

Dis. 08452



Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1893/94.

~~74820~~

~~(7234)~~

ST. PETERSBURG,

Buchdruckerei von Wienecke. Katharienhofers Prosp. № 15.

1894

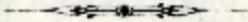
Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1893/94.



Bibliotheca
universitatis
Jurievensis.

ST. PETERSBURG.

Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.

1894.

Mitteilungen

Gesellschaft praktischer Ärzte

Доволено цензурою. Спб., 20 Августа 1894 г.

Ent.

Ред. Комитет

4/31



С. ПЕТЕРБУРГ

Sitzung am 6. October 1893.

1. Dr. Bernsdorff demonstrirt einen Harn von chylöser Beschaffenheit. Die Flüssigkeit hat ein milchartiges Aussehen, die Farbe ist ein schmutziges Weiss. Kein specifischer urinöser Geruch. Spec. Gew. 1,005, Reaction sauer, 2⁰/₁₀₀ Eiweiss (nach Essbach). Mikroskopisch sind feine Fettröpfchen nachweisbar, im Sediment zahlreiche weisse Blutkörperchen, keine Cylinder. Versetzt man den Harn mit Kalilauge und schüttelt mit Aether aus, so verschwindet die Trübung. Bringt man den so behandelten Harn zum Verdampfen auf ein Uhrschälchen, so bleibt ein fettiger Beschlag auf dem Gläschen zurück.

Der Urin stammt von einem 11-jährigen Knaben und ist in Gegenwart des Votr. gelassen worden. Vor 2 Tagen ist das Kind Votr. von der Mutter wegen stetig zunehmender Blässe und Abmagerung, wozu sich Schmerzen im Leibe gesellten zugeführt worden. Der Urin hat seit 4 Tagen die weisslich graue Beschaffenheit angenommen und soll schon in der letzten Woche dick und trübe, wenn auch nicht weisslich gewesen sein. Vor einem Monat hat ein fast $\frac{1}{2}$ Jahr andauernder Keuchhusten sistirt, sonst ist das Kind bisher gesund gewesen. — Patient ist sehr blass, schlecht genährt. Leib aufgetrieben, keine freie Flüssigkeit nachweisbar. Die anderen Organe gesund. Die unregelmässigen kolikartig auftretenden Schmerzen verlegt Pat. in die Ileo-Coecalgegend und in die Partie über der Symphyse. Die bei uns zu Lande wohl sehr selten beobachtete «Chylurie» hat Votr. veranlasst den Harn vorzuzeigen, wenn vorläufig auch durchaus keine Erklärung für dieses Phänomen gegeben werden kann. Das Kind stammt von lettischen Eltern, die hier in Riga leben. Bekanntlich wird Chylurie in den Tropen häufig angetroffen, und dort zurückgeführt auf das Eindringen eines Parasiten, der *Filaria sanguinis*. In Deutschland sind einige Fälle bekannt gegeben, deren

Genesis dunkel und die jedenfalls keine gemeinsame Basis haben. Vortr. bittet die Collegen um diesbezügliche Mittheilung, falls sie jemals einen Harn von ähnlicher Beschaffenheit beobachtet haben sollten. (Autorreferat.)

Dr. H a m p e l n hat in seiner eigenen Praxis einen solchen Fall nicht beobachtet, doch macht er auf den Unterschied zwischen wahrer und falscher Chylurie aufmerksam. Letztere komme, wenn auch sehr selten bei Nephritis vor, bedingt durch die verfetteten Epithelien. Da in dem von Dr. B. beschriebenen Falle alle Anzeichen einer Nephritis fehlen, glaubt auch er diesen Fall für eine echte Chylurie ansehen zu müssen. Zur Ergänzung dieses Falles müsste allerdings noch eine Blutuntersuchung vorgenommen werden.

2) Dr. H e e r w a g e n giebt eine Beschreibung über Einrichtung und Organisation der neu gegründeten städt. Desinfectionsanstalt.

3) Dr. P. K l e m m hält seinen angekündigten Vortrag «Indicationen zur Operation der Perityphlitis.» (Ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift 1893, Nr. 46, erschienen).

Dr. B e r g m a n n schliesst sich den dankenswerthen Ausführungen K l e m m s voll an und betont wie klärend dieselben auf die bisher räthselhaften Gegensätze von Perityphlitis mit und ohne Eiterung wirken dürften. Wo Eiterung vorhanden, komme es nie zur Resorption, in Fällen letzterer Art handle es sich immer um die von K l e m m als katarrhalisch — ulceröse bezeichnete Form. Daher muss der Chirurg unbedingt dort zum Messer greifen, wo Eiter nachweisbar. B. muss diesen Standpunkt, obgleich ihm bei Gelegenheit einer früheren Discussion von Dr. V o s s der Vorwurf gemacht worden ist, er ziehe die Grenzen für die Operation zu weit, auf's Neue aufrechterhalten. Der Ansicht Dr. K l e m m s, dass eine einfache Kothstauung nie zur Typhlitis führe, da eine solche Entzündung an anderen Stellen des Darmtractus aus dieser Ursache nie zu beobachten sei, glaubt er doch entgegenhalten zu müssen, dass es an dieser Stelle doch in so fern andere Verhältnisse gäbe, als ein dünneres Darmrohr in ein dickeres übergehe, und auch die Statistik immerhin ca. 10 pCt. Fälle von Perityphlitis aufweise, wo der Proc. vermiformis sich als gesund erwiesen habe. In diesen Fällen gäbe die Annahme einer Kothstauung als Ursache der Entzündung die einzige Erklärung.

Dr. Voss giebt zu, dass die Indicationsstellung Klemm's vom theoretischen Standpunkte eine richtige sei. In Praxi gestalte sich die Frage wegen der grossen diagnostischen Schwierigkeiten oft anders. Der Eiter lasse sich eben nicht immer nachweisen.

Dr. Klemm giebt die praktischen Schwierigkeiten zu, daher müsse man eben alle Hilfsmittel der Diagnostik in Bewegung setzen, um zu der richtigen Entscheidung zu gelangen. Hat man die Verhältnisse erst richtig erkannt, dann ist dem therapeutischen Handeln ein klares Ziel gesteckt.

Dr. Hampeln betont, dass die von Klemm entwickelten Ansichten durchaus den seinigen entsprechen, welche er auch schon früher auf dem livländischen Aerztetage in Wenden vertreten habe. Für spruchreif halte er diese schwierige Frage jedoch noch nicht. Ob eine Nothwendigkeit vorliege, bei der recidivirenden Form der Perityphlitis im freien Intervalle zur Operation zu schreiten, scheine ihm nach seinen Erfahrungen nach dieser Richtung im Krankenhause doch fraglich zu sein, indem er fast nie in den schweren Formen der perforirenden eitrigen Perityphlitis anamnestisch frühere Attacken der leichten Form habe constatiren können. Daher halte er die recidivirende Form der catarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis prognostisch für nicht so schlimm.

Dr. Klemm führt dagegen aus seiner Erfahrung 2 Fälle an, wo es zu einem letalen Verlauf gekommen ist, nur deshalb, weil der Versuch nicht gemacht worden war den erkrankten Proc. vermif. zu entfernen.

Dr. Voss ist der Ansicht, dass auch in den verzweifelten Fällen von Peritonitis bei perforativer eitriger Perityphlitis ein operativer Versuch immerhin noch Chancen auf Erfolg habe. Als Illustration für diese Ansicht führt

Dr. Berg einen Fall aus seiner Praxis an, wo es bei einem Kinde in Folge eines Apfelsinenkernes zu ulcerösen Processen im Wurmfortsatz mit nachfolgender Eiterperforation gekommen war. Bei der Operation schwammen förmlich alle Theile des Abdomens bis hinauf zur Leber in Eiter und dennoch genes das Kind.

Dr. Bergmann betont die grosse Tendenz zur Adhäsionsbildung bei der eitrigen Peritonitis in Folge von perforativer Perityphlitis, weshalb diese Fälle relativ oft einen günstigen

Verlauf nehmen, während man, bei aus anderen Ursachen erfolgten Perforationen fast immer einen schlimmen Verlauf zu beobachten hat, daher glaubt er auch in dem von Dr. Berg angeführten Falle ein grosses Empyem vermuthen zu müssen.

Dr. Hach wendet sich gegen die Ansicht Klemms, der Chirurg brauche bei in Folge von Perforation aufgetretener eitriger Peritonitis nicht mehr zu operiren. Ihm scheine das Gegentheil nach Erfahrungen, welche er in gynäkologischen Fällen in dieser Beziehung gemacht durchaus angezeigt.

Dr. Klemm giebt für seine Person Hach Recht. Er habe nur die Stellung einer Anzahl Chirurgen charakterisiren wollen.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Sitzung am 20. October 1893.

1. Dr. Bergmann demonstirt eine Kastanienschale welche er vor einigen Tagen durch Tracheotomie aus dem Larynx eines 7-jährigen Kindes entfernt hat, wo dieselbe 1 Woche, ohne Respirationsbeschwerden zu verursachen, gelegen hatte.

2. Die Discussion über die Cholera leitet Dr. Heerwagen durch einen Bericht über den Gang der diesjährigen Choleraepidemie in Riga ein. Am Tage nach ihrer Ankunft in Riga erkrankt eine aus Petersburg angereiste ältere Frau am 31. August, und stirbt nach 21-stündiger Krankheit. 3 Tage später wird ein Matrose ins Krankenhaus eingeliefert, der vor etwa 3 Wochen seinen nicht verseuchten Heimatshafen Kotka in Finnland verlassen hatte, der jedoch mit seinem Schiff etwas unterhalb der Uferstelle gelegen hatte, wo das kurze Drainrohr des Hauses, in welchem ersterwähnte Frau krank lag, in die Düna mündet. Während ersterer Fall bakteriologisch nicht untersucht worden, hatte der zweite typische Cholerabacillen. Die Abhängigkeit des zweiten Falles vom ersten lässt sich ungezwungen durch thatsächlich geschehenen Gebrauch von direct aus der Düna geschöpftem Wasser erklären. Im Laufe der nächsten 25 Tage wird kein choleraverdächtiger Fall bekannt. Am 28. Sept. erkrankt ein Arbeiter auf Alexandershöhe, am 29. einer in Hagensberg, am 1. October einer in Ilgezem. Einen Zusammenhang der Fälle nachzuweisen ist nicht gelungen,

Detailnachforschung dadurch erschwert, resp. unmöglich gemacht, dass sie sämmtlich rapid zu Grunde gingen. An diese Fälle schliesst sich die kleine Epidemie, die bisher einige 40 Fälle umfasst und von unerhörter Bösartigkeit gegen 90 pCt. der Erkrankten zum Opfer gefordert hat. Typisch für die Verbreitung ist, dass unabhängig von Wasserbezug, von Boden und Grundwasserverhältnissen Familienglieder hintereinander erkranken, Verwandte und befreundete Personen, die die Kranken zu Hause behalten. Weder die epidemiologische Beobachtung, noch die durch Dr. K r a n n h a l s wiederholt vorgenommene Untersuchung des Wassers, besonders der Infection ausgesetzter Stellen der Düna und ihrer Nebenarme erlauben, eine Infection des Wassers anzunehmen. An der Hand einer graphischen Darstellung legt Votr. die zeitliche Verbreitung der Fälle dar, die örtliche Vertheilung wird durch einen Stadtplan, in welchem sämmtliche bisherigen Krankheitsfälle eingetragen worden illustriert. (Autorreferat).

Im Anschluss hieran giebt Dr. R a d e c k i einen kurzen Bericht über den klinischen Verlauf, wie er in diesem Jahre in der Choleraabtheilung des Stadtkrankenhauses zu beobachten gewesen. Bemerkenswerth ist die grosse Bösartigkeit der diesjährigen Epidemie selbst bei Berücksichtigung des Umstandes, dass fast überall der Anfang der Epidemie diesen Charakter aufweist. Hochgradige Herzschwäche beherrscht das Krankheitsbild, gegen welche sich jegliche Therapie machtlos erweist. Relativ oft kam das Typhoid, immer mit letalem Ausgang zur Beobachtung.

Dr. K r a n n h a l s erwähnt in Betreff des anatomischen Theils der Frage, dass es ihm auffallend gewesen, in wie wenig ausgetrocknetem Zustand sich die Leichen befunden haben. Auch die Harnblase ist meist in gefülltem Zustande anzutreffen gewesen, während das Umgekehrte für die Cholera gerade charakteristisch ist. Die ihm zur Untersuchung überwiesenen Stuhlentleerungen haben ein mehr dunkles Colorit aufzuweisen gehabt, selten das gewöhnlich zu beobachtende reiswasserähnliche.

Dr. C a r l b l o m ist es auffallend, wie oft jetzt Cholerafälle zur Beobachtung gelangen, ohne den charakteristischen Bacillenbefund.

Dr. H e e r w a g e n muss, falls Dr. Carlbloms Bemerkung

der Gedanke zu Grunde liege, es gäbe asiatische Cholera ohne Commabacillen, die gegenheilige Anschauung vertreten. Wie zu cholerafreien Zeiten nie echte Commabacillen bei Brechdurchfällen gefunden worden sind, so wenig ist je bei einem echten Cholerafall, der von Beginn an in bakteriologischer Beobachtung gestanden, der spec. Cholera bacillus vermisst worden. Bei den häufigen Brechdurchfällen, die in diesem Sommer wohl wegen der befürchteten Cholera in besonders grosser Zahl in Riga bekannt wurden, sind nie Cholera bacillen gefunden worden. Erst nachdem der Cholera bacillus eingeschleppt, haben wir Cholerafälle, und diese wiesen auch stets die Bacillen auf. Auch der klinische Verlauf weist sichtliche Differenzen auf. Im Laufe des Sommers sind mindestens 50 Brechdurchfälle anscheinend schwerer Art bekannt geworden — von denen starben nur 2 — es handelt sich also um eine Krankheit, die keine schwere Lebensgefahr involvirt; von den echten Cholerafällen sind etwa 90 pCt. gestorben. Falls Dr. Carlblom nur die technische Seite der Frage im Auge gehabt habe, so wolle er darauf hinweisen, dass es sowohl Cholerafälle gäbe, bei welchen Commabacillen nur während kurzer Zeit sich in den Dejecten finden, als andere Fälle, deren Dejecte die Bacillen in nur sehr geringer Zahl enthalten, wodurch ihr Nachweis sehr erschwert wird.

Dr. Radecki hält diesen Ausführungen entgegen, dass im Laufe des Sommers wiederholt ungemein schwere Fälle in die Choleraabtheilung aufgenommen worden sind, welche klinisch in ausgesprochener Form das typische Bild der Cholera aufwiesen, alle letal, oft in kürzester Zeit verliefen, bei denen in den Dejectionen, trotzdem die Untersuchung von durchaus sachverständiger Seite ausgeführt worden, sich doch keine Commabacillen nachweisen liessen, die Schwere des Verlauf's mithin nicht in einen Zusammenhang mit dem Nachweise der Bacillen zu bringen sei. Andererseits sind unter den echten und schweren Cholerafällen mit Bacillennachweis einzelne Fälle zu registriren, wo bei reichlichem Bacillenbefund der klinische Verlauf das Bild einer überaus leichten Diarrhoe geboten habe.

Dr. Hampeln betont ebenfalls, wie solches auch schon in Berlin in Friedrichshain gelegentlich einer Discussion geschehen, dass ihm ein Zusammenhang zwischen Cholera nostrasfällen zu Cholerazeiten und Cholerafällen mit Bacillenbefund zu existiren scheine. Denn wenn es ja auch zu gewöhnlichen Zeiten

gelegentlich Choleraepidemien mit tödlichem Ausgang gäbe, so ist das häufige Vorkommen dieses Umstandes gerade bei Cholerazeiten doch höchst beachtenswerth.

Dr. Donner glaubt in therapeutischer Beziehung die Hydrotherapie, speciell die Winternitzsche Methode empfehlen zu können.

Dr. Radecki hat gerade letztere Methode nicht in Anwendung gebracht, weil die Resultate mit derselben, wie aus Publicationen von sehr berufener Seite zu entnehmen ist, als durchaus ungünstig zu betrachten sind.

