen Dr. Treymanns in Betreff der Morphintherapie zu.

Dr. Gilbert führt die Asphyxie der Kinder Eklamptischer auf Harnstoffvergiftung zurück und hält daher die Sectio caesarea in solchen Fällen für zwecklos.

Dr. v. Knorre hat in Dorpat Gelegenheit gehabt Parallelversuche mit Chloral und Morphin anzustellen, welche zu Gunsten des letzten ausfielen. In der Statistik Dr. Treymanns ist ihm die grosse Zahl Mehrgebärender auffallend.

Dr. Keilmann kann nach seinen Erfahrungen nicht die Abhängigkeit der Prognose von der Anzahl der Anfälle bestätigen, indem er Genesung nach 40 und mehr Anfällen, aber schon nach 1. Anfall den Tod eintreten sah. Ihm scheint es überhaupt fraglich, ob in den Anfällen an sich eine Schädlichkeit liege. Die Aetiologie ist bis jetzt noch als dunkel zu betrachten. Nach seinen Beobachtungen müsse man jedenfalls 2 verschiedene Gruppen der Eklampsie streng von einander scheiden. Die erste Gruppe wird gebildet von Zufällen reiner Urämie, es findet sich dabei stets Eiweiss. Die II. Gruppe ist als auf allgemeiner nervöser Grundlage entstanden, aufzufassen. Die Therapie habe dieser Auffassung Rechnung zu tragen. Die Theorie, welche die Eklampsie auf Infection zurückführt, ist in Deutschland verlassen.

Dr. Schabert hat pathol. anatomisch in einzelnen Fällen Coagulationsnecrose in den Nieren mikroskopisch feststellen können, ein Zustand der sich allgemein bei Processen entwickelt, welche durch Einwirkung von Toxinen bedingt werden.

Dr. Treymann kann sich mit den Ausführungen Dr. Keilmanns nicht einverstanden erklären, da der pathol. anatomische Befund nach seinen Beobachtungen dagegen spricht. Aus einem Tetanus uteri könne man nicht auf allge-

meine nervöse Veranlagung schliessen, da derselbe bei ganz gesunden Kreissenden angetroffen wird, anderseits bei Eklampsie die Wehen überhaupt sehr stark zu sein pflegen.

Dr. Schönfeldt hat bei Aufnahme der Anamnese Nervöser nie das von Dr. Keilmann betonte Moment bestätigt gefunden.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

### Sitzung am 6. October 1894.

1. Dr. Bergmann demonstrirt einen von ihm am vorhergehenden Tage exstirpirten Hydronephrosensack, welcher der rechten Niere angehörend von einem c. 40 a. n. Manne stammt, der seit einiger Zeit gelegentlich Haematurie gehabt hat. Die Operation verlief glatt und geht es Patient bis jetzt gut. (Nachträglich bemerkt Dr. Bergmann, dass Pat. an einem perforirenden Ulcus ventriculi zu Grunde gegangen ist).

2. Dr. Deubner demonstrirt einen fibrinösen Abguss eines Bronchialastes, welcher von einer c. 60 a. n. Patientin, welche an Phthisis pulm. leidet, expectorirt worden ist.

3. Dr. Bergengrün demonstrirt einen Kehlkopf, welcher hochgradige perichondritische Processe aufweist, welche im Verlaufe eines Typhus abd. entstanden sind, und betont die Seltenheit dieser Form.

Dr. Kranhals kann nach seinen Erfahrungen bei Sectionen im Stadtkrankenhaus nur die Seltenheit so hochgradiger Formen zugeben, geringere Grade habe er häufiger beobachtet.

Dr. Mey fragt, ob diese perichondritischen Processe in directen aetiologischen Zusammenhang mit dem Typhus abd. zu bringen wären.

Dr. Paul Klemm ist der Ansicht, dass diese Frage sich nur durch bakteriologische Untersuchungen beantworten liesse, und da solche bisher ausstehen, die Frage noch als eine offene zu betrachten sei.

4. Dr. Rulle hält seinen angekündigten Vortrag über die mechan. Behandlung der Lageveränderung des Uterus. (Erscheint demnächst im Druck). Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

## Sitzung am 19. October 1894.

1. Discussion über den Vortrag der Lageveränderung des Uterus.

Dr. Gilbert meint, dass Dr. Rulle mit Unrecht dem Bandapparate eine Bedeutung bei der Fixation des Uterus abspreche, da es gerade nach neueren Untersuchungen feststehe, dass in den Bändern Muskelfasern verlaufen. Er selbst habe zwar keine Erfahrung über die Anwendung des Intrauterinpessar, doch laute dieselbe nach Mittheilungen von autoritativer Seite z. B. Schultzes, sehr ungünstig, weshalb er sich nicht entschliessen konnte diese Methode in Anwendung zu ziehen, um so weniger, als in allen uncomplicirten Fällen mit einem gewöhnlichen Scheidenpessar gute Resultate zu erzielen wären, in den complicirten aber direct schädliche Folgen zu befürchten wären. Wo ein gewöhnliches Pessar nicht Resultate aufweise, leisten die operativen Verfahren, über die Dr. Rulle entschieden zu ungünstig urtheile, gutes, die neuen Publicationen zu entnehmen ist, die in letzter Zeit von Dührssen und Küstner veröffentlicht worden sind. Auch er selbst habe sich neulich wiederum von dem günstigen Resultate an einem Falle überzeugen können, den er 3 Wochen nach der von ihm ausgeführten Operation zu untersuchen Gelegenheit gehabt, wobei der Uterus sich in normaler Lage befunden habe.

Dr. Rulle bemerkt demgegenüber, dass es ihn hier zu weit führen würde, die anat. Verhältnisse bis in die Details zu verfolgen. Er leugne durchaus nicht das Vorhandensein von Muskelfasern in den Bändern, nur über ihre physiologische Function hege er differente Anschauungen, da dieselben bei normalen Verhältnissen nicht in Wirkung treten können, weil ihnen das zur Wirkung nothwendige Hypomochlion fehle. Erst wenn z. B. die Retractores über die physiol. Grenze hinaus angespannt werden, treten sie in Function. Er habe durchaus nichts gegen das operative Verfahren, nur erscheine ihm seines ebenso sicher wirkend, dabei aber weniger gefährlich und bedeutend billiger.

Dr. Treymann hat früher den intrauterinen Stift in Verbindung mit dem Scheidenpessar oft in Anwendung gebracht, doch ist er von dieser Behandlung ganz zurückge-

kommen, da sie lästige Katarrhe des Endometriums bei längerer Anwendung im Gefolge habe. Das Schultze'sche Pessar leiste dieselben Dienste, wofür Dr. Treymann Belege aus seiner Praxis vorlegt. Schlimme Katarrhe bleiben hierbei aus. Da aber jede Pessarbehandlung nur als Palliativmittel anzusehen sei, müsse jeder Gynäkologe sich bemühen, die Operations-Methoden möglichst zu beherrschen, denn die Operation leiste entschieden Gutes, wenn sie bei richtiger Indicationsstellung von geschickter Hand ausgeführt werde. Die Operationen sind mehr technisch schwer als gefährlich.

Dr. Rulle betont, dass hier seinen günstigen Erfahrungen Dr. Treymanns ungünstige gegenüberstehen. Bisher konnten aber nur ungünstige Resultate erzielt werden, weil dieser Behandlung eben die wissenschaftliche Basis fehlte.

Dr. Hach hält ein näheres Eingehen auf diese Frage in einer Versammlung von Aerzten, wo nur der kleinste Theil aus gynäkol. Fachleuten bestehe für inopportun. Er für seine Person habe — namentlich in früherer Zeit — den intrauterinen Stift häufig, und fast immer mit gutem Resultate in Anwendung gebracht, namentlich bei schlaffem Uterus, bei zur Blutung führenden Retroflexionen. Diese Behandlung dürfte aber nur von durchaus sachverständiger Hand ausgeübt werden, da sie sonst allerdings unberechenbaren Schaden bringen könnte.

Dr. v. Knorre bemerkt, ihn habe der Vortrag sehr interessirt, weil Dr. Rulle in richtiger Würdigung des Umstandes, dass Kenntniss der normalen Lage des Uterus nur durch Untersuchung an der lebenden Frau gewonnen werden könne, dieselbe schon lange vor den bahnbrechenden Arbeiten Schultze's selbständig gefunden. Bei Berücksichtigung der die Lage bedingenden Momente scheint ihm aber der Vortragende dem Bandapparat des Uterus doch zu wenig Bedeutung zuzumessen, die Wirkung und Thätigkeit desselben sieht man in unverkennbarer Weise bei Ausschaltung des intraabdominalen Druckes, wobei die Gebärmutter doch in der normalen Anteflexio versio verbleibe, ferner stellen in gleicher Weise die Ligamente die durch physiol. Füllungszustände der Nachbarorgane — Blase und Rectum — veränderte Lage des Uterus, nach Entleerung derselben, wieder her. Das vom Vortragenden entwickelte Princip für die Behandlung der Retroflexion und des Prolapses, sei als ein durchaus richtiges anzuerkennen.

doch will er den Intrauterinstift nur dann in Anwendung gezogen wissen, wenn eine Pessarbehandlung resultatlos, eine Operation durch andere Gründe nicht getoten erscheint. Dem Stifte haften doch eine Reihe von Gefahren an, die eine Verallgemeinerung seiner Anwendung ausschliessen dürfte. Beim Prolaps namentlich dürfte der Stift wohl nicht sufficient sein und der Operation das Feld räumen. Gegenüber Herrn Dr. Gilbert glaubt er vor einer allgemeinen Substitution des Pessars durch die Vaginofixation warnen zu müssen, auch trotz der jüngst veröffentlichten glänzenden Resultate Dührssens und Küstners. Noch kürzlich habe er Gelegenheit gehabt einen von letzterem Autor operirten Fall zu sehen, der einen vollständigen Misserfolg darstellte.

