

XXVIII.

Auszug aus den Protocollen

der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.



Riga, 1890.

Ernst Plates Buchdruckerei, Lithographie und Schriftgiesserei,
bei der Petri-Kirche, im eigenen Hause.

Auszug aus den Protocollen

Дозволеною цензурою. — Г. Рига, 17 августа 1890 г.



1131. Sitzung am 6. September 1889.

Anwesend 31 ordentliche Mitglieder.

Für die Bibliothek eingegangen: a) Jahresbericht der Rig. Sanitätskommission 1880—1888. b) Sitzungsberichte der Gesellsch. für livl. Geschichte und Alterthumskunde 1888. c) 2. Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nerven- kranke von Dr. Holst. d) Med. Beilage zum Marine-Archiv. Juni—August-Hefte 1889 (russ.). e) Sitzungsbericht der Russ. Balneolog. Gesellschaft in Pjätigorsk. Juni 1889 (russ.). f) Prot. der Sitzung der Gesellsch. Pleskauer Aerzte vom 15. Dec. 1888 (russ.).

1) Dr. Holst legt ein neues Präparat condensirter Milch, von einer Revaler Fabrik stammend, vor. Die chemische Analyse laute günstig, namentlich zeichne es sich durch geringen Zuckergehalt vortheilhaft aus.

Dr. Treymann hat das Präparat in der Entbindungs- anstalt in Anwendung gezogen und ist mit dem Resultat zufrieden.

2) Dr. Miram berichtet über eine Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Die Operation verlief mit Zurücklassung beider Ovarien und der rechten Tube ohne Störung. Nach 8 Wochen nussgrosser Granulationsknopf im rechten Wundwinkel mit lapis und dem scharfen Löffel vergeblich in Angriff genommen. In Narcose wurde das Gebilde, das sich als Stück der Tube erwies, ligirt und abgetragen. Nachblutung am 2. Tage, Erbrechen, kleiner Puls ohne Temperatursteigerung, Leib aufgetrieben, nicht empfindlich, Kräfteverfall. Die Blutung stammte nicht aus der

ligirten Tube, das fast lackfarbene Blut entleerte sich aus dem offenen Parametrium. Tamponade brachte das Blut nicht zum Stehen. Tod an septischer Peritonitis am 4. Tage. Obduction verweigert. Von 4 Fällen von Totalexstirpation sei das der einzige unglücklich verlaufene.

3) Der Präses verliest ein Einladungsschreiben des Comité des internationalen med. Congresses zu Berlin 1890.

4) Interna: Proposition aufzunehmender Mitglieder; Feier des Stiftungstages; Wahl Dr. Dietrichs zum Bibliothekar-Gehilfen.

1132. Sitzung am 16. September 1890.

Anwesend 37 ordentliche Mitglieder.

Für die Bibliothek eingegangen: Med. Beilage zum Marine-Archiv. Sept. 1889 (russ.).

1) Der Präses verliest die Statuten.

2) Der Secretär verliest den Jahresbericht.

3) Dr. Zwingmann trägt den von ihm und Dr. Tiling verfassten Revisionsbericht der Wwe. Reimers'schen Augenheilanstalt vor.

4) Zum Secretair wird an Dr. v. Stryk's Stelle Dr. Bernsdorff gewählt.

5) Zu Revidenten der Wwe. Reimers'schen Augenheilanstalt werden die DDr. Tiling und Zwingmann wiedergewählt.

6) Zum Gliede der Vortragscommission wird Dr. Worms wiedergewählt, so dass dieselbe besteht aus den DDr. Carblom, Worms, Miram, Voss und Bernsdorff.

7) Zu ordentlichen Mitgliedern werden aufgenommen die DDr. Nicolai Seraphim und Leonhard Helmsing.

1133. Sitzung am 27. September 1889.

Anwesend 24 ordentliche Mitglieder und 6 in Riga ansässige Gäste.

Für die Bibliothek eingegangen: a) Achscharumow. Ueber Prostitution (russ.). b) Prot. der Russ. balneolog. Gesellsch. in Pjätigorsk Nr. 39 und 40 (russ.). c) Jahresbericht der Smithsonian institution 1886 (engl.).

1) Dr. Miram: „Zur Casuistik der Unterleibschirurgie.“ Im verflossenen Sommer hat Votr. im hiesigen Diakonissenhause 7 Mal das Peritoneum bei operativen Eingriffen eröffnet mit 5 Heilungen und 1 Todesfall.

2 Gastrotomien: a) P., 58 a. n., hat seit einigen Monaten im Scrobiculum das Anwachsen einer Geschwulst verspürt, welche heftige Schmerzen verursacht. Kein Erbrechen. Mässige Abmagerung. Der durch die Operation entfernte kleinfautgrosse Tumor von solider Consistenz hat seinen Sitz am Pylorus. Zwickelbildung der dreireihig angelegten Naht. Das Lig. hepato-duodenale wird auf die Nahtstelle geheftet. In den ersten Tagen nach der Operation Erbrechen schwarzer Massen, dabei starkes Unbehagen. Puls niemals über 70, Temp. ein Mal 38,0. Vom 4. Tage an glatter Verlauf. Heute, nach 2 Monaten, fühlt Pat. sich wohl, hat nur bisweilen recht heftige Schmerzen in der rechten Brusthälfte verspürt.

b) L. 54 a. n. Leicht beweglicher Tumor im Scrobiculum, seit einigen Monaten bemerkt. Beständiges Erbrechen. Cachexie. Beim Blosslegen des Magens erweist sich die kleine Curvatur bedeckt mit infiltrirten Drüsen, welche sich zum Theil auch auf das Pancreas fortsetzen. Am Pylorus derber, kleinapfelgrosser Tumor. Trotz der durch die Drüsen gesetzten ungünstigen Verhältnisse entschloss sich Votr. mit Rücksicht auf die bestehenden bedeutenden Beschwerden zur Resection, wobei allerdings ein Theil der Drüsen zurückgelassen werden musste. Das in der Bauchhöhle befindliche freie Exsudat konnte nur zum Theil aus der kleinen Operationswunde abfliessen. Naht wie oben. — Die ersten 4 Tage nach der Operation verliefen im ganzen gut bis auf grosse Mattigkeit und gänzlichen Appetitmangel,

kein Erbrechen mehr. Am 5. Tage exitus letalis, wohl nur durch Erschöpfung. Die Section erwies keinerlei entzündliche Erscheinungen; die Nähte hatten den Abschluss vollkommen bewirkt. — Beide Präparate werden vorgelegt, eine mikrosk. Untersuchung derselben steht noch aus.

Es folgen 2 Ovariectomien. a) Grosser Tumor, dem Uterus rechts eng anliegend. Die Laparotomie ergibt eine multiloculäre Cyste, deren Ausschälung wegen ausgedehnter Verwachsungen nicht möglich ist. Exstirpation der Zwischenwände, Drainage, Vernähung. Glatte Heilung bis auf eine noch jetzt bestehende Fistel, welche jedoch der Operirten kaum erhebliche Beschwerden bereitet.

b) Uniloculäre Ovarialcyste mit wasserklarem Inhalt. Ausschälung leicht; der sehr kurze Stiel macht beim Ligiren Schwierigkeiten. Heilung anstandslos bis auf einen kleinen Bauchdeckenabscess, der incidirt werden musste.

Ferner 2 Herniotomien. a) 7jähriger Knabe. An die manuelle Beseitigung der Incarceration eines Leistenbruches sofort die Eröffnung des Bruchsackes angeschlossen, Abtragung, Naht. Glatter Verlauf.

b) 21jähriger, äusserst kräftiger Bauernbursche. Seit längerer Zeit bestehen heftige Schmerzen in dem unschwer zu reponirenden Leistenbruch. Operation: angeborene Hernie mit reichlichem Bruchwasser. Samenstrang und Gefässe verlaufen im Bruchsack, so dass eine Abtragung desselben nicht möglich ist. Tabacksbeutelnaht. Am Abend des Operationstages ist Pat. sehr unruhig, klagt über Schmerzen. gr. 1 Opium per os, trotzdem Nachts über und am nächsten Morgen äusserst unruhig, spricht stets davon, dass er sofort sterben werde. Exquisit hysterisches Gebahren. Objectiv alles in bester Ordnung. Nachdem Morphinum vergeblich angewandt, hypnotisirt Dr. Donner, der schon früher Pat. behandelt hat, den Kranken mit der Weisung nach 2 Stunden Schlaf ohne Schmerzen zu erwachen. Pat. wacht zur bestimmten Zeit auf, hat keine Schmerzen mehr, ist jedoch

noch immer sehr unruhig. Nochmals wird Pat. leicht in Hypnose versetzt. Nach dem zweiten Erwachen alles gut. Heilungsverlauf ohne weiteren Zwischenfall.

Schliesslich berichtet Votr. kurz über eine anstandslose Heilung einer Laparotomie bei Tuberculosis peritonei und, wenn auch nicht in den Rahmen des Themas gehörig, über 3 ganz glatt verlaufene Totalexstirpationen des Uterus.

Dr. Bergmann weist darauf hin, dass es in der Statistik nicht üblich sei, Herniotomien an Leistenbrüchen zur peritonealen Chirurgie zu rechnen, wenn auch selbstverständlich das Peritoneum hierbei eröffnet wird.

Dr. Miram will mit den 7 Fällen weiter keine Statistik treiben, er hat sie nur zusammengestellt, da bei allen diesen Operationen in das cavum peritonei eingedrungen wurde.

2) Dr. Miram berichtet über die Operation eines kleinapfelgrossen Tumors, welcher unter den Sehnen auf dem Fussrücken eines jungen, im übrigen gesunden, Mannes sass. Die Geschwulst war langsam angewachsen, ohne erhebliche Beschwerden zu verursachen. Die Operation ergibt eine gelbliche, sehr weiche Geschwulst, welche in den Talus hinein gewuchert ist und hierdurch den Knochen fast vollkommen auseinander gesprengt hat, so dass dessen Exstirpation nothwendig wird. Das Präparat wird vorgewiesen.

3) Dr. Bernsdorff. Fall von Vergiftung durch reine Carbonsäure in selbstmörderischer Absicht mit Ausgang in Genesung. Verschluckt wurden ca. 30 Gramm.

Ein 35jähriger Mann, welcher früher 2 Mal wegen hallucinatorischer Verrücktheit in der Irrenanstalt Rothenberg behandelt worden, war angeblich plötzlich ohne nachweisbare Ursache erkrankt. Ref. wurde sofort hinzugerufen. Pat. lag ausgestreckt auf der Diele, unverständliche Laute hervorstossend. Gesicht stark geröthet, Respiration und Puls sehr beschleunigt. Sehr bald reagierte der Bewusstlose auf Reize nicht mehr, die Athmung wurde langsam und oberflächlich, der Puls klein, sehr leicht unterdrückbar. Nach

Aussage der Angehörigen hatte Pat. in gewohnter Weise einen Spaziergang machen wollen, nach wenigen Minuten kehrte er jedoch wieder in's Zimmer zurück, um sofort, da ihm unwohl geworden, den Abtritt aufzusuchen. Hier ist er ohnmächtig zusammengebrochen. Ein Anhaltspunkt für eine Vergiftung fehlte vollkommen (keinerlei charakteristischer Geruch aus dem Munde). Als ultimum refugium sollte jedoch noch eine Magenausspülung vorgenommen werden. Durch äussere Verhältnisse konnte die Sonde erst ca. $\frac{3}{4}$ Stunde nach eingetretener Erkrankung angewandt werden. Mittlerweile war der Puls sehr schlecht geworden, so dass Aeth. sulf. injicirt werden musste. Der Unterkiefer wurde (wie bei der Chloroformnarkose) constant nach vorn gezogen, da die nach hinten fallende Zunge die Respiration bedrohte. Die Einführung der Sonde gelang leicht, die ablaufende Spülflüssigkeit ergab sofort den charakteristischen Carbolgeruch. Die Entleerung des Mageninhaltes ging schwierig und stockend vor sich, sie musste immer wieder unterbrochen werden, da Erstickung einzutreten drohte. ca. 3 Stunden hindurch energischste Wiederbelebungsversuche, scheinbar ohne jeden Erfolg, schliesslich wurde von Frottirungen, Injectionen etc. Abstand genommen. ca. 7 Stunden nach Einnahme des Giftes stellte sich grosse Unruhe ein, es wurde eine bedeutende Menge wässerig-blutiger, stark nach Carbolsäure riechender Flüssigkeit erbrochen. Jetzt erholte Pat. sich allmählig, schon nach weiteren 3 Stunden konnten Fragen mit matter Stimme beantwortet werden. — In den nächsten Tagen bestand hochgradige Schwäche. Noch mehrfach blutiges Erbrechen, namentlich nachdem Pat. Glaubersalz erhalten. Am ersten Tage musste der Urin mittelst Katheter abgelassen werden. Im übrigen auffallend schnelle Erholung, namentlich waren die subjectiven Beschwerden relativ gering, die Schmerzen im Rachen und in der Magengegend waren mässig zu nennen und verschwanden nach einer Woche vollkommen.

Der Urin bot eine Woche hindurch Carbolverfärbung, eine mässig starke Albuminurie verschwand in den nächsten 3 Wochen vollkommen. — Pat. hat hinterher ein Fläschchen von ca. 30 Gramm Inhalt vorgewiesen und behauptet, die ganze in demselben enthaltene Menge verschluckt zu haben. Es liegt kein Grund vor, die Richtigkeit der Angabe, dass das Fläschchen gefüllt gewesen und alles auf ein Mal verschluckt worden ist, zu bezweifeln. Einige wenige am Boden des Gefässes haften gebliebene Tropfen wurden als das officinelle Acid. carbol. liquef. bestimmt.

Kobert und Binz führen in ihren bekannten Lehrbüchern an, dass 8 Grm. und noch bedeutend weniger reinen Phenols genügen, um den Tod herbeizuführen, und zwar tritt derselbe meist in ein bis zwei Stunden unter Erscheinungen von Lähmung des Centralnervensystems auf. Jedoch sind auch mehrfach Fälle von Carbolsäurevergiftung veröffentlicht (so z. B. von Falck, ganz kürzlich von Huber aus der Eichhorst'schen Klinik und besonders zahlreich von engl. Autoren), wo die Menge des eingenommenen Giftes 30 Grm. und darüber betrug und die Kranken doch noch mit dem Leben davongekommen sind.

Ref. macht darauf aufmerksam, dass es vollkommen unstatthaft sei, wenn, wie bei uns, dieses so stark wirkende Gift in den Droguenhandlungen und vielen Apotheken im Handverkauf abgelassen wird.

Dr. Hampeln betont die Seltenheit der Vergiftung durch internen Gebrauch von Carbolsäure bei uns trotz der grossen Verbreitung dieses Mittels. In seiner 10jährigen Krankenhauspraxis sei ihm nur ein Fall zu Gesicht gekommen und war hier das Gift durch ein Versehen genommen. — Was die so grossen Abweichungen der absolut letalen Dosis anbetrifft, so ist unter anderem als Ursache einer weniger intensiven Giftwirkung wohl namentlich eine kurz zuvor stattgehabte Nahrungsaufnahme anzusehen. (Wird für den referirten Fall zugestanden). — Dr. H. hat ebenfalls öfters

Schwierigkeiten erlebt beim Aushebern des Mageninhaltes und zwar beschuldigt er unsere ungeeigneten Sonden. Ewald empfiehlt ein Instrument, mit welchem die Resultate viel bessere sein sollen, hier befindet sich an der Spitze eine grössere Oeffnung und ca. ein Zoll höher eine Anzahl seitlicher kleinerer Oeffnungen.

4) Dr. Miram will die Meinungsäusserung der Versammlung darüber hören, ob es im Sinne der Gesellschaft lag, wenn von ihm im folgenden Fall eine Meldung der behandelnden Hebamme unterblieb. Glatter Geburtsverlauf, nur war eine manuelle Lösung der Nachgeburt nothwendig, was jedoch ganz leicht von Statten ging. Am 2., 3., und 4. Tage des Wochenbettes war die Temp. auf 39 gestiegen. Parametrien frei, kein übelriechender Ausfluss, wohl aber bestand eine hartnäckige Koprostase. Nach forcirten, wiederholten Laxansgaben und Klystieren wurden am 4. Tage kolossale, zum Theil ganz unverdaute Massen durch mehrfache Stuhlgänge entleert. Hiernach sofortiger Fieberabfall.

Dr. Carblom spricht die Ansicht aus, dass im vorliegenden Fall, da die Temperatursteigerung auf nichts anderes als die Koprostase bezogen werden konnte, Dr. M. vollkommen im Recht war, keine Anzeige zu machen.

Auch Dr. v. Stryk ist der Anschauung, dass Dr. M. im Sinne des im Prot. niedergelegten Beschlusses gehandelt hat, wenn er eben jeden anderweitigen Fiebergrund ausschliessen konnte. Da jedoch eine manuelle Lösung der Placenta vorgenommen worden ist, so konnte in diesem Fall die Ursache der Temperatursteigerung doch wohl eine fragliche sein.

1134. Sitzung am 18. Oktober 1889.

Anwesend 44 ord. Mitglieder und 11 in Riga ansässige Gäste.

Für die Bibliothek eingegangen: a) Prot. der Russ. balneol. Gesellschaft in Pjätigorsk. B. 41. b) Med. Beilage zum Marine-Archiv. Okt. 1889 (russ.).

1) Dr. Voss demonstriert einen Pat. mit einer sog. „schwarzen Haarzunge“. Auf dem hinteren Zungendreieck ein braunschwarzer filziger Belag, hervorgegangen aus Vergrösserung und abnormer Pigmentirung der hier belegenden papillae filiformes; keine Pilzwucherung. Aetiologie dieses Falles, wie auch in den wenigen beschriebenen Erkrankungen, unklar. Pat., sonst ganz gesund, hat seit ca. 4 Wochen das Gefühl von Würgreiz. Geschmacksempfindung nicht alterirt.

Dr. Miram hat einen ähnlichen Beleg beobachtet in einem Fall von inoperablem Zungenkrebs. Hier waren die Papillen noch mächtiger als im vorgestellten Fall. Aetzmittel sowohl als auch scharfer Löffel sind ziemlich machtlos gegen diese Hypertrophien.

Dr. v. Stryk hat 2 Mal diese Affection beobachtet. Der eine Fall betraf einen alten Herrn, bei welchem die Wucherung schon viele Jahre bestand, das andere Mal war es eine junge 22jährige Frau, welche von der Existenz der Zungenaffection nichts wusste.

Dr. Voss will den scharfen Löffel anwenden und dann auf den Rath von Autoren hin entweder mit 10% Sublimat oder mit Lapis ätzen.

2) Dr. Wolferz „Aus dem ersten Congress livl. Aerzte“. Kurzer Bericht über die wissenschaftlichen Vorträge, welche auf dem Aerztetag in Wolmar d. 2. bis 4. Okt. a. c. gehalten worden sind. (Ein ausführlicher Protokollauszug des Aerztetages ist in der Pet. med. Wochenschr. veröffentlicht). Ref. kommt zu dem Schlussresultat, nachdem er noch der überaus gelungenen gesellschaftlichen Vereinigungen gedacht hat, dass der Aerztetag allseitig die grösste Befriedigung nach jeder Richtung hin zurückgelassen hat.

3) Dr. v. Brehm. „Ein casuistischer Beitrag zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt“.

Vortr. hat in einem Fall von Beckenge Prochownik's Vorschlag (Centralblatt für Gynäk. 1888. Nr. 33) zur Ausführung gebracht und zwar ebenso, wie Prochownik in den 3 veröffentlichten Fällen, mit äusserst befriedigendem Erfolge. Es handelte sich um eine nur 143 ctm. grosse, 24jährige, stets schwächliche und kränkliche Frau. Periode seit dem 16. Jahr, spärlich und unregelmässig, in grossen Intervallen. Mit 20 Jahren Eingehung einer Ehe. St. pr.: Kindlicher Habitus, Panniculus adiposus fast gar nicht vorhanden. Keine Rhachitis. Aeussere Geschlechtstheile sehr eng und nur wenig behaart. Kreuzbein schmal und gerade, wenig in das Becken hineingesunken. Beckenmaasse: spin. 21, crist. 23,5, troch. 25,5, conj. ext. 16,5, conj. diag. 9,8. Also ein allgemein verengtes, nicht rhachitisches Becken, ein Zwergbecken, welches auf einer gewissen Stufe der Entwicklung stehen geblieben. — Von den bei diesem Befunde für die 34. Schwangerschaftswoche in Aussicht genommenen künstlichen Frühgeburt wurde nun nach Kenntnissnahme obiger Arbeit Abstand genommen. Die Geburt war auf die ersten Tage des Oktobers berechnet. Vom 20. April wurde dem zu Folge nachstehende Diät eingehalten: Morgens eine kleine Tasse Thee mit Milch und einem langen Zwieback; Mittags ein kleiner Teller Suppe mit Gemüse, jedoch ohne Grütze, Mehl und Butter, mageres Fleisch, desgleichen Fisch, wenig Sauce, grünes Gemüse, Salat, ein Glas weissen Portweins; Nachmittags eine kleine Tasse Kaffee mit Milch und einem Zwieback; Abends eine kleine Tasse Thee mit Milch, Käse, kalter Braten, ein weiches Ei, $\frac{1}{2}$ Milchrundstück mit Butter, ein Glas weissen Portweins. Am 8. Sept. Entziehung von Ei, Butter und Käse, vom 17. keine Suppe mehr. Diese strenge Diät hat die Schwangere sehr gut vertragen. — $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Morgens d. 28. Sept. spontane Geburt des Kindes in erster Schädellage. Die Blase sprang 2 Stunden

vorher, sie enthielt, wie auch in Pr. Fällen, sehr wenig Fruchtwasser. Das Kind, ein Mädchen, schrie sofort laut und kräftig, es war vollkommen reif und ausgebildet, nur schlank und so gut wie ohne Panniculus adiposus, 5½ Pfund schwer, 50 ctm. lang. Sehr geringe Kopfgeschwulst, weit klaffende Nähte, kleine Fontanelle von Bohnengrösse, grosse 4 ctm. lang, 2½ breit. Kopfmaasse: Umfang 31, diameter fronto-occipit 10, bipar. 9, bitemp. 8, mentooccip. 11,5, sub-occipitobregmat. 9. Das Kind ist bei guter Kuhmilch vortrefflich gediehen (Vortrag in extenso erschienen in Nr. 9. 1890 d. Pet. med. Wochenschr.).