3. Dr. Tiling hält seinen angekündigten Vortrag über einen Fall von moralischem Irresein.

Baron A. v. K. geb. 16. Mai 1834 stammt aus einer Familie, in der Geistesstörung und Abnormitäten zu Hause sind. Beide Eltern waren excentrische Charaktere, ein Bruder starb geisteskrank. Als Knabe war Pat. still und träumerisch, als Jüngling Phantast, zeitweilig von einer Idee ganz erfasst, als Student Renommist, hochmüthig. Dabei soll schon früh die Neigung bemerkt worden sein, sich fremdes Eigenthum anzueignen. Er heirathete früh, die erste Frau starb nach zwei Jahren. Nach weiteren zwei Jahren heirathete er wieder. Er hat beide Frauen durch Egoismus und Eitelkeiten, rücksichtsloses Benehmen und schlechte Wirthschaft unglücklich gemacht. Drei Güter erbt er nach einander, die er durch unsinnige Speculationen verwirthschaftete. Nie dachte er daran, Schulden oder Zinsen zu bezahlen, oder auch nur die erhaltenen Obligationen, wie versprochen auf seine Güter zu ingrossiren. Um nun Anleihen zu erhalten liess er sein Gut falsch vermessen und taxiren. Bei dem schliesslichen Verkauf wegen Schulden, suchte er Nöthigkeiten geltend zu machen, die nicht existiren. Vergeblich hatte er sich bemüht ein schon ganz verschuldetes Gut zum Majorat zu machen. Er hatte auch keine Bücher geführt, rühmte sich aber immer mit seiner Musterwirthschaft. Im Jahre 1879 hatte er zum dritten Mal geheirathet, vergötterte anfangs seine Frau, später entstanden, wie in den ersten Ehen Zwistigkeiten, er beschuldigte die Frau der Untreue, während er selbst auf unerlaubtem Umwege betroffen wurde. Als alle Mittel erschöpft waren, zog er nach Dorpat, er lebte dort von der Unterstützung einiger Verwandten. Er eröffnete einen Mittagstisch für Studenten «um ihnen gebildeten Umgang zu schaffen», benahm

sich dabei aber so prahlerisch, ausfahrend und tactlos, dass sich die Gesellschaft bald auflöste. Er begriff nicht woran das lag, betrachtete die Tischgenossen als treulos und suchte sie wiederzugewinnen. Die Frau hielt Pensionäre, und da es ihm nicht mehr gelang die Leitung im Hause zu gewinnen, suchte er den Credit der Frau zu untergraben und das Unternehmen zu sprengen. Endlich entschloss sich die Verwandtschaft den Baron K. der Anstalt Rothenberg zu übergeben am 6 März 1893. Er war unter dem Vorwand einer Consultation der Anstalt zugeführt und wunderte sich, dass die Begleiter verschwunden waren ohne Abschied. Anfangs entschloss er sich einige Stunden, dann einige Tage zu bleiben, da sein persönliches Eingreifen und Mitwirken bei einem Riesenprocess erforderlich war. Bei diesem Process waren 4 Advocaten thätig. Einen gewaltigen Eindruck hatte auf ihn der Ausspruch der Aerzte gemacht, sein Herz und seine Blutgefässe seien nicht in Ordnung, und so fürchtete er neben den angeblich drohenden Verlusten des Processes einerseits, doch auch andererseits sich der Beobachtung der Aerzte zu entziehen und schwankte hin und her. Demnach erwartete er ungeduldig ein Zeugniß aus Dorpat welches seine volle Geistesklarheit bescheinigen sollte. Im Gespräch war er unendlich weitläufig, erläuterte alle Einzelheiten und Phasen des Processes, prahlte mit seinen Kenntnissen des Rechts und der Gesetze, mit seinen Leistungen als Landwirth, wie als Segler, Jäger etc. und mit mancherlei praktischen Erfindungen. Er klagte anderseits über die schlechte Wirthschaft seiner Frau, rühmte sie aber als Schönheit und Gesellschafterin, der alle mehr oder weniger, ohne ihre Schuld, zu Füßen lägen. Sich selbst schilderte er als Ehrenmann von Scheitel bis zur Sohle. Mittlerweil hatte er sich in der Anstalt eingelebt und verbrachte den Tag unter allerhand nichtigen kleinen Thätigkeiten, Kegelspielen, am Billard, mit Schach und Karten, oder indem er sich an der Wäscherolle, oder im Garten zu schaffen machte, um alle Muskeln des Körpers auszubilden. Er kam dann auch zum Schluss, dass er nie so kräftig und schön gewesen, ja er äusserte den Wunsch sich malen zu lassen. In den eben angegebenen Künsten meinte er allen überlegen zu sein; spielte mit Geschick und Berechnung, ja verschmähte keine Art von Vortheil, so dass er dadurch wie durch sein herrisches prahlerisches Wesen allgemein gemieden

wurde. Seinem Hochmuth wurde nur die Wage gehalten durch seine Sorge um die Gesundheit. Process und häusliche Angelegenheiten traten allmählich immer weiter aus seinem Gesichtskreis heraus, vergessen wurden sie nicht, vielmehr gelegentlich in alter Schärfe und Genauigkeit vorgetragen. Gegenwärtig rüstet er sich zur Fahrt nach Petersburg, wo seine Anwesenheit verlangt wird zur Schlussverhandlung seines Processes. Dieser Mann ist sein Leben lang von einem Theil für gesund, von einem andern für krank gehalten worden. Auf die Literatur über das moralische Irresein, um das es sich hier handelt, geht Vortragender nicht ein, weil er sie schon bei einer früheren Gelegenheit aufgeführt. In Deutschland gelten diese Kranken, besonders seit Westphal sich energisch dafür ausgesprochen, als zum Schwachsinn gehörig; in England und Frankreich ist das nicht der Fall, auch Fovel räumt ihnen einen besonderen Platz ein. Auch dem Votr. scheint es etwas Anderes zu sein ob die Elementarkräfte des Geistes geschwächt, oder ob sie falsch gemischt sind und regellos functioniren. Freilich sitzt der Fehler im Denkvermögen und davon abhängig ist die Verwirrung der moralischen Begriffe. Im Einzelnen fehlt es nicht an Kenntnissen und Erfahrungen auf verschiedenen Gebieten des Wissens, aber alle Combinationen sind Illusionen und entsprechen nicht der Wirklichkeit. Auch der Codex der bürgerlichen Anständigkeit ist dem Pat. bekannt, aber bei seiner praktischen Ausführung weichen diese Regeln seinen überwuchernden, phantastischen Plänen und Zielen, wobei die Scrupel und Bedenken gewöhnlicher Menschen als zu eng und kleinlich für ihn keine Geltung haben. Im vorliegenden Fall spielt gegenwärtig das Senium mit.

Dr. Ed. Schwarz fragt Votr. ob sich an seinem Kranken Degenerationszeichen haben nachweisen lassen. Es ist doch die Frage, ob die von Dr. Tiling geschilderte Persönlichkeit wirklich als Kranker aufzufassen sei, oder als degenerirtes moralisch defectes Individuum, das erst jetzt Symptome von Alters-Demenz zeige, welche Störungen als krankhafte anzusehen seien, da diese Erscheinungen erst im Alter hinzugetreten. Die Wichtigkeit der Degenerationszeichen für die Begutachtung von Verbrechern zuerst betont zu haben ist ein entschiedenes Verdienst des Italieners Lombroso.

Dr. Tiling verneint die Frage ob Degenerationszeichen vor-

handen gewesen sind, und hebt hervor, dass die Lombrososchen Lehren jetzt in Deutschland sehr in Zweifel gezogen werden. In dieser Hinsicht habe namentlich die umfangreiche statistische Arbeit Bährs gewirkt, durch die bis in's Einzelne hinein die Bedeutungslosigkeit der Lombroso'schen Degenerationszeichen nachgewiesen sei.

Dr. Ed. Schwarz giebt zu dass die Schlüsse Lombroso's vielleicht zu weitgehende sind. Die Thatsache ihres Bestehens könne jedoch nicht in Zweifel gezogen werden. Wie wichtig eine scharfe Unterscheidung zwischen psychischer Krankheit und Degeneration ist, zeigt sich in den Propositionen der neuen Strömungen im juristischen Lager, die durch Lombroso in's Leben gesetzt worden sind, die geborenen Verbrecher, welche grobe Verbrechen vollführt haben, hinzurichten, die geisteskranken Verbrecher dagegen in Irrenanstalten zu verpflegen.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 3. November 1893.

1. Dr. Bergmann referirt nachfolgenden Fall von Darmocclusion. 50-jähriger kräftiger Arbeiter erkrankte um 6 Uhr Morgens den 20. October 1893, plötzlich unter heftigen Leibschmerzen, ohne dass ein Unwohlsein vorhergegangen. Seitdem sind weder Stuhl noch Winde abgegangen. Die Schmerzen haben sich rasch zu unerträglicher Stärke gesteigert. Erbrechen ist nicht gewesen. Gegen 1 Uhr Mittags rec. im Krankenhause. Der Kranke windet sich unter Schmerzen, das blasse Gesicht trägt den Ausdruck schwerster Qual, P. langsam 60, Resp. wegen ununterbrochenen Schreiens und Jammerns nicht zu zählen. Abdomen oberhalb des Nabels mässig aufgetrieben, eine geblähte Schlinge nicht zu palpiren hell tympanischer Perc.schall. Unterhalb des Nabels ist der Perc. schall, entschieden matter, der Leib ist hier nicht aufgetrieben, jedoch druckempfindlich, namentlich nach rechts hinüber. Dämpfung in den abhängigen Partien nicht vorhanden. Per rectum fühlt man einen Strang ins kleine Becken hinabziehen, der als eine gefüllte Darmschlinge eventuell ein pathol. vergrößerter gefüllter proc. vermif. imponirt. Bei der Digitalunter-

suchung blutet die Darmschleimhaut, ebenso bei Einführung des Darmrohres, welches hoch hinauf geführt werden kann, ohne einen Widerstand zu finden. Die Darmspülung lässt das Wasser blutig gefärbt wieder zurückkommen ohne Fäcalbeimischung — ohne Winde.

Da Perforationsperitonitis ausgeschlossen werden konnte wegen Fehlens freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, der Auftreibung, der Pulsbeschaffenheit, so war Occlusion die nächstliegende Annahme — hoch konnte dieselbe nicht sitzen, da Pat. nicht erbrochen hatte, eine den Dickdarm betreffende Occlusion spec. Flexur musste ausgeschlossen werden, da keine meteoristisch aufgeblähte Dickdarmpartie nachzuweisen war, somit war es am wahrscheinlichsten, dass der unterste Dünndarmabschnitt Sitz der Occlusion war. Das Stürmische der Erscheinungen, das Fehlen einer einschlägigen Anamnese liess eine Obturation des Dünndarmlumens etwa durch einen Gallenstein über der Valv. Bauhini sehr unwahrscheinlich erscheinen, somit blieb als wahrscheinlichste Annahme bestehen: Occlusion des Darmes durch einen Strang oder Abschnürung.

Pat. willigte in eine Untersuchung in Narkose, mit sofortiger Operation erst gegen 2 Uhr. In tiefer Narkose — aber erst in solcher, liess sich rechts im Hypogastrium ein etwa Kinderfaustgrosser Tumor palpieren, der der Diagnose einen festeren Stützpunkt gab.

Laparotomie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle stürzte etwa 1 Liter seröser blutig tingirter Flüssigkeit vor, und präsentirt sich darauf eine Partie völlig collabirten Dünndarms, welche entwickelt wird, worauf geblähter blaurothgefärbter sugillirter Dünndarm zu Tage tritt; derselbe muss mit dem längsten Theil seiner Schlinge aus dem kleinen Becken entwickelt werden. Beide Dünndarmpartien sind um ihre Axe um einander geschlagen, und lassen sich leicht von einander lösen, am Fusspunkt der geblähten Schlinge zeigt sich eine feste knotenartige Abschnürung, welche erst gelöst werden kann, nachdem ein scharfer Rand im Mesenterium, der als Contour eines Mesenterialschlitzes imponirt, discidirt wurde; nun liess sich der unterste Theil des Ileum plus Coecum, welche die Abschnürung besorgt hatten zurückbringen und der Darm war frei. Ein per rectum eingeführtes Rohr entleert nur Gase, dennoch collabirte der Darm dadurch, so dass er leicht zurück-

gebracht werden konnte, worauf der Leib durch die Naht geschlossen wurde.

Am selben Tage gingen reichlich Winde ab. In der nächsten Nacht und am folgenden Tage erfolgten mehrfache, blutig gefärbte, flüssige Stühle. Der Leib blieb weich, nicht aufgetrieben, allein der Pat. wurde immer schwächer und 36 Stunden p. Operat. war Pat. tot.

Section ergab: glattes spiegelndes Peritoneum, die einzelnen Dünndarmschlingen mehrfach durch leichte Adhäsionen verklebt.

Verschorfung und blutige Imbibition der Ileumschleimhaut vor der Ileocöcalclappe aufwärts im Bereich von c. 4 Fuss.

Der Fall ist lehrreich, indem er zeigt, dass nur tiefe Narkose die Diagnose klärt, indem er aber auch anderseits lehrt, wie tief bereits nach 8 Stunden die Veränderungen des Darms derartige sein können, dass Pat. denselben erliegt, trotzdem der Darm wieder wegsam geworden und eine Peritonitis nicht eingetreten war. (Autorreferat.)

Dr. P. Klemm. Jeder casuistische Beitrag zu diesem schwierigen Gebiete der Chirurgie muss mit Dank begrüsst werden. Ein besonderes Verdienst die palpatorische Diagnostik bei Darmocclusion begründet und gefördert zu haben, komme der Dorpater Schule unter Prof. v. Wahl zu. Letzterer habe eine Reihe von Operationen ausgeführt, wo er auf Grundlage seiner Methode zu einer frühzeitigen richtigen Diagnose gelangt war. Die grossen Schwierigkeiten, welche sich der Palpation des Abdomens entgegenstellen, lassen sich oft durch eine tiefe Narkose überwinden. Trotz richtig gestellter Diagnose und glücklich ausgeführter Operation ist der Verlauf doch häufig ein ungünstiger. Die Ursache ist in dem Umstande zu suchen, dass durch die stagnirenden Kothmassen ein deletärer Druck auf die Darmschleimhaut ausgeübt wird, wodurch dieselbe zur Nekrose gebracht wird. Dadurch können Infectionsträger das Peritoneum inficiren. Dieser schädliche Factor lässt sich beim Dickdarm bisweilen durch Darmspülung eliminiren, beim Dünndarm jedoch nicht.

Dr. Bergmann bestätigt nach seinen Erfahrungen diese Ausführungen Dr. Klemm's, und weist noch, in Ergänzung derselben auf die incarcerirten Hernien hin, welche prognostisch sehr verschieden zu beurtheilen sind, je nachdem sie

Dünndarm oder Dickdarm zum Inhalt haben. Jedenfalls wäre bei Berücksichtigung der von Dr. Klemm angeführten That- sachen in solchen Fällen der Versuch mit einem milden Laxans statt der üblichen Opiumtherapie rationell.

2. Dr. Otto Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über «*Dentitio difficilis*». In demselben bekennt sich K. als Anhänger Kassovitz', indem er sämtliche von einzelnen Autoren dem Zahnacte zugeschriebenen Beschwerden, als von diesem Acte unabhängig hinstellt. Ein Theil der dem Zahnact zugeschriebenen Symptome als z. B. erhöhte Salivation, Temperatursteigerung, Schmerz im Gaumen etc. beruhe auf falscher nicht genügend exacter Beobachtung. Wo eine solche ange- stellt, habe dieselbe kein positives Resultat ergeben. Ein ander- rer Theil von dem Zahnact zugeschriebenen Erscheinungen sind als Symptome anderer Erkrankungen zu betrachten, wie z. B. Rachitis, und haben mit dem Zahnact an sich, nichts zu thun. Es ist daher die Pflicht des Arztes durch eine sorgfältige Un- tersuchung die zu Grunde liegende Krankheit zu entdecken, nicht aber einfach gleich das Zahnen zu beschuldigen.

Dr. Mey bekennt sich auf Grundlage eingehender Literatur- studien und Erfahrungen welche er in pädiatrischen Vorle- sungen, namentlich bei Wiederhofer und Monti in Wien gesammelt, zu den vom Vortragenden entwickelten An- schauungen. Gegen die Annahme, dass durch den Zahnact Fieber hervorgerufen werde, sprechen die Untersuchungen von Eschrich und David, welche auch von Dörenburger bestätigt worden sind, wonach im zahnlosen Munde des Kindes pathol. Organismen nur in geringer Zahl vorkommen, und diese sich erst in späterer Zeit, bei Vorhandensein von Zähnen, in reichlichem Maasse nachweisen lassen. Daher beobachte man bei Kindern vor der Zahnperiode auch keine auf Infection be- ruhende Erkrankungen, wie Stomacace, Angina follicularis etc. Wiederhofer und Monti beziehen die geringe Wider- standskraft des zahnenden Kindes nicht auf den Zahnact als solchen, sondern auf die gleichartig vor sich gehende Ent- wicklung anderer Organe und Gebilde des Körpers.

Dr. Deubner leugnet ebenfalls das Vorhandensein einer Dentitio difficilis als für sich bestehende Krankheit. Wo die- selbe zu beobachten, sei sie immer auf andere Erkrankungen des Organismus, ganz besonders häufig auf Rachitis zurück-

zuführen. Nie ist der Zahnact an sich Ursache einer Pneumonie, eines Ausschlages etc. Das Vorhandensein eines Schmerzes beim Zahnen glaubt er nach seinen Beobachtungen im Gegensatz zu Klemm doch betonen zu müssen.

Dr. E. d. Schwarz ist der Ansicht, dass ein grosser Theil der nervösen Sympt. und der Ausschläge sich auf Lues zurückführen lasse.

Dr. Bernsdorff hält den Vortrag Klemms für durchaus dankenswerth zur Bekämpfung der Vorurtheile, welche ihm noch immer häufig bei Ausübung seiner Praxis der frühzeitigen Therapie hindernd in den Weg treten. Die Collegen müssen sich bemühen, durch Belehrung und vor allem durch eine gewissenhafte Differentialdiagnose diesem Vorurtheil zu begegnen. Lässt sich im Augenblick keine bestimmte Diagnose stellen, so muss dieser Umstand den Angehörigen eingestanden werden, nicht aber darf dann ohne Weiteres das Zahnen als Ursache der Erkrankung herangezogen werden. Eine Zusammenstellung der Kindersterblichkeit nach Tobiens für die Jahre 81—85 und 86—90 ergeben ein übereinstimmendes Resultat mit Kassowitz, dass nämlich die Sterblichkeit von Quartal zu Quartal geringer wird.