2. Dr. v. Rimscha. Ueber den Gebrauch der kalten Schlinge in der Nasenchirurgie. R. vertritt die Ansicht, dass mit Unrecht die heisse Schlinge die kalte zu verdrängen beginnt. An 111 wegen Muschelhypertrophien Operirten erlebte R. 2 Mal stärkere Blutungen (ohne Ohnmacht). Das eine Mal handelte es sich um Nichtbefolgung der gegebenen Vorschriften (Ruhe und Vermeidung von Alkoholgenuss) — Pat. hatte 2 Operat. gut vertragen, und bei der dritten blutete er — und das andere Mal um eine alte Patientin mit apoplect. Habitus und Emphysem. Bei Pat. mit Plethora resp. Organerkrankungen, die Circulationsstörungen bedingen, soll man nach Möglichkeit die kalte Schlinge vermeiden. Wenn mit der heissen Schlinge operirt wird, so ist nach R. nur die Methode, die er bei Prof. Chiari gesehen hat, zulässig: eine ganz allmälige Abtragung der Hypertrophie. Nur auf diese Weise kann sich ein genügender Schorf bilden, der eine Blutung verhindern kann. Die Furcht also vor einer Nachblutung bei der kalten Schlinge ist nach dieser Zusammenstellung entschieden übertrieben. Die Verhinderung der Nachblutung ist aber der einzige Vortheil der heissen Schlinge vor der kalten. Im Uebrigen hat letztere mancherlei Vorzüge, indem sie im Allgemeinen handlicher ist, einen dünneren Schaft hat, so dass man besser sehen kann, der Draht elastischer ist, wodurch das Anlegen erleichtert wird. Die heisse Schlinge macht zuweilen unbeabsichtigte Nebenverschorfungen, die zu Verwachsungen führen können; sie versagt zuweilen auch bei den besten Apparaten; die Reaction ist entschieden stärker als bei der kalten

Schlinge. Der Hauptvorteil der kalten Schlinge liegt aber in dem Umstande, dass man mit ihr eventuell blind operiren kann, wozu man hier am Orte wegen im Allgemeinen eng gebauter Nasen oft gezwungen wird. Auch ist eine Verletzung des Knochens ausgeschlossen, da bei zufälligem Fassen desselben die kalte Schlinge vom Knochen abgleitet. (Autoreferat)

Dr. Bergengrün stimmt Vortragendem in Betreff der bei uns anzutreffenden Nasenenge im Vergleich mit andern Gegenden z. B. Berlin und Wien zu. Ebenso den von Vortragendem hervorgehobenen Vorzügen der kalten Schlinge.

Dr. Bergmann hat von Pat., die mit der heissen und später mit der kalten Schlinge behandelt worden sind, die grosse Schmerzhaftigkeit des letzteren Verfahrens betonen hören.

Dr. v. Rimscha hat von seinen Pat. niemals derartige Klagen zu hören bekommen.

Dr. Böhlendorff plaidirt im Interesse der Reinlichkeit für ein Instrument, bei dem die Schlinge ausserhalb des Rohres angebracht ist.

3. Dr. Meder berichtet über einen Fall von Intoxication mit Sulfonal.

Dr. Schönfeldt hat in Berlin einen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo die Section Nekrose des Nierenepithels nachgewiesen hat. Da Sulfonal jetzt in der Praxis viel verordnet und mit Unrecht für ein ungefährliches Mittel angesehen wird, hält er es für praktisch wichtig auf folgende Punkte aufmerksam zu machen: 1) dass als Vorzeichen einer Intoxication — ehe es noch zur charakteristischen Urinfärbung gekommen — sich eigenthümlich braune Flecke auf der Wäsche, wo diese dem Körper anliegt, bemerkbar machen; 2) sich stets gleichzeitig eine hartnäckige Obstipation einstelle. Aufgabe der Therapie wäre es demnach ausser sofortiger Sistirung des Mittels längere Zeit hindurch die Diurese und Darmthätigkeit anzuregen.

Dr. Miram hat in mehreren Fällen auffallende Schwäche in den Beinen beobachten können.

Dr. Ed. Schwarz hat in der Literatur mehrere derartige Fälle beschrieben gefunden. Er selbst hat einen Fall von Intoxication beobachtet, wo eine auffallende Verlangsamung der Sprache zu constatiren war.

Dr. Tiling halt nach seinen Erfahrungen das Sulfonal durchaus nicht für ungefährlicher als das Chloral; auch wirke das Sulfonal oft erst in der nachnächsten Nacht, nachdem die Pat. am Tage nach der Verabfolgung oft über grosse Mattigkeit geklagt haben.

Dr. Meder betont, dass das Trional, ein dem Sulfonal chemisch nahestehendes Präparat, auch dessen Gefährlichkeit besitze. In der Literatur finden sich Angaben, dass bei Vergiftung mit Sulfonal sich auch Durchfälle statt der Obstipation einstellen können.

d. z. Secretair Dr. Radcki.

---

## Sitzung am 2. November 1894.

1. Dr. Schmidt referirt über einen Fall schwerer Diphtheritis, welchen er mit gutem Erfolge mit Behring'schem Heilserum behandelt hat. Aus äusseren Gründen konnte die Diagnose bakteriologisch nicht festgestellt werden, doch waren die klinischen Symptome so prägnant, dass jeder Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose ausgeschlossen werden kann. Auffallend ist Vortragendem der plötzliche Wechsel zum Besseren gewesen, der fast kritisch genannt werden kann. Ein Zurückgehen stenotischer Erscheinungen, und so rasches Langsamwerden des Pulses sind ihm bisher in seiner Praxis noch nicht begegnet und möchte er diese Erscheinung auf die Wirkung des Heilserums zurückführen, wenngleich er sich bewusst ist, mit einer Beobachtung nicht viel beweisen zu können.

Dr. Mey hält es doch für die Beurtheilung des Falles von Wichtigkeit, dass die diesjährige Epidemie sich durch besondere Milde charakterisire.

Dr. Voss und Dr. Bertels theilen Beobachtungen aus ihrer Praxis mit, nach denen auch ohne Serumentherapie stenotische Erscheinungen spontan zurückgegangen sind.

2. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über die chirurgische Behandlung des Magenkrebses. (cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 49).

Dr. Hampeln hatte erwartet den Schwerpunkt der Ausführungen des Vortragenden mehr auf die curative Radicalbehandlung und weniger auf die palliative Anastomosenbildung

gelegt zu sehen. Wenn auch zugegeben werden muss, dass zur Zeit die Frühdiagnose des Magenkrebses noch auf unsicheren Füssen steht, so giebt es doch immerhin einzelne Fälle, wo sie sich mit ziemlicher Sicherheit stellen lässt. Erkrankt z. B. Jemand der bis zu seinem 45. Jahre gesund gewesen, mit Magenbeschwerden, fehlt dabei die Salzsäure im Magensaft, bei gleichzeitigem Milchsäureüberschuss, so liegt die Annahme eines Magenkrebses recht nahe. Die Frühdiagnose und ihr entsprechend die Radicaloperation sind das zu erstrebende Ziel wissenschaftlicher Arbeit auf diesem Gebiet; die Zukunft aber wird erst darüber zu entscheiden haben, in wie weit die Anastomosenbildung wirklich befähigt ist den Pat. ihre doch immer nur noch kurz bemessene Lebensfrist zu erleichtern. Er wenigstens für seine Person kann dieselbe seinen Pat. nicht mit Wärme empfehlen und hegt die Befürchtung, dass die geringen Dauererfolge der Operation die Pat. in Zukunft von derselben abschrecken dürften. Ihm scheint ein Analogon in den durch Carcinom bedingten Oesophagusstenosen zu liegen. Auch hier hat er durch Sondirung oft gute — leider aber nur kurz andauernde Resultate erzielt, die ihm eine Zeit hindurch eine grosse Anzahl derartiger Pat. ins Krankenhaus führten, bis dieselbe allmählich immer mehr abnahm durch Bekanntwerden der nur kurzen Andauer des Erfolges.

Für die Anastomosenbildung spiele die Frühdiagnose keine Rolle, da diese Operation erst vorgenommen werden soll bei schon bestehender Stenose.

Dr. Bergmann hält die Einwände Dr. Hampelns nicht für stichhaltig. Die Radicalbehandlung des Krebses gestaltet sich im Allgemeinen bei Berücksichtigung sehr grosser Zahlen in ihrem Endeffect doch schliesslich nur als Palliativoperation, da Dauerresultate doch nur in jenen seltenen Fällen erzielt werden können, wo es gelingt gleichzeitig mit dem erkrankten Organ, die zu ihm gehörenden Lymphbahnen und Drüsen mitzuentfernen. Ganz besonders gilt dieses bei der Resection des Magenkrebses. Daher tritt die Anastomosenbildung in ihre vollen Rechte, da durch dieselbe die Kranken direct dem Hungertode entrissen werden, und ist es oft überraschend zu sehen wie sich die bis zum Scelet abgemagerten Pat. in Folge dieser Operation erholen, so dass sie eine gewisse Zeit hindurch durch nichts an ihren hoffnungslosen Zustand erinnert werden. Die

Analogie mit der Sondirung des Oesophagus und der Anlegung eines Anus praeternaturalis könne er nicht gelten lassen — das tägliche Sondiren ist eine Qual, der Anus praeternaturalis ein höchst unästhetischer, den Patienten täglich belästigender Zustand, während nach der Anastomosenbildung der Pat. durch nichts Anormales belästigt wird.

Dr. Paul Klemm stimmt mit Dr. Hampeln darin überein, dass die Radicaloperation das zu erstrebende Ziel ist. Im Augenblick ist die Frühdiagnose doch noch so unsicher, dass die Pat. bei den meist noch geringen Symptomen sich nicht für eine eingreifende Operation entschliessen würden, so dass doch in Praxi die meisten Fälle der Anastomosenbildung zufallen müssen. Diese ist namentlich jetzt, wo die Technik eine ausgebildete und die Pat. frühzeitig derselben unterworfen werden, ungefährlich und leistet Alles, was man von ihr erwarten kann. Hahn berichtet über 17 Fälle ohne Todesfall. König-Göttingen ist auch ein warmer Fürsprecher derselben. Auch könne der Operation nicht nur ein palliativer Nutzen zugesprochen werden, da die Jauchung und der Zerfall am Pylorus entschieden geringer werden, wenn durch die Anastomosenbildung der Reiz der Ingesta fortfällt.

Dr. Hampeln hält seine Analogie durchaus aufrecht, und dadurch begründet, dass in allen 3 Fällen das Grundleiden, der Krebs, durch den Eingriff unbeeinflusst bleibt, und nur eine freie Passage hergestellt werden soll. Das tägliche Sondiren bereitet den Pat. durchaus keine nennenswerthen Unbequemlichkeiten und liegt der Grund für das Fortbleiben der Kranken, wie er schon bereits hervorgehoben, nicht hierin begründet, sondern in der geringen Andauer des Erfolges.

Dr. Donner meint, dass bei solchen Leiden Therapeuten und Chirurgen gemeinsam handelnd vorgehen müssten, unter Hinweis auf die günstige Wirkung der Lassar'schen Arsen-therapie bei Hautcarcinom. Er selbst verfügt auch über einen Fall von ausgesprochenem Carcinom, der durch Arsenbehandlung auffallenden Rückgang beobachten liess.