4) Internum. Cassabericht pro 1888.

1135. Sitzung am 1. November 1889.

Anwesend 46 ordentliche Mitglieder und 11 in Riga ansässige Gäste.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses des am 26. Oktober a. c. verstorbenen ord. Mitgliedes, Dr. med. Th. Meyer. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren des Verstorbenen von ihren Sitzen.

1) Dr. Mercklin fordert im Namen des Präses der Gesellschaft livl. Aerzte, Dr. Truharts-Fellin, zu recht zahlreichem Eintritt in diese Gesellschaft auf. Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich auf 5 Rbl.

2) Ferner trägt Dr. Mercklin eine Aufforderung Dr. v. Schroeders vor, des Redacteurs der Pet. med. Wochenschr., dahin gehend, dass unter grösserer Betheiligung als bisher auf diese Zeitschrift abonniert werden möge, da durch die geringe Abonnentenzahl die Existenz des Blattes gefährdet wäre.

3) Dr. Rulle weist nach seinen Angaben häuslich bereitetes Fleischpulver vor. Gutes Rindfleisch wird in Lamellen oder Würfelchen zerschnitten, an der Luft getrocknet,

dann an einen warmen, trockenen Ort, etwa Backofen, gebracht und schliesslich in einem Mörser zu einem feinen Pulver zerstoßen. Dr. R. empfiehlt dieses Fleischpulver auf's wärmste. Es hat einen schwachen, an Bouillon erinnernden, Geruch und keinen unangenehmen Geschmack. Die Pat. nehmen es stets gern und zwar mit Leichtigkeit pro die ein Quantum Pulver, welches 3 Pfund Fleisch entspricht. Besonders zufriedenstellende Resultate bei Phthisikern und hydropischen Pat., auch einige Male beim Magenkrebs, Schwinden der bedrohlichen Erscheinungen und Zunahme des Körpergewichts. Trockene Darreichung, falls dem Körper Flüssigkeit entzogen werden soll oder aber mit Milch, Wein, Citronensaft etc. — Ref. glaubt die günstige Wirkung auf einen mechanischen Vorgang zurückzuführen, das feine Pulver lagert sich über die ganze Schleimheit in dünner Schicht und wird hierdurch vom Magensaft leichter in Angriff genommen.

Dr. Wolferz bestätigt die soeben erwähnten günstigen Eigenschaften des Fleischpulvers. Besonders gern nahmen es seine Pat. in Bouillon.

Dr. Holst und Dr. Hampeln haben schlechte Erfahrungen mit Fleischpulver gemacht, es wurde bald den Kranken zuwider. Dr. Holst betont, dass ein Vorzug dem Pulver vor gewöhnlicher Fleischnahrung nicht einzuräumen sei, so lange letztere gut genommen wird.

Auch nach Dr. Carbloms Erfahrungen wollen Pat. derartige Surrogate für Fleischnahrung nur höchst ungern nehmen.

4) Dr. Hehn. „Casuistische Mittheilung“.

In einer hiesigen Familie sind unmittelbar nach einander 3 erwachsene Personen unter vollkommen übereinstimmenden Symptomen erkrankt und nach kurzer Krankheitsdauer verstorben. Diese auffallenden Erscheinungen lassen auf eine Vergiftung schliessen. Am Abend d. 7. Okt. a. c. assen 3 Personen, Bruder, Schwester und Dienstmagd,

marinirten Lachs. Ein vierter Hausgenosse, welcher am betreffenden Abend nichts von dieser Speise zu sich genommen, ist vollkommen gesund geblieben. Der Fisch war angeblich vor 8 Tagen gesotten und dann in Essig eingelegt. Während der letzten Tage ist mehrfach ohne jeden Schaden vom Fisch gegessen worden. Die Nacht vom 7. auf den 8., ebenso der nächstfolgende Tag verliefen ohne jedes alarmirende Symptom, nur war am Abend bei allen dreien der Appetit sehr gering. 28 Stunden nach stattgehabtem Fischgenuss wurde ärztliche Hilfe requirirt. Die Dienstmagd, 56 a. n., hatte mehrfach erbrochen, klagte über allgemeines Schwächegefühl und leichten Schwindel, wurde aber vornehmlich beunruhigt durch das zunehmende Unvermögen zu sprechen und zu schlucken bei unversehrtem Bewusstsein. Die dick belegte Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, im Pharynx nichts auffallendes. Sprache lallend, unverständlich. Im Gesicht besondere Schlaffheit und Mangel an mimischem Ausdruck bemerkbar. Pupillen mittelweit, reagiren träge. Stimmung apathisch. Respiration oberflächlich, Puls mässig beschleunigt, weich, jedoch ziemlich voll. — Während der Nacht noch einige Male Erbrechen von Flüssigkeit und Speisebrei, in welchem keine Fischreste zu erkennen sind. Das Vermögen zu schlucken und zu sprechen hört allmählig ganz auf. Unter sinkender Respirations- und Herzenergie, anscheinend bei erhaltenem Bewusstsein, stirbt Pat. am 9. Okt. 11 Uhr Morg.

Unter genau denselben Erscheinungen erkrankten die beiden anderen Pat., 49jähriger Mann und 51jährige Frau, ersterer stirbt am 10. Okt. 1 Uhr Morg., letztere am selben Tage 11 Uhr Morg. Beide fühlten sich ebenfalls am Abend des 8. schon unwohl, bei beiden zunächst Erbrechen. Auch hier sind als besonders in die Augen springende Symptome zu erwähnen: Schlingbeschwerden und Sprachstörungen, dabei eine bei der Schwere der Erkrankung höchst auffällige Apathie neben ungetrübtem Bewusstsein.

Die therapeutischen Maassnahmen (Reizmittel, wie Liq. Ammonii anis., Injectionen von Aeth. sulf., Wein per os und per rectum) waren ohne jeden auch nur vorübergehenden Erfolg.

Nach sorgfältigstem Ausschliessen jeder anderen Möglichkeit sieht Ref. sich genöthigt auf ein unbekanntes, im genossenen Lachs enthaltenes Gift zu recurriren.

Dr. Schultz verliert das Prot. der an der zuerst verstorbenen Pat. ausgeführten Section, 22 Stunden post mortem vorgenommen. Die Section der beiden anderen Leichname ist leider verweigert worden. Sectionsresultat negativ, eine specielle Giftart ist nicht aufgefunden. Zwei auffallende Umstände müssen jedoch hervorgehoben werden. Zunächst contrastirt eine sonderbare Wärme der Leiche (dieselbe ist in einem kalten Raum aufbewahrt gewesen) mit dem vorhandenen Fäulnissgeruch und der vollentwickelten Leichenstarre. Ferner ist an den Herzklappen eine fast schwarze Imbibition nachzuweisen, wie sie nur bei Sepsis oder Leichenfäule beobachtet wird. Beides ist auszuschliessen; gegen Sepsis spricht sicher die derbe Beschaffenheit der Milz.

Bezüglich einer Erklärung der Giftigkeit des in Rede stehenden marinirten Lachses weist Dr. Hehn auf die Möglichkeit hin, dass die voluminöseren Stücke trotz Kochens im Centrum nicht von der Siedhitze angegriffen wurden und spricht Dr. Wolferz den Verdacht aus, dass das betreffende Stück Lachs nur zum Theil in Essig gelegen, in den der Luft ausgesetzten Partien sich aber schädliche Toxine entwickelt hätten.

Dr. Schultz. Derartige Erkrankungen mit tödtlichem Ausgang, in denen ein Gift trotz gehöriger Präparation der Fische seine Wirkung entfaltete, sind mehrfach beschrieben, jedoch ebenso wenig wie in unserem Fall genügend klar gestellt. Eine Untersuchung des marinirten Lachses ist nicht möglich gewesen, da von ihm nichts mehr erhalten war. Fütterungsversuche mit rohem Lachs sind an Hunden

und Katzen ohne jeden Schaden angestellt worden. Zu erwähnen wäre noch, dass in manchen Ländern, z. B. in England, der Verkauf des Lachses als gesundheitsschädlich während der Jahreszeit, in welcher er eine weissliche Farbe annimmt, untersagt ist. Bei uns ist er stets käuflich zu erhalten.

Dr. Schmidt erinnert sich der Krankengeschichte eines im Kaukasus beobachteten Falles von Fischvergiftung, wo als besonders charakteristisches Symptom excessive Trockenheit der Mundhöhle und des Rachens angegeben. Durch Pilocarpin Injectionen wurde die Speichelsecretion wieder in Gang gesetzt, Pat. genas.

Dr. Hehn muss für seine Fälle eine Trockenheit des Mundes entschieden bestreiten. — Nach einer mündlichen Mittheilung eines Verwandten der Verstorbenen, eines in Moskau pract. Arztes, entspricht das Bild der daselbst namentlich zur Fastenzeit nicht selten zu beobachtenden Vergiftungsfälle durch Fische ziemlich genau den obigen 3 Fällen, die Pat. sterben sämmtlich.

5) Dr. Deubner ersucht die Collegen, der sog. Kindermilch der „Rigaschen Molkerei“ ihre Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen. Die sog. Kindermilch ist in letzter Zeit so wenig consumirt worden, dass der Besitzer bei den nothwendigen grossen Ausgaben für besondere Wartung und Fütterung der Kühe eventuell den Vertrieb dieser Milch wird einstellen müssen. Etwaigen Vorschlägen und Reclamationen von Seiten der Aerzte will der Besitzer, so weit es möglich, gern nachkommen. Ref. hat sich persönlich überzeugt von der vorzüglichen Sauberkeit der Ställe und der rationellen Fütterung der Kühe.

Dr. V. Schwartz und Dr. Miram haben mehrfach in ihrer Praxis notorische Verunreinigungen dieser sog. Kindermilch erlebt.

Dr. Rulle weist auf die Ergebnisse einer vor einigen Jahren von Fachautoritäten unternommenen Untersuchung

hin, wornach es weniger auf die Qualität des Futters ankommt, als vielmehr darauf, dass das Melken mit peinlichster Sauberkeit und namentlich nicht in den Ställen, in welchen die Thiere gefüttert werden, vorgenommen werden soll. Dann bleibt die Milch von schädlichen Keimen frei.

6) Dr. Bernsdorff legt die Temperaturcurve eines an Pneum. fibr. erkrankten 1 $\frac{1}{4}$ jährigen Kindes vor. Plötzliche Erkrankung mit hohem Fieber, vorher gesund. Kein Erbrechen, kein Husten, keine auffallende Athemfrequenz, percutorisch und auscultatorisch nichts abnormes. 7 Tage hindurch intermittirender Temperaturverlauf. Vom 4. Tage Tags und Nachts über dreistündliche Messungen in axilla. Am 7. Tage wies die Temp. beispielsweise folgende Sprünge auf: 12 U. Nachts 37,5, 12 U. Mitt. 39,4, 9 U. Ab. 37,8. Am 8. und 9. Tage hohe continua, vom 10.—13. Tage lytischer Abfall. Erst der 8. Tag brachte Aufklärung, in der linken Axillarlinie gedämpft tympanitischer Schall, leises bronchiales Athmungsgeräusch. In den nächsten Tagen intensive Dämpfung hierselbst und nach hinten oben zu, lautes bronchiales Athmen, hernach Lösungsrasseln etc. Husten stellte sich erst ein, als die Pneumonie in Lösung überging. Zu Anfang rein expectative Behandlung, also keine künstliche Temperaturherabsetzung durch Antipyretica. — Das Fehlen der Febris continua, verbunden mit den sonstigen negativen Symptomen, liess im vorliegenden Fall den Gedanken an eine Pneum. fibr. nicht aufkommen. Derartige Temperaturschwankungen bei Beginn einer fibrinösen Pneumonie werden in den bekannten Handbüchern von Hensch, Eichhorst und Niemeyer gar nicht erwähnt.

Dr. Hampeln hat 2 Mal (Kind von 5 Jahren und ein Erwachsener) zu Beginn einer echten Pneum. fibrin. intermittirendes Fieber beobachtet. In beiden Fällen 2 tiefe Intermissionen, dann hohe continua und Nachweis der Lungenentzündung. Während bei catarrhalischer Pneumonie Unregelmässigkeit der Temperaturcurve nicht seltenes, so

gehört doch jedenfalls das Fehlen der continua bei Beginn der reinen fibrinösen Form zu grossen Seltenheiten.

1136. Sitzung am 15. November 1889.

Anwesend 33 ord. Mitglieder und 10 in Riga anässige Gäste.

1) Dr. Deubner demonstriert ein 1¼jähriges Brustkind mit einem angeborenen Herzfehler. Anämisch, deutlich rhachitische Erscheinungen, Lippen bläulich verfärbt, Bulbi leicht hervortretend. Beim Schreien und Pressen Cyanose des Gesichts und Beschleunigung der Respiration. Die Cyanose ist erst seit dem 4. Lebensmonat beobachtet; seit dieser Zeit bestehen eclamptische Anfälle. Exquisites, systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen hörbar mit deutlich prononcirtem Punctum maximum im zweiten linken JC. In den Carotiden kein Geräusch. Keine auffallende percutorische Vergrösserung der Herzdämpfung. Ref. ist geneigt, den Fall als angeborene Stenose der Art. pulm. anzusprechen.

2) Im Anschluss an die Verlesung des Prot. der letzten Sitzung theilt Dr. Hampeln mit, dass, wie er sich nachträglich überzeugt, in Gerhardts Kinderkrankheiten intermittirendes Fieber beim Beginn von Pneum. fibr. erwähnt wird.

Dr. Radecki. Auch Struempell führt in seinem Handbuch eine exquisit intermittirende Curve bei fibr. Pneum. vor.

Dr. Wolferz hat vor kurzem einen gleichen Fall beobachtet. 8jähriges, schwächliches Kind erkrankt plötzlich mit Frost und Erbrechen, Temp. 39,8, P. 120—130, Athmung frequent. Am folgenden Morgen 37,5, P. 110. Tags darauf 40,0. Jetzt l. h. u. tympanitischer Schall, nach 2 Tagen hier Knisterrasseln.

3) Bezüglich seiner im letzten Prot. niedergelegten günstigen Erfahrungen über Fleischpulver muss Dr. Wolferz heute berichten, dass ihm neuerdings Fälle begegnet sind, in denen auf das sorgfältigste bereitetes Fleischpulver absolut nicht genommen wurde.

4) Dr. Treymann. „Ein Fall von Graviditas extra-uterina“. M. K., 37 a. n., hat 5 Mal geboren, das letzte Kind vor 5 Jahren. Ende Mai a. c. letzte, höchst schmerzhafte Periode, darnach 6 Wochen bettlägerig, seitdem beständig krank, arbeitsunfähig. Bei der ersten Untersuchung am 22. Sept. erwies sich der Uterus, welcher sehr deutlich in einer Breite von ca. 6—7 ctm. der vorderen Bauchwand anliegend abzutasten war, bei der Sondenuntersuchung ca. 10 ctm. lang. Hinter ihm nach links ein wenig beweglicher Tumor von derber Elasticität. Starkes Uteringeräusch, Fötalpulz nicht zu hören. Die Grösse des Tumors entspricht der Grösse eines im 5. Monat schwangeren Uterus. Durch's hintere Scheidengewölbe ein harter, ebener Theil zu fühlen. Aus den Brüsten lässt sich Collostrum ausdrücken, Linea alba pigmentirt, Vaginalschleimhaut weinhefenartig verfärbt. Diagnose: Gravid. extraut.; lebendes Kind. Am 18. Okt. konnte im Krankenhaus die Laparotomie vorgenommen werden. Ausgedehnte Schnittführung. Wegen sehr zahlreicher Adhäsionen des Fruchtsackes ist ein Hervorwälzen desselben unmöglich. Die Verwachsungen erstrecken sich auf den Uterus, auf eine Dünndarmschlinge, welche von rechts nach links über die Kuppe des Sackes streicht, auf die vordere und seitliche Bauchwand, rechts sowohl als links. Nur l. o. h. gelingt es der Hand in die Tiefe zu dringen. Nach mühsamem Zurückziehen des linken Bauchwundrandes kann schliesslich hier, hart am Rande der vorn oben gelegenen grossen Placenta, auf den vorliegenden Kindskopf eingeschnitten werden. Extraction des Kindes mit Muzeuxschen Haken. Gewicht des Kindes 1½ Pfund, Länge 29 ctm. Nabelschnur pulsirt, das Kind macht ein

paar Bewegungen. Mässige Blutung aus dem Placentar-rande. Die Nachgeburt wird zurückgelassen, der Sack mit Jodoformgaze tamponirt. Toilette des Abdomens unmöglich wegen der beschränkten Raumverhältnisse und der drohenden Blutung. Operationsdauer 2½ Stunden.

Vor der Operation war das Befinden der Pat. ein relativ gutes, sie ging umher, war im übrigen blass, angegriffen und ziemlich schlecht genährt. Bald nach der Operation stellten sich Schmerzen und Erbrechen ein. Letzteres dauerte volle 8 Tage an, alle bekannten Mittel liessen im Stich, Pat. hat während dieser Zeit kaum etwas Flüssigkeit bei sich behalten. Verbandwechsel anfangs alle 24, hernach alle 36 Stunden, der Verband meist mit serös-blutiger Flüssigkeit durchtränkt, das Verhalten der Wundränder und Nähte ein befriedigendes. Vom 4. Tage an Stelle des Tampons ein fingerdickes Drainrohr. Secret vollkommen geruchlos. Der Rand der Placenta hat sich aus der Wunde vorge-schoben. So zufriedenstellend auch der Wundverlauf, das Allgemeinbefinden war Besorgniss erregend. P. 120—135, sehr klein bei Temp., welche zunächst 37 nicht erreichten. Am Abend des 3. Tages grosse Unruhe, Angstvorstellungen, heftige Schmerzen im ganzen Leibe. Das Sensorium in der Folge meist benommen, schliesslich deutliches Bild einer Psychose mit ängstlichen Vorstellungen, Nahrungsverweigerung etc. Unter zunehmendem Kräfteverfall am 17. Tage nach der Operation Exitus letalis. Die Temp. war in der 2. Woche 4 Tage hindurch auf 38,2—38,4 gestiegen, sonst stets normal oder subnormal. Der Sack hatte sich schliesslich bis auf Faustgrösse verkleinert, die Placenta vorquellend, jedoch noch festsitzend und beim Einschneiden blutend, während die Durchschneidung der Nabelschnur ohne Blutung blieb. Die Verbandstücke waren meist stark durchtränkt, stets geruchlos.

Dr. Krannhals demonstriert den Fötus und den bei der Section gewonnenen Fruchtsack incl. der in der nächsten

Umgebung desselben durchtrennten Weichtheile. Die Placenta ragt hervor, $\frac{2}{3}$ derselben haben sich gelöst und zwar ganz ohne Blutung. Als anatomische Todesursache muss zweifellos ein septischer Process gelten. Das Beckenperitoneum dunkelblau getrübt, injicirt und imbibirt. In der rechten Niere miliare, streifige Abscesse. Keinerlei Erscheinungen einer foudroyanten Peritonitis. Nirgends im Peritonealraum Eiter. Extraperitoneal zwischen rechter Bauchwand und Fruchtsack ein kleiner Abscess. Das rechte Ovarium cystisch entartet, links lassen sich Ovarium und Tube nicht nachweisen. Das Wachsen des Sackes ist zwischen den Blättern des lig. latum vor sich gegangen, wahrscheinlich den Ausgang vom Ovarium nehmend.

5) Dr. Brehm hat, durch Dr. Deubner's Mittheilung auf der letzten Sitzung dazu angeregt, die „Rigasche Molkerei“ besucht. In der Abtheilung für die sog. Kindermilch kamen zur Zeit nur 3 Kühe in Verwendung, also für unsere Verhältnisse eine verschwindend kleine Zahl. Das Melken der Kühe ausserhalb des Stalles wurde als unmöglich hingestellt. Die dort vorhandene Milch war fettarm. Stall und Thiere waren sauber gehalten. Ref. verliest ein Gutachten, welches über diese Milch 1887 aus der bacteriologischen Station des Dr. Krannhals ausgefertigt worden ist. Das Gutachten lautete im ganzen ungünstig, das spec. Gewicht war schwerer als das für gute Milch angegebene trotz der grösseren Magerkeit, die Reaction sauer.

Dr. Heerwagen hat die in Frage stehende Milch in den Jahren 1884—1886 regelmässig untersucht, die Reaction war meist sauer, nur bisweilen amphotere Reaction. Das spec. Gewicht war stets höher als das der Normalmilch (bekanntlich steigt das spec. Gewicht mit der Abnahme des Fettes), die Milch war fettarm.