Dr. Hach hat, da er keine neuen Häuser mehr in Behandlung nehme, wenig Erfahrung auf diesem Gebiete, erinnert sich aber nicht je Dentitio difficilis beobachtet zu haben. Es dürfte mit diesem Kapitel sich ebenso verhalten, wie mit dem Milchfieber, welches sich bei genauerer Untersuchung in den meisten Fällen als durch andere Erkrankungen bedingt erwiesen. Dass das Zahnen Schmerzen verursacht, schein ihm ziemlich fraglos zu sein, da selbst Erwachsene beim Durchbruch der Weisheitszähne oft über Schmerzen im Gaumen klagen. Er würde gerne die Ansicht Dr. Hampelns über diese ganze Frage hören.

Dr. Hampeln sieht sich hierdurch veranlasst seine Ansicht dahin zu äussern, dass nach seinen Erfahrungen Kassowitz entschieden mit seiner Negation zu weit gehe. Wirkliche Krankheiten verursache das Zahnen gewiss nicht, wohl aber leichtere, wie: allgemeine Verstimmung. Unbehagen und namentlich leichte Diarrhöe. Letztere ist hier nicht als Darmkatarrh, sondern als eine nervöse Affection aufzufassen, wie man sie z. B. bei Hysterischen nicht selten antreffe. Wenn

eine sorgfältig ausgeführte Untersuchung keine anderen ätiologischen Momente für die bezeichneten Erscheinungen ausfindig machen lässt, sehe er keinen Grund ein, ein Causalitätsverhältniss mit dem Zahnact in Abrede zu stellen. Während seiner 20-jährigen Praxis habe er anderseits nie Gelegenheit gehabt bei Conferenzen mit den Collegen die Beobachtung zu machen, dass von ihnen dem Zahnacte als ätiologisches Moment ein zu weites Feld eingeräumt werde.

Dr. Zwingmann äussert seine Ansicht dahin, dass die von Laien und auch Aerzten auf den Zahnact zurückgeführten Erkrankungen der Conjunctiva und Cornea meist constitutionelle seien.

Dr. Hehn bemerkt, dass der kindliche Organismus zur Zeit des Zahnens sich entschieden in einem labileren Gleichgewicht befindet, wofür sich ja auch Analogien zur Zeit der Pubertät und des Klimakteriums finden, und daher auf einwirkende Schädlichkeiten eher reagirt. Das reichliche Vorhandensein von Bakterien in der Mundhöhle in den späteren Perioden, lässt sich in ungezwungenster Weise wohl durch die dieser Zeit zukommende Ernährung erklären. Auch ihm will es scheinen, als ob Dr. Klemm mit seinem Vortrage eine Lanze gegen einen unsichtbaren Feind gebrochen habe.

Dr. O. Klemm entgegnet, dass es gerade in Riga gemachte Erfahrungen bei Aerzten und Laien sind, die ihn veranlasst haben, den Vortrag zu halten. Der von Dr. Hampeln als nervös bezeichnete Durchfall sei gerade ein Symptom der Rachitis. Die von Dr. Mey referirte Evolutionstheorie Wieders Hofers und Montis halte er für unlogisch. Dr. Deubner und Hach gegenüber muss er seinen Standpunkt, dass das Zahnen keine Schmerzen verursache, aufrechterhalten, da dieser Vorgang mit grosser Allmählichkeit sich von der Geburt an vollziehe.

D. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Sitzung am 17. November 1893.

1. Dr. Bergmann stellt einen 19jährigen Fabrikarbeiter vor, an welchem er im März d. J. eine Anastomose zwischen einer Dünndarmschlinge und dem Colon ascendens gebildet hat,

Die Krankengeschichte ist folgende: 19 jähriger Fabrikarbeiter, erkrankte plötzlich an Peritonitis und wird vom 1—23 Feb. a. c. in der inneren Abtheilung des Krankenhauses behandelt. Ueberführung in die chir. Abtheilung wegen Parotisabscess, der gleich gespalten wird. Dennoch kein völliger Abfall der T. Schmerzen in der Ileocöcalgegend, wo eine nicht deutlich abzugrenzende Resistenz. Diagnose: Abscess, wahrscheinlich in der Radix mesenterii. 9. März Operation, sehr schwierig, nach Lösung mehrfacher Adhäsionen gelingt es in der Tiefe den Abscess zu finden und zu entleeren—einige Esslöffel Eiter. Temperaturabfall, jedoch bilden sich im weiteren Verlauf Kothfisteln an mehreren Stellen, wo stärkere Adhäsionen gelöst worden waren. Da eine spontane Heilung dieser Fisteln sich nicht anbahnt, im Gegentheil immer reichlicher Koth ausfliesst 25 März Operation.— Die Absicht die Schlinge zu reseciren, an welcher die Fisteln sitzen, muss aufgegeben werden, weil nach ausgiebiger Freilegung des ganzen Terrains sich erweist, dass in grosser Ausdehnung feste Verlöthungen zwischen Dünndarm Coecum und parietalem Peritoneum bestehen, daher Aufsuchen einer freien Dünndarmschlinge und Anastomosenbildung zwischen derselben und dem Colon ascendens. Prompter Erfolg. Am 6 Tage reichlicher normaler Stuhl, allein nur langsames Versiegen der Kothfisteln, durch welche lange Zeit noch etwas Koth durchtrat, endlich blieb nur noch eine Fistel nach, die 2 mal operativ geschlossen werden sollte, doch vergeblich. Dieselbe ist denn jetzt endlich (17 Nov.) so weit, dass sie in 24 Stunden einige Tropfen kothig gefärbten Darmschleim absondert, so dass völlige Heilung zu erwarten steht. Es ist das ein Beweis, dass die Circulation in der ausgeschalteten Schlinge nicht völlig aufhört. Der Kranke ist ein frischer völlig leistungsfähiger Mann geworden, der nicht die geringsten Beschwerden bei der Verdauung hat. Vortr. referirt noch über 2 weitere Fälle von Anastomosenbildung, welche er in dem letzten halben Jahr ausgeführt: L. 60 jähriger Clavierlehrer mit inoperablem Carcinom der Ileocöcalgegend. Anastomose zwischen Ileumschlinge und Colon ascendens: Function derselben gut. Pat. hat sich so weit erholt, dass er wieder seine Stunden aufgenommen hat, wobei er grössere Strecken zu Fuss zurücklegt.

Z. 55 jähriger Gesindewirth. Inoperables Pyloruscarcinom. Sehr quälendes Erbrechen. Stark reducirter Kräftezustand.

Gastroenteroanastomose nach Wölfler. Vom 5 Tage ab geniesst Pat. fein gehacktes Fleisch, wird am 19 Tage p. operationem entlassen, nachdem von der Operation an kein einziges mal mehr Erbrechen aufgetreten. (Autorreferat).

Dr. Berg fragt Vortragenden, warum er nicht lieber die ausgeschalteten Darmtheile mit einander vernäht hat, um weitere Circulation in diesem Abschnitt zu verhindern.

Dr. Bergmann hat dieses nicht gethan, weil die Ausführung dieses Actes, der ausgedehnten Adhäsionen wegen sehr schwierig und zeitraubend gewesen wäre, ein Umstand, der für den geschwächten Pat. verhängnissvoll hätte werden können. Anderseits stützte er sich auf die Angaben der Autoren, dass bei der von ihm gewählten Methode die Circulation von Koth ebenfalls ausgeschlossen sei, was sich ja durch den Verlauf zum grossen Theil bewahrheitet hat.

2. Dr. Paul Klemm demonstriert ein Präparat einer Stichverletzung der Carotis communis, und referirt über einen gleichen von ihm kürzlich beobachteten Fall; dabei betont er die schlimme Prognose dieser Verletzungen auch wenn sie lege artis unterbunden worden sind, bedingt durch mangelhafte Ernährung des Gehirns durch Blut. Durch wandständige Ligatur resp. Naht der Arterienwunde könnte diesem Uebelstande vielleicht vorgebeugt werden.

Dr. Bergmann hält die von Klemm erwähnte wandständige Ligatur bei den Arterien für unausführbar, wohl aber vielleicht die Nath, wofür in dieser Richtung unternommene Versuche an Thieren sprechen; an Menschen ist in dieser Weise nicht vorgegangen worden.

3. Dr. Treymann berichtet über eine von ihm im Krankenhaus ausgeführte Symphyseotomie.

Elisabeth. S. 28 J. alt, vor 3 Jahren mit dem Forceps entbunden (das Kind angeblich 2 Stunden nach der Geburt gestorben), wurde am 16 Nov. a. c. um 4 Uhr Morgens aufgenommen, nachdem die Blase 4 Stunden vorher gesprungen, und häufige Untersuchungen per vaginam zu Hause erfolgt waren. Tp. 37, 5. Kopfgeschwulst so stark, dass nur die Untersuchung mit ganzer Hand in Narkose die II. Schädellage constatiren kann. Gute Wehen. Os uteri weit. Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle rechts, etwas tiefer als die grosse. Eigentlich ist nur die Kopfgeschwulst ins kleine Becken getreten. In der

Narkose wird der Kopf beweglich und lässt sich in die Höhe heben. Herztöne laut und kräftig. Conjugata diagonalis 9 Cent., Conjug. vera=8 Cent. Diagnose: Plattes allgemein verengtes Becken. Schonender Zangenversuch (Breus'sche Zange) vergeblich. Da die Wendung, die bei $8\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ Conjug. vera angängig, bedenklich erscheint, zumal sich nach der Untersuchung eine Andeutung des Bandl'schen Contractionsringes geltend macht, da die Perforation und Cranioclasie, die hier ein lebendes Kind beträfe wegen der Beweglichkeit des Kopfes und der Enge des Beckens nicht rathsam erscheint, da der Kaiserschnitt wegen des frühzeitig erfolgten Blasensprungs und der häufigen vaginalen Untersuchung wahrscheinlich ein schlechtes Resultat für die Mutter ergeben würde — so wird die Symphyseotomie um $\frac{1}{2}$ 9 Uhr gemacht. (Assistenz Dr. P. Klemm und Dr. v. Mühlen). Schnitt 6 Cent. lang bis in die kleine rechte Schamlippe reichend. Ablösung der Urethra und Durchtrennung der Symphyse mit gradem geknöpftem Bistouri, leicht. Starke Blutung aus dem Schwellkörper, durch Jodoformgaze-Tamponade gestillt. Keine Knochennaht. Der Kopf tritt spontan nicht tiefer. Die Geburt wird bei starken Wehen bis 1 Uhr sich selbst überlassen. Herztöne 150, kein Fortgang der Geburt. Anlegung der Breus'schen Zange, über Gesicht und Hinterhaupt. Die Symphyse klafft auf $6\frac{1}{2}$ Cent. Sehr leichte Entwicklung eines asphyktischen, rasch wiederbelebten Kindes, welches nach einer Viertelstunde, nachdem die Athmung vollständig in Gang gekommen, plötzlich wie es scheint an Glottiskrampf stirbt. Befinden der Mutter 24 Stunden nach der Geburt gut, obwohl die Temp. 38,5 beträgt. Uterus gut contrahirt. Harn wiederholt spontan gelassen. (Autorreferat).

Dr. v. Knorre fragt Vortragenden, ob er nicht vor Anlegung der Zange, da der Kopf noch über der Symphyse balotirte, den Versuch gemacht hat, denselben durch Druck von aussen durchzupressen: ihm habe dieses Verfahren in einzelnen Fällen gute Dienste geleistet. Ferner ist ihm die frühzeitig auftretende Blutung im Bericht auffallend. Dieselbe trete gewöhnlich erst nach Durchtrennung der Symphyse, nach Verletzung des Corpus cavernosum clitoridis ein. Es müsse daher schon eine Verletzung dieses Theiles im Beginn der Operation erfolgt sein.

Dr. Treymann giebt Letzteres zu, verneint jedoch die erste Frage, glaubt aber nicht, dass er in diesem Falle durch die von Dr. v. Knorre erwähnte Methode zum Ziele gelangt wäre.

Dr. Radecki fragt Vortragenden, ob sich nach Ausführung der Zangenextraction nicht grössere Verletzungen an der vorderen Vaginalwand und der Harnröhre haben constatiren lassen, wie sie vielfach in der Literatur hervorgehoben worden sind.

Dr. Treymann verneint die Frage und erwähnt auf eine diesbezügliche Frage Dr. Hachs, dass die Symphyse während der Zangenextraction auf $6\frac{1}{2}$ Cent. geklafft habe.

4. Dr. Hachs referirt über eine Complication im Wochenbett. Fr. v. X. 21 a. n. 1 para. Normale Geburt am 1. Oct. 1891; kleiner Dammriss wird mit 3 Seidensuturen geschlossen, normales Wochenbett, am 10 Tage Schüttelfrost, Parametritis dextra, die am 25. Februar 1892 in die Blase durchbricht; 8 Tage später Durchbruch in den Mastdarm. Das Fieber fällt nicht. Per vaginam parametritischer Abscess geöffnet; Eiter übelriechend. Kein vollkommener Fieberabfall. Transport nach Riga zum Referenten. Patientin trotz bester Pflege maasslos abgemagert, 71 Pfund schwer. Absolute Appetitlosigkeit, Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, Durchfälle; Pat. lässt alles unter sich, Decubitus, Incontinentia urinae, Delirien, aphatische Symptome. Schüttelfröste, nächtlicher Schweiss, Pat. ist Morphiohagin. Im linken Hypogastrium ein 2-faust grosser rundlicher Tumor, mit dem Becken und dem leicht nach rechts gedrängten normal grossen Uterus verbacken. Der von der Vagina zum linken Parametrium gehende Fistelgang wird mit dem Finger dilatirt. Schnitt über dem Lig. Poup. Umgehung des Peritoneums, Parametrium frei; von hier Fistelgang in die Bauchhöhle. Laparotomie. Dermoidcyste mit Haaren und 1 Zahn, stark verwachsen, in Exsudat gebettet, communicirt durch den Fistelgang mit der Vagina. Ausschälung. Bauchwunde offengelassen. Jodoformgazedrainage zur Vagina und zum Schnitt über dem lig. Poup. Starke Eiterung, täglicher Verbandwechsel; bis 25. Juni Jodoformgazetamponade, darauf Drainage. 3 Tage nach Operation Temperatur über 40, dann Abfall, doch Abends noch 38 fast constant bis zum 20. Juni, dann bis zum 7. Juli nicht über 37,8, dann normal. Bis

auf die Fistelöffnung Bauchwunde geschlossen. Pat. verlässt die Anstalt, geht auf's Land, dort Massage des ganzen Körpers, Bäder, kräftigende Diät. Die Fistel schliesst sich, bricht ein Mal in den Darm durch. 12. Dec. erste Menses; April 1893 Pat. nicht wieder zu erkennen. 143 Pfund schwer, blühend. In den Fistelgang wird Jodoformglycerin injicirt, bis heute 27. Nov. noch fest.

Referent betont die Seltenheit des Falles, kennt nur einen in der Litteratur und macht darauf aufmerksam, dass nicht selten eine vereiternde Cyste oder Tube hinter einem Exsudat im Wochenbett sich verbergen mag. Er erinnert an Degeneration von Fibromen und Ovarialcysten in und ausserhalb des Wochenbettes, welche *Olshausen* als durch Mikroorganismen des Darmes verursacht annehmen zu können geglaubt hat. Er erinnert ferner an schwere Peritonitiden nach Ruptur von *Pyosalpingiden* und unreinem, kurz vor der Geburt vollzogenem Coitus, ferner an Vereiterungen obengenannter Neubildungen nach Typhus. Der Nachweis von Typhusbacillen sei neuerdings factisch von *Fischer* in Kiel an dem Inhalt einer von *WERTH* operirten Ovarialcyste geliefert (Pat. hatte 7 Monate früher einen complicationslosen Typhus durchgemacht, *Fasching* hat auch in einem andern Fall Typhusbacillen nachgewiesen.) Corticale und periostale Processe, Abscesse im Hoden und Mesenterialdrüsen etc. seien den Chirurgen post Typh. mit Typhusbacillennachweis schon lange bekannt. *Gebhardt* habe den *Bacill. Coli com.* in 7 Fällen regelmässig theils als Reincultur, theils mit Streptococcen bei *Tympania ut.* gefunden. Neuerdings sei das *Bact. Coli* im Harn bei *Blasencatarrh* nachgewiesen. Referent erinnert an die *Perforationsperitonitis* (*Bacter. Coli c.*) und möchte falls sich die Beobachtungen in betreff der Cystitis bestätigen, — da bei Parturientes nicht selten Schleimhautrisse im Darm vorkommen, entgegen *Gebhardt* der eine Wanderung des *Bact. Coli* über den Damm sich denkt, die Möglichkeit einer directen Wanderung durch die Fissuren der Mastdarmschleimhaut annehmen. Fragt man nun in unserem Fall, was das Primäre, ob Infection von aussen oder Vereiterung der *Dermoidcyste* aus nicht nachweisbarer Ursache (*Bact. Coli?*), so müsse Ref. die Antwort schuldig bleiben, glaube aber — falls sich die oben angeführten Untersuchungen bestätigen, die Möglichkeit einer primä-

ren Erkrankung einer Cyste durch im Körper vorhandene Bakterien in diesem und ähnlichen Wochenbettsfällen nicht von der Hand weisen zu können.