Dr. von Engelhardt spricht sich für den Nutzen der Anastomosenbildung aus, da die interne Medicin zur Zeit noch ohnmächtig sei, und die Frühdiagnose im Hinblick auf eine Radicaloperation noch nicht genügend sicher gestellt werden

könne, wegen mangelnden Einblicks in den Chemismus der Verdauung. Bei ausgesprochener Stenose trete daher die Anastomosenbildung in ihre Rechte; zwischen der Diagnose eines Magencarcinoms und der ausgebildeten Stenose liege aber oft ein längerer Zeitraum. Die Anastomosenbildung während dieser Zeit halte er für gerechtfertigt, da der Kräftezustand der Kranken jetzt noch ein guter und der Fortschritt des Carcinoms selbst durch Fortfall der reizenden Ingesta langsamer werden muss.

Dr. Paul Klemm bemerkt in Betreff der von Dr. Donner erwähnten Lassar'schen Arsentherapie, dass Prof. Bergmann in Berlin dieser Behandlung schon die richtige Würdigung hat zu Theil werden lassen, durch den Hinweis, dass das Hautcarcinom auch ohne Behandlung dieselbe relative Heilung beobachten lasse; in beiden Fällen bleibe aber immer ein Punkt übrig der nicht ganz verheilt, und von dem aus das Carcinom weiter schreitet.

Dr. Bergmann glaubt, dass Dr. Klemm in seiner Forderung die Anastomosenbildung schon dann zu vollziehen, wenn auch keine Stenose vorhanden, zu weit gehe. Er für seine Person, hält diesen Eingriff nur bei ausgebildeter Stenose für indicirt. Denn nach einer kürzlich aus der Czerny'schen Klinik veröffentlichten Statistik welche eine Zusammenstellung der Resultate verschiedener Kliniken enthält, gestaltet sich dieser Eingriff doch nicht ganz so harmlos wie Dr. Klemm denselben in seinem Vortrage hinstellt. Bei 215 Fällen berechnet sich die Mortalität auf 43 pCt. Theilt man diese Fälle in 3 Gruppen, so sinkt die Mortalität allerdings von Gruppe zu Gruppe. I. 56 pCt. II. 48 pCt. III. 31 pCt. Die Zukunft wird wohl noch günstigere Resultate ergeben.

Dr. Schabert hat bei Sectionen den Eindruck gewonnen, dass das Pyloruscarcinom eine sehr geringe Neigung zur Stenosenbildung habe; offenbar wirkt der Mageninhalt gleichsam als Sonde.

Dr. von Engelhardt glaubt dass eine geringe Durchgängigkeit bei der Section noch nicht beweise, dass eine solche in vivo auch für die Ingesta bestanden habe. da in Folge Starrheit der Gewebe die Peristaltik wohl aufgehoben gewesen ist.

D. Z. Secretair: Dr. Radecki.

## Sitzung am 16. November 1894.

1. Dr. Paul Klemm demonstrierte die Photographie eines Mannes, der 4 Wochen nach einer Schussverletzung des Rückens an Tetanus erkrankte.

Der Fall verdient insofern das grösste Interesse, weil derselbe mit localisirten Krämpfen an der Stelle der Verletzung begann. Diese Contraction blieb während des ganzen Verlaufes des Tetanus, der sich über ca. 4 Wochen erstreckte bestehen und nahm im tetanischen Krampf an Intensität zu, sodass der Pat. stark ausgesprochenen Opisthotonus darbot.

2. Dr. Heerwagen giebt einen detaillirten Bericht über die Entstehung und Ausbreitung der diesjährigen Choleraepidemie (Erscheint im Druck).

3. Dr. Bertels berichtet über 217 während der diesjährigen Choleraepidemie im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten Cholerafälle; davon sind gestorben 112 = 51,6 pCt. Für die Zuzählung zur Cholera ist nicht der bakteriologische Befund, sondern das klinische Bild maassgebend gewesen und zwar ist es als genügend für die Diagnose «Cholera» erachtet worden, wenn bei sonst gesunden Personen ohne nachweisbaren Diätfehler Durchfall und Erbrechen auftrat. Wenn nur solche Fälle mitgezählt werden sollen, bei welchen ausserdem charakteristische Erscheinungen aufgetreten sind, so fallen von den Genesenen 6 Fälle weg, die Mortalität beträgt dann 53,1 pCt.

Unter den klinischen Erscheinungen werden hervorgehoben die grosse Zahl blutiger Stühle im stad. algid.; sämmtliche 22 Patienten, bei welchen sie auftraten, starben. In 7 Fällen traten im stad. algid. ohne merkliche Veranlassung Temperatursteigerungen bis zu 39,9° auf (in der Axelhöhle gemessen).

In Bezug auf die secundären Krankheitsprocesse schliesst sich Dr. Bertels der Eintheilung Prof. Rumpfs in Hamburg an, welcher, abgesehen von Organerkrankungen unterscheidet: 1) das einfache Reactionsfieber, und 2) das stad. comatosum.

Das erstere trat in 14 Fällen, meist zwischen dem 8. und 10. Krankheitstage auf (vom Beginn des stad. algid. an gerechnet) und dauerte höchstens 5 Tage; das Allgemeinbefinden war fast garnicht gestört.

Das stad. comatosum wurde bei 34 gestorbenen und 47 genesenen Pat. beobachtet; es bot die mehr oder weniger ausgeprägten Erscheinungen der Urämie dar; nur fehlten Oedeme, während Convulsionen äusserst selten waren.

In 5 Fällen schwanden die Erscheinungen des stad. comatosum unter Ausbruch eines Exanthems, das die grösste Aehnlichkeit mit einem Erythema exsudativum multiforme hatte, und zwar wurden sämtliche Unterarten desselben beobachtet (Erythema papulatum, annulare, gyratum, iris).

Die Therapie bestand in der Darreichung von Calomel (erst ein Mal 0,5, dann 2-stündl. 0,05). Excitantien (Campher per os und subc.) und in der Anwendung intravenöser Infusionen.

d. Z. Secretär: Dr. R a d e c k i.

### Sitzung am 7. December 1894.

Dr. Tiling hält seinen angekündigten Vortrag über die Krankheit des Charakters «moral insanity». Vortragender referirt zunächst die Krankheitsgeschichte eines 11<sup>3</sup>/<sub>4</sub>-jährigen Mädchens, das aus belasteter Familie stammend, früh verwaist bei Verwandten erzogen wurde. Mit ca. 10 Jahren musste es aus dem Hause entfernt werden wegen schlechten Einflusses auf die eigenen Kinder. In der Privatpension, welcher es übergeben worden war, wurde nach Verlauf eines halben Jahres eine unabsehbare Reihe von Diebstählen und Lügengeschichten aufgedeckt; das Kind hatte unter den übrigen anfangs einen Tauschhandel eingeführt. Die Beobachtung in der Anstalt — 18. December 1892 — 18. März 1893 — ergab gute Gaben, aber Oberflächlichkeit, Widerspenstigkeit, Heftigkeit, Hochmuth, Frivolität. Ueber das Vergangene waren die Angaben unsicher, schwankend, die Erinnerung war nicht nur durch Autosuggestion, sondern auch durch vieles Examiniiren verfälscht; auch dachte das Kind nicht ernst und gewissenhaft nach. Nach der Entlassung wurde noch im Jahre 1894 in Erfahrung gebracht, dass das Kind in dem Hause eines Arztes, wohin es gebracht worden, dieselben Eigenthümlichkeiten gezeigt; dazu aber auch die Neigung in sexueller Beziehung auf Abwege zu gerathen. Es hatte zum Beispiel mit einem fremden Herrn im Coupé, trotz Begleitung einer Tante ein Rendez-vous vereinbart.

In der Auseinandersetzung wendet sich Votr. gegen die Arbeiten, welche das moralische Irresein als Abart des Schwachsinnns oder der Paranoia betrachten, um dasselbe nach Vorgang der neuesten Autoren dem degenerativen Irresein zuzuzählen. Sodann geht der Votr. zur psychologischen Analyse des Zustandes über. Er definirt denselben als Krankheit oder Mangel des Charakters, der meist angeboren ist. Der Charakter besteht darin, dass gewisse Vorstellunggruppen, welche im Allgemeinen die Rechte und Pflichten des Individuums enthalten, eine dominirende Stellung im Bewusstsein behaupten, und dadurch auf die Ideen, Wünsche und Strebungen einwirken, die zu Handlungen führen sollen. Der Inhalt dieser Vorstellunggruppen weist bei den einzelnen Individuen, unter Culturvölkern, keine wesentlichen Verschiedenheiten auf, aber es lässt sich eine lange Stufenleiter verfolgen, wenn man die Festigkeit dieser Grundsätze oder das Festhalten an denselben in's Auge fasst. Je weniger fest diese Grundsätze sind, desto weniger pflegen auch die Thatsachen der Erinnerung treu aufbewahrt und wiedergegeben zu werden. Menschen mit solcher Labilität erzeugen nun wohl einzelne Nachkommen, denen die Fähigkeit ganz abgeht, die erlernten Grundsätze der Moral dauernd festzuhalten oder gar anzuwenden. Diese sind dadurch allen Zufällen und ihren momentanen Strebungen ganz preisgegeben, ohne dass ihre Intelligenz darum gering zu sein braucht. Die Erfahrung lehrt sogar, dass dieser Mangel an Charakter bei reicher Ideenentwicklung, also grosser Intelligenz vorkommt. Die einfachen Rechtsbegriffe bilden einen kleinen Bruchtheil des ganzen Bewusstseinsinhalts und berühren das Gebiet tiefsinniger, geistreicher, wissenschaftlicher Ideen gar nicht. Die Moral und die Intelligenz haben nichts mit einander zu schaffen. Nachdem Votr. das Bild solcher Defectmensen von ihrer Kindheit an, in Freiheit und während der Internirung entworfen, weist er auf die Kluft hin welche sie von den sog. geborenen Verbrechern trennt, und hebt, nachdem er die Grenze des Physiologischen und Pathologischen festgestellt, hervor, dass es gerade in der gerichtsarztlichen Praxis von Wichtigkeit wäre dieselben nicht mehr als Schwachsinnige oder Verrückte zu classificiren, weil sie solchen in den Augen des Richters zu unähnlich sind. Sie bilden eine Unterart der Degenerirten.

