

VIII. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 13. October 1886.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Virchow eröffnete die erste Sitzung nach den Sommerferien mit einer Reihe geschäftlicher Mittheilungen, deren einige sich auf die soeben abgelaufene Versammlung der Naturforscher und Aerzte bezogen. Auch die medicinische Gesellschaft, speciell die aus dem Schoosse derselben gewählte Commission für die Ausstellung wissenschaftlicher Instrumente und Präparate, habe reichen Antheil an den Mühen und Sorgen gehabt, welche der Versammlung zu einem so ausserordentlichen Erfolge verholfen haben. Herr Virchow dankt zum letzten Mal in seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der Naturforscher-Versammlung allen Beteiligten. — Herr Mendel betont, dass der erste Dank nach dieser Richtung hin dem Herrn Vorsitzenden gebühre; die Gesellschaft als die bedeutendste und zahlreichste Vertreterin der berliner Aerzte habe die Verpflichtung, ihm diesen Dank noch ganz besonders zu bethätigen. Die Versammlung erhebt sich zur Bekräftigung von den Sitzen.

Vor der Tagesordnung erhält das Wort:

1. Herr Ewald zur Demonstration eines Präparates. Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um eine Frau, welche, trotz entsprechender Medication, andauernden **Verlust der Salzsäureproduction des Magens** zeigte und unter zunehmender Cachexie zu Grunde ging. Bei der Section zeigte sich, dass die Magenschleimhaut keine Spur carcinomatöser Entartung trug, dagegen fand sich im Duodenum ein altes narbiges Geschwür, welches mit der Leber verwachsen war und gegen die letztere hin beginnende carcinomatöse Entwicklung darbot. Es war auffallend, dass dieses alte Ulcus des Duodenums zum Verlust der Salzsäureproduction der Magenschleimhaut geführt haben sollte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Magenschleimhaut fand sich aber, dass dieselbe in ihrem grössten Theil vollständig atrophirt war. Besonders stark war dies im Fundustheil des Magens ausgesprochen bis dicht an die Cardia heran, wo von der gewöhnlichen Structur der Magenschleimhaut nichts mehr übrig geblieben, dieselbe vielmehr auf die Hälfte ihrer Dicke geschwunden war und aus einem homogenen Gewebe, in welches massenhafte Rundzellen eingebettet und einzelne Reste colloid entarteter Drüsenschläuche zu sehen waren, bestand. Gegen den Pylorus hin nahm die Breite der Magenschleimhaut wieder zu, und in der Pylorusschicht fand sich zottige Structur sowie erhaltene Reste von Drüsen.

Es war natürlich, dass bei so starker Degeneration der Schleimhaut von einer Production von Salzsäure nicht mehr die Rede sein konnte, und insofern wirft dieser Fall ein interessantes Streiflicht auf die Lehre von dem Fehlen der Salzsäure bei Carcinom, indem er beweist, dass auch andere Zustände das dauernde Fehlen der Salzsäure bedingen können, ohne dass ein Carcinom vorzuliegen braucht. Während die Salzsäure fehlte, fand sich immer Milchsäure und Pepton im Magen, so dass also eine Production von Pepsin stattgefunden haben musste, denn wir wissen, dass Pepsin auch in Verbindung mit anderen Säuren, wie Salzsäure, einen peptonisirenden Einfluss auf Eiweisskörper ausübt, und es war anzunehmen, dass in dieser Weise das Pepsin, welches noch producirt wurde, die Peptonisirung der Eiweisskörper bewirkt hatte. Es zeigt dieser Fall daher, dass auch beim Menschen im Pylorustheil des Magens wesentlich Pepsin gebildet wird, während die Drüsen des Fundus Pepsin und Salzsäure zu produciren im Stande sind. Herr Ewald demonstirte im Anschluss an diese Erörterungen sowohl das makroskopische, wie eine Reihe mikrosko-

pischer Präparate dieses Falles und zum Vergleich Präparate von der normalen Schleimhaut des Magens.

Zur Tagesordnung erhält sodann das Wort:

2. Herr Schöler: **Zur optischen Pupillenbildung** (mit Krankenvorstellung).

Die Geschichte der künstlichen Pupillenbildung beginnt mit dem, nach den Rathschlägen von Woolhouse (1711), von Cheselden (1728) ausgeführten Verfahren. Derselbe ging mit einer feinen schneidenden Nadel durch die Sklera ein, durchbohrte die Iris von hinten her und spaltete dieselbe durch einen Transversalschnitt. Wegen der Gefahr der Ciliarkörperverletzung bei diesem Verfahren verlegte Heuermann (1756) den Einstichpunkt an den unteren Rand der Hornhaut. Odelius (1772) war der erste, welcher die Pupillenbildung bei Hornhauttrübung ausführte. Derselbe legte zuerst einen Hornhautschnitt an und spaltete darauf mit dem La Faye'schen Messer die Iris derart, dass ein dreikantiger Spalt mit der Spitze zum Ciliarande gebildet wurde. Janin (1772) bediente sich gleichfalls eines Hornhautschnittes, führte durch denselben eine mit einem spitzen Blatte versehene Scheere ein, stiess die eine Spitze derselben durch die Iris und spaltete mittelst Scheerenschlag den Ringmuskel der Iris. Während diese Verfahren nach unserer heutigen Ausdrucksweise eine Iridotomie double darstellten, war Wenzel (1780) der erste, welcher einen Irislappen formte, welchen er mit einer, in die vordere Kammer geführten Daviel'schen Scheere abtrug. Somit wurde er der Begründer der Iridectomie, welche von Beer (1796) zu dem im wesentlichen noch heute geltenden Verfahren ausgebildet wurde. Das Beer'sche Verfahren gab zuerst Gelegenheit zur optischen Pupillenbildung bei durchsichtiger Linse. Eine glänzende Erweiterung erfuhr das Verfahren der Iridectomie durch v. Gräfe, indem dasselbe nicht nur als optisches Hilfsmittel, wie bisher, sondern auch zur Hebung abnormer Spannungszustände des Bulbus wie zur Beseitigung entzündlicher Reizzustände in Anwendung gebracht wurde.

