

1720
Coe

PROTOKOLLE

DES

VIERZEHNTEM ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

in Fellin

16,205

vom 2.—4. September 1902.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.
1903.

PROTOKOLLE

DES

VIERZEHNTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

in Fellin

vom 2.—4. September 1902.

96,205.



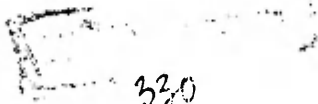
St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.
1903.

Довволено цензурою Спб. 28 Мая 1903 г.

Типографін А. Вишке, Екатеринбургскій просп., № 15.

Est.



320

**Verzeichniss der Mitglieder des XIV. Aerztetages.
Fellin 1902. (2.—4. November).**

- 1) Oskar Koppe, Dr. med. Pernau.
- 2) Hermann Idelsohn, Dr. med. Riga.
- 3) Ernst Hörschelmann, Arzt. Rappin (Livl.).
- 4) Georg v. Engelmann, Dr. med. Riga.
- 5) Ernst Rosit, Arzt Salisburg (Livl.).
- 6) Hermann Ströhmborg, Arzt Fellin.
- 7) Arnold Schwartz, Dr. med. Fellin.
- 8) Wilh. Knüpffer, Dr. med. Reval.
- 9) Georg Weidenbaum, Dr. med. Riga.
- 10) Bruno Sellheim, Arzt. Fellin.
- 11) Walther Hollmann, Arzt Dorpat.
- 12) Johann Juhkamson, Arzt. Fellin.
- 13) Iwan Sadikoff, Arzt Talsen (Kurl.).
- 14) Leo Bornhaupt, Arzt. Riga.
- 15) Paul Hampeln, Dr. med. Riga.
- 16) Georg Apping, Dr. med. Wolmar.
- 17) Arthur Kupffer, Dr. med. Kuda (Estl.).
- 18) Hermann Meyer, Dr. med. Riga.
- 19) Eduard v. Nottbeck, Arzt. Weissenstein.
- 20) Max Schmidt, Dr. med. Riga.
- 21) Herm. Truhart, Dr. med. Ehrenmitgl. Jurjew.
- 22) Matthias Hirschberg, Arzt. Riga.
- 23) Armin Treu, Dr. med. Lindheim (Livl.).
- 24) Oskar Brehm, Arzt. Riga.
- 25) Bruno Raue, Dr. med. Marienburg.
(Livl.)

- 26) Ernst Etzold, Dr. med. Hallist (Livl.)
- 27) Eugen Gernhardt, Dr. med. Fellin.
- 28) Eugen Mickwitz, Arzt Ampeln (Estl.).
- 29) Alfred Schneider, Dr. med. Trikaten (Livl.).
- 30) Oskar Hausmann, Arzt Werro.
- 31) Alexander Kusmanow, Dr. med. Rappel (Estl.).
- 32) Julius Kusick, Dr. med. Reval.
- 33) Theodor Pacht, Dr. med. Wellan (Livl.).
- 34) Matthias Treymann, Dr. med. Riga.
- 35) Alexander Hartge, Dr. med. Jurjew.
- 36) Oskar Lezius, Dr. med. Pölwe (Livl.).
- 37) Carl Dehio, Prof. Dr. med. Jurjew.
- 38) Johannes Meyer, Dr. med. Jurjew.
- 39) Johann Jännes, Arzt. Michaelis (Estl.).
- 40) Walther Pacht, Dr. med. Kokenhusen
(Livl.).
- 41) Emil Graubner, Dr. med. Jurjew.
- 42) Tönnis Soosaar, Arzt. Fellin.
- 43) Johann Faure, Dr. med. Jurjew.
- 44) Oskar Rothberg, Doctorand Jurjew.
- 45) Theod. Lackschewitz, Dr. med. Jurjew.
- 46) Johann Riemschneider, Arzt. Ringen (Livl.).
- 47) Peter Saul, Arzt Kusal (Estl.).
- 48) Ernst Pallopp, Dr. med. Tarwast (Livl.).
- 49) Max v. Middendorf, Dr. med. Reval.
- 50) Georg Kelterborn, Dr. med. Gross Johannis
(Livl.).
- 51) Ellmar Elison, Arzt Rauga (Livl.).
- 52) Hugo Knochenstiern, Dr. med. Riga.

Programm
des Vierzehnten Aerztetages
der Gesellschaft livländischer Aerzte in Fellin
vom 2.—4. September 1902.

Eröffnung des XIV. Aerztetages

Montag den 2. September 1902.

um 9 Uhr Morgens.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

- 1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
- 2) Bestimmung des Ortes und der Zeit für den nächsten Aerztetag.
- 3) Wahlen, laut § 8 der Statuten.
- 4) Vorträge und Discussion über folgende Themata:
 - a. Zur Frühoperation der Appendicitis. (L. Bornhaupt, Riga).
 - b. Ueber Intermittens im Kindesalter. (H. Bosse, Riga).
 - c. Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose über den derzeitigen Stand der Frage. (H. Bosse Riga und J. Meyer, Jurjew).
 - d. Ueber die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke, (A. Treu, Lindheim).
 - e. «Febris gonorrhoeica acutissima». (Z. Blindreich, Riga).

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1) Bericht über die Thätigkeit der auf dem VII. Aertzetag gewählten Commission in Sachen der Fürsorge für Geistes-
kranke. (A. Behr, Riga).

2) Besichtigung des Asyls für Epileptiker und Idioten in
Marienhof und Bericht des Anstaltsarztes. (Dr. Schwartz,
Fellin).

3) Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Dienstag, den 3. September.

III. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

Ausstellung des Berliner Medicinischen Waarenhauses (Fili-
ale in Odessa) unter Vermittelung des Instrumentenmachers
Vollmer.

1) Vorträge und Discussionen über folgende Themata:

a. Ueber oberflächliche Plattenepithelwucherungen auf den
Schleimhäuten des Uterus und der Vagina. (E. Graubner,
Jurjew).

b. Extractionen aus Beckenendlagen und Perforation des
nachfolgenden Kopfes. (E. Horschelmann, Rappin).

2) Bericht über die Thätigkeit der «Gesellschaft zur Be-
kämpfung der Lepra». (Prof. Dehio, Jurjew).

3) Vorträge und Discussionen über folgende Themata:

a. Ueber die Verbreitung und die Bekämpfung der Lepra
in Estland. (A. Kupfer, Kuda).

b. Einiges zur Differentialdiagnose der Lepra. (Hirsch-
berg, Riga).

c. Ueber künstlich erzeugtes Fieber und die therapeutische
Verwerthbarkeit desselben. (Prof. Dehio und Dr. Roth-
berg, Jurjew).

IV. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1) Generalversammlung des Rechtsschutzvereins.

2) Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Mittwoch, den 4. September.

V. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

1) Vorträge und Discussionen über folgende Themata:

a. Ueber das neue Nahrungsmittel «Kamarin». (S a n l, Kusal).

b. Vibrationsmassage des Trommelfells. (W o l f e r z jun. Riga).

c. Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems. (K n o c h e n - s t i e r n, Riga).

d. Ueber intermittirendes Hinken. (H. I d e l s o h n, Riga).

2) Verlesung des Protokolls.

Schluss des XIV. Aertzetages.

NB. Mittwoch, den 4. September, von 3—7 Uhr Nachmittags
Besichtigung des Museums der Felliner litterarischen Gesellschaft.

Dr. M. T r e y m a n n,

d. Z. Präses der Gesellschaft livl. Aerzte.

Erste Sitzung.

Montag den 2. September 1902, von 9—1 Uhr Vormittags.

Dr. A. Schwartz, Stadtarzt von Fellin: «Im Auftrage der Medicinalabtheilung der Livl. Gouvernementsregierung erkläre ich den XIV. Livl.-Aerztetag für eröffnet.

Zugleich nehme ich Gelegenheit im Namen der Felliner Aerzte die Collegen hier willkommen zu heissen und ihnen unseren Dank auszusprechen für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, den Aerztetag für dieses Jahr nach Fellin zu verlegen und uns damit Gelegenheit zu geben in grösserer Anzahl als sonst den Aerzten der kleinen Kreisstadt ermöglicht wird, an den segens- und fruchtreichen Arbeiten des Aerztetages theilnehmen zu können».

1. Rechenschaftsbericht des Vorstandes.

Der Präses, Dr. M. Treymann-Riga erstattet folgenden Rechenschaftsbericht.

Rechenschaftsbericht des Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte für das Jahr 1901—1902.

Hochgeehrte Versammlung!

Allem zuvor gedenken wir des Todes unseres Mitgliedes Dr. E. v. Bochmann, mit dem ich viele Jahre in collegialer Arbeit am Stadtkrankenhaus zu Riga, dessen Direktor er war, verbunden gewesen. Ich bitte sein Andenken zu ehren durch Erheben von den Sitzen. (Dieses geschieht).

Im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte, die heute ihre XIV. Jahresversammlung veranstaltet, habe ich die Ehre, die zur Eröffnung erschienenen Collegen in Fellin zu begrüßen und der gastfreundlichen altlivländischen Stadt nebst unserem Willkommengruss unsren herzlichsten Dank darzubringen für die liebenswürdige Aufnahme, die sie uns bereitet hat. Fellin, die Nachbarstadt unserer Landesuniversität, war einst auf's engste mit den schönsten Jugenderinnerungen derer verknüpft, die nun alt und grau geworden sind. Aber unvergessen bleibt die Anziehungskraft, die das rege geistige Leben der bewährten Schmidt'schen Anstalt, später des Landesgymnasiums, auf die aus ihnen hervorgegangenen Jünger der Alma mater ausübte. Sie reichte weit hinaus über die Zeit, in welcher das Reifezeugniß ihnen die Pforten der Hochschule erschlossen hatte, und weit hinaus über den kleinen Ursprungsort.

Auch unsre Erinnerungen sind heute beherrscht von den Gefühlen der Sympathie und Dankbarkeit, die den Stiftern der Gesellschaft livländischer Aerzte gelten, den 17 Collegen, die hier vor 14 Jahren — am 27. November 1888 — mit weit-schauendem Blick die Grundlage schufen, auf welcher wir heute stehen. Das erste Sitzungsprotocoll fasste damals das gesteckte Ziel in 5 Punkten zusammen:

- 1) gegenseitiger Austausch wissenschaftlicher und praktischer Erfahrungen.
- 2) Befestigung des gegenseitigen collegialen Verhältnisses.
- 3) Aufrechterhaltung der Würde des ärztlichen Standes.
- 4) Gründung von Unterstützungscassen.
- 5) Berathung über die etwaige Abänderung der zur Zeit bestehenden Minimaltaxe der Aerzte.

Auf diesem von unseren Stiftern vorgezeichneten und von uns eingehaltenen Wege der Wissenschaft, der Humanität und des Selbstschutzes hat der Verein die Erfolge errungen, auf die er heute zurückblickt. Die gewissenhafte Arbeit und die zähe Energie zahlreicher Collegen aus unserer Mitte hat mit Widerständen gekämpft, die oft unüberwindlich schienen. Wie stark sie waren, das weiss am besten der erste Präses, der College Truhart, der unsrem Verein und mir mit seltener Ausdauer die Wege gebnet hat. Trotz der Ueberbür-

dung mit den Verpflichtungen des practischen Arztes und des Kreisarztes — vor Jahren hier in Fellin — ist er nie müde geworden in seinen Bestrebungen für unseren Verein. Er hat bis heute den Muth zur Ueberarbeit bewährt. Und ich freue mich, dass es mir vergönnt ist, zu dem Dank, den wir Alle ihm schulden, im Nameu der hier versammelten, ein Wort der wärmsten Anerkennung hinzuzufügen für das soeben von ihm vollendete werthvolle Werk über «Pankreas-Pathologie» (Verlag von Bergmann in Wiesbaden 1902), das dem Verfasser und unserer Gesellschaft zur Ehre gereicht.

Mein diesjähriger Bericht über die Errungenschaften, die in erfreulichem Fortschritt begriffen sind, darf kurz sein. — Die Erbauung einer Landes-Irrenanstalt, worüber ich im vorigen Jahr berichtete, ist nunmehr eine beschlossene Sache. Es blieb bei der Wahl des Ortes in der Nähe Stackelns. Ueber die Fürsorge für die Asylbehandlung der Irren, über die Versorgung der Leprösen, der Tuberculösen, der Alcoholiker werden Ihnen die Specialisten, resp. die Praesides der Commissionen genaue Berichte erstatten. Ueber das Schicksal der Gebührenordnung, die dem Medicinalconseil zur Begutachtung resp. Bestätigung vorgestellt worden ist, wird der morgen Nachmittag um 3 Uhr tagende Rechtsschutzverein berichten.

Ausführlichere Mittheilungen habe ich Ihnen zu geben über den Stand der Hebammenfrage und die von unsrer Gesellschaft intendirte obligatorische Einführung des Normalstatuts für die Kirchspielsärzte Livlands.

Alle von mir erwähnten wichtigen Fragen der öffentlichen Hygiene und des Rechtsschutzes zu Gunsten des ärztlichen Berufes ruhten bei uns fast unberührt noch vor 15 Jahren. Es war von je her die Pflicht und das Vorrecht der Aerzte beim Kampfe mit dem Angriffsheer der zahllosen Krankheiten, die Schlachtordnung, in deren vorderster Linie sie tapfer ausharrten, zu prüfen, und dafür Sorge zu tragen, dass ihre Genossen nicht unbewehrt und schutzlos preisgegeben, im Feuer standen. Demgemäss handelte die Gesellschaft livländischer Aerzte seit ihrem Entstehen. Es gelang ihr unter grossen Anstrengungen, alte Schäden zu bessern oder anzude-

cken, zu schützen und zu helfen, wo es Noth that, mindestens der dringlichsten Gefahr vorzubeugen, soweit es anging. Nur eines gelang den Aerzten nicht: eine bessere Waffenrüstung für sich selbst zu erhalten.

Die Hebammenfrage hat noch einen kleinen Schritt vorwärts gethan. Aus den in der Dünazeitung (Nr. 142, 27. Juni 1902) unter dem Titel: «Förderung der Ausbildung und Anstellung von Landhebammen in Livland» mitgetheilten Verhandlungen des Landtags ist zu ersehen, dass die Livländische Gouvernements-Verwaltung dem Beschluss der Ritterschaft in Betreff des Revaler Instituts definitiv die Bestätigung versagte und zugleich Einwendungen gegen die geplante Gründung einer Hebammenschule in Riga erhob. In dieser Sache ist vom Minister-Conseil noch keine Entscheidung erfolgt, während der Umstand, dass das Fortbestehen der Hebammenschule beider gynaekologischen Klinik der Universität gegenwärtig überhaupt in Frage gestellt ist, zur Zeit von dem Conseil beprüft wird. Weiter heisst es wörtlich in demselben Artikel:

Während die Subventionirung des Revaler Instituts und die Errichtung eines Rigaer Instituts mithin ruht, ist eine andere das Hebammenwesen berührende Frage zu einem günstigen Abschluss gelangt:

Unabhängig von den zur Ausbildung ländlicher Hebammen beschlossenen Massregeln hatte bekanntlich der ausserordentliche Landtag im Jahre 1900 die Plenarversammlung des Adelsconvents beauftragt, in Anlehnung an das Normalstatut für Kirchspielsärzte ein solches für Kirchspielshebammen, in welchem eventuell auch Subventionen aus der Landeskasse Aufnahme finden könnten, auszuarbeiten und darüber Beschluss zu fassen. Dementsprechend wurde sogleich nach dem Landtag eine Commission zur Ausarbeitung eines solchen Normalstatuts niedergesetzt. Der Entwurf derselben fand, vorbehaltlich von dem Landrathscollegium vorzunehmender redactioneller Abänderungen, schon im Juni 1901 die Billigung des Adelsconvents. Ein im August 1901 erlassenes ministerielles Reglement über die

Anfnahme in Hebammenschulen und die Bedingungen zur Erlangung der Würde einer Hebamme liess jedoch noch weitere Abänderungen des Normalstatuts wünschenswerth erscheinen, um dasselbe mit diesem Reglement in Einklang zu bringen.

Das Landrathscollegium unterbreitete daher im Decem̄ber 1901 dem Adelsconvent eine neue bezüglichliche Vorlage, worauf das nunmehr definitiv festgestellte Normalstatut dem Herrn Gouverneur zur Bestätigung und Publikation in der Gouvernementszeitung vorgestellt wurde. Dasselbe stellte die Anstellung einer oder mehrerer Kirchspielshebammen ganz in das Belieben der Kirchspielsconvente, denen auch die Festsetzung etwa zu zahlender Jahresgage mit der Massgabe anheimgestellt ist, dass die festen Bewilligungen des Kirchspiels 150 Rbl. jährlich für jede Hebamme nicht übersteigen sollen. Sind feste Bewilligungen seitens des Kirchspiels erfolgt, so soll der Hebamme ein weiterer Zuschuss im Betrage von 30% der vom Kirchspiel bewilligten Summe aus der Landeskasse gezahlt werden. Den Kirchspielen ist auch anheimgestellt, sich behufs gemeinsamer Anstellung einer Kirchspielshebamme mit anderen Kirchspielen oder mit Theilen von solchen zu verbinden. Die Kirchspielshebammen sind nach dem Entwurfe verpflichtet, ihren Beruf innerhalb des Kirchspiels auf Grund einer festen Taxe auszuüben, sich der Controlle und den Anordnungen des Kirchspielarztes oder, in Ermangelung eines solchen, eines von dem Kirchspiel hierzu anzuwerbenden Arztes zu unterwerfen und über ihre Thätigkeit dem Kirchspielvorsteher Bericht zu erstatten. Angestellt werden kann jede concessionirte, mit einem Diplom versehene Hebamme.

Dieser Entwurf hat, bis auf die Festsetzung einer Taxe, die nach den Ausführungen des Medicinaldepartements nicht zulässig sein soll, die Genehmigung des Gouverneurs gefunden. Das Landrathscollegium hat hierauf s. S. auf die Aufnahme der Taxe Verzicht geleistet und am 1. April c. dem Gouverneur unter Weglassung derselben nochmals behufs Erwirkung der Bestätigung, zu welcher wahrscheinlich eine besondere Erlaubniss des Ministers eingeholt werden wird, vorgestellt. Sollte der Entwurf in dieser Form bestätigt

Werden, so wird ausser allem Uebrigen auch das der Hebamme von den Clientinnen zu zahlende Honorar der freien Vereinbarung zwischen dem Kirchspiel und der Kirchspielshebamme unterliegen. Die Zahlungen aus der Landeskasse aber werden in jedem Falle nicht mehr als 45 Rbl. für jede Kirchspielshebamme betragen.

Natürlich sind auch die hygienischen Verhältnisse Rigas durch die Arbeiten der livländischen Aerzte vielfach beeinflusst worden. Im Interesse der Hebammenfrage, die uns unablässig seit 9 Jahren beschäftigt, ist nunmehr die erfreuliche Thatsache zu constatiren, dass vor Kurzem die Stadt Riga von der Staatsregierung die Concession erhalten hat, eine Hebammenschule im Stadtkrankenhaus zu errichten. Die Zahl von 30 Betten in der Frauenabtheilung, die schon seit geraumer Zeit den gleichzeitigen Anforderungen der Geburtshülfe und Gynaekologie nicht zu genügen im Stande war, wird in nächster Zeit auf ca. 70 Betten erhöht sein. Damit ist ein dringender Wunsch erfüllt, dem ich schon vor 5 Jahren während meiner Amtsführung im Rigaschen Krankenhaus lebhaften Ausdruck verliehen habe. Damit ist nunmehr die Möglichkeit gegeben, gute Hebammen für Südlivland auszubilden, wo für ihre Anstellung von der Ritterschaft eben Sorge getragen wird. Freilich fallen 70 Betten in der dichtbevölkerten Stadt Riga, die keine Gebärasyle hat, für die Geburtshülfe nicht allzuschwer ins Gewicht, besonders da die in Riga ausgebildeten Hebammen lieber in der Stadt, als auf dem Lande sich festsetzen werden. Immerhin ist in dieser verwickelten Sache von der Ritterschaft und der Stadt endlich ein greifbares Resultat erzielt worden, das mit Freuden zu begrüßen ist und als der Beginn einer Aera in einem der wichtigsten Zweige der öffentlichen Gesundheitspflege bezeichnet werden darf.

Bezüglich der obligatorischen Einführung des Normalstatuts für die Kirchspielsärzte Livlands sind zwei entscheidende Dokumente eingegangen, die ich diesem Bericht beilege.

1) Das erste Schriftstück lautet in deutscher Uebersetzung:

M. D. I.

Livländische Gouvernementsregierung

Medicinalabtheilung.

1. November 1901.

№ 3643.

Riga.

An den Präses der Gesellschaft Livländischer Aerzte.

«Gemäss der Entscheidung des Livländischen Gouverneurs theilt Ihnen, hochgeehrter Herr, die Medicinalverwaltung der Livländischen Gouvernements-Verwaltung mit, dass Seine Exceleuz zur Zeit es für unmöglich hält, die Fürsprache der Gesellschaft Livländischer Aerzte zu Gunsten der Organisation des Medicinal-Ressorts im Livländischen Gouvernement gehörigen Orts vorzustellen, da eine Einrichtung des erwähnten Medicinal-Ressorts gemäss dem von der Gesellschaft (der Aerzte) vorgeschlagenen Entwurf der Landbevölkerung des Livländischen Gouvernements ebenso wie früher nicht die Garantie der unentgeltlichen ärztlichen Hülfe bieten würde.

Medicinal-Inspector: Aristow.

Schriftführer: ?

(Die Unterschrift ist nicht zu entziffern).

2) Das zweite Schreiben lautet:

Livländisches
Landraths-Collegium.

Riga, Ritterhaus

d. 27. Juni 1902.

№ 3284.

An den Verein livländischer Aerzte.

«Das Livländische Landraths-Collegium beehrt sich dem Verein livländischer Aerzte hierdurch die Mittheilung zu machen, dass der im Juni 1902 versammelt gewesene Landtag beschlossen hat, von einer Regelung der Sanitätsarztspflicht in obligatorischem Sinne abzusehen und die Verbesserung der sanitären Verhältnisse auf dem Wege facultativer allmählicher Verbreitung des Normalstatuts anzustreben, da eine obligatorische Zahlungspflicht der Höfe und Gemeinden für Sanitätszwecke ein neues Praestandum bedeutet, welches nur durch den Reichsrath sanctionirt werden kann.

Im Namen der Livländischen Ritterschaft

Residirender Landrath: Baron M a y d e l l.

Ritterschafts-Secretär: von Samson».

Aus diesen beiden Schreiben geht deutlich hervor, dass die massgebenden Autoritäten eine Verbesserung der sanitären Verhältnisse Livlands auf dem vom XII. Aerztetage vorgeschlagenen Wege zur Zeit für unmöglich halten. Und mit dieser ablehnenden Entscheidung stimmt auch eine Anzahl livländischer Aerzte durchaus überein. Die Gründe der dem XII. Aerztetage ferngebliebenen dissentirenden Collegen sind aus dem Artikel der Dünazeitung Nr. 143 (28. Juni 1902): «Zur Frage der obligatorischen Einführung des Normalstatuts für Kirchspielsärzte in Livland», zu ersehen. Diese Publication aus den Landtagsverhandlungen enthält ausserdem interessante Einzelheiten aus den Erwägungen und Beschlüssen der vom Landtag eingesetzten Commission. Die Einleitung des Artikels hat aber, wie Sie sehen werden, eine Fassung erhalten, die verhängnissvolle Missverständnisse zu Ungunsten unserer Aerztetage hervorzurufen geeignet ist. Die öffentliche Erklärung, zu welcher ich mich in Folge dessen verpflichtet fühlte, ist in der Nr. 144 der «Dünazeitung», 29. Juni 1902, abgedruckt, während ein anderes Blatt — vielleicht auch mehrere Blätter — das gleichfalls die Auszüge aus den Landtagsverhandlungen gebracht hatte, keine Notiz von meiner Erwiderung nahm, die ich Ihnen nunmehr hier verlese.

Zur Frage der obligatorischen Einführung des Normalstatuts für Kirchspiels-Aerzte in Livland.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Unter diesem Titel berichtet die «Düna-Zeitung» am 28. Juni c. (Nr. 143) über die Thätigkeit der Commission, welche der Livländische Landtag beauftragt hatte, «die von dem livl. Aerztetage intendirte obligatorische Einführung des Normalstatuts» zu begutachten. Zunächst sollte hierzu eine Enquete ins Werk gesetzt werden. «Es stellte sich jedoch schon bei der Befragung der Landärzte in 4 Kreisen eine so ausgesprochene Abneigung gegen die obligatorische Einführung des Normalstatuts heraus, dass von einer Durchführung der Enquete im ganzen Lande wohl abgesehen werden durfte. Die Commission glaubte von der Voraussetzung ausgehen zu dürfen, dass bei der offenbaren Unlust der Kirchspielsconvente, das Statut an-

zuwenden, nur der energische Wunsch der grossen Mehrzahl der Landärzte auf Einführung des Normalstatuts und ihre wohlbegründete Meinung, dass hierdurch der Sanitätsfrage am besten gedient werde, den Gedanken an eine so rigorose Massregel rechtfertigen könne. Es erwies sich aber, dass die Aerzte des Rigaschen, Wendenschen, Walkschen und Werroschen Kreises, so weit sie haben befragt werden können, fast einstimmig die allgemeine Einführung des Normalstatuts ablehnten». Ich habe wörtlich citirt. Wer den Artikel liest, ohne die complicirte Angelegenheit genau zu kennen, muss sich ein sehr ungünstiges Urtheil über den livländischen Aerztetag und dessen Geschäftsführung bilden. Er könnte glauben, dass die livländischen Aerzte über ihre Heimath und ihre eigenen Lebensbedingungen nicht Bescheid wüssten oder haltlos in ihren Beschlüssen hin- und herschwankten oder gar, dass das verantwortliche Präsidium der Aerztetage, weil es seine Competenz überschritten habe, von den Collegen desavouirt worden sei. Ich bin überzeugt, dass es nur wenige Gleichgiltige oder Misswollende giebt, die diese Meinung haben, aber sie könnten Diejenigen beeinflussen, die keine oder nur eine geringe Kenntniss von der Sache haben.

Schon im Jahre 1891 auf dem III. Livländischen Aerztetag in Walk (cf. Protokoll der 2. Sitzung pag. 3 bis 15) wird der sanitäre Nothstand auf dem Lande, die Schwierigkeit der Krankenversorgung, die ungenügende Anzahl und Einrichtung der Hospitäler, die schwierige Lage der Aerzte hervorgehoben. Anwesend: 81 Aerzte. Bei der Discussion über eine Reorganisation weist der Präses (Dr. Truhart) auf die grossen Schwierigkeiten hin, da es sich um eine Geldfrage handele und die Prästandenfrage der Lösung harre.

Wie aus den Protocollen des V. Aerztetages in Jurjew 1893 (vom 1.—3. September pag. 3—16) hervorgeht, legt der Präses (Dr. Truhart) ein von einer dazu erwählten Landtags-Commission ausgearbeitetes und später vom Livl. Landtage nahezu in vollständig gleichem Sinne acceptirtes Project vor, welches die sanitäre Organisation Livlands in umfassender Weise regelt. Zugleich wird die Reorganisation des Hebammenwesens auf dem Lande

und die Irrenfürsorge einer eingehenden Behandlung unterworfen. Der Entwurf eines vom Aerztetag angenommenen neuen Hebammenstatuts wird vom Präses (Dr. Truhart) der Medicinal-Abtheilung sowohl wie auch der gelegentlich des damaligen ordentlichen Landtages versammelten Ritter- und Landschaft unterbreitet (pag. 13). Anwesend: 136 Aerzte.

Seit dem Jahre 1891 hat der Livländische Aerztetag sich unablässig mit den erwähnten Fragen beschäftigt. Auf dem XI. Aerztetag 1899 wurde eine Commission erwählt (Dr. Kupffer, Dr. Treyman, Dr. Truhart), die ihr Gutachten über das «Normalstatut zur Anstellung von Kirchspielsärzten in Livland» abgeben sollte.