Dr. Ed. Schwarz hält es im Anschluss an den lehrreichen und interessanten Vortrag für praktisch wichtig auf die Persönlichkeit Nietzsches, der auch in der Baltischen Literatur im Augenblick eingehendere Beachtung gezollt wird hinzuweisen. Seine Philosophie, welche die herrschenden Anschauungen über Moral und Pflicht auf den Kopf stellt, halte er für einen Auswuchs eines moralisch Irren. Dieses müsse festgestellt werden, um dementsprechend die ganze Philosophie Nietzsches abzuthun. Wenn ihm auch die ganze Lebensgeschichte dieses Mannes nicht geläufig, so kenne er aus derselben doch einzelne Momente, die es ihm fraglos erscheinen lassen, dass Nietzsche ein moralisch Irrer — ein Degenerirter ist.

Dr. Schönfeldt constatirt mit Genugthuung dass Dr. Tiling seine frühere Ansicht, das moralische Irresein sei als Prodromalstadium der originären Verrücktheit aufzufassen, heute fallen gelassen habe. Doch scheine ihm mit der Definition der moral insanity als Krankheit des Charakters das psychologische Problem auch keineswegs gelöst, denn es müsste erst analysirt werden, aus welchen Elementen der Charakter sich entwickelt. Ihm will es scheinen, dass der Charakter im hohen Maasse von der angeborenen und fortentwickelten Intelligenz abhängig ist, ferner auch von der Umgebung, in welcher das Individuum aufgewachsen und von der Erziehung, die ihm zu Theil geworden. Die Intelligenz, d. h. die reine Verstandesthätigkeit aber muss nothwendigerweise bei den sogenannten moralisch Irren in ihrer Fortentwicklung schwer geschädigt werden, denn die Kranken sind beim Mangel an Willensenergie untüchtig zu jeder andauernden Beschäftigung, mithin unfähig in normaler Weise neue Wahrnehmungen zu machen, ihr Wissen zu bereichern, Erinnerungen und Empfindungen anzuhäufen, auf denen sonst das vernünftige Urtheil, die wichtigste Grundlage für die Bildung des Charakters ersteht. Auch in der heutigen Krankengeschichte habe er zahlreiche Symptome geistiger Schwäche finden können. Die Kranken geben in ganz mechanisch angeeigneter Form Aufklärung über Recht und Unrecht, mehr aus dem Gedächtniss, weniger aus moralischem Empfinden; die kleine Pat. hat bei aller raffinierten Schlaueit die Gebote der allergewöhnlichsten Vorsicht ausser Acht gelassen und ist auch dieses schwachsinnigen Vor-

gehens wegen sofort ertappt worden; sie hat sich oftmals von den Thatsachen nichts gemerkt etc.; doch ganz abgesehen davon versteht man doch allgemein unter Schwachsinn nicht nur Defecte auf rein intellectuellem Gebiete, sondern auch Insufficienzen der höheren moralischen und aesthetischen Gefühle. Schwachsinn ist eben nicht nur ein Mangel im Denken, sondern ebenso im Fühlen und Wollen, also ein Defect im psychischen *Gesamttverhalten*. Will Dr. Tiling den Schwachsinn als Fundament des moralischen Irreseins nicht gelten lassen, so müsste vorher eine genaue Analyse dessen gegeben werden, was unter Schwachsinn zu verstehen sei. Auch er zählt die moralisch Irren zu den Degenerirten, doch zu der imbecillen Abart derselben, weil er den Schwachsinn als die Grundlage für die Entstehung der «moral insanity» ansieht. Diese Auffassung werde auch von den meisten Psychiatern getheilt.

Dr. Tiling hält diesen Ausführungen gegenüber, dass durchaus nicht die Mehrzahl der Autoren das moralische Irresein auf Schwachsinn zurückführen. Die Deutschen thun dieses noch allenfalls, während die Engländer und Franzosen immer von krankhafter Veränderung des Charakters sprechen, ohne des Schwachsinn Erwähnung zu thun. Die deutschen Autoren sind aber in ihrer Auffassung nicht consequent; lässt sich bei gleichem Krankheitsbilde Schwachsinn nachweisen, dann reden sie von «moral insanity», wo sich dagegen gut entwickelte Intelligenz findet, da sprechen sie von «Paranoia». Eine genaue Analyse des Begriffes Schwachsinn halte er nicht für nöthig, da derselbe genügend fixirt ist, und auf psychischem Gebiete etwa dieselbe Rolle spiele, wie die Parese auf motorischem. Die moralisch Irren zeichnen sich aber gerade oft durch ganz besondere hervorragende Intelligenz, aus, wofür er Beispiele aus der Geschichte vorführt. Es finden sich bei diesen Kranken alle Grade der Intelligenz, oft gerade ein gar zu üppiger Ideenreichtum vor, während der Charakter, d. h. die Fähigkeit nach Grundsätzen von Recht, Pflicht und Moral, ihr Denken, Fühlen und Handeln zu reguliren, auffallende Defecte und Abnormitäten aufweist. Findet sich bei diesen Kranken Schwachsinn, so ist dieselbe nie als Ursache der Erkrankung, sondern nur als zufällige Complication aufzufassen.

Dr. Ed. Schwarz ist im Gegensatz zu Dr. Schönfeldt

der Ansicht, dass Schwachsinn nur auf rein intellectuellem Gebiete sich bemerkbar machen könne.

Dr. Treymann erklärt, dass ihn die Definition des Charakters seitens Dr. Tiling nicht befriedige. Auch sei zu bemerken, dass die Evolutionstheorie, welche die moderne Wissenschaft und Philosophie stark beeinflusse, eine stricte Scheidung der intellectuellen und moralischen Eigenschaften der Menschen nicht zulasse. Die Umgestaltung des Charakters des Kindes bis zum Greise bei demselben Individuum beweise schon, dass der Charakter nichts Einheitliches, sondern etwas Zusammengesetztes sei. Der Charakter sei eine Vielheit geistiger Eigenschaften, angeborener und erworbener. Zu den angeborenen individuellen geistigen Eigenschaften erwerbe jeder Mensch aus der Gesamtheit der Mitmenschen, unter denen er lebe auch eine Summe altruistischer Erkenntnisse, welche seine moralische Natur begründen. Die moralischen Fähigkeiten seien also nach ihrer Entwicklung und ihrem Wesen intellectuelle Fähigkeiten. Auch der Wille des Menschen, in welchem sein Charakter sich äussert, sei weiter nichts, als die Herrschaft der Vorstellungen über die Bewegungen oder die Herrschaft der Gedanken über die instinctiven Triebhandlungen. Er glaube daher, dass das moralische Irresein entweder auf Schwachsinn oder Paranoia beruhen dürfte. Krankheit des Charakters sei im Grunde dasselbe, wie Krankheit der Seele. Es werde dadurch der alte Begriff der «Anima» wieder lebendig, der Seele, die als ein Hauch dem sterbenden Menschen entfliehe, um ein metaphysisches Leben weiterzuführen. Die mit Recht sogenannten Geisteskrankheiten liefen Gefahr, durch die Theorie der Seelenkrankheiten verdrängt zu werden.

Gegenüber Dr. Ed. Schwarz bemerkt Dr. Treymann, dass auch er sich durchaus ablehnend gegenüber dem System Nietzschescher Philosophie verhalte, dass er aber kein Symptom moral. Irresein in dem geistreichen Aufbau finden könne. Auch sei von competenten Beurtheilern (z. B. Glase n a p p) darauf hingewiesen worden, dass die letzten, unmittelbar vor der Nervenkrankheit Nietzsches verfassten Werke einen bedeutenden geistigen Aufschwung aufweisen. Die Hauptsache sei aber die, dass N. wohl an einer schweren Nervenkrankheit gelitten, niemals jedoch Symptome geistiger Erkrankung gezeigt habe.

Dr. Tiling hat mit Absicht einen so complicirten Begriff wie den «Willen» nicht in seine Abhandlung hineingebracht, weil er nur mit einfachen Begriffen habe operiren wollen. Er ist sich durchaus bewusst mit seiner Definition des Charakters nicht eine erschöpfende in streng philosophischem Sinn gegeben zu haben. Es kam ihm nur darauf an den Nachweis zu liefern, dass bei den moralisch Irren, das, was man im praktischen Leben unter diesem Begriffe verstehe, mannigfache Abnormitäten aufweise. Gewiss ist der Charakter an einzelne Abschnitte des Intellects gebunden, nicht aber an den ganzen.

Dr. Ed. Schwarz hält es für wichtig, dass die psychiatrische Forschung, wenn sie sichere Fortschritte machen will nur mit feststehenden Begriffen operiren möge. Zu diesen gehört der complicirte und schwer zu analysirende Begriff «Wille» aber nicht.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

### Sitzung am 21. December 1894.

1. Dr. Zwimgmann stellt eine 17-jährige Lettin aus Livland vor, der er vor 10 Jahren einen oben innen in der linken Orbita sitzenden, das Auge nach unten aussen ziemlich stark verdrängenden Tumor exstirpirte. Derb, leicht gelappt, nicht compressibel, war er rasch gewachsen, nachdem ein Landarzt einige Monate zuvor 2 mal hintereinander eine kleine röthliche Geschwulst von der Conjunctiva bulbi in der Gegend der Sehne des musc. rect. int. entfernt hatte. Bei der Operation erwies es sich als Lipom, dessen zahllose Fettraubchen nur zum Theil abgekapselt waren, und nur in kleinen Stücken, meist mit dem Finger, aus der Orbita entfernt werden konnten, wobei bis auf den Sehnerven vorgeedrungen werden musste und eine festere Verbackung vorn mit der Scheide des rectus internus, dem Sitz der oben erwähnten früheren Eingriffe constatirt wurde. Das sehende Auge zählte vor- und nachher Finger auf 25 Fuss, und zeigte vor der Operation leichte Stauung in den Retinalvenen und leichte Verschleierung der oberen und unteren Papillengrenze.

Erst jetzt hat sich Patientin wegen Strabismus divergens und Ptosis palpebr. super. oc. sin. den corrigirenden Operatio-

nen unterzogen (Vornähung des rect. int. nach Adolf Weber und Pagenstecher's Fadenoperation) und beträgt jetzt die Sehschärfe des linken Auges = 0,36 (Nähe Schweigger 1,0 in 15—17 Cm.) bei normalem GF. Farbensinn und Spiegelbefunde. Vortragender verbreitet sich über die Seltenheit des Lipoms der Augenhöhle, dessen Vorkommen Berlin (Graefe-Saemisch Bd. VI 1880 pag. 668) und Vossius (Jahrbuch 1892) anzweifeln, andere Lehrbücher garnicht erwähnen, wie auch in der durchgesehenen, nicht eben armen Casuistik der Orbitaltumoren (Nagels Jahresberichte f. 1876—1891 und Hirschbergs Centralblatt 1880—1894) nur ein Fall von Fibrolipoma orbitae gefunden wurde, den Jenffreson (Lancet Juli 1889) operirte und beschrieb; etwas häufiger ist das Angioma lipomatodes zu dem jedoch vorliegender Fall nicht zu rechnen sei wegen der fehlenden (wenigstens mikroskopisch nicht nachweisbaren) Entwicklung von Gefässen.