Dr. Huebner hat diese „Kindermilch“ meist schlecht vertragen sehen. Bessere Resultate hat er mit der sog. pasteurisirten Milch der Baltischen Molkerei erlangt, doch

bleibt auch hier viel zu wünschen übrig. Dr. H. weist auf die allerorten anerkannte Bedeutung der Sterilisation der Milch hin und spricht sein Bedauern aus, dass sterilisirte Milch bei uns im Handel nicht erhältlich. Mit drastischen Worten wird geschildert, wie wenig unsere einfache Bevölkerung beim Melken auf Sauberkeit hält, so dass oft einfach Schmutz in die Milch hineingelangt.

1137. Sitzung am 6. December 1889.

Anwesend 29 ordentliche Mitglieder und 10 in Riga ansässige Gäste.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses der beiden verstorbenen ordentl. Mitglieder, DDr. med., Hermann Gaethgens (gest. d. 28. Nov.) und Gustav Hollander (gest. d. 4. Dec.) Die Anwesenden erheben sich zu Ehren derselben von ihren Sitzen.

1) Dr. Bergengruen (als Gast). „Ueber einen Fall von verruca dura laryngis“.

Nach einer allgemeinen, die Tumoren des Larynx betreffenden, Einleitung, referirt Vortr. die Krankengeschichte. Pat., 22 a. n., d. 25. Dec. 1887 in Dr. Bergmann's Abtheilung des allg. Krankenhauses aufgenommen. Stets hat Pat. eine rauhe Stimme gehabt, seit 3 Jahren Zunahme der Heiserkeit. Im übrigen ist Pat. stets gesund gewesen, keine Lues, keine Lungenerkrankungen. Der laryngoskopische Befund ist folgender: intensiver, chronischer Katarrh, hochgradige Schwellung der den linken Morgagnischen Ventrikel auskleidenden Schleimhaut, welche das linke wahre Stimmband fast völlig verdeckt, beiderseits starke subchordale Schwellung. In der Regio interarytaenoidea mehrere warzige, weissliche Prominenzen, übererbsengross, Oberfläche leicht höckrig, bei der Sondenberührung grosse Härte darbietend, breitbasig, auf der Unterlage frei verschieblich. Motilitäts-

verhältnisse in Larynx normal. — Die Warzen (es waren im Ganzen 5, von denen 3 subchordal sassen) wurden galvanocaustisch abgetragen mit nachfolgender Chromsäureätzung. Der Erfolg ist ein vollkommener, Pat. spricht mit lauter, deutlicher und verhältnissmässig klarer Stimme. Entlassung am 34. Tage nach der Entfernung des ersten Tumors. Pat. hat sich nachher nicht mehr vorgestellt.

Vortr. kommt nun per exclusionen auf die Diagnose „verruca“ und weist an der Hand eines reichlichen literarischen Materials die relative Seltenheit der subchordalen und retrolaryngealen Kehlkopftumoren nach. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich thatsächlich um echte Warzen gehandelt, die sich in nichts von den an der Haut vorkommenden unterscheiden. 2 vorgewiesene Abbildungen illustriren den rein epidermoidalen Charakter der Neubildungen, welche an keiner Stelle atypisches Wachsthum zeigen. Carcinom ist also vollkommen ausgeschlossen. — Vortr. tritt energisch dafür ein, dass, wie die anatomische Untersuchung die vollständige Gleichartigkeit dieser Kehlkopfgeschwülste mit den „Warzen“ der äusseren Haut ergibt, auch die klinische Diagnose verruca dura s. pachydermia verrucosa laryngis (Virchow) ihre vollständige Berechtigung habe und in die laryngologische Terminologie eingeführt werden sollte.

Bezüglich der Prognose berücksichtigt Ref. die Möglichkeit der Recidive und der Umwandlung in Carcinom. Letzteres ist im Uebrigen recht unwahrscheinlich nach den Resultaten der in dieser Frage angestellten Sammelforschung (B. 5. des laryngol. Centralbl.). Recidive sind häufig. Zum Schluss wird die Frage einer pathologischen Epithel-metaplasie im allgemeinen berührt. Vortr. weist darauf hin, dass nach mehrfachen Untersuchungen auch in anderen Organen die Umwandlung des ursprünglich vorhanden gewesenen Cylinderepithels unter dem Einfluss von chroni-

sehen Reizen in Pflasterepithel festgestellt worden ist (in extenso veröffentlicht in Virchow's Archiv, 118. Band 1889).

Dr. Bergmann. Der referirte Fall illustriert vollkommen das, was Virchow in seinem bekannten Vortrag über Pachydermia laryngis gesagt. — Die Warzen sitzen im Kehlkopf doppelseitig, während das Carcinom (auch beim Kaiser Friedrich) einseitigen Sitz hat. Diese Thatsache ist von Bedeutung für die klinische Diff.-Diagnose im höheren Alter, da das gewöhnliche Larynxcarcinom ja ebenfalls eine papilläre Geschwulst. Epithelmetaplasie wird meistens beim sog. atrophischen Catarrh beobachtet. Im vorliegenden Fall bestand jedoch exquisite trockene Laryngitis und Pharyngitis.

2) Internum. Proposition neuer Mitglieder.

1138. Sitzung am 20. December 1889.

Anwesend 44 ord. Mitglieder und als Gäste die DDr. Werner (St. Petersburg), v. Engelhardt (Neubad) und 16 in Riga ansässige Aerzte.

1) Dr. Ed. Schwarz stellt einen 21jährigen lettischen Bauernburschen vor, welcher ca. $\frac{1}{2}$ Jahr in ärztlicher Beobachtung steht. Bei jeder intendirten Bewegung ganz eigenthümliche, bizarre Muskelactionen. Sämmtliche Bewegungen, gröbere wie feinere, sind ausführbar, jedoch im hohen Grade behindert durch sofort am ganzen Körper eintretende Muskelcontracturen. Es handelt sich um eine Art Coordinationsstörung, jedoch besitzt dabei Pat. die Macht über sein Coordinationsvermögen, nur bedarf es ganz besonderer Anstrengung, um die beabsichtigten Bewegungen auszuführen. Beim Reden z. B. werden die fürchterlichsten Grimassen geschnitten, die Sprache erhält hierdurch ein ganz eigenartiges Timbre und ist sehr schwer verständlich. Beim Essen, Rauchen und Schreiben werden

die Arme in vollkommener Extensionsstellung gehalten, unter ganz bedeutenden Luxusbewegungen werden jedoch sämtliche Manipulationen mit Erfolg zu Ende geführt. Nach Ueberwindung der ersten Contractur sind passive Bewegungen leicht ausführbar. Sämtliche Organe functioniren normal. Bloss in der sensiblen Sphäre lassen sich Störungen nachweisen und zwar besteht Anästhesie des linken Fusses, ferner am Rücken eine genau begrenzte anästhetische Zone, symmetrisch parallel der Wirbelsäule, in Gestalt einer nach unten zu sich verjüngenden Ellipse.

Die Erkrankung soll ca. 2 Jahre bestehen. Pat. hat 3 Mal erhebliche Traumata erlitten, nach dem ersten Trauma Störung an den Händen, dann allmälige Verschlimmerung. In den letzten 6 Monaten gleichbleibender Status. — Organerkrankung des Centralnervensystems muss ausgeschlossen werden, ebenso der Gedanke an Simulation. Der Fall ist wohl unter „Hysterie“ der französischen Autoren oder unter „traumatische Neurose“ (Oppenheim) zu rubriciren. Vortr. hält beide Möglichkeiten offen, nachdem er den schlaffen, hysterische Züge verrathenden Charakter des Pat. hervorgehoben. (Der Fall wird ausführlich beschrieben werden.)

Dr. Holst hebt die ungemeine Seltenheit des vorliegenden Krankheitsfalles hervor. Ohne Zweifel handelt es sich um eine Neurose. Ob man dieselbe Hysterie oder traumatische Neurose nennt, ist irrelevant, beiden Bezeichnungen ist der gleiche Grundcharakter der Erkrankung, eine functionelle Störung des Nervensystems, gemeinsam. Auch prognostisch bieten beide Benennungen keinen so wesentlichen Unterschied, auch die Prognose der schweren Hysterie ist unter Umständen schlecht. Je intensiver der psychische Shok, desto schlimmer die Prognose.

Dr. Ed. Schwarz hegt im Princip die gleiche Auffassung. In den von ihm beobachteten Fällen von traumatischer Neurose fragloser Natur war der Verlauf günstiger

bei Privatpersonen, schlimmer bei Beamten, da bei letzteren die psychische Erregung durch die Verantwortlichkeit wohl nur noch gesteigert wird.

Dr. v. Rautenfeld hat stets bei traumatischer Neurose einen schweren Verlauf gesehen, auch dort, wo das Amt der Patienten gar nicht in Frage kam.

2) „Die diesjährige Influenza-Epidemie“.

Auf Ersuchen des Präses eröffnet Dr. Hampeln die Discussion. Die grössere Anzahl der Grippefälle bot das Bild einer Allgemeinerkrankung wie bei sonstigen fieberhaften Infektionskrankheiten. Locale Erscheinungen fehlten. Hervorzuheben wäre die grosse Prostration, doch wird solche auch z. B. beim Typhus exanth. gesehen. Beim etwaigen Bestehen einer anderen Epidemie könnten also in den ersten Tagen diff.-diagnostische Schwierigkeiten eintreten. Entfieberung meist in 2—4 Tagen. Vereinzelte Fälle mit länger andauerndem Fieber ohne locale Erscheinungen könnten, wie in einem näher beleuchteten Fall, auch von diff.-diagnostischer Bedeutung zwischen Typhus abdom. und Influenza sein. Die mit Catarrhen (Bronchitis etc.) einhergehende Form ist namentlich zu Beginn der Epidemie entschieden die seltenere gewesen.

Im Krankenhause hat Ref. hauptsächlich complicirtere Krankheitserscheinungen beobachten können. Die Anzahl der Todesfälle war eine bedeutende. An Grippe als solcher ist Niemand gestorben, so lange eben keine Complication bestand, wie Phthisis etc. Bemerkenswerth sind die aussergewöhnlich zahlreichen Aufnahmen wegen croupöser und catarrhalischer Pneumonie, ebenso wegen exsudativer Pleuritis. Neben mit Influenza-Symptomen einsetzenden croupösen Pneumonien hat es andererseits viele solche gegeben, welche sich in nichts von der gewöhnlichen Form unterschieden. Bei beiden Formen jedoch gleich schwerer Verlauf, die asthenische Form stand auffallend im Vordergrund. Die catarrhalische Pneumonie, bei Erwachsenen

bekanntlich äusserst selten, wurde häufig beobachtet, oft complicirt mit exsudativer Pleuritis. Auch die pleuritischen Exsudate, und zwar vorwiegend sero-fibrinöse und seropurulente, ebenfalls viel zahlreicher als sonst. Bösartiger Verlauf. An Pleuritis exsudativa starben 2 Pat., was lange sich im Krankenhause nicht zugetragen. Ein Fall war moribund eingebracht, das andere Mal schloss sich an die Punction ein Pneumothorax an. Bei beiden Sectionsbefunden freie Lungen, in Sonderheit keine Pneumonie, welche Thatsache besonders hervorgehoben werden muss, da ja bekanntlich viele Autoren eine Pleuritis niemals als primäre Erkrankung entstehen lassen wollen. Der referirte Pneumothorax legt den Gedanken nahe, dass immerhin, wenn auch der makroskopische Nachweis nicht geführt werden konnte, ein lobulärer Entzündungsheerd vorgelegen.

Dr. Krannhals. In das Leichenhaus des Krankenhauses sind eingeliefert: Okt. a. c. 41 Leichen, davon 26 secirt, darunter 2 Pneum., 2 Tubercul.; Nov. 59, davon 42 secirt, 6 Pneum., 5 Tubercul.; Dec. (und zwar bis zum 20.) 39, secirt 24, 9 Pneum., 5 Tubercul. — Die Pneumonie bot makroskopisch meistens das typische Bild einer lobären, fibrinösen und zwar zum grössten Theil im Stadium der sog. grauen Hepatisation. Höchst auffallend war die Häufigkeit pneumonischer Processe an phthisischen Lungen, meist an den unteren, freien Partien lobäre oder noch häufiger Pleuro-Pneumonie.

Wegen Zeitmangel konnten bacteriologische Studien nicht vorgenommen werden. Die wenigen angelegten Pneumonieplatten unterschieden sich in nichts von den gewöhnlichen. Im pneumonischen Sputum, ebenso in Ergüssen, sind 2 Mal die bekannten Fraenkel'schen Coccen gefunden, nicht etwa specifische Influenzaerreger. Bei catarrh. Pneum. fanden sich nur Streptococcus albus oder aureus. Als auffallend gegenüber den anderen Befunden erwähnt Ref. eines Falles von fibrin. Pneum., complicirt mit fibrinös-

eiteriger Pericarditis. In den Lungen gewöhnliche Eitercoccen, keine Fraenkel'schen, dagegen in den Platten-culturen des pericardialen Ergusses verhältnissmässig dicke Stäbchen, fast in Reincultur. Auf Agar nur kamen sie fort, kein Wachsthum bei Zimmertemperatur.

Nach Dr. Carbloms Erfahrungen können beim ausgesprochenen nervösen Charakter der Erkrankung mit den hervorragenden Schmerzen etc. diagnostische Schwierigkeiten wohl kaum in Frage kommen. Dieses ganz eigenartige Bild bot auch die croupöse Pneumonie in den letal verlaufenden Fällen, äusserst schnelle Prostration und Collaps, hohe Athemfrequenz, serös-blutiges Sputum en masse, dabei meist keine, percutorisch oder auscultatorisch nachweisbare, bedeutende Veränderungen.

Dr. Boehlendorff berichtet, wie in den ersten November-Tagen der Zudrang in die ihm unterstellte Militairambulanz sich mehrte, von 17, 18, 19 stieg die Zahl plötzlich auf 40, 60, 80 täglich. — Von bemerkenswerthen Complicationen erwähnt Votr. zahlreicher Mittelohrerkrankungen, zum Theil ohne, zum Theil mit Perforation und Ausfluss. Ferner wird berichtet über den unvermittelten Uebergang einer Conjunctivitis spl. in eiterige Augenentzündung bei einem an Influenza erkrankten Soldaten.

Nach Dr. Heerwagen's Erhebungen hat sich auch bei uns die Epidemie mit einem Schlage in der ganzen Stadt verbreitet, eine statistische Datensammlung war unmöglich. Folgende, in 3 Familien gemachte Beobachtungen, sind vielleicht für die Incubationsdauer zu verwerthen. 7—9 Tage nach dem in dem betreffenden engeren Kreise constatirten ersten Grippeanfall erkrankten mehr weniger sämtliche Hausgenossen. — Votr. bespricht den Symptomencomplex: ungemein plötzlicher Beginn, schwere subjective Symptome, welche nicht congruent mit der Höhe des Fiebers waren, Fieberabfall meist rasch, Erholung. In den nicht typischen Fällen mit allmähigem Beginn war der Verlauf

meist ein schwerer. Schliesslich constatirt Votr. den leichten Verlauf bei Kindern und die Häufigkeit der ja sonst bei Erwachsenen kaum zu beobachtenden catarrhalischen Pneumonie.

Bezüglich der „Rückfälle“ hebt Dr. Hach hervor, dass er unter 235 Fällen nur 5 Mal sog. Rückfälle zu verzeichnen gehabt hat. Alle diese Fälle entpuppten sich jedoch schliesslich als folliculäre Anginen ohne besondere subjective Beschwerden.

Auch Dr. Krannhals hat mehrfach Fälle beobachtet, in denen die erneute Erkrankung zunächst als typischer Rückfall imponirte, bis schliesslich derselbe als Angina, einfache sowohl als phlegmonöse, ferner je 2 Mal als Otitis media und catarrh. Pneum. erkannt wurde.

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

1139. Sitzung am 3. Januar 1890.

Anwesend 46 ord. Mitglieder und als Gäste Dr. Werner (St. Petersburg) und 8 in Riga ansässige Aerzte.

1) Dr. Bergmann demonstriert eine 27jährige Pat., an welcher er eine Rhinoplastik ausgeführt hat. Zerstörung der Nase, grosser Defect im harten Gaumen, 10 Jahre nachluetischer Infection. B. meisselte vom Stirnbein eine dünne Knochenlamelle ab und pflanzte sie auf's Nasenbein. Nach 8 Tagen entnahm er von der anderen Stirnseite einen Hautlappen hoch hinauf bis an die Haargrenze. Der Lappen erwies sich, wie so häufig, in der Folge doch noch zu kurz. B. liess nun vom hiesigen Zahnarzt Bahrs eine Celluloid-nase anfertigen, welche vermittelt einer federartigen Vorrichtung in eine, den Defect im harten Gaumen ausfüllende, Prothese hineinschnappte. Resultat äusserst zufriedenstellend, auch in kosmetischer Hinsicht. Die fest aufsitzende

Knochenspange wird das sonst so gefürchtete Einsinken des Nasenrückens verhindern.

2) Dr. Werner — St. Petersburg (als Gast). „Ueber den Bau und die Einrichtung des St. Petersb. Börsenhospitals“.

Am 6. Dec. 1889 ist das unter der Leitung des Votr. stehende Hospital nach 3jähriger Bauzeit eröffnet worden. An der Hand einer Skizze demonstriert Votr. die einzelnen Gebäude und beschreibt deren Einrichtungen. Dieselben sind mit allem Comfort ausgeführt und entsprechen durchaus den wissenschaftlichen Errungenschaften der Neuzeit. Als ganz eigenartig hervorzuheben wäre die der hygienisch ungünstigen Bodenverhältnisse wegen durchgeführte Pfahlbautenanlage der Baracken. Um bei dieser Anlage eine gleichmässige Erwärmung zu ermöglichen, war die Legung einer aus verschiedenen combinirten Stoffen (geglühter Sand, Bretter, Filz, wieder Bretter etc., schliesslich zu oberst Asphalt) hergestellten Diele nothwendig. Jetzt ist die Temperaturdifferenz zwischen der Luft an der Diele und der Luft in Manneshöhe kaum $\frac{1}{2}^{\circ}$. Vom Tonnensystem wurde der freien Anlage wegen Abstand genommen, da ein Zufrieren des Tonneninhaltes zu befürchten. Die Excremente gehen in die allgemeinen Abzugsröhren. Der Kostenaufwand des für 50 Betten eingerichteten Hospitals war ein bedeutender, 200,000 Rbl., trotzdem mehrere kostspielige Einrichtungen, wie die elektrische Beleuchtung und Wasserheizung nebst dazu gehöriger Ventilationsanlage für je eine Baracke, Geschenke sind.

Dr. Stavenhagen macht seine Bedenken gegen die Asphaltirung der Diele geltend, Asphalt würde leicht brüchig. Bezüglich der Fortschaffung der Abfallstoffe erwähnt St., dass die Spülung der Closets mit fliessendem Wasser wenigstens bei uns enorm theuer sei. In der hiesigen Augenheilanstalt hat sich das Tonnensystem als gut und billig bewährt; das Einfrieren sei doch auch bei Freibauten wohl leicht zu verhüten.

3) Fortsetzung der Discussion über die Influenza-Epidemie.

Mehrere Redner theilen ihre Erfahrungen bezüglich der Häufigkeit an Erkrankungen von in geschlossenen Anstalten lebenden Personen mit. In Dr. Holst's Nervenheilanstalt ist Niemand erkrankt.

Ferner theilt Dr. Holst eine Beobachtung des Militairarztes Dr. Braudo mit, wonach $\frac{3}{4}$ der in der Citadelle stationirten Soldaten erkrankten, während in dem im nämlichen Gebäudecomplex befindlichen Gefängniss Niemand befallen wurde.

Dr. Worms. Im hiesigen Siechenhause (zur Zeit 65 Insassen) sind blos 2 Influenzafälle aufgetreten.

Dem entgegengesetzte Erfahrungen sind in Rothenberg, im Nikolai-Armenhause und in 2 Kinder-Asylen gemacht worden, in welchen Anstalten zahlreiche Erkrankungen vorkamen.

Dr. Werner und Dr. Schultz setzen einen Ansteckungsstoff in der Luft voraus, wodurch sich die Thatsache der geringen Erkrankungszahl der das Zimmer dauernd hütenden Personen erklären lasse.

Wie wenig jedoch diese Frage spruchreif ist, geht aus einer Bemerkung Dr. Bergmann's hervor, wonach das Schutzmannschafts-Corps in St. Petersburg, welches doch in ausgedehntem Masse der Luft ausgesetzt sei, nur sehr wenige Erkrankungen aufgewiesen haben soll.

Aus Dr. Ed. Schwarz's Praxis berichtet Dr. Bernsdorff, dass dieser mehrere leichte Depressionszustände, mitunter mit Hallucinationen verbunden, beobachtet hat, bei welchen Erkrankungen als ursächliches Moment ein vorausgegangener Grippeanfall beschuldigt wurde. Pat. waren früher psychisch gesund gewesen.

Dr. Tiling. Eine gleiche Anamnese haben einzelne in der letzten Zeit in Rothenberg aufgenommene Kranke mitgebracht. Auch aus Dorpat und aus Wesenberg liegen

gleiche Mittheilungen von Psychosen, angeblich im Anschluss an Influenza entstanden, vor.