Darüber erstattete eingehenden Bericht Dr. Kupffer-Talkhof auf dem XII. Aerztetag in Wenden, 31. August bis 2. September 1900. Der Bericht ist enthalten in den Protocollen des XII. Aerztetages. Anwesend waren 84 Aerzte, von denen 9 aus Kurland, Estland und Ssaratow stammten, 23 in Riga und 52 in den übrigen Städten und auf dem flachen Lande in Livland ansässig waren. Ich hatte die Ehre diesem Aerztetage zu präsidiren. Die Discussion über das Normalstatut war kurz. Sie nimmt im Protocoll der 1. Sitzung am 31. August 1900 etwa 2 Druckseiten ein (pag. 15—17). Auf pag. 17 heisst es:

«Der Vorschlag des Präses — die Versammlung möge sich für die Einführung des Normalstatuts aussprechen und den Vorstand autorisiren, diese Stellungnahme des Aerztetages zum Normalstatut der livländischen Ritterschaft und der Medicinalverwaltung zur Kenntniss zu bringen — wird einstimmig angenommen». Dr. Kupffer wird ausserdem beauftragt, in der Tagespresse seine die wichtige Sache erläuternden Arbeiten zu veröffentlichen — eine Aufgabe, die er mit aufopfernder Hingabe erfüllt hat. Diesen einstimmigen Beschluss des XII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte habe ich pflichtgemäss zur Kenntniss der Medicinal-Verwaltung und der livländischen Ritterschaft gebracht im Interesse unseres Aerztestandes, der sich seiner höchst schwierigen Lage wohl be-

wusst ist. Dass die von der Gesellschaft livländischer Aerzte seit einem Jahrzehnt sorgfältig erwogene und wohlbegründete Sanitätsreform Livlands in der vom XII. Aerztetage vorgeschlagenen Form abgelehnt wurde, hat seine triftigen guten Gründe. Die Hindernisse erschienen dem Vorstand von vornherein gross, aber nicht unüberwindlich. Und eine gute, aufs Gemeinwohl gerichtete, von Gesinnungsgenossen bereitwillig unterstützte That darf immer auf Erfolg hoffen. Dass der Erfolg ausblieb, wird gewiss kein billig und gerecht Urtheilender den auf dem XII. Aerztecongress versammelten Aerzten zum Vorwurf machen, nachdem sie einmüthig im Interesse des Landes und ihres Standes den Entschluss gefasst hatten, einem offenkundigen Nothstande abzuhelfen. Nicht nur das Gelingen, auch das Misslingen hat wohlthätige Folgen.

Dr. M. T r e y m a n n,
d. z. Präses der Gesellschaft livl. Aerzte.

Riga, den 29. Juni 1902.

In der That ist unsere Action zu Gunsten der Sanitär-Reform Livlands als gescheitert zu betrachten. Und doch ist all unsre Mühe nicht verloren. Die wohlthätige Folge besteht in der vollkommenen Klärung der Situation; die materielle Nothlage der Aerzte bleibt vorläufig unverändert dieselbe. Sie ist bedingt durch volkwirthschaftliche Zustände, die in absehbarer Zeit eine Wandlung kaum erwarten lassen. Dabei ist es dennoch selbstverständlich, dass gerade die Aerzte die ideale Forderung, der Landbevölkerung womöglich unentgeltliche ärztliche Hilfe zu verschaffen, durchaus anerkennen, dass wir die Schwierigkeiten, mit denen die livländische Ritterschaft bei der sanitären Organisation Livlands zu kämpfen hat, nach Gebühr sorgfältig abschätzen, endlich, dass wir gegen das Streben unserer dissentirenden Collegen nach einer unabhängigen, anscheinend auf freier Vereinbarung beruhenden Stellung nicht ankämpfen. Wir werden in unserer schwierigen Lage, die bis hierzu durch die wohlwollendsten Absichten und Handlungen nicht gebessert wurde, ebenso ausharren müssen, wie unsre Semstwo-Collegen, deren Ueberarbeit die beste Kraft männlicher und weiblicher Aerzte in kurzer Zeit erschöpft, aber die klare Erkenntniss der Sachlage

wird uns lehren, dass wir von keinem Anderen, als von uns selbst Hilfe zu erwarten haben.

Als ich vor 4 Jahren in meinem Vortrage über «die sociale Stellung der Aerzte» (1898) diese Meinung aussprach, bezweifelten viele den Ernst der Situation des Aerztestandes. Soweit ich mir die Statistik im Laufe der Zeit zugänglich machen konnte, ergibt sich, dass an Gehalt für die Aerzte vom Staat und von den Communalverwaltungen in Summa circa 10 Millionen Rubel verausgabt werden, im Mittel 800 Rubel pro angestelltem Arzt (Dünazeitung Nr. 178, 1897). Wenn das Privateinkommen der Aerzte hinzugerechnet wird, ergibt sich heutzutage für den einzelnen Arzt im russischen Reich annähernd ein Jahreseinkommen von 1000 Rbl. Nach meinen eigenen Erfahrungen halte ich diese Schätzung im Ganzen und Grossen für zutreffend. Sie werden mich fragen:

Wie soll in solcher Lebenslage ein Mann, der sich verpflichtet fühlt oder vielmehr gesetzlich gezwungen ist, Kranken und Leidenden Hilfe zu gewähren bei Tag und Nacht — wie soll er sich selbst helfen?

Die Selbsthilfe kann nur bestehen im Anschluss an die Genossen und in gemeinsamer Abwehr unmöglich zu erfüllender Zwangsverpflichtungen unter Anrufung des gesetzlichen Schutzes. Wenn also in Livland noch keine ärztliche Gebührenordnung und noch kein ärztlicher Rechtsschutzverein existirte, so müssten die Vorarbeiten dazu heute schleunigst in Angriff genommen werden. Bei diesen Bemühungen liegt wenigstens klar zu Tage Eins: Wir Aerzte trachten nicht nach Anhäufung materieller Güter, sondern nach Erhaltung unserer von allen Seiten bedrohten Lebenskraft: um die schwersten Pflichten zu erfüllen, ohne Scheu vor Krankheit oder Tod. Aber wir trachten auch nach Anerkennung unserer Berufsehre.

«Was bringt zu Ehren?

Sich wehren!»

Wir können nichts Anderes und wir wollen nichts Anderes thun, als in Einigkeit uns wehren — im Rahmen der gesetzlichen Ordnung, auf deren Schutz zu bauen auch wir Aerzte ein Recht haben. Darauf beruht zunächst die Entwicklung unsres Aerztestandes, der überall einen wesentlichen Factor

des complicirten Gemeinschaftslebens bildet. Nur einen Hemmschuh giebt es auf unserem Lebenswege, das ist die Uneinigkeit im eigenen Feldlager, die unter den anderen Kämpfern ums Dasein den Gedanken erweckt: «Divide et impera». Wenn wir einig bleiben, werden wir auch die Misserfolge in lauter Erfolge umwandeln. Wer daran nicht glaubt oder der Ungeduld die Zügel schießen lässt, der kennt nicht die Kämpfe und Leiden der russischen Aerzte inmitten der segensreichen sanitären Einrichtungen der Semstwo, der hat niemals die ungeheuren Schwierigkeiten der Lebenslage unserer Collegen in den Nachbarstaaten Oesterreich und Deutschland zum Vergleich herangezogen, der hat auch nicht auf die Veränderungen geachtet, die wir in dem letzten Jahrzehnt erlebt haben.

Die Gebührenordnung für das Land und die kleinen Städte hat ohne Widerspruch seitens des Publicums die früheren niedrigen Honorarsätze verdrängt. Ueberhaupt ist es vielen Collegen aufgefallen, dass das Publicum in Stadt und Land den Aerzten viel mehr Interesse und Wohlwollen beweist, als früher, weil es jetzt erst die im Verborgenen wachsende Nothlage der Aerzte kennen gelernt hat. Wie zu erwarten war, hat sich die Gebührenordnung, weil sie einem längst gefühlten Bedürfniss der Aerzte und Klienten entgegenkam, im Grossen und Ganzen, so zu sagen, eingelebt.

Dass die Aerzte auf Verfügung des Unterrichtsministers neuerdings Sitz und Stimme in den Conferenzen der Pädagogen erhalten sollen, ist eine höchst bemerkenswerthe, die Werthschätzung unseres Berufes charakterisirende Entscheidung. Viel wichtiger noch ist für uns die Erklärung einer competenten hohen Behörde, dass die einst höchst werthvolle ärztliche Gebührenordnung Peters des Grossen den gegenwärtigen Verhältnissen nicht mehr entspreche. Es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass diese veraltete Gebührenordnung, die heutzutage vermöge ihrer Gesetzeskraft jede berechnigte ärztliche Honorarforderung illusorisch machen kann und oft genug zum Schaden der Aerzte von den Patienten und von den Richtern herbeigezogen wurde, binnen Kurzem aufgehoben werden wird.

Unsre Bitte um Bestätigung der vom Livländischen Aerztetag vorgestellten Gebührenordnung hatte das

Ziel vor Augen ein veraltetes Gesetz durch eine den modernen Anforderungen gerecht werdende gesetzliche Regelung zu Gunsten der Aerzte abzuändern. Erst dann, wenn unter den zahlreichen Beschränkungen der ärztlichen Praxis die härteste, die gesetzlich sanctionirte alte Fessel fällt, kann die Entwicklung des Aerztestandes gedeihen. Unsere Gesellschaft erwartete diesen Fortschritt von der Einführung einer neuen, unter der Mitwirkung der Aerzte geschaffenen, Gebührenordnung. Denn nur eine von sachverständigen und humanen Aerzten aufgestellte Norm kann in Conflictsfällen das Publicum und die Richter orientiren und zu einer gerechten Beurtheilung des ärztlichen Thuns beitragen. Es ist nun aber höchst wahrscheinlich, dass die Staatsregierung auch unsrer neu aufgestellten ärztlichen Taxe die gesetzliche Sanction verweigern wird. Das wäre keineswegs zu bedauern, sondern würde dem Aerztestande grade zu einer normalen Entwicklung verhelfen. Das, wessen wir bedürfen, ist eine Aufhebung der Zwangsgesetze alter Zeiten. Sobald sie verschwinden, können wir auch die gesetzliche Fixirung der neuen Gebührenordnung missen. Ich sage: die gesetzliche Fixirung, nicht etwa die Gebührenordnung selbst. Im Gegentheil: wir bedürfen gerade in solchem Fall eines genauen Werthmessers der ärztlichen Leistungen, einer festen Norm, die den Gesetzen, Sitten, Gewohnheiten des Gouvernements oder Rayons peinlichst angepasst ist, fester Honorarsätze, die übereinstimmend von allen Collegen angewandt und nöthigenfalls durch den Rechtsschutzverein vor dem gerichtlichen Forum geltend gemacht werden. Erst dann wird von einem sicheren Rechtsschutz und von einer freien Vereinbarung zwischen Arzt und Publicum die Rede sein dürfen, wobei der Arzt seine Bedingungen in voller Freiheit, aber nach einer mit den Collegen vereinbarten Grundlage stellen muss. Heutzutage kann es gar keine freie Vereinbarung geben, weil zur Zeit der eine Parte, der Arzt (auch die Hebamme) vollständig gefesselt ist. Ist er aber eumal wirklich frei, so muss er sich auch vor dem Vorwurf der Willkür verwahren können. Diese nothwendige Bedingung wird durch die von uns ausgearbeitete unentbehrliche Gebührenordnung erfüllt, die nichts ande-

res sein wird und sein soll, als eine Schutzwehr für unsre Existenz, für unser Recht auf Unabhängigkeit und für unseren guten Ruf. Wir sind also in der Lage die Consequenzen unsrer Erfolge und Misserfolge ruhig abwarten zu können mit der zuversichtlichen Hoffnung auf eine bessere Zukunft. Dass wir einen schweren und steilen Weg vor Augen haben, darf uns nicht entmuthigen. Wir stehen unter der Schicksalsmacht unseres grossen und schweren Berufes.

Zum Schluss habe ich noch mitzuthellen, dass die Verbindungen, die unsre Gesellschaft mit dem Osten und Westen der Europaeischen Aertzewelt anknüpfte, uns zwei Einladungen eingetragen haben:

1) Zum XIV. internationalen Aertzlichen Congress in Madrid am 23.—30. April 1903, unter dem Praesidium des Dr. med. Julian Calleja, dessen verbindliches Schreiben hier ausliegt.

2) Zum Aerzte-Congress in St. Petersburg zu Anfang Januar 1904, vom rührigen Organisations-Comité des IX. Aertztetages der russischen Aerzte zum Andenken Pirogoff's. Hierbei das liebenswürdige Schreiben des Praeses Dr. med. C. M. Lukjanow.

Aus Riga ist die Anzeige an uns eingelaufen, dass am 4. März a. c. im Rigaschen Lettischen Verein eine medicinisch-wissenschaftliche Section sich constituirt hat unter dem Praesidium des Dr. M. Lejin. — Dass im Juni a. c. der Naturforscher-Congress in Helsingfors getagt hat, ist wohl rechtzeitig durch die Presse zu Ihrer Kenntniss gelangt.

Dr. M. Trey mann,

d. z. Praeses der Gesellschaft Livländischer Aerzte
Der Secretär, Dr. G. v. Engelmann-Riga, legt die eingelaufenen Schriften vor:

1. Protokolle und Arbeiten der Sabaikalschen ärztlichen Gesellschaft. 1899—1900.
2. Protokolle der Sitzungen und Arbeiten der Bjelostok-schen medicinischen Gesellschaft in den Jahren 1897—1900.
3. Protokolle der Omskschen medicinischen Gesellschaft. 1900—1901. III. Ausgabe.
4. Protokolle der Omskschen medicinischen Gesellschaft. 1901—1902. I. und II. Ausgabe.

5. Arbeiten und Sitzungsprotokolle der Jelisavetgradschen medicinischen Gesellschaft. 1895—1898.
6. Arbeiten und Sitzungsprotokolle der Jelisavetgradschen medicinischen Gesellschaft. 1898—1901.
7. Arbeiten der Charkower medicinischen Gesellschaft. 1901 I., II. und III. Ausgabe.
8. Sitzungsprotokolle der Charkower medicinischen Gesellschaft. 1901.
9. Rechenschaftsbericht über die Thätigkeit der Charkower medicinischen Gesellschaft für 1900.
10. Bericht über die Thätigkeit des Kinderkrankenhauses der heil. Olga in Moskau für das Jahr 1900.
11. Arbeiten und Protokolle der Russischen Chirurgischen Pirogoff-Gesellschaft. 1899—1900.
12. Archiv der biologischen Wissenschaften herausgegeben vom Kaiserlichen Institut für Experimentalmedizin in St. Petersburg Theil IX. I., II. und III. Lieferung. (1901).
13. E. K. Fischer: «О Вороздахъ и извилинахъ дѣтскаго мозга въ первомъ полугодіи жизни». Dissertation der Militär-Medicinischen Academie in St. Petersburg.
14. О бугорчаткѣ вызываемой у животныхъ мертвыми туберкулезными бациллами». Dissertation von Nicolai Panow. Aus dem Pathologischen Institut der Universität Jurjew. 1902.
15. Slavische Bibliographie (Czechisch).

Der Cassaführer, Dr. A. Schwartz-Fellin erstattet folgenden Cassabericht:

Bericht über die Kasse des Livländischen Aerztetages vom 19. Juni 1901 bis 2. September 1902.

E i n n a h m e.

19. Juni 1901. Saldo vom XII. Aerztetage	1020	Rbl.	96	Kop.
21. » 267 Beiträge à 5 Rbl.	1335		»	— »
1. Sept. 1902. Zinsen	43		»	39 »
Von Herrn Dr. Behr Einlageschein der Rig. Börs.-Bank retournirt	100		»	— »
Summa	2499		Rbl.	35 Kop.

A u s g a b e.

1901 Juni 19.	dem Secretair Dr. Weidenbaum für Auslagen . . .	60 Rbl. — Kop.
»	für Schreibmaterial, Postporto, Trinkgelder pr. XIII. Aerztetag	4 » 16 »
»	dem Herrn Präses Dr. Treymann zu laufenden Ausgaben	50 » — »
»	Dem Herrn Dr. Behr der Commission für Irrenpflege gehörige	849 » 11 »
»	Herrn Dr. Engelmann für präsentierte Rechnungen . .	375 » — »
»	Rechnung der St. Petersburger med. Zeitschrift . .	165 » — »
1902. —	Inserate XIV. Aerztetag, Druck d. Karten, Schreibutensilien, Postporto, Transferte, Checkbücher .	25 » — »
	Zur Bestreitung von Unkosten für den XIV. Aerztetag vorausgenommen	100 » — »
		<hr/> 1628 Rbl. 27 Kop.
	Baar in der Kasse . .	871 » 08 »
	Summa . .	<hr/> 2499 Rbl. 35 Kop

Fellin 2. September 1902.

d. Z. Kassirer Dr. A. Schwartz.

2. Bestimmung des Ortes und der Zeit für den nächsten Aerztetag.

Der Präses theilt mit, dass die Stadt Arensburg in lebenswürdiger Weise soeben ein Telegramm übersandt hat, welches den Livländischen Aerztetag zum nächsten Jahre nach Arensburg einladet.

Dr. Koppé-Pernau ladet die Collegen nach Pernau,

Dr. Apping-Wolmar nach Wolmar ein.

Der Präses dankt den Collegen für ihre lebenswürdige Einladung und schlägt vor sich für Pernau zu entscheiden.

Nach einer Kurzen Debatte entscheidet sich die Versammlung durch Abstimmung für Pernau.

Es wird beschlossen der Stadt Arensburg den Dank des Livl. Aerztetages zu übermitteln.

Als Zeit für die Abhaltung des XV. Aerztetages wird der Anfang Juni 1903 in Aussicht genommen. Die genaue Festsetzung des Termines wird dem Vorstande überlassen.

3. Wahlen laut § 8 der Statuten.

In den Vorstand werden gewählt

Präses: Dr. H. Meyer-Riga.

Vicepräses: Prof. Dehio-Jurjew.

Secretäre: Dr. G. v. Engelmann-Riga.

Dr. G. Weidenbaum-Riga.

Cassaführer: Dr. Koppe-Pernau.

Der Präses, Dr. Meyer, dankt für die Wahl zum Präses und fordert die Versammlung auf, dem scheidenden Präses, Herrn Dr. M. Treymann, den Dank der Gesellschaft für seine Amtsführung, in echt akademischer Weise durch kräftiges Scharren mit den Füßen auszudrücken. (Dieses geschieht).

Der Präses verliest die telegraphische Begrüßung vom Verein praktischer Aerzte zu Riga.

Der Präses: Leider haben mehrere Herren, die uns Vorträge angemeldet hatten, am Erscheinen verhindert, absagen müssen.

So die Herren Bosse, Blindreich, Wolferz. Dafür sind aber neu angemeldet worden folgende Vorträge:

Dr. Brehm-Riga «Ueber Mesenterialschrumpfung» mit Demonstration; Dr. Hampeln-Riga: «Ueber Blutdrucksbestimmungen»; Dr. Sadikoff-Talsen: «Ueber die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Bekämpfung der Lepra»; W. Hollmann: «Ueber einen Fall von Darminvagination» mit Demonstration eines Präparates.

Es folgen Vorträge und Discussionen:

4. Dr. L. Bornhaupt-Riga: «Zur Frühoperation der Appendicitis». Publicirt im Archiv für klinische Chirurgie.

In der Frage der Behandlung einer acuten Appendicitis stehen sich auch heute noch die Anhänger der abwartenden Methode, Sonnenburg, Körte, Rotter, Kymmel, Krönlein und diejenigen der Frühoperation in den ersten 24 Stunden des Anfalls wie die Amerikaner Beck, Bernays Mayo, Deaver, Riedel, Rehn, Sprengel, Payr

u. a. als Gegensätze gegenüber. Daher können die Erfahrungen, die auf diesem Gebiete gesammelt werden, doch noch zur Klärung der Frage nach dieser oder jener Richtung beitragen.

Im Stadt-Krankenhaus in Riga und in der Privatklinik von Dr. A. von Bergmann sind vom Jahre 1894 bis 1903 268 Fälle mit Appendicitis behandelt worden. 42 Mal ist nicht eingegriffen worden; davon sind 7 Patienten, die moribund in die Abtheilung gebracht worden waren, an allgemeiner Peritonitis zu Grunde gegangen. 35 Patienten sind fast geheilt oder gebessert nach Hause entlassen worden, da dieselben sich dem Eingriff im Interval nicht haben unterziehen wollen. 90 Mal ist im Interval operirt worden, dabei ist ein Todesfall zu verzeichnen, der einen 65-jährigen mit einer allgemeinen Arteriosclerose behafteten Mann betrifft.

102 Mal ist im acuten Anfall operirt worden, davon sind 15 Patienten gestorben. 32 Patienten sind mit einer diffusen Peritonitis operirt worden und sind alle zu Grunde gegangen.

Schliesslich ist 3 Mal in solchen Fällen eingegriffen worden, wo eine ausgebreitete, chronische, adhäsive Peritonitis bestanden hatte, wo die Occlusionserscheinungen in den Vordergrund traten, die 3 Fälle haben einen letalen Verlauf genommen.

Die 268 Fälle ergeben als Durchschnittsalter 27 Jahre. Auf 189 Männer finden sich 79, also nur 20 pCt. Frauen.

7 Mal ist am 3. Tage des Anfalls, 10 Mal am 4. Tage, und 6 Mal am 5. Tage operirt worden. Am 3. Tage fand man schon eine Necrose des Wurmfortsatzes und einen Abscess in der Bauchhöhle.

Von den 44 Todesfällen betreffen 23 solche Patienten, bei denen die Erkrankung und die Sepsis so weit vorgeschritten war, dass der Eingriff, obgleich er in der ersten Woche des Anfalls ausgeführt worden war, schon verspätet war.

Von den 15 nach der Operation im Anfall letal verlaufenden Fällen müssen 10 aus der Statistik der operativen Behandlung der Appendicitis ausgeschlossen und der exspectativen Behandlung zugeschrieben werden, der allein sie ihren ungünstigen Ausgang verdanken. Dann wird die geringe Mortalitätsziffer aufhören, welche immer wieder in den Statistiken

für die expectative Behandlung herausgerechnet wird, und die nur verhängnisvolle Trugschlüsse zeitigt.

Gegenüber dem, wie es scheint, in der letzten Zeit sich mehrenden Usus, die Appendicitis mit Abführmitteln zu behandeln, ist zu betonen, dass nur da, wo man eine Entzündung des Wurmfortsatzes verhüten zu können glaubt, das Ricinusöl zur Anwendung kommen darf. Bei allen typisch einsetzenden Fällen von Appendicitis ist ein Abführmittel strict zu meiden.

Folgendes muss hervorgehoben werden:

1) Es darf keine principielle Scheidung der expectativen und operativen Behandlungsmethode bei der Appendicitis geben.

2) Mit dem Eingriff darf nicht gesäumt werden, sobald ein eitriges Exsudat mit Bestimmtheit nachzuweisen ist.

3) Es gibt eine Reihe von Appendicitiserkrankungen, wo nur die möglichst früh, innerhalb der ersten 24 Stunden vorgenommene Operation die einzig mögliche Behandlung darstellt.

4) Leider sind wir nicht im Stande, das Krankheitsbild dieser Fälle präcise zu zeichnen. In allgemeinen Umrissen müssen aber diejenigen Fälle hervorgehoben werden, welche in ihrem Einsetzen eine Abweichung von der Norm zeigen.

5) Abnorm hohe Temperatur, frequenter Puls, sehr intensive Schmerzen, schlechtes Aussehen des Patienten, bretthart gespannter Leib, dabei palpabler processus vermiformis — das sind die Anzeichen einer schwer verlaufenden Appendicitis, und diese Anzeichen verlangen daher die möglichst sofortige Operation.

6) In Folge der Tamponade ist die Frühoperation der Operation im Intervall nicht gleich zu stellen, und muss daher unter dazu günstigen Verhältnissen die Operation im Intervall nach Ablauf von 4—5 Wochen angestrebt werden.

7) Die Frühoperation wird nicht in jedem Fall von Appendicitis nothwendig, sobald jede Attaque einer Blinddarmentzündung vom ersten Tage an von einem Chirurgen überwacht wird.

(Autoreferat).

Discussion:

Der Präses, Dr. Meyer: Die Appendicitis ist in den letzten Jahren geradezu eine Modekrankheit geworden, und

wird selbst in Laienkreisen so oft besprochen, dass nicht selten Patienten sich beim Arzte melden in der Befürchtung, sie könnten an einer Appendicitis leiden.

Dr. K u s i c k -Reval.

Ich sehe in der Aeusserung des Coll. B o r n h a u p t, dass man bei der Appendicitis nur in den allerersten Anfängen Ol. ricini geben dürfe, eine Gefahr, denn nach meiner Ueberzeugung darf, sobald der geringste Verdacht auf Appendicitis besteht, überhaupt kein Ol. ricini gegeben werden, sondern könnte man, bei erforderlicher Evacuation des Darmes, höchstens an Lavements denken.

Dr. B o r n h a u p t ist ebenfalls gegen Ricinusöl, hält es aber doch für gestattet in den Fällen, wo es nicht erwiesen ist, dass eine Entzündung besteht.

Dr. K u s i c k wendet sich gegen die letztere Aeusserung Dr. B o r n h a u p t s da sie missverstanden werden könnte. Wo Appendicitis vorliegt, darf, auch im Beginn kein Ricinus gegeben werden, sondern überhaupt nicht.

Dr. K o p p e - P e r n a u meint, dass aus den veröffentlichten Statistiken die Berechtigung der Frühoperation nicht hervorgehe, im Gegentheil die Resultate der expectativen Behandlung seien besser. Dasselbe lehre die Erfahrung aus älterer Zeit, wo nicht zur Frühoperation geschritten wurde, und die Resultate doch gut waren. Er ist daher gegen die Frühoperation. Es erscheint ihm wünschenswerth, die therapeutische Seite der Frage mehr zu klären, z. B.: wann wendet man Eis, wann Wärme an?

Dr. H a m p e l n - Riga.

Die von B o r n h a u p t behandelte Frage betrifft ein wichtiges Gebiet, auf dem sich Therapeut und Chirurg. am häufigsten begegnen, ohne bisher, trotz gemeinsamer und angestrengter Arbeit, zur Einigung über die wesentlichen Behandlungsprincipien gelangen zu können. Radicale Vertreter der Frühoperation, wie R i e d e l, zahlreiche Vertreter eines um jeden Preis abwartenden Verfahrens, stehen einander gegenüber, ohne dass zur Zeit für oder gegen einen von ihnen die Entscheidung möglich wäre. Das liegt aber an folgenden eigenartigen Thatsachen:

Die Skolikoiditis tritt sowohl in leichter, zur spontanen Genesung tendirender, als in schwerer Form auf, doch ohne

dass sich dieser Unterschied im wichtigen Anfangsstadium deutlich ausdrücke. Die schwersten Fälle markirten sich dem Kundigen allerdings zuweilen von Anfang an als solche. Diese kann man dann mit Sicherheit früh diagnosticiren, um dementsprechend vorzugehen. Aber das geschieht nicht immer; auch die im weiteren Verlauf schweren Fälle treten anfänglich garnicht selten unter ganz leichten Erscheinungen auf und unterscheiden sich in der wichtigen ersten Zeit in nichts von den andauernd leichten Fällen. Das bereitet eben die grosse Schwierigkeit. Wüsste man von vornherein, welcher Fall zu den schweren, welcher zu den leichten gehört, so fiel die Entscheidung, ob operativ vorgegangen werden soll, oder nicht, natürlich leicht. Die schweren müssten sofort, in den ersten 1—2 mal 24 Stunden, nach Riedels Vorschlag, operirt werden, die anderen könnten nach den Grundsätzen der inneren Medicin behandelt werden. So aber, bei der Unmöglichkeit dieser wichtigen Unterscheidung stehen wir vor der Alternative entweder alle, ohne Ausnahme sofort, d. h. in vielen Fällen unnöthigerweise, zu operiren, oder auf die günstigen Chancen der Frühoperation zu verzichten, wenigstens in den unsicheren Fällen. Die Mahnung und Warnung Riedel's ist dennoch gewiss sehr zu beachten, nur wird man sich kaum schon jetzt entschliessen, diesen radical chirurgischen Standpunkt einzunehmen Ehe man alle, ohne Ausnahme, dem radicalen Verfahren überweist, ist doch erst noch abzuwarten, ob es nicht gelingt, sicherere Anhaltspuncte, als bisher, für die wichtige Entscheidung des Grades der Erkrankung auch schon im ersten Anfange, zu gewinnen. Schon die von Kurschmann angegebene Bestimmung der Leukocytose bedeutet einen Fortschritt.

In jedem Falle aber sollte man, das ergeben auch meine Erfahrungen, es sich zur Richtschnur machen keinen einzigen Fall, er möge auch noch so leicht erscheinen, auch leicht zu nehmen, sondern ihn von vornherein als einen schweren zu behandeln und demgemäss sollte auch gleich zu Anfang Chirurg und Therapeut zu einander in Relation treten. So könnte doch manchem Unheil auch ohne radicale Durchführung der Frühoperation, rechtzeitig vorgebeugt werden.

Auf der anderen Seite aber muss ich bekennen, dass die von Dr. Bornhaupt mitgetheilten Beobachtungen doch

nicht so überzeugend, als man es haben möchte, zu Gunsten des chirurgischen Eingriffs in späterer Zeit und gegen das therapeutische Verfahren zu sprechen scheinen. Dazu sind die Erfahrungen in dieser späteren Periode doch nicht günstig genug.