Ist durch die Iridectomie, und zwar je breiter und peripherer der Ausschnitt aus der Regenbogenhaut angelegt werden kann, um so vollständiger den präsumirten Zwecken des Verfahrens beim Glaukom wie bei entzündlichen Reizzuständen im Auge genügt, so stellt sich die Frage ganz anders für die optische Iridectomie. Je breiter der Ausschnitt bei derselben ausfällt, um so unvollkommener die optische Wirkung. Weder die Iridenkleisis (Adams 1812, Himly 1816) noch die Iridodesis (Critchett 1858) bewährten sich. Auch das von Wecker (1877) publicirte Verfahren der einfachen Iridotomie erfreute sich keines ungetheilten Beifalls und wird heute nur wenig geübt.

Diese Erwägungen bewogen den Vortr., ein anderes Verfahren einzuschlagen. Mit einer schmalen Lanze von vielleicht 3 mm Durchmesser an der Basis punctirte er in dem vorgestellten Falle die Hornhaut und liess die Iris prolabiren, zog leise mit der Pincette die Iris hervor und spaltete den Sphincter, um die Iris wiederum zu reponiren. Die Spaltung reicht in diesem Falle, wo der Einschnitt nicht peripher geschehen ist, fast bis zur äussersten Peripherie; liegt es einem daran, bis zur äussersten Peripherie vorzudringen, so muss man den Einschnittspunkt weiter in die Sklera zurückverlegen. Nachdem die Spaltung vollzogen, reponirte Vortr. die Iris und träufelte einen Tropfen Eserin ein. Der übrige Verlauf bietet nichts besonders Interessantes. Speciell diesen Fall anlangend, so betraf derselbe einen Pat., dessen rechtes Auge, das hochgradig myopisch gewesen war, mit ringförmigem Staphyloom, Verflüssigung des Glaskörpers und centraler Aderhaut-Atrophie in Folge eines Stosses vollständig erblindete. Links bestanden central gelegene leucomatöse Hornhauttrübungen und leichte Trübungen in der ganzen Peripherie. Linse frei von cataractöser Trübung, Glaskörperverflüssigung, einzelne geformte Opacitäten, ringförmiges Staphyloom und beginnende centrale Aderhaut-Atrophie. Die Sehschärfe des linken Auges betrug $\frac{1}{14}$ und genügte dem Pat. nicht für die Ausübung seines Berufes als Executor, wobei es darauf ankam, dass er Münzen unterscheiden konnte. Nun waren die Verhältnisse für die Operation insofern keine günstigen, als nicht nur das Centrum der Hornhaut getrübt war, sondern auch innere Trübungen zur Peripherie sich hinzogen. Das ist bei dem optisch errungenen Resultat in Betracht zu ziehen. Die nach der Iridectomie erzielte Sehschärfe beträgt $\frac{1}{7}$. Der Pat. ist im Stande, Münzen zu unterscheiden und er ist in der Orientirung dem Licht gegenüber frei und sicher.

3. Herr P. Guttmann. **Bakteriologische Mittheilungen über Variola.** Der Vortr. hat auf dem Wege der Culturversuche und des Thierexperimentes die Frage zu beantworten gesucht, welche Mikroorganismen im Pustelinhalt bei Variola vorkommen, bzw. welche Bedeutung dieselben für den Krankheitsprocess haben. Der erste Pockenfall nach $1\frac{3}{4}$ Jahren kam am 4. April 1886 in das Krankenhaus Moabit. Vortr. benutzte diesen Fall, um den Inhalt von Pockenpusteln auf die verschiedenen Nährböden, Agaragar, Gela-

tine, Bouillon, erstarrtes Blutserum zu verimpfen. Die Culturgläser blieben theils steril, theils entwickelten sich Colonien von Kokken, von denen der eine sich zweifellos als Staphylococcus pyogenes aureus erwies. Ein zweiter Organismus, welcher weisse Colonien bildete, unterschied sich von dem Staphylococcus pyogenes albus in seinen biologischen Eigenschaften wie dadurch, dass er auf Thiere nicht infectiös wirkte. Dieselben beiden Organismen wuchsen in mehreren später von demselben Falle abgeimpften Culturen. Vor etwa drei Wochen kam ein neuer Pockenfall in das Krankenhaus, und der Vortr. nahm sofort die Versuche wieder auf, die aber bis jetzt nur das Resultat ergeben haben, dass ausser den beiden oben genannten Organismen noch andere, die in dem ersten Falle nicht vorhanden waren, in den Culturen enthalten sind. Einen Einfluss auf die Entstehung des Pockenprocesses vindicirt der Vortr. den von ihm gefundenen Mikroorganismen in so weit, als dieselben den Eiter erzeugen, also auch die Pockenpustel bilden. Nicht erklärt hingegen ist durch diese Mikroorganismen allein die so starke und so rasch erfolgende Contagion bei Variola.