Dr. Hampeln hat im allgemeinen Krankenhause einen Anstaltsknecht, welcher früher gesund, speciell kein Alkoholiker gewesen, im Anschluss an einen incomplicirten Grippeanfall von recht heftiger Tobsucht befallen sehen. Nach 2 Wochen war Pat. wieder genesen.

Dr. Holst hat allerdings bei einigen schweren Neurosen eine Steigerung der Krankheitssymptome bemerkt, aber das nicht in dem Maasse, um etwa die Influenza hierbei beschuldigen zu können. Auffallend ist ihm jedoch eine Häufung von apoplektischen Insulten gewesen, welche meist in ihren Erscheinungen schnell zurückgingen und dann nichts weiter zurückliessen als grosse Schwäche. In diesen Fällen war in der Regel ein zweifelloser Grippeanfall vorausgegangen. Votr. führt eine einschlägige Krankengeschichte an: rechtsseitige Hemiparese, bedeutende Sprachstörung bei einem bejahrten Mann, nach 3 Tagen jede Lähmung geschwunden, nach weiteren 4 Tagen Schlaganfall auf der anderen Seite, welche Symptome ebenfalls bald verschwinden; jetzt nach ca. 4 Wochen kann sich Pat. von der allgemeinen Schwäche noch immer nicht erholen. — In ganz colossaler Menge sind in letzter Zeit Dr. H. Neuralgien, und zwar in allen möglichen Nervengebieten, zur Behandlung gekommen. Die Schmerzen hatten mit oder nach einem Influenzaanfall eingesetzt.

Auch von anderer Seite wird über zahlreiche Neuralgien Bericht erstattet.

Gehäufter Beobachtungen von verschiedenartigsten bei Grippeanfällen aufgetretenen Exanthemen wird Erwähnung gethan: Urticaria, masernartige Exantheme, Erytheme, letztere bisweilen streng symmetrisch angeordnet, ferner Herpes an Lippen und Nase sowohl als auch am Thorax.

Nach Dr. Hampeln's Erfahrungen sind Nierenaffec-

tionen durch die Influenza nicht hervorgerufen worden. Analog anderen Infectionskrankheiten (Masern, Typh. exanth.), bei denen mit Vorliebe die Luftwege catarrhalisch erkranken, scheint die Niere bei der in Rede stehenden Krankheit intact zu bleiben. Bezüglich der auf der vorigen Sitzung erwähnten zahlreichen Aufnahmen von pleuritischen Ergüssen muss auch heute noch die gleiche Thatsache constatirt werden. Auf der chirurg. Station befinden sich zur Zeit ca. 20. operirte Empyeme der Brusthöhle. Der Krankheitsverlauf ist ebenfalls noch immer ein auffallend schwerer.

Dr. Krannhals. Im allg. Krankenhause sind 2 wegen Empyem Operirte verstorben und zur Section gelangt. Es zeigte sich das auffallende Bild einer Entzündung fast sämmtlicher seröser Häute. In dem einen Fall (Knabe, schon als genesen anzusehen, erkrankt unter peritonischen Erscheinungen, stirbt) erwies sich die operirte Brusthälfte als völlig ausgeheilt, während in der anderen Pleura sich ein sero-fibrinöser Erguss fand, ferner Pericarditis, Peritonitis.

Als casuistisch bemerkenswerth erwähnt Dr. Deubner folgenden Fall: Gesunder Mann erkrankt an Influenza, legt sich jedoch nicht zu Bett trotz anhaltenden Unwohlseins. Nach Ablauf von 4 Wochen hinzugerufen, constatirt Dr. Deubner: Gelenkrheumatismus, rechtsseitige Pneumonie, links pleuritische Erguss, Endocarditis und wahrscheinlich auch Pericarditis. Höchste Temp. 38,9.

Dr. Voss bestätigt die auf der letzten Sitzung von anderer Seite gemachte Mittheilung bezüglich der auffallend grossen Menge von Otitis media acuta. Verlauf meist schwer.

Dr. Mercklin erwähnt, dass in Rothenberg und (nach Dr. Westermann's Mittheilungen) im 2. Kinderasyl eine auffallende Häufung von Erysipel-Erkrankungen im Anschluss an Influenzafälle aufgetreten seien. — In der Dr. Deubner unterstellten Erysipel-Abtheilung des allg.

Krankenhauses ist eine in die Augen springende Zunahme der Frequenz nicht bemerkt worden.

4) Zu ord. Mitgliedern werden aufgenommen die DDr. Carl Dahlfeld, Harry Pander II, Woldemar Taube.

1140. Sitzung am 17. Januar 1890.

Anwesend 35 ordentliche Mitglieder und 7 in Riga ansässige Gäste.

1) Dr. Blumenbach berichtet über einen Fall von Strychninvergiftung mit Ausgang in Genesung. Eine junge Dame hatte in selbstmörderischer Absicht ca. 5 Gran nicht ganz reinen Strychnins per os eine Stunde nach dem Mittagssmahl zu sich genommen. (Die Menge des Giftes liess sich hinterher ziemlich gut abschätzen, das Präparat ist von einem hiesigen Apotheker begutachtet worden.) ca. $\frac{1}{2}$ Stunde nach geschehener That war Ref. am Platze. Er fand eine vollkommene Starre der Muskulatur vor, bei leichter Berührung traten tetanische Krämpfe auf. Der bestehende Trismus, die Krämpfe erschwerten die Einführung der Schlundsonde ungemein, was jedoch schliesslich nach gewaltsamem Ausbrechen eines Zahnes gelang. 15 Liter Wasser wurden durchgespült. Die Krämpfe bestanden zunächst fort. $\frac{1}{3}$ Gran Morph. subcutan. Dann, nach Beschaffung eines zweiten Arztes, tiefe Chloroformnarkose. Nach Erwachen aus derselben baldige Besserung. Heute, nach Ablauf von 2 Wochen, ist Pat. ganz gesund bis auf eine gewisse psychische Reizbarkeit. — Vortr. hat die Ueberzeugung, dass der glückliche Ausgang durch die eingeleitete Therapie zu Wege gekommen. Binz und andere Autoren warnen, offenbar mit Unrecht, bei Strychninvergiftung vor Spülungen, da die Krämpfe nur gesteigert

würden und das tödtlich wirkende Gift sehr bald dem Kreislauf einverleibt sei (nach Binz schon nach 5 Minuten.)

Dr. Hampeln erscheint die Spülung auch unter so erschwerenden Umständen durchaus rationell. — Auf die Frage Dr. Hampeln's, ob im Erbrochenen Strychnin nachgewiesen, erwidert Dr. Blumenbach, dass leider in der ersten Erregung alles weggeschüttet sei.

2) Dr. Helling. „Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge“.

Im Princip ist jede andere Ernährung des Säuglings als die durch die Mutterbrust zu perhorresciren. Jedoch können Gründe für die Wohlfahrt der Mutter oder des Kindes zu einer Ernährung durch die Amme oder zu künstlicher Ernährung zwingen. Letztere gab bis etwa vor einem Jahrzehnt äusserst ungünstige Resultate. Dank Biedert's Untersuchungen über die Verdauung und Soxhlet's Methode der Sterilisation haben sich die Verhältnisse bedeutend aufgebessert. Die Methode der künstlichen Ernährung ist mit allen Mitteln zu fördern, und nicht zum mindesten deshalb, um einem grossen socialen Missstande, dem Ammenwesen, ein nur zu berechtigtes Ende zu bereiten. Nicht nur birgt das Ammenwesen in sich moralischen Schaden für die Mütter und deren Säuglinge, für die Amme selbst und deren verlassenes Kind, welches übrigens meist bald zu Grunde geht, sondern es kann die Amme auch ganz unvermeidlich Trägerin oder selbst Gegenstand einer körperlichen Infection sein.

Unter normalen Verhältnissen kommt als Material einer künstlichen Ernährung immer wieder allein die Kuhmilch in Betracht. Es sind hierbei 3 wichtige Momente zu berücksichtigen:

a. Durch anhaltendes Kochen und Quirlen der Milch, ferner auch durch Zusatz von Fett oder schleimigen Substanzen wird die klumpige Gerinnung des Kuhkaseins in

eine feinflockigere übergeführt und so das Kuhkasein leichter vom Magensaft in Angriff genommen.

b. Die Milch muss möglichst vollständig sterilisirt werden. Die aus den Molkereien vertriebene, sog. pasteurisirte Milch ist theuer und zu ungenügend sterilisirt, also muss in jedem Fall die Sterilisation zu Hause vorgenommen werden. Die Idee Soxhlet's, in Einzelportionen zu sterilisiren, ist schwer, auch mit seinem Apparate, durchführbar. Meist genügt einmal täglich eine grössere Portion zu sterilisiren, entweder in Seltersflaschen oder besser noch mit dem Apparate von Bertling oder dem einfachen, aber sehr praktischen, von Soltmann. Beide Apparate, welche Votr. demonstrirt, quirlen die Milch auch noch gut durch. Bei jedem Sterilisationsverfahren muss die Milch mindestens 20 Minuten in kochendem Zustande erhalten werden.

c. Richtige Verdünnung der Milch und richtige Mengenbestimmung der pro Mahlzeit und pro Tag von dem Säugling zu consumirenden Nahrungsflüssigkeit. Votr. bespricht nun eingehend eine von Escherich angegebene, nach physiologischen Grundsätzen normirte, Verdünnungsmethode. Das Brustkind nimmt ein ungleich kleineres Quantum von Flüssigkeit zu sich, als der künstlich ernährte Säugling gewöhnlich zu trinken bekommt. Es kommt aber nun nicht darauf an, mit wie viel Wasser die Milch verdünnt wird, sondern wie viel Milch das Kind trinkt. Es ist also geboten, nicht, wie bisher, eine $1-1\frac{1}{2}\%$ ige Kaseinlösung zu verabfolgen, sondern eine $2\frac{1}{2}\%$ ige, allerdings dann aber nicht 8–10 Esslöffel, sondern nur $3\frac{1}{2}-4$ pro Mahlzeit und nur 8 Mal täglich. Die letzteren Vorschriften beziehen sich auf den ganz jungen Säugling, am Ende des ersten Monats soll bis zu 6 Esslöffeln pro Mahlzeit gestiegen sein und so entsprechend weiter. Escherich'sche Tabellen für eine derartige Verdünnungsmethode werden vom Ref. vorgewiesen und an die Anwesenden vertheilt.

Nach Grammen				Nach Esslöffeln umgerechnet				Gewichtszunahme des Säuglings			
Kuhmilch	Wasser	Größe der Einzelmahlzeiten	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	Monat	Woche	Kuhmilch	Wasser	Größe der Einzelmahlzeiten	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	in Grammen	in Pfunden
150 +	250	=	50 × 8	I	$\frac{1}{2}$	10 +	18	=	$3\frac{1}{2} \times 8$	— 220	= c — $\frac{2}{3}$
200 +	200	=	50 × 8	I	1	13 +	15	=	$3\frac{1}{2} \times 8$	+ 0	= c + 0
250 +	250	=	62 × 8	I	2	17 +	16	=	4 × 8	+ 102	= c + $\frac{1}{3}$
300 +	300	=	75 × 8	I	3	20 +	20	=	5 × 8	+ 101	= c + $\frac{1}{3}$
350 +	350	=	88 × 8	I	4	23 +	25	=	6 × 8	+ 102	= c + $\frac{1}{3}$
400 +	400	=	115 × 7	II	5 und 6	27 +	29	=	8 × 7	pro Woche	
450 +	450	=	128 × 7	—	7	30 +	33	=	9 × 7	+ 182	= c + $\frac{1}{2}$
500 +	400	=	128 × 7	III	9	33 +	30	=	9 × 7	pro Woche	
550 +	450	=	143 × 7	—	11	37 +	33	=	10 × 7	+ 154	= c + $\frac{5}{12}$
600 +	400	=	143 × 7	IV	13	40 +	30	=	10 × 7	pro Woche	
650 +	350	=	143 × 7	—	15	43 +	27	=	10 × 7	+ 164	= c + $\frac{5}{12}$
700 +	300	=	143 × 7	V	17	47 +	23	=	10 × 7	pro Woche	
750 +	250	=	166 × 6	—	19	50 +	22	=	12 × 6	+ 136	
800 +	200	=	166 × 6	VI	21 bis	53 +	19	=	12 × 6	+ 140	
900 +	100	=	166 × 6	VII	25	60 +	12	=	12 × 6	+ 139	
1000		=	166 × 6	VIII	29	67 +	5	=	12 × 6	+ 108	
1200		=	200 × 6	IX	33	84 +		=	14 × 6	+ 105	
1200 + Beikost		=	200 × 6	X	37	84 + Beikost		=	14 × 6	+ 76	= c + $\frac{1}{5}$

1) Auf je 100 Ccm. Kuhmilch sind wenigstens in den ersten Monaten 4 Gramm Zucker oder zweckmässiger 1 Kaffee-
löffel Malzextract (Löffelnd's Kindernahrung) zuzusetzen.

2) Auf je 100 Ccm. Wasser, wo thunlich, 2—3 Gramm Fett = 1 Kaffeelöffel der Dr. Lahmann'schen Conserve (vegetabilische Milch“) oder ca. 2 Kaffeelöffel sterilisirten Rahm.

Ref. stehen bisher über diese Ernährungsmethode keine persönlichen Erfahrungen zu Gebote, jedoch fordert die auf so klaren, physiologischen Gesetzen fussende Methode, mit der Escherich höchst zufriedenstellende Resultate erzielt hat, dringend zur Nachahmung auf.

In Betreff der Surrogate für die Kuhmilch haben das Nestlé'sche Kindermehl, die Liebe'sche Leguminose, die Liebig'sche Suppe als abgethan zu gelten, weil viel zu complicirt und schlecht verdaulich. Es empfehlen sich dagegen unter besonderen Umständen rein die Hafermehle Kufeke's, Knorr's, Scotch-Out-Mehl und das gewöhnliche Hafermehl. Unter gewöhnlichen Umständen haben sie nur als Zusätze in späteren Monaten zu dienen. Die sog. condensirte Milch kann nicht als Nahrungsmittel gelten und nur interimistisch gebraucht werden. Ueber die peptonisirte Milch haben Pfeiffer und Escherich sich sehr günstig ausgesprochen. Ein sehr gutes Surrogat ist das künstliche Rahmgemenge Biedert's oder das von demselben Autor angegebene „natürliche“. (Der Vortrag ist in extenso erschienen in der St. Petersburger medic. Wochenschrift Nr. 23. 1890.)

Dr. Hampeln ist der Ansicht, dass für unsere Verhältnisse ein Appell an die Mütter zum Selbststillen kaum angebracht ist. Wenn sie nur irgendwie können und dürfen, stillen sie meist selbst, ja, es bedarf oft seitens des Arztes Mühe schwächlichen Frauen das Stillen zu untersagen. Unter den augenblicklichen Umständen sind wir jedenfalls oft der Ammen benöthigt, wenn auch die angeführten Missstände, wie Infectionsfähigkeit, sociales Elend etc. zugegeben werden müssen. — Bezüglich der Sterilisationsapparate haben sich Dr. H. Seltersflaschen mit sog. Patent-

verschluss gut bewährt. Soxhlet's Apparat ist theuer und schwierig im Stande zu erhalten. Zur Sterilisation mag 20 Min. langes Kochen genügen. Um das Kasein flockiger zu gestalten ist früher von autoritativer Seite angerathen worden, 2 Stunden hindurch zu kochen. — Die Escherich'sche Verdünnungsmethode erscheint höchst rationell, unter anderem auch schon des Salzgehaltes wegen, welcher durch grosse Wassermengen ja verringert wird. Fraglich aber muss es scheinen, ob wir in der Praxis mit den kleinen Mengen durchkommen werden. In so manchen Fällen müssen wir schon bisher über das gewohnte Mass hinausgehen, wenn offenbar das Kasein nicht genügend zur Resorption kommt. In solchen Fällen besteht keine Verdauungsstörung, aber das Kind erscheint in der Ernährung reducirt, die Gewichtszunahme ist ungenügend.

Dr. Huebner ist der Anschauung, dass alle die zur Sterilisation angegebenen Apparate für den Privatgebrauch sich wenig eignen, ihre Handhabung verlangt äusserste Aufmerksamkeit, welche nicht jede Mutter stets ihrem Kinde widmen kann. Bei der unzweifelhaft hervorragenden Bedeutung dieser Frage erscheint das Vorgehen Dr. Hochsinger's in Wien zur Nachfolge aufzufordern. Derselbe vertreibt im grossen 4 Gattungen (nach Soxhlet'schen Principien) sterilisirter Milch, rein und in verschiedenen Verhältnissen mit Wasser gemischt. So kommt die Milch vollkommen vorbereitet in's Haus, das Hütchen wird auf die Flasche gesetzt, das Kind kann saugen. Die Resultate sollen nach den Arbeiten Dr. Hochsinger's und Dr. Theodor's (Königsberg) sehr befriedigende sein. Dr. Huebner trägt sich mit dem Gedanken auch hier bei uns derartiges in's Leben zu rufen. — Bezüglich der gerügten Ammenverhältnisse ist es bei uns zu Lande doch nicht so schlimm, wie geschildert worden ist. Oft wohl könnten beide, Mutter und Kind, Hunger leiden, wenn es die Mutter nicht vorzöge, durch den Ammendienst sich, und so auch ihrem

Kinde, den Unterhalt zu beschaffen. — Die von Dr. Helling so arg angegriffenen Surrogate, wie Nestlé'sches Mehl etc. will Dr. Huebner in Schutz nehmen. Bei Darmcatarrhen helfen diese Mittel, vorübergehend an Stelle der Milch gesetzt, oft ganz bedeutendes.

Auch Dr. Blumenbach wendet sich gegen das bedingungslose Verwerfen einzelner Surrogate. Namentlich leistet oft ganz vortreffliches das Nestlé'sche Mehl in den späteren Lebensmonaten.

1141. Sitzung am 7. Februar 1890.

Anwesend 47 ordentliche Mitglieder und 9 in Riga ansässige Gäste.

Für die Bibliothek eingegangen: „Ein Beitrag zur Casuistik der congenitalen halbseitigen Gesichtshypertrophie“. (Separatabdruck aus den „Fortschritten der Medicin“.)

1) Der Präses theilt den am 28. Februar a. c. erfolgten Tod des ehemaligen, langjährigen Mitgliedes, des Dr. med. Esche mit. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren des Verstorbenen von ihren Sitzen.

2) Dr. Neuenkirchen (als Gast): „Ein Fall von chylösem Erguss in die rechte Pleurahöhle“.

Vor 5 Jahren traten bei der bis auf einige Infectiouskrankheiten in der Jugend bisher gesunden 47jährigen Pat. Athembeschwerden auf, anfangs nur bei Bewegungen, späterhin auch bei Ruhelage. Zu Bett hat Pat. nicht gelegen, kein Fieber, kein Husten, sämtliche Körperfunktionen in Ordnung. Nach einjährigem Bestande der Athembeschwerden wurde durch Punction aus der rechten Pleurahöhle eine milchige Flüssigkeit entleert. Hiernach Erleichterung. Während der nächsten Jahre relatives Wohlbefinden. Weihnachten 88 kehrten die alten Beschwerden allmählig wieder, Mai 89 Auftreten von mässigem Knöchel-

ödem, die Athmung wurde immer mehr behindert, so dass Pat. Mitte Juni 89 in's allg. Krankenhaus eintrat. Stat. pr.: Guter Ernährungsstand, reichlicher Panniculus adiposus. Mässige Dysynoe. Thorax beiderseits von gleichem Umfang und gleicher Beweglichkeit. RV von 3. Rippe, RH von 7. Rippe nach abwärts intensive Dämpfung, Pectoralfremitus und Athemgeräusch aufgehoben. In den übrigen Partien rechts und über der ganzen linken Lunge kleinblasiges Rasseln. Das Herz bis in die vordere linke Axillarlinie verschoben. Im übrigen normaler Befund. — Am 16. VI Punction, wobei 2000 Ccm. einer geruchlosen, gelblichen, milchähnlichen Flüssigkeit entleert wurden. Nach der Punction Herzdämpfung an normaler Stelle, rechts überall heller Schall, lautes, normales Athmen. Bis zum 1. VII 4 weitere Punctionen mit Entleerung von je 2 Mal 1300 und je 2 Mal 500. Stets gleichartige Beschaffenheit der Flüssigkeit. Am 1. VII Austritt aus dem Krankenhause, Allgemeinbefinden gut, RH von der 9. Rippe Dämpfung, abgeschwächtes Athmen.

Vom 17. X bis 26. X zweiter Spitalaufenthalt. RH von 9., seitlich von 5. Rippe Dämpfung etc. Mässige Athembeschwerden. 2 Punctionen mit Entleerung von 1400 und 700. — Seit der letzten Punction bis jetzt sehr gutes Allgemeinbefinden, doch muss Pat. sich schonen. Gelegentliche Probepunctionen haben stets die gleiche Flüssigkeit ergeben. Dieselbe scheidet beim Stehen an der Oberfläche eine rahmartige Schicht ab. Die mikroskopische Untersuchung ergab nur moleculare Körnchen, sehr vereinzelte Rundzellen und rothe Blutkörperchen. Deutliche Fettkügelchen nicht zu erkennen. Reaction alcalisch. Spec. Gew. 1016. Beim Zusatz von Kalilauge sowohl als Essigsäure hellt sich die Flüssigkeit auf. Untersuchung der Flüssigkeit auf Tuberkelbacillen fiel negativ aus. Die am 21. VI entnommene Flüssigkeit ergab nach einer Analyse des mag. E. Johansson (Riga):

Wasser	93,3060 %
Albumin	4,4800
Fett	1,3650
Milchzucker . . .	0,0490
Salze	0,6233
Kasein in Spuren.	