Ich resumiere also dahin: Man suche weiter nach möglichst sicheren Merkmalen, die Schwere des Typhlitisfalles schon im Beginne zu erkennen, betrachte aber, solange solche Zeichen fehlen, in praxi jeden Fall von Anfang an als einen schweren und gehe demgemäss vor, und setze sich womöglich von vornherein in Verbindung mit den Chirurgen.

Dr. B o r n h a u p t: Es giebt Fälle, wo schon am 2—3 Tage die Nekrose des Appendix eintritt, und der Eiter sich in die Bauchhöhle ergiesst oder zu ergiessen droht. Da kann man unmöglich mit Eis oder Compressen helfen, sondern dann kann nur Rettung geschafft werden, durch Entfernung, des Appendix am 1. und 2. Tage.

Was die Behandlung mit Eis oder Compressen anbetrifft so wird sie bei uns angewandt je nach dem, wie es der Patient verträgt. Einige fühlen sich bei der Kälte wohler als bei der Compressenbehandlung, und umgekehrt.

Die Statistik von R o u x betrifft die 700 Fälle, die im Interval operirt worden sind, wo also 4—6 Wochen abgewartet worden ist. Sie wäre vollständig, wenn die Resultate von den nichtoperirten Fällen auch bekannt sein würden, denn nach unserer Erfahrung sterben Viele schon vorher, wenn man so lange wartet.

Dr. T r u h a r t - J u r j e w: Für das therapeutische Eingreifen des Arztes wird ja stets der pathologisch-klinische Befund uns den massgebenden Hinweis bieten. Auch bei dieser wichtigen, die Grenzgebiete so nahe berührenden Krankheit, wird es vor Allem darauf ankommen, die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Formen der Appendicitis zu präcisiren. In den vorgeschrittenen suppurativen Formen, die schon zu weitgehenden Senkungsabscessen in die eine Beckenhälfte, in den Retroperitonealraum, zur Leber, zur Milz hin, geführt haben, stellt auch die operative Behandlung eine wohl nur denkbar ungünstige Prognose. Von umso grösserer Wichtigkeit erscheint es mir, dass die Blutuntersuchung auf Hyperleukocytose in jedem Einzelfalle, auch bei den muthmasslich leich-

ten Formen angestellt werde, da nach den zahlreichen Studien auf diesem Gebiete, ich verweise auf Emelianow, Jacob, Jacoby, Ledderhose u. a., wir in der Vermehrung der weissen Blutkörperchen einen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeitshinweis besitzen, dass es sich thatsächlich um Eiterung handelt. Alsdann kann aber auch nicht mehr expectativ verfahren werden, und erscheint ein weiteres Zögern mit dem chirurgischen Eingriff unerlaubt.

Ich kann mich daher nur durchaus mit der von Herrn Dr. Hampeln soeben gegebenen Darstellung einverstanden erklären.

Dr. Hausmann-Werro: Die Fälle, wo der Appendix oder ein durch Exsudat entstandener deutlicher Tumor gut palpirt werden kann, brauchen keine Frühoperation, denn es handelt sich entweder um Appendicitis simplex oder um ein abgekapseltes Exsudat. Es kommen die Fälle in Betracht, die keinen palpatorisch gut nachweisbaren Tumor bilden, wo also das Exsudat keine oder geringe plastischen Fähigkeiten besitzt. Dazu gehört auch der Abscess. Die neueste Arbeit Wassermanns über Leucocytenzählung bei Eiterbildung in den verschiedenen Organen zeigt, dass allerdings mit derselben in der Regel eine Leucocytenvermehrung einhergeht, dass aber gerade in den allerschwersten Fällen, wo durch die Allgemeinerkrankung des Organismus, derselbe die Fähigkeit verloren hat, zu reagieren, die Leucocytenvermehrung auch fehlen kann.

Die Frage darf nicht so gestellt werden, muss man Eis oder Hitze anwenden; für beide Anwendungen giebt es Indicationen. Eis hindert, weniger durch die directe Kältewirkung, als durch die indirecte reactive Ischämie in der Tiefe, die Einwanderung der Leucocyten, erleichtert somit die plastischen Vorgänge, die fibrinöse Verklebung. Wo also ein Exsudat vermuthet werden kann, dürfte Eis am Platze sein.

Die Hitzeanwendung bleibt als schmerzstillendes, krampfminderndes Mittel, analog seiner Anwendung bei Gallenstein-*cholika* resp. *Cholecystitis acuta*, für die *Appendicitis simplex* in Geltung, ebenso auch als resorbirendes Agens bei älteren Exsudaten.

Dr. Hampeln: Ich glaube Dr. B. ganz richtig verstanden zu haben, und fasse ihn nicht als Vertreter der principiellen

Frühoperation auf. Nur scheint mir diese Frage der Frühoperation im engsten Sinne des Wortes gerade die Hauptfrage zu sein. Durch sie allein könnte dem künftigen gefährlichen Verlauf der Krankheit noch rechtzeitig vorgebeugt werden, während sie selter ohne Gefahr ist, müsste nur nicht so gar viel operirt werden. Die später, erst in den folgenden Tagen, nachdem die Krankheit bereits Zeit zur vollen Entwicklung gewonnen hatte, vorgenommene Operation hingegen scheint nicht viel günstigere Resultate zu ergeben, als bei therapeut. Vorgehen beobachtet wird. Die Mortalität ist im einen wie im anderen Falle ziemlich dieselbe. Ich sehe hierbei natürlich ganz von der Operation im Intervall ab.

Dr. Koppe ist nach den Erfahrungen aus seiner Praxis der Ansicht, dass die Application der Wärme meist günstig wirkt.

Dr. A p p i n g - W o l m a r : Meine Herren, die rege Discussion über das vorliegende Thema bezeugt, wie wichtig die Frage ist. Für den Landarzt ist die Frühoperation ein *pium desiderium*. Ich habe mit der Krankheit viel zu thun und habe folgende Stellung zu ihr genommen: Natürlich theile ich im Allgemeinen B o r n h a u p t s Standpunct. Aber es ist nicht immer so schlimm. Ich habe mir so geholfen, dass ich doch in solchen Fällen R i c i n u s gebe. Natürlich nicht bei peritonealen Reizzuständen. Auch Prof. Z o e g e hat sich in dem Sinne ausgesprochen, und das verdient Beachtung. Ferner finden sich auch in der Literatur Angaben darüber. Und warum soll man nicht Ricinus geben, welches keine grosse Peristaltik macht, und doch den Stuhl befördert? Dann erst appliciere ich Bluteigel, und dann Eis, sowie O p i u m. Darin schliesse ich mich Herrn Dr. H a m p e l n an, dass man lieber abwartet, wenn man nicht von vornherein bestimmen kann, ob der Fall schwer oder leicht verlaufen wird.

Dr. B o r n h a u p t : Herrn Dr. H a m p e l n muss ich entgegen, dass bezüglich der ungünstigen Ergebnisse der Statistik bei der Frühoperation für unsere Fälle jedenfalls gilt, dass fast alle, die letal verlaufen sind, an den Folgen der Infection, nicht der Operation starben. Bei einem abgekapselten Abscess betragen die letal verlaufenen Fälle 13 %. Zu den Folgen der Operation kann man höchstens die Chloroformwirkung (ca. 2 %) bei Patienten rechnen, die vorher

nicht gesund gewesen sind. Es soll eben durch eine Frühoperation den Folgen der Sepsis vorgebeugt werden; dabei bleibt die Spätoperation in ihrem Recht bestehen, da, wenn die Sepsis und die Peritonitis nicht schon vorhanden sind, dieselbe keine schlechten Folgen nach unserer Erfahrung haben kann.

Wir sind gegen eine principielle abwartende oder principielle operative Methode. Als Aerzte machen wir immer wieder die Erfahrung, dass wir jeden Fall für sich individuell behandeln müssen und daher auch in dieser Frage nicht vergessen sollen, dass die genannten Symptome oft eine Frühoperation zur Rettung des Patienten erfordern.

Dr. Kusmanow-Rappel: Ich muss Herrn Dr. Apping erwidern, dass die Anwendung der Belladonna bei Appendicitis, statt des immerhin gefährlichen Gebrauches von Castoröl in solchen Fällen, mehr zu empfehlen ist. Denn Belladonna erhöht nicht die Darmperistaltik.

Dr. Bornhaupt: Ich wollte noch hinzufügen, dass die Blutuntersuchungen bei den verschiedensten eitrigen Processen bei uns im Stadtkrankenhaus in grosser Menge angestellt werden.

Bei der Diagnose des perityphlitischen Exsudates aber sind die Meinungen in der chirurgischen Literatur noch sehr zurückhaltend. Herrn Dr. Hausmann wollte ich erwidern dass der palpable Processus vermiformis eine Indication für die Operation darstellt, neben den angeführten Symptomen. Ricinusöl wird bei uns garnicht gegeben, darf nicht gegeben werden, wenn die Diagnose der Appendicitis feststeht.

Dr. Kusick: Ich möchte mir einige kurze Bemerkungen zur initialen Behandlung der Appendicitis mit äusserer Application erlauben. Vor 2—3 Jahren wurde auf dem livl. Aerztag die Appendicitis lebhaft in Discussion (Dehio, Zoega v. Manteuffel, Klemm) gezogen und redete Prof. Zoega der primären Hitzeapplication sehr energisch das Wort, weil er durch diese möglichst ausgiebige Adhäsionen erreicht. Leider vertragen nicht alle Patienten diese Wärme, so dass man in solchen Fällen doch auf Eis übergehen muss.

Dr. Bornhaupt: Ich bitte mich darin nicht misszuverstehen: ich will weder principiell abwarten, noch princi-

piell sofort operiren, sondern jeden Fall individualisiren. Es giebt Fälle, die sofort operirt werden müssen. Diese zu erkennen, muss man sich bemühen. Ebenso kann man nicht ein Princip für die Anwendung von Kälte oder Wärme aufstellen, sondern muss sich nach dem Fall richten.

5) Dr. Joh. Meyer-Jurjew: «Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberculose über den derzeitigen Stand der Frage».

Im November 1901 erlitt dieselbe einen schweren Verlust durch den Rücktritt des Herrn Prof. Dr. K. Dehio vom Präsidium. Herr Prof. Dehio hatte von vornherein nur für die erste Zeit, bis zur Erreichung der officiellen Bestätigung, dem Verwaltungsrath seine Mitarbeit zugesagt. Im November wurde die Organisation der Gesellschaft in den drei baltischen Provinzen begonnen. Es ging sämmtlichen Aerzten auf dem Lande die Aufforderung zu, die Stellung von Vertrauenspersonen der Gesellschaft einzunehmen. Es wurden ferner in allen Städten geeignete Persönlichkeiten aufgefordert locale Sammel-Comités zu bilden. Gemäss dem Wunsche des Verwaltungsrathes begaben sich Herr Prof. Dehio und Referent im Januar c. nach Riga und machten sich durch Betheiligung an den Verhandlungen der Gesellschaft prakt. Aerzte in Riga sowie an den Debatten auf einem Discutirabend im Gewerbeverein mit den Anschauungen bekannt, welche in Riga über die nächsten Aufgaben der Gesellschaft bestanden. Aus diesen Verhandlungen schien es hervorzugehen, dass in Riga die Ansicht überwog in erster Linie ein Sanatorium für Unbemittelte ins Leben zu rufen, während der Verwaltungsrath in Dorpat ein Sanatorium für den Mittelstand mit möglichst niedrigen Verpflegungskosten für zeitgemäss hielt. Dieser Gegensatz trat durch die späteren brieflichen Verhandlungen immer deutlicher zu Tage und führte schliesslich zu einem Antrag des Rigaer Localcomités, in die Statuten Bestimmungen aufzunehmen, welche die Organisation von Filialcomités mit fast absoluter Selbstständigkeit auch in Bezug auf die Verwendung der gesammelten Geldmittel bezwecken. In der Ueberzeugung, dass die Annahme derartiger Bestimmungen eine verhängnisvolle Zersplitterung der Gesellschaft in mehrere selbstständige Körper-

schaften mit nur sehr lockerem Zusammenhang zur Folge haben müsse, brachte dieser Vorschlag in dem Dorpater Verwaltungsrath die Anschauung zur Reife, die Ueberführung der Verwaltung der Gesellschaft nach Riga ins Auge zu fassen. Bei Berücksichtigung des Umstandes, dass in Riga die weitaus grösste Zahl von Mitgliedern sowie die grössten pecuniären Geldbeiträge zu erwarten sind, schien dieser Beschluss eine nothwendige Folge der bestehenden Meinungsverschiedenheit zu sein. Am 14. Juni c. ward nach Einholung der Zustimmung der in Riga für diese Frage massgebenden Persönlichkeiten auf einer zu diesem Zweck berufenen Generalversammlung einstimmig beschlossen, den Sitz der Verwaltung der Gesellschaft aus Dorpat nach Riga zu verlegen, und an Stelle der aus dem Verwaltungsrath ausgeschiedenen Mitglieder Prof. Dr. K. Dehio, Dr. Graubner, Dr. Baron Ungern, Aeltermann E. Freymuth, Redacteur A. Hasselblatt, Consultant A. Volk und Dr. Joh. Meyer die Herren Dr. M. Schmidt, O. Klemm, M. Kikuth, Alexejew, Leepin, den Herrn Fabrikhaber Jensen und Baron Wolff gewählt.

In Folge eines Missverständnisses war bis heute die officielle Mittheilung dieses Beschlusses nach Riga versäumt worden.

Im Auftrage des Cassaführers Dr. P. Baron Ungern theilt Referent mit, dass bisher als Einnahmen 1721 Rbl., als Ausgaben 216 Rbl. 16 Kop. gebucht worden sind.

6) Dr. A. Treu-Lindheim: «Ueber die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke».

(Der Vortrag ist in extenso erschienen in der «St. Petersb. Med. Wochenschrift».)

Der Präses schlägt vor der vorgerückten Zeit wegen die Discussion auf die nächste Sitzung zu verschieben. Der Vorschlag wird angenommen.

Schluss der I. Sitzung.

Zweite Sitzung.

Montag den 2. Sept. 1902, von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Brehm-Riga hält einen Vortrag: Ueber Mesenterialschrumpfung und ihre Beziehungen zum Volvulus der Flexura sigmoidea. Mit Demonstration eines Präparates. (Der Vortrag erscheint im «Archiv für klin. Chir.»)

Der Vortrag behandelt auf Grund eines casuistischen Materials von 12 Beobachtungen die wichtigen ätiologischen Beziehungen der sogenannten Mesenterialschrumpfung zum Flexurvolvulus, sodann auch die Mesenterialschrumpfung als Krankheit sui generis. Die als Mesenterialschrumpfung bezeichneten Veränderungen des Mesosigmoid. bestehen in einer chronisch entzündlichen Degeneration desselben mit bedeutender Verschmälerung, wodurch die Fusspunkte des S-roman. aneinander gezerzt werden, der Darm auch sonst geknickt und an Nachbarorganen angelöthet wird. Hierdurch werden oft sehr schwere Erscheinungen von Darmverschluss gesetzt, ohne dass ein eigentlicher Volvulus vorliegt, jedoch bieten die genannten Veränderungen gerade auch die besten Chancen für das Zustandekommen eines echten Volvulus. Hieraus resultirt die Wichtigkeit der präzisen Diagnosenstellung, die nur denkbar ist, wenn der alte, nichtssagende Begriff «Ileus» gänzlich aufgegeben wird und jedesmal eine genauere anatomische Diagnose versucht wird. Das Krankheitsbild der M-Schr. charakterisirt sich dem Volvulus gegenüber durch den relativ guten Allgemeinzustand, durch die wohl stark dilatirte aber nur schlaff gespannte Flexurschlinge, sowie durch die Möglichkeit Klysmata zu appliciren, wenn dieselben auch nicht gleich wirken. Diese Anfälle von Darmverschluss sollen, wenn möglich, nicht operativ angefasst werden, da sie in den meisten Fällen durch hohe Einläufe, esp. Belladonna-Behandlung zu beseitigen sind. Da sie aber immer wieder recidiviren, so müssen sie nach dem acuten Anfall, quasi im Intervall operirt werden. Die Radikaloperation besteht in leichteren Fällen in einer breiten Anastomose zwischen Coecum und Rectalschenkel der Flexur, wodurch die Kothentleerung gut gewährleistet wird, in schweren Fällen wäre die Resektion der Flexura

sigm. auszuführen. — Hat die Mesenterialschr. bereits einen nicht redressirbaren Volvulus herbeigeführt, so besteht die Therapie unter allen Umständen in sofortiger Laparotomie, wobei die blosse Detorsion der Schlinge nicht genügt, sondern auch hier gleich die Radikaloperation in oben gedachtem Sinne angeschlossen werden muss. Die Mesenterialschrumpfung zeitigt somit eine ganze Stufenfolge von Krankheitsbildern von der chronischen Obstipation zur Koprostase fortschreitend, als Anfall von Darmverschluss durch leichte Knickung oder Torsion sich steigernd, um endlich den echten Volvulus zu zeitigen. Zum Schluss folgen die casuistischen Mittheilungen.

Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. Treu-Lindheim.

Dr. Kusmanow-Rappel: Meiner Ansicht nach, ist der Livländische Aerztetag nicht competent, über die Intentionen und Anordnungen des «Vereines zur Bekämpfung der Tuberkulose» zu verhandeln, und Bestimmungen zu treffen, da dieser Verein doch ganz selbstständig arbeiten soll, obgleich wir uns sehr für die Arbeiten des Vereins interessiren, um so mehr, als dieser auf Initiative des Aerztetages ins Leben getreten ist.

Dr. Treu: Das ist wohl richtig, aber da der Verein zur Bekämpfung der Tuberculose bisher noch kein feststehendes Programm hat, die Gründung des Vereins aber von der Gesellschaft Livländischer Aerzte angeregt worden ist, wäre es für den Verein doch von Werth, wenn der Livl. Aerztetag sich über die Richtung, in welcher sich die Thätigkeit des Vereins zu bewegen hätte, äussern würde.

Dr. M. Schmidt-Riga führt aus, er wisse nicht, was für ein Programm bei der ersten Anregung zur Gründung eines Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose entworfen worden sei. Nach Riga sei von Dorpat aus der Vorschlag gelangt, ein Sanatorium für Minderbemittelte zu gründen, hat dort viel Sympathie gefunden, nur mit der Einschränkung, dass ein Theil der Rigenser mehr für Gründung eines Sanatoriums für Unbemittelte war. Jedenfalls ist ins Publicum nur der Gedanke der Gründung eines Sanatoriums lancirt worden, und es wäre bedauerlich, fände jetzt ein Frontwechsel statt, und würde nur eine Collecte beantragt zur Unterstüt-

zung einzelner Kranker. Wenn es wahrscheinlich auch noch viel Zeit kosten würde, bis es zur Begründung eines Sanatoriums käme, so könne man doch voraussagen, dass dieses Ziel einmal erreicht werden würde. Bei blosser Collecte hingegen zum Besten einzelner Kranker würde das Interesse des Publicums bald erlahmen und man könnte mit Sicherheit voraussagen, dass es später nicht mehr gelingen würde, die Mittel für ein grosses Unternehmen zusammenzubringen. Ein festes Programm ist überhaupt noch nicht entworfen, der einzige feste Programmpunct ist bisher der, möglichst viel Geld zusammenzubringen.

Dr. J. Meyer-Jurjew fragt an, ob überhaupt discutirt werden soll über die nächsten Ziele der Gesellschaft. Nur im Falle der Bejahung wünschte ich das Wort zu ergreifen.

Dr. K u s i c k -Reval. Die ganze Sache war von Anfang an darauf angelegt Sanatorien für die weniger Bemittelten zu errichten. Der Aertzetag muss Stellung dazu nehmen und entscheiden welche Art von Sanatorien errichtet werden sollen, für Unbemittelte oder Minderbemittelte.

Der Praeses ist dafür, dass man den Verein seinen eigenen Weg gehen und ihn dann erst an den Aertzetag herantreten lässt, wenn er es selbst für nöthig hält.

Dr. M. S c h m i d t -Riga. Das Rigaer Localcomite hat sich bisher weder für ein Sanatorium blos für Minderbemittelte, noch auch für ein solches blos für Unbemittelte entschieden. Es sind in demselben unter Anderem auch Gedanken in der Richtung laut geworden, auf einem möglichst grossen Areal sowohl für Unbemittelte, als auch für Minderbemittelte Einrichtungen zu treffen.

2. Da Dr. A. Behr-Riga verhindert ist zu erscheinen, so verliest der Secretär Dr. G. v. Engelmann den Commissionsbericht in Sachen der Fürsorge für Geisteskranke.

Bericht der auf dem VIII. Livl. Aertzetage gewählten Commission in Sachen der Fürsorge für bäuerliche Geisteskranke erstattet von Dr. Albert Behr.

I. Vor Allem ist zu berichten, dass die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in Livland beschlossen hat 500 Rbl. unserer Commission zur Verfügung zu stellen. Somit ist erreicht, wornach wir seit Jahren strebten und endlich

eine gemeinsame Arbeit zwischen dem Aerztetage und der besagten Gesellschaft angebahnt. (cf. Verhandlung d. VIII., IX. u. X. Aerztetages). Unsere Commission ist nun in der Lage ihre Arbeiten zielbewusster anzugreifen und die Irrenfürsorge für bauerliche Geistesranke gedeihlicher zu entwickeln. Im Interesse der Sache, welche wir vertreten, scheint es daher geboten, dass die Gesellschaft Livl. Aerzte diejenigen Collegen, welche Mitglieder der Gesellschaft zur Fürsorge für Geistesranke sind, auffordert in die seit dem VIII. Aerztetage bestehende Commission einzutreten, damit in gemeinsamer Arbeit die Irrenfürsorge unserer Heimath gefördert wird. Diese «Fusion» dürfte dazu beitragen die Gesellschaft zur Fürsorge für Geistesranke mit unseren Zielen bekannt zu machen und eine bessere Verständigung zwischen Aerztetag und Gesellschaft erzielen als bisher.

II. Im Berichtsjahre wurden im Asyl der Gesellschaft 23 weibliche Geistesranke verpflegt und behandelt¹⁾ Verblieben sind fünf Kranke. Wir erhoben von allen Kranken, soweit es irgend anging eine kleine Zahlung (5 Rbl. —15 Rbl. monatlich) und es gelang auf diese Weise 760 Rbl. einzunehmen. Gänzlich Mittellose wurden kostenfrei behandelt. Wir verpflegten Geistesranke aller Art, katatonische Zustände, puerperale Erregungszustände etc. . . . Das Pflegepersonal bestand anfangs aus 2 Pflegerinnen, dann waren es drei und schliesslich 4. Die Behandlung und die Dauerbäder beansprechen bei schweren Erregungszuständen ein verstärktes Pflegepersonal. Auf Details soll hier verzichtet werden, darüber wird an anderer Stelle eingehend berichtet werden.

Die Herrn Collegen auf dem flachen Lande werden gebeten unsere Bestrebungen zu fördern und sich durch Augenschein zu überzeugen wie auch mit kleinen Mitteln die Irrenfürsorge zu gestalten.

III. A. Einnahmen.

1) Baar durch Dr. Schwarz (Fellin)	849 Rbl.	11 Kop.
2) Subvention der Kurl. Rittersch.	200 »	— »
3) Renten von Coupons	10 »	77 »
4) Geschenke	15 »	— »
5) Zahlung d. Patient.	760 »	— »

Summa 1834 Rbl. 88 Kop.

¹⁾ Anmerk. Wir sind gegenwärtig noch nicht in der Lage männliche Kranke aufzunehmen.

B. Ausgaben.

1) Localmiete	245 Rbl. — Kop.
2) Wirthschaft	683 » 45 »
3) Gagen f. d. Pflegepersonal	255 » 50 »
4) Nothwendige Anschaffungen	97 » 80 »
5) Beheizung	56 » — »
6) Reparaturen d. h. Zerstörungen durch Kranke	15 » — »
7) Unvorgesehen	6 » — »
Summa	1358 Rbl. 75 Kop.

Mithin verbleibt zu gut 476 Rbl. 13 Kop.

IV. Im Auftrage des Herrn Dr. Sokolowski habe ich mitzuthellen, dass die Gesellschaft zur Fürsorge für Geistes-
kranke in Livland der Aerzte-Gesellschaft ein Gesinde an-
bietet für die Zwecke der Verpflegung bäuerlicher Geistes-
kranke. Dr. Sokolowski schreibt: «falls der Aerzte-
tag dieses Grundstück für Asylzwecke brauchen kann, so
soll er solches möglichst bald dem Präses des genannten
Vereines — Landmarschall Baron Meyendorff mittheilen».

Ich schlage vor, dass die Gesellschaft livl. Aerzte das An-
erbieten acceptirt und es der Commission überlässt sich dar-
über schlüssig zu werden auf welche Weise am zweckmäs-
sigsten das Gesinde auszunutzen und der Irrenfürsorge zu-
gänglich zu machen.

3. Der Präses verliest ein Schreiben des Collegen Dr.
Brennsohn aus Mitau, in welchem dieser die Collegen auf-
fordert ihm alsbald ihre Personaldaten zuzusenden, um ihn
bei der Abfassung seines «Albums livländischer Aerzte» zu
unterstützen.

Ferner ist von der St. Petersburger Militär-medicinischen
Akademie ein Preisausschreiben eingetroffen. Es wird für eine
hervorragende Entdeckung oder wissenschaftliche Arbeit auf
medicinischem Gebiet ein Preis von 3400 Rbl. ausgesetzt. Be-
werben dürfen sich nur russische Unterthanen griechisch-
orthodoxer Confession!

4) Dr. Schwartz-Fellin. Bericht über das Asyl Marien-
hof für Epileptiker und Idioten.

M. H. im Einvernehmen mit dem H. Präsidenten des livl.
Aerztetages habe ich mir die Freiheit genommen Sie zu einem
Ausfluge nach Marienhof aufzufordern um Ihnen das daselbst

errichtete Asyl für Epileptiker und Idioten zu zeigen und erlaube mir Ihnen vorher über Entstehung und Wirksamkeit desselben in Kürze zu berichten. Nachdem auf Anregung aus den Kreisen der livl. Ritterschaft ein Verein zusammengetreten war, welcher sich die Fürsorge für die so zahlreichen und bisher fast jeder Verpflegung entbehrenden Idioten und Epileptiker zur Aufgabe gestellt hatte, erfolgte im Juni 1893 die ministerielle Bestätigung des Vereinsstatutes. Die erste Aufgabe des Vereins war natürlich die Herbeischaffung von Geldmitteln, welche die Verwirklichung der weiteren Pläne des Vereins, die Errichtung je eines Asyls für den lettischen und estnischen Theil Livlands ermöglichen sollte.

Dank der rührigen Thätigkeit des Directoriums, welches das Interesse für die Sache in ganz Livland zu wecken verstand und in vielen Städten Livlands Zweigvereine in's Leben gerufen hatte, dank der munificenten Subvention von 2000 Rbl. jährlich seitens der livl. Ritterschaft, konnte — trotzdem der jährliche Mitgliedsbeitrag auf nur 1 Rbl. festgesetzt war — bereits im Jahre 1897 an die Erwerbung eines passenden Grundstücks und die Errichtung des ersten Asyls gedacht und geschritten werden.

In Marieuhof — 3 Werst von Fellin — bot sich ein passendes Landstück mit Baulichkeiten, welche den Zwecken eines Asyls fürs erste entsprachen, dasselbe wurde für 26.000 Rbl. gekauft und im October 1897 zum Asyl für Epileptiker und Idioten eingeweiht und eröffnet. Die ersten Pfleglinge waren 3 Idioten und ein Epileptiker, die zu Livland gehörig, bisher in Tabor bei Mitau verpflegt worden waren und mit einem geübten und erfahrenen Pfleger zusammen aus Tabor hierher übergeführt wurden.

Schon im 1. Jahre zeigte der Zudrang der angemeldeten Pfleglinge, dass das Asyl in seiner ursprünglichen Gestalt — es war ohne jede Erweiterung in dem früheren Herrenhause eingerichtet worden durchaus ungenügend war und ein Umnnd Ausbau resp. Erweiterung eine nicht abzuweisende Nothwendigkeit vorstellte.

Nicht ohne Kampf und Schwierigkeiten konnte diese Frage zur Entscheidung gelangen, da dem ursprünglichen Plane zufolge, die weiteren Mittel des Vereins zur Einrichtung eines 2-ten Asyls bei Wenden bestimmt sein sollten. Die Er-

wägung jedoch, dass dadurch nur eine Zersplitterung der Vereinsmittel in Scene gesetzt werde und dabei keines der in Wirklichkeit viel zu kleinen Asyle den an sie zu stellenden Anforderungen zu genügen im Stande sein dürfte, war für das Directorium massgebend und wurde beschlossen sofort einen grösseren Neubau in Stein in Marienhof in Angriff zu nehmen, welcher für die Unterbringung der männlichen Pfleglinge bestimmt sein sollte, die weiblichen sollten einstweilen im alten Hause verbleiben.