Dr. R a d e c k i möchte davor warnen, so interessant die theoretischen Ausführungen Dr. H a c h s auch sind und gewiss in einzelnen Fällen zur Erklärung einer Autoinfection dienen könnten, im Allgemeinen in der Praxis diesen Begriff zu leicht heranzuziehen, da leicht dadurch ein Missbrauch mit ihm getrieben werden könnte. In diesem speciellen Falle spricht seiner Ansicht nach nichts gegen den gewöhnlichen Gang einer Infection von Aussen, da Pat. von Arzt und Hebamme untersucht und sogar eines Dammrisses wegen genäht worden ist. — Das Auftreten schwerer Infectionserscheinungen erst am 10. Tage spricht auch nicht gegen diese Ansicht, da die früher erfolgte Infection sehr wohl erst so geringe Erscheinungen verursacht haben kann, dass dieselben haben übersehen werden können. Haben aber erst Streptococcen und Staphylococcen Eingang in die Gewebe gefunden, so ist die Wirkung auf die Dermoidcyste, bei der grossen Neigung dieser Gebilde zu vereitern, leicht erklärt. Beweisend im Sinne Dr. H a c h s wäre der Fall nur dann, wenn der positive Nachweis vom Vorhandensein des Bact. Coli commune erbracht worden wäre.

Dr. P. K l e m m meint, dass dem Begriffe der Autoinfection mehr Beachtung gezollt werden müsste. Dafür scheinen ihm Beobachtungen zu sprechen, welche er im Anschluss an Typhus abdominalis zu machen Gelegenheit hatte. Bei einem Kranken, welcher vor ca. Jahresfrist diese Erkrankung durchgemacht, fanden sich im Knochenmark krankhafte Processe, welche von Typhusbacillen verursacht waren, die offenbar von der ersten Erkrankung herrührend, daselbst fast ein Jahr deponirt gelegen haben.

Dr. G i l b e r t referirt über 2 Fälle aus der Leopold-schen Klinik, wo Gonorrhoe die Ursache für Wochenbetterkung abgegeben habe. Er fragt Dr. H a c h, ob in seinem Falle Gonorrhoe auszuschliessen sei.

Dr. H a c h betont, dass die Tuben sich bei der Operation als völlig gesund erwiesen haben. Gegen Dr. R a d e c k i's Auffassung möchte er doch gerade den späten Termin der Erkrankung geltend machen, da dieser Umstand nach seinen Erfahrungen höchst selten zu beobachten sei. Auch ist es ihm

nicht bekannt, dass die Dermoidcysten eine besondere Neigung zu Vereiterung haben.

Dr. Treymann führt einen Fall aus seiner Praxis an, wo er auch eine Autoinfection annehmen zu können glaubt. Es handelt sich um I. para, puella publica die gar nicht untersucht worden, 8 Tage fieberfrei, vor der Geburt in der Abtheilung gelegen hatte, während der Drangwehen plötzlich hoch zu fiebern begann und am 4. Tage des Wochenbetts an acuter Peritonitis zu Grunde ging, ohne dass während der Geburt irgend welche Kunsthülfe stattgefunden hätte. Die Section wies eitrige Endosalpingitis (gonorrhoeica? eine bakteriologische Untersuchung ist nicht vorgenommen worden) — als Ursache der Peritonitis nach. Vagina und Uterusmucosa waren nicht erkrankt.

Dr. Radecki hält den Fall nicht für beweisend, da der positive Nachweis von Gonococcen nicht erbracht ist.

Dr. v. Stryk meint, dass der von Dr. Treymann referirte Fall nicht unter dem Begriff Selbstinfection rubricire, sondern nur als Exacerbation eines schon früher bestandenen gonorrhoeischen Processes aufzufassen sei. Auch andere Gelegenheitsursachen hätten diesen Verlauf provociren können. Im Uebrigen muss er sich den Ausführungen Dr. Radecki's anschliessen, indem auch er vor einer Verallgemeinerung des Begriffes der Autoinfection warnen möchte. — Nach seinen Erfahrungen ferner haben die Dermoidcysten entschieden die Neigung zu vereitern, wovon er sich bei Operationen wiederholt habe überzeugen können. Der erst am 10. Tage in drohender Weise manifest gewordenen Infection könne sehr wohl ein leichtes Frösteln mit geringer Temperatursteigerung vorausgegangen sein, welche leicht übersehen werden konnten.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 1. December 1893.

1. Dr. Berg demonstrirt 2 Pat. an denen er vor 2 Wochen im Diakonissenhause wegen Tumoren im Nasenrachenraum die provisorische Resection der Nase nach Brunsmachen musste, um dann bei hängendem Kopf die Entfernung

der Tumoren von der Nase und vom Rachen aus zu ermöglichen. Der eine Pat. 17 Jahr, der andere 22 Jahr alt. Die Geschwülste sind im Laufe von 1—2 Jahren gewachsen, verlegen die Nase von hinten vollständig, und haben bei dem 17-jährigen eine beträchtliche Dilatation der hinteren Partien der Nase zu Wege gebracht und den weichen Gaumen stark nach vorne gedrängt. Bei diesem präsentirt sich der Tumor als etwa kinderfaustgrosse Geschwulst, den weichen Gaumen sichtlich überragend und sitzt breitbasig der hinteren Rachenwand auf, ob die obere Grenze mit der Schädelbasis verwachsen, lässt sich nicht abtasten. Bei dem andern präsentirt sich der Tumor im Spiegelbilde als etwa wallnussgrosse Geschwulst, erweist sich im Abtasten mit der hinteren Rachenwand in toto verwachsen und nicht knorpelhart. Bei der Operation erweisen sich beide sowol mit der Schädelbasis, als mit der hinteren Rachenwand breitbasig verwachsen und gelingt die Entfernung nur mühsam mit Raspatorium und Scheere. Dr. Berg meint, dass die Resection der Nase nach *Brun s* hier nicht genügend Raum und Uebersicht schafft und hebt hervor, dass die nachfolgende Entfernung des Tumors bei hängendem Kopf nur bei ganz enormem Blutverlust möglich war. Der profusen Blutung wegen muss möglichst schnell operirt werden, und kann deswegen nicht genügend sorgfältig operirt werden, es ist diese hierbei gar nicht zu beherrschen, weil von der Nase und vom Rachen aus zugleich vorgegangen werden muss, eine Tamponade der Rachenhöhle somit nicht möglich ist. Aus diesen Gründen glaubt er vorkommenden Falles die provisorische Resection des Oberkiefers in sitzender Stellung der Operation bei hängendem Kopf vorziehen zu sollen, weil nach vorausgegangener Tracheotomie und Tamponade des Kehlkopfs, die Oberkieferresection ausgiebig Raum zum sorgfältigen Operiren schafft und die Blutung sich besser beherrschen lässt. Bei beiden Pat. ist die aufgepflanzte Nase gut angeheilt. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste, ob *Fiorome* oder *Sarcome*, ist noch nicht beendet.

Dr. Berg demonstrirt ferner einen kindskopfgrossen Uterus mit zahlreichen Fibroiden durchsetzt, und die beiden Ovarien. Präparat gewonnen per laparotomiam von einer 30-jährigen Diakonisse. Operation nach der Methode von *Fritsch*. Dieselbe bietet den wesentlichen Vortheil, dass man bei partien-

weisem Abbinden und Durchtrennen der Lig. lata dicht am Uterus bis nach unten zum Cervix, fast gar keine Blutung bekommt; nicht zwischen 2 Ligaturen durchzuschneiden braucht, zahlreiche Klemmpincetten in die Unterleibshöhle nicht hineinzubringen genöthigt ist; den Uterus abschneiden kann, ohne vorher den Schlauch anzulegen. Dieser Vorzüge wegen lässt sich die Dauer der Operation wesentlich kürzen, und ist aus allen diesen Gründen die supravaginale Amputation des Uterus nach Fritsch bestens zu empfehlen. (Autorreferat).

Dr. Bergmann hat den einen der Fälle vor der Operation mit dem Nasenspiegel untersucht und dabei den Eindruck gewonnen, dass für eine Tamponade des Nasenrachenraumes noch genügend Raum bei der Operation übrig bleiben müsste. Ihm erschiene die Bruns'sche Methode doch sicherer als das Verfahren mit der Pressschwammcanüle, bei welchem laut Berichten in der Literatur doch Blut in die Trachea dringen kann, wodurch es zu unangenehmen Folgezuständen in der Lunge kommen könne.

Dr. Berg betont demgegenüber nochmals die colossale Blutung, welche das Gesichtsfeld bei der Operation derart überschwemmt, dass man fast nichts zu sehen bekommt, ferner ist auch der Raum für die Operation ein sehr beschränkter.

Dr. Voss schliesst sich der Ansicht Dr. Berg's an und hebt dabei hervor, wie verschieden der Befund sich gestalten je nachdem, ob man ohne Narkose oder in derselben untersuche. Im letzteren Falle erwies sich bei einem der Kranken der Tumor bedeutend grösser als vordem angenommen worden. Komme dann noch die Tamponade hinzu, so ist die Raumbeschränkung in der That eine zu grosse.

2. Dr. Mandelstamm stellt einen jungen Mann mit einer seltenen Sehstörung vor, welche sich nicht unter die bekannten Formen unterbringen lässt. Nach langen vergeblichen Versuchen gelang eine Correction mit Prismen von 2° mit der Basis nach innen. Dr. Mandelstamm meint in diesem Falle hysterische Ambliopie annehmen zu müssen, da er eine Simulation ausschliessen zu können glaubt.

Dr. Dahlfeld kann sich über diesen Fall auch kein definitives Bild machen, man müsse jedenfalls genau auf das Verhalten der Psyche acht geben. In Betracht kommen ja allerdings Simulation, Hysterie oder Autosuggestion.

3. Dr. Bergengrün hielt seinen angekündigten Vortrag über die «Heilbarkeit der Larynxtuberculose»; erscheint demnächst in einer Berliner Specialzeitung.

Dr. Paul Klemm kann nicht zugeben, dass man berechtigt ist von einer Heilung zu sprechen, wenn sich nach kurzer Zeit, etwa nach einer Woche Recidive einstellen. An andern Theilen des Körpers kommen solche vorübergehende Heilungen chronischer Geschwüre nicht selten zur Beobachtung.

Dr. Hampeln kann auch eine Heilung in solchen Fällen nicht anerkennen. Das Geschwür mag wol auf kurze Zeit verheilen, die Krankheit selbst — die Tuberculose — besteht dabei aber ruhig weiter. Was speciell die Tuberculinbehandlung betrifft, so scheint dieselbe auf den Larynx für's erste allerdings von keinem günstigen Einfluss zu sein. Die Frage über die Behandlung der Lungentuberculose damit ist jedenfalls nicht in ablehnendem Sinne entschieden, ebensowenig der diagnostische Werth. Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

d. Z. Secretair Dr. Radecki.

Sitzung am 15. December 1893.

1) Dr. Bergengrün beendet seinen auf der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag über die Heilbarkeit der Larynxtuberculose. (Der Vortrag erscheint demnächst im Druck.)

Dr. Schmidt theilt im Grossen die von Vortragendem entwickelten Principien. Den ersten von Bergengrün referirten Fall hält er nicht für einwandfrei, wengleich er anderseits nicht die Möglichkeit, dass es sich hier um Tuberculose gehandelt habe, strict in Abrede stellen mag. Eine Diagnose per exclusionem können wir aber bei den geschwürigen Processen im Larynx nicht ohne weiteres acceptiren, da wir nicht wissen können, ob uns alle Arten derselben schon genügend bekannt seien. Bei der Behandlung der Larynxtuberculose lege er das Hauptgewicht auf eine rationelle Allgemeinbehandlung. Neben dieser habe auch er günstige Erfahrungen mit der Milchsäure zu verzeichnen. Das Cürettement hält er für sehr riskant; bei gutem Allgemeinbefinden müsse man die Infiltrate in Ruhe lassen, um nicht Ulcerationsprocesse künstlich zu pro-

vociren, während ein expectatives Verhalten oft ein Schwinden der Infiltrate beobachten lasse. Das von Moritz Schmidt proponirte Verfahren durch Tracheotomie den Larynx ruhig zu stellen, erscheine ihm verwerflich, da das Tragen der Canüle grosse Misslichkeiten im Gefolge habe.

Dr. Hampeln theilt in Bezug auf den ersten Fall die Ansicht Dr. Schmidts; da es sich in diesem Falle um eine definitive Heilung handeln würde, könnte dem Falle nur dann die von Dr. Bergengrün zugesprochene Bedeutung gelassen werden, wenn der positive Nachweis der Tuberculose von ihm erbracht worden wäre.

Dr. v. Rimscha glaubt, dass eine sehr energische Behandlung mit acid. lacticum vielleicht doch Erfolg haben dürfte, man müsste dabei nur in der Weise vorgehen, dass das Medicament förmlich in die Schleimhaut eingerieben und dieser Act nicht früher wiederholt werden würde, als bis der Aetzschorf sich abgestossen habe.

Dr. Bergengrün hat den ersten Fall nicht von vornherein in seiner Behandlung gehabt. Dr. Bergmann welcher ihn anfangs behandelt, ist leider nicht anwesend, hat aber damals die positive Diagnose auf Tuberculose gestellt. In Betreff des Cürettements der Infiltrate kann er Dr. Schmidt doch nicht unbedingt beipflichten, da nach demselben die Schluckbeschwerden der Kranken oft wesentlich geringer werden, wodurch der allgemeine Ernährungszustand sich oft zusehends hebt.

Dr. Bergmann bemerkt nachträglich zum Protokoll, dass er den von Dr. Bergengrün referirten Fall zweifellos als tuberculös auffassen muss, da der Lungenbefund, vom verstorbenen Collegen Worms erhoben, für Tuberculose sprach, und die Geschwüre im Larynx ein für diese Erkrankung charakteristisches Aussehen hatten. Dr. Worms hat das Sputum bacteriologisch untersuchen lassen, und aus Aeusserungen, die er nach Empfang des Resultates den Angehörigen des Kranken gegenüber gemacht hat, müsse man annehmen, dass Tuberkelbacillen gefunden worden sind.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 5. Januar 1894.

1. Dr. v. R i m s c h a stellt folgenden Kranken vor: B. M. 9 a. aus Dünaburg, hereditär nicht belastet. leidet seit 5 Mon. an Husten. Die in Dünaburg eingeschlagene Behandlung, die verschiedenen Expectorantien und Pinselungen des Rachens mit Jodglycerin sind ohne Erfolg geblieben. Pat. hustet nur am Tage; der Husten klingt bellend. Hypertrophie der unteren Muscheln, leichte adenoide Vegetation, leichter hypertrophischer Rachencatarrh, etwas vergrösserte Tonsillen, leicht geröthete Stimmbänder bei gutem Schluss, fast normaler Lungenbefund. Entfernung der adenoiden Vegetation, Verkleinerung der Tonsillen, Aetzung der unteren Nasenmuscheln führen zu keiner Besserung. Sowohl der eigenthümliche Klang des Hustens, als auch das vollständige Aufhören während der Nacht lassen den Husten als einen nervösen erscheinen. Schrötter hat solche Fälle unter dem Namen «Chorea laryngis» beschrieben. (Autorreferat).

Dr. M e y s Frage nach der Therapie dieser Erkrankung beantwortet Vortragender dahin, dass dieselben in kalten Uebergiessungen und längerem Chiningebrauch bestehe.

Dr. B e r g e n g r ü n erkundigt sich, ob in diesem Falle auch die charakteristischen Zitterbewegungen der Aryknorpel zu beobachten wären, was vom Vortragenden verneint wird.

Dr. B e r g m a n n , welcher den Kranken auch untersucht hat, bestätigt dies und sieht in dem Fehlen dieser charakteristischen Erscheinung die Schwierigkeit begründet, die Differentialdiagnose der Hysterie gegenüber zu stellen.

Dr. H a m p e l n hat derartige Erscheinungen auch öfters zu beobachten Gelegenheit gehabt, dieselben aber immer auf Hysterie zurückgeführt, trotzdem sonstige hysterische Symptome sich nicht immer gleichzeitig constatiren liessen. Eine sehr genaue Untersuchung hätte in diesen Fällen doch vielleicht einzelne Sensibilitätsstörungen etc. zu Tage gefördert.

Dr. v. R a u t e n f e l d t bestätigt nach seinen Erfahrungen die Ausführungen Dr. H a m p e l n s.

Dr. E d. S c h w a r z meint, dass bei derartigen isolirten Erkrankungen auch eine sehr genaue Untersuchung nach anderen der Hysterie zukommenden Symptomen in der Regel negativ ausfalle. Besondere Schwierigkeiten entstehen bei Entscheidung

dieser Frage an den Extremitäten, besonders an den Gelenken. Hier sei es Sache der Erfahrung, doch eine gewisse hysterische Veranlagung herauszufinden, durch welche man auf die richtige Deutung gewiesen werde, denn eine solche hysterische Veranlagung genüge schon zur Entstehung isolirter Erkrankungen.

Dr. Böhle nd or ff stehen auch 2 ähnliche Fälle zur Beobachtung. Bei einem der Fälle genügt das Liegen im Bette — auch am Tage — um die Anfälle zu beseitigen.

II. Dr. P. Klem m hält seinen angekündigten Vortrag über «Typhusosteomyelitis als Mischinfection». (Ist gedruckt erschienen).