Die am 18. X entleerte Flüssigkeit wies einen höheren Albumingehalt (7,3) und Fettgehalt (2,9) auf. Zucker fehlte.

Nach Ausschluss eines malignen, destructiven Processes bleibt Votr. bei der Diagnose Hydrops chylosus pleurae (Quincke) stehen. Die chemische Beschaffenheit der Flüssigkeit weicht nur wenig von der Zusammensetzung des Chylus ab. Die wenigen, bisher beschriebenen Fälle von chylösem Erguss in die Brusthöhle waren traumatischer Natur. Im besprochenen Fall ist ein Trauma gänzlich ausgeschlossen. Die Genese erklärt sich Votr. nach kritischer Sichtung der in Frage kommenden Möglichkeiten folgendermassen: Höchst wahrscheinlich handelte es sich um eine Ruptur des Lymphstammes, hervorgerufen durch entzündliche Veränderungen der Lymphgefässwandungen. Zunächst lag wohl eine aneurysmatische, vielleicht durch Sclerose bedingte, Erweiterung des Ductus thorac. vor, weiterhin war es zur Verwachsung des Sackes mit der rechten Pleura mediastinalis und endlich zur Ruptur der dünnen, den Pleuraraum von der Lichtung des Duct. thorac. trennenden Wandung und damit zum Erguss des Chylus in den Pleuraraum gekommen. Dass der Erguss sich immer in den constatirten Grenzen gehalten, liegt wahrscheinlich in dem geringen Druck innerhalb des Duct. thorac. (beim Pferde nur 12 mm Hgdruck), es musste bald ein Ueberdruck von Seiten der in der Pleurahöhle befindlichen Flüssigkeit eintreten.

Die Prognose erscheint nicht ungünstig. Wohl ist ein organischer Verschluss der Perforationsstelle unwahrscheinlich, möglich jedoch ein genügender, mechanischer Ver-

schluss. Es ist daher bei etwaigen Punctionen nicht die gesammte Flüssigkeitsmenge zu entfernen, da hierdurch der mechanische Verschluss gefährdet werden kann. Nach der Function ist durch comprimirende Bindeneinwicklung die Bewegung der rechten Thoraxhälfte zu reduciren und dadurch eine Aspiration abzuschwächen. Im übrigen beschränkt sich die Behandlung auf kräftige Ernährung, Fernhaltung körperlicher Anstrengung etc. (Der Vortrag ist in extenso veröffentlicht in der Berl. klin. Wochenschrift.)

Dr. Hampeln, in dessen Beobachtung Pat. sich zur Zeit befindet, berichtet, dass der Zustand ein recht guter sei. Ein Influenza-Anfall ist leicht überstanden worden. Pat. kann sich frei bewegen, nur muss sie der sonst leicht eintretenden Athemnoth wegen sich vor Anstrengungen hüten. Im rechten Pleuraraum stets dieselbe Flüssigkeit. — Dr. H. betont die Seltenheit des Falles, welcher wohl der erste beschriebene ist mit derartigem, relativ günstigem Verlauf.

3) Dr. Laurentz referirt über folgende Krankengeschichte: Israel Epstein, 16 a. n., trat Sept. 88 in's allg. Krankenhaus. Bis auf Scharlach in den ersten Lebensjahren stets gesund gewesen. Seit 8—9 Monaten progressiver Kräfteverfall. Die Untersuchung ergab bräunliche Hautfarbe, Herz und Lungen normal, aufgetriebener, gespannter Leib, Milz und Leber vergrößert. 4 Finger breit unter dem rechten Rippenbogen in der Mammillarlinie ein faustgrosser Tumor. Im Urin reichlich Albumin, hyaline Cylinder. Keine Oedeme. Stuhl regelmässig. Appetitlosigkeit, öfters Uebelkeit, Schmerzen im ganzen Körper, Herzklopfen. — Die Abmagerung schritt fort, Oedeme und Ascites stellten sich ein. Der Zustand wurde als Malaria-cachexie aufgefasst. Malariaanfälle wurden im übrigen bestritten.

Am 1. XII 88 trat Pat. fast moribund in Dr. Laurentz's Behandlung. Tumor im Abdomen faustgross, etwas ver-

schieblich. Seit einer Woche Obstipation, heftige Coliken. Am 3. Dec. plötzlich sehr schmerzhafter Stuhl, mit dem ein etwa faustgrosser, steinharter, runder Gegenstand herausbefördert wird. Gewicht desselben $\frac{1}{4}$ Pfund. Nach Durchsägung und Aufweichen der einen Hälfte in Wasser erweist sich der Tumor als zusammengebackener, feingeschnittener Papyrostaback. Befragt über das Hineingelangen des Tabacks in den Darm erzählt Pat. nach mehrfachem Drängen, dass er als Papyrosstopfer einstmals bei einem unvermutheten Besuch eines Accisebeamten das auf dem Tische befindliche Stopfmaterial verschluckt habe, um bei dem verbotenen Gewerbe nicht betroffen zu werden. Von dieser Zeit an bestehen die Beschwerden. — Trotz der nach dem Abgang des Tabackssteines (der bisherige Tumor im Leibe war nicht mehr zu fühlen) eingetretenen Euphorie trat 10 Tage später der Tod durch Erschöpfung ein.

Dr. Hampeln wirft die Frage auf, ob der Tabacksstein die eigentliche Ursache des auffallenden Krankheitsbildes gewesen oder ob etwa daneben noch eine andere Krankheit bestanden. Auf ihn machte Pat., aus einer Malariagegend (Kowno) stammend, den Eindruck eines an schwerer Malariacachexie leidenden Kranken. Die für die Entscheidung dieser Frage erforderliche Section konnte leider nicht vorgenommen werden.

4) Dr. Mercklin weist einen silbernen Theelöffel vor, der, von einem Geisteskranken verschluckt, nach 82 Stunden, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen, per anum abging. Kein Abführmittel angewandt. -- Der Fall beansprucht ein besonderes Interesse durch den Mangel jeglicher Beschwerden. Das Verschlucken von Fremdkörpern ist im übrigen in der psychiatrischen Literatur durch eine zahlreiche Casuistik vertreten.

1142. Sitzung am 7. März 1890.

Anwesend 42 ordentliche Mitglieder und 13 in Riga ansässige Gäste.

1) Dr. Schultz referirt über einen plötzlichen Todesfall in Folge von Ruptur der Aorta.

D. G., 68 a. n., früher Schiffscapitain, stets gesund, war, nachdem er eine schwere Influenza durchgemacht, am 6. Febr. a. c. auf Citation beim Districtspristaw erschienen, wo er nach Empfang einer ihn freudig erregenden Nachricht plötzlich zusammenbrach und in kurzer Zeit verstarb. — Section am 7. Febr. 3 Uhr Nachm. Leiche eines übermittelgrossen, gut genährten Mannes. Hautdecken blass. Schädelhöhle: Hyperämie der Sinus, starkes Oedem der Pia und seröse Durchfeuchtung der (blassen) Hirnsubstanz. Sclerose der Art. an der Basis, bis zu den Art. foss. Sylvii. Brusthöhle: Lungen frei, ödematös. Schleimhaut der Luftwege stark injicirt, mit feinblasigem, blutigem Schaum bedeckt. Herzbeutel voll dunkler, frischer Blutgerinnsel, daneben etwas flüssiges, dunkles Blut. Herz stark mit Fett bewachsen. Ostien für 2 Finger durchgängig. In den Herzkammern etwas flüssiges Blut, an den Sehnenfäden kleine, dunkle Gerinnsel. Maasse: 12, 13, 5. Muskel schlaff, von graubrauner Farbe, Faserung deutlich, dazwischen zahlreiche, bis erbsengrosse Fettflecken. Endocard glatt, stellenweise bis erbsengrosse hellgelbe Flecken. Pulmonal- und Aortenklappen, auch Mitralis zart. Der freie Rand der Tricuspidalis verdickt. Im Sulcus transversalis, am rechten Insertionsende der Aorta eine quergestellte Oeffnung von 1—2 mm Breite und 6—7 mm Länge, ihre Ränder stark gefranst, sugillirt. In der Aorta ascendens ein Querriss durch alle Schichten des Arterienrohres bis in die Bindegewebsschicht unter dem pericardialen Ueberzug. Der Riss beginnt 3,5 ctm. über der Stelle, an welcher die laterale und hintere Klappe zusammenstossen, geht nach rechts und abwärts und nähert sich bis auf 1,5 ctm. der Stelle,

an welcher laterale und vordere Klappe inseriren, um dann, wieder aufsteigend und das Lumen der Aorta umfassend, etwa 1 ctm. über seinem Anfange zu enden. Die Ränder sind vollkommen scharf, unterminirt, das zu Tage tretende Bindegewebe stark sugillirt; die Sugillationen, bis 4 mm stark, erstrecken sich zu beiden Seiten des Risses weit nach aufwärts zwischen Aorta und Pulmonalis hinein, nach abwärts bis an den Sulcus transversalis, in grossen dunkelrothen Flecken durch den pericardialen Ueberzug durchscheinend. Von der Rissstelle über der lateralen Klappe gelangt man durch vorsichtiges Sondiren in einen Gang, der zu dem oben beschriebenen Einriss an der Insertion der Aorta führt. Die Länge des Ganges etwa 3 ctm. Lumen der Aorta in Klappenhöhe 9 ctm., 3 ctm. höher 11, ihre Intima glatt, von normaler, hellgelber Farbe, mit vereinzelt weissen, bis erbsengrossen Flecken, die aber vollkommen weich sind und nirgends an den Riss herantreten. Bereits im Aortenbogen finden sich derbere, in das Lumen hineinragende, flache, sclerotische Ablagerungen, die im absteigenden Theil immer dichter auftreten, um schliesslich im Lendentheil als starre, schalenförmige, bis wallnussgrosse Platten zu erscheinen. Intima überall heil. — Bauchhöhle: Milz 14,8, $3\frac{1}{2}$, mit ausdrückbarer Pulpa. Nieren mit zahlreichen Cysten durchsetzt, eine hühnereigross. Angehende Fettleber, 30, 22, 20, 7. Leichter chronischer Magencatarrh.

Auffallend ist die Ruptur an der dem äusseren Ansehen nach gesundesten Stelle des sonst hochgradig erkrankten Arterienrohres (Demonstration des Präparates).

2) Dr. Carblom: „Dermatologisches“.

Angeregt durch eine Arbeit Eichhoff's: „Ueber Seifen“ (Unnasche Monatshefte. Ergänzungsheft I 1889) hat Votr. sich veranlasst gesehen, die nach Angabe des Autors verfertigten, sog. überfetteten medicinischen Seifen sich zu beschaffen. Die allerdings noch geringe Anzahl

der Beobachtungen ermuthigen zur Empfehlung dieser Seifen. Gegenüber Pflastern, Salben, Pasten ist die Application weit bequemer und namentlich viel billiger. Die Methode der Anwendung kann eine vierfache sein: 1) Die mit warmem Wasser zum Schäumen gebrachte Seife wird auf der Haut verrieben und bald wieder abgespült. 2) Der aufgeriebene Schaum wird mit trockenen Tüchern fortgewischt. 3) Dick aufgetragener Seifenschaum wird in die Haut eintrocknen gelassen. 4) Letztere Anwendung wird noch in der Wirkung verstärkt durch Fixirung des Schaumes mit einer wasserdichten Bedeckung. — Von einer hygienisch guten Seife muss verlangt werden, dass sie nicht chemisch, sondern nur mechanisch auf die Haut wirkt, sie darf vor allen Dingen kein freies Alkali besitzen, da durch solches die Haut ihres normalen Fettgehaltes beraubt, leicht rissig, „gesprungen“, wird. Die Herstellung eines neutralen Grundseifenkörpers ist daher durchaus erforderlich, so schwierig und kostspielig auch ein derartiges Verfahren gegenüber den bisherigen, landläufig üblichen, Methoden auch sei, ganz abgesehen von den zahlreichen Verunreinigungen der Seife mit Harz, Wasserglas, Kreide, Stärke etc. Liebreich und, unabhängig von ihm, Unna ist es gelungen neutrale Seifen herzustellen. Eichhoff hat es nun verstanden der sog. überfetteten neutralen Grundseife Unna's verschiedene, für die Dermatotherapie überaus werthvolle, Medicamente einzuverleiben. Die Haltbarkeit dieser Seifen hat sich vorzüglich bewährt. Er verfügt zunächst über:

1. Ueberfettete Resorcinsalicylseife.
2. „ Salicylresorcinschwefelseife.
3. „ Salicylresorcinschwefeltheerseife.
4. „ Chininseife.
5. „ Hydroxylaminseife.
6. „ Jodoformseife.
7. „ Kreolinseife.
8. „ Ergotinseife.

9. Ueberfettete Jodseife.

10. „ Salicylkreosotseife.

ad. 1. Anwendung bei Hautkrankheiten, welche parasitären Ursprungs sind und zugleich mit einer Hyperplasie der Epidermis einhergehen: parasitäre, sog. seborrhoische Eczeme, ferner Psoriasis, Acne, Ichthyosis. — ad 2 und 3. Gleiche Indication, wie bei 1, jedoch nur bei mehr chronischen Hautentzündungen, bei tieferen Hypertrophien, bei Schuppenbildungen. Namentlich wird bei Psoriasis vulg. 3 gerühmt. 1, 2 und 3 sehr empfehlenswerth bei Favus und Herpes tonsurans. — ad 4. Hauptanwendung bei Pityriasis versicolor. Ferner bei intertriginösen Eczemen der Kinder mit nachfolgenden indifferenten Streupulvern. — ad 5. Stark reducirende Wirkung der 3% Seife. Toxische Eigenschaften nicht beobachtet. In den ersten Tagen meist Klagen über brennenden Schmerz. Anwendung bei Lupus, Herpes tonsurans, bei alten Psoriasis- und Eczemfällen, eventuell auch bei Lepra und Lues. — ad 6. Trotz der 5% Jodoformmenge soll der Geruch wenig zur Geltung kommen. Gynäkologen und Chirurgen besonders empfohlen, etwa nach dem Gebrauch von Sublimatlösung. Gutes Mittel zur Reinigung und Erregung schlaffer Geschwüre. — ad 7. Gegen Scabies, Impetigo contagiosa, ferner Intertrigo und Fusschweisse. Der Schaum wird mehrere Male des Tages fest eingerieben. — ad 8. Bei reiner (nicht Stauungs-) Rosacea, bei Frostbeulen, bei hyperämischen Narbenflächen irgend welcher Art. — ad 9. Als resorbens angewandt bei Struma, oberflächlichen Drüsentumoren, ferner als Antiparasiticum, so bei Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Psoriasis etc. Der heftigen Reizwirkung wegen ist das Mittel mitunter auszusetzen und ein Puder von Zincamylum anzuwenden. — ad 10. Ausgezeichnete Dienste bei Lupus, entweder bloss in Form von Waschungen, in stärkerer Form mit Bedeckung (im Gesicht Maske) oder alternirend mit chirurgischer Behandlung.

Dr. Hach ist in einem Fall von lange bestehendem Favus mit der überfetteten Resorcinsalicylseife sehr zufrieden gewesen. Der den Aerzten empfohlene Jodoformseife haftet ein starker Geruch an. Die bei einigen alten Exsudaten angewandte Jodseife brachte in einem Fall eine intensive Röthe der Haut zu Stande, über eine resorbirende Wirkung kann jedoch nichts berichtet werden.

Dr. Wolferz erscheinen a priori diese neuen Seifen sehr empfehlenswerth. Er weist darauf hin, wie unangenehme Nebenwirkungen vielen in den gewöhnlichen Fabriken hergestellten Seifen anhaften, die in medicamentöser Beziehung von gewisser Bedeutung sind. So enthält die hier käufliche sog. grüne Seife durch ihren hohen Zusatz von Wasserglas bedeutende Mengen von freiem Alkali und wirkt hierdurch reizend.

Dr. Deubner ist der Ansicht, dass die 3% Hydroxylaminseife viel zu stark wirken müsse, er hat bei der 1%₀₀ spirituösen Lösung schon sehr scharfe Reizwirkung wahrgenommen.

3) Internum. Kassen- und Bibliotheksbericht pro 1889.

1143. Sitzung am 21. März 1890.

Anwesend 43 ordentliche Mitglieder und 16 in Riga ansässige Gäste.

1) Der Präses begrüsst die zum ersten Mal im Sitzungssaal des neuen Museums tagende Versammlung.

2) Für die Bibliothek eingegangen: a. Med. Beilage zum Marine-Archiv. März 1890 (russ.). b. Jahresbericht der hiesigen russ. ärztlichen Gesellschaft.

3) Dr. Hampeln stellt einen Mann mit Lebercirrhose vor. Ausgang in relative Genesung. — Vor einiger Zeit ist Pat. wegen Malaria im Krankenhause behandelt worden. Kein Potatorium. Zweiter Eintritt in's Krankenhaus mit

bedeutendem Ascites. Der Ascites schwand unter Gebrauch von Kali acet., später Jodkali, daneben strenge Milchdiät. Keine Punction. Jetzt ist der Kräftezustand als guter zu bezeichnen. Die Leber ist deutlich verkleinert, Milz gross, palpabel. — Ref. ergeht sich über die Wichtigkeit der absolut reizlosen Diät bei derartigen Krankheitsformen. Pat. erhielt pro die Milch 2500, Brod 150, Reis 100, worin enthalten Albumin 100, Fett 80, Kohlehydrate 280, was 2450 Kalorien entspricht. Anfangs gewöhnen sich die Pat. recht schwer an die reizlose Kost, hernach befinden sie sich am wohlsten bei derselben. — Leibesumfang des vorgestellten Pat. bei der Aufnahme 105, jetzt 86. Körpergewicht bei der Aufnahme 189, dann 182, 175, 172, 170, 175. Die Ascitesflüssigkeit ist auf 15 Pfund zu schätzen.

4) Dr. Hampeln: „Ueber Leberkrankheiten“.

Vortr. unterzieht nur die primären, eigentlichen Lebererkrankungen einer Betrachtung. Im grossen und ganzen gehören diese wichtigen, das Leben der Erkrankten stets in hohem Maasse bedrohenden Affectionen zu den selteneren Vorkommnissen. Es sind in den letzten 5 Jahren im hiesigen allg. Krankenhause etwa 1000 Erkrankungsfälle der Lungen, 500 des Herzens, 400 der Nieren, 1000 des Magens und des Darms, und nur 53 Mal Lebererkrankungen registrirt worden, von welcher Zahl noch die meist secundären Lebercarcinome abzuziehen sind, so dass schliesslich nur 34 reine Fälle primärer Lebererkrankung verbleiben. Vortr. classificirt die beobachteten Fälle folgendermassen: 1) die chronisch entzündliche Form, vertreten durch die Lebercirrhose, fast $\frac{1}{2}$ sämmtlicher Fälle, 2) das (meist secundäre) Lebercarcinom, $\frac{1}{3}$ der Fälle, 3) die acut entzündliche Hepatitis suppurativa, 4) die acute gelbe Leberatrophie. — Der bei uns so überaus seltene Echinococcus der Leber ist nicht zur Beobachtung gelangt. Nicht besprochen sollen werden die Affectionen der Gallengänge und Gallenblase, ferner Stauungs-, Fett- und Amyloidleber

als Secundärerkrankungen, Phosphorleber und Lebersyphilis, als in das Capitel der Intoxicationen gehörig. Letztere Form ist im übrigen vom Ref. nicht beobachtet worden.

1) Die Lebercirrhose. Ueber die verschiedenen Formen herrscht zur Zeit noch keine völlige Einigung. Klinisch empfiehlt es sich wohl am meisten 2 Formen zu unterscheiden, die venöse, atrophische und die sog. biliäre, eine Unterart der letzteren ist die hypertrophische Cirrhose. — a. Die venöse, atrophische Form, die Alkoholicirrhose, war die bei weitem häufigere, der Verlauf unter den gewöhnlichen Symptomen. Bezüglich der Aetiologie ist zu bemerken, dass Alkoholmissbrauch nicht allzu häufig zu notiren gewesen ist, jedoch lag völlige Abstinenz in keinem Fall vor. Aus letzterem Grunde ist trotz bei einigen Pat. sicher constatirter überstandener Malaria kein einziger Fall einwandfrei eben nur auf die Malaria zu beziehen. Die verschiedenartige Toleranz einzelner Individuen gegen Gifte, wie Taback, Alkohol etc. ist ja hinlänglich bekannt, so dass auch schon durch geringe Alkoholmengen der deletäre Einfluss auf die Leber zu Wege gebracht sein könnte. — Gegen den Ascites hat sich Calomel oft gut bewährt, nicht minder Jodkali neben strenger Milchdiät (cf. den oben mitgetheilten, vorgestellten Fall). — Hypertrophische biliäre Cirrhose (Icterus, kein Ascites) ist nur ein Mal beobachtet (Section). Hier lag Alkoholmissbrauch vor. 2 weitere Fälle von biliärer Cirrhose ohne jeglichen Alkoholgenuss stehen noch in Beobachtung, aller Wahrscheinlichkeit handelt es sich um einen Verschluss der grossen Gallenwege aus nicht zu eruirender Ursache (keine Coliken).