Im Herbst 1900 bereits konnte der stattliche Neubau in Gegenwart der zur Synode in Fellin versammelten Prediger eingeweiht und bezogen werden.

Seitdem haben sich die Räume bereits wieder soweit mit Pfleglingen angefüllt, dass die Weiberabtheilung im Augenblick bereits wieder überfüllt ist und die Frage der Errichtung eines ebensolchen Neubaues, wie der für die Männer aufgeführte, welcher dann auch zugleich die Oekonomieräume aufzunehmen hätte schon sehr brennend zu werden beginnt. Noch sind zwar die erforderlichen Mittel nicht vorhanden, doch hoffen wir, dass das Interesse, welches für die Verpflegung der armen Idioten und Epileptiker wachgerufen ist, nicht erlahmt und einschläft sondern richtig fortarbeiten werde an der Vervollkommnung und dem Ausbau der Einrichtungen, welche zur Aufbesserung des Looses der armen Unglücklichen dienen sollen.

Das Asyl Marienhof wird seit seiner Eröffnung geleitet von dem Hausvater Herrn Rosenwald, welcher auf Kosten des Vereins nach Deutschland geschickt worden war um sich daselbst mit der Einrichtung und dem Wesen solcher Asyle bekannt zu machen. Die zu dem Landstücke Marienhof gehörigen Felder sind einstweilen verpachtet, der grosse Garten wird von dem Hausvater mit Hilfe des Dienstpersonals und den arbeitsfähigen Pfleglingen beschiedt.

Die Zahlung für die Pfleglinge in der allgemeinen Abtheilung beträgt 100 Rbl. pro anno, in Ausnahmefällen kann dieselbe ermässigt werden bis auf 60 Rbl., ausserdem giebt es für ganz mittellose eine Anzahl Freibetten. Die Zahlung für Pfleglinge, welche ein separates Zimmer erhalten und auch sonst besser gehalten sein sollten erfolgt nach Uebereinkunft,

je nach den Ansprüchen welche gemacht werden und variirt von 150—400 Rbl. pro anno.

Augenblicklich werden in Marienhof verpflegt 20 Epileptische und 30 Schwachsinnige und Idioten, die meisten von ihnen stammen theils aus dem estnischen, theils aus dem lettischen Theil Livlands, doch finden sich auch einige aus entfernteren Gegenden so z. B. aus Narwa, aus Woronesch. Im Ganzen sind es also 50 — eine an sich schon stattliche Zahl, die aber sehr zusammenschrumpft, wenn man bedenkt, dass, nach freilich approximativer Schätzung, im ganzen russischen Reich gegen 92,000 Schwachsinnige und Idioten vorhanden sein sollen, von denen gewiss auch ein guter Bruchtheil auf Livland fallen dürfte, was zu der Annahme berechtigt, dass der bisher so frequente Zudrang von Pflegebedürftigen noch so bald keine Abnahme erleiden wird.

Im Ganzen sind seit der 1897 erfolgten Eröffnung des Asyls verpflegt worden 86 Kranke, von welchen 57 schwachsinnig und idiot, 29 epileptisch waren.

Von diesen 86 sind im Laufe der 5 Jahre gestorben 13 und aus der Anstalt ausgeschieden 14. Unter diesen Ausgeschiedenen ist ein Theil von den Angehörigen freiwillig zurückgezogen worden um sie selbst wieder in Pflege zu nehmen, die anderen aber mussten aus dem Asyl entfernt werden, weil sie als an mehr oder weniger acuten Geistesstörungen leidend, nicht in den Rahmen desselben passten und nur auf Grundlage nicht genügend präziser ärztlicher Attestate und dank dem Umstande, dass nicht immer der Arzt selbst bei der Aufnahme zugegen sein kann — es werden oft die Pfleglinge von Weitem durch gemiethete Menschen angeführt, die zu beliebiger Tageszeit eintreffen — irrthümlicher Weise in die Zahl der Pfleglinge eingereiht wurden. Es ist dieses ein Missstand, der sich in praxi einstweilen noch nicht ganz vermeiden lässt und wohl erst dann aufhören wird, wenn das Asyl so situirt sein wird, dass ein ständiger Arzt seinen Aufenthalt ganz in demselben haben kann. Ein solches Abschieben nicht in das Asyl passender Pfleglinge hat oft seine Schwierigkeiten und ist nicht immer schnell in Scene gesetzt, da die betreffenden Gemeindeverwaltungen widerwillig und säumig den an sie gerichteten Aufforderungen den Patienten abholen zu lassen nachzukommen pflegen. Es befinden sich auch zur Zeit noch

einige Pfleglinge in Marienhof, die entfernt werden sollen und derentwegen bereits an die Gemeindeverwaltungen geschrieben worden ist.

Es sind auch eben noch verschiedene Mängel und Uebelstände in Marienhof zu registriren, auch in dem neu aufgeführten Männerhause, es sind Uebelstände, welche zum Theil auf mangelnde Erfahrung, zum Theil auf das Bestreben den Bau so ökonomisch wie möglich zu errichten, zurückzuführen sind und die sich hoffentlich beim Bau des projectirten neuen Hauses werden vermeiden lassen.

In Bezug auf Haltung und Befinden der Pfleglinge lässt sich im Allgemeinen constatiren, dass der Aufenthalt in der geschlossenen Anstalt mit regelmässigem Verlauf des Tages bei guter Pflege und Aufsicht auf die meisten Pfleglinge einen wohlthuenden und calmirenden Einfluss erkennen lässt. Unruhige ja selbst zerstörungswüthige Idioten, die in der ersten Zeit nur mit gefesselten Händen gehalten werden konnten, wurden im Laufe der Zeit so still und ruhig, dass sie jetzt frei umhergehen können ohne Rückfälle in Tob- und Zerstörungssucht zu zeigen. Methodische Unterrichtsversuche sind nur an einigen dazu passenden Subjecten in Anwendung gekommen, es werden die Pfleglinge aber nach Möglichkeit beschäftigt durch Betheiligung an häuslicher Arbeit in Hof und Garten, auch konnten nicht wenige von ihnen beim Ablösen und Sortiren von Postmarken, welche im ganzen Lande für Marienhof gesammelt werden um von hier aus geordnet in den Handel gebracht werden zu können, Verwendung finden. — Direct curative Behandlungsversuche kamen nur bei einigen wenigen Epileptikern in Frage, auch bei diesen übt das regelmässige stille Anstaltsleben einen sichtbar wohlthuenden Einfluss und liess sich bei nicht wenigen eine Abnahme in der Häufigkeit und Heftigkeit der Anfälle constatiren.

Bei einem Epileptiker, der sonst arbeitsfähig ist und genügende Intelligenz zeigt ist ein Versuch gemacht worden eine Brombehandlung nach dem von T o u l o u s e und B i c h e t empfohlenen Regime mit völliger Entziehung des Chlornatriums durchzuführen. Da die Behandlung erst einige Wochen dauert, kann von der Constatirung eines Resultates noch nicht die Rede sein, doch ist zu bemerken, dass der Patient der

sonst rüstig und gerne im Garten arbeitete seit einiger Zeit über eine ihm bisher fremde Müdigkeit und Mattigkeit klagt. Dieselbe Klage ist mir auch von Seiten eines Privatpatienten, der sich versuchsweise dieser Cur unterworfen hat, entgegengetreten. Es scheint doch, dass der Organismus des Menschen sich nicht ungestraft auf längere Zeit Chlornatrium entziehen lässt.

Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzungen.

Schluss der II. Sitzung.

Ausflug der Gesellschaft nach Marienhof bei Fellin, Besichtigung der Anstalt unter der Leitung Dr. Schwartz — Fellin.

Am Nachmittag fand eine Sitzung der ärztlichen Gesellschaft zur Erforschung des Alkoholismus statt.

Referat des Präsidenten der ärztlichen Gesellschaft zur Erforschung des Alkoholismus, Dr. H. Meyer.

Am 7. Dec. 1901 wurde die ärztliche Gesellschaft zur Erforschung des Alkoholismus und deren Statuten vom Minister des Innern bestätigt, und auf der constituirenden Versammlung des Vereins in Riga fiel die Wahl zum Präsidenten auf Dr. Meyer in Riga, zum Sekretären wurde Dr. A. Behr, zum Kassierer der Gehilfe des Herrn Livländischen Medicinalinspektors Dr. P. Alexejew daselbst gewählt.

Ueber die erste allgemeine Sitzung am 28. Jan. 1902 brachte die St. Petersb. Med. Wochenschrift einen eingehenden Bericht in ihrer № 18 und № 19. 1902. Um den Zwecken des Vereins in seiner Thätigkeit zu entsprechen, sind statistische Erhebungen geplant, da sich zunächst für physiologische Untersuchungen sowohl die erforderlichen Institute als die ausführenden Kräfte nicht gefunden haben.

Demnach sollen Untersuchungen angestellt werden, wieweit der Alkoholismus bei der Verelendung der Arbeiterbevölkerung und deren Armuth, wie sie z. B. im Bettelwesen sich fühlbar macht, betheiligt ist. Die städtischen Erhebungen der betreffenden Institutionen Rigas erwiesen sich nach dieser Richtung noch nicht in die Wege gelenkt und liessen auch keine Erfolge erwarten, dagegen ergab es sich, dass sich aus den Erhebungen, die bei den Polizei-Organen und in den Gefängnissen angestellt werden sollten, dass daraus eine Krimi-

nalstatistik bezüglich des Zusammenhanges zwischen Vergehen oder Verbrechen und dem Alkoholismus werde erbracht werden.

Es wäre sehr erwünscht, dass die Kreis-Aerzte der Gouvernements bei solchen Erhebungen auch ihre nützliche Hilfe bei derartigen Untersuchungen nicht versagen möchten.

Der Präsident fordert daher die Anwesenden auf, sich zu solchen Zwecken dem ärztlichen Vereine zur Erforschung des Alkoholismus zahlreich anzuschliessen, wozu ein Bogen zur Unterschrift der Versammlung vorgelegt wird.

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt 3 Rbl., das Eintrittsgeld 1 Rbl.

Die Zahl der bisherigen Mitglieder ist 25.

Dritte Sitzung.

Dienstag den 3. Sept. 1902, von 9 --1 Vormittags.

Vorträge und Discussionen:

1. Dr. Graubner - Jurjew. „Ueber oberflächliche Platten-Epithelwucherungen auf den Schleimhäuten des Uterus und der Vagina“. (Der Vortrag erscheint in der «Zeitschr. f. Geb. und Gyn.»).

Redner berichtet über einen Fall von Oberflächencarcinom, welches er auf den Schleimhäuten der unteren Hälfte des Corpus uteri, des ganzen Cervix und der ganzen Vagina bis gegen den Introitus hin ausgebreitet fand.

Im Mai 1896 hatte die 71jährige Patientin O. O. aus Dorpat leicht blutige, seröse Absonderungen aus der Vagina bemerkt, die nicht mehr vergingen. Die Menopause war vor 20 Jahren eingetreten. Bei vaginalen Explorationen seitens des behandelnden Arztes waren jedesmal stärkere Blutungen eingetreten. Die Absonderung war stets dünnflüssig und ohne Beimengung von Schleim gewesen. Sonst waren keinerlei Symptome aufgetreten. Pat. war nie unterleibslidend gewesen und gynaecologisch nicht früher behandelt worden.

Am 17. October 1896 sah Redner die Pat. zum ersten Mal. Bei der Untersuchung fiel nur eine ungewöhnlich weiche sammetartige Beschaffenheit der Vaginaloberfläche auf und

eine diffuse, starke Röthung derselben. Das Secret leicht blutig, serös. Am Uterus nichts pathologisches zu bemerken.

Mit der Diagnose Colpitis wurde Pat. entlassen und stellte sich am 6. November desselben Jahres wieder vor.

Bei der wiederholten Untersuchung lassen sich von der Vaginalschleimhaut grössere Gewebsetzen von 1—2 mm. Dicke ablösen, die im microscopischen Bilde ein mächtiges Lager von Plattenepithelien zeigen.

Bei der grossen Ausbreitung dieser Epithelverdickung, und dem microscopischen Befunde nach, konnte nicht ausgeschlossen werden, dass dieses Epithellager Wucherungen in die Tiefe der bindegewebigen Vaginalwand geschickt haben könnte, dass andererseits die Epithelverdickung auch gedeutet werden konnte als praeliminare Carcinombildung in der Umgebung eines Schleimhautcarcinoms, dessen Sitz zunächst nicht festzustellen war.

Daher wurde am 10. November 1896, nach Aufnahme der Pat. in die Reichenberg-Mellinsche Heilanstalt, die Vagina und der Uterus exstirpirt.

Die microscopische Untersuchung des durch die Operation gewonnenen Materials ergab nun folgendes:

An Situsschnitten durch die Vaginalwand ist überall, wo noch Epithel erhalten ist, dasselbe Bild des dicken Plattenepithellagers zu finden. Nirgends kann Zapfenbildung in die Tiefe oder Durchbruch gewucherter oder anaplastischer Zellen in das Bindegewebe nachgewiesen werden. Ueberall ist die basale Zellreihe in ihrer Anordnung erhalten.

Im Uterus findet sich im Bereich der unteren Hälfte des Corpus die Oberfläche von mehrschichtigem Plattenepithel bedeckt, das ziemlich dicht stehende, breite Zapfen in die Tiefe des Endometriums sendet. Die Zapfen erreichen jedoch die Muscularis nicht. Die Drüsen verhalten sich bei dieser Veränderung passiv. Sie sind weniger häufig anzutreffen als im Fundustheil, wo der Plattenepithelbelag fehlt. Im Fundustheil Endometritis atrophicans.

Im Cervix uteri fehlen die Drüsen fast ganz. Hier ist der Plattenepithelbelag am stärksten entwickelt, die Zellen der Zapfen haben mehrfach eine strahlige Anordnung und gleichen nicht mehr gewöhnlichen Epithelzellen sondern sind unregelmässig spindelförmig. Die Zapfen im Bereich des Cervix

dringen bis an die Muscularis. In ihrer Umgebung sind einige Flecken kleinzelliger Infiltration. Die vordere Muttermundslippe ist mit normalem Epithel bedeckt, an der hinteren ist die Epithelschicht mässig verdickt.

Nach der Operation wurde Pat. häufig controllirt. Im Juli 1899 i. e. 2 Jahre 8 Monate nach der Operation wurde ein Recidiv in der Operationsnarbe und mit dem Rectum fest verbacken constatirt. Eine erneute Operation musste wegen schlechten Allgemeinbefindens der Pat. unterbleiben. Es bildete sich in der Folge durch Exulceration eine grosse, mit dem Mastdarm communicirende Höhle; die Blase wurde perforirt. 3 Jahre und 3 Monate nach der Operation — am 20. Februar 1900 erlag Pat. ihren Leiden.

Bei der Section fand sich nichts besonders Bemerkenswerthes. Microscopisch wurde der Carcinom-Belag der Abscesswand untersucht; die Blase, Urethra, der Darm zeigten keine Veränderungen durch Carcinom. Mehrere regionäre Lymphdrüsen erwiesen sich stark vergrössert, doch krebsfrei. Metastasen konnten nicht gefunden werden.

Redner glaubt diese Beobachtung als einen der seltenen Fälle von Oberflächencarcinom des Uterus deuten zu müssen. Im Anschluss an primäre Cervixcarcinome (ausnahmsweise Corpus- oder Portiocarcinom) sind solche oberflächliche carcinomatöse Wucherungen schon von C. Ruge gekannt, von Bruckiser, Gebhard und Hofmeier beschrieben worden. Nur in einem Falle von v. Rosthorn ist ein primärer carcinomatöser Herd als Ausgangspunkt der Plattenepithelwucherung nicht nachweisbar und daher diese selbst als primäre selbständige Veränderung aufzufassen.

Ein weiter vorgeschrittenes Stadium des von v. Rosthorn beschriebenen Falles glaubt Graubner in dem von ihm beobachteten erblicken zu müssen. Freilich erscheint die ganz colossale Ausbreitung der oberflächlichen Plattenepithelwucherung auch auf die Vaginalschleimhaut ungewöhnlich und bemerkenswerth.

Im Februar 1903 machte Graubner die ergänzende Mittheilung, dass nach weiteren Untersuchungen an der hinteren Wand der Cervix, nahe dem äusseren Muttermunde eine macroscopisch nicht sichtbare, ca. $\frac{1}{2}$ cm. breite und $\frac{1}{2}$ cm. tiefe spaltförmige Einsenkung von der Oberfläche in die Tiefe des

Cervixgewebes gefunden wurde, die von carcinomatösen Wucherungen ausgekleidet ist. In der nächsten Umgebung dieses Spaltes finden sich vereinzelte isolirte Krebsnester, und von diesem Krebsherd durch Schnittserien weitab verfolgbar, einige Lymphbahnen mit Carcinomzapfen erfüllt.

Dieser Herd darf wohl als primärer Carcinomherd angesprochen werden.

(Autoreferat).

Discussion.

Dr. Meyer-Jurjew fragt an, in welcher Ausdehnung in der Vagina die Veränderungen am Epithel vorhanden waren.

Dr. Graubner: Die Epithelwucherung auf dem Boden der Vaginalschleimhaut hatte wahrscheinlich die ganze Oberfläche der Vagina eingenommen. Die mikroskopische Untersuchung einzelner Stellen der Vaginalwand ergab entweder Epithelwucherungen oder Mangel jeden Epithelbelages auf dem Bindegewebe der Vaginalwand. Normale Partien wurden nicht gefunden.

Dr. Meyer-Jurjew: Es scheint mir wünschenswerth, dass die klinische Dignität dieser Veränderungen, die vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkt aus, in der Vagina als nur «nicht sicher maligne» bezeichnet werden können, sicher bezeichnet wird. Wann soll eine derartige Epithelveränderung die Indication zum chirurgischen Eingriff abgeben?

Dr. Graubner: Für das Urtheil, ob Epithelwucherungen auf der Vaginalschleimhaut als maligne oder benigne anzusprechen sind, können mikroskopisch so wenig wie makroskopisch Anhaltspunkte gewonnen werden. Es muss mit der Thatsache gerechnet werden, dass solche Veränderungen, wenn sie auf der Vaginalschleimhaut gefunden werden, ganz besondere Neigung zeigen in Krebs überzugehen. Daraus ergibt sich die Nothwendigkeit, jede Epithelverdickung der Vaginalwand, wenn eine solche nicht auf prolabilirter oder ausgetrockneter Schleimhaut entstanden ist, als krebserdächtig zu behandeln und zu entfernen. Die volle Ausbildung eines Krebses, die den Anforderungen entspricht, welche Virchow zur Diagnose «Krebs» verlangt, darf nicht erst abgewartet werden.

Prof. Dehio weist auf die Analogie der von Dr. Graubner beschriebenen Wucherungen mit Leukoplakie und Psoriasis linguae hin.

2. Dr. Hoerschelmann-Rappin hält seinen Vortrag: „Extractionen aus Beckenendlagen und Perforation des nachfolgenden Kopfes“.

(Der Vortrag ist erschienen in der «St. Petersb. Medicin. Wochenschrift»).

Discussion.

Dr. Meyer-Jurjew glaubt eine Beckenanomalie im letzten angeführten Fall ausschliessen zu müssen und vermisst die Angaben über die Grösse des kindlichen Schädels. Die Perforation des nachfolgenden Kopfes soll an dem sich am bequemsten darbietenden Schädeltheil vorgenommen werden, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, dass der Knochen eventuell direct durchbohrt werden muss.

Dr. Weidenbaum-Riga: Es ist mir aus dem Vortrage des Collegen Hoerschelmann nicht deutlich geworden, welche Indication z. B. in dem letzten der referirten Fälle vorlag zur operativen Beendigung der Geburt. Wenn aber die letztere indicirt war, so scheint mir doch (es handelte sich ja um eine 11-Gebärende bei verstrichenem M. M. und stehender Blase!), dass die Impression des Kopfes gelungen sein müsste und der spontane Geburtsverlauf (zumal durch die nachfolgende Blasen Sprengung) befördert worden wäre, mindestens die Zangenanlegung ermöglicht hätte. Indessen, obgleich im Vortrage die Massangaben fehlen, so ist es dennoch möglich eine Vorstellung über den Status zu gewinnen, und damit über die vor der Entbindung vorliegende Indication, denn dass das Becken notorisch in keiner Weise verengt, war, geht zur Evidenz hervor aus der Thatsache, dass die Frau schon 10 Mal spontan geboren hatte! Wo 10 Kindsköpfe bequem durchgegangen waren, da passirte auch der der 11. hindurch. Und geht er nicht von selbst ins Becken, so drückt man ihn hinein nach Hofmeyer. Bezüglich der Anlegung der Zange an den Steiss muss betont werden dass die Operation durch keine Motivirung gerechtfertigt werden kann. Denn steht der Steiss hoch, so wird man wenn nun einmal die Entbindung indicirt ist, den Fuss herunterholen, steht er tief, so kommt man mit dem Finger,

allenfalls mit dem stumpfen Haken zum Ziel, ohne die Frau zu schädigen.

Es wäre also — abgesehen von der Unzweckmässigkeit des Instrumentes für die Application an den Steiss — eine unerlaubte Spielerei, hier die Zange anzuwenden.

Dr. Hoerschelmann: Die Zange bei Steisslage wurde von mir angewandt, da es sich um tiefstehenden Steiss bei einer Erstgebärenden handelte, die Extraction also voraussichtlich schwer sein musste. Dabei bestand Fieber und blutiger Urin, also eine stricte Indication zur Entbindung.

Was die Indication zur Perforation in meinem Fall betrifft, so will ich nochmals betonen, dass vor der Wendung die Impression in Narkose versucht wurde und nicht zum Ziele führte. Da während der Extractionsversuche das Kind abstarb, war nun bei bestehender Schwierigkeit die Perforation berechtigt, denn bei todtm Kinde wird auch bei nur geringer Schwierigkeit die Perforation empfohlen, weil der Eingriff für die ohnehin narcotisirte Mutter gleichgiltig ist.

Dr. Knüpfker-Reval: Ich wollte zunächst nur bezüglich des stumpfen Hakens Weidenbaum erwidern, dass Hoerschelmann ja ausdrücklich betont, er habe die Anwendung des Hakens vermieden wissen wollen, weil er seiner Erfahrung nach zu wenig ungefährlich sei.

Dr. Weidenbaum: Ich kann mich damit nicht einverstanden erklären, dass die Zange weniger gefährlich sei als der stumpfe Haken. Um Verletzungen des Kindes mit dem stumpfen Haken zu vermeiden, braucht man lediglich darauf zu achten, dass er richtig sitzt, d. h. nicht dem Oberschenkel anliegt, sondern wirklich in der Leistenbeuge liegt. Dann ist es ganz unmöglich Schaden anzurichten.

Dr. Knüpfker: Beim Anlegen des Hakens und der Ausführung der Operation kommt es darauf an: 1) ein richtiges Instrument (nicht zu dick) abzuwenden; 2) das Instrument richtig anzulegen und die Zugrichtung genau der Führungslinie entsprechen zu lassen. Thut man solches, so kann man jederzeit die Zange entbehren und wird keinen Schenkelbruch erleben.

Die Indication zur Perforation am nachfolgenden Kopfe kann ich nicht zu recht bestehen lassen. Leider sind uns weder Masse noch Gewichte angegeben worden. Ich habe

vor nicht langer Zeit eine Doppelmissbildung, einen Syncephalus Janiceps asymmetricus zu entbinden Gelegenheit gehabt, wo der Kopfumfang des Kindes 45 Ctm. betrug. Die Expression war schwierig, gelang aber doch. Es handelte sich um eine Mehrgebärende mit absolut normalem Becken. Das Verhältniss zwischen Kopf (45 Ctm.) und Becken war kein richtiges. Trotzdem gelang die Expression.

Dr. Hoerschelmann: Das Fehlen der Masse ist von mir selbst lebhaft bedauert worden. Wer aber mit den Schwierigkeiten der äusseren Verhältnisse der Landpraxis vertraut ist, wird solches zu entschuldigen wissen. Der Seltenheit des Falles wegen habe ich geglaubt ihn der Oeffentlichkeit nicht vorenthalten zu müssen.

Dr. Koppe-Pernau ist wohl in den Fall gekommen, den nachfolgenden Kopf perforiren zu müssen. Was die Expression des nachfolgenden Kopfes betrifft, so macht er darauf aufmerksam, dass sein Bruder, Dr. R. Koppe in Moskau, schon vor vielen Jahren empfohlen hat, durch einen Druck seitens der Hebamme bei der horizontal liegenden Frau in Richtung von der Symphyse zum Promontorium den Kopf wurstförmig zu verlängern, während der Arzt stetig und kräftig extrahirt.

Dr. Meyer-Jurjew: Nach Beobachtungen an einer freilich nicht grossen Zahl von Geburten in Steisslage habe ich den Eindruck gewonnen, dass dieselben durchaus nicht für die Mütter einen so leichten Verlauf nehmen und dass die Wirksamkeit der Wehen oft keine die Geburt rasch fördernde ist. Die Erklärung liegt vielleicht in dem Umstand, dass der vorausgehende Kopf auf die Cervicalganglien einen stärkeren Druck ausübt, welcher nach Dr. Knüpfers Untersuchungen wehenauslösend wirkt, während der vorangehende Steiss, weil er weich ist, diesen Druck nicht in dem Masse auszuüben im Stande ist.

Vor einer Verallgemeinerung der Application der Zange an den vorausgehenden Steiss möchte ich warnen. Die Krümmung der Zange ist eben für den Kopf bestimmt, kann eventuell am vorausgehenden Steiss applicirt unbequemen Druck auf das Abdomen bewirken.

Der von oben ausgeübte Druck auf den Kopf wird mit den Händen stets derart ausgeübt, dass eine geringe Compression des Kopfes in sagittaler Richtung hervorgerufen wird.

Dr. Weidenbaum: Die Steisslagen verlaufen ja bekanntlich meistentheils protrahirt. Dass diese Erscheinung, wie Herr Dr. Meyer bemerkte, auf den nicht genügend ausgiebigen Druck des weichen Steisses auf die Cervicalganglien zurückgeführt wird, ist ganz gewiss eine sehr plausible Erklärung.

Dr. Knüpper: Bezüglich des protrahirten Verlaufs der Steissgeburt bin ich ebenso der Ansicht, dass es sich um den geringeren Druck des Steisses auf die Ganglien handeln muss.

3. Dr. P. Hampeln-Riga hält seinen Vortrag: „Ueber Blutdrucksbestimmungen“. (Der Vortrag ist in extenso in unserer Wochenschrift erschienen.)

Discussion.

Prof. Dehio will den von Dr. Hampeln empfohlenen Apparat entschieden versuchen. Ein Vortheil des Apparates ist die bequeme Handlichkeit. Der Riva-Rocci'sche Apparat ist auch nicht schwierig zu handhaben. Man braucht beim Gärtner'schen Apparat den Fingerring bloß durch einen grossen Arming zu ersetzen, so hat man den Riva-Rocci'schen Apparat. Man kann dabei ganz genau das Verschwinden und Wiedererscheinen des Pulses bestimmen und recht genau messen. Nur muss man als Fehlerquelle den Druck der Gewebe in Abrechnung bringen.

4. Prof. Dehio: «Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra. 1901.»

Wie dem Aertztag vielleicht erinnerlich sein wird, schloss mein Bericht, den ich dem Aertztage in Riga vorgelegt habe damit, dass unsere Lepragesellschaft zum Januar des vorigen Jahres einen baaren Kassenbestand von 892 Rbl. 82 Kop. und Werthpapiere im Nominalbetrage von 2100 Rbl. besass.

Ich will die Gesellschaft nicht mit lästigen Einzelheiten aufhalten und nur bemerken, dass die Ausgaben unserer Gesellschaft im Jahre 1901 — 27,177 Rbl. 52 Kop. und die Einnahmen 24,499 Rbl. 34 Kop. ausmachten, so dass wir zum Januar 1902 Werthpapiere im Betrage von 1000 Rbl. besaßen und in unserer laufenden Kasse leider ein Deficit von 1578 Rbl. 18 Kop. hatten.

Dieses Deficit erklärt sich daraus, dass der Unterhalt der Leprosorien und der darin befindlichen Kranken uns mehr

kostet als wir aus der livländischen Landeskasse und den sonstigen Communen für die Verpflegung der Leprösen bezahlt erhalten. Wenn unsere Gesellschaft trotzdem bisher ohne Deficit gewirthschaftet hat, so erklärt sich das daraus, dass wir der privaten Wohlthätigkeit so bedeutende Unterstützungen verdankten, dass der Kurzschuss dadurch gedeckt werden konnte. — Im Jahre 1901 haben die unserer Gesellschaft dargebrachten wohlthätigen Stiftungen und Spenden nebst den jährlichen Beiträgen der Mitglieder nicht mehr ausgereicht, um den Defect auszufüllen.