2. Dr. Bergengrün demonstrirt Photogramme der Kehlkopflepra und giebt zu denselben erläuternde Daten.

Dr. Bergmann widerspricht der Behauptung Dr. Bergengrün's, dass die Kehlkopflepra in jedem Alter zur Beobachtung komme, indem nach seinen Erfahrungen dieselbe bei Kindern unter 4 Jahren nicht vorkommt; was als solche von einzelnen Autoren beschrieben worden, beruhe auf falscher Diagnose. Dass die Kehlkopflepra relativ selten zur Tracheotomie führe und von den Kranken gut vertragen werde, sei auf den Umstand zurückzuführen, dass sie sich meist oberhalb des Stimmbandes localisire, während bei allen Affectionen, welche unterhalb derselben ihren Sitz haben, ein operatives Vorgehen oft viel früher indicirt ist.

3. Dr. v. Erdberg hält seinen angekündigten Vortrag über die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Als Grundlage seiner Anführungen dienen Vortragendem 179 aus der Literatur zusammengestellte Fälle zu denen sich noch 3 von Dr. Stavenhagen und 7 von Dr. Dahlfeldt hinzugesellen. Mit Ausnahme dreier Fälle stellt sich der Erfolg in allen übrigen durchaus befriedigend. Der Effect der Operation wird im Durchschnitt auf Herabsetzung der Refraction auf 15—16 D. angegeben, und ist um so grösser je höher die Myopie. In Folge dieser Herabsetzung der Refraction wird die hochgradige Myopie in Emmetropie verwandelt, und dem Pat.

die Möglichkeit des deutlichen Sehens in die Ferne verschafft. Ausserdem erfährt das Sehen hierdurch eine wesentliche Besserung, oft ungefähr um das dreifache. Die Erklärung hierfür ist wohl in erster Linie in der Verlegung des zweiten Knotenpunktes weiter nach vorne zu suchen. Ebenso können die Operirten auch durch Benutzung geeigneter Gläser ihr Sehen in der Nähe zu einem befriedigenden gestalten. Als Operationsverfahren empfiehlt Vortragender das von Schweigger angegebene, und wendet sich namentlich gegen die präparatorische Iridectomie. Die gegen die Operation gemachten Einwände der Infectionsgefahr werden durch Berücksichtigung einer peinlich durchgeführten Antiseptik und Aseptik hinfällig, ebenso die Befürchtung, es könne die Linsenblähung leicht einen Glaucomanfall herbeiführen, da letzterer stets durch eine möglichst frühzeitig ausgeführte Linearextraction beseitigt werden kann. Da über die Zukunft der ihrer Linse beraubten Augen wegen Kürze der Beobachtungszeit, namentlich was ein ferneres Verhalten der Netzhaut anbelangt, noch nicht ein sicheres Urtheil gewonnen werden kann, müsse man jedenfalls für's Erste davon absehen Individuen von über 30 Jahren der Operation zu unterziehen. Ein weiteres Augenmerk ist auf den Zustand des Glaskörpers und des Augenhintergrundes zu richten. Geringe choroidale Veränderungen bilden übrigens, nach den bisherigen Erfahrungen keine Contraindication. Ob die entzündlich degenerativen Processe der Chorioidea wie auch der Fortschritt der Myopie durch die Operation beseitigt werden, kann erst in späterer Zeit constatirt werden. Da eben noch manche Fragen zu entscheiden der Zukunft überlassen werden muss, werden wir für's Erste wohl nur solche Patienten der Operation unterziehen dürfen, die durch ihre Myopie in ihrer Berufsthätigkeit wesentlich beeinträchtigt sind. Jedenfalls verdient Pflügers Rath, stets nur ein Auge zu operiren durchaus volle Anerkennung.

Dr. Mandelstamm wendet sich gegen die Behauptung des Vortragenden, es würde durch eine Operation die Sehschärfe vergrössert, das sei ein Irrthum, nur die Netzhautbilder werden grösser und in Folge dessen das Sehen besser. Auch bezweifelt er einen günstigen Einfluss der Operation auf die progressive Myopie, da durch Entfernung der Linse die Augenachse nicht verändert werden könne, und seiner Ansicht

nach gerade eine Verlängerung derselben die bedingende Ursache der Myopie bilde.

Dr. v. Erdberg betont demgegenüber, dass z. B. Schweigger eine 4-fache Verbesserung der Sehschärfe beobachtet habe. Das Fortschreiten der Myopie beruhe allerdings auf Dehnung der Augenaxe — aber hervorgerufen durch Zug der m. m. interni; dieses veranlassende Moment fällt aber nach der Operation fort, weil die Pat. nach derselben das Object weiter von den Augen entfernt halten können.

Dr. Mandelstamm hält die Theorie der m. m. interni für sehr wenig wahrscheinlich.

Dr. Dahlfeldt glaubt auch nicht, dass die Operation der progressiven Myopie Einhalt thun kann, da für letztere Convergence und Accomodation keine Rolle zu spielen scheinen. Hierfür sei die Beobachtung beweisend, dass bei Pat. bei denen ein Auge hochgradig myopisch, das andere emmetropisch ist — bei welchem Zustand letzteres beim Sehen zur Verwendung gelangt — dass myopische Auge trotzdem sich oft progressiv verschlechtert. Was die Verbesserung der Sehschärfe durch die Operation anbelangt, so tritt dieselbe nur in sofern ein, als bei hochgradigen Myopen die ausnutzbare Sehschärfe nach der Operation wesentlich verbessert wird, da die Pat. vorher die corrigirenden Concavgläser einfach nicht vertragen konnten. Die Empfindlichkeit der Netzhaut worunter Dr. Mandelstamm die Sehschärfe verstanden wissen will, bleibt natürlich unverändert, — aber die Myopie ist entfernt. Bei Berücksichtigung unserer Culturverhältnisse muss er im Gegensatz zum Vortragenden den Hauptzweck der Operation im Schaffen einer genügenden Arbeitsdistance sehen, eine Aufgabe die bei hochgradigen Myopen durch Concavgläser oft nicht erreicht werden kann, da dieselben nicht vertragen werden. Der Grad der Myopie ist für die Operation nicht allein entscheidend, da die Sehschärfe sich verschieden verhält. Wo diese genügend ist, könne man zu corrigirenden Gläsern greifen, wo sie insufficient, da ist eine Operation indicirt. Nicht also das Auge allein, sondern das Individuum mit seinen subjectiven Bedürfnissen entscheidet die Frage des operativen Vorgehens. In höheren Lebensjahren soll von der Operation Abstand genommen werden, da das Individuum sich dann schon in seinem Beruf fixirt hat. Ueber die Gefahren der Operation lässt sich heute noch nichts Be-

stimmtes sagen, da die Literatur bisher wohl ziemlich umfangreich aber sehr ungenau ist. Es scheint aber, dass die Zahl der Verluste nicht gross ist. Er selbst hat 7 Mal operirt davon 5 Mal mit gutem Erfolg, zwei Fälle befinden sich noch in der Beobachtung. Beide Augen zu operiren hält er für überflüssig und gefährlich, da das Sehen mit einem Auge vollständig ausreichend ist.

Dr. Stavenhagen behauptet auch bei unseren Culturverhältnissen häufig Individuen angetroffen zu haben, denen es bei einem operativen Vorgehen mehr auf eine Verbesserung ihres Sehens in die Ferne angekommen ist. Ferner spricht er sich für ein successives Operiren beider Augen aus, da das binoculäre Sehen doch wesentliche Vorzüge hat. Die präparatorische Iridectomy scheint ihm doch mehr Sicherheit gegen die Folgen einer später eventuell eintretenden Linsenblähung zu gewähren.

Dr. v. Erdberg kann in letztem Punkte Dr. Stavenhagen nicht beipflichten, denn tritt nach der Operation eine Drucksteigerung ein, so könne man derselben immerhin noch durch eine spätere Extraction der Linse rechtzeitig begegnen.

Dr. Dahlfeldt sucht die präparatorische Iridectomy auch im Interesse eines deutlichen Sehens zu vermeiden, denn eine runde Pupille leistet in dieser Hinsicht ungleich mehr als ein Colobom. Ausserdem leistet die Iridectomy nicht einmal Garantie gegen eine nachfolgende Drucksteigerung — wovon er sich in einem seiner Fälle hat überzeugen können, wo es trotz präparatorischer Iridectomy zu einer gefährlichen, allerdings glücklich vorübergehenden Drucksteigerung kam.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

---

## Sitzung am 18. Januar 1895.

1. Dr. A. Berkholz demonstrirt einen Fall von Polyneuritis diphtheritica.

Patientin Helene N. hat im September 1894 eine leicht fieberhafte Halserkrankung ambulatorisch durchgemacht, nach 3 Wochen Parese der Schlundmuskulatur, nach wiederum ca. 3 Wochen Accomodationslähmung. Ende Nov. Schwäche der

oberen und unteren Extremitäten, verbunden mit leichtem Vertaubungsgefühl. Am 12. Dec. folgender Status: Ataxie aller Extremitäten, namentlich der unteren; grobe Kraft in den Händen stark herabgesetzt, in den Beinen leichte Schwäche der Extensoren; passive und active Beweglichkeit frei; Sensibilitätsstörungen weder für Tast-, Orts-, Schmerz noch Temperaturempfindungen nachweisbar; — Reflexe erloschen; die Muskulatur der unteren Extremitäten weist keine Atrophie auf, an den oberen Extremitäten leichte Atrophie der Muskulatur beider Daumenballen und des M. deltoideus rechts, electriche Erregbarkeitsprüfung fällt normal aus, bis auf die Prüfung der Muskulatur der beiden Daumenballen und des rechten Deltoideus wo die Zuckungen für den faradischen und galvanischen Strom. direct oder indirect träg sind und die Anodenzuckung stärker ausfällt als die Katodenzuckung. — Von Seiten der Blase und des Mastdarms keine Beschwerden, Herzthätigkeit normal. — Keine Schmerzen in den Extremitäten, auch auf Druck.

Die Behandlung hat in Faradisation der Extrem. und Strychninjection bestanden. Die Ataxie ist nunmehr geschwunden, doch sind die Reflexe und die normale Erregbarkeit auf den electricen Strom noch nicht wiedergekehrt.

Referent betont den Mangel jeglicher nachweisbaren Sensibilitätsstörungen, welche nach Leyden etc. zum Bilde der Polyneuritis mit Ataxien gehören sollen, und führt 3 Fälle aus der Literatur an, wo desgleichen bei Mangel an Sensibilitätsstörungen die Ataxie nach Diphtherie auf eine neben der peripheren Erkrankung bestehende spinale Läsion geschoben wurde.

Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf die Diagnose. Der Fall ist interessant durch die zur Zeit der Beobachtung fehlenden Sensibilitätsstörungen und die Ataxie. Beide Symptome könnten die Diagnose erschweren. Die Ataxie und speciell die Ataxie der unteren Extremitäten hat Vortragenden veranlasst, eine centrale Läsion des Rückenmarkes anzunehmen; das ist nicht erlaubt, denn es ist bekannt, dass bei multipler Neuritis in Folge von Alcoholismus, Arsenvergiftung und Diphtherie Ataxie vorkomme, die aber Schwierigkeit in der Diagnose nur dann bereiten könne, wenn sie ohne motorische Schwäche-symptome, ohne degenerative Processe in den Muskeln und

mit Sensibilitätsstörungen gepaart vorkomme; dann ist die Unterscheidung von der Tabes nicht leicht. Im vorgestellten Falle ist die Ataxie aber mit Parese der oberen und unteren Extremitäten verbunden und zwar Parese mit partieller Entartungsreaction der Muskeln und Herabsetzung der electricen Erregbarkeit derselben. Diese Symptome sprechen direct gegen Tabes. Ebenso sprechen dagegen das Fehlen von Blasen-, Mastdarm- und Pupillen-Symptomen desgleichen von Sensibilitätsstörungen. Dieses letztere Symptom in Verbindung mit degenerativen atrophischen Processen könnte die Annahme einer centralen Läsion in Form der Poliomyelitis anterior nabelagen, doch komme bei dieser Erkrankung keine Erkrankung der cerebralen Nerven und keine Ataxie vor; daher sei im vorgestellten Falle diese Erkrankung auszuschliessen. Das Fehlen der Sensibilitätsstörung könne ausserdem sehr wol nur ein scheinbares sein, da Pat. nur ambulatorisch behandelt worden ist, und nicht von Anfang an hat beobachtet werden können, daher auf dieses Symptom kein grosses Gewicht zu legen sei.

Das ganze Krankheitsbild ist ein so einheitliches, dass Zweifel an der Diagnose nicht gut möglich sind: die Halsaffection, die sich daran schliessenden Rachensymptome, die sich daran schliessenden Lähmungen der cerebralen Nerven, das schliessliche Uebergreifen auf die Extremitäten, die in Armen und Beinen vorhandenen Ataxien mit Parese und degenerativer Atrophie, das Fernbleiben von Blase Mastdarm und Pupille lässt die Diagnose Polyneuritis ausser allem Zweifel.

Dr. H o l s t schliesst sich den Ausführungen Dr. S c h w a r z's an und weist noch darauf hin, dass oft beim Prüfen der Muskelsensibilität sich Störungen noch nachweisen lassen, wo die Hautsensibilität keine Veränderung gezeigt hat; erstere wird in diesem Falle wohl sicher gestört gewesen sein.

Dr. S c h ö n f e l d t erkundigt sich nach dem psych. Verhalten der Kranken.

Dr. A. B e r k h o l z hat darin keine Störung beobachten können.

2. Dr. H a n s S c h w a r t z hält seinen angekündigten Vortrag 'Zur Symptomatologie der Cholelithiasis'.

In 2 Fällen, der Vortr. als Cholelithiasis anzusprechen zu dürfen glaubt, hat er auf der Höhe des Anfalls erschwerte, rein costale Respiration und Vertauben der Vorderarme und Hände

beobachtet. Er hat in der Literatur keine Angaben über diese Erscheinungen gefunden, die er aus einer reflectorischen Spannung der Abdominalmuskulatur und dadurch bedingter maximaler Ausdehnung der oberen Lungenpartien, die ihrerseits Compression des Plexus brachialis verursachen, erklärt. Er ist jedoch der Ansicht, dass die Bedingungen für die Entstehung dieses Symptomencomplexes neben vielen anderen peritonealen Erkrankungen auch bei Gallensteinkoliken häufig gegeben sein müssen, da ja die Leber am meisten von allen Abdominalorganen vom Respirationsdruck betroffen werde, und daher bei Erkrankungen, die dieselbe in Mitleidenschaft ziehen, diese Erscheinungen am ehesten zur Beobachtung kommen müssten; aus diesem Grunde könnte unter Umständen, z. B. in Fällen zweifelhafter Differentialdiagnose zwischen Gallenstein — und Nierensteinkoliken, das Vorhandensein dieser Symptome von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Dr. H a m p e l n hat trotz reichhaltigen Materials bisher noch nicht Gelegenheit gehabt, bei Gallenstein auf dieses Symptom zu stossen, und hält es für ein extraordinäres, wenn es sich in den beiden vom Vortragenden angeführten Fällen überhaupt um Gallensteinkolik und nicht um eine einfache Neurose gehandelt hat. Die Abwesenheit der Periodicität braucht durchaus nicht gegen letztere Annahme zu sprechen. Gerade das Uebergreifen des Schmerzes auf andere Nervenbahnen ohne Bestehen für Gallensteinkolik charakteristischer Symptome scheint ihm in beiden Fällen die Annahme einer Neurose wahrscheinlicher zu machen.

Dr. H a n s S c h w a r t z sieht in dem raschen Klimawechsel entschieden ein Moment, welches das rasche Austreten eines Concrementes fördern könnte. Jegliches Fehlen sonstiger nervöser Erscheinungen, sowohl vor, als später nach dem Anfall schein ihm doch gegen eine Neurose zu sprechen.

Dr. C a r b l o m hat in letzter Zeit viel mit Gallensteinkoliken zu thun gehabt, und das vom Vortragenden beobachtete Symptom mehrmals ebenfalls beobachten können, namentlich ausstrahlende Schmerzen in den Armen.

Dr. G r o t h führt auch eine Beobachtung aus seiner Praxis an, wo ein älterer Herr plötzliches Druckgefühl in der Brust beim Gehen und Stehen bekam. Später stellte sich Icterus ein und ein Gallenstein ging ab.

Dr. v. Engelhardt hat auch eine Beobachtung machen können, dass der plötzliche Klimawechsel auf Gallensteinbildung von Einfluss sein kann. Das Vertauben der Hände sei übrigens nicht nur charakteristisch für Gallensteinkolik, da sie sich auch bei anderen Erkrankungen der Abdominalorgane beobachten liesse. Die Respirationsbeschwerden müssten sich auch bei Erkrankungen der Niere einstellen, da auch diese durch die Excursion des Zwerchfells beeinflusst würde.

Dr. Ed. Schwarz wendet gegen den Grothschen Fall ein, es würden die Symptome auch durch stenocardische Anfälle erklärt.

Dr. Groth betont demgegenüber, dass weder früher noch später irgend derartige Symptome sich bemerkbar gemacht haben und die Coincidenz mit Icterus und Abgang eines Gallensteines wohl die Diagnose zweifellos machen.

3. Dr. Buchholz hält seinen angekündigten Vortrag über «die bisherigen Erfahrungen mit der Serumtherapie im Stadtkrankenhaus».

Das Behring'sche Heilserum ist im Krankenhaus 10 Mal, 1 Mal bei einer Erwachsenen, 9 Mal bei Kindern angewandt worden. 1 Fall kommt aber für die Serumbehandlung nicht in Betracht, weil das betreffende Kind schon 3 hor. nach der Injection bei der Tracheotomie zu Grunde ging, unter Erscheinungen, wie sie früher durchschnittlich 1 Mal jährlich im Krankenhaus beobachtet worden sind — offenbar durch einen reflectorischen Herzstillstand.

Bei 2 Kindern, die erst seit 2 Tagen in Behandlung waren, liess sich für's erste eine schnelle Verkleinerung der Beläge und eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens constatiren.

Von den übrigen 7 Patienten verstarb 1, genasen 6.

Was den tödtlich verlaufenden Fall anbetrifft, so handelte es sich um ein 16 $\frac{1}{2}$  Jahre altes Mädchen, das höchst wahrscheinlich schon eine Woche zu Hause krank gewesen war. Die bacteriologische Untersuchung ergab einzelne Stäbchen und ein Ueberwiegen von Coccen. Es trafen hier also 2 Umstände zusammen, von denen der eine nach Behring allein schon genügt, um die Serumtherapie in der Regel illusorisch zu machen. Ausserdem war der Fall noch durch eine grosse Struma complicirt und eventuell bestand auch noch Tuberculose.

Die 6 genesenen Fälle boten, wie es aus den mitgetheilten

Krankengeschichten hervorgeht, einen eigenartigen einander sehr ähnlichen Verlauf dar.

Die Beläge im Rachen verkleinerten sich deutlich am nächsten, spätestens am 2. Tage nach der Injection. Das Allgemeinbefinden, der Schlaf, der Appetit besserten sich ausnahmslos schnell.

Eine deutlich reichliche Expectoratio kurz nach der Injection liess sich 5 Mal wahrnehmen.

Die Temperaturen waren wechselnd, der Puls wurde bald voller und langsamer, doch kamen spätere Steigerungen der Frequenz noch vor. 3 Mal ging eine vollständig ausgebildete Larynxstenose wieder zurück. 1 Mal bildete sich eine Larynxstenose, die im ersten Beginne bestand, nicht weiter aus.

Eiweiss im Urin fand sich 3 Mal vor der Injection, 3 Mal erst nach der Injection, 1 Mal blieb der eiweissfreie Harn auch nach der Injection eiweissfrei. Die Albuminurie war stets recht gering. Das Alter der gespritzten Kinder betrug 4 Mal 2 Jahre und darunter. Das älteste Kind war 6 Jahre, das jüngste 1 Jahr 1 Monat alt. Von Nebenerscheinungen wurde 1 Mal am 6. Tage ein kurz andauerndes kleines Erythem bemerkt, welches das Allgemeinbefinden nicht störte. 1 Mal trat am 6. Tage ein ausgebreitetes Exanthem mit recht schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens auf. Die Aetiologie einer Otitis media liess sich nicht feststellen, weil die Diphtherie zu einer bestehenden Variola hinzugetreten war.

Neben dem Serum wurde keine locale, sondern nur eine symptomatische Therapie angewandt.

Schutzimpfungen sind nicht vorgenommen worden.