Dr. H a m p e l n macht darauf aufmerksam, dass die vom Vortragenden geschilderten Complicationen erst im Laufe der letzten Jahre zur Beobachtung gelangt wären, wobei er ausdrücklich betont wissen will, dass sicher ein Uebersehen dieser Erscheinungen in früherer Zeit nicht stattgefunden habe. Die Prognose des Typhus erleidet durch die Möglichkeit dieser Complication eine wesentliche Verschlimmerung. Ferner kann er Dr. Klem m nicht Recht darin geben, wenn dieser den geschilderten flüssigen Producten deshalb den eitrigen Charakter absprechen will, weil sich in demselben keine Eiterkörperchen nachweisen lassen. Dieselben könnten anfangs sehr wohl sich darin befunden haben und erst durch den zersetzenden Einfluss der Typhusbacillen schliesslich zerfallen sein, und in der Flüssigkeit gleichsam in emulgirter Form übrig geblieben sein.

Dr. P. Klem m bestätigt die von Dr. H a m p e l n zuerst gemachte Angabe, und weist auf eine gleiche Behauptung F ü r b r i n g e r s in Berlin, dem ein überaus grosses Material zur Verfügung stehe. In Betreff der zweiten Aeusserung kann er Dr. H a m p e l n jedoch nicht ganz beipflichten, denn man müsse doch unterscheiden zwischen den Producten bestimmter Bacillenarten und den regressiven Producten, bedingt durch Mortification der Gewebe, wie sie z. B. in besonders ausgesprochener Form sich oft bei gewissen Stadien der Tuberculose beobachten lassen.

Dr. H a m p e l n stimmt dieser Unterscheidung wohl zu, glaubt aber im speciellen Falle, wo es sich um so copiöse

Mengen von einigen Litern handele, seiner Erklärung mehr Wahrscheinlichkeit zusprechen zu müssen.

Dr. Voss hat auch zweimal Gelegenheit gehabt, diese Form der Osteomyelitis zu beobachten und fragt, ob in allen Fällen dieselbe auf Typhus zurückgeführt werden könne.

Dr. Bergmann betont das unstreitige Verdienst Klemm's als erster den positiven Nachweis von Typhusbacillen geliefert zu haben. Die Casuistik ist bisher noch eine kleine, ca. 20 Fälle enthaltend, die Anamnese dabei meist lückenhaft und nur in wenigen Fällen ausdrücklich Typhus als vorangegangen angegeben. Ein Bacillenbefund ist vor Klemm jedoch nicht erbracht worden. Durch diesen Umstand ist aber erst die Möglichkeit gegeben, die klinisch oft wesentlich verschiedenen Formen der Osteomyelitiden mehr zu specialisiren, während sie bisher alle auf den Staphylococcus allein als Urheber zurückgeführt werden mussten. Als interessant für die ätiologische Seite der Frage theilt Dr. Bergmann ferner eine Publication aus einem Warschauer Hospital mit, nach welcher daselbst in einem Zimmer, wo früher Osteomyelitis Kranke gelegen hatten, Typhuskranke unterbracht wurden, von denen eine grosse Anzahl die besprochene Complication darboten.

Dr. Krannhals hält die Frage über die eiterbildende Fähigkeit der Typhusbacillen noch nicht abgeschlossen. Er für seine Person stehe den Reinbefunden gegenüber sehr skeptisch, nachdem er sich nicht selten bei Culturen der Entzündungsproducte davon habe überzeugen können, ein wie differentes Resultat gewonnen werde, je nachdem die Cultur auf Gelatineplatten, oder auf Agar ausgeführt wurde. Er glaube daher, dass die Typhusbacillen nicht direct Eiterung hervorzurufen befähigt seien, sondern nur die Aufgabe hätten, die Gewebe derart zu beeinflussen, dass dieselben einen geeigneten Nährboden für die Eitererreger böten. Die im Knochenmark speciell sich abspielenden Processe halte er nicht für Eiterung, sondern Nekrose.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 19. Januar 1894.

1. Dr. W. Lenz stellt ein junges Mädchen vor, welches einen eigenthümlichen Haarausfall am Kopfe darbietet. L. führt dies Leiden auf trophoneurotische Störungen zurück. Die Therapie ist bisher erfolglos gewesen.

2. Dr. v. Stryk legt einen wegen sarcomatöser Entartung exstirpirten Uterus vor, der ausserdem ein dünngestieltes fast kindskopfgrosses Fibrom trägt. Das Präparat stammt von einer 57-jährigen, sehr fettleibigen Virgo, die ausser in den letzten Jahren aufgetretenen andauernden Blutungen keine Beschwerden gehabt. Die Diagnose war mikroskopisch constatirt worden, an mit dem Löffel dem Endometrium entnommenen Partikeln. Die Portio, ebenso die Parametrien waren frei, hinten links vom Uterus fand sich ein bei der Untersuchung als eigross taxirter harter, wenig beweglicher Tumor. Die Operation erschwert durch Enge und Rigidität der Vagina, sowie Schwerbeweglichkeit des Uterus, hatte fast 3 Stunden Narkose bedurft, da namentlich das grosse an bleistiftdicke, 2 Cm. langem Stiele sitzende Fibrom schwer zu entwickeln war. Pat. vertrug den Eingriff gut, erholte sich bald nach der Narkose, hatte guten Puls, normale Temperatur, bis auf einen vorübergehenden Anstieg (ohne Frost) auf 38°, 9 24 Stunden p. operat. Abends 37. 3. Einzige Klage der Kranken: Aufgetriebenheit des Praecord, bei weichem eindrückbarem Unterleibe. Kräftezustand so gut, dass mehrere Male Morphinum subcutan gegeben und gut vertragen wurde. Trotzdem plötzlicher Tod, 43 Stunden p. operat. in Gegenwart der pflegenden Schwester. Sofort herbeigeholte ärztliche Hülfe kam zu spät. Die von Dr. K r a n n h a l s freundlichst vorgenommene Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle ergab als einzige wahrscheinliche Todesursache die überaus vorgeschrittene Verfettung des Herzmuskels. Vortragender hält die andauernde Narkose für den letzten Anlass der versagten Energie eines eminent leistungsunfähigen Herzens, und warnt daher vor protrahirten Narkosen bei allen fettleibigen Individuen. (Autorreferat.)

3. Dr. T r e y m a n n demonstriert einen am heutigen Tage exstirpirten Eitertubensack und berichtet kurz die vorausge-

gangenen Krankheitserscheinungen und den Gang der Operation.

4. Dr. Hach berichtet über einen Fall von Extrauterin-
gravidität: Frau R. 16 Jahre verheirathet, hat 2 mal geboren
und 3 mal Aborte in den ersten Monaten gehabt, den 1 vor
den Geburten, die beiden andern zwischen denselben. Pat. ist
nie mit Schmerzen oder Beschwerden im Unterleib behaftet
gewesen, hat nie fl. albus gehabt. Periode stets regelmässig.
4 Tage. Menses vom 10.—14. August, zur Zeit, anfangs Sep-
tember 4 Tage, beide Male von normaler Stärke. Ende Septem-
ber leichte Blutung, am 4. Oct., also zur Zeit, 4-tägige etwas
schwächere Blutung, 4 Tage Pause, dann beginnt eine mässige
Blutung, die bis Mitte November anhält. Stücke nicht beob-
achtet, dann bis zum Tage der Consultation keine Blutung.
Am 15. August, 1 Tag nach Beendigung der Menses, bekommt
Pat. auf einer Fahrt einen heftigen Schmerz im Unterleibe,
plötzlichen starken unerträglichen Druck auf Blase und Mast-
darm. Pat. erholt sich, setzt den Weg -- 1 Kilom. zu Fuss
fort. Rückweg (2¹/₂ Kilom.) zu Fuss, fahren unmöglich. Die
Schmerzen schwinden allmählich, nur der Druck auf Blase und
Mastdarm bleibt, wechselnd an Stärke. Dieselben Erscheinun-
gen wie im August am 9. Oct., ein Tag nach Beendigung der
Menses, nur stärker, ebenfalls auf einer Fahrt. Schwindel,
Ohnmacht beide Male nicht eingetreten. Die Schmerzen und
der Druck im Unterleibe nehmen stetig zu, jedoch treten Re-
missionen ein, in denen Pat. sogar Besuche machte. Ischurie,
Pat. führt selbst den Katheter ein, eine Zunahme des Leibes
hat Pat. nicht bemerkt, keinen Tumor gefühlt, keinerlei Gra-
viditätssymptome. Am 22. Dec. Untersuchung in Narkose: Va-
gina lang gedehnt, Douglas stark vorgewölbt. Portio hoch-
stehend unmittelbar über der Symphyse, Uterus vergrössert,
etwa der 6. Schwangerschaftswoche entsprechend, liegt auf
einem rundlichen prallelastischen gleichmässigen nicht ver-
schiebbaren Tumor, welcher den Douglas stark hinunterdrängt,
derselbe liegt in der rechten Hälfte des Unterleibes, die Linea
alba nach links überragend. Brüste schlaff, keine Graviditäts-
erscheinungen. Da die Möglichkeit einer Gravidität absolut in
Abrede gestellt wird, und eine Punction des Douglas mit
Pravatz'scher Spritze zersetztes Blut zu Tage fördert,
wird die Diagnose auf Hämatocele retrouterina gestellt. Da

die Beschwerden hochgradig, wird in derselben Narkose die Kolpotomie gemacht, Schnitt durch den hinteren cul de sac, es entleert sich coagulirtes Blut. Der Finger tastet erst eine mit Blutcoagulis gefüllte Höhle. Der Finger gelangt durch einen Schlitz, durch das Messer hervorgebracht, in eine zweite grössere Höhle, und fühlt daselbst den Kopf einer Frucht, und die zu einem 3-Theil abgelöste Placenta. Extraction des Foetus (Mädchen, lebend, $16\frac{1}{2}$ Cmt. lang) und Entfernung der Placenta, dabei reichliche Blutung, welche auf reichliche Jodformgazetamponade zum Stehen gebracht wird. Glatter Verlauf mit periodischen kurzdauernden Temperatursteigerungen, welche nach jedem Verbandwechsel zur Norm zurücksinken. (Autorreferat).

Dr. Treymann hält die Kolpotomie für angezeigt in solchen Fällen, wo der Douglas durch den Fruchtsack stark vorgewölbt, und der Sitz der Placenta nicht hindernd ist. Es wären in der Literatur sogar Fälle beschrieben, wo auf diesem Wege durch den Forceps eine ausgetragene Frucht bei abdominaler Gravidität extrahirt worden ist. Er selbst habe dieses Verfahren einmal bei 8-monatlicher Frucht angewandt, wo auch der Douglas stark vorgewölbt gewesen. Der Verlauf war leider ein ungünstiger, desto mehr interessire ihn der von Dr. Hach geschilderte Fall. Die Fehldiagnose Hämatocele retrouterina halte er für durchaus erklärlich.

Dr. Radcki stehen eigene Erfahrungen nicht in genügender Zahl zu Gebote, doch habe sich auf dem internationalen gynäkologischen Congress in Brüssel 1892 Martin unter Zustimmung anderer erfahrener Gynäkologen dahin geäußert, dass eine Diagnose des Placentarsitzes vor der Operation nicht möglich sei. Daher könne man diesen Umstand nicht, wie Dr. Treymann es thut, zur Indicationsstellung der Operationsmethode heranziehen.

Dr. Treymann erwiedert, dass er in 2 Fällen die Diagnose vor der Operation gestellt habe, und die Operation dieselbe als richtig erwiesen habe.

Dr. Wolochinsky stimmt Dr. Treymann zu, und berichtet einen Fall von Litzmann, wo dieser ebenfalls vor der Operation den Sitz der Placenta diagnosticiren konnte. Dr. Hach gegenüber giebt er der Erwägung Raum, ob es

sich in dem von ihm referirten Falle nicht um eine intra-ligamentäre Entwicklung des Fruchtsackes gehandelt haben könnte.

Dr. H a c h hält die Frage für schwer zu entscheiden.

d. Z. Secretär: Dr. R a d e c k i.

Sitzung am 2. Februar 1894.

1. Dr. P a u l K l e m m stellt einen Kranken vor, der vor einiger Zeit durch Gangrän die ganze Scrotalhaut verloren hatte, so dass wie Vortragender an einer Zeichnung demonstrirt — die beiden Testikel frei zu Tage lagen. Trotzdem ist der grosse Defect ohne irgend welche plastische Operation gut verheilt, indem die granulirenden Flächen einfach durch Heftpflasterstreifen zusammengezogen wurden.

2. Dr. T h i l o hält seinen Vortrag über die Behandlung des Klumpfusses. Vortragender legt eine Schiene vor, die er seit 7 Jahren zur Beseitigung einiger fehlerhafter Stellungen des Fusses verwendet. Anfangs benutzte Dr. Th. diese Schiene nur zur Beseitigung des Spitzfusses. Der Fuss ruht in der Schiene mit der Spitze auf einem Metallbogen und durch einen Riemen der über den Rücken des Fusses verläuft, kann ein Zug ausgeübt werden, welcher den Hacken nach unten drängt. Durch Hinzufügung von Seitenzügen und Seitenstützen wurde aus der Spitzfusschiene ein Apparat, mit dem es gelang auch Klumpfüsse und Plattfüsse zu corrigiren. Der erste auf diese Art corrigirte Klumpfuss war ein paralytischer Klumpfuss bei einem zehnjährigen Mädchen aus der Abtheilung des Herrn Dr. H o l s t im Stadtkrankenhaus zu Riga. Dieser Fall wurde im Januar 1888 in unserem Verein vorgestellt. Seit jener Zeit wurde die Schiene bedeutend vervollkommenet und zur Nachbehandlung von Fracturen-Paralysen und angeborenen Leiden benutzt.

Dr. T h i l o ist in Uebereinstimmung mit S a y r e, H o f f a und anderen gegen eine forcirte Correctur. Er schliesst sich Hoffa ganz an, wenn er sagt, «dass man gut thut, die Correction des Klumpfusses nie auf einmal zu erstreben, dass man vielmehr zuerst die Correction der Adductionsstellung des Fusses,

dann die Supinationsstellung desselben und erst in letzter Linie die der Plantarflexion vornimmt» (wörtlich). Der vorgestellte Fall, ein Kind von 12 Monaten, war vier Monate behandelt. Am Anfange der Behandlung konnte nur mit Mühe der Fuss in die Schiene gelegt werden, da er mit dem äusseren Rande sich gegen die Sohlenstütze lehnte, jetzt legt die Mutter des Kindes, eine Bauernfrau, ihn mit Leichtigkeit zweimal täglich in die richtige Stelle in die Schiene, und entfernt ihn wieder aus derselben, reibt und wäscht ihn und macht Bewegungen. In Folge dessen ist der Fuss auch im Wachsthum nicht zurückgeblieben. Die Rotation nach innen und die Adduction sind schon übercorrigirt. Die Spitzfussstellung wurde noch wenig in Angriff genommen.

Ferner zeigt Dr. Thilo Sohlenerhöhungen aus Metallbögen, die er an Stelle der dicken Korksohlen verwendet. Drittens stellt Dr. Thilo einen Knaben von 14 Jahren vor, der nach Angabe der Mutter im 6. Lebensjahre nach Scharlach an einer schweren eitrigen Kniegelenkentzündung erkrankte, welche durch eine längere operative Behandlung in einer Klinik bis auf einen kleinen Fistelgang beseitigt wurde. Da aber nach dem Verlassen der Klinik die Eltern nichts mehr für die Behandlung verwendeten, so trat eine spitzwinkelige Contractur ein, welche den Knaben nöthigte mit der Krücke 4 Jahre zu gehen. Mit Hilfe einer Schiene, die Dr. Thilo vorlegt, gelang es in einem Monate das Bein so weit zu strecken, dass Patient ohne Krücken gehen konnte.

Dr. Thilo verliert einige Stellen aus einem Aufsatz, den er in der Zeitschrift für ärztl. Polytechnik veröffentlicht hat unter dem Titel: Breite Sohlen gegen das Umklappen des Fusses. Er legt einige von ihm ersonnene Sohlen, und nach seinen Angaben angefertigte Stiefel vor. (Autorreferat.)

In der Discussion bemerkt Dr. P. Klemm, dass er der Dr. Thilo'schen Schienenbehandlung keine Vorzüge einräumen könne. Im Gegentheil glaubt er bei Kindern unter 6 Jahren mit einfacheren Methoden mehr erreichen zu können, wie z. B. durch häufige manuelle Correction der fehlerhaften Fussstellung mit nachfolgender Fixation während der Nacht durch Holzsohlen, welche durch Heftpflasterstreifen fixirt werden, bei gleichzeitiger Massage am Tage. Einen principiellen Fehler müsse er in dem Vorgehen Dr. Thilo's sehen, die Spitzfuss-

stellung nicht gleich im Beginn der Behandlung zu corrigiren, indem die bei diesem Verfahren unausbleibliche Retraction der Wadenmusculatur später sehr schwer zu beseitigen ist.

Dr. Bergmann schliesst sich den Ausführungen Dr. Klemm's an und meint, dass Dr. Thilo entschieden mit Unrecht die Behandlung mit dem Gypsverband so sehr verwerfe. König z. B., welchem eine grosse Erfahrung in dieser Frage nicht abzuspochen ist, trete warm für diese Methode ein. Der Verband müsse nur öfter abgenommen und diesem Umstande Rechnung tragend construirt werden.

Dr. Böhlendorf glaubt ebenfalls in den leichteren Fällen bei Kindern mit einfachen Methoden mindestens dasselbe erreichen zu können. Die Hauptsache bei einer rationellen Behandlung ist es, dass durch dieselbe Reehnung getragen werde dem von Wolff aufgestellten Transformationsgesetze der Knochen. Seiner Ansicht nach könne man dieses am vollkommensten durch einen abnehmbaren Gypsverband erreichen. Die schweren Fälle Erwachsener trotzten mitunter jeder Behandlungsmethode.