Wir haben uns deshalb, so schwer uns solches fiel, dazu entschlossen müssen, die livländische Ritterschaft um eine Vergrösserung der für die Verpflegung eines Leprösen aus der Landeskasse zu zahlenden Summe zu bitten. Der in diesem Jahre stattgehabte livländische Landtag hat nun auch in liberaler Weise die Nothlage unserer Gesellschaft berücksichtigt und den Beschluss gefasst, fortan unserer Gesellschaft statt der bisherigen 96 Rbl jährlich 120 Rbl. für die Verpflegung eines Leprösen pro Jahr zu zahlen. So kann unsere Gesellschaft dank der hochherzigen Unterstützung der Ritterschaft einigermassen beruhigt in die Zukunft schauen. Ich kann es nicht verschweigen, dass es uns bisher nicht gelungen ist, unsere Leprösen für weniger als 145 bis 150 Rbl. jährlich zu verpflegen, und ich fürchte, dass wir auch in Zukunft trotz aller Sparsamkeit nicht mit weniger auskommen werden. Um so mehr müssen wir hoffen, dass es uns gelingen wird, den Rest von 25 bis 30 Rbl. jährlich für jeden unserer Leprösen auf dem Wege der Sammlung von Spenden aufzutreiben.

Nach wie vor hofft unsere Gesellschaft auf die private Wohlthätigkeit und die opferfreudige Unterstützung ihrer Gönner.

Dass unsere Bestrebungen zur Eindämmung der Lepra von praktischem Erfolge gekrönt sind, ist nicht nur ein frommer Wunsch, sondern kann, wie ich mit Stolz und Freude betone, jetzt auch schon zahlmäßig, wenn auch vorläufig nur für einen beschränkten Bezirk nachgewiesen werden. Im Tarwast'schen Kirchspiel, diesem zahlreichsten der livländischen Lepraherde, beginnt die Zahl der Aussätzigen sicher zu sinken, wie folgende Zahlen beweisen :

Im Jahre 1885 waren nach Hellat im Tarwast'schen Kirchspiel 37 Lepröse bekannt. Im Jahre 1895 hat Dr. Pallop 94 Lepröse daselbst constatirt, von denen 7 im Leprosorium internirt waren. Von diesem Jahre an beginnt eine energische Bekämpfung des Tarwast'schen Lepraerdes durch Aufnahme der Kranken ins Leprosorium. Im Jahre 1899 waren 87 Kranke vorhanden, von denen 23 im Leprosorium und im Jahre 1902 gab es, wie Pallop constatirt hat, nur noch 80 Kranke, von denen 25 im Aussatzhause. Mehr als 3-4 Kranke können sich der Kenntniss Pallop's nicht entzogen haben.

Von grosser Bedeutung für die gesammte Thätigkeit unserer Gesellschaft wird das am 24. April d. J. erlassene Hundschreiben des Medicinal-Departements werden, nach welchem, wie den meisten Gliedern des Aerztetages bekannt sein dürfte, eine vom Gouverneur zu ernennende Gouvernementscommission, zu der der Medicinalinspector und nicht weniger als 2 mit der Lepra bekannte Aerzte gehören, und die ev. nicht blos die Contagiosität der Lepra in jedem neuen Erkrankungsfall festzustellen, sondern auch die materielle Lage und die Umgebung des Kranken daraufhin zu prüfen hat, ob eine Uebertragung der Ansteckung auf letztere möglich ist und in wie weit eine häusliche Isolirung möglich erscheint. — Im ersten Fall muss eine Isolirung des Kranken in einer Anstalt oder einem Leprosorium vorgenommen werden, im letzteren Fall ist das Aerztepersonal des Gouvernements verpflichtet, alle Leprösen, die zu Hause isolirt sind, zu controlliren und falls diese nicht die vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln beobachten sofort die Commission davon in Kenntniss zu setzen. Die Bestimmungen für eine häusliche Isolirung Lepröser werden von der örtlichen Medicinal-Abtheilung festgestellt.

Dieses Gesetz ist von grosser Bedeutung insofern, als hier zum ersten Mal die zwangsweise Internirung Lepröser in gewissen Fällen principiell gefordert wird; es ist auch für alle Aerzte, besonders alle Landärzte, wichtig, da ihnen die Ueberwachung der in häuslicher Isolirung befindlichen Leprösen zur Pflicht gemacht wird.

Nach Ansicht unserer Gesellschaft wird in Livland, wie ich das schon vor einem Jahr ausführte, ein besonderer Lepraarzt angestellt werden müssen, welcher den Landärzten diese

nicht leichte Aufgabe zum Theil abnehmen könnte und die Pflicht hätte, die Leprakranken in ihren Wohnungen aufzusuchen, dieselben der Gouvernements-Commission vorzustellen, die Daheimbleibenden aber zu beaufsichtigen und ihre häusliche Isolirung durchzusetzen.

Dr. Pallop verliest die Daten über die Bewegung der Lepra im Tarwastschen Kirchspiel.

Der Präses fragt, ob die Anzahl der Leprösen ärztlich sicher gestellt sei durch die ärztliche Durchforschung.

Dr. Pallop hat 1895 eine Enquête vorgenommen; die Nachforschungen erstrecken sich nur auf 2—3 Jahre.

5. Dr. Sadikow-Talsen hält seinen Vortrag: «Ueber die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Bekämpfung der Lepra».

Discussion

zu den Vorträgen der Herren Prof. Dehio
und Dr. Sadikow.

Dr. Ströhmberg-Fellin: Bisher fragte die Gemeinde ist der Betreffende leprös oder nicht? Auf Bejahung erklärt der betreffende Wirth, dessen Knecht für krank befunden ist, wir können ihn nicht mehr im Hause behalten. Obgleich der Kreisarzt erklärt, dass die Krankheit in nicht ansteckender Form vorliegt, wird der Kranke aus dem Hause gewiesen. Darf der Arzt ihn in solch' einem Fall ins Leprosorium dirigiren — obgleich der Kranke nicht für ansteckend gilt?

Dr. Hirschberg-Riga: Es wird die Aufgabe des praktischen Arztes sein in jedem einzelnen Falle zu entscheiden, in welchem Stadium sich die Lepra befindet. Es giebt sicher Stadien, wo die Lepra wahrscheinlich wenig infectiös ist, da sie aber jedes Mal ansteckend werden kann, so ist es nöthig, sich an einen Arzt zu wenden, der die Lepra kennt. Es ist die Individualisirung den neuzuschaffenden Lepracommissionen und noch besser den neu anzustellenden Lepraärzten zu überlassen, die das Material der Commission übergeben.

Der Präses erwidert auf die Frage des Coll. Ströhmberg, dass die Gemeinden die Pflicht haben für solche Kranke zu sorgen.

Prof. Dehio: Die praktischen Schwierigkeiten, wie sie von Dr. Ströhmberg vorhin geschildert wurden, sind thatsächlich vorhanden. Es werden aber alsbald die Commis-

sionen eingeführt werden und diese werden solche Fragen zu entscheiden haben.

Dr. S a d i k o w sieht eine grosse Gefahr darin, einen bestimmten Kranken für nicht infectiös zu erklären, da Mischformen doch gefährlich werden können und jede nicht infectiöse bald in eine infectiöse übergehen kann, wenn die Leute in ihrem gewohnten Schmutz weiterleben.

Prof. D e h i o: Die Gouvernementsregierung hat es nach anderer Richtung uns sehr erschwert so zu handeln, wie die vorliegenden Bedürfnisse es erfordern.

Die Gouvernementsregierung verlangt die Ernennung von Commissionen in jedem Kreise. Zur Commission sollen gehören:

Der Kreischef,
Der Kreisarzt,
Der Kreisdeputirte,
Ein Arzt, welcher die Lepra kennt,
Der Bauer-Commissär.

Man bedenke, welche Schwierigkeiten das macht. Wo bleibt der unglückliche Lepröse, bis solch eine Commission ernannt ist, bis man sie zusammen kriegt?

Dann verlangt die Gouvernementsregierung, dass die Leprosorien die Garantie dafür übernehmen, dass der Kranke auch im Leprosorium bleibt. Und doch dürfen die Leprosorien, wie wir wissen, keine Zwangsinternate sein.

Wir verlangen, dass ein Lepraarzt (der damit im Kronsdienst steht) angestellt werde. Dieser hat die Aufgabe den Kranken zu entdecken, ihn aufzunehmen (Anamnese, Status, Photographie). Nun könnte dieser Arzt sich ja wohl einmal irren. Aber die Commission kann den Kranken wiederholt prüfen. Es ist also keine Gefahr vorhanden, dass ein Lepraarzt Unfug anrichten könnte.

Dr. K u p f f e r - K u d a: Gerade so, wo Prof. D e h i o es verlangt, ist es in Estland arrangiert worden. Der Arzt ist von der Ritterschaft angestellt, muss die Kranken entdecken, isoliren u. s. w.

Dr. S a d i k o w: Die sogenannte anästhetische Form geht, wie schon College H i r s c h b e r g sagt, später häufig in die Mixta über und dann ist die Infectionsmöglichkeit ja viel grösser. Daher glaube ich, dass der Ausspruch Prof. D e -

sen Versuchen als erwiesen angesehen werden kann, dass die Temperatursteigerung als solche den heilsamen Effect hat, oder ob es sich nicht wesentlich um eine chemische, um Peptonwirkung handelt, und die Temperatursteigerung dieser gegenüber eine quoad effectum gleichgiltige Begleiterscheinung bildet, die mit dem Wesen der Sache nichts zu thun hat. Aus solchen Begleiterscheinungen setzt sich ja das Bild aller Infectionskrankheiten zusammen, deren eigentliches Wesen ein verborgenes ist, und in manchen Fällen auch ohne diese Begleiterscheinungen, dann schwerer erkennbar, sich dennoch offenbart. Es kann also sehr wohl sein, dass die Temperatursteigerung in der Regel sowohl in günstigem als ungünstigem Sinne eine solche gleichgiltige Nebenerscheinung bildet. Sie schadet nichts, aber sie nützt auch nichts. Die Bedeutung der Ergebnisse Prof. Dehio's bleibe trotzdem die gleich grosse, nur dass ihre Erklärung eine noch zu erörternde und definitiv zu entscheidende wäre.

Prof. Dehio: Die Wirkung der Bacterienproteine und des Pepton ist wohl nach der Ehrlich'schen Seitenkettentheorie dahin zu erklären, dass die Haptine des Blutes durch die Injectionen der genannten Stoffe vermehrt werden und dass diese Haptine es sind, welche die pathogenen Bacterien und deren Stoffwechselproducte unschädlich machen; die gleichzeitig auftretende Temperatursteigerung wirkt vielleicht dadurch günstig, dass die Production der Haptine dabei rascher und reichlicher ist als bei niedriger Temperatur. Künstliche Erhitzung des Körpers durch die Schwitzbadstube oder durch den Schwitzkasten bewirkt stets Leukocytose. Ebenso ist Oleum gynocardii ein Leukocytoticum und es ist sehr interessant, dass dieses Mittel auch bei innerlicher Verabreichung die Körpertemperatur steigert.

Dr. Haussmann: Während der Cholera im Jahre 1894 habe ich eine Beobachtung gemacht, die im Einklang mit der von Prof. Dehio mitgetheilten Thatsache steht. Bei einem asphyctischen Patienten trat im Anschluss an eine intravenöse Kochsalzinfusion Schüttelfrost und hohes Fieber von circa 8stündiger Dauer ein. Der Patient genas. Eine Erklärung konnte ich damals nicht geben. Erst ein zweiter gleichartiger Fall brachte Aufklärung. Hier konnte ich beobachten,

wie im Beginn der Infusion Fibrinflocken in die Glasröhre, die Schlauch und Nadel verbanden, eintraten mit einer gewissen Menge aus der Vene ausgetretenen Blutes. Es war also in dem ausgetretenen Blut Gerinnung entstanden. Ehe ich den Rücktritt in die Vene verhindern konnte, war dieses geschehen. Es folgten Schüttelfrost, Fieber und Genesung. Damals erklärte ich mir das als eine Wirkung der einwandernden Fibrinfermente. Ich bitte Prof. Dehio gütigst seine Ansicht hierüber äussern zu wollen.

Prof. Dehio: Das Fibrinferment (A. Schmidt) gehört zu den Fermenten, die man Haemolysine nennt.

Dr. Hirschberg-Riga: Angeregt durch eine Empfehlung der Hefe bei Hautkrankheiten, habe ich bei Lepra dieselbe versucht. Der anfängliche Gebrauch rief geringe Fiebersteigerung und locale Reaction hervor. Ich habe mir diese Reaction auch im Sinne Prof. Dehio's gedeutet.

Dr. Kupffer-Kuda: Bei Behandlung der Lepra mit *Ol. gynocardii* kann man ähnliche Beobachtungen, wie bei der Peptoncur machen. Ich habe Injectionen mit *Ol. gynocardii* gemacht und dabei hohe Temperatursteigerungen (bis zu 41°) beobachtet. Es trat eine locale Reaction ebenfalls ein, die Knoten schwellen an, die Geschwüre heilten bei länger andauernder Cur aus und blieben bisher vernarbt. Dabei konnte ich beobachten, dass Patienten, die schon lange *Ol. gynocardii* brauchten, wenig oder garnicht reagirten. Die neueintretenden Kranken aber reagirten sehr prompt, so dass man oft sagen konnte, wann etwa die Reaction nach der Injection eintreten würde.

Dr. Sadikow: Prof. Dehio hatte angeführt, dass bei Kaninchen durch Erhöhung der umgebenden Lufttemperatur die Leukocytose erhöht werde. Sollte dieses nicht auch Erfolg versprechen bei Menschen, die an Infectionskrankheiten leiden? Beim Volke wird dieses oft angewandt und wir können eigentlich doch nicht sagen, dass der Verlauf der Krankheit verschlimmert werde, obgleich die Krankheitserscheinungen temporär wohl erhöht werden.

Dr. Koppe-Pernau macht auf die gute Wirkung feuchter Applicationen bei septischen Wunden aufmerksam.

Dr. Bornhaupt-Riga: Der Standpunct der Chirurgen in Bezug auf die Prozesse, wo es sich um Abscesse, gan-

gränöse Geschwüre, Phlegmonen, handelt, lässt sich heutzutage dahin präcisiren, dass man in solchen Fällen radical incidirt und nicht bei der Behandlung mit heissen Compressen den Zeitpunkt abwartet, wo die allgemeine Sepsis einsetzt. Die Heilungsdauer wird in den meisten Fällen dadurch verkürzt.

Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzung.

Schluss der 3. Sitzung.

Am Nachmittag fand eine Sitzung des «Vereins Livländischer Aerzte zu gegenseitiger Hilfe» statt. (4. Sitzung.)

Fünfte Sitzung.

Mittwoch den 4. September 1902, 9 Uhr Vormittags.

1. Dr. Saul (Kusal): «Ueber das neue Nährmittel «Kamarin».

M. H.! Es ist nicht meine Absicht hier über das neue Mittel zu sprechen, als ob dasselbe von mir in jeder Beziehung untersucht wäre und die Wirkungen und Vorzüge desselben vor anderen ähnlichen Präparaten festgestellt seien. Im Gegentheil, weil ich das Mittel erst seit Kurzem kennen gelernt habe, kann ich Ihnen nur einige kurze Mittheilungen machen, zugleich mit der Bitte, sich für das Präparat zu interessiren und die von mir gewonnenen Resultate durch weitere Untersuchungen erweitern und vervollkommen zu wollen.

«Kamarin» ist nicht hervorgegangen aus theoretischen Erwägungen, sondern es führt seinen Ursprung zurück auf vergangene Jahrhunderte, wo es vom blinden Instinct des Selbsterhaltungstriebes erfunden und zusammengestellt, zum Unterhalte von Tausenden diente; bis es in neuerer Zeit, dem modernen Weltgetriebe weichend, sich mehr oder weniger zurückzog in halbe Vergessenheit, um alsdann in allen Ehren wieder zum neuen Lichte zurückkehren zu können.

Die alten Esten haben besonders in der Fellinschen und Pernauschen Gegend sowie auf den Inseln Oesel und Moon ihr «Kama» vorzüglich in heissen Jahreszeiten immer mit sich gehabt; und daher ihre strotzende Gesundheit. — Aus

halber Vergessenheit hervorgezogen und in eine einheitliche Form gebracht, wird jetzt das alte «Kama» unter dem neuen Namen «Kamarin» von der Firma Wernhoff & Co. auf der Insel Moon in den Handel gebracht.

Präparirt aus einem Gemisch von Cerealien, in der die Gerste in gekeimter Form prävalirt, stellt Kamarin ein Pulver von gelblich-grauer Form dar, von aromatischem Geruch und im Geschmack an Cacao erinnernd; zum geringsten Theil ist es in Wasser löslich. — Analysirt im Laboratorium von Dr. Biel in St. Petersburg, besteht es aus:

Fett	3,158 pCt.
Kohlehydraten	71,002 »
Eiweiss	13,123 »
Cellulose	1,662 »
Aschenbestandtheilen	2,145 »
davon 0,944 pCt. wasserlöslich,	
1,201 » säurelöslich.	

Wasser 8,910 pCt.

M. H.! Wie Sie nun aus der obigen Analyse ersehen, stellt Kamarin ein Mehlpräparat dar, ähnlich den Knorr sehen Mehlen, mit dem Unterschiede, dass es mehr Aschenbestandtheile in erster Linie, sowie mehr Eiweiss in zweiter Linie aufweist, und weniger Kohlehydrate hat.

	Knorr's Kohlehydr.	Fett	Eiweiss	Wasser	Ascheb.
Hafermehl:	73,6	5,1	11,1	9,4	0,7
Gerstenmehl:	77,5	1,4	7,9	10,9	1,4

Was nun die Erfolge mit Kamarin anlangt, so muss ich bekennen, dass dieselben mich geradezu frappirten. Zum Belege dafür führe ich hier einige Krankengeschichten an.

1) Ein 66 Jahre alter Herr litt seit Januar 1901 an acuten Anfällen von mit Schüttelfrösten einsetzenden Temperatursteigerungen bis 40° und darüber, die nach 2–6 Stunden unter collossalem Schweissausbruch zur Norm zurückgingen, worauf sich Patient wieder ganz gesund und frisch fühlte.

Ausser geringer Lebervergrösserung und wenig ausgeprägtem Icterus, wie auch Milzschwellung, wurden weder Malariaplasmodien im Blute, noch Gallensteine in den Fäces gefunden. Ueber Schmerzen wurde nie geklagt. In den Stühlen fand man fast vollständig unverdaute Fleischstücke hin und wieder waren die Ausleerungen lehmfarbig. Trotz

Calomel, Chinin, Karlsbader Mineralquellen und entsprechender Diät sowie warmen Wannen wiederholten sich die Paroxysmen 2 Monate hindurch fast tagtäglich, besonders nach vorausgegangenen psychischen Erregungen.

Die Leber- und Milzvergrößerung sowie der Icterus nahmen stetig zu, so dass die Haut eine gelblich-braune Farbe annahm und der Urin tiefbraun aussah, mit Fettkügelchen auf der Oberfläche schwimmend. Der Puls hielt sich zwischen 50—60 in der Minute von auffallender Spannung. Die Stimmung des Patienten wurde immer mehr gereizt, der Schlaf blieb aus und die Kräfte nahmen immer mehr ab. Das Gewicht ging von 210 Pfd. auf 190 herab. — In den Sommermonaten blieben die Anfälle bis auf 2—3 Male aus; die übrigen Symptome dauerten an. Die anfängliche Diagnose: Gallensteine und Cholangitis wurde geändert in Leberkrebs.

Im Herbst 1901 exacerbirten die Anfälle und brachten den Patienten bis zum März 1902 so herunter, dass Patient nur noch 174 Pfd. wog und kaum im Stande war 50 Schritt im Zimmer auf- und abzugehen.

Ein Zufall spielte mir nun das Kamarin in die Hände. Pat. bekam hiervon 3 Mal täglich 1 Esslöffel voll in Milch mit Zucker verrührt, resp. Chocladenzusatz, die übrigen Mahlzeiten blieben unverändert. Späterhin kamen wiederum Calomelpulver von 0,02 hinzu, davon 3 Mal 1 Pulver. — Unter Beibehaltung der gewöhnlichen Lebensweise erholte sich Patient im Verlaufe von 8 Wochen so sehr, dass sein Körpergewicht auf 205 Pfd. stieg, er seine früheren Kräfte wieder erlangte und seinen gewohnten aufregenden Geschäften nachgehen konnte. Obzwar die Leber noch vergrößert ist, ebenso auch die Milz, so sind sie doch um ein Bedeutendes zurückgegangen. Der Icterus verschwand in Bälde, der Urin nahm seine normale Farbe wieder an und der erquickende Schlaf stellte sich ein. Nach dem Verlaufe der letzten Zeit wurde die Diagnose des Leberkrebses in hypertrophische Lebercirrhose umgeändert.

2) Eine Officersfrau, 23 a. n., erkrankte im November 1901 an einer Frühgeburt mit todtfauler Frucht. Wegen der adhärennten Placenta verlor Pat. ziemlich viel Blut. Das Wochenbett im Uebrigen normal, fieberlos. Nach ca. 2 Monaten fing Pat. an über Schmerzen im Unterleibe zu klagen; zu-

gleich stellten sich Schlaflosigkeit und Appetitmangel ein, bei schwachem Puls unter den Symptomen der Anämie. Die innere Untersuchung ergab Schmerzempfindlichkeit des rechten Ovariums bei sonst normalem Befund. Geringer Fluor albus und der Umstand, dass der Mann der Pat. an einer chron. Gonorrhoe litt, bewogen mich dazu eine Abrasio uteri vorzunehmen; nachträglich wurden heisse Vaginalausspülungen verordnet, wie auch Eisen nebst roborirender Diät. Wohlbefinden variabel. Die Schmerzen dauern an; ebenso auch die anämischen Erscheinungen vergesellschaftet noch mit nervösen Symptomen. — Im Mai 1902 war Pat. so mitgenommen, dass hysterische Weinkrämpfe auftraten. Als ultimum refugium griff ich zu Kamarin und auch hier ein verblüffender Erfolg. Nach 2 Wochen sah ich Pat. wieder — frisch; blühend, munter und klagt über keine Schmerzen mehr.

3) Eine 34jährige Frau war durch häufige Geburten sowie 2 Aborte so heruntergekommen körperlich, dass sie tagtäglich unter Ohnmachtsanwandlungen litt. Eisen und roborirende Diät hatten wenig Erfolg. Juni a. c. kam sie in meine Behandlung; wiederum versuchte ich Kamarin. Der Erfolg ebenso. «Sie könne es gar nicht glauben, dass sie dieselbe frühere sei», sagte sie nach 1 Monat.

4) Ein 26 Jahre alter junger Mann kam im April 1902 in meine Behandlung in fieberhaftem Zustande, von elendem Aussehen, mit tuberkulösen Herdsymptomen in beiden Lungen. Ausser Ichthyol, Creosotal innerlich und Einreibung von 10 pCt. Guajacolsalbe äusserlich erhielt Patient neben allgemeinen hygienisch-diätetischen Anweisungen noch Kamarin. Nach 1 Monat war das Fieber und der elende somatische Zustand einem fieberlosen Wohlbefinden und erfreulichen Kräftezustande gewichen, so dass Pat. trotz des Verbotes meinerseits sich hatte verleiten lassen seinem gewöhnlichen Handwerk nachzugehen. Da sich schonen müssen und Erkältungen wie Ueberanstrengung hierbei einander ausschlossen, so war die Folge, dass Pat. sich zu der schon vorhandenen Erkrankung noch eine catarrhalische Entzündung zuzog und an den Folgen erlag.

5) N. R., 21 a. n., erkrankte im November 1901 an Bluthusten. Seine kachektische Gesichtsfarbe war mir schon früher aufgefallen. Obj. Befund: Linkerseits von der Lungen-

spitze bis zum oberen Winkel der Scapulae ist der Percussionsschall verkürzt — auscultatorisch Rhonchi sonori abwechselnd mit kleinblasigen Rasseln nachweisbar. Ordination dieselbe wie sub 4. Pat. erholte sich bis auf eine gewisse Behinderung beim Athmen — die Auscultation ergab geringe Rhonchi sonori. Im Mai 1902 hatte Pat. sich Kamarin verschafft und angefangen dasselbe regelmässig zu gebrauchen. Mitte August untersuchte ich Pat. zum letzten Male: es ergab sich, dass die Lungen, wenigstens für meine Ohren, vollkommen gesund zu sein schienen. Infolge des Kamarin hatte sich der Panniculus adiposus so mächtig entwickelt, dass es schwierig wurde überhaupt etwas zu unterscheiden bezüglich der Percussion und Auscultation.

6) Pat. 61 a. n., erkrankt im Januar 1902 an Pneum. croup. rechterseits, kam in meine Behandlung im Mai a. c. Wegen ungenügender Behandlung und bei Vorhandensein von Volumen pulmonum acutum war der acute Process in ein sub-acute chronisches Stadium getreten. Ueber der rechten Lunge Dämpfung c. tymp. Beiklang, mit klingenden und klanglosen kleinen und grossen Rasselgeräuschen. Dyspnoe, Cyanose, Puls 110 klein, Temp. 38,2 und der elende Körperzustand bewogen mich dem Patienten zu bekennen, dass ich keine Hoffnung habe. Mit Terpinhydrat, Plumb. acet. etc. innerlich und Guajacol-Salbe äusserlich wurde er entlassen. Im Juli a. c. brachte mich ein Zufall in dasselbe Dorf — und mein aufgegebener Patient stellte sich vor. Er hatte sich colossal erholt; der Puls war 80, kräftig und voll, die Dyspnoe hatte einem relativ normalen Athmen Platz gemacht und in den Lungen waren die Erscheinungen — Befunde vom Mai — beinahe ausgewischt. Die noch vorhandenen Rasselgeräusche könnte man auf das Emphysem bezogen haben. Auf meine Frage, wodurch er sich denn so erholt hatte, gestand er, dass er sich von dem Patienten in meinem 5. Falle hätte «Moonsches Mehl» verschaffen lassen.

7) Ein 66 Jahre alter Herr leidet seit ca. 40 Jahren an angeblich als Folge eines schweren Typhus abdom. zurückgebliebener Obstipation, besonders nach längeren Fahrten über Land. Exempla docent — auch er hatte sich Kamarin kommen lassen. Während des Gebrauches constatirte er, dass der Darm nun spontan und regelmässig seine Dienste thut und er, Pa-

tient, sein früheres, ihn immer quälendes Gefühl des Unbehagens und einer gewissen Zerrung in der Ileocoecalgegend los sei.

8) K., 40 a. n., durch seine Thätigkeit viel aufs Sitzen angewiesen, sowie auch viel geistig thätig, klagt über seine nie zu beseitigende *Obstructio alvi*. Kein Mittel schlägt an. Gebraucht seit einigen Monaten Kamarin und zwar mit schönstem Erfolg. Von nun ab regelmässige spontane Darmentleerung ohne üble Zustände.

9) 18 Jahre altes Dienstmädchen, erkrankte Ende Juli a. c. am Typhus abdominalis. Unter anderen Medicamenten wurde Pat. Kamaringebrauch verordnet. Trotz des hohen 2 Wochen anhaltenden Fiebers, 40° und darüber, nehmen die Kräfte und der *Panniculus adiposus* nur wenig ab. Wiewohl Pat. noch nicht ausser der Beobachtung steht, will ich annehmen, dass hierbei das Kamarin mich auch nicht im Stiche lassen wird — wurden doch die anfänglichen profusen Diarrhoen durch Kamarin allein sistirt, wie auch der Appetit, der anfangs sehr darnieder lag, gehoben.

Zum Schluss möchte ich noch den Ausspruch eines Revaler Collegen anführen, der mich gelegentlich fragte, woraus das sogenannte Kamarin bestände; seiner Meinung nach müsste Arsenik darin vorkommen, denn die Wirkung des Kamarin erinnere an eine auffällige *Mastcur*.

Meine Herren! Wie Sie nun aus den wenigen angeführten Beispielen ersehen, wirkt das neue Mittel im günstigsten Sinne auf den Verdauungsvorgang ein: Kamarin wird selbst leicht resorbirt und erhöht dadurch zugleich auch die Resorbirbarkeit der anderen neben ihm gereichten Nährstoffe. Durch seinen Gehalt an leicht verdaulichen Substanzen überladet er nicht den Darm mit unnützem Ballast der Abfallstoffe und wirkt, zum Theil wohl durch reine Aschenbestandtheile, günstig auf die Peristaltik ein. Dass der hohe Salzgehalt auch im Uebrigen nicht ganz irrelevant ist, erklärt sich sowohl aus dem gesteigerten Appetit, den die meisten Patienten beim Gebrauch des Kamarin bekundeten, als auch aus den Wirkungen auf die Stoffwechselforgänge, wie die Krankengeschichten uns bezeugen. Auch die übrige Zusammensetzung des Präparates ist nicht zu unterschätzen; dem Verhältniss der einzelnen Bestandtheile nach könnte man sie

rein physiologisch nennen. Sodann ist der angenehme aromatische Geschmack an und für sich schon empfehlenswerth, der allen künstlichen Nährpräparaten abgeht, und nicht an letzter Stelle spricht für Kamarin der im Verhältniss zu den ausländischen Präparaten — inländische haben wir sehr wenig — niedrige Preis.