2) Das Lebercarcinom ist meist eine metastatische Erkrankung. Der Nachweis des primären Sitzes ist nicht immer leicht, Speiseröhre, Magen, Pancreas, Intestinaltractus und Rectum sind abzuschätzen. Durch einen einschlägigen Fall wird illustriert, zu welchen diagnostischen Irrthümern

die Anfangsstadien des primären Leberkrebses Veranlassung geben können. — Von sonstigen Neubildungen ist ein mal Melanosarcom beobachtet, kein mal Adenom.

3) Hepatitis suppurativa, Leberabscess. 10 Fälle im Krankenhause, 4 in der Privatpraxis beobachtet. Vortr. erscheint die Eintheilung Schueppels vom klinischen Standpunkte aus am empfehlenswerthesten. Die Unterscheidung stösst jedoch mitunter auf nicht geringe Schwierigkeiten.

a) Intracaniculärer oder biliärer Leberabscess, Cholangitis suppurativa. Sämmtliche Fälle betrafen das höhere Alter. Verlauf mehr oder weniger chronisch, bald relatives Wohlbefinden, bald Verschlimmerung. Unregelmässiges, oft intermittirendes Fieber, Schmerzen in der Lebergegend, Icterus. Nur ein mal konnte anamnestisch eine Cholangitis calculosa festgestellt werden. In 2 zur Section gelangten Fällen fanden sich ein mal in einzelnen Lebercanälen dicht aneinander gelagerte Steinchen neben Eiter, während das andere mal in der Gallenblase Steine aufgefunden wurden und die freien Canäle mit zahllosen Leberabscesschen communicirten. In einem dritten obducirten Fall wurde ausgedehnte Dilatation der intrahepatischen Gallengänge, welche mit dickem Eiter erfüllt, constatirt; keine nachweisbare Ursache. Es konnte in diesem Fall die Diagnose intra vitam nicht gestellt werden, da kein Icterus, überhaupt keine nachweisbare Organerkrankung zu entdecken war. Es bestand Febris intermittens quotidiana, Milz erschien vergrössert, Chinin war jedoch wirkungslos.

b) Venöser, metastatischer Leberabscess. Nur 2 Fälle beobachtet. Es bestand intermittirendes Fieber mit Schüttelfrösten, ein mal leichter, ein mal stark entwickelter Icterus. In beiden Fällen war, wie die Section ergab, der Ausgangspunkt eine ulceröse Entzündung des Proc. vermiformis gewesen. Im einen Fall fehlte jedes auf die Coecalgegend hinlenkende Symptom, das zweite mal waren die betreffenden Beschwerden nur geringfügig. Auf diese nicht so selten

zu beobachtende Latenz der Symptome einer Erkrankung des *Proc. vermiformis* wird nachdrücklichst hingewiesen.

c) Eigentlicher, parenchymatöser Leberabscess. Symptomatologie oft verwickelt, Diagnosenstellung *intra vitam* bisweilen unmöglich. Das eine mal trat der Exitus in 2½ Wochen ein nach Schüttelfrösten, leichtem Icterus, Schwellung und Schmerz der Leber. Bei der Section fanden sich in der Leber zahlreiche Abscesse, ein vorausgegangener Entzündungsherd liess sich trotz sorgfältiger Nachforschung nicht entdecken. — Ein zweiter Fall betraf einen 34 jährigen, bisher gesunden Mann, der soeben die Influenza überstanden. Es entwickelten sich Fiebererscheinungen unter dem Bilde einer *Intermittens quotidiana duplicata*, dabei keinerlei auf ein Organleiden hinweisende Klagen. In 2 Wochen deutliche Erscheinungen einer rechtsseitigen Pleuritis, bald darauf rechts sowohl als auch links über den hintern Lungenparthien diffuse Infiltration. Eine Probepunction ergab rechts vorn Serum, dessen bacteriologische Untersuchung negativ ausfiel. Nach 18 Tagen *ex indicatione vitali punctio pleurae dextrae*, wobei 2 Liter serösen Eiters entleert wurden. Während zu Beginn der Erscheinungen die Annahme eines oberhalb oder wahrscheinlicher unterhalb des Zwerchfells sich entwickelnden Abscesses im allgemeinen gemacht werden konnte, so schien jetzt bei Berücksichtigung der stets hohen Lage des untern Leberrandes die Diagnose eines in den rechten Pleuraraum perforirten Leberabscesses für gesichert. — Wegen der grossen Schwäche und der complicirenden Lungenerkrankung wurde von der Radicaloperation abgesehen und, als 36 Stunden nach der Punction das Exsudat wieder angestiegen, eine permanente Fistel mit dem Troikart etablirt. Hiernach Erleichterung, Fieberabfall. Am 2. Tage nach einem Stuhlgang plötzlicher Tod. — Die Section ergab rechts retrahirte, hinten adhärente Lunge, in der linken Lunge unten kleine Infiltrationsheerde. Leber normal gross,

oben leicht adhärent, keine Perforationsöffnung. Nahe der Oberfläche 2 confluierende, ca. 30 Unzen reinen Eiters enthaltende Abscesse inmitten morschen Lebergewebes. In der Gallenblase einige kleine Concremente. Keinerlei sonstige, für die Entstehung des Abcesses zu beschuldigende Erscheinungen. — Ein drittes Mal wurde der Leberabscess erst durch die Section aufgedeckt. Schwerer Typh. abdom. mit scheinbar günstigem Ausgang. In der 5. Woche abermals Temperaturerhöhung, Durchfälle, Krankheitsgefühl. Die schon früher aufgetretene Nephritis besteht fort. In der linken Axilla tritt ein Furunkel auf, der nach Incision anstandslos ausheilt. Allmählicher Kräfteverfall, Anämie, Oedeme, Purpura cutanea, Epistaxis. Vorübergehend Klagen über Schmerzen im rechten Hypochondrium. Nach weitere 6 Wochen diffuse Peritonitis unter Schüttelfrösten. Leber gross, hart; kein Icterus. Tod nach etwa 14 Tagen. Sections-ergebniss: Geheilte Typhusgeschwüre, keine ulceröse Veränderungen am Darm, diffuse serös-hämorrhagische Peritonitis. Am Rande des rechten Leberlappens ein faustgrosser, mit blutigem Eiter gefüllter Abscess. — Schliesslich wird noch eines kleinen, durch ein Trauma entstandenen Leberabscesses Erwähnung gethan. Localer Schmerz, Schüttelfrost, tödtlicher Ausgang.

4) Die acute gelbe Leberatrophie. 2 Fälle. 6jähriger Knabe mit deutlichst ausgesprochenen Symptomen, stirbt am Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Section. — Im 2. Fall (consultative Praxis) trat eine deutliche Leberverkleinerung nicht ein. Die Erkrankung dauerte mehrere Wochen an. Section: Leber absolut nicht verkleinert. Schnittfläche ockergelb und dicht roth getüpfelt. Mikrosk. exquisite Verfettung der Leberzellen. Im rothen Centrum auffallenderweise noch erhaltene Zellen, an der Peripherie der Acini leichte, zellige Bindegewebswucherung.

Zum Schluss bespricht Votr. ein mehrfach beobachtetes Phänomen, über welches bisher kein genügender

Aufschluss gegeben werden kann. Es handelt sich um farblose Stühle ohne Icterus. In der Kinderpraxis wird derartige häufig als eine vorübergehende Erscheinung ohne jede Allgemeinstörung gesehen. Andererseits ist aber bei schweren Texturerkrankungen der Leber, wie Fett- und Amyloidleber, ferner bei einer Form von Leberatrophie, welche als Theilerscheinung eines allgemeinen Marasmus oder einer Cachexie auftritt, eine derartige helle Stuhlfarbe ohne gleichzeitigen Icterus constatirt worden. In letztere Kategorie gehört vielleicht auch folgender eigenthümlicher Fall hinein: Pat., stets gesund gewesen, speciell keine Malaria, keine Lues, leidet seit einiger Zeit an Magenbeschwerden. Normaler Befund bezüglich des Magensaftes etc., bloss Magenectasie mässigen Grades. Stuhl auffallend hell-lehmfarben, theils gut geformt, theils breiig. Leber percutorisch verkleinert, Milz vergrössert, nicht palpabel. Kein Icterus, überhaupt sonst nichts abnormes.

Dr. Bergmann hat bislang auf der syphilitischen Abtheilung des allg. Krankenhauses keinen Fall von Lebersyphilis beobachtet. Ebenso bemerkt Dr. Mercklin, dass Sectionen bei den hier hauptsächlich in Frage kommenden Paralytikern derartige Affectionen nur äusserst selten aufdeckten. — Dr. Voss ergänzte die von Dr. Hampeln mitgetheilte Casuistik der Lebertumoren dahin, dass er 2 mal bei Sectionen Angiome der Leber gesehen, das eine mal multipel, das andere mal solitär, haselnussgross. — Von metastatischem Leberabscess hat Dr. V. in jüngster Zeit 2 Fälle bei Dyssenterie beobachten können. Als in frühern Jahren im hiesigen Krankenhause Pyaemie nicht so selten auftrat, wurden häufig Leberabscesse durch die Obduction constatirt. — Bezüglich des von Dr. Hampeln referirten Fall von Leberabscess nach abgelaufenem Typh. abd. wirft Dr. Voss die Frage auf, ob nicht der Abscess als ein metastatischer, durch den Furunkel veranlasster, aufzufassen sei.

Dr. Hampeln will die Möglichkeit einer derartigen Infection nicht in Abrede stellen, etwas auffallendes war an dem 6 Wochen vor dem Tode aufgetretenen Furunkel nicht wahrzunehmen.

Dr. Krannhals bemerkt hierzu, dass der bei der Section gefundene Leberabscess nicht frischen Datums war.

Dr. v. Rautenfeld ist ebenfalls in der Lage gewesen einen farblosen Stuhl ohne Icterus zu beobachten, ohne dass beim Pat., welcher an Herzverfettung litt, hierfür ein Grund aufzufinden war.

5) Internum. Bibliothekordnung.

1144. Sitzung am 4. April 1890.

Anwesend 35 ord. Mitglieder und 10 in Riga anässige Gäste.

1) Im Anschluss an die Verlesung des Prot. der letzten Sitzung fügt Dr. Hampeln zum Fall „Leberabscess nach abgelaufenem Typh. abd.“ noch hinzu, dass ausser dem erwähnten Furunkel noch eine andere Quelle für den eventuell als metastatisch aufzufassenden Abscess in einer bestehenden, bisher nicht angeführten, Otitis media zu suchen sei. — Ferner referirt Dr. Bernsdorff kurz über den aus seiner Praxis stammenden Fall, von Dr. Hampeln in der letzten Sitzung als „biliäre Lebercirrhose durch Gallengangsverschluss ohne bekannte Ursache“ erwähnt. 19jährige Pat., seit $2\frac{3}{4}$ Jahren icterisch, Stuhl stets entfärbt, im Urin Gallenfarbstoff und Gallensäuren. Zu Beginn dieses Leidens soll Pat. schwer fieberhaft, ca. 6 Wochen hindurch, krank gewesen sein. Keinerlei typische Kolikanfälle. Lues und Potatorium vollkommen auszuschliessen. In den letzten 9 Monaten, während welcher Zeit Ref. Pat. behandelt, stete Kräfteabnahme, bisweilen ganz unregelmässige Fieberbewegungen, öfters Hemeralopie. Die Regeln sistirten mit

dem Auftreten des Icterus. Leber jetzt bis zur Nabellinie reichend, hart, Milz mässig vergrössert. Ein Jahr vor dieser Erkrankung soll die sonst gesunde Pat. einen sich über mehrere Monate hinziehenden Typhus (?), mit Lungenentzündung complicirt, überstanden haben.

2) Dr. Dehio (als Gast): „Ueber neuere Schlafmittel“. Vortr. spricht über die in den letzten 3 Jahren an der Dorpater Klinik für Nerven- und Geisteskranke über Schlafmittel gemachten Erfahrungen. Chloralhydrat war principiell ausgeschlossen, Hypnon und Methylal wurden nach kurzer Prüfung fallen gelassen, über Chloralamid konnte noch kein Urtheil abgegeben werden.

Das gebräuchlichste Mittel war Paraldehyd. Der Ablauf des Paraldehyd-Schlafes gleicht sehr dem natürlichen Schlaf, keine unruhigen Träume, der Schlafende kann jeden Augenblick zu vollem Bewusstsein erweckt werden, beim Erwachen keine Beschwerden. Die Wirkung tritt schnell ein, das maximum derselben dauert 2—3 Stunden, dann Abfall, nach ca. 7 Stunden ist jegliche Wirkung vorüber. Daraufhin wurde bei hochgradiger Schlaflosigkeit die Abendgabe nicht erhöht, sondern derselben eine zweite kleinere hernach hinzugefügt. An den schlechten Geschmack gewöhnen sich die Pat. bald. Es übt das Paraldehyd keinen schädlichen Einfluss auf Herz und Respiration aus, auch ist keine Störung an den peripheren Gefässen bemerkt worden. Leider tritt bald Gewöhnung ein. Ausserdem irritirt es bei vorhandener Disposition den Verdauungscanal, erzeugt Durchfall, Appetitlosigkeit. Mit dem Aussetzen des Mittels schwinden rasch die Erscheinungen. Längerer Gebrauch bringt ein Sinken des allgemeinen Ernährungszustandes mit sich ohne merkliche Beeinflussung der Psyche. — Gegeben wurde es innerlich mit Rothwein, Wasser und Zucker in Dosen von im Mittel 5,0. Ueber 10,0 pro nocte brauchte selten gegangen zu werden. Als Clysm schlecht vertragen; zur subcutanen Anwendung ungeeignet.

Amylenhydrat erwies sich dem Paraldehyd ziemlich gleichwerthig und gleichwirkend, nur wurde öfters Schlaftrunkenheit bemerkt. Der Geschmack war den Pat. oft widerlicher als der des P. Den Verdauungstractus belästigt es fast gar nicht. Auch bei Epilepsie ist es bisweilen mit Erfolg gegeben. Die Gabe betrug 2,0—6,0; genommen ebenso wie P. Als Clysmata mit Gummischleim gut vertragen.

Urethan, in seiner Wirkung viel schwächer, bewirkt bald eintretenden, angenehmen und genügend langen Schlaf. Gewöhnung tritt bald ein. Mitunter Verdauungsstörungen. Gegeben in leichtern Formen von Schlaflosigkeit bei Reconvalescenten, körperlich schwachen Personen in Gaben von 3,0—6,0 in wässriger Lösung.

Sulfonal wirkte am besten in einem Glase heissen Wassers gelöst. Der Schlaf tritt langsam ein und ist von langer Dauer. Bei leichter Schlaflosigkeit Nachwirkung auf die folgende Nacht. In refracta dosi wirkte es bei Aufregungszuständen recht gut. Auf den Ablauf der Krankheit hingegen war es bei Manie eher von schlechtem Einfluss. In 2 Fällen von Paralyse trat auffallend schnelle Demenz ein. Von Verdauungstractus wurde S. meist gut vertragen, nur in 2 Fällen trat jedoch ein höchst schmerzhafter Magencatarrh auf. Die bei längerem Gebrauch auftretende „Sulfonal-Ataxie“ war in einem Fall von Morphinismus sehr ausgesprochen. — 1,0—4,0 pro dosi, 6,0 als max. pro die.

Beim Versagen aller Mittel wurde Hyoscin gegeben (subcutan, niemals mehr als 0,001), womit auch bei hochgradiger motorischer Unruhe ein Erfolg erzielt wurde. Bei nervöser Schlaflosigkeit verursacht es nur die unangenehmsten Erscheinungen. — Bei der Anwendung der Schlafmittel war ausser der Form der Schlaflosigkeit auch das Verhalten der Kranken maassgebend. In leichtern Formen wurde mit den nöthigen Pausen Sulfonal gegeben, oft kam man auch mit kleinen Gaben Paraldehyd aus.

Bei schwereren Formen und dauerndem Gebrauch wurden Paraldehyd und Amylenhydrat in starken Gaben angewandt, wobei von Zeit zu Zeit die Mittel gewechselt wurden. Trat die motorische Unruhe stark hervor, so wurde Hyosein injicirt, da die übrigen Mittel dann wirkungslos. (In extenso veröffentlicht in der St. Petersb. Wochenschrift).

Dr. Tiling wirft die Frage auf, warum auf der Dorpater Klinik Chloralhydrat vom Gebrauch ausgeschlossen war. Er erkennt die Güte der übrigen Schlafmittel, namentlich des Paraldehyd gern an, betont jedoch die Vorzüge, welche Chloral diesen Mitteln gegenüber besitzt, leichte Dosirung, die Gaben sind nicht so gross, der Geschmack weniger unangenehm. Ist ein gesundes Herz vorhanden, so wird das Mittel lange Zeit gut vertragen. Nebenwirkungen, wie der sog. Chloralrash, werden sehr selten beobachtet. Todesfälle sind ja bekannt gegeben, doch haben dieselben bei der grossen Häufigkeit der Chloralverordnungen und den namentlich in den 70er Jahren ganz schadlos verordneten enormen Dosen eine nicht allzugrosse Bedeutung. — Die Wirkung des Hyoscins ist höchst beängstigend, es ist kein eigentliches Schlafmittel, es lähmt nur den unruhigen Kranken. Die Wirkung des Hyoscyamins ist nach den in Rothenberg gewonnenen Erfahrungen eine angenehmere und auch sicherere.

Dr. Dehio. Prof. Kraepelin, der Leiter der Dorp. Klinik, deren Assistent Ref. gewesen, hat sich nach einem plötzlichen Todesfall durch Chloralhydrat veranlasst gesehen, dieses Mittel gänzlich zu verbannen.

Dr. Mercklin. Die anzuerkennenden Vorzüge des Chloralhydrats bestehen in der prompten Wirkung, in der Billigkeit des Mittels und der Möglichkeit, dasselbe gut per clyisma anwenden zu können. Es sind jedoch namentlich in neuester Zeit zahlreiche Fälle, in denen peinliche Nebenwirkungen aufgetreten sind, bekannt geworden, so dass Chloral in Zukunft mit grösserer Vorsicht zu verordnen

sein wird. Es ist Ref. aufgestossen, dass schon rein äusserlich verschiedene Chloralpräparate verschiedenartiges Aussehen haben, was durch die massenhafte Production seine Erklärung findet und worin vielleicht auch die Ursache der namentlich neuerdings gehäuften unangenehmen Zufälle zu suchen sei. Zarteren Individuen gebe man es am besten gar nicht. Vortragender berichtet über 2 Fälle, wo er nach einer Gabe von α ii Chloral per os beängstigenden Collaps gesehen, welcher erst nach Anwendung von künstlicher Respiration und Injectionen von Aeth. sulf. schwand. — Das Paraldehyd hat Votr. schätzen gelernt, seit dem er dreistere Gaben, 5,0—6,0, zu geben angefangen. Doch auch dieses Mittel vertragen Neurasthenische bisweilen schlecht. Ein Fall, in dem nach mittelgrosser Gabe schwerer Collaps eintrat, wird mitgetheilt. — Hyoscin und Hyoscyamin sollten ihrer heftigen, lähmenden Wirkung wegen höchst selten zur Anwendung kommen.

Dr. Treymann und Dr. Girgensohn berichten über je einen Todesfall nach Chloral beim Delirium tremens. In beiden Fällen war das Mittel eine Zeit lang gut vertragen, in dem ersten Fall trat ganz überraschend nach $\frac{3}{4}$ ß, im zweiten nach $\frac{3}{4}$ 1 der Tod schnell ein. Die Section erwies in beiden Fällen bedeutende Herzverfettung.

Dr. Hampeln ist vom Chloralhydrat nach den in der Literatur bekannt gegebenen Todesfällen zurückgekommen. Delirium tremens wird mit Opium und Amylenhydrat zur Zufriedenheit behandelt. Letzteres hat sich auch bei im Verlauf von Typh. abd. bisweilen auftretenden Erregungszuständen gut bewährt. Zweifellos günstig beeinflusst Chloral Lyssa und Tetanus, günstiger als sämtliche andere Mittel. Recht zufriedenstellend wirkten Urethan, welches Kindern bei Schlaflosigkeit im Verlauf von Pneum. cr. gern gegeben wurde, und Chloralformamid, bei Herzkranken angewandt.

Dr. Dietrich berichtet, dass er während der Assistenz am allg. Krankenhause in sehr zahlreichen Fällen von

Delirium tremens Chloral mit stets befriedigender Wirkung verordnet. Nur in einem Fall trat nach Chloral $3\beta + \frac{1}{6}$ gr. Morphinum der Tod schnell ein. Der überaus grossen Unruhe wegen war eine Untersuchung des Pat. unmöglich gewesen. Die Section ergab eine beginnende Pneumonie.

Nach Dr. Ed. Schwarz's Erfahrungen vertragen Nervöse überhaupt nicht gut Schlafmittel. Amylenhydrat und Paraldehyd lassen für den nächsten Tag nicht solche Unbehaglichkeit und Abgeschlagenheit zurück, wie Chloralhydrat. — In einem Fall von Sulfonalgebrauch, $1\frac{1}{2}$ Jahr hindurch täglich oder bisweilen über den Tag in Gaben von 2,0—3,0, sah Dr. S. eine ganz hervorragende Schwäche und Schläffheit in den Extremitäten, obere sowie untere. Exquisit taumelnder Gang, sehr verlangsamte Sprache. Das Mittel wurde sofort ausgesetzt, doch schwanden erst nach Wochen die letzten Erscheinungen.