Dr. P. Klemm kann der letzten Aeusserung Dr. Böhlendorf's nicht zustimmen, da durch die blutigen Operationen auch in den schwersten Fällen oft auch günstige Resultate zu erreichen sind.

Dr. Thilo erwiedert, dass ihm fern gelegen habe, den Nutzen anderer Methoden zu bezweifeln. Seine demonstirte Schiene habe er, wie schon betont, zuerst gerade zur Behandlung des Spitzfusses erfunden, und könnte er daher auch diese fehlerhafte Stellung mit derselben gleich im Anfange corrigiren, wenn er es nicht principiell für falsch hielte. Er habe nur zeigen wollen, dass durch seine Schienenbehandlung, welche er für überaus einfach und leicht controlirbar halte gute Resultate zu erzielen sind, wie ja die Collegen sich schon jetzt an dem vorgestellten Kinde überzeugen könnten. Wenn er dasselbe Kind nach einigen Monaten, wie er hoffe, vollständig gesund vorstellen wird, dürften ihm die Collegen wohl Recht geben.

D. Z. Secretär: Dr. R a d e c k i.

Sitzung am 16. Februar 1894.

Dr. Gilbert hält seinen angekündigten Vortrag über die Behandlung der Retrodeviationen des Uterus.

Die Retrodeviationen des Uterus stellen an und für sich keine Erkrankungen dar, sie bedingen nur für das betroffene Organ eine erhöhte Vulnerabilität; diese zu beseitigen ist Aufgabe der Therapie der Retrodeviationen. Die älteste Behandlung ist die Ringbehandlung, welche aber nicht frei von Unzulänglichkeiten ist, und nur an Frauen, die am Orte leben, durchführbar ist. Geheilt werden nur die frischen postpuerperalen Fälle; von den chronischen bleiben 20% ungeheilt. Daher ist auf's Wochenbett in dieser Hinsicht genauer zu achten. Die Durchführung der Therapie verlangt grosse Sachkenntniss und Uebung. Zu verwerfen sind Intrauterine — das Zwangsche Flügelpessar. Nicht durchführbar ist die Ringbehandlung bei abnormer Kürze und Schlaffheit der Scheide und bei sehr hochgradigem Knickungswinkel. Hier könnte die Massage versucht werden, doch leistet sie hier nicht so Gutes wie bei den adhärennten Fällen, wo es oft gelingt, durch diese Methode den Uterus mobil zu machen. Als Contraindication gegen die Massage betont Vortragender Dicke der Bauchdecken, gonorrhöische Infection, acute Entzündungen, Nervosität und schlechte sociale Verhältnisse. In einzelnen Fällen sind die Schultze'schen Hebungen als das kürzere Verfahren zu empfehlen.

Von den operativen Verfahren kommt bei den mobilen Retrodeviationen die Vaginofixatio in Betracht. Die Resultate der Mackenrodt'schen Methode sind keine guten. Nur bei enger Scheide und Prolaps der Vagina kann Vortragender sie zur gleichzeitigen Fixation des retrovertirten Uterusempfehlen. Die Dührssen'sche Methode ergiebt bessere Resultate, weil es mit ihr am besten gelingt den Fundus an die Scheide zu fixiren. Veit und Fritsch erkennen ihre Vorzüge ebenfalls an. Vortragender selbst hat 3 mal nach Dührssen operirt: ein Fall unbekannt, 2 Erfolge. Die Alexander Adam'sche Operation ist zu verwerfen. Bei adhärennten Retrodeviationen und bei einzelnen mobilen kommt die Ventrofixation in Frage, sie liefert gute Resultate, und hindert Conception und normalen Verlauf der Schwangerschaft nicht. (Autorreferat).

In der sich an den Vortrag schliessenden Discussion betont Dr. Rülle, dass die Pessarbehandlung seit c. 20 Jahren keine Fortschritte zu verzeichnen habe. Den Grund dafür sehe er in der unwissenschaftlichen Indicationsstellung. Die Autoren könnten sich nicht einigen über die physiologische Dignität des anatomischen Bandapparates, woher es komme, dass die Voraussetzungen der Pessarbehandlung wie diese selbst unsicher und widersprechend sind. Seine Ansichten habe er vor c. 20 Jahren in einem Vortrage niedergelegt und könne er dieselben nach Erweiterung seiner Erfahrungen heute noch aufrecht erhalten. Sehr guten Erfolg könne er mit dem intrauterinen Stift constatiren. Bis auf vorübergehende profuse Menses habe er nie bei dieser Behandlung eine schädliche Wirkung beobachten können. Bei temporärer Sterilität habe er durch dieses Verfahren c. 90% Heilung zu verzeichnen.

Dr. v. Knorre findet das Material Dr. Gilbert's doch zu klein, um ihm die Berechtigung zusprechen zu können, die Dührssen'sche Methode so warm zu befürworten. Dührssen fand unter den Gynaekologen wenig Anklang. Er selbst habe zwei Mal nach Dührssen operirte Frauen zu untersuchen Gelegenheit gehabt, und in beiden Fällen hatte keine Correction stattgefunden. Er für seine Person ist überhaupt kein Anhänger der Vaginofixation und ist überzeugt, dass diese Methode bald zu den historischen zu zählen sein werden. Die Neugebauer'sche Statistik spreche weniger gegen das Princip, als gegen die Aerzte. Unter den von Dr. Gilbert citirten Autoren vermisste er die wichtige Arbeit Ziegenspecks, aus welcher hervorgehe, dass die Ursache der Retrodeviationen nicht in Erschlaffungszuständen, sondern in Entzündungen zu suchen sei. Die Aufgabe der Therapie wäre es demnach nicht die Gewebe zu festigen, sondern die Entzündungen und deren Folgen zu beseitigen. Dieser Aufgabe werde die Massage durch Dehnung der entzündlichen Fixationen etc. in vollstem Maasse gerecht.

Dr. Radecki wendet sich gegen die Behauptung Gilbert's, dass die Massage sexuelle Reizung und hochgradige Nervosität hervorrufe. Entweder verfüge Dr. Gilbert nicht über eigene Erfahrungen, oder führe die Massage fehlerhaft aus. Bei ruhiger Haltung der Finger in der Vagina ist R. bei einer recht grossen Anzahl von Massagen nie die von Dr.

Gilbert betonte Erscheinung zur Beobachtung gekommen, ebenso wenig eine stärkere Nervosität. Die Frauen fühlen sich im Gegentheil meist wesentlich besser. Die Beschwerden der Retrodeviation haben in der grossen Mehrzahl der Fälle ihre Ursache in den fast stets gleichzeitig bei sehr genauer Untersuchung nachzuweisenden entzündlichen Fixationen und Schwellungen in den Adnexen. Ob die Retrodeviation dabei mobil oder adhärent, spiele in symptomatologischer Hinsicht keine wesentliche Rolle, denn sind durch eine Massagecur die erwähnten Entzündungen beseitigt, so mache die allein übrig bleibende Retrodeviation oft keine Beschwerden mehr. Ehe man sich daher zu einem operativen Eingriff entschliesst, müsse man sich immer erst über das Verhalten der Adnexe orientiren.

Dr. v. Stryk meint, man müsse bei Beurtheilung dieser Fragen einen schärferen Unterschied machen zwischen den fixirten und den mobilen Retrodeviationen. Bei den ersteren wäre die Massage am Platze. Bei letzteren, namentlich bei starken Erschlaffungszuständen anämischer junger Mädchen könne die Massage nichts nützen, ebenso wenig, wegen Schlawheit des Beckenbodens, die Pessarbehandlung. Hier kämen die operativen Methoden in Frage und unter diesen vorzüglich die Ventrofixation. Ueber die Pessarbehandlung habe Dr. Gilbert entschieden zu abfällig geurtheilt.

Dr. Helmsing betont, dass man unterscheiden müsse zwischen den Fixationen des Fundus uteri und denen der Cervix, bei welch' letzteren der Fundus oft in Anteflexion zu bringen sei — nicht aber die Cervix nach hinten. Diese Fixationen werden oft nicht richtig erkannt, resp. gedeutet, während dieselben nach Ziegenspeck gerade als Ursache für das hartnäckige Fortbestehen der Retrodeviation anzusehen seien. Die Therapie habe bei den fixirten Retrodeviationen 2 Aufgaben zu erfüllen: 1) Die Mobilmachung und die Reposition des Uterus. 2) Die Erhaltung des Uterus in der richtigen Lage. ad. 1) bemerkt Dr. Helmsing, dass das Schultze'sche Verfahren und die Massage nicht miteinander concurriren, sondern einander ergänzen. Das erstere bezweckt das Lösen der peritonealen Adhäsionen in einer Sitzung, während der Massagebehandlung vorzugsweise die vorderen, seitlichen und unteren Fixationen der Cervix zufallen, denen gegenüber das Schultze'sche Verfahren machtlos ist. Helmsing hat selbst seit mehreren

Jahren in vielen Fällen genannter Fixationen bei gleichzeitigen peritonealen Adhäsionen und Schwellungen in den Adnexen die Massage mit Erfolg angewandt und hält diese Behandlungsmethode für durchaus leistungsfähig und empfehlenswerth. Ad. 2) Zur Erhaltung des mobilmachten Organs in Normallage wurde dann öfter ein Pessar eingeführt, welches dann oft nach kürzerer oder längerer Zeit dauernd entfernt werden konnte. In Betreff der Alexander-Adamschen Operation bemerkte er, dass Ziegenspeck keinen messbaren Unterschied in der Länge der Lig. rotunda bei Anteflexionen und Retroflexionen gefunden habe. Daher dürften diese Bänder in ätiologischer Beziehung nichts mit den Lageveränderungen zu thun haben.

Dr. Gilbert betont, dass Dührsens durchaus nicht einzeln dastehe, indem Veit und Fritsch auch nach seiner Methode mit gutem Erfolg operirt hätten. Die Neugebauersche Statistik spreche, seiner Ansicht nach, nicht nur gegen die Ausführung, sondern auch gegen die Methode der Pessarbehandlung an sich. Dr. Radecki gegenüber betont er, dass er durchaus kein Gegner der Massagebehandlung sei, dennoch aber aus eigener Erfahrung wiederholt die von ihm betonten Uebelstände habe beobachten können.

d. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 2. März 1894.

1. Dr. Bergmann stellt 3 Kranke vor, bei denen er wegen Darmbein-Osteomyelitis die Resection ausgeführt, und hebt hervor, dass die Mortalitäts-Ziffer bei Osteomyelitis des Darmbeins eine erschreckend grosse sei. Günstiger Ausgang wurde in einer bisher nur sehr kleinen Zahl von Fällen berichtet. diese Fälle betreffen Erkrankungen des Darmbeinkammes. Es scheint als ob hier der Epiphysenknorpel gewissermassen ein Fortschreiten des Processes auf den Knochen selbst zunächst verhindere resp. erst im weiteren Verlauf, eventuell nach Jahren erst zulasse, wie solches in ganz analoger Weise sich auch in den langen Knochen abspiele. Der traurige Ausgang der Darmbeinosteomyelitis welchen Votr. aus eigener Erfah-

rung in mehreren Fällen beobachtet, veranlassten ihn zum 1. Mal im vorigen Jahr ein Darmbein total zu reseciren, d. h. in seiner Verbindung mit Sitz- und Schambein im Gelenk auszulösen. Der Kranke genas und zwar mit einem functionell befriedigenden Resultat.

2. Fall. 20-jähriger Mann. Darmbeinosteomyelitis rec. 19. Dec. 1893. Resection bis hart an die Gelenkpfanne, wo das Periost sich nicht mehr so leicht ablöste, und der Knochen durchaus gesund aussah. Sehr schweres Krankenlager. Pat. geheilt vorgestellt mit ca. $\frac{1}{3}$ der normalen Function.

3. Fall. 6-jähriges Mädchen operirt am 31. December 1893. Darmbein ausgelöst in den noch nicht verknöcherten Verbindungen der Gelenkpfannen ausserhalb der Gelenke, sehr gutes functionelles Resultat. Ueber die Technik der Operation, sowie die Details der Krankengeschichten gedenkt Votr. ausführlich nächstens zu berichten. (Autorreferat).

2. Dr. v. Zur-Mühlen legt ein Präparat einer Dünndarmschlinge vor, welche von einem verschluckten Knochenstück perforirt ist. Das Präparat stammt von einer Patientin, welche bei der Untersuchung Erscheinungen einer incarcerirten Hernie darbot. Die Operation ergab ein Diverticulum Nuckii und eitrige Peritonitis, deren Ursache bei der Operation nicht zu constatiren. Während der Operation deutlicher Beweis für die Durchgängigkeit des Darmes wenigstens für Gase. Tod am andern Tage an allgemeiner Peritonitis. Section ergab vorgelegtes Präparat.

3. Dr. Kranhals referirt über 7 Krankheitsfälle, welche klinisch die Erscheinungen einer, allerdings rudimentären, Meningitis cerebralis resp. cerebrospinalis darboten, anatomisch sich in den 5 letal endenden Fällen nicht als Meningitis erwiesen, sondern nur Oedem der Pia, hochgradige venöse Hyperaemie derselben und zahlreiche kleine Blutungen in das Bindegewebe der weichen Hirnhaut aufwiesen. Sämmtliche Fälle wurden im Stadtkrankenhaus zu Riga beobachtet, und zwar im unmittelbaren Anschluss an die Influenza-Epidemie des Winters 1889—1890, im März und April 1890, nur ein Fall Mitte Juni 1890, als der letzte derartige. Sonst sind im Stadtkrankenhaus derartige Fälle nicht mehr beobachtet worden, auch nicht bei dem Wiederauftreten der Influenza in dem Winter 1893—1894. Vortragender bringt die Fälle in Zusam-

menhang mit der Influenza und stellt als Möglichkeit hin, dass sie der sog. «Nona» zugezählt werden könnten. Die Casuistik wird in extenso publicirt werden. (Autorreferat).

Dr. Tiling meint, dass der anatomische Befund eine genügende Erklärung für die klinisch zur Beobachtung gelangten Symptome darbieten, es käme eben nur darauf an, der Aetiologie nachzuforschen. Er schildert einen ähnlichen Fall, den er vor einigen Wochen in Rothenberg zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Es handelt sich um einen gesunden kräftigen Fabrikarbeiter, welcher plötzlich am Morgen mit Bewusstlosigkeit erkrankte. Taumelnder Gang, Verwirrtheit und sonstige für Meningitis charakteristischen Symptome. Keine Krämpfe, leichte Paresen; Pupillen mittelweit, träge Reaction. Zuletzt Nackenstarre. Tod in 4–5 Tagen. Section. Oedem der Convexität und der Ventrikel und ganz leichte grünliche Verfärbung der Pia. Dr. Tiling lässt die Frage offen, ob es in sehr acut verlaufenden Fällen nicht zum Tode kommen könne, ehe sich anatomisch die für Meningitis charakteristischen Erscheinungen ausgebildet haben.

Dr. Holst führt auch einen Fall aus seiner Praxis an, wo er erst an Meningitis gedacht, der aber in Heilung übergegangen. Es handelt sich um einen ca. 50-jährigen Mann, welcher comatös mit Temperatur v. 40° ins Krankenhaus gebracht wird, dabei besteht Muskelstarre (nicht Nackenstarre) Hyperaesthesie des Nackens und Rückens. Blase bis zum Nabel gefüllt, muss mit Catheter entleert werden. Percussion des Kopfes sehr empfindlich. Pupillen weit. Reaction träge. In Folge dieser Symptome Annahme einer Meningitis. Nach 24 Stunden Sensorium klarer. Am 3. Tage Sensorium ganz frei. Temp. 38°. Einziges Krankheitssymptom Retentio urin. Später an der Natesegend nicht sehr ausgebreitete Phlegmone mit nachfolgendem tiefem gangränösem Geschwür. Die später erhobene Anamnese deutete auf vorausgegangene Influenza.

Dr. Hampeln betont seine vollständige Uebereinstimmung mit den Ausführungen Dr. Krahnhal's; dass es sich in den referirten Fällen um eine Infectiouskrankheit gehandelt habe, erscheine ihm zweifellos. Die Natur derselben lasse sich nur per exclusionem feststellen. Entweder handele es sich um eine neue Erkrankung, welche noch unbekannt, oder es komme nur Cerebrospinal-Meningitis und Influenza in Frage. Wäre der

pathologisch-anatomische Befund negativ ausgefallen, dann läge die Annahme einer Cerebrospinalmeningitis ohne Meningitis nahe, wobei Dr. H a m p e l n auf die Analogie bei Typhus exanthematicus ohne Exanthem hinweist. Man hätte es dann nur mit der functionell-toxischen Wirkung ohne anatomische Veränderung zu thun. Der positive anatomische Befund lässt jedoch eine besondere Erkrankung annehmen und da bliebe nur die Influenza übrig. Vor ca. 15 Jahren herrschte in Riga eine Typhus exanth.-Epidemie, in welcher nicht selten charakteristische meningitische Symptome klinisch zur Beobachtung kamen, wo das Exanthem während des Lebens fehlte und der Obductionsbefund negativ ausfiel.

Dr. K r a n n h a l s betont Dr. Tiling gegenüber seinen Zweifel, dass es in seinen Fällen vielleicht doch zu einer Eiterung hätte kommen können, da die mikroskopische Untersuchung nichts für diese Annahme Sprechendes ergaben habe.