Daher möchte ich das Präparat überall dort empfehlen, wo man den Körper vor acutem Kräfteverfall schützen möchte, wie in allen fieberhaften Krankheiten; wie auch dasselbe anwenden in allen Fällen von chronischer Entkräftung, wo man dem Organismus aufhelfen will durch Reduciren der Ausgaben und Steigerung der Einnahmen, wie solches statthat bei verschiedenen Organerkrankungen und constitutionellen Anomalien. 100 Grm. Kamarin liefern schon allein 400 Cal.; rechnet man dazu noch die 700–800 Cal. von 1 Liter Milch, so ist man schon im Stande, den Bedürfnissen eines kranken Körpers zu genügen, der durchschnittlich pro Tag 1200 Cal. braucht, um im Stoffwechselgleichgewicht zu bleiben. Und diese geringe Menge wird auch der verwöhnteste Geschmack längere Zeit hindurch bewältigen können. Nach meinen Beobachtungen erfolgt eine Zunahme des Körpergewichts während des Kamaringebrauches um 2–5 Pfd. wöchentlich.

Die Ordination ist eine sehr einfache. Man lässt von dem Präparat nehmen 2–3 Mal täglich 1 Esslöffel mit Zucker verrührt — wie K o b e r t 's Hämogallol — in süsser Milch, wie auch ohne Zucker in saurer Milch; auch in Breiform und in Suppen kann man es gebrauchen. Gerade dieser Umstand, dass es viele Einnahmevariationen zulässt, macht das Kamarin zu einem unersetzlichen künstlichen Nährpräparat.

Trotz der stetig zunehmenden Aufklärung auch in Betreff der natürlichen Lebensweise ist noch ein grosser, wenn nicht der grösste Theil der gebildeten Stände der Ansicht, dass das Fleisch die allein seligmachende Nahrung darstelle, wo dem entsprechend das einfache Volk immer mehr bestrebt ist, sich von der althergebrachten Lebensweise zu emancipiren, indem es sein Heil in Kaffee und Thee mit Sacharin sucht, und die Milch als etwas Unreines mit Abscheu von sich weist, so ist es nun unsere Pflicht, allen derartigen Uebergriffen zu steuern und unsere Patienten schon bei Zeiten an-

zuhalten, das Vernunftgemässe der natürlichen Lebensweise beizubehalten resp. zu erstreben.

(Autoreferat).

Discussion.

Der Präses fragt, ob sonstige Publicationen über das Mittel vorliegen, nach den Resultaten des Vortragenden erscheint es geboten das Mittel zu empfehlen, besonders da es den Vorzug der Billigkeit vor den ausländischen Nährpräparaten haben dürfte.

Dr. Hartge (Jurjew) weist darauf hin, dass schon vor ca. 20 Jahren in Estland ein Nährmittel viel gebraucht worden sei, das dem «Kamarin» entspreche.

Dr. Saul: In der Literatur ist über der «Kamarin» nichts erschienen, S. hat das Mittel in Revaler Zeitungen annoncirt gefunden. Es handelt sich um ein älteres Mittel das in Vergessenheit gerathen sei. Auf seine Beobachtungen gestützt glaubt er, dass das «Kamarin» ähnlichen Präparaten vorzuziehen sei.

II. Dr. Knochenstiern (Riga): Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems. (in der Pet. med. Wochenschr. erschienen).

Discussion.

Präses weist auf die Schwierigkeiten hin welche die Diagnose des Kieferhöhlenempyems dem Landarzte bereiten könne, dem die Apparate zur Durchleuchtung fehlen.

Dr. Knochenstiern: Die Durchleuchtung mit der electricischen Glühlampe giebt nicht immer sicheren Aufschluss, Ein Schatten ist nicht beweisend für Empyem, da der Knochen auf der einen Seite dicker sein kann. K. durchleuchtet zuerst die Highmorshöhle, findet sich ein Schatten, so wird die Stirnhöhle durchleuchtet, findet sich auch hier auf derselben Seite ein Schatten so schliesst K., dass der Knochen auf der einen Seite dicker ist. Ist gerade die Stirnhöhle auf der entsprechenden Seite hell, so ist jedenfalls die Highmorshöhle verdächtig.

III. Dr. Idelsonn (Riga): Ueber intermittirendes Hinken. (in der St. Pet. med. Wochenschr. erschienen).

Discussion:

Prof. Dehio: Die lobende Anerkennung seiner Verdienste um die Erforschung dieser Frage könne er nicht annehmen da er das Gebiet nur gelegentlich gestreift habe. Als

Gelegenheitsursache möchte er die locale Erkältung der unteren Extremitäten betont wissen. D. beobachtete bei einem alten Herren nach einer Erkältung der Füße Auftreten von Schmerzen die als Neuritis aufgefasst wurden, später stellte sich intermittirendes Hinken ein, der Tibialpuls fehlte auf der am stärksten befallenen Seite.

Die Pulsation der Pedäa ist in mehr als 1 pCt. nicht zu constatiren, ohne dass Arteriosclerose vorliegt.

Therapeutisch wären: Warmhalten der Beine und Füße und passive Bewegungen in den Gelenken der Beine, Füße und Zehen zu empfehlen, innerlich könnten wohl auch Jodpräparate versucht werden.

Dr. H ö r s c h e l m a n n, Rappin: Beobachtet seit 4 Jahren einen älteren Herren von 60 Jahren der an intermittirendem Hinken leidet. Pat. ist Raucher, hat keine Lues gehabt, es besteht geringer Plattfuss. Der Vater hat Gangrän senilis gehabt, die Geschwister leiden alle an Varicen mit häufigen Entzündungszuständen. Auch Pat. bezog seine Leiden darauf und behandelte sich sehr unzweckmässig mit Carbolpriesnitz und Eis. H. fand die Zehen cyanotisch, fehlenden Fusspuls, die anderen z. Theil abgeschwächt. Nach Jodbehandlung und einem Curaufenthalt in Nauheim ist er jetzt erheblich gebessert.

Dr. I d e l s o h n. Prof. D e h i o s Verdienst in der Frage des intermittirenden Hinkens besteht darin, dass er unter den Ersten den stricten anatomischen Beweis für Gefässveränderungen bei Gangrän erbracht hat. Von einer «specifischen» Endarteriitis im Sinne einer luetischen hat Redner nicht gesprochen, nur von einer eigenthümlichen Gefässalteration, die durch die Art derselben und deren ungewöhnliche Aetiologie sowie das jugendliche Alter sich von der gewöhnlichen Arteriosclerose unterscheidet. Die Bedeutung der Kälte ist angedeutet worden — wird ja gerade das Vorkommen in Russland auf die hohen Kältegrade zurückgeführt. Auffallend ist jedoch dass gerade in den Ostseeprovinzen das Leiden so häufig vorkommt, während es doch viel kältere Gegenden in Russland giebt. Redner richtet an Prof. D e h i o und Dr. H ö r s c h e l m a n n die Frage ob in ihren Fällen Plattfuss besteht.

Die Frage wird von Prof. Dehio verneint von Dr. H ö r -
s c h e l m a n n bejaht.

Pr ä s e s Dr. M e y e r: Wenn die Kälte als ätiologisches
Moment in Betracht kommt ist es auffallend, dass so wenig
Beobachtungen aus Deutschland vorliegen. Das dort so ver-
breitete Kneipp'sche Curverfahren müsste doch solche Er-
scheinungen zu Wege bringen können.

Dr. I d e l s o h n: E r b beschreibt thatsächlich einen Herrn,
dessen intermittirendes Hinken er auf excessiven Gebrauch
von Kneipp'schen Proceduren als Knie- und Schenkelgüssen
u. s. w. zurückführt.

Dr. H a u s m a n n hat seinerzeit Gelegenheit gehabt 200
gesunde Soldaten auf die Arteria dorsalis pedis hin mehrfach
zu untersuchen und fand, nachdem er genügende Uebung in
der Untersuchung erlangt hatte, bei c. 4 pCt. den Puls feh-
lend. Nicht selten war die Arterie schwer zu finden, sie lag
dann von den Sehnen bedeckt oder sie fand sich an der äus-
seren Seite der Extensorensehne. Stets wurden beide Füße
untersucht, oft war an dem einen Fuss der Puls zu finden,
am anderen nicht.

Dr. I d e l s o h n. Auch E r b und G o l d f l a m fanden eine
hohe Procentzahl von fehlendem Fusspuls, sobald sie polikli-
nische Patienten untersuchten, während die Untersuchung
stationärer Patienten nur in 1 pCt. Fehlen des Fusspulses er-
gab. E r b führt das wohl mit Recht auf die weniger sorgfäl-
tige Untersuchungsmethode zurück, die bei ambulatem Ma-
terial obzuwalten pflege und die wohl auch die Ursache des
höheren Procentsatzes den Dr. H a u s m a n n gefunden hat
abgeben dürfte.

IV. Dr. W. H o l l m a n n mit Demonstration eines Präpa-
rates: „Ueber einen Fall von Darminvagination mit spon-
taner Heilung“. (Erschienen in der St. Pet. med. Wochenschr.,
Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzung.

Schluss der V. Sitzung.

Dr. S c h w a r t z - F e l l i n schliesst im Namen der Medicinal-
verwaltung den XIV. Aerztetag.

Pr ä s e s: Dr. med. H. M e y e r.

S e c r e t ä r e: Dr. med. G. v. E n g e l m a n n.

Dr. med. G. W e i d e n b a u m.

Ueber ein modificirtes Verfahren der Blutdruckbestimmung.

Von

P. Hampeln, Riga.

Vortrag, gehalten auf dem XIV. livl. Aerztetage zu Fellin
am 4. (17.) September 1902.

Die Blutdruckbestimmungen am Menschen scheinen zukünftig von grösster Bedeutung für die Entscheidung wichtiger physiologischer und pathologischer Fragen werden zu sollen.

Dies gilt freilich weniger von den bisher geübten momentanen Druckmessungen, obschon auch diese nicht ohne Werth sind, als von den Bestimmungen der Schwankungen des Blutdruckes während einer längeren Beobachtungsdauer.

So viel mir bekannt, liegen bisher solche Blutdruck-Curven, aufgenommen unter dem Einfluss verschieden temperirter Bäder, von Otfried Müller vor.

Abgesehen aber von dieser das Verhalten des Circulationsapparates erst sicher entscheidenden, aber auch schwierigeren und umständlicheren Untersuchung mit dem Riva-Rocci'schen Apparat entbehrt, wie gesagt, auch die momentane, bisher ausschliesslich geübte Blutdruckbestimmung nicht der Bedeutung und sollte, schon wegen der principiell wichtigen Vollständigkeit einer jeden Untersuchung in keinem Falle, vornehmlich wo Affectionen am Circulationsapparat in Betracht kommen, unterlassen werden. Ein Apparat für diese Untersuchungen einfachster Zusammensetzung, leicht transportabel, jedoch gut functionirend, würde auch zur Zeit noch dem Bedürfniss des praktischen Arztes Rechnung tragen.

Seit Jahren mit Blutdruckmessungen beschäftigt, habe auch ich die Erfahrungen Anderer in Bezug auf die Unzulänglichkeiten der zwei gebräuchlichsten Messinstrumente gemacht. Den Grund dafür erblicke ich, was zunächst den Basch'schen Apparat betrifft, in besonderen Hindernissen der Applicationsstelle. Die Trommel und der palpierende Finger finden nur selten nebeneinander hinreichend Platz auf der kleinen, der Untersuchung zugänglichen Strecke der Radialis. Daher wurde denn auch, trotz allen Rühmens des Apparates, diese erst bevorzugte Stelle zu Gunsten einer anderen, der Schläfegegend, von Basch selber aufgegeben.

Richtig ist, dass hier mehr Raum zur Verfügung steht, doch stösst man trotzdem auf Hindernisse, nur anderer Art, die aus der oft ausserordentlichen Kleinheit der Temporalis und ihren von Grote ermittelten Verlaufsanomalien entspringen. Im Hinblick hierauf bedeutete das Gärtner'sche Tonometer wegen der unübertrefflichen Sicherheit und Einfachheit seiner Application einen grossen Fortschritt. Das Aussuchen des richtigen Ringes, von denen 2, höchstens 3 zur Auswahl völlig genügen, ist Sache eines Augenblicks. Dass eine zu grosse Weite des Ringes Ungenauigkeit verschuldet, wie Hirsch zu begründen sucht, leuchtet nur für den Fall eines den Blutdruck übersteigenden Anfangsdruckes im Apparate ein, lässt sich zudem leicht vermeiden. Das Erröthen des vorher anämisirten Fingers bildet eine höchst sinnenfällige Erscheinung. An der mit nachlassendem Druck wieder eintretenden Capillarfüllung lesen wir den zur Unterbrechung des Stromes erforderlichen Druck ab, aber nicht der von Kries auf ca. 35 Mm. Hg angegebene Capillardruck wird mit dem Tonometer, wie anfänglich von Einzelnen angenommen wurde, gemessen, sondern allein der Druck in der Art. digitalis, wir erkennen ihn nur in diesem Falle statt am Pulse an der mit nachlassender Compression wieder eintretenden Capillarfüllung. Dennoch bietet dieser so sinnreich erdachte Apparat trotz aller genannten Vorzüge keine Gewähr zuverlässiger Untersuchungsergebnisse. Das liegt wie mir scheint an der

doppelsinnigen Natur der Capillarfüllung, die nicht allein vom Blutdruck in den zuführenden Gefässen, sondern noch dazu vom augenblicklichen Contractionszustande der kleinsten Gefässe und selbst der Capillaren abhängt, d. h. die Capillarfüllung kann natürlich nie das Mass des arteriellen Druckes überschreiten, wohl aber niedriger ausfallen als diesem Drucke entspräche und darum zu einem falschen Ergebniss führen. Die kleinsten Arterien verfügen ja bei geringem Kaliber über eine relativ starke Muskulatur und stehen in hohem Grade unter dem sich bei ihrer Kleinheit besonders bemerkbar-machenden Einfluss des Nervensystems. Die hieraus entspringenden vasodilatatorischen und vasoconstrictorischen Erscheinungen beeinträchtigen nun, wie es scheint, stark das Ergebniss der Untersuchung. Dass aber solche Innervationsstörungen, und zwar schon in Folge der Untersuchung auftreten, ergibt sich aus der allemal nach jeder Untersuchung zurückbleibenden auffallend stärkeren Röthung der untersuchten Fingerspitze.

Es ist also eine Hyperdilatation der Gefässe eingetreten, die die Vermuthung eines vorausgegangenen Gefässspasmus nahe legt. Dazu kommt endlich, dass auch die Bestimmung des Momentes der wieder eingetretenen Capillarfüllung doch nicht so einfach ist. Während Gaertner das nach einigen, 4—5 Sekunden plötzliche und volle Erröthen der Fingerbeere als Merkmal befürwortet, scheint mir die erste Spur der Röthung am Nagelbett, wenn nur längere Zeit, bis 30 Sekunden, auf gleicher Druckhöhe verharret wird, grössere Sicherheit zu bieten. Jedenfalls zeigt sie die bereits frei gewordene Passage in den Digitalarterien an und scheint weniger abhängig von jeweiligen Innervationsstörungen, leidet aber dafür an geringerer Auffälligkeit.

Wie es sich aber auch damit verhalten mag, Thatsache ist, dass man, wie die Untersuchungen mehrerer Beobachter, auch vor mir ergaben, bei derselben Person an verschiedenen Händen nicht nur, sondern auch an verschiedenen Fingern derselben Hand, ja wie ich hinzufügen kann, sogar an demselben Finger bei zwei auf einander folgenden Untersuchungen zu abwei-

— 4 —

chenden Resultaten gelangt, die ich mir eben aus dem wechselnden, unberechenbaren Contractionsspiel der kleinsten Arterien, und der oft schweren Bestimmung des Momentes der Capillarfüllung erkläre.

In diesen Unzulänglichkeiten der genannten Apparate lag nun die Aufforderung nach einer anderen, sicherer zum Ziele führenden Art der Untersuchung zu suchen. Bei der Gewohnheit möglichst alle Gefässe, jedes für sich und verschiedene unter einander vergleichend, zu betasten, fiel mir schon lange auf, mit welcher Sicherheit an der Radialis bei gleichzeitiger Compression der Brachialis der Moment des schwindenden Pulses bestimmt werden konnte und wie leicht die Compression der Brachialis mit dem Daumen gelang. Bei Einschaltung einer geeigneten Pelotte zwischen Daumen und Arterie mussten, so schien es, auf diese einfache Art völlig befriedigende Resultate erzielt werden können. Es lag nahe sich zu dem Zwecke des Gärtner'schen Ballons zu bedienen, mit dem ich denn auch die ersten Versuche anstellte, indem natürlich zugleich das zum Eingeringe abzweigende Rohr verschlossen wurde.

Umfasst man nun mit der einen Hand den Arm oberhalb des Ellenbogengelenkes, so gelingt es leicht die Brachialis, nachdem man sich zuvor von ihrer Anwesenheit und Lage überzeugt hat, mit dem Ballon rasch zu comprimiren, während mit der anderen Hand in gewöhnlicher Weise der Radialpuls gefühlt wird. Am Manometer lässt sich weiter, anscheinend mit grösster Sicherheit der Moment des aufgehörenden oder wiederkehrenden Pulses und damit der Druck in der Brachialis bestimmen.

Die Versuche fielen befriedigend aus, doch schien mir ein kleinerer der Form und Grösse des Daumens angepasster und tragbarer Ballon „einige Vorzüge vor dem grossen G.'schen zu besitzen. Aus ihm und dem einfach damit verbundenen Feder- oder Hgmanometer besteht dann der ganze in seinen wesentlichen Bestandtheilen dem Basch'schen App. und Gärtner'schen Tonometer entlehnte Apparat.

An mageren, muskelschwachen Armen erscheint das Ergebniss der Untersuchung ganz sicher und eindeutig, während ein gespannter, voller Biceps oder grosser Fettreichthum allerdings die Untersuchung erschweren. Bei einiger Uebung gelingt es aber auch in solchen Fällen zum Ziele zu kommen. Bei den im Ganzen seltenen Verlaufsanomalien der Brachialis, ihrer hohen Theilung, muss natürlich von der Verwendung dieses Apparates abgesehen werden.

Im Ganzen leistet er mir jedoch bisher solche Dienste, dass ich ihn selber gern verwende und mich für berechtigt halte, ihn der Nachprüfung zu empfehlen.

Zur bevorstehenden staatlichen Controlle über die Leprakranken.

Von

Dr. S a d i k o w.

Vortrag, gehalten auf dem XIV. Livl. Aerztetage zu Fellin.
September 1902.

Meine Herren!

Wie Ihnen vielleicht bekannt sein dürfte, ist jetzt am 26. März c. die Lepra als ansteckende Krankheit endlich vom Medicinalrath anerkannt worden und können auf sie die verschiedenen Gesetzesparagraphen gegebenen Falls auch in Anwendung gebracht werden. Den Gouverneuren derjenigen Gouvernements, in welchen Lepra vorkommt, ist vom Minister des Innern vorgeschrieben worden, bei der Gouvernements-Regierung eine Commission zu bilden, welche in allen die Lepra berührenden Sachen die massgebende Behörde sein soll und welche zugleich auch eine ständige Controlle über die Leprösen ausüben soll.

Für diese Commission, zu welcher jedenfalls der Medicinalinspector und noch 2 Aerzte gehören müssen, werden jetzt Instructionen und Reglements ausgearbeitet.

Unser Aerztetag, m. H., hat sich speciell aller Lepra-Angelegenheiten stets angenommen und daher, glaube ich, wäre es für diese Sache durchaus wichtig und angebracht, dass wir uns in dieser auch äussern und dürften unsere Ansichten nicht ganz ohne Einfluss auf die ganze Organisation und was damit zusammenhängt bleiben.

In Kurland sind wir Kreis- und Stadtärzte vom Gouverneur beauftragt worden, Projecte einer Instruction für die Lepracommission und Regeln für eine häusliche

Isolation der Leprösen auszuarbeiten. Wie ich mir die Sache gedacht habe, möchte ich Ihnen hier vorlegen und hoffe, dass die Discussion hierüber manches Werthvolle bringen wird.

Im Medicinalrath ist die Lepra nicht einfach für eine Infectionskrankheit erklärt worden, sondern nur bestätigt worden, dass einige Formen der Lepra infectiös sind.

Welche Form im gegebenen Falle vorliegt, soll unter anderen die Gouvernements-Commission zu entscheiden haben.

Hier auf dem Aerztetage haben wir bisher uns anders gestellt. Wir haben die Lepra jedenfalls für eine infectiöse Krankheit erklärt, haben aber zugegeben, dass in einzelnen Fällen die Möglichkeit, durch den betreffenden Kranken inficirt zu werden, eine recht geringe ist. Ich z. B. halte eine Infection bei einem Kranken in späterem Stadium der sog. Lepra maculosa und beim Leprösen der tuberösen Form, wo die Knoten zu festen, narbigen Geweben geschrumpft sind und keine äusseren oder inneren Ulcerationen bestehen, für recht unwahrscheinlich. Dazu aber, eine Form der Lepra, welche nicht infectiös ist anzunehmen, habe ich mich noch nicht aufschwingen können. Hierüber müsste sich unser Aerztetag äussern, denn die Anschauungen, wenn auch der obersten Medicinalobrigkeit, sind für die Wissenschaft doch nicht das Massgebende.

Die Commission soll, gemäss dem Circulär des Medicinalraths, nicht nur bei den sich findenden Leprösen bestimmen, ob die Lepra ansteckend oder nicht, sondern im Hinblick auf die Möglichkeit der Uebertragung der Krankheit und die Zweckmässigkeit den Kranken zu Hause zu isoliren, auch die Bedingungen, wie er zu leben und zu wohnen hat. Ebenso hat die Commission die Kranken zu besichtigen, wenn diese aus dem Leprosorium fort wollen und auch der Anstaltsarzt meint, dass die Lepra bei ihnen den ansteckenden Charakter verloren hat, und über ihre Entlassung aus dem Leprosorium dann zu entscheiden. Die Commission würde meiner Ansicht nach bestehen unter dem Präsidium des Medi-

cinalinspectors aus den ständigen Gliedern für bäuerliche und städtische Angelegenheiten der Gouvernements-Regierung und mindestens 2 in Leprasachen erfahrenen Aerzten (am Besten Kronsärzte, welche zugleich Leprosorien leiten).

Für eine so zusammengesetzte Commission habe ich folgende Instructionen projectirt:

Die Commission hätte jährlich 4 ordentliche Sitzungen abzuhalten. Sitzungsort die Gouvernementsstadt, doch können auch andere Orte des Gouvernements, wenn nöthig, ausnahmsweise dazu gewählt werden. Ebenso können Extrasitzungen stattfinden.

Vor die Commission competiren:

1) Alle strittigen Fragen in Betreff der Lepra und der Leprosorien.

2) Ob häusliche Isolirung gegebenen Falls anzuwenden oder Internirung in ein Leprosorium.

3) Besichtigung der Leprösen, welche aus den Leprosorien entlassen werden sollen.

4) Abfertigung von Leprösen aus der häuslichen Isolirung ins Leprosorium wegen Zunahme der Krankheitserscheinungen oder Nichteinhalten der Vorschriften.

5) Bestrafung der Leprösen, welche sich gegen die Vorschriften und die Verwaltung der Leprosorien vergangen.

Die Strafe besteht in Carcer auf eine von der Commission bestimmte Zeit. In Fällen besonderer Hartnäckigkeit und dergleichen kann der Betreffende mit Einverständnis des Arztes des betreffenden Leprosoriums auch auf Wasser und Brod gesetzt werden.

Anm. Mehr als 1 Woche Carcer muss vom Gouverneur bestätigt werden.

6) Bestätigung der Hausregeln der einzelnen Leprosorien.

7) Weitere Vertretung der Gesuche der einzelnen Lepragesellschaften um Mittel zum Unterhalt.

8) Ablassung der Kronsunterstützung für die einzelnen Leprosorien.

9) Rechenschaftsabnahme der einzelnen Lepragesellschaften und Leprosorien über die erhaltenen Unterstützungssummen.

10) Bestätigung der Pläne und Kostenanschläge von Neubauten für Unterstützungsgelder.

In Sachen, welche nicht durch die Instruction vorgesehen sind, hat die Commission eine Eingabe an den Gouverneur zu machen.

Amtspersonen und Behörden haben auf Bitte der Commission ihre Anordnungen zu erfüllen.

Die Mitglieder der Commission erhalten auf allgemeiner Grundlage Diäten und Fahrgelder.

Für die häusliche Isolirung könnten, glaube ich, folgende Regeln zur Richtschnur dienen:

1) Häuslich isolirt werden können nicht Lepröse, welche einen Zerfall oder drohenden Zerfall der Lepraknoten im Munde in der Nase, dem Rachen und den Athmungsorganen oder überhaupt Wunden am Körper haben.

Anm. Eine Ausnahme kann die Commission machen mit intelligenten Kranken gebildeter Stände.

2) Für Isolirung zu Hause würden sich eignen Lepröse der anästhetischen Form und der anderen, bei denen die Wunden und Knoten in feste Narben sich umgebildet haben.

3) Ein Lepröser, der zu Hause isolirt werden will, muss bei der Commission nachweisen, dass er eigene oder von Anderen erhaltene, dazu genügende Mittel hat.

4) Der Lepröse muss eine besondere Wohnung haben, d. h. ein besonderes von ihm bewohntes Häuschen oder doch wenigstens ein besonderes, mit dem übrigen Quartier nicht in Zusammenhang stehendes Zimmer. Dieses muss ausser dem besonderen Eingange auch eine besondere Retirade haben.

Anmerkung. Es ist erlaubt, dass mehrere Lepröse in einer Wohnung wohnen.

5) Auf der Thür der Wohnung eines Leprösen muss ein Schild nach einer für das ganze Gouvernement bestimmten Form mit der Aufschrift in den 3 Landessprachen «Vorsichtig», «Lepra», angebracht sein.

6) Kleidung, Wäsche, Geschirre und überhaupt alles von Kranken gebrauchte darf ausschliesslich nur von ihnen benutzt werden.

7) Die Wäsche der Leprösen muss gesondert von der Wäsche anderer Personen gewaschen werden. Sie muss vor dem Waschen 24 Stunden in einer warmen Lösung von grüner Seife liegen. Die Wäsche der Leprösen dürfen nur Personen mit völlig gesunden Händen waschen, d. h. ihre Hände dürfen keine Verwundung, Schrammen oder andere Hautverletzungen haben.

8) Die Essgeräthe der Leprösen müssen auch gesondert in einem besondern Gefäss nur von Personen, welche in oben genanntem Sinne gesunde Hände haben, gewaschen werden.

9) Die Sachen eines Leprösen dürfen nur nach gründlicher Desinfection andern Personen übergeben werden. Sachen, welche nicht genügend desinficirt werden können, müssen, wenn der Kranke ihrer nicht mehr bedarf, verbrannt werden.

Anmerkung. Dieses bezieht sich auch auf von einem verstorbenen Leprösen hinterlassene Sachen.

10) Isolirte Lepröse können keinerlei Beschäftigungen ergreifen, durch welche sie mit gesunden Personen in häufigere Beziehung kommen müssen.

11) Lepröse dürfen nicht Beeren, Pilze und andere von ihnen gesammelte Früchte oder von ihnen angefertigte Sachen irgend einer Art, welche nicht vorher genügend desinficirt werden können, verkaufen.

12) Die Pflege der Leprösen dürfen nur genügend intelligente, mit keinerlei Ausschlägen oder Wunden behaftete Personen übernehmen.

13) Diese Pfleger müssen in einem besonderen Zimmer wohnen und müssen während ihres Verweilens beim Leprösen weisse leinene Kittel tragen.

14) Wenigstens 2 Mal jährlich muss der isolirte Lepröse vom betreffenden Kreis- oder Stadtarzt besucht werden, wobei derselbe sich vom Gesundheitszustande des Leprösen, und ob Letzterer alle Vorschriften der häuslichen Isolation erfüllt, zu überzeugen hat. Wenn Letzteres nicht der Fall ist, muss der Arzt davon die Commission benachrichtigen.

15) Der Lepröse ist verpflichtet eine Verschlimmerung seines Zustandes dem betreffenden Kreis- oder Stadtarzt anzuzeigen.

16) Beim Besuche der Kirche oder anderer Orte, an denen eine grössere Ansammlung von Personen stattfindet, hat der Lepröse sich möglichst fern von den Gesunden zu halten.

17) Gesunde Personen zu besuchen oder bei sich aufzunehmen ist dem Leprösen nur für kurze Zeit, unter Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln erlaubt.