Dr. Huebner und Dr. Hach sprechen sich über Chloral bei Eclampsia inter partum vollkommen zufrieden aus. Zur Zeit wird, nach einer Bemerkung Dr. Hach's, bei dieser Krankheitsform hauptsächlich Opium bevorzugt.

Dr. Deubner hat bei Phthisikern mit Urethan 1,0—2,0, mitunter verbunden mit etwas Morphinum gegen den Hustenreiz, guten Schlaf erzielt. — Sehr zufrieden äussert er sich über das alte Schlafmittel, die hydropathische Leibbinde.

Dr. Voss hat mehrfach gegen Schlaflosigkeit bei Ohrensausen zarter, anämischer Individuen Verordnungen treffen müssen. Das in solchen Fällen indicirte Eisen wirkt erst nach längerem Gebrauch. Phenacetin, in den kleinen Gaben 0,2—0,3 2 $\times$ täglich, bewirkte in solchen Fällen meist prompten Schlaf. In einem Fall von nervöser Schlaflosigkeit, längere Zeit schon bestehend, verursachte Phenacetin zu 0,2 2 mal täglich gereicht, kolossale Müdigkeit. Vollständige Genesung nach 4 Tagen.

Dr. Dehio. Phenacetin ist von Jastrowitz gegen Schlaflosigkeit Hysterischer empfohlen worden und leistet mitunter gute Dienste. Hysterische schlafen übrigens nach vielen Mitteln, welche bei anderen Individuen wirkungslos sind.

Dr. Mercklin weist im Anschluss hieran darauf hin, dass bei nervösen Personen die Suggestion ja eine so grosse Rolle spielt. Eine Hysterica seiner Praxis schief nach einer subcutanen Injection von Aq. dest., der Schlaf blieb aus bei Unterlassung der Einspritzung.

Dr. Schmidt hat trotz häufiger Anwendung von Chloralhydrat niemals einen unangenehmen Zufall zu verzeichnen gehabt. — Den über ein Jahr fortgesetzten Gebrauch von Sulfonal hat er in einem Fall schadlos vertragen sehen.

Durch ein Versehen hatte eine Bauersfrau, wie Dr. Ed. Schwarz berichtet, 4 Drachmen Chloralhydrat auf einmal zu sich genommen. Sie hatte prächtig geschlafen und äusserte sich Tags darauf sehr anerkennend über die kräftige Medicin.

1145. Sitzung am 18. April 1890.

Anwesend 35 ord. Mitglieder und 9 in Riga ansässige Gäste.

1) Für die Bibliothek eingelaufen: a. Med. Beilage zum Marine-Archiv. April 1890. b. 73 Bände aus dem Nachlass des Dr. v. Rohland. Geschenk der Frau v. Fetting. Es wird beschlossen den Dank der Gesellschaft für diese Darbringung auszusprechen.

2) Dr. Bergengrün (als Gast) demonstriert einen Fall von der sog. glatten Form der Pachydermia laryngis. C. M., 54 a. n., stets gesund gewesen bis auf eine Pneumonie vor längerer Zeit und Nierensteinkoliken

mit abgegangenen Steinen vor 2 Jahren. Lues sicher auszuschliessen. Vor etwa 1—1½ Jahren stellte sich eine immer mehr zunehmende Heiserkeit ein, die sich allmählich bis zu fast völliger Unmöglichkeit zu sprechen steigerte. Dabei bestanden starke Schmerzen in der Kehle. Heiserkeit und Schmerzen blieben ca. 3 Wochen auf derselben Höhe bestehen, um dann langsam abzunehmen. Die Stimme wurde wiederum vollständig klar, Schmerzen nur im Rachen hier und da beim Schlucken. St. pr.: Allgemeiner chronischer Rachencatarrh. Ebenso im Larynx alle Theile intensiv geröthet, Schleimhaut über den Cart. arytaenoid. mässig geschwellt, glatt. Stimmbänder verbreitert, derb, gelblich roth. An den Proc. vocales bemerkt man etwa halberbsengrosse Prominenzen von deutlich gelber Farbe und leicht granulirter Oberfläche, umgeben von einem intensiv rothen Schleimhautfältchen. Die rechte, grössere Prominenz zeigt eine Delle, während die linke, kleinere einen Hügel darstellt, welcher bei der Phonation genau in die rechte Delle hineinpasst, wodurch vollständiger Glottisschluss zu Stande kommt. Offenbar hat der eine Tumor auf den andern im Laufe der Zeit derartig gewirkt, dass in dem einen Tumor eine Delle entstand und so ein Verschluss zu Stande kam wie zwischen Gelenkkopf und Gelenkpfanne. Durch einen derartigen Vorgang würde sich die intensive Heiserkeit, welche aus mangelhaftem Stimmritzenschluss durch die Prominenzen hervorging, und die allmähliche Wiedererlangung der normalen Stimme leicht erklären lassen. Ref. ist in der Lage gewesen gelegentlich eines Wiener Aufenthaltes eine analoge Formveränderung an den Stimmbändern längere Zeit hindurch genau verfolgen zu können (Fall Réthi, Wien. Kl. Wochenschr. 1889, Nr. 27).

3) Dr. Schabert: „Ueber Aortenenge“.

Erst Fraentzel („Die idiopathischen Herzvergrösserungen“, 1889) ist es zu danken, den klinischen Werth

und die Wichtigkeit der „angeborenen Enge des Aortensystems“ hervorgehoben zu haben. Dieser Gegenstand hatte bisher bloss pathol.-anatomisch einiges Interesse. Vortr. hat es sich nun angelegen sein lassen die auf einen grossen Zeitabschnitt zerstreute, bisher wenig beachtete Literatur zu durchmustern. Er referirt eingehend über dieselbe und wendet sich dann zu einem im hiesigen allg. Krankenhause beobachteten Fall. A. K., 20 a. n., Instrumentenmacher, aufgenommen den 19. März 1888 in Dr. Hampelns Abtheilung. Herzklopfen beim Laufen von Jugend an und Flimmern vor den Augen bei stärkeren Anstrengungen sind die einzigen anamnestischen Daten von Werth. Nie Gelenkrheumatismus gehabt. Vor 6 Tagen plötzlich erkrankt unter Hitze und Kälte, Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen. Status praesens: Guter Ernährungsstand, keine Oedeme, Genitalien normal. Herzstoss extramammillär im VI JC. Dämpfung vergrössert. Lautes systolisches Spitzengeräusch. Pulmonalton sehr verstärkt. Puls 108, regelmässig, leer, dicot. Leber und Milz vergrössert, Harn ohne Albumin. Die übrigen Organe normal. Am nächsten Tage deutliches präcardiales Reiben an der 6. Rippe. Benommenheit und Beängstigungen. 4 Tage lang Temp. erhöht, dann allgemeine Besserung. Am 11. Tage auf stricte Wunsch entlassen. Die Ordination bestand in Digitalisinfus und Eisbeutelapplication. Diagnose: Pericarditis sicca, Insuff. v. mitralis (Endocarditis recurrens). — Den 25. August 1888 kehrt Pat. zurück, ist arbeitsunfähig gewesen; sehr aufgereggt, beständige Beängstigungen, leichter Tremor universalis. Status: Herzdämpfung vergrössert, systol. Spitzengeräusch, Arythmie, P. 82, schwach, unregelmässig, ungleich. Leber fingerbreit über dem Nabel, druckempfindlich. Im Harn Eiweiss. Temp. normal. Der Verlauf war charakterisirt durch Aufregung, Beängstigungen, Schlaflosigkeit, daher beständig Narcotica erforderlich. Die Leber rückt tiefer, steht zuletzt 2½ Finger unter dem

Nabel. Es treten Oedeme der Unterextremitäten auf, zum Schluss Lungeninfarct. Tod d. 30. Aug. 1888. — Section (Dr. Krannhals): Herz 11,5, 17, 7. Vorderfläche des l. Ventr. thalergross mit dem Herzbeutel verwachsen. Beide Ventrikel dilatirt. Ost. ven. sin. 17,5. Dicke der Ventrikelwand rechts 1,0, links 1,5. Klappen normal, zart. Am freien Rande der mitralis einige gestielte Granula. Aorta sehr zart, allgemein verengt, im Anfange 4,3. An der linken Pleura beginnende Pleuritis. Im linken Unterlappen Infarct, im rechten Unterlappen seröse, schlaaffe Pneumonie, sonst normale Lungen. Leber, Milz, Nieren im Stauungszustande. Diagnose: Hydrops univ., dilatatio et degeneratio cordis, concretio cordis cum pericardio, aorta angusta universalis.

Die Section zerstörte die Vermuthung, dass die Klappeninsufficienz auf endocarditischer Grundlage entstanden sein könnte. Die Insufficienz war eben eine relativa (17,5), bedingt durch enorme Dilatation des linken Ventrikels in Folge allgemein verengter Aorta. Der Fall ist also folgendermassen aufzufassen: Bestehen allgemeiner Aortenenge, gut vertragen, weil gut compensirt, durch Hinzutreten von Pericarditis und Verwachsung der Herzoberfläche mit dem Pericard fortdauernde Schwäche des Herzmuskels, daraus Dilatation resultirend. Seitdem die mitralis durch diese Dilatation insufficent geworden, wirkte der Zustand wie ein combinirter Klappenfehler, wie Mitralinsufficienz + Aortenstenose. Dadurch war die Rapidität des Verlaufes begründet.

Zum Schluss präcisirt Votr. ein Gesamtbild der Aortenenge. Unbegründet ist es, sie als angeborenen Zustand zu bezeichnen. Sie muss als eine Wachstumsstörung aufgefasst werden. Als Theilerscheinung allgemeiner Entwicklungsstörung gehört sie zu den anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien, bes. der Chlorose, — in diesen Fällen vom Bilde jener Anomalien verdeckt. In einer 2. Reihe ist ein mehr selbstständiges Bestehen anzu-

nehmen, dann tritt sie auf unter dem klinischen Bilde eines Herzleidens. Schliesslich können sich beide Möglichkeiten zu einem gemischten Bilde vereinigen. — In anatomischer Beziehung ist das der Norm gegenüber reducirte Maass hervorzuheben, Wanddicke ist verringert. Die Elasticität ist grösser als normal, Anomalien im Ursprunge der Gefässe, wellen- und gitterförmige Erhabenheiten an der intima sind häufig gesehen. Auffallende Prädisposition zu Fettmetamorphose der intima und media, zu Sclerose der adventitia, zu Endarteritis, wodurch die Spontanruptur trotz der grösseren Elasticität sich ungezwungen erklären lässt. Hypertrophie und Dilatation resultiren aus den mechanischen Verhältnissen. Früh tritt Myodegeneration und Myocarditis ein. Besondere Prädisposition zu Endocarditis. Der Zustand der Genitalien und die gesammte Constitution bieten meist, wie auch im beschriebenen Fall, nichts besonderes. — Die Anamnese giebt an: Herzklopfen, von Jugend an oder seit der Pubertät, stenocardische Anfälle. In mehreren Fällen eigenthümliche Aufregungs- und Beängstigungszustände. Meist waren die Pat. arbeitsunfähig. Diese Angaben sind um so auffallender, da sie von jugendlichen Individuen gemacht, welche nie an Gelenkrheumatismus gelitten, nie überanstrengt waren. — Der Status entspricht dem der Herzhypertrophie oder -dilatation oder einem gemischten Zustande, je nach dem Stadium der Entwickelung. Die Dilatation führte mehrfach zu relativer Mitralinsufficienz. 2 mal wurde ein Aneurysma vorgetäuscht. Mehrfach sind die Radialarterien als besonders eng beschrieben. — Der Tod erfolgte bei allen im jugendlichen Alter, gewöhnlich in Folge von Herzparalyse, weiter durch Aortenruptur, Endocarditis, Pericarditis, Gehirnembolie.

Die Diagnose kann allein durch ein strenges Exclusionsverfahren gesichert werden. Kann keines der bekannten ätiologischen Momente für eine bestehende Hypertrophie

resp. Dilatation verantwortlich gemacht werden, dann ist unter besonderer Beachtung des jugendlichen Alters und der Erscheinungen während der Pubertät (Herzklopfen ohne Anämie, stenocardische Anfälle, sog. „nervöses Herzklopfen“) mit grösstem Recht ein zu enges arterielles System als Ursache anzunehmen. (Der Vortrag ist in extenso veröffentlicht in der St. Petersb. med. Wochenschrift 1890. Nr. 32).

Dr. Krannhals berichtet, dass bei Sectionen Phthisiker sehr oft Zartheit der Aorta angetroffen wird, meist ist sie enger als in Cadavern anderer Individuen gleicher Grösse. Arteriosclerose findet man bei Phthisikern fast niemals. Die vom Votr. angeführte Neigung bei Aortenenge zu Sclerose habe ihn daher überrascht. Bei jugendlichen Individuen ist in solchen Fällen wohl stets an vorausgegangene Lues zu denken.

Dr. Schabert bestätigt das häufig angegebene Zusammentreffen zwischen Aortenenge und Sclerose. Bezüglich der Phthise ist oft schon auf die geringere Energie der Herzthätigkeit hingewiesen, hypervoluminöse Lungen, grosses Abdomen, kleines Herz — so lautete Rokitansky's Standpunkt.

Dr. Hampeln ist der Ansicht, dass trotz Fraentzel's Arbeit die Diagnose der Aortenenge doch wohl noch immer schwierig bleiben wird. Möglicherweise würden genauere Pulsuntersuchungen, und zwar nicht bloss der radialis, sondern auch der carotis, brachialis, cruralis, grössere Sicherheit bieten. Theoretisch zu construiren wäre etwa ein kleiner Puls bei normaler Dicke und mittlerer Spannung. — In dem von Dr. Schabert näher mitgetheilten Fall handelt es sich um eine wohl mehr zufällige Combination von Aortenenge mit Myocarditis und Pericarditis. In einer anderen Reihe von Fällen beherrscht der Klappenfehler das Bild. Am ehesten werden wir richtig die Diagnose stellen bei jugendlichen Individuen im Alter von

16—21 Jahren, welche ein Bild bieten, das wir in Ermangelung anderer ätiologischer Momente als Herzneurose zu bezeichnen pflegen.

Dr. Krannhals weist darauf hin, dass unter anderen namentlich Schulärzte mit dem Krankheitsbegriff Aortenenge zu rechnen haben werden bei Entscheidung von Fragen über Turnen etc. — In 2 Fällen, die bezüglich der subjectiven Klagen auf Aortenenge hinwiesen, konnte die Diagnose jedoch nicht gestellt werden, da Dilatation des linken Ventrikels fehlte.

1146. Sitzung am 2. Mai 1890.

Anwesend 40 ord. Mitglieder und 13 in Riga ansässige Gäste.

1) Für die Bibliothek eingelaufen: Korrespondenzblatt des Naturforscher-Vereins zu Riga. 1889. Neue Folge H. VI. 1890.

2) Dr. Ed. Schwarz stellt einen Pat., behaftet mit Acromegalie, vor. Herr S., Accisebeamter, 51 a. n., stammt von gesunden Eltern, Vater gross und kräftig, ohne Abnormitäten. Pat., bisher stets gesund und vollkommen leistungsfähig, befindet sich seit 4 Jahren in ärztlicher Beobachtung. Unmotivirte Schlafsucht, Athembeschwerden, welche besonders heftig bei den häufigen amtlichen Fahrten auftraten, allgemeine Erschlaffung, liessen Pat. unausgesetzt Aerzte aufsuchen. Eine Schwellung des Gesichts soll gleichfalls schon vor 4 Jahren sich bemerkbar gemacht haben, in den letzten $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren hat jedoch eine derartige Volumszunahme des Gesichts stattgehabt, dass dem Kranken nahe stehende Personen ihn nicht wiedererkannt haben. Lues ist sicher ausgeschlossen. Pat. hat stark geraucht, im übrigen mässig gelebt, Alkoholgenuss in bescheidenen Grenzen. Appetit stets gut, mitunter auffallend stark. Die

sexuellen Functionen normal. Pat. hat stets eine bedeutende Anlage zur Fettleibigkeit gehabt, ohne jedoch hierdurch molestirt zu werden. Die Hände sollen immer auffallend gross gewesen sein. — Körpergewicht zur Zeit 250 $\mathfrak{B}$, Körperlänge 174 Ctm. Auf dem massigen Körper sitzt ein höchst auffallender Kopf. Schädelumfang sehr gross, 61,0 ctm. (normaliter um 50,0), Längsdurchmesser 20,2, Länge des Unterkiefers 12,5, Längsdurchmesser vom Kinn bis zur protub. occip. 23,0. Die Knochen sind überall glatt, bieten keine partiellen Auftreibungen dar. Früher hat Pat. stets die obere und untere Zahnreihe zusammenzubringen vermocht, jetzt steht bei einem solchen Versuch die untere Zahnreihe 0,5 ctm. vor der oberen. Die Haut des Gesichts ist auffallend dick, weich, nicht teigig. Seit Nov. vorigen Jahres, während welcher Zeit Ref. Pat. beobachtet, hat übrigens dieses Phänomen bedeutend abgenommen. Hals sehr dick, über Pomum Adami 50,5, über Manubr. sterni 54,0. Von einer thyroidea ist nichts zu fühlen. Zunge in allen Theilen gleichmässig hypertrophirt. Rachen eng, es besteht Catarrh desselben. Die auffallend grosse Hand bietet ebenfalls nichts krankhaftes an der Haut dar. Fuss gegenüber der Hand verhältnissmässig klein. An den inneren Organen nichts auffallendes ausser einer mässigen Herzvergrösserung. Die in den Erbschen Fällen erwähnte Dämpfung in der oberen Sternalgegend (persistirende thymus?) war entschieden nicht vorhanden. Harn 1030, ohne Eiweiss, ohne Zucker. — Zur Zeit haben die oben genannten Athembeschwerden und die Schlafsucht gänzlich nachgelassen, Pat. fühlt sich vollkommen wohl, nur das ihn entstellende Gesicht bildet im Augenblick Gegenstand der Sorge. Pat. hat das Rauchen und den Genuss alkoholischer Getränke ganz eingestellt, ferner — und zwar wie es scheint mit gutem Erfolg — 3 $\times$ täglich 1 Theelöffel Extr. secal corn. liq. (pharmacop. britt.) seit dem Herbst gebraucht. Ref. verfiel auf dieses

Medicament durch eine ophthalmoskopisch constatirte enorme Erweiterung der Arterien. Diese Erweiterung hat jetzt beträchtlich abgenommen.

Nach der Demonstration bespricht Votr. eingehend die Diff. -- Diagnose. Gegen Myxoedem spricht die Vergrösserung der Knochen, die Weichheit und Verschieblichkeit der Haut, die ovale Form des Gesichts (bei M. mehr rundlich). Bei der in Frage kommenden Ostitis deformans der Schädeldecken ist die Gesichtsform eine nahezu dreieckige. Diese Krankheit sitzt im übrigen mit Vorliebe an den langen Knochen. Bei Leontiasis ossea handelt es sich nur um partielle Knochenaufreibungen, bei Arthritis deformans wesentlich um Gelenkerkrankungen. Votr. bleibt nach Ausschluss obiger Formen bei der Acromegalie (Pierre Marie) stehen, der Grössenzunahme an den Enden des Körpers, dem partiellen Riesenwuchs. Gegenüber dem allg. Riesenwuchs kommen folgende Umstände in Betracht: Verhältniss des Fusses zur Körperlänge, 1:6,33 in unserem Fall, bei einigen Riesen 1:6,7, ja 1:7,1 (der irische Riese Murphy), ferner die Kopfmaasse, die gegenüber den anderen Maassen verschoben sind und schliesslich der Umstand, dass sich bei den Riesen die Haut, das Unterhautzellgewebe und die Muskulatur nicht so gleichmässig betheiligen.

Votr. referirt sodann eingehend die strittigen Anschauungen über dieses Leiden, welches in letzter Zeit mehrfach beschrieben worden ist. — Im vorgestellten Fall hat sich bei einem Mann mit kräftig veranlagtem Scelett, dessen Hände besonders gross und dessen Kopf (nach älteren Photographien zu entnehmen) kein kleiner gewesen, im Alter von 50 Jahren abermals ein Wachsthum der Kopfknochen und -weichtheile eingestellt. Aller Wahrscheinlichkeit war die Anlage eine congenitale. In anderen Fällen zeigten sich die exorbitanten Erscheinungen zur Zeit der Pubertät. Die Lebensdauer der mit Acromegalie behafteten ist meist eine lange, allmählich entwickelt sich

vorzeitiger Marasmus, bisweilen comatöser Exitus. Mehrfach ist Blindheit in späteren Stadien beobachtet, was Marie auf einen von ihm häufig nachgewiesenen Tumor der Hypophysis bezieht.

Der Präses spricht für die Vorstellung eines bisher bei uns nicht beobachteten Phänomens Dr. Ed. Schwarz den Dank der Versammlung aus.

Dr. Holst und Dr. Petersenn wenden schon seit längerer Zeit bei congestiven Hemicranien das Extr. secal. corn. britt. mit günstigem Erfolge an.

Dr. Ed. Schwarz betont, dass dieses Mittel in den angegebenen grossen Dosen gegeben werden muss. Dann erzielt man ziemlich sicher eine Wirkung auf die Kopfgefässe; Uteruscontractionen scheinen durch dasselbe nicht ausgelöst zu werden.

3) Dr. Taube: „Einiges zur Puerperalfieber-Frage“.

Vortr. beleuchtet an der Hand der in den letzten 2 Jahren erschienenen einschlägigen Arbeiten den heutigen Stand der Puerperalfieber-Frage in Deutschland. Allgemein anerkannt gilt heute zu Tage das Puerperalfieber als eine septische, von den Genitalien ausgehende, Infection des Organismus der Wöchnerin. Auseinander gehen aber die Meinungen über die Ursachen des Entstehens der puerperalen Infection, über den Träger derselben und über die zur Verhütung einer Infection vorzunehmenden Maassregeln von Seiten der bei einer Geburt beschäftigten Personen. — Bei seinen genauen Untersuchungen kommt Winter (Zeitschr. für Geb. u. Gyn. 1888. XIV) zu dem Schluss, dass der Genitalcanal zwar in der Hälfte der Fälle pathogene Organismen enthielte, dieselben sich aber, da Thierexperimente stets negativ ausfielen, in einem Zustande abgeschwächter Virulenz befänden. Die Anhänger der Selbstinfectionstheorie stützen sich vielfach auf diese Hypothese Winters, den Virulenzverlust der pathogenen Organismen. Gegen die Lehre der Selbstinfection und der

aus dieser hervorgehenden Polypragmasie an Gebärenden wenden sich entschieden W. Thorn (Samml. kl. Vortr. Nr. 327), Fritsch (D. med. Wochenschr. 1888 Nr. 14), Szabó (Wien. med. Pr. 1888), Mehrmann (Centrbl. f. Gyn. 1889 Nr. 16). Nach Thorn kann die Selbstinfectionstheorie weder vom klinischen noch bacteriologischen Standpunkt aufrecht erhalten werden. Das Dogma der Asepsis des Genitalkanals der gesunden Frau hat auch heute noch seine Geltung, wenn auch die Möglichkeit, dass die Vagina mitunter ebenfalls ohne Untersuchung pathogene Pilze enthält, nicht geleugnet werden soll. Der unklare und weit dehnbare Begriff „Selbstinfection“ ist am besten ganz zu eliminieren. Szabó thut nichts gegen die Selbstinfection, geht allein gegen die Exoinfection durch Desinfection der Hände, Instrumente und der äusseren Genitalien gründlichst vor. Die Resultate bezüglich des Fiebers sind nun in den letzten Jahren bedeutend günstigere geworden, was bei der Annahme einer einigermassen constanten Gefahr durch Autoinfection, gegen welche absolut nichts gethan, nicht gut zu erklären wäre. S. warnt davor, sich hinter dem Ausdruck Autoinfection zu verkriechen, wo bei eingetretener Sepsis vielleicht nur mangelhafte Desinfection zu beschuldigen. — Von verschiedenen Autoren ist die Thatsache constatirt, dass das Lochialsecret aus dem Uterus und den oberen Theilen der Scheide keimfrei ist bei gesunden Wöchnerinnen, während bei an Sepsis erkrankten stets Staphylococcus und Streptococcus pyogenes nachgewiesen wurde.

Da im Cervix und in der Scheide auch der gesunden Kreissenden eine Unzahl von Mikroorganismen nachzuweisen, welche Keime unter Umständen pathogen sein oder doch werden könnten, so ist nun mehrfach die Forderung aufgestellt, die Geburtswege vor jeder Geburt ebenso wie ein Operationsfeld aseptisch zu machen. Keimfreiheit der Hände, Instrumente etc. wird natürlich ebenfalls

postuliert. Doederlein und Guenther verlangen folgendes für die Praxis: Abschneiden der Pubes, Einseifen der Gegend, Abreiben mit 5% Carbollösung, energisches Auswischen der Scheide mit Mollin, welches den Schleim gut lösen soll und in Wasser selbst löslich ist, Ausspülung mit mit 2, resp. 3% Creolinlösung, wobei die Labien anfangs zugeklemmt werden. Diese Desinfection soll vor jeder Untersuchung, ebenso nach beendigter Geburt vorgenommen werden. Steffek, auf gleichem Standpunkt stehend, gebraucht statt Creolin Sublimat, da er bei seinen Versuchen nach Anwendung von Creolin noch Keime nachweisen konnte. Steffek betont, dass nach $\frac{1}{2}$ Stunde bereits der Erfolg einer einmaligen Desinfection vernichtet und diese behufs Entfernung alles schädlichen also zu wiederholen ist.

Im schroffsten Gegensatz hierzu stehen Mehrmann und Bockelmann. Beide legen den Schwerpunkt auf die peinlichste subjective Desinfection und verwerfen die prophylactischen Scheidenspülungen. Mehrmann bringt eine Statistik, die bessere Resultate aufweist als die Doederlein's und Guenther's mit ihrer kolossalen Polypragmasie. Bockelmann weist darauf hin, dass durch das Verfahren der letztgenannten Autoren die mucosa des Genitalkanals ihres physiologischen Deckmantels, des Schleims, beraubt wird, wodurch den Infectionskeimen der Zugang erleichtert, der Verlauf der Geburt verzögert wird.

Zum Schluss entwickelt Ref. seine Ansichten über das Desinfectionsverfahren des Genitalrohres gesunder Kreissender. Ein derartiges Sterilisiren wäre wohl nur in Kliniken möglich, da es den Hebammen, welche schon die subjective Desinfection so oft vernachlässigen, unmöglich anheim gegeben werden kann. Die Statistik hat bewiesen, dass die oben geschilderte Polypragmasie nicht nur nicht nothwendig, sondern bisher wenigstens auch nicht ähnlich gute Resultate zu verzeichnen hat, wie das Verfahren, welches

nur die Infection von aussen abhalten will. Auch vom theoretischen Standpunkt ist das neue Desinfectionsverfahren sub partu nicht zu billigen, da es noch nicht entschieden ist, ob im Cervix und in der Vagina gesunder Kreissender sich pathogene Keime vorfinden oder durch was für Einflüsse die vorhandenen Mikroorganismen pathogene Eigenschaften acquiriren.

Dr. Carlblom constatirt, dass, wie ja auch Votr. hervorgehoben, die Untersuchungen über Selbstinfection und die gegenartigen Anschauungen noch nicht abgeschlossen seien. Leopold's Beobachtungen an einer Reihe von Kreissenden, welche intravaginal überhaupt gar nicht untersucht waren und von denen doch nicht alle fieberfrei blieben, lassen den Gedanken an der Möglichkeit einer Selbstinfection doch nicht ganz beseitigen. — Dr. v. Stryk tritt energisch für die Verbannung des Begriffs Selbstinfection ein. Nur allzu leicht kann hierdurch ein Deckmantel der Nachlässigkeit in Bezug auf subjective Antiseptik geschaffen werden. Gerade Leopold's günstige Statistik spricht für das fälschliche der Auffassung, dass die Geburtswege der gesunden Kreissenden bei Fernhaltung äusserer Schädlichkeiten nicht aseptisch seien. Wenn bisweilen in solchen Fällen, die der strengsten Kritik Stich halten, doch pathogene Keime sich entwickelten, so ist doch, wie schon von anderer Seite bemerkt, kein Fall vorhanden, wo äussere Noxen gänzlich ausgeschlossen werden konnten, durch Manipulationen der Kreissenden an den Genitalien oder sonst irgend wie könne schon früher eine Infection zu Stande gekommen sein.

Nach Dr. Huebner's Erfahrungen ist Mollin nicht immer in Wasser löslich. Bezüglich des Creolin weist er darauf hin, dass bekanntlich 2 Gattungen existiren, Pearson und Artmann, das eine wirksam, das andere nicht. — Dr. H. theilt Dr. Carlblom's Anschauung, dass ein definitives Urtheil in der angeregten Frage erst nach

Abschluss der bacteriologischen und statistischen Mittheilungen abzugeben sein wird.

1147. Sitzung am 16. Mai 1890.

Anwesend 31 ord. Mitglieder und als Gäste 10 in Riga ansässige Aerzte, ferner Dr. Plotnikow (Reval.)

1) Med. Beilage zum Marine-Archiv. Mai 1890 (russ.).

2) Dr. Bertels (als Gast): „Ueber einen Fall von Angina herpetica“. K. K., 31 a. n., Gefängnissaufseher, ist 5 Tage vor der Aufnahme in's allg. Krankenhaus mit einem Schüttelfrost, Halsschmerzen, Unvermögen zu schlucken erkrankt. Pat. hat das Bett hüten müssen. Keine neuralgischen Schmerzen oder sonstige nervöse Symptome. Vor 6 Jahren hat Pat. einen 3 Wochen bestehenden Schanker acquirirt; niemals antisypilitisch behandelt. Seit 1½ Jahren Husten, Kräfteverfall. Die Untersuchung ergab ziemlich allgemein verbreitete Lymphdrüenschwellung, über den Lungen bloss Zeichen eines leichten Catarrhes, keine Anästhesien, keine palpablen Veränderungen an den Nervenstämmen. Temp. erhöht. Im Sputum reichlich Tuberkelbacillen. Geringer Albumingehalt des Urins. Am 13. III, an dem ersten Untersuchungstage, wird ein etwa linsengrosses, kreisrundes Ulcus auf dem Zungenrücken, nahe dem linken Rande, constatirt, ausgedehntere oberflächliche Ulcerationen an den vorderen Gaumenbögen und den Tonsillen. Oedem der Schleimhaut des Vestibulum laryngis linkerseits, fleckige Röthung des rechten Stimmbandes, Schleimhaut rauchgrau verfärbt. An der Glans penis neben dem Frenulum 2 kleine, kreisrunde Ulcera. Am dorsalen Theil des Praeputium eine weiche Narbe. — Nach 2 Tagen zeigen sich in der Mitte der hinteren Rachenwand weissliche Bläschen bis zur Grösse einer Linse. Inhalt getrübt. Anordnung gruppen-

weise, jedes Bläschen ist von einem rothem Hof umgeben. Nach einigen Tagen an Stelle der Bläschen oberflächliche Ulcerationen, welche ebenso, wie die bei der Aufnahme constatirten Ulcera bald vernarben. D. 20. III nämliche Eruptionen an den vorderen Gaumenbögen, die Benarbung dauert hier länger. D. 1. IV einige Pünktchen am Mundhöhlenboden, je eine Gruppe am Zahnfleisch der Schneidezähne (labiale Seite) oben und unten. D. 5. IV 2 Pünktchen an der Uvula, 2 Bläschen auf dem ersten Trachealring unterhalb der vorderen Stimmbändercommissur. D. 10. IV ein stecknadelkopfgrosses Bläschen auf der Schleimhaut der Oberlippe, d. 14. IV neue Eruptionen an der hinteren Rachenwand, d. 18. IV grosses Bläschen am Zungenrande, kleinere Bläschen am Zahnfleisch der rechten Backenzähne (linguale Seite). — Den 22. IV Entlassung auf eigenem Wunsch. Pat. fühlt sich recht wohl bis auf geringe Empfindlichkeit der jeweilig ergriffenen Schleimhautparthien. Seit einer Woche ist die Temp. nicht bis 38 gestiegen, in den ersten Tagen schwankte sie zwischen 38 und 39, war hernach theils normal, theils erhöht, jedoch nicht beeinflusst durch neue Eruptionen. In der Trachea sieht man an der Stelle der erwähnten Bläschen 2 grauweissliche Flecken, ebenso ist noch an der Oberlippe eine gelbliche, halbkugelige Vorwölbung zu constatiren; von den sonstigen Bläschen ist nichts übrig geblieben. Eine Untersuchung am 15. V gab den nämlichen Befund wie am Entlassungstage. — Die Untersuchung des Bläscheninhaltes auf Tuberkelbacillen fiel negativ aus, ebenso negativ 2 Untersuchungen auf die Sporen der von Pfeiffer beschriebenen Amöben. — Die locale Behandlung bestand zunächst wegen des Verdachtes tuberculöser Ulcerationen in Milchsäurepinselungen, hernach, als die Diagnose Herpes gesichert war, in Pinselungen mit Boraxglycerin.

Die gruppenförmige Anordnung der Bläschen, jedes umgeben von einem rothem Hof, der leicht getrübte Inhalt —

kennzeichnen diese Gebilde deutlich als Herpes. Das Fehlen gleichzeitiger Herpeseruptionen auf der Haut lässt den beschriebenen Fall als einen besonderen erscheinen. Herpes progenitalis bestand vermuthlich zu Beginn der Erkrankung, die Geschwürcen an der Glans waren jedoch zur Zeit der ersten Untersuchung nicht so charakteristisch, dass die Diagnose auf geplatzte Herpesbläschen gestellt werden konnte. — Herpetische Angina ist in der Regel eine acute, kurze Zeit bestehende, Affection. Es sind jedoch mehrfach Fälle beschrieben, in denen, wie im vorliegenden Fall, Recidive auftraten und zwar bisweilen noch viel längere Zeit hindurch, als in unserem, 6½ Wochen beobachteten Fall. Das Fehlen herpetischer Efflorescenzen auf der äusseren Haut gehört bei Angina herpetica jedenfalls zu den grossen Seltenheiten. — Unna fasst Herpes zoster und Herpes facialis resp. progenitalis als einheitliche Krankheiten auf. Bisher waren wir gewohnt mit Rücksicht auf den klinischen Verlauf eine Differenzirung beider Formen vorzunehmen. Herpes zoster nimmt stets nur eine Körperhälfte ein, recidivirt fast niemals, während Herpes facialis resp. progenitalis mit Vorliebe dasselbe Individuum mehrfach befällt. Diese Frage und namentlich auch der Umstand, ob Fälle mit chronischem Verlauf innerlich identisch mit dem gewöhnlichen acuten Herpes sind, kann vorläufig als noch nicht abgeschlossen angesehen werden. Für den Zoster liegen anatomisch nachgewiesene Veränderungen an den Nerven vor, für die anderen Herpesarten fehlen noch derartige Untersuchungen. — Der mitgetheilte Fall kann als Beleg der schon mehrfach beobachteten Coincidenz zwischen Phthise und Herpes dienen.

Dr. Carlblom hat öfters Angina herpetica gesehen, ein Fall war gleichfalls mit Phthisis combinirt. In einem fernerem Fall konnte er am weichen Gaumen einen Bläschenausschlag feststellen, welcher angeblich ca. 10 Jahre hindurch immerfort recidivirte.

Dr. Bergmann weist auf die bedeutende Allgemeinstörung bei Beginn des Auftretens der Angina herpetica im besprochenen Fall hin. Herpes progenitalis und H. lingualis bieten solche Erscheinungen nicht. Möglicherweise sind daher diese Formen streng von einander zu trennen. — Wie vom Ref. schon angedeutet, sind beim Zoster perineuritische Veränderungen nachgewiesen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich auch bei den anderen Herpesformen um trophische Störungen, um einen specifischen Erkrankungsprocess an den Nerven, eine Perineuritis. Unna hat für dieluetischen Hauteruptionen ebenfalls eine derartige Annahme ausgesprochen („Neurosyphilide“) mit Rücksicht darauf, dass bei der Lepra hauptsächlich in den Scheiden der den befallenen Hautbezirk versorgenden Nerven die specifischen Bacillen gefunden werden.

3) Dr. Krannhals giebt ein Referat aus dem statistischen Theil einer demnächst erscheinenden Arbeit, welche den „Verlauf der Influenzaepidemie des Winters 1889—1890 in Riga“ behandelt. Ref. hat den Versuch einer Art Sammelforschung innerhalb der Stadt Riga gemacht und von der Mehrzahl der in Riga freipractic. Aerzte (über 70) Angaben erhalten. Diese Mittheilungen schliessen natürlich nicht alles während der Epidemie beobachtete in sich, geben aber doch die Grundlage zu einer Statistik ab, welche immerhin mit genügend grossen Zahlen operirt, um aus diesen Schlüsse in Bezug auf den Gesamtverlauf der Epidemie zu gestatten.

Die ersten, als solche jedoch erst später erkannten Fälle ereigneten sich Mitte October. Sie traten sporadisch auf, unterschieden sich aber von gewöhnlichen acuten Catarrhen dadurch, dass mitunter sämmtliche Glieder einer Familie nach einander erkrankten. Die ersten Massenerkrankungen fanden zu Anfang November unter dem Arbeiterpersonal einer grossen Fabrik statt und veranlasste eine

von den Behörden angeordnete Untersuchung. In der 2. und 3. Novemberwoche nahm die Epidemie schnell zu, um in der letzten November- und ersten Decemberwoche ihren Höhepunkt zu erreichen und dann wieder allmählich abzunehmen. Im Februar nur noch vereinzelte Fälle, Anfang März wieder eine geringe Steigerung, Ende März erlosch die Epidemie vollständig. Die absolute Ziffer der Erkrankungsfälle lässt sich begreiflicher Weise nicht feststellen. Nach dem Procentsatz der in der Hauspraxis von 35 beschäftigten Aerzten (welche hierüber genauere Angaben machen) beobachteten Fälle, dürften ca. 70—75% der Gesamtbevölkerung ergriffen worden sein. Das mittlere Lebensalter, 20—40 Jahr, wurde sowohl zeitlich als an Zahl in erster Reihe befallen, das männliche Geschlecht prävalirte. Die Disposition schien eine allgemeine zu sein. Wie anderwärts ist auch hier die Beobachtung gemacht worden, dass die Insassen gewisser geschlossener Anstalten (Gefängnisse, Siechenhäuser etc.) vollständig verschont blieben resp. einen nur verschwindend kleinen Procentsatz an Erkrankten aufwiesen.

Die beobachteten Complicationen und Nachkrankheiten lassen sich in 3 grosse Gruppen bringen: 1) Erkrankungen des Nervensystems, 2) Blutungen, 3) entzündliche Erkrankungen der Respirationsorgane und der mit diesen in Zusammenhang stehenden Organe und Körperhölen.

1) und 2) seien hier gänzlich bei Seite gelassen. — Die entzündlichen Erkrankungen der Respirationsorgane verliehen der anfangs harmlos erscheinenden Epidemie bald einen ernsteren Charakter. Ca. eine Woche nach dem ersten epidemischen Auftreten der Influenza begann eine ungewöhnliche Steigerung der Pneumonie und erreichte wie die Influenza zu Anfang December ihren Höhepunkt. Für die Zeit vom 1. X 1889—28. II 1890 ist über 220 typische fibrinöse Pneumonien berichtet worden:

Oktober	1889	—	13	Fälle
November	1889	—	80	"
December	1889	—	64	"
Januar	1890	—	29	"
Februar	1890	—	16	"

Summa 202 Fälle.

Ueber den Rest von 18 Fällen fehlen die Angaben der Zeit der Erkrankung. Ungefähr die Hälfte der im November und December beobachteten Fälle kommt, was den Erkrankungstag anbelangt, auf die letzte November- und die erste Decemberwoche. Der 25. November und der 5. December waren besonders schlimme Tage.

Genau dasselbe zeitliche Verhältniss finden wir bei der 2. Gruppe, der im Fragebogen „zweifelhafte fibrin. Pneum.“ bezeichneten, ebenso dasselbe bei den katarrhalischen Lungenentzündungen. Von 152 zeitlich bestimmbar katarrh. Pneumonien entfallen auf

Oktober	1889	—	6	Fälle
November	1889	—	56	"
December	1889	—	64	"
Januar	1890	—	21	"
Februar	1890	—	5	"

Summa 152 Fälle.

Bei allen 3 Formen von Pneumonie prävalirt das männliche Geschlecht und das mittlere Lebensalter. Die Mortalität betrug:

- 1) bei den typischen fibr. Pneum. — 33%
- 2) bei den zweifelhaften fibr. Pneum. — 35%
- 3) bei den katarrhalischen Pneum. — 19,7%

Das höhere Lebensalter lieferte die meisten Todesfälle. So war beispielsweise im November und December die Mortalität für

das I. und II. Decenium	—	12,5%
„ III. „ IV. „	—	34,3%

das V. und VI. Decenium	—	39,07%
„ VII. „ VIII.	„	80,0%
„ IX. „ X.	„	100,0%

Seit 1882 sind laut Mittheilungen des statistischen Comités der Stadt Riga bisher noch nie so hohe Mortalitätsziffern erreicht worden, wie im Nov. und Dec. 1889. Diese Steigerung wird in erster Reihe zu Stande gebracht durch die angegebenen Todesursachen „Lungenentzündung“ und „Schwindsucht“, welche in diesen Monaten das Mittel um etwa das Dreifache übersteigen. Es starben im Nov. 524 Personen, im Dec. 507, während durchschnittlich im Laufe eines Monats vom Tode betroffen wurden:

1884	—	352 Personen
1885	—	365 „
1886	—	372 „
1887	—	392 „
1888	—	351 „

Während gewöhnlich das grösste Contingent der Todesopfer auf die jüngsten Altersklassen entfällt, starben im Nov. und Dec. 1889 am meisten Männer und Greise. Es standen von 100 Verstorbenen:

	im Alter von 0—15 Jahren	von 15—40 Jahren	von 40—80 Jahren
1886	51,6	14,8	33,6
1887	56,9	12,8	30,3
1888	47,6	15,5	36,9
November 1889	31,5	16,7	51,8
December 1889	34,7	18,7	46,6

Ref. hat vorläufig die Statistik des allg. Krankenhauses noch nicht in Betracht gezogen. Zahlreiche casuistische Details von hervorragendem Interesse sowie eine Reihe bacteriologischer und pathologisch-anatomischer Untersuchungen bleiben der ausführlichen Mittheilung vorbehalten.

4) Internum. Proposition aufzunehmender Mitglieder.

Z. Z. Secretair: Bernsdorff.