---

## Sitzung am 1. Februar 1895.

Dr. Treymann berichtet über folgenden Krankheitsfall. Am 30. Januar a. c. wurde im Krankenhause Frau Gr., 27 J. alt, die von Dr. Jorban aus Tuckum mit der Diagnose: «Extrateringravidität mit ausgetragener, vor 3 Tagen abgestorbener Frucht» nach Riga geschickt worden war, laparotomirt. Die Diagnose wurde von mir bestätigt, nachdem es gelungen war, das Cavum des leeren Uterus, der oberhalb der Symphyse, nach links geneigt, der vorderen Bauchwand dicht

anlag, mit 2 Fingern bis zum Fundus hinauf deutlich abzutasten. Es gelang leicht, Zeige- und Mittelfinger in den aufgelockerten, weichen 11 Cent. langen Uterus, der Decidua-fetzen enthielt, einzuführen. Weder im vorderen noch hinteren Scheidengewölbe waren Kindstheile oder Placenta durchzufühlen. Dagegen liessen sich leicht von aussen durch das Abdomen grosse und kleine Kindstheile durchföhlen. Die Lage des Kindes liess sich als Längs- und Steisslage bestimmen. Bewegungen und Foetalpuls nicht wahrzunehmen. Das Hinaufragen des Extrauterinsacks, der prall gespannt schien und wenig verschiebbar war, bis zum processus xiphoideus liess ein ausgetragenes Kind vermuthen. Bei der Laparotomie (grosser Schnitt) erschien der Extrauterinsack als ein dem Uterus im letzten Schwangerschaftsmonat gleichendes Gebilde, welches, mit Ausnahme einiger leicht trennbarer, breiter Netzadhaerenz am oberen Pol, nirgends mit der Umgebung verwachsen war und sich in toto aus der Bauchhöhle wie ein grosses Uterusmyom herauswälzen liess. Rechts oben lag demselben das Ovarium und die Tube dicht an, links vorne unten der leere, 11 Cent. lange eigentliche Uterus, welcher vor 3 Jahren ein noch heute lebendes Kind ausgetragen und geboren hatte. Er haftete dem die ausgetragene Frucht bergenden Uterushorn in breiter Ausdehnung an. Nachdem ein Gummischlauch um den Cervix gelegt worden, wurde das ganze Uterushorn, ohne dass es eröffnet wurde, mit dem Uterus selbst abgetragen, der Stumpf extraperitoneal im unteren Wundwinkel fixirt. Nach der Durchschneidung des Cervix, wurde ein seitlich sich erstreckendes, trichterförmiges Grübchen sichtbar, welches eine Sonde mehrere Cent. weit in einen feinen Canal gleiten liess, der in der Wand des Uterushornes, jedoch nicht bis zum Innern desselben führte. Das nach vollendeter Laparotomie eröffnete Uterushorn enthielt ein ausgetragenes Kind, in der rechten Wand die Placenta und mässig viel grünen schleimigen Fruchtwassers. Befinden der Operirten nach  $2 \times 24$  Stunden gut. (Demonstration des Präparats in der Sitzung v. 1. Feb. 1895) 12. Feb. Befinden der Patientin 14 Tage nach der Operation ausgezeichnet. Mit Ausnahme einiger Fiebertage, die durch Secretstockung in der Umgebung des Stumpfes verursacht wurden, guter Verlauf. (Autoreferat).

2. Discussion über den Vortrag Dr. Buchholz's über die

bisherigen Erfahrungen mit der Serumtherapie im Stadtkranken hause».

Dr. Bergmann hält es nicht für zulässig, den einen vom Vortragenden erwähnten Fall als genesen zu rubriciren, obgleich noch bei der Entlassung das Vorhandensein von grauen Belägen in den Lacunen notirt worden ist. Eine nachfolgende Exacerbation ist hier nicht auszuschliessen und können durch eine solche Statistik leicht Missverständnisse hervorgerufen werden. Andererseits biete ein so frühzeitiges Entlassen der Pat. bei Berücksichtigung der langen Virulenzdauer der Löfflerschen Bacillen grosse Ansteckungsgefahren für die Umgebung.

Dr. M. Schmidt bemerkt demgegenüber, dass die erwähnten grauen Punktechen nichts mit diphtheritischem Belag zu thun gehabt haben, und auch, wie eine spätere poliklinische Beobachtung hat constatiren können, ohne Folgen geblieben sind. Die Pat. so lange im Krankenhause zurückzuhalten, als die Virulenz der L. Bacillen andauert, verbietet sich aus rein pract. Gründen.

3. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über «Tetanus» (erscheint in der Berl. klin. Wochenschrift).

Dr. Ed. Schwarz findet eine Erklärung für die in der Umgebung der Verletzung sich bemerkbarmachenden Lähmungserscheinungen in den neuritischen Veränderungen. Schwierigkeiten der Erklärung bieten dagegen die localen Krämpfe. Von Interesse sind in dieser Frage 2 Arbeiten von Niessel und Beck, welche unabhängig von einander in den grossen Ganglienzellen des Rückenmarkes einen Schwund von Nervenzellensubstanz und im Zellkern gefunden haben.

Dr. Paul Klemm kann diesen Arbeiten keine Bedeutung zur Erklärung der localen Krämpfe beimessen, da sie von anderen Autoren keine Bestätigung gefunden haben, die in diesen Arbeiten betonten Veränderungen würden ausserdem nichts für Tetanus spezifisches bedeuten, da sie auch bei anderen Erkrankungen beobachtet worden sind. Die Lähmungserscheinungen durch neuritische Veränderung zu erklären, hat in sofern etwas Bedenkliches, als das Tetanugift bekanntlich direct durch das Blut in den Körper gelangt, und nicht sich längst den Nerven weiter verbreitet. Lähmungserscheinungen treten übrigens beim Tetanus nur im Facialisgebiete und nur bei Verletzungen am Kopfe auf.

Dr. Schönfeldt meint, der Umstand, dass die Krämpfe anfangs local sind, brauche durchaus nicht gegen einen centralen Ursprung derselben zu sprechen.

D. z. Secretär: Dr. Radewski.

---

### Sitzung am 15. Februar 1895.

Dr. Hoffmann hält seinen angekündigten Vortrag über die «Cholera» (Theil I.)

---

### Sitzung am 1. März 1895.

Dr. Deubner stellt vor der Tagesordnung einen Patienten vor, welcher seit 12 Jahren an einem Hautleiden laborirt. Es treten ganz typisch in den Frühjahr- und Herbstmonaten, sowohl an den Extremitäten als auch am Rumpf Flecken auf, welche sich schnell vergrössern, central eine livide Färbung annehmen und peripher von einem hellrothen Saum umgeben sind. Die Eruption ist mit allgemeinem Unwohlsein verbunden. Die Flecken überragen nur wenig die Haut; bei stärkerer Exsudation tritt über den Flecken Blasenbildung auf. Nach meist 3-wöchentlichem Verlauf bildet sich der Process zurück, und es bleiben nur noch hellbraune pigmentirte Flecken zurück. Eigenthümlich ist die Erscheinung, dass bei jeder neuen Eruption die vorher befallenen Stellen wieder erkranken und da bei sich dann die erkrankte Hautpartie vergrössert, so dass die grössten Flecken -- über Handtellergrösse -- auch die zuerst erkrankten Hautstellen anzeigen. Vortr. hält die in Rede stehende Affection für eine sich ungewöhnlich localisirende Form des sonst typisch auftretenden Erythema exsudativum multiforme. Ueber die Bedeutung des Leidens, ob idiopathisch, oder symptomatisch behält er sich seine Ansicht noch vor, da er den Pat., der sich gegenwärtig im der 2. Woche der Eruption befindet, heute zum ersten Mal gesehen hat.

(Autoreferat.)

Dr. Hoffmann hält seinen angekündigten Vortrag über «Cholera» (Theil II). Erscheint demnächst im Druck.

---

## Sitzung am 15. März 1895.

Dr. Voss berichtet vor der Tagesordnung über einen Fall von Fremdkörper im Ohr, wo der Tod durch Meningitis vorausgegangenen Extractionsversuchen zuzuschreiben ist, unter Vorweis verschiedener zur Fremdkörperextraction geeigneter und ungeeigneter Instrumente. Der Fall soll in der Petersb. med. Wochenschr. veröffentlicht werden.

1. Dr. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag zur «Diagnostik der Prostatahypertrophie». Erscheint demnächst in der Petersb. med. Wochenschrift.

Dr. Rulle meint, dass die vom Vortragenden geschilderten Symptome sich auf eine Allgemeinerkrankung, die sexuelle Neurasthenie zurückführen liessen.

Dr. Schabert betont demgegenüber, dass es sich hier um eine pathol. anatomische Veränderung handele, welche ganz unabhängig von der sexuellen Neurasthenie zur Entwicklung gelange. Letztere Erkrankung könne unabhängig von Prostatahypertrophie und umgekehrt vorkommen.

2. Discussion über «Influenza». Dieselbe wird vom Präses durch folgende Skizze eingeleitet. Die ersten Fälle kamen einzeln im Januar d. J. zur Beobachtung bei starker Frequenz von Erkrankungen der Respiationsorgane. Im Februar häuften sich die Fälle mit folgendem ziemlich constantem Bilde; plötzlicher Schüttelfrost mit nachfolgender oft recht bedeutender Temperatursteigerung, dabei heftige Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen mit catarrhalischen Erscheinungen in Nase, Rachen, Larynx und Trachea, während richtige Bronchitiserscheinungen, Pleuritiden und Lungenentzündungen relativ selten zur Beobachtung gelangten. Dauer ca. 3—5 Tage mit meist lytischem Abfall der Erscheinungen. Im Gefolge oft nervöse Störungen, wofür Vortragender Belege aus seiner Praxis mittheilt. Neben diesem typischen Verlaufe zeigten sich die verschiedensten Variationen mit Hervortreten bald dieser oder jener Erscheinung. Auch Nachfieber komme relativ oft zur Beobachtung, nachdem die erste Attaque seit 3—4 Tagen vergangen war. Complicationen kommen selten zur Beobachtung, wie denn

die Epidemie einen ziemlich leichten Charakter zeigte. In Betreff der Immunitätsfrage konnte Vortragender die Beobachtung machen, dass die Hälfte der in diesem Jahr Erkrankten auch 1889 erkrankt war.

Dr. Schönfeldt berichtet über einen von ihm beobachteten seltenen Fall von Polyneuritis nach Influenza, der unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse (*Paralysis ascendens acuta*) schnell einen tödtlichen Ausgang genommen.

Frau K. 44 a. n. (Alcoholismus ausgeschlossen) machte Anfang Februar c. die Influenza durch, 14. Februar allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit. 18. Februar Lähmung der Beine. 21. Februar Schwäche in den Armen und Lähmung der linken Gesichtshälfte. 23. Februar Consultation. Status: hochgradige Erschöpfung und Hinfälligkeit, kein Fieber, Puls 90, Resp. 30, Sensorium frei. Pat. klagt über Paraesthesien und spontane Schmerzen in den Extremitäten. Schlafe complete Paraplegie der Beine, passive Bewegungen in Folge hochgradiger Schmerzhaftigkeit nicht auszuführen. Bauch- und Rumpfmuskulatur relativ intact. Beide Arme nur paretisch, können etwas gehoben werden. Druck auf die Nerven und Muskeln sehr schmerzhaft, Hyperästhesie der Haut. Genauere Prüfungen der Sensibilität bei der Hinfälligkeit der Pat. nicht möglich. Sehnenphänomene und Hautreflexe erloschen. Diplegia facialis und Bulbärsymptome an Lippen, Zunge, Gaumen und Rachen (Schling- und Articulationsstörung bei tonloser Sprache) Pericorneale Injection (*ulcera?*) in Folge des Lagophthalmus. Augenbefund sonst normal, ebenso wie die Blasen- und Mastdarmfunction.

26. Februar. Sondenfütterung. Die Beschleunigung des Pulses (120) bei normaler Temperatur und die Respirationsstörungen bekunden bereits die Affection des *N. vagus*. 27. Februar exitus unter Erstickungserscheinungen. — Auch die epikritische Betrachtung gestattet nicht eine absolut sichere Diagnose zu stellen. Die spontanen Schmerzen, die Hyperaesthesia der Haut, dann das Uebergreifen der Lähmung von den Beinen auf die Arme bei verhältnissmässiger Verschonung der Rumpf- und Bauchmuskulatur sprechen mehr für Polyneuritis, während das überaus schnelle Fortschreiten der Lähmungen von unten nach oben bis auf die Bulbärnerven innerhalb weniger Tage und die normale Temp. die Annahme einer acut aufsteigenden

Paralyse rechtfertigen. Eine Diff. Diag. zwischen diesen beiden Krankheitsformen, eine klinische Trennung derselben ist in manchen Fällen z. Z. noch nicht möglich: es giebt eben eine sehr acut verlaufende Form der infectiösen Polyneuritis, welche dem Bilde der Landry'schen Paralyse gleicht.

Dr. Hampelns Erfahrungen decken sich mit denen Dr. Kranhals'. Der Beginn der Epidemie ist in den Februar zu verlegen, doch habe er sporadische Fälle schon bedeutend früher, im September, zweifellos beobachten können. Eigenthümlich ist dieser Epidemie, dass sie erst die besser situirten Stände ergriffen hat, während ins Hospital erst viel später, erst seit 8—14 Tagen Kranke kommen und jetzt die Krankheit bedeutend zugenommen hat. Der Verlauf ca. 2—3 Tage, wo längeres Fieber, da handele es sich um Mischinfection, namentlich Fränkelsche Bacillen resp. Recidiv. Bei einem Kinde hat er Temp. v. 40,7 p. 180 beobachtet; nach 2×24 Stunden Entfieberung. In Betreff der Immunitätsfrage hat er den Eindruck gewonnen, dass ein einmaliges Ueberstehen vor einer weiteren Erkrankung schützt, worin er mit Pfeiffer übereinstimmt.

Dr. Böhlenhoff bemerkt, dass das Militär bis jetzt vollständig von der Influenza verschont geblieben ist.

Dr. Deubner hat den Eindruck gewonnen, dass die jetzige Epidemie noch ausgebreiteter ist, als die von 1889, namentlich wurden weniger Kinder verschont. Nachfieber hat auch er oft beobachten können, dagegen wenig Complicationen.

Dr. Mey hat Fälle von Gelenkrheumatismus beobachtet, welche sich durch Natr. salicyl. nicht beeinflussen liessen und die er daher auch auf Influenza zurückführt.

Dr. Berkholz hat Ergüsse in die Sehnenscheiden nach Influenza beobachtet, welche sich schnell zurückbildeten.

Dr. Voss hat auf dem Gebiete der Ohren doch recht vielfache Complicationen beobachten können, namentlich Otitis media mit recht protrahirtem Verlauf und Andauer der Schmerzen auch nach Perforation. Ebenso häufige Exacerbation alter Fälle, desgleichen zahlreiche Rachencomplicationen mit starkem Blutreichthum. Auch Verlust der Geruchsempfindung kam 2 mal vor mit Wiederkehr derselben spontan nach ca. 6 Wochen. In der Nase dabei keine Veränderung. Auch Entzündungen der Nebenhöhlen traten gelegentlich auf, sowie Acusticus- und Labyrinth-Complicationen vorübergehender Natur.

D. Z. Secretär: Dr. Radecki.

## Sitzung am 5. April 1895.

Dr. Voss demonstriert vor der Tagesordnung an einem Patienten ein Cholesteatom.

1. Dr. Buchholz hält seinen angekündigten Vortrag: «2 Fälle von tödtlicher Blutung nach Tracheotomie bei Diphtheritis». — Erscheint in d. Petersb. med. Wochenschr.

Dr. Miram wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht die Tracheotomia inferior für die Fälle tödtlicher Blutung verantwortlich zu machen wäre. Prof. Bergmann z. B. übe aus dieser Erwägung stets die Tracheotomia sup.

Dr. Buchholz bemerkt hierzu, dass in einem seiner angeführten Fälle die Tracheotomie gleich unterhalb des Ringknorpels ausgeführt worden ist und daher in diesem Falle die Erwägungen Dr. Mirams entschieden nicht zutreffen.

Dr. Schmidt glaubt ebenfalls die Methode nicht beschuldigen zu können, da von 100 nach ihr im Krankenhause ausgeführten Fällen nur 2 diese Complication gezeigt haben.

Dr. Krannhals berichtet im Anschluss hieran über einen Fall von Perforation der Aorta durch ein Oesophaguscarcinom, welches an der Stelle, wo es zur Perforation kam, stark nach einer Seite ausgebaucht war, und auf die Adventitia übergewuchert hatte, während die Intima an der Stelle des Loches Necrose zeigte.

Dr. Voss hat eine tödtliche Blutung beobachtet, welche durch Druck einer Canüle nach Tracheotomie bei einem Aortenaneurysma entstand. Die Operation wurde auf ausdrücklichen Wunsch des Pat. vorgenommen und brachte ihm während 3 Wochen Erleichterung. Dann trat durch  $2 \times 24$  Stunden praemonitorische Blutung und nachdem tödtliche Perforation ein.

Dr. Miram erkundigt sich bei Dr. Schmidt, welchen Erfolg er mit der Serumbehandlung im Krankenhause erziele.

Dr. Schmidt äussert sich mit den bisherigen Erfolgen zufrieden, wenngleich er noch Todesfälle zu beobachten Gelegenheit hatte.

2. Dr. Behr hält seinen angekündigten Vortrag «über die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia.» (Gedruckt in der Sammlung klin. Vort. von Volkmann.)

d. z. Secretair Dr. Radacki.

## Sitzung am 19. April 1895.

1. Dr. P. K l e m m giebt ein Referat über die wichtigsten Verhandlungen des letzten Chirurgencongresses in Berlin.

2. Dr. H a c h demonstrirt einige Myome von Kindskopfbis Kirschgrösse, welche er vor einiger Zeit aus einem im II. Monat graviden Uterus enucleirt hat, ohne dass die Gravidität unterbrochen wurde. —

3. Dr. V o s s demonstrirt verschiedene Präparate: a) linguae nigrae. b) leptotrix buccalis. c) ein hartes Fibrom der Nase, welches durch seine Grösse Schwierigkeiten bei der Entfernung machte, welche schliesslich von hinten her mit dem Finger gelang. d) Septopolypen. e) ein spitzes Condylom der Nase, dasselbe stammt von einem jungen Mann, der solche gleichzeitig am Penis und die Angewohnheit hatte sich mit dem Finger die Nase zu bohren. f) Aspergillus niger aus dem Ohr, g) einen durch seine Grösse ungewöhnlichen Ohrpolypen. —

Dr. K r a n n h a l s fragt Vortragenden in Betreff der Septopolypen, ob nicht die Gravidität auf deren Entstehen von Einfluss wäre. Er selbst hat einen dünngestielten linsengrossen Polypen am Zahnfleisch einer Schwangeren beobachtet, welcher starke Blutungen verursachte, doch leicht entfernt werden konnte. Nach 2 Jahren erneute Schwangerschaft mit Ausbildung der gleichen Geschwulst.

4. Dr. v. G ö t s c h e l berichtet über einen Blasentumor den er mit Hilfe des Cystoskops diagnosticirt und per sectionem altam entfernt hat. —

Pat. 43 Jahre alt, ist seit c. 4 Jahren krank. Während dieser Zeit will er an Störungen der Urinentleerung und an zeitweiligem, ohne jegliche Veranlassung auftretenden, zuweilen 2—3 Wochen andauerndem, bluthaltigem Urin gelitten haben. Ferner will er stets bei jeder Blutentleerung eine terminale Blutung beobachtet haben. Pat. ist ein anämisches, schlecht genährtes Individuum. Der saure Urin enthält ausser weissen und rothen Blutkörperchen keine abnormen Bestandtheile. Cystoskopisch lässt sich 1—1½ Finger breit nach rechts vom orificium int. urethrae ein wallnussgrosser mit multiplen feinen, flottirenden Fimbrien besetzter Tumor nachweisen. Der sehr bewegliche Tumor ist mit einem Bleifederdicken Stiele rechterseits an die Blasenwand befestigt. Cystoskopisch bietet der

Tumor das Bild eines papilloma fimbriatum nach Thomson dar, was durch die spätere mikroskopische Untersuchung auch bestätigt wurde. Operation keine Schwierigkeiten bietend, Verlauf fieberlos. Am 19. Tage verlässt Pat. das Bett, nach 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Wochen Schluss der Wunde. Urin klar.

5. Dr. v. Rimscha demonstirt einen kleinen Porcellanknopf, welchen er kürzlich aus dem Gehörgang entfernt hat, wo derselbe 13 Jahre ohne Beschwerden zu verursachen, gelegen hatte.

6. Dr. Miram berichtet folgenden Fall: 2-jähriger Knabe verschluckt 2 Zweikopekenstücke welche ohne Beschwerden zu verursachen am 11 Tage auf natürlichem Wege entfernt wurden, nachdem die Kartoffelbreier, sofort nach dem Verschlucken angewandt, kein Resultat gehabt hatte.

Dr. Bertels berichtet im Anschluss hieran über einen grossen Pflaumenkern, welcher vom Herbst bis Frühjahr in Rectum eines 2-jähr. Kindes gelegen hatte, und schliesslich mit Hilfe eines zangenförmigen Instrumentes entfernt werden musste.

d. z. Secretair Dr. Radcki.

---