Dr. Tiling hat nur einer Vermuthung Ausdruck geben wollen, welche ihm in sofern einige Wahrscheinlichkeit für sich zu haben scheine, als die Eiterbildung durchaus nicht dort vor sich gehe, wo der Herd zu finden sei, sondern meist eine eigenthümliche Verschleppung längs der Gefässcheiden zu beobachten wäre.

Dr. E d. S c h w a r z berichtet auch über einen Fall, zu dem er vom Collegen G i l b e r t gebeten worden ist, wo er auch auf Grund der bestehenden Symptome eine Meningitis annehmen zu müssen glaubte — es handelte sich unter anderem um eine Neuritis optica, welche namentlich auf dem rechten Auge deutlich ausgesprochen war, und dementsprechend die Prognose ungünstig stellte. Nichtsdestoweniger genas Patientin nach einigen Tagen. Der ophthalmoskopische Befund war zurückgegangen. Hier handele es sich um eine Erkrankung nach Influenza.

Dr. H a m p e l n betont, dass diese Erscheinungen immer nur am Ausgange einer Epidemie beobachtet worden sind, und dann immer sporadisch.

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

Sitzung am 16. März 1894.

1. Dr. Rieder demonstriert ein Präparat eines multiplen Aortenaneurysma. Anknüpfend hieran macht er die Mittheilung, dass unter 525 im Verlaufe der letzten 3 $\frac{1}{2}$ Jahren in der städt. Sectionskammer ausgeführten gerichtlichen resp. polizeiärztlichen Sectionen Aortenaneurysmen 21 Mal beobachtet wurden, und dass in 14 Fällen die Ruptur derselben die Ursache des plötzlichen Todes bildete.

2. Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag über die Aetiologie der Arteriosklerose und des Aneurysma Aortae. Vortragender definirt das Aortenaneurysma als umschriebene Erkrankung der Aortenwand mit dem Resultat eines proportionalen Elasticitätsverlustes. Schon der gewöhnliche Blutdruck könne unter solchen Umständen eine umschriebene Dehnung des Aortenrohres, das Aneurysma bewirken, ohne darum mehr als eine einfache Gelegenheitsursache zu bedeuten, da der Blutdruck für sich, selbst hochgradig gesteigerter, nie ein Aneurysma, sondern im günstigsten Falle nur diffuse Dehnung der Aorta zur Folge haben kann.

Jene Erkrankung aber ist in der sogenannten Aortensklerose repräsentirt, die er, darin von Thoma abweichend, im gewöhnlichen Sinne als chronisch entzündlichen Process der Aortenintima auffasst, die dann weiterhin auf die Media und Adventitia, diese oft nur passiv dehnend, übergeht. — Als Ursache dieser Aortensklerose scheinen ihm, da mechanische Reize zur Erzeugung entzündlicher Processe nicht ausreichen, infectiöse und toxische Einflüsse in Betracht zu kommen, ohne dass es möglich wäre, ein besonderes Agens dieser Gruppen zu beschuldigen. Für unbetheiligt hält er acute Infectionskrankheiten, acuten Gelenkrheumatismus, Tuberculose, und für wahrscheinlich, dass gewöhnliche Producte insbesondere des regressiven Stoffwechsels, Ernährungsfehler gewöhnlichster Art, Ueberernährung und unzweckmässige Ernährung wesentlichen Antheil an der Entstehung der Aortensklerose hätten.

Dafür spreche die Häufigkeit der As. überhaupt, ihre Zunahme mit dem Alter und ihr Ueberwiegen beim weibl. Geschlecht. — Hieraus dürfe aber nicht auf eine gleiche Unbestimmtheit der Aetiologie der arteriosklerot. Aortenaneurysmen geschlossen werden. Schon die grosse Seltenheit dieser an sich,

und besonders in Widerspruch mit der Häufigkeit der As. überhaupt, sein Vorwiegen beim männlichen Geschlecht und im mittleren Alter, alles das rede zu Gunsten besonderer Schädlichkeiten, und einer besonderen Form der As. Freilich werde auch hier jeglicher Hinweis auf einen Zusammenhang des Aneurysma mit acuten Infectionskrankheiten, Tuberculose, chronischen Infectionen vermisst, mit Ausnahme nur einer auffallenden Beziehung zur Syphilis.

Meist ergab eine sorgfältige Anamnese, die freilich nur in einem Theil der Fälle vorlag, in Bezug auf Syphilis positive Daten und zwar in 80 pCt. seiner Privatpraxis (17 Fälle) und 56 pCt. der Hospitalpraxis (33 Fälle). Dass es sich hier nicht um ein zufälliges Nacheinander, sondern um einen causalen Zusammenhang handelt, dafür spricht schon die Unwahrscheinlichkeit eines sich so häufig wiederholenden Zufalls und die bekannte Eigenthümlichkeit der Syphilis, noch nach vielen Jahren sich in ihren ominösen Spätwirkungen zu offenbaren.

Man irre daher, bei sicher constatirtem Aortenaneurysma, gegenwärtig fast nie mit der Annahme vorausgegangener Syphilis. Ebenso dürfe man im Zweifelfalle, ob ein Aneurysma oder Neoplasma vorliege, bei sicher auszuschliessender Syphilis, sich ruhig für das Neoplasma entscheiden, ein nicht geringer practischer Vortheil. Aber auch practisch-therapeutisch erscheine die gewonnene Erkenntniss von Werth, da sie zu erneuten Anstrengungen gegen diese Seuche anregen dürfte. Uebrigens schienen ihm diese nur dann einen Erfolg zu versprechen, wenn eine neue Kampfmethod e angenommen würde. Der Krankheitsstoff, die Versuchung als Krankheitsvermittler, kann ja nicht aus der Welt geschafft werden, wohl wäre es aber möglich, durch planmässige Erziehung, so zu sagen, eine grössere Immunität des Willens diesen Reizen gegenüber zu erzielen. Erst damit wäre ein sicherer Schutz gegen diese anders nicht zu überwindende Seuche gewonnen. (Autorreferat).

Dr. K r a n n h a l s fragt Vortragenden, ob der Annahme, dass Lues die Ursache für das Aneurysma Aorta bilde, spec. pathol. anatomische Befunde zu Grunde liegen. Ihm selbst sind derartige Befunde aus Literaturangaben nicht bekannt, während er selbst nur über eine Beobachtung verfüge, welche sich vielleicht in diesem Sinne deuten liesse. Es handelt sich um ein jugendliches Frauenzimmer, das ziemlich sicher luetisch

inficirt, da Puella publica, im aufsteigenden Theile der Aorta circumscripte sklerotische Veränderungen und ausserdem ein rupturirtes Aneurysma Aortae darbot.

Das von Vortragendem betonte seltene nebeneinander Vorkommen von Tuberculose und Arteriosklerose ist auch ihm aufgefallen. Dieses beruht vielleicht auf dem Mangel einer Luxusconsumption bei Tuberculösen im Allgemeinen, daher findet sich am häufigsten noch die Arteriosklerose bei solchen Tuberculösen, bei denen es sich um alte Herde in der Lunge handelt, die nach langer Latenz durch einen acuten Schub tödlich enden. Bei jugendlichen Tuberculösen hat er Arteriosklerose nicht beobachtet, dagegen liess sich dieselbe gelegentlich bei einer 3. Gruppe beobachten, wo der Verlauf ein relativ langsamer und gutartiger, mit geringer Kräfteconsumption einhergehender war.

Dr. H a m p e l n beantwortet die Frage Dr. K r a n n h a l s' dahin, dass ihn nicht patholog.-anatom. Befunde sondern sorgfältige klinische Beobachtungen, welche keinen andern Rückschluss zuließen, zu seiner Annahme geführt haben. Nur in einem Falle, wo es sich um ein Aneurysma bei einer jungen Frau handelte, konnte er in der Aorta besondere Veränderungen beobachten, ähnlich den Peyerschen Plaques bei Typhus abdominalis, welche vielleicht als specifisch gedeutet werden könnten.

Dr. S c h a b e r t führt Beobachtungen an Thieren an, welche zu Gunsten von Dr. H a m p e l n s Auffassung sprechen, indem z. B. bei Pferden sehr häufig Arteriosklerose, das Aneurysma Aortae dagegen nie beobachtet werde.

Dr. O. K l e m m scheint gegen die Auffassung Dr. H a m p e l n s der Umstand zu sprechen, dass bei hereditärer Lues das Aneurysma Aortae sich nicht beobachten lasse.

Dr. H a m p e l n gesteht die Berechtigung dieses Einwandes zu, doch hält er die Gründe, welche für seine Annahme sprechen für schwerwiegender.

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

Sitzung am 6. April 1894.

1. Dr. Victor Schwartz demonstriert einige Echinococcusblasen, welche sich bei einer Thorakotomie wegen eitrigter Pleuritis bei einer Frau entleerten; dieselben sind in diesem Fall als Ursache der eitrigten Pleuritis aufzufassen.

2. Dr. Feiertag (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag über chronische Hypersecretionszustände des atonischen resp. ekstatischen Magens. Nach Schreiber und Rosin secernirt der gesunde, nüchterne Magen stets mehr oder weniger grosse Mengen, bis 60 Ccm. specifischen Saftes, es besteht eine normale continuirliche Saftsecretion, die unter gewissen Umständen eine Steigerung erfahren und einen krankhaften Charakter annehmen kann. Alle andern Autoren finden im normalen, speisefreien Magen nur wenige Ccm. Magensaft, welche sie auf den irritirenden Effect der Sondirung beziehen, und erscheint ihnen die Anwesenheit grösserer Quantitäten stets als Ausdruck einer Secretionsanomalie, welche sie Magensaftfluss, continuirliche Saftsecretion, eine Hypersecretion des Magensaftes nennen. Diese Affection ist bei acutem Verlauf nach Ansicht Aller nervösen Charakters, entweder Begleiterscheinung organischer Veränderungen, resp. functioneller Störungen des Centralnervensystems, oder, und zwar in den typischen Fällen, eine primäre Functionsstörung der secretorischen Nerven. Die chronische Form der Hypersecretion wird dagegen nicht von allen Klinikern auf eine und dieselbe Ursache bezogen. Sie soll bald durch primär motorische, bald durch primär nervöse, bald endlich durch primär sensible Störung des Magens bedingt sein. Fast die Hälfte der Magenleiden betreffend, geht sie recht häufig mit einer Hyperchlorhydrie, d. h. einer Steigerung der Salzsäuresecretion während des Verdauungsactes, einher, besteht aber, wie Johnson und Behm nachgewiesen, fast ebenso häufig für sich allein, und will darum Vortragender ebenfalls nicht beide Processe als eine und dieselbe Krankheitsform betrachtet wissen.

Zeichnet sich die Hypersecretion des Magensaftes durch einen sehr charakteristischen Verlauf aus, so durch heftige Schmerzen in der Magengegend, welche durch Aufnahme von

Flüssigkeiten oder salzsäurebindenden Agentien (Alkalien, Eiweisskörper) eine Linderung erfahren. ferner durch Erbrechen von sauren, dünnflüssigen Massen, vermehrten Durst, Sodbrennen, saures Aufstossen und öfteres Auftreten eines Hungergefühls, namentlich während der Nacht, so ist dennoch die sichere Diagnose gebunden an den Nachweis mehr oder weniger grosser Mengen verdauungsfähigen Saftes im nüchternen, Abends vorher evacuirten Magen. Die Behandlung dieser Affection hat vornehmlich in der Entfernung des überschüssigen Magensaftes und etwaiger zurückgebliebener Speisereste vor Einführung der neuen Nahrung durch methodische Ausspülungen, ferner in der Neutralisation der zuviel producirtten Salzsäure durch Alkalien, und endlich in der Regelung der Diät zu bestehen. Bezüglich des ätiologischen Zusammenhanges zwischen den Hypersecretionszuständen und der Atonie resp. Ectasie des Magens gehen die Anschauungen der Kliniker auseinander. Was dem Einen als Ursache erscheint, repräsentirt dem Andern die Wirkung. Wollte man zur Lösung dieser Frage beiträgend wirken, erscheint es Vortragendem in erster Reihe geboten, in allen Fällen, wo die in Rede stehenden Zustände combinirt vorkommen, der Entwicklung derselben genau nachzuforschen. An einem in letzter Zeit beobachteten Falle von Atonie des Magens und Darms, Hyperchlorhydrie und Hypersecretion des Magensaftes, that Vortragender sowohl dieser, wie er auch anderseits eine Reihe von Versuchen anstellte, theils zur Prüfung der secretorischen Functionen des Magens nach Aufnahme der Boas'schen Hafermehlsuppe, reiner Eiweisskost und einer aus Eiweisskörpern und leicht löslichen Kohlhhydraten bestehenden Nahrung, theils behufs Feststellung des Verhaltens des Magens bezüglich der Milchsäurebildung bei der Verdauung der Kohlehydrate. Die Resultate, zu denen Vortragender gelangte, sind:

1. Die Atonie ging der Hypersecretion voraus.
2. Die Boas'sche Suppe stellte ein schwächeres Reizmittel dar, als das Ewald-Boas'sche Frühstück, indem die Salzsäuresecretion während der Verdauungsperiode bei Anwendung ersterer eine bedeutend schwächere war, als nach Verabreichung der letzteren.
3. Die aus Eiweisskörpern (Milch, Eier, Fleisch) und leicht löslichen Kohlehydraten (Pfefferkuchen, Feigen, Pflaumencom-

pot) bestehende Nahrung wirkte auf den Verlauf der Hypersecretion günstiger, als die reine Eiweisskost.

4. Mit Hilfe des Uffelmann'schen Reagens und der Boas'schen Methode konnte bei Anwendung der Boas'schen Suppe in keiner Phase der Verdauung Milchsäure im Mageninhalt nachgewiesen werden, bei Zugrundelegung des Ewald-Boas'schen Frühstückes dagegen fast in allen Phasen. (Autorreferat).

Dr. v. Engelhardt schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden im Wesentlichen an, indem auch er in den geschilderten Zuständen die Atonie für das Primäre hält. In der Literatur herrsche über diesen Punkt noch wenig Uebereinstimmung, wie z. B. auch aus den Ausführungen Dr. Westphalens auf dem Livl. Aerztetage hervorgehe.

Häufig sprechen die Autoren von neurasthenischen, hysterischen, etc. Zuständen, während aus den betreffenden Krankengeschichten ziemlich sicher auf hochgradige Dilatation mit deren Folgezuständen geschlossen werden könne. Eine sehr überwiegende Fleischernährung bedinge Obstipation, welche Atonie hervorrufe, und diese wiederum führe zur Hypersecretion. Der günstige Einfluss ausgiebiger Vegetabilienfütterung in diesen Zuständen finde in diesem Umstande seine Erklärung. Von Arzneimitteln leisten hier Gutes die Alkalien — aber nur in grossen Dosen; ferner das Argent. nitr., indem es desinficirend und zugleich anästhesirend auf die Magenschleimhaut wirke. Das Ewald'sche Probefrühstück müsse beibehalten werden, um möglichst eindeutige Beobachtungen zu erzielen, denen allerdings nur ein relativer Werth zugesprochen werden kann; doch lassen sich nach dem augenblicklichen Stande unseres Wissens absolute Werthe nicht beibringen.

3. Dr. Schmidt demonstrirt einen chylösen Harn, welcher von einem 5-jährigen Knaben stammt, der vor ca. 2 Monaten einen leichten Scharlach überstanden hat und sonst gesund ist. Nach einer Erkältung ist dieser Harn und zwar nur einmal gelassen worden.

4. Dr. Gilbert demonstrirt ein von ihm (durch Operation) geronnenes Präparat von *Pyosalpinx*. Der Fall endete am 2. Tage durch allgemeine Peritonitis letal.

Secretair Dr. Radecki.

Sitzung am 20. April 1894.

1. Dr. Berkholz (als Gast). Ueber clonische und tonische Muskelcontractionen im epileptischen Anfall.

Vortragender betont, dass die Frage nach dem Entstehungs-orte epileptischer Convulsionen noch nicht gelöst sei; sowohl eine rein corticale, als eine cortico-medulläre, als auch eine rein medulläre Theorie finden Vertretung in der Wissenschaft bis in die neueste Zeit.

Die Resultate seiner an ca. 60 Thierversuchen gesammelten Erfahrungen können in folgende Sätze zusammengefasst werden:

Wird die Hirnrinde einerseits im Gebiete der psychomotorischen Zone für die Extremit. und den Rumpf entfernt, so beobachtet man in den entsprechenden Extremitäten wohl noch Mitbewegungen, d. h. Unverricht's secundäre Zuckungen, aber keinen Clonus mehr. — Tonus dagegen wohl noch. Wird die Hirnrinde beiderseits in derselben oben beschriebenen Anordnung entfernt, so bleiben während des clonischen Theiles des epileptischen Anfalles, die Extremit. vollkommen ruhig, bis plötzlich in allen zugleich tonische Starre eintritt. Hieraus zieht Vortragender den Schluss, dass der Clonus in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Hirnrinde steht, der Tonus nicht.

Vortragender hebt hervor, dass er bei allen seinen Versuchen die Krämpfe hervorbrachte durch intravenöse Injection von Physostigmin, Santonin, Cocain, Codein oder Strychnin; nach Application dieser Gifte sah er Krämpfe entstehen, die mit den, bei electricischer Reizung der Hirnrinde auftretenden vollkommen identisch waren. Seiner Versuchsmethode will er eine besondere Bedeutung zumessen, weil dieselbe ihm gestattet, auch nach Exstirpation der psychomotorischen Rindenzone, denselben Reiz in gleicher Weise wirken zu lassen, der bei intacter Hirnrinde die Krämpfe hervorgerufen hatte, was bei electricischer Reizung nicht möglich.