Anmerkung. Mit Gesunden zusammen zu übernächtigen oder Mahlzeiten einzunehmen ist Leprösen verboten.

18) Ein verstorbener Lepröser muss nach den für ansteckenden Krankheiten Verstorbene geltenden Regeln, beerdigt werden.

19) Wenn ein isolirter Lepröser gestorben ist, so muss dieses dem localen Vertreter der Medicinalverwaltung angezeigt werden.

20) Lepröse, welche diese Regeln für die häusliche Isolirung nicht befolgen, verlieren die Berechtigung hierzu.

Meine Herren. Wenn ich Ihnen hier die von mir ausgearbeiteten Projecte für die Kontrolle über die Leprakranken im Gouvernement vorgelegt habe, so meine ich nicht, dass ich hiermit Ihnen etwas gebracht habe, was vielleicht irgendwie massgebend sein könnte. Ich möchte nur dadurch veranlassen, dass Sie sich in der Discussion zu dieser Sache hören lassen. Die in den Gouvernementsbehörden ausgearbeiteten Reglements müssen noch dem Minister des Innern zur Bestätigung vorgestellt werden und könnte, wenn der Aertzetag, der doch quasi den ärztlichen Stand in den 3 baltischen Gouvernements vertritt, darüber seine Ansichten äussert, dieses doch auch von Bedeutung in dieser uns Alle mehr oder weniger angehenden Angelegenheit sein.

Ueber intermittirendes Hinken.

Von

Dr. med. H. Idelson,

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem XIV. Livländischen Aerztetage.)

Das intermittirende Hinken ist eine Krankheit, deren allgemeine Kenntniss erst in den letzten Jahren aus den engeren Arbeitskreisen der Chirurgen und Neurologen in die breiteren Gebiete praktisch ärztlicher Thätigkeit durchzudringen beginnt. Vielleicht ist es mir vergönnt durch folgende Mittheilungen, die sich auf 14 selbstbeobachtete Fälle stützen, nach der Richtung etwas beizutragen, handelt es sich doch um ein Leiden, das in theoretischer Hinsicht sehr interessant und in praktischer ungemein wichtig ist, da es meist von schweren Folgen für den Kranken begleitet ist und nicht selten sein Leben verkürzen oder wenigstens arg bedrohen kann. Für unseren Aerztetag ist die Frage ganz besonders deswegen interessant, weil diese Erkrankung nach dem allgemeinen Urtheil der Beobachter in den Ostseeprovinzen auffallend häufig vorzukommen pflegt und weil gerade an dieser selben Stelle vor 10 Jahren Prof. Zoëge von Manteuffel durch seinen Vortrag «Ueber den Rheumatismus in den unteren Extremitäten und seine Beziehungen zur Arteriosclerose» die allgemeine Aufmerksamkeit auf das vorliegende Thema hingelenkt hat; aufs innigste verknüpft mit den Fortschritten auf diesem Gebiete sind auch die Arbeiten der Lehrer an unserer heimathlichen Hochschule Thoma und Dehio, so dass ich, meine Herren, bei Ihnen das Interesse für meinen Gegenstand voraussetzen darf.

Die eigenthümliche Bezeichnung «intermittirendes Hinken» stammt von Charcot (Claudication intermittente), der die Krankheit in Anlehnung an gleiche Beobachtungen, welche bei Pferden häufig gemacht worden waren, mit dem von den Thierärzten gewählten Namen bezeichnete. Im Jahre 1855 hatte Charcot Gelegenheit einen Kranken zu untersuchen, der darüber klagte, dass er nur eine Viertelstunde gehen könne, dann bekäme er aber Schmerzen in einem Beine, so dass er dasselbe nachschleppen müsse; erholte er sich nur einige Augenblicke durch Stehen oder Sitzen, so könne er gleich wieder schmerzfrei gehen, aber auch nur eine Viertelstunde — nach Ablauf derselben träte dann pünktlich wieder der Schmerz und die Gehstörung auf, um bei kurzer Ruhepause wieder zu schwinden und beim Gehen nach einer bestimmten Zeit wieder aufzutreten. Bei der Section fand Charcot in der Nähe der Art. iliaca des erkrankten Beines eine Kugel, welche der Kranke viele Jahre mit sich herumgetragen hatte und die zu einem Aneurysma und einer Obliteration der Arterie geführt hatte. Der geniale Blick Charcot's erkannte und deutete auch den Zusammenhang der Erkrankung mit der anatomischen Veränderung und führte die Funktionsstörung auf die gestörte Circulation zurück. In einem zweiten Falle trat das intermittirende Hinken bei einem Kranken auf, bei welchem sich eine Obliteration einer Retinalarterie nachweisen liess — Charcot nahm eine analoge Veränderung in den betreffenden Fussarterien an; in einem dritten Fall beobachtete er die Erkrankung bei einem Diabetiker, der zuerst an intermittirendem Hinken litt und nachher Gangrän der Zehen bekam, was Charcot veranlasste auf die nahen Beziehungen zwischen dem Leiden und Diabetes hinzuweisen.

Die Cardinalpunkte in der Pathologie der Erkrankung: die charakteristische Gehstörung in Folge circulatorischer Anomalien und der drohende Ausgang in Gangrän sind von Charcot bereits genügend hervorgehoben worden und die neueren Forschungen haben diese Beobachtungen bestätigt; nur in Bezug auf die Bedeutung des

Diabetes als pathologisches Moment ist eine Gesetzmässigkeit nicht festgestellt worden, ja es wird sogar fast durchweg betont, dass bei den betr. Kranken der Harn frei war von Zucker und Eiweiss.

Die Kenntniss dieses Leidens verbreitete sich so langsam, dass Charcot noch im Jahre 1887 bei Gelegenheit der Demonstration eines solchen Kranken die Bemerkung machen konnte, seine Arbeit über diesen Gegenstand «sei nicht chinesisch sondern französisch und sogar in gutem Französisch verfasst worden und doch hätte sie niemand bisher beobachtet». Erst im Jahre 1891 berührte Zoëge von Manteuffel auf dem XX. Chirurgencongress die chirurgische Seite der Frage, da er in seinen 6 Fällen nach jahrelangen «rheumatischen Schmerzen» Gangrän hatte auftreten sehen. Dieser Autor wies bereits auf das wichtige Symptom — das Fehlen der Fusspulse hin, während die sonstigen klinischen Erscheinungen nur angedeutet wurden. Im Jahre 1892 behandelte Zoëge von Manteuffel auf dem livländischen Aerztetage den gleichen Gegenstand, wenn auch unter anderem Namen, vorzugsweise von der klinischen und pathologisch-anatomischen Seite. Zoëge von Manteuffel brachte diesen «Rheumatismus» der unteren Extremitäten zu einer Arteriosclerose der Fussarterien in Beziehung und stützte seine Ausführungen auf 11 selbst beobachtete Fälle; besonders eingehend wurden die vasomotorischen und trophischen Symptome, sowie die subjectiven Beschwerden geschildert, doch fehlt der Hinweis auf die charakteristische durch intermittirend auftretende Schmerzen bedingte Gehstörung.

Es wird auch noch der Versuch einer Differenzirung dieser Zustände von der angiosclerotischen Gangrän gemacht; bei dieser «gehen der Gangrän bekanntlich jahrelange Prodrome voraus, die in ihren Symptomen den erwähnten Formen von Arteriosclerose völlig analog sind. Nur dass sie eben ihren Abschluss im Gewebs-tod finden, was bei dem Rheumatismus nicht der Fall ist. Dabei sind, ich wiederhole es, die subjectiven Symptome wie die objectiven gleich und ähnlich. Hier

wie dort arterielle Circulationsstörung, die bis zur Pulslosigkeit führt. . . . Bei der Gangrän kommt schliesslich der Moment, wo die Collateralbahnen nicht ausreichen, beim Rheumatismus bleibt dem Kranken der letzte Act des Dramas erspart». Es ist gegenwärtig sichergestellt, dass auch solche Fälle, die unter dem Bilde des arteriosclerotischen Rheumatismus (scilicet intermittirendes Hinken) verlaufen, auch mit Gangrän abschliessen können und dass bei «spontaner angiosclerotischer Gangrän» jahrelang die gleichen Symptome wie bei ersterem vorangegangen sein können; man ist daher berechtigt beide Zustände zu identificiren und nur der Verlauf der einzelnen Fälle wird es ermöglichen eine Trennung durchzuführen. Für eine Anzahl von Fällen giebt auch Zoege von Manteuffel die Möglichkeit zu, dass jener Rheumatismus nichts weiter sei als das prodromale Symptomenbild der Gangrän; während der günstiger verlaufende arteriosclerotische Rheumatismus häufiger beim weiblichen Geschlecht vorkäme, begegnete man der Gangrän meist bei Männern; ob die pathologisch-anatomischen Verhältnisse nur quantitative oder auch qualitative Unterschiede zwischen der benignen oder malignen Form ergeben, geht aus der diesbezüglichen Literatur nicht hervor.

Im Jahre 1895 berichtete Goldflam eingehend über eine grössere Anzahl von Fällen von intermittirendem Hinken und 1898 erschien die grosse und erschöpfende Darstellung von Erb, der mit klinischem Scharfblick das Bild des Leidens erfasste und dasselbe in prägnanten Zügen dargestellt hat. Gerade der praktische Arzt und Neurologe hat am meisten Gelegenheit die Anfänge des Leidens, welche sich unter dem Bilde einer Neuralgie, von Rheumatismus, Ermüdbarkeit und dergl. zu entwickeln pflegen — in ihrer scheinbar harmlosen Form zu beobachten und daher wirkten auch die Arbeiten von Goldflam, Erb und Higier (1898) auf diesem Gebiete besonders befruchtend.

Um Ihre Geduld, meine Herren, durch weitere Mittheilungen aus der Literatur nicht in Anspruch zu nehmen, will ich gleich auf die Frage selbst in Kürze ein-

gehen und die Symptomatologie, das Wesen, die Diagnose, Aetiologie, den Verlauf und die Therapie des intermittirenden Hinkens, insbesondere von praktischen Gesichtspunkten aus, und auf die Darstellungen vorgenannter Autoren mich stützend zu beleuchten versuchen.

Das Leiden befällt vorzugsweise jüngere, männliche Individuen im Alter von 22—60 Jahren; besonders häufig kommt es bei Juden vor. Der Beginn ist meist so schleichend, dass die Patienten sich an den Arzt wenden, nachdem sie bereits mehrere Jahre ab und zu «Reissen» in den Beinen gehabt haben wollen. Anfangs scheinen auch die Schmerzen spontan und dazwischen auf Monate hinaus zu schwinden, allmählich nehmen aber dieselben eine bestimmtere und eindringlichere Färbung an. Patient ermüdet leicht und kann nur kurze Strecken ohne Unterbrechung gehen, dabei bemerkt er, dass es immer so ziemlich die gleiche Strecke ist, die er ohne Beschwerden durchmessen kann, dass dann aber mit fast unfehlbarer Sicherheit eigenthümliche Sensationen in einem oder beiden Füßen auftreten. Der Fuss ermüdet, wird schwer wie Blei, Patient hat den Wunsch, den kranken Fuss zu schonen und versucht solches durch Nachgeben des Fusses zu erreichen, was mitunter den Eindruck des Hinkens hervorruft.

Wird jetzt keine Ruhepause gemacht, sondern das Weitergehen forcirt, so treten im Unterschenkel, meist in der Wadengegend, Paraesthesien auf; der Fuss taubt ab, er wird kälter empfunden, die Wade krampft sich zusammen, der Kranke hat das Gefühl, als ob sie gekniffen oder geknetet würde, der Schmerz geht über den Fussrücken auf die Zehen über, dieselben können steif und kalt werden, es ist dem Patienten so, als ob sich eine Zehe über die andere legen würde, kurz die Beschwerden nehmen schnell zu und der Kranke muss stehen bleiben. Nun beginnen nach wenigen Minuten die Beschwerden nachzulassen, der Wadenkrampf hört auf, der Fuss wird wieder wärmer und nach kurzer Zeit kann Patient sich wieder in Bewegung setzen; er kann laufen, springen und gehen bis wieder die ver-

hängnissvolle Minute schlägt, die ihm Halt gebietet, um ihn nach kurzer Zeit wieder flott werden zu lassen. Beim Sitzen und Liegen haben die Kranken meist keine Schmerzen, wenigstens nicht in den Anfangsstadien des Leidens — und diese sind es ja, die den praktischen Arzt am meisten interessiren und denen diese Erörterungen gewidmet sind. Ein Kranker bekam bereits Schmerzen, wenn er sein kleines Kind auf dem Fusse schaukelte oder denselben hängen liess.

Meist wird über grosse Empfindlichkeit des Fusses gegen Kälte geklagt, bei einem meiner Kranken fror der Fuss «furchtbar» bei -2° , während der gesunde Fuss noch -8° gut vertragen konnte. In den vorgeschrittenen Fällen, die sich schon dem Gebiet des Chirurgen nähern, treten die Schmerzen bereits in der Ruhe auf, ja können sogar beim Liegen besonders heftig werden und ein quälendes Hitzegefühl wird im Fuss empfunden. Der Fuss eines Kranken mit intermittirendem Hinken bietet in den leichteren Fällen äusserlich nichts auffälliges; schon jetzt lässt sich aber meist die richtige Diagnose stellen, wenn man durch die charakteristischen Beschwerden auf den Gedanken an dieses Leiden gebracht wird. Man braucht nur auf der Mitte des Dorsum pedis nach der A. dorsalis pedis und nach aussen vom Malleolus internus nach der A. tibialis postica zu greifen und den Puls zu palpiren, was bei einiger Uebung und herabhängenden Füßen leicht gelingt; fehlt er oder ist er auf der einen Seite merklich schwächer als auf der anderen Seite, so ist die Diagnose auf intermittirendes Hinken zu stellen. Bei fetten Personen kann er bei einmaliger Untersuchung gelegentlich vermisst werden, wo er vorhanden ist und bei ungeeigneter Haltung der untersuchenden Hand, z. B. bei Abknickung der Armvene kann der eigene Puls in der Fingerbeere des Arztes die Anwesenheit der Pulse dort vortäuschen, wo sie fehlen; ein Vergleich mit der Pulszahl an einer anderen zugänglichen Arterie des Patienten, z. B. der Radialis, wird auch vor diesem Irrthum schützen. Es liegt nun die Frage nahe, ob denn das Fehlen der Fusspulse immer pathologisch sei? An

einem grossen Material haben Goldflam und Erb nachgewiesen, dass bei Leuten jeglichen Alters und beiderlei Geschlechts, die nicht gerade an erheblicher Arteriosclerose, an schweren Herzstörungen oder groben Anomalien in der Haut der Füsse leiden, die Pulsation der Fussarterien ganz regelmässig, man kann sagen mit fast völliger Constanz zu fühlen ist (d. h. in 99 pCt. der Fälle von Gesunden). Ich will gleich hierzu bemerken, dass man nicht selten an beiden Füssen die Pulsation vermisst, während Beschwerden nur an einem Fuss empfunden werden; hier mögen entweder collaterale Gefässe bereits sich ausgebildet haben, die die Ernährung des Fusses unterstützen und es nicht zu Schmerzen kommen lassen, oder die Erkrankung hat noch nicht solche Grade erreicht, dass sie Schmerzen auslöst; in letzterem Falle mögen dieselben früher oder später auftreten, wie ich das mehrmals während einer 4jährigen Beobachtungsdauer constatiren konnte. In ganz seltenen Fällen mag es auch vorkommen, dass das Fehlen der Pulse an beiden Füssen als zufälliger Nebenfund bei Abwesenheit jeglicher localer Beschwerden entdeckt wird — selbst dann wäre diese Erscheinung wegen der Neigung des intermittirenden Hinkens zu langen Remissionen vorsichtig zu beurtheilen. In meinen Fällen fehlten 5 Mal alle 4 Pulse, d. h. beide Pulse an beiden Füssen, 2 Mal fehlte die Pulsation an 3 Arterien, 5 Mal an 2 Arterien, 1 Mal fehlte ein Puls, während die 2 anderen abgeschwächt und der vierte normal erschien und 1 Mal waren die Pulse des kranken Fusses deutlich schwächer als die des anderen. Gegenüber diesen Anomalien der Pulse sind die anderen objectiven Veränderungen an dem befallenen Fusse weniger auffallend, doch spricht ihr häufiges Vorkommen in den einzelnen Fällen für eine gewisse charakteristische Gesetzmässigkeit. Die Wade des schmerzenden Fusses ist oft etwas abgemagert, die Venenzeichnung tritt mehr hervor, hier und da schimmern kleine Hautvenen durch, zwei Mal sah ich durch die Haut obliterirte Venen als derbe Stränge, die bei Berührung und spontan schmerzhaft waren, hervorragten, auch die puls-

losen Arterien liessen sich auf kurze Strecken als derbe Stränge palpieren, zuweilen war der Puls centralwärts, einige Centimeter von der normalen Palpationsstelle entfernt fühlbar. Die Haut ist pergamentartig, hart, dünn und transparent, sie ist trocken und schwitzt wenig oder garnicht, die Nägel wachsen langsam — ein Kranker gab an, er hätte seit einem Jahr keine Veranlassung gehabt sie zu beschneiden, oder sie zeigen eigenthümliche Rillen; in zweien meiner Fälle waren sie eingewachsen und hatte dieser Umstand einen 34-jährigen Patienten verleitet sich die Nägel corrigiren zu lassen; es schloss sich an diese Manipulation unmittelbar Gangrän an, die ein 3jähriges Krankenlager und 3 Amputationsoperationen nach sich zog. Die Zehen sind oft cyanotisch oder röthlich, hier und da sieht man auf dem Fuss hellrothe Flecken; auf Fingerdruck röthet sich die anämische Haut nur langsam, zuweilen ist auch hierbei eine Differenz in der Zeitdauer zwischen beiden Füßen wahrzunehmen. Bei horizontaler oder erhöhter Lagerung der Extremitäten pflegen diese vasomotorischen Phänomene ganz oder theilweise zu schwinden, während sie beim Stehen und besonders nach dem Gehen verstärkt werden; ein Mal sah ich die Zehen eine todtenblasse Farbe annehmen. Der Fuss fühlt sich normal oder etwas kälter an. Die objective Sensibilität ist normal, ebenso zeigen die Temperaturempfindung, die Reflexe und die elektrische Reaction keine Störung.

Dieses Krankheitsbild, dessen subjective Beschwerden also charakteristisch sind durch das intermittirende Auftreten von Paraesthesien und Schmerzen bei längerem Gehen, in einem oder beiden Füßen, die beim kurzen Stehenbleiben schwinden, um nach einiger Zeit der Bewegung wieder zu erscheinen, dessen objective Symptome in dem Fehlen oder der Abschwächung der Pulsation an den Fusssohlen und in dem Vorhandensein von bestimmten trophischen und vasomotorischen Störungen bestehen, die ebenfalls nach dem Gehen mehr hervortreten — ist mit keinem anderen Leiden zu verwechseln.

Am häufigsten wird es für Rheumatismus oder Ischias gehalten — ein Griff nach den Fusspulsen kann in solchen Fällen allen diagnostischen Schwierigkeiten ein Ende bereiten, zumal das Fehlen von Sensibilitätsstörungen und die Abwesenheit centraler oder neuritischer Symptome mit Leichtigkeit ein Nervenleiden ausschliessen lässt. Gehen wir nun kurz auf das Wesen dieser Erkrankung ein, so bietet uns die pathologische Anatomie eine nur zum Theil ausreichende Erklärung für die klinischen Symptome. Schon Charcot machte die Obliteration der A. femoralis für die Schmerzen und die Functionsstörung verantwortlich, ihm war es aber noch nicht bekannt, dass schon die peripheren Ramificationen der Arterien allein obliteriren und den ganzen Symptomencomplex hervorrufen können. Ueber die Natur dieser Obliteration gehen noch die Ansichten auseinander. Während Winiwarter und Borchard eine obliterirende Endarthritis annahmen, haben Zoega von Mantuffel und seine Schüler, Weiss und Schindler betont, dass der Gefässverschluss durch eine autochtone Thrombosirung zu Stande käme, die in localen Gefässveränderungen und dem Nachlassen der Herzkraft ihren Grund hätten. Die Thromben organisirten sich später und können in unrichtiger Weise als eine das Gefäss obliterirende Intimawucherung aufgefasst werden. Die Veränderung an den Gefässen reiche gerade bei jüngeren Individuen weiter centralwärts hinauf, als bei alten. Auch über die Herkunft der Schmerzen sind die Ansichten noch getheilt; die einen halten die Nerven für den Ort der Entstehung derselben, die anderen die Gefässwand selbst, resp. deren nervöse Elemente, nach andern sitzt der Schmerz in dem schlecht ernährten Muskel; Veränderungen sind sowohl in den Nerven, wie auch in der Gefässwand gefunden worden, es fragt sich nur ob die Nerven primär oder secundär erkrankt sind; jedenfalls geht die allgemeine Auffassung dahin, dass die Schmerzen eine Folge der mangelhaften Circulation im Fusse sind: so lange der Fuss ruht, genügt die zuströmende Blutmenge um die Ernährung der Muskeln, Nerven und Gefässe zu besorgen, tritt

aber der Muskelapparat in Action, so werden dadurch die Ansprüche an die Circulation gesteigert und es stellt sich daher bei der mangelhaften Zufuhr leicht früher oder später eine Insufficienz ein, die nur während einer Ruhepause compensirt werden kann, um bei Beginn weiterer Muskelthätigkeit wieder zu erscheinen. Es ist das, um einen trivialen Vergleich heranzuziehen, wie mit einer schlecht fundirten Bank: Die spärlichen Activa genügen nicht um die Passiva zu decken; die Ausgaben werden daher nach Möglichkeit verkleinert, genügt das nicht, so werden auch für längere Zeit die Operationen ganz eingestellt — aber schliesslich kommt es doch zum Krach — bei unseren Kranken kündigt sich die Katastrophe durch den desolaten Allgemeinzustand und das Auftreten der Gangrän der Zehen an: nunmehr gehört der Patient in die Obhut eines erfahrenen Chirurgen; der heftige Schmerz drängt zu schnellem Handeln und unter dem Messer erreicht das Leiden einen — leider nicht immer — definitiven Abschluss. Wenn erfahrene Autoren, denen ich mich mit meinen 14 Beobachtungen anzuschliessen wage, behaupten, die Gangrän sei ein häufiger Ausgang des intermittirenden Hinkens, so werden sie mit mir darüber einig sein, dass wir Aerzte alles thun müssen, um die Intervention des Chirurgen so lange als möglich hinauszuschieben und bestrebt sein müssen, das Leiden so früh wie möglich zu erkennen. Sonst kann man durch eine mangelhafte Prophylaxe und wie ich es bestätigen kann, durch ungeeignete therapeutische Prozeduren das Auftreten der Gangrän beschleunigen, resp. direkt hervorrufen. Unter den 18 Kranken Higier's war 7 Mal, unter den 27 Fällen Goldflams 7 Mal und in meinen 14 Fällen — 3 Mal Gangrän aufgetreten (davon 2 Mal an beiden Füßen nach einander) wobei für letztere Gruppe hervorzuheben ist, dass ich sie erst seit 1898 beobachte und mir nicht der Verlauf aller Fälle bekannt geblieben ist; doch kenne ich auch Fälle die seit 4 Jahren keine Verschlimmerung erfahren haben und Zöge von Mantouffel hat sogar im Laufe von 10 Jahren das Eintreten von Gangrän vermisst, was ihn zur Aufstellung der benignen Form wohl berechtigten

dürfte. Erb stellt die Prognose nicht ungünstig; er verfügt freilich über Fälle, die vorzugsweise der Praxis aurea entstammen und wie häufig so ist auch hier die Arbeit ein Bundesgenosse des Leidens. Die Heilung, bei welcher Erb sogar das Wiederkehren der Fusspulse beobachtet hat, ist nur durch die Wiederherstellung des Lumens der obliterirten Gefässe oder durch Ausbildung einer genügenden collateralen Circulation in plausibler Weise zu erklären. Vielleicht giebt es auch eine rein functionelle Form des intermittirenden Hinkens (Oppenheim) die sich durch eine krampfhaftige Contraction der Fussarterien während der Muskelthätigkeit kundgiebt und zu analogen klinischen Erscheinungen führt, wie die Gefässobliteration. Einzelne Autoren nehmen überhaupt ausserdem anatomischen Moment der Gefässverengung noch ein functionelles gefässcontrahirendes an, welches sich zu der stabilen Veränderung hinzugesellt, gerade zu einer Zeit sich geltend macht, wo die Durchströmung der Muskeln ganz besonders nothwendig wird. Es sollen die Vasoconstrictoren in einen Zustand von Reizung, die Vasodilatoren in Lähmung versetzt werden und dieses gerade eine den normalen Circulationsverhältnissen direct widersprechende Blutvertheilung zur Folge haben. Das Hypothetische und Gezwungene einer derartigen Erklärung brauche ich hier wohl nicht näher darzulegen.

Indem ich mich nun der Aetiologie des Leidens zuwende, will ich kurz einige interessante Punkte meines eigenen Materials streifen. Meine Patienten standen im Alter von 27—60 Jahren, also zum grösseren Theil in einer Altersperiode, die für den Eintritt der Arteriosclerose oder der senilen Involution nicht typisch ist. Lues, welche doch ganz besonders zu Gefässerkrankungen disponirt, ist nur 2 Mal eruiert worden, Alcoholabusus 2 Mal. Zucker wurde kein Mal gefunden, Tabakmissbrauch, dem Erb einen ganz besonderen Einfluss auf das Leiden zuschreibt in 3 Fällen. Dagegen konnte ich die von mehreren Autoren wiedergegebene Beobachtung, dass bei den Kranken sonstige Zeichen von Arteriosclerose fehlten, nicht bestätigen, ich habe gerade bei den

jüngsten Individuen von 27 und 33 Jahren stark geschlängelte Temporalarterien, harte Radialarterien und Angina pectoris (1 Mal) gefunden. Besonders interessant ist eine Beobachtung, die von Zoegev. Manteuffel, Higier und Goldflam ebenfalls erwähnt wird, sich auch mir in ganz exquisiter Weise gezeigt hat — gleichzeitige Anomalien des Radialpulses bei Kranken mit intermittirendem Hinken. Ich habe 2 Mal den rechten, 2 Mal den linken Radialpuls deutlich kleiner als den der entgegengesetzten Seite gefunden, während er in einem Fall rechts fast fehlte. Unter diesen 5 Fällen waren 2 Individuen von 29 und 32 Jahren bei denen es bereits zu Gangrän an beiden Füßen gekommen ist. Die Annahme ist wohl berechtigt, dass es sich in solchen Fällen um eine angeborene Enge des Gefäßsystems (Higier) gehandelt hat, zu der sich noch die Gefäßveränderung an den Füßen in einer für letztere besonders verhängnisvollen Weise hinzugesellt haben mag. Bei einem 27-jährigen Kranken mit intermittirendem Hinken meiner Beobachtung war die linke A. ulnaris nicht zu fühlen, während die rechte deutlich pulsirte; vielleicht stand damit die auffällige und dem intermittirendem Hinken analoge Erscheinung in Zusammenhang, dass der IV. und V. Finger der linken Hand bei Kälteeinwirkung und Bewegung der Hand cyanotisch und leichenblass wurden. (Es sind auch mehrere Fälle von intermittirend auftretenden Schmerzen in der Hand bei fehlendem Radialpuls beschrieben worden — also eine dem Leiden an der unteren Extremität analoge Erkrankung — auffallenderweise überwiegt hier das weibliche Geschlecht).

Unter den aetiologischen Momenten möchte ich mir erlauben auf ein neues, bisher von keinem Beobachter erwähntes Symptom hinzuweisen, dass ich unter 14 Fällen 8 Mal constatiren konnte: es ist das der Plattfuss. Nur ein Mal war dieser am gesunden Fuss stärker ausgesprochen als am kranken, sonst bestand beiderseits oder auf der befallenen Seite diese Anomalie in stärkerem Grade; in allen 3 Fällen, wo es zur Gangrän gekommen, hat beiderseitiger u. a. auch von chirurgischer Seite bestätigter Plattfuss bestanden und in 3

Fällen wo keine Besserung zu erzielen war, habe ich 2 Mal Plattfuss gesehen. Ich glaube, dass der abnorme Bau des Fuss skeletts auf das Verhalten der Gefässe nicht ohne Einfluss sein dürfte. Es wäre ja denkbar, dass die A. dorsalis pedis in ihren peripheren Abschnitten, welche zwischen der Basis des I. und II. ossis metatarsi zur Bildung des Arcus plantaris durchtritt beim Plattfuss insofern ungünstig zu liegen kommt, als sie nicht im Fussgewölbe schwebt, sondern bei der bedeutend verbreiterten Berührungsfläche der Plattfusssohle mit dem Boden an solchen Stellen einem Druck ausgesetzt wird, der unter normalen Verhältnissen nur auf bestimmte Punkte ausgeübt wird; sie mag hierdurch infolge der beständigen die Gefässwand treffenden mechanischen Reize und der dadurch bedingten Blutdruckschwankungen, sowie durch die unmittelbare Kälte einwirkung des Fussbodens, die ja sonst durch die Fusswölbung dank der isolirenden Luftschicht unter derselben gemässigt wird, einer beständigen Irritation ausgesetzt sein, was die Entstehung der Sclerose in den peripheren Abschnitten der Dorsalis pedis begünstigen und zu ihrer allmählichen Obliteration und deren klinischen Folgen führen muss. Sowohl mechanische, blutdrucksteigernde und ganz besonders Kältereize sind ja nach den Untersuchungen von Zoëge von Manteuffel als bedeutsame Factoren bei der Entstehung der arteriosclerotischen Gefässveränderungen aufzufassen. Die Kälte scheint überhaupt als auslösendes Moment gerade für das intermittirende Hinken in Betracht zu kommen. Bei mehreren Kranken schloss sich die Erkrankung unmittelbar an eine Erkältung oder Durchnässung. So glaubt Erb das häufige Vorkommen des Leidens in Russland z. T. auf die hier herrschende Kälte zurückführen zu müssen. Freilich bleibt es noch immer unerklärlich, warum gerade in den Ostseeprovinzen die Mehrzahl der Erkrankungen vorkommt, während doch andere Gouvernements im russischen Reiche noch bedeutend höhere Kältegrade aufweisen und beispielsweise weder die Petersburger noch die Moskauer Autoren das Leiden als eine häufige Erscheinung beschrieben haben, Um noch

auf den Plattfuss zurückzukommen, so wäre es auch denkbar, dass die Gefässerkrankung indirect hervorgerufen wurde, indem der abnorme Druck auf die Plantarnerven, der ja u. a. auch den Plattfuss Schmerz hervorrufen soll, das dazu gehörige Gefässgebiet ungünstig beeinflusse und die Schmerzen ein Schwanken des Gefäss-tonus und Blutdruckes veranlassen. Diese letzteren Momente könnten dann den sclerosirenden Process im Gefäss anfachen. Den Plattfuss selbst als Resultat der Gefässalteration aufzufassen, liegt kein Grund vor; soweit sich das nachweisen liess, hatte er schon von Jugend auf bestanden oder war eine congenitale, ererbte Erscheinung; auch hatte ich oft Gelegenheit Plattfuss zu constatiren wo die Pulse unverändert waren. Dabei möchte ich darauf hinweisen, dass engere Beziehungen zwischen dem Plattfuss und Gefässanomalien überhaupt zu bestehen scheinen; so schreibt Hoffa die Plattfüsse neigen zum Schwitzen, sehen oft bläulich aus und fühlen sich kalt an, weisen des öfteren stark geschlängelte Hautvenen auf und sind dieselben mit Halux valgus und eingewachsenen Nägeln behaftet (Trendelenburg) . . . die Plattfüssigen ermüden leicht, sind unfähig zu grösseren Anstrengungen und Marschleistungen; ähnlich äussert sich Tillmans «die Kinder klagen vor allem über leichte Ermüdung, über Schmerzen in den Füßen, sie hinken oft beim Gehen». Wird man da nicht unwillkürlich an die Schilderungen des intermittirenden Hinkens erinnert? Wie mir scheint, ist beim Plattfuss auf das Verhalten der Fusspulse noch nicht untersucht worden — vielleicht lässt sich auf diesem Wege eine Klärung der dunklen Frage von der Aetiologie der merkwürdigen Plattfuss Schmerzen einerseits und des intermittirenden Hinkens andererseits erwarten?

Endlich möchte ich erwähnen, dass der Plattfuss bei Juden häufig vorkommt die ja, wie wir später sehen werden auch das grösste Contingent der Kranken mit intermittirendem Hinken stellen. Wenden wir uns nun den weiteren aetiologischen Factors zu, so liegt die Frage nahe, welcher Einfluss der Lues zuzuschreiben sei, dieser das Gefässsystem alterirenden Noxe par excellence.

Ich konnte nur in einem Falle meiner Beobachtung und einem mir von Dr. Th. Schwartz-Riga gütigst zugesandten Falle die Anamnese auf Lues erheben. Auf die Bedeutung der neuropathischen Anlage macht Oppenheim aufmerksam; es ist das um so mehr plausibel als auch congenitale Anomalien des Gefässsystems erblicher Natur sind und diese eine bedeutende Rolle in der Aetiologie des Leidens spielen. Auch die Disposition zur Arteriosclerose wird bekanntlich vererbt. So mag es verständlich erscheinen, dass das intermittirende Hinken am häufigsten dort angetroffen wird, wo die bisher erwähnten Factoren: Plattfuss, neuropathische Disposition, Neigung zur Arteriosclerose und dazu die anerkannte Schädigung des Gefässsystems durch eine eigenthümliche intensive gemüthliche Erregbarkeit (Blutdruckschwankungen!) concurriren — das ist bei der jüdischen Race. Bei den einzelnen Individuen mögen dann noch die anderen Ursachen, wie Tabak, Alcohol und vieles Genuß in der Nässe und Kälte (Holzhändler!) das intermittirende Hinken direct hervorrufen. Das häufigere Vorkommen des intermittirenden Hinkens betont auch Higier, der unter 18 Fällen 17 Mal das Leiden bei Juden gesehen hat; in meinen Fällen waren unter 14 Kranke, 12 Juden. Freilich muss bemerkt werden, dass in meiner Clientel eine grössere Anzahl jüdischer Patienten sich findet, was wohl auch, zum Theil wenigstens für die Higier'sche Statistik (Warschau) gelten dürfte; dazu kommt die bekannte Thatsache, dass die Juden ihren Leiden meist grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden pflegen und den Arzt zu einer Zeit aufsuchen wo die Beschwerden von Individuen einer anderen Race vielleicht noch negligirt würden. Anders ist es mit dem klinisch-chirurgischen Material. Die Patienten mit sogenannter spontaner Gangrän — dem häufigen Ausgang des intermittirenden Hinkens, welche die Kliniken aufsuchen, stammen aus den verschiedensten Kreisen der Bevölkerung, vertreten meist einen grösseren Bezirk und repräsentiren dank dem unter dringenden Indicationen stehenden chirurgischen Leiden auch alle jenen, lässigen und indolenten Patienten, die sonst garnicht oder nur

selten in die ärztliche Beobachtung gelangt wären; wenn daher auch von klinisch-chirurgischer Seite (Zoege von Manteuffel, Borchard, Schindler) das Ueberwiegen der Juden betont wird, so erhebt das jene Beobachtung zu einer sicher begründeten Thatsache.

Sucht man nach weiteren aetiologischen Momenten, so finden sich andererseits viele Fälle — in meiner Statistik 6 Fälle — wo von der Existenz eines Plattfusses nicht die Rede sein kann; abgesehen davon, dass die bisherigen Beobachtungen nur gelegentlich die Notiz über gleichzeitig bestehenden Plattfuss enthalten, ist von dem Auftreten spontaner Gangrän — dem Ausgang des intermittirenden Hinkens — bei Individuen mit Plattfuss in der mir zugänglichen Literatur nichts vermerkt; es wäre allerdings möglich, dass bei dem rein chirurgischen Interesse und den dringenden Indicationen, die die Kranken mit spontaner Gangrän darbieten, ein etwaiger Plattfuss übersehen worden ist; ebenso mögen auch bei der Fülle der vasomotorischen, trophischen und circulatorischen Symptome des intermittirenden Hinkens manche Grade von Plattfuss übersehen oder unterschätzt worden sein; immerhin wird mit Rücksicht auf die bisherigen Beobachtungen die aetiologische Bedeutung des Plattfusses für das intermittirende Hinken keinen grösseren Werth beanspruchen dürfen als die anderen ursächlichen Momente; jedoch sind letztere auch nicht für alle Fälle gültig. Dem Tabak wird von mehreren Seiten, besonders von Erb eine grosse Bedeutung in der Aetiologie des Leidens beigelegt; doch ist der Abusus ein so weit verbreiteter, dass man das Leiden viel häufiger antreffen müsste; in den 3 mir bekannten Fällen wo die Krankheit bei Frauen vorkam, lag überhaupt kein Tabaksgebrauch vor (es fehlten übrigens auch die anderen aetiologischen Momente). Die 10 kranken Frauen aus der Statistik von Zoege v. Manteuffel, (10 Frauen, 2 Männer) sprechen ebenfalls gegen eine derartige Annahme. Kälte und Nässe sind bereits erwähnt worden, auch vieles Gehen mag schädlich sein. 2 Mal fand ich bei meinen Kranken eine einseitige Inguinalhernie, die durch ein Bruchband gehalten wurde, dasselbe war mit

2 symmetrischen Pelotten versehen — die Pulse fehlten an beiden Füßen auch nach Entfernung des Bruchbandes. Alcoholabusus ist nur selten anzuschuldigen; auch müsste das Leiden viel häufiger vorkommen; die Bevorzugung der jüdischen Race, die bekanntlich eine sehr geringe Tendenz zum Alcoholmissbrauch zeigt, spricht ebenfalls gegen die Bedeutung des letzteren. Die überwiegende Betheiligung des männlichen Geschlechts wird allgemein betont, nur die Statistik von Zoëge von Manteuffel zeigt das entgegengesetzte Verhältniss und behauptet die leichteren, nicht zu Gangrän führenden Formen seien bei Frauen häufiger. Jedenfalls sind die Männer allen den Ursachen, die das Entstehen von Arterienerkrankungen begünstigen in bedeutend höherem Maasse unterworfen als das weibliche Geschlecht.

Ueberblickt man die Reihe der supponirten Schädlichkeiten so wird man bekennen müssen, dass es eine all-gemeingültige Aetiologie für das intermittirende Hinken nicht giebt, dass höchstwahrscheinlich eine ganze Anzahl von Factoren sich vereinigen um den Krankheitsprocess auszulösen und dass ausserdem noch unbekannte Momente zu jenen hinzutreten.

Die Therapie hat in erster Linie das nil nocere zu berücksichtigen und daher alles zu vermeiden, was die gestörte Circulation in den Fussarterien ungünstig beeinflussen könnte. Die wichtigste Verordnung wird in völliger oder theilweiser Bettruhe zu bestehen haben, die längere Zeit beobachtet werden müsste. Der Uebergang aus der Ruhe in die normalen Lebensverhältnisse wäre ganz allmählich und mit Hülfe methodischer Gehübungen zu vollziehen, deren Zeitdauer genau abzuwägen wäre. In leichteren Fällen, oder dort wo die äusseren Verhältnisse einen längeren Aufenthalt im Bett nicht gestatten, muss durch eine möglichst bedeutende Einschränkung im Gehen für Schonung der Füße Sorge getragen werden. Vor allem ist dem Patienten einzuschärfen, bei den ersten Anzeichen von Circulationsstörungen im Fuss, also beim Auftreten der Paraesthesien — stehen zu bleiben und das Schwinden derselben abzuwarten. Beim Sitzen sollte durch horizontale Lage-

rung des Beines eine Entlastung der Herzarbeit zu Gunsten der mangelhaften Circulation im Fuss angestrebt werden. Für beständiges Warmhalten des Fusses sorgen die Patienten meist instinctiv schon selbst, doch ist auf die Disposition des Fusses zum Erfrieren durch Empfehlung von weitem, weichen Schuhwerk (Filzstiefel) Rücksicht zu nehmen. Gegen diese Grundprincipien wird am häufigsten bei unrichtiger Diagnose gefehlt. Man fordert den Patienten auf sich zusammenzunehmen, den Schmerz zu überwinden und darauf los zu gehen; die Verführung liegt ja bei diesen nervösen Menschen, sehr nahe, diesen Schmerz als gichtischen rheumatischen oder neurasthenischen aufzufassen. Ebenso verhängnissvoll können etwaige locale Kaltwasserprocedures werden, wie sie von den Patienten auf eigene Faust unter dem Einfluss populärer Schriften oder moderner Kurpfuscher eingeleitet werden, nachdem sie sich von der rationellen ärztlichen Therapie enttäuscht abgewandt haben; sowohl solche eingreifende, den Blutzuffluss hemmende Maassnahmen, wie auch die Application von scharfen Salben, Einreibungen, Fliegenpflastern, Cauterisationen mit dem Paquelin oder mit Salzsäure sowie als *Ultimum refugium* — das Baunscheidtiren können durch die Verletzung der Haut — wie ich das zwei Mal beobachtet habe, den Beginn der Gangrän direct auslösen. Erfahrungsgemäss heilen bei diesen Kranken alle Hautwunden der unteren Extremitäten äusserst langsam, so dass die Patienten sich vor zufälligen Verletzungen besonders hüten müssen, geschweige denn solche absichtlich hervorbringen. Gute Erfolge erzielte Zoëge von Mantouffell durch eine sachgemässe, vorsichtige und genau dosirte Massage des ganzen Körpers, exclusive der befallenen Extremität; eine solche vermag die Circulation zu bessern und die Herzkraft zu heben. Durch eine ungeeignete Massage der Unterschenkel kann der arterielle Blutzuffluss direct gehemmt und die Entstehung der Gangrän beschleunigt werden. Einen — in klinischem Sinne geheilten Fall verdanke ich einer Bade- und Massagecur in Hapsal. Die Besserung der Circulation sucht Erb durch monatelanges Geben von T-ae Stro-

phanti zu erreichen; letztere habe vor der Digitalis den Vorzug, dass sie die peripheren Gefäße nicht verengere und die Herzaction hebe; nicht alle Kranken vertragen aber einen längeren Gebrauch von Strophantus. Jodnatrium wird viele Monate hindurch mit einigem Erfolg genommen. Besonders gerühmt werden die galvanischen Fussbäder wegen ihrer hautröthenden, gefässerweiternden und etwaige spastische Zustände in den Arterien günstig beeinflussenden Wirkung; im Nothfalle genügen wohl auch einfache laue Fussbäder. Von einem Nutzen der Kohlensäure-Bäder und dem Erfolg einer Hg-cur konnte ich mich bei zwei in Kemmern behandelten Patienten überzeugen. Das Rauchen und der Alcohol sind zu verbieten; nach meinen Erfahrungen verzichteten die Patienten leicht auf den letzteren, vom Rauchen konnten sie alle — bis auf den in Hapsal genesenen Herrn — nicht lassen.

Zum Schluss möchte ich nur darauf hinweisen, dass nicht immer die subjectiven Beschwerden so ausgesprochen sind, wie ich das im Interesse der Klarheit der Darstellung, Ihnen zu schildern versucht habe; am sichersten wird doch immer der objective Befund zur Diagnose verhelfen. Unser ärztliches Handeln wird auch dadurch nicht beeinträchtigt, dass sowohl die Aetiologie als auch besonders die Pathologie des Leidens viele Lücken aufweisen, auf die einzugehen mir die Zeit nicht mehr erlaubt. Die Unsicherheit auf theoretischem Gebiet findet auch ihren Ausdruck in den verschiedenen Namen, die der Krankheit beigelegt werden -- Dysbasia intermittens angiosclerotica — Erb, arteriosclerotischer Rheumatismus — Zöge von Manteuffel, Myasthenia paroxysmalis angiosclerotica — Higier, intermittirendes Hinken — Charcot. Ich habe letztere Bezeichnung gewählt, weil sie am häufigsten angetroffen und durch die Autorität Charcot's — des ersten Beobachters der Krankheit — gedeckt wird.

Ueber die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland *).

Von

Dr. med. A. Kupffer,

Anstaltsarzt des Leprosoriums zu Kuda.

(Vortrag, gehalten auf dem XIV. livl. Aerztetage zu Fellin.)

Meine Herren!

Die neuerdings von der hohen Obrigkeit angeordneten Massnahmen im Kampfe gegen die Lepra sind geeignet uns Mittel in die Hand zu geben, mit denen wir in wirksamer Weise uns gegen die Seuche wenden können. Es ist naturgemäss mit der Aussicht auf einen erfolgreicherem Kampf gegen die Lepra das allgemeine Interesse für diese Frage gewachsen und daher erscheint es vielleicht gerechtfertigt, wenn ich gerade jetzt mit den nachfolgenden Mittheilungen über die Lepra in Estland auch an dieser Stelle hervortreten mir erlaube, um so mehr als die estländische Lepra mit der livländischen in engstem Zusammenhange steht.

Werfen wir zunächst einen Blick auf die Geschichte der Verbreitung der Lepra in Estland.

Es ist wohl kaum mit Sicherheit zu entscheiden, ob die jetzt in Estland herrschende Lepra mit der Seuche, die aus Westeuropa kommend im Mittelalter die Ostseeprovinzen heimsuchte, in Verbindung steht, oder ob sie damals ganz erloschen und jetzt von Neuem hier eingeschleppt worden ist. Die Meinungen der Autoren gehen da sehr auseinander. So halten z. B. Bergmann und Paulson die Krankheit für einen Rest des mittelalterlichen Aussatzes, während Hellat und

*) Die Tabellen und Karten, von denen im Text die Rede ist, sind der Redaction nicht zugegangen.

Koppel einen Zusammenhang nicht annehmen. Hierfür giebt letzterer sehr triftige Gründe an, die darauf hinauslaufen, dass in der Zeit von 1500—1800, d. h. vom Aufhören der letzten Lepranachrichten aus dem Mittelalter bis zum Wiederauftreten der ersten Fälle im 19. Jahrhundert schreckliche das Land entvölkernde Kriege und Pestepidemien geherrscht haben, so dass die Leprösen damaliger Zeit höchst wahrscheinlich in Folge der obwaltenden ungünstigen Umstände sämmtlich dahingerafft sein müssen.

Wie dem auch sein mag! Zu Anfang des 19. Jahrhunderts treffen wir jedenfalls wieder erst auf Nachrichten über die Verbreitung der Lepra in unseren Landen. Ueber die Einschleppung derselben zu dieser Zeit sagt Koppel in seiner diesbezüglichen 1897 erschienenen Arbeit Folgendes:

«Im südöstlichen Russland herrschte nach sicheren Angaben zu Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Lepra ziemlich stark. Zur Zeit des französischen Krieges zog viel Kriegsvolk aus den verschiedenen Theilen des Reiches stammend durch die Ostseeprovinzen und lagerte hier zeitweilig. Es ist wohl recht wahrscheinlich, dass unter den Soldaten auch Lepröse gewesen sein mögen und dass wohl damals die ersten Leprakeime wieder in die Ostseeprovinzen eingeschleppt worden sind. Aus diesem Grunde sehen wir wohl auch die ersten Leprafälle an den Hauptheerstrassen auftreten; ein Herd in Estland ca. 30 Werst von Reval im Kirchspiel St. Johannis an der grossen Petersburger Heerstrasse und ein anderer in Livland im Koddoferschen Kirchspiel an der grossen Strasse, die von Petersburg über Dorpat nach Riga führte.

Starke Militäreinquartirungen hatte das Land ferner noch nach dem polnischen Aufstande 1832 zu tragen, worauf E. v. Bergmann das Auftreten von vielen Syphilisfällen zurückführt, ferner 1846—1847, wo hier Bauernaufstände befürchtet wurden. Damals haben wohl eine grössere Anzahl von Infectionen mit Lepra stattgefunden».

Was nun speciell Estland anlangt, so möchte ich den obigen Ausführungen Koppel's noch hinzufügen, dass auch zur Zeit des Krimkrieges viel Militär im Lande vertheilt war und um Reval herum namentlich Cavallerieregimenter, also auch Kosaken standen, so dass wir uns nicht wundern dürfen, wenn wir gerade in Kirchspielen wie Kegel, Johannis und Kusal, welche die Truppen der Kriege des 19. Jahrhunderts mehrfach beherbergt haben, Lepraherde finden, von denen der Kusalsche nebenbei gesagt der grösste in Estland ist.

Unsere Kenntnisse über die ersten Leprafälle zu Anfang des 19. Jahrhunderts stammen aus den Schriften des Dorpater Professor Struve und seines Schülers Brehm. Zwar hat C. E. v. Baer in seiner Doctorschrift schon 1814 von dem Vorkommen der Lepra in Estland gesprochen, hat aber keinen Fall mit Namentennung angeführt, während Struve bereits 1825 von einem Leprösen berichtet, der in Rasik gleich anderen dortigen Einwohnern von Kosaken angesteckt nach Weissenstein ausgewandert war, wo er die Krankheit verbreitete. Wir sehen somit, dass für Estland in der Struve'schen Schrift eine Urkunde vorhanden ist, in der ganz direct von der Infection unseres Landvolkes durch Kosaken berichtet wird. Und diese Angaben Struve's werden noch durch Brehm gestützt, der 3 Jahre später in seiner Doctorschrift unter anderem 3 Fälle von Lepra aus dem Kirchspiel Johannis in Harrien beschreibt. Es sind das 1) der Bauer Juerry 14 a. n. aus Kampen (Familiennamen gab es damals bekanntlich bei den Bauern nicht); 2) Caje 27 a. n. aus Rasik, Dorf Woase oder Wasa, welches Dorf 1 Werst vom Wohnorte des ersteren entfernt lag; und 3) Anna 21 a. n. aus Neudorff (Unsküllä jetzt genannt) ebenfalls in der Gemeinde Rasik. Diese Gegend ist somit der älteste Lepraherd in Estland.

Ueber die Zeit von 1828—1860 fehlen uns nähere Nachrichten. Wir wissen nur, dass Struve und Boldschwing die Ansicht vertraten, dass die Lepra hier nicht ganz selten sei. Erst 1860 erfahren wir aus der Dissertation von Røgenhagen von einem aus dem

Wesenbergschen Kreise nach Livland eingewanderten Leprösen und 1867 thut Wachsmuth einer leprösen Frau, S. Wellbaum mit Namen, Erwähnung, die aus dem Wesenbergschen Kreise stammte. Die der Zeit nach nächsten Nachrichten erhalten wir dann von Wellberg im Jahre 1884. Unter den 104 von diesem Autor aus den Krankenjournalen der Dorpater Klinik aus den Jahren 1870—1884 zusammengestellten Leprafällen befinden sich 17 aus Estland stammende Kranke, von denen jedoch bloß einige wenige mit Namensnennung angeführt, 2 zu Narwa zu rechnen sind und einer richtiger zu Livland. Nach Wellberg vertheilen sich die Leprösen Estlands in der Weise über das Land, dass auf Harrien 8 Fälle, die Wiek 1 Fall, Jerwen 3 Fälle und Wierland (ohne Narwa) 3 Fälle kommen.

Zwei Jahre nach dem Erscheinen der eben besprochenen Arbeit machte Hellat seine Reise durch Estland, besuchte jedoch bloß die Kirchspiele Werpel, Hannehl, Karusen, Leal, Martens, Ampel und Turgel. Er veröffentlichte 1887 im Ganzen 26 Fälle von Lepra aus Estland, welche den Angaben der estländischen Medicinalverwaltung und den Notizen der chirurgischen Klinik entstammen, zum Theil aber auch von Hellat selbst gesammelt sind. Uebrigens sind einige von den Hellat'schen Fällen schon bei Wellberg verzeichnet, eine Person ist doppelt und andere sind unter unrichtigem Namen notirt. Was die Vertheilung der Kranken auf die Kreise Estlands anlangt, so entfallen auf Harrien 17, Jerwen 2, Wierland mit Narwa 2 und auf die Wiek 5.

Für die nun folgenden Jahre bis 1895 kann ich nur angeben, dass die Summe der officiell bekannten Kranken zwischen 9 und 23 schwankten. Bei der Vertheilung der Leprösen Estlands laut Meldekarten beim Medicinaldepartement für die Jahre 1895—1897 ergab sich, dass in Harrien 17 Fälle, in Wierland 5, in Jerwen 7 und in der Wiek 16 beobachtet worden waren. Um dieselbe Zeit etwa hatte die estländische Ritterschaft Daten über 62 Kranke gesammelt. Dr. v. Rennekampff stellte damals ebenfalls eine Liste von

63 Leprösen zusammen. In den Verzeichnissen des Leprosoriums finde ich für das Jahr 1897 im Ganzen 76 Fälle notirt, während für 1898 in denselben 78, für 1899 — 90, für 1900 — 115 und für 1901 — 142 Fälle zusammengestellt sind.

Hier muss ich eine Bemerkung einschalten: die Verschiedenheit der Zahlen bei den einzelnen Angaben erklärt sich dadurch, dass von den verschiedenen Sammlern dieselben Personen in Folge stattgehabten Wohnungswechsels verschieden rubricirt sind. Ausserdem haben dem Einen mehr Daten aus früherer Zeit zur Verfügung gestanden als dem Anderen. Das Anwachsen der Zahl der Leprösen auf den Listen ist also nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Anwachsen der Zahl der Leprösen auf dem Lande. Ausserdem sind in die Verzeichnisse des Leprosoriums immer alle Verstorbenen mit aufgenommen worden.

Nach vielen Correcturen der vorhandenen Listen und Ergänzungen derselben aus den mir freundlichst zur Verfügung gestellten Registern der Medicinalverwaltung sowie unter Aufnahme von alten, in der Literatur zerstreut vorhandenen, als auch neuen von Anderen und mir gefundenen Fälle von Lepra, habe ich nun die Gesamtliste der Leprösen Estlands zusammengestellt, welche 193 Namen enthält, von denen jedoch bloss 103 Lebenden angehören. Ausserdem sind noch 14 nicht mehr zu findende Fälle von Lepra im Nachtrag 1. notirt, die wahrscheinlich entweder nicht mehr leben oder nicht zu Estland gehören oder aber irrthümlich als leprös angegeben sind. Zu anderen Gouvernements gehörige Personen sind in Estland 10 beobachtet und von mir im Nachtrag 2. zusammengestellt worden. Alles Nähere ersehen Sie aus den diesbezüglichen Verzeichnissen, sowie aus den Tabellen 1—4. Zusammenfassend möchte ich nur bemerken, dass in ganz Estland mit Sicherheit die Erkrankung von 89 Männern und 104 Weibern nachzuweisen sind.

Von diesen starben . . .	46	Männer	und	44	Weiber,
leben in Anstalten . . .	31	"	"	34	"
während zu Hause . . .	12	"	"	26	"

verblieben sind.

Zu dem Gesamtregister muss ich noch erläuternd hinzufügen, dass ich nur solche Lepröse in dasselbe aufgenommen habe, deren Namen ich angeben konnte. Nicht notirt sind daher die Struve'schen Fälle, der Fall von Rogenhagen und 10 von den Wellberg'schen Fällen. Sonst habe ich bis auf das Jahr 1828 zurückgegriffen und mit den Brehm'schen Fällen begonnen. Um alle irgend einmal erwähnten Fälle von Lepra zusammenzurechnen, müsste man also mindestens 13 Fälle zu meiner Gesamtliste von 193 Kranken hinzufügen und auch noch meinen Nachtrag 1. berücksichtigen, wobei dann jedoch möglicherweise manche Kranke doppelt gezählt würden.

Gestatten Sie mir nun mein Material nach verschiedenen Richtungen zu beleuchten.

Ein Blick auf die Karten 4 und 5 zeigt Ihnen, dass die Lepra in Estland ganz wie anderwärts nicht gleichmässig über das ganze Land vertheilt ist, sondern Herde bildet, von denen der eine Theil an den alten Heerstrassen gelegen ist und der andere an die Kreise Nordlivlands angrenzt, in denen die Lepra dort ganz besonders verbreitet ist. Sodann möchte ich darauf aufmerksam machen, dass zur Zeit die Hauptherde der Lepra in Estland sich in denselben Bezirken des Landes befinden, in denen schon H e l l a t sie angegeben hat und die zum grösseren Theile durch die Struve'schen Mittheilungen sich erwarten liessen. Was nun den von Struve nicht erwähnten Herd in der Wiek anlangt, so ist derselbe wohl unschwer durch eine Verschleppung der Lepra einerseits durch die gerade aus diesem Theil von Estland zum Fischfang alljährlich nach Oesel auswandernden Leute, andererseits durch Einwanderung vieler Pernauer und Feller Bauern in die benachbarten estländischen Kirchspiele zu erklären. Zudem inficiren sich die Leute aus der Wiek öfters dadurch, dass sie im Pernauschen Kreise in Lepragegenden dienen.

Dann muss ich hervorheben, dass eine Anzahl estländischer Lepröser die Krankheit offenbar ausserhalb des Landes sich zugezogen hat. Andere Lepröse sind von anderswo, namentlich Livland eingewanderte, jetzt zu

Estland angeschriebene Personen, die die Krankheit aus ihrer alten Heimath mitgebracht haben. Wiederum andere sind aus Livland eingewanderte Personen, deren Verwandte nach den Erasmus'schen Listen in Livland als leprös bekannt sind. Obleich mir über viele Fälle keine genauen Angaben zur Verfügung stehen, so kann ich doch mit Leichtigkeit für diese eben genannten 3 Infectionsarten