Vortragender meint eine cortico-medulläre Theorie für die Entstehung epileptischer Convulsionen aus physiologischen Gründen, und weil sie überaus gezwungen und unverständlich erscheint, verwerfen zu müssen. Er stellt dagegen, sich der

rein medullären Theorie anschliessend, die Hypothese auf, dass die Hirnrinde beim Entstehen der Convulsionen einen hemmenden Einfluss ausübe, welcher der Entstehung des Clonus zu gute komme, da immer auf's Neue hemmende Impulse von ihr ausgingen, welche den Krampf, resp. Tonus unterbrächen, und nach deren vollkommenen Ueberwindung erst zum Tonus kommen könnte. Vortragender kommt zu dieser Hypothese namentlich im Anschluss an die Beobachtungen *Bubnow's* und *Heidenhain's*, dass für geringe motorische Actionen die Hirnrinde ein Hemmungscentrum bildet; er will dieses auch auf Krämpfe, die doch schliesslich nur heftigere motorische Actionen sind, angewandt wissen, und begründet seine Hypothese durch einzelne aus der Pathologie der Epilepsie bekannte und aus der experimentellen Epilepsie geschöpfte Beispiele, die für die Richtigkeit seiner Theorie sprechen würden. (Autorreferat).

Dr. H o l s t bemerkt, dass er für seine Person bisher ein Anhänger der Theorie gewesen sei, nach welcher von einem und demselben Centrum aus sowohl clonische als tonische Contractionen, je nach der Intensität der Reizwirkung ausgelöst werden könnten.

Der dualistischen Auffassung, welche für jede der beiden Contractionsarten verschiedene Centren annähme, könne er nicht zustimmen. Die Hypothese des Vortragenden habe viel Plausibles für sich, nur will es ihm scheinen, dass durch dieselbe manche klinische Beobachtung nicht gut erklärt werden könne, z. B., handele es sich bei der *Jackson'schen* Epilepsie um Läsion der Hirnrinde, während die subcorticalen Partien intact gefunden werden, und dennoch treten hier clonische Contractionen auf.

Dr. Berkholz erklärt diesen scheinbaren Widerspruch durch die Möglichkeit einer Fernwirkung der die Hirnrinde treffenden Reize auf das Krampfcentrum.

Dr. Tiling betont, dass seine psychiatrischen Beobachtungen, namentlich der Krampfzustände bei allgemeiner Paralyse, entschieden den Entstehungsort derselben in der Hirnrinde annehmen lassen. Die Hypothese *Dr. Berkholz's* sei entschieden beachtenswerth, nur könne sie nicht in ausreichender Weise das so überaus complicirte Bild der Epilepsie erklären, dasselbe spiele sich, mit der Aura beginnend, anfangs vorwiegend auf sensiblen Gebiete, gleichzeitig die Psyche be-

einflussend ab, und erst später werden auch die motorischen Bahnen ergriffen, bis schliesslich die Erscheinungen sich über das ganze Nervensystem ausgebreitet haben. Bei Berücksichtigung dieser Thatsache müsse man sich a priori dagegen sträuben, von einem Centrum aus alle diese mannichfaltigen Erscheinungen ausgelöst zu denken.

Dr. Berkholz giebt durchaus zu, dass seine Hypothese nicht ausreicht, das ganze verwickelte Bild der Epilepsie zu erklären. Er habe bei seinen Versuchen an Thieren auch nur beabsichtigt, die am leichtesten zu studirenden motorischen Componenten zu analysiren. Diese Versuche lassen eine andere Deutung nicht zu.

Dr. Bergmann führt gegen die Theorie des Vortragenden die Beobachtung in's Feld, dass nach Operationen bei Jackson'scher Epilepsie doch nach einiger Zeit sehr häufig Recidive in Form von clonischen Contractionen zu registriren sind.

Dr. Berkholz erklärt diesen Umstand dadurch, dass bei der Operation wohl selten in so radicaler Weise die Rindenpartien abgetragen werden, wie beim Thierversuch. Hier hätte er sich wiederholt bei Sectionen davon überzeugen können, dass bei Zurücklassen nur minimaler Rindenpartien doch noch clonische Contractionen ausgelöst werden konnten. Ausserdem werde bei Operationen immer nur einseitig die psychomotorische Zone entfernt, wodurch es zu den clonusähnlichen Zuckungen der entsprechenden Extremitäten kommen könne, welche nach Unverricht als secundäre zu bezeichnen wäre.

Dr. Paul Klemm hält die Annahme eines Krampfcentrums, zumal ein solches anatomisch noch nicht nachgewiesen, für unnütz, da das Zustandekommen der einzelnen Krampfformen sich durch die verschiedene Verknüpfung sensibler und motorischer Bahnen genügend erklären lasse. Ferner weist er auf die Behauptung Exner's hin, dass die Centren im Gehirn durchaus nicht in circumscripiter Weise angelegt seien, sondern in mehr diffuser Weise in einander übergreifen.

Dr. Berkholz betont demgegenüber, dass seine Thierversuche strict auf ganz circumscripate Anordnung der einzelnen Centren hinweisen, denn bei Reizung circumscripiter Stellen reagiren immer bestimmte Muskelgruppen.

Dr. Schönfeldt spricht sich ebenfalls gegen die Hypothese eines Krampfcentrums aus. Man müsste dann annehmen,

dass dasselbe einen Knotenpunkt der unzähligen cortico-muscul.-Bahnen darstelle, und dass von überall her — nur um Krämpfe zu vermitteln — ganz aparte Fasern eigens zu diesem Convulsionscentrum hinziehen; diese Verbindung müssten wir ferner bei Allen als in der Anlage bestehend voraussetzen, obgleich dieses Centrum bei der grössten Mehrzahl der Menschen während des ganzen Lebens inhibirt bleibt. Verlegt man aber andererseits diesen Sammelpunkt in die psychomotorische Bahn, so würde eine Läsion dieser Stelle, an welcher alle Fasern überaus eng bei einander liegen müssten, einen Ausfall der motorischen Functionen im ganzen Körper zur Folge haben, was klinisch nicht beobachtet ist. Die Auffassung der Epilepsie als eine Affection des Krampfcentrums erscheint — abgesehen von dem Einwande Dr. Tiling's, dass die Epilepsie eine Allgemeinerkrankung des Gehirns sei — schon aus dem Grunde nicht zulässig, weil eine grosse Zahl der Fälle (epileptische Aequivalente etc.) überhaupt ohne Krämpfe verlaufen. Vollends aber ist die Auffassung: jeder Krampf sei eigentlich stets tonisch, er werde nur durch den hemmenden Einfluss der Hirnrinde zu einem clonischen gemildert, klinisch nicht haltbar; denn wir müssten dann, eine principielle Zusammengehörigkeit allgemeiner und localer Convulsionen vorausgesetzt, z. B. durch's ganze Leben hindurch in gleich typischem Ablauf bestehenden Krampfständen (etwa der mimischen Musculatur bei Läsion des Thalam. opt., Lachzwang) die Bedeutung eines primären und directen Herdsymptomes absprechen: sollte in der That die Hemmung von Seiten der Hirnrinde durch Jahre die eigentlich tonisch sein sollen den Convulsionen jedesmal zu absolut identischen Zuckungen abschwächen können!? Wir bedürfen überhaupt nicht der Annahme eines Krampfcentrums, sondern fassen den Krampf als directe Reizerscheinung der in der Rinde belegenen motorischen Centren auf; eine destructive Läsion derselben verursacht Lähmung, eine Reizung des motorischen Rindengebietes bewirkt Zuckungen, und bei allgemeiner Ausbreitung des Reizes — allgemeine Krämpfe.

Dr. Donner meint, dass nach der Hypothese Dr. Berkholz's eine Reizung der Hirnrinde mit dem electricischen Strom eigentlich keinen Effect haben dürfte, da ja der Reiz gleichzeitig auf's Krampf- und Hemmungscentrum wirke.

Dr. Berkholz erwidert demgegenüber, dass wir durchaus nicht anzunehmen brauchen, es wirke der electriche Strom auf alle Centren in gleicher Weise. Er könne sehr wohl auf ein Centrum lähmend und gleichzeitig auf ein anderes reizend wirken.

Von Herrn Dr. Schönfeldt sei er missverstanden worden, indem er durchaus nicht an dem Begriff eines circumscripten Krampfcentrums festhalte, sondern die Entstehung der Krämpfe allen cerebral gelegenen motorischen Centralapparaten überweise, mit Ausnahme der Hirnrinde, welcher er eine hemmende, jede motorische Action regelnde Thätigkeit zuspeche.

Secretair: Dr. Radecki.

Sitzung am 4. Mai 1894.

1. Dr. Dahlfeld stellt einen Fall von totaler Farbenblindheit vor und erläutert an der Hand desselben einige Prüfungsmethoden zur Feststellung dieser Erkrankung.

Dr. Zwimgmann hat einmal einen Fall von angeborener totaler einseitiger Farbenblindheit beobachtet.

2. Dr. Miram stellt eine Kranke vor, an welcher er vor 5 Jahren wegen Carcinom den Pylorus resecurt hat. Bis vor 3 Wochen fühlte sich Pat wohl, zu welcher Zeit sie am Ikterus erkrankte. In der Gegend des Pylorus lässt sich eine Härte palpieren deren Charakter sich im Augenblick nicht genau bestimmen lässt.

3. Dr. Krannhals legt das anatom. Praeparat eines Aneurysma Aortae vor, welches sich durch seine ungewöhnliche Ausdehnung und Perforationsart in die Lunge auszeichnet. In Anknüpfung an die Demonstration referirt Dr. Hampeln kurz über die Krankengeschichte. — Pat. im 48 a. n. kräftiger Constitution und von robuster Gestalt, erkrankte an 2. Dec. 1892 auf der Strasse an einer heftigen Hämoptoe. Collabirt und hochgradig anemisch gelangt er in die 1. Abth. Der blutige Auswurf dauert dort noch fort. Die Untersuchung ergab eine schwach pulsirende gedämpfte Parthie in der linken oberen Brustgegend vorne, schwächeren Radialpuls links, Heiserkeit, kurz Zeichen eines Tumors im Brustraum. Gerade die profuse Hämoptoe und ein gleichzeitiges

vorhandenes Hämatothorax linkerseits, veranlassten Vortragenden wegen der grossen Seltenheit solcher Erscheinungen im Verlauf eines Tumors und ihrer auf Perforation beruhenden relativen Häufigkeit bei Aortenaneurysma, gerade dieses zu diagnosticiren und seine gleichzeitige Perforation einerseits in die Lunge, anderseits in die Pleura. Wider Erwarten besserte sich das Befinden des Kranken, das Hämatothorax wurde zum grossen Theil resorbirt, die Lungenblutung liess nach, aber hämorrhagischer Auswurf blieb während der ganzen Zeit bis zu dem nach 1 Jahr 5 Mon. erfolgten Tode bestehen. Nachdem Pat. nämlich wiederholt der gleichen Erscheinungen wegen im Krankenhause gelegen hatte, trat er am 26. April ac. unter Fieber und stärkerer Hämoptoe wieder ein. Auch dieses Mal schien sich das Befinden nach einiger Tagen bessern zu wollen, als am 1. Mai der plötzliche Tod erfolgte, wohl, wie die Obduction ergab, in Folge einer terminalen Blutung in die Pleura hinein. — Dieser Fall nimmt nun ausser durch seinen Verlauf auch darum das besondere Interesse des Vortragenden in Anspruch, weil er als klassisches Beispiel der von ihm vor 2 Jahren in einem Vortrage vertretenen Lehre von habituellen, praemonitorischen Perforationsblutungen eines Aortenaneurysma angesehen werden darf. Liegt doch hier zwischen der initialen und terminalen Perforationsblutung ein Zeitraum von 1 Jahr und 5 Mon. in dem continuirlich eine leichte Entleerung blutigen Schleimes stattfand, wie er ausser beim Aneurysma, und zwar in Folge seiner Perforation, nur noch beim Neoplasma beobachtet wird. — In Betreff der Aetiologie des Falles sei auch hier zu bemerken, dass venerische Ulcera u. Bubonen deutliche Narben an der erkrankten Stelle hinterlassen haben. Es scheint daher auch in diesem Falle Lues als Ursache des Aneurysma verdächtigt werden zu dürfen.

Dr. K r a n n h a l s berichtet im Anschluss hieran über einen Fall aus seiner Praxis, welcher beweist, wie schwierig oft die Diagnose eines Aneurysma Aortae zu stellen ist. Es handelt sich um einen Mann im mittleren Lebensalter, welcher nur Zeichen insuffizienter Herzthätigkeit, gelegentlich Hämoptoe und leichten Lungencatarrh darbot. Sputumuntersuchung auf Tuberkelbacillen negativ, Fehlen sämmtlicher für Aneurysma charakt. Zeichen. Diagnose daher auf chron. Myocarditis mit

ihren Folgeerscheinungen gestellt. Plötzlicher letaler Verlauf durch Lungenblutung. Obgleich Section nicht zu erlangen, zweifelt Vortragender nicht, dass es sich um ein perforirtes Aneurysma Aortae gehandelt hat.

4. Dr. Anspach hält seinen angekündigten Vortrag über die Perforation des lebenden Kindes. — Dieselbe tritt practisch am meisten bei engem Becken auf. Vor jeder grösseren geburtshülf. Operation, insbesondere vor der Perforation des lebenden Kindes muss eine genaue Messung des Beckens vorgenommen werden. Wenn derselben ja auch manche Fehlerquellen inne wohnen, so lässt sich aus derselben doch immer das eine constatiren, ob eine Verengung vorhanden ist. Im Gegensatz zur absoluten Beckenenge ist auf eine eventuelle relative durch die Grösse des kindlichen Kopfes bedingt, zu achten. Die Perf. kommt in Frage bei einer Conj. vera 5,5—9,8 Cm., aber gleichzeitig mit ihr Zange, Wendung, künstliche Frühgeburt, Symphyseotomie und Sectio caesarea. Durch die Zange, und namentlich durch die Wendung, da bekanntlich der nachfolgende Kopf leichter als der vorangehende durch das Becken geht, sind schon viele Früchte vor der Perf. bewahrt worden. Die künstliche Frühgeburt kommt natürlich nur in Frage wenn der betreffende Fall dem Arzte frühzeitig zur Beobachtung gelangt. Die Symphyseotomie hat in letzter Zeit, namentlich in Italien warme Anhänger gefunden, und dürften daher in Zukunft durch diese Methode viele lebende Früchte der Perf. entgehen. Die Sectio caesarea bleibt der Klinik reservirt, da ferner durch die Walchersche Hängelage die Conj. vera mehr als um 0,5 c. m. verlängert werden kann, so ist sie bei geburtshülflichen Operationen von grosser Bedeutung. Nach Berücksichtigung aller dieser Operationsmethoden dürfte die Perf. des lebenden Kindes wohl nur in den seltensten Fällen in Frage kommen, und an die Moralität und Gewissenhaftigkeit des Arztes immer hohe Anforderungen stellen.

(Autoreferat)

Dr. Stryk kann Vortragendem in seiner Behauptung: die Perforation lasse sich im nachfolgenden Kopfe ebenso leicht, wie im vorangehenden ausführen, nicht beistimmen.

Dr. Anspach hat diese Behauptung nicht aus eigener Erfahrung geschöpft, sondern beruft sich auf die Autorität Schröders und anderer namhafter Geburtshelfer.

Dr. Knorre ist nach seinen Erfahrungen ein Gegner der Wendung bei engem Becken, höchstens lässt er dieselbe noch gelten beim platten Becken. Zur Illustration seiner Behauptung berichtet er über eine Beobachtung welche in der Dorpater Klinik bei 4 Geburten, bei ein und derselben Frau, behaftet mit einem platten Becken v. c. 8—8,5 Ctm. gemacht werden konnte. Bei der I u. II. Geburt, Wendung — Resultat todte Kinder. III. Geburt abwartendes Verfahren bis zum Verstreichen des Muttermundes, dann Durchpressen des Kopfes mit nachfolgendem Forceps — Resultat lebendes Kind. IV. Geburt gleiches Verfahren — spontane Geburt eines lebenden Kindes.

Dr. Treymann schliesst sich den Ausführungen Dr. Knorres an und möchte vor der Wendung besonders bei Erstgebärenden warnen. Hier empfehle er ein bis zu den erlaubten Grenzen gehendes expectatives Verhalten. Häufig leiste in schweren Fällen die Breus'sche Axenzugzange noch gute Dienste wo die gewöhnliche Zange im Stiche lässt. Die Perforation des nachfolgenden Kopfes halte auch er für schwieriger ausführbar, als am vorangehenden. Die Cohnsteinsche Methode dürfte übrigens im ersteren Falle zu empfehlen sein.

Dr. Hach ist bisher noch nicht in die Lage gekommen ein lebendes Kind perforiren zu müssen. Er würde gern von Dr. Treymann erfahren, ob sich im Krankenhause dazu häufiger Gelegenheit biete.

Dr. Treymann hat während seiner 30 jährigen Praxis überhaupt nur 3 Mal die Perf. am lebenden Kinde ausführen müssen, und zwar 2 Mal auf dem Lande. Heutzutage dürfte dieser für den Arzt immerhin peinliche Act in erster Linie durch die Symphyseotomie und dann auch durch die Sectio caesarea in den meisten Fällen umgangen werden können.

Secretair Dr. R a d e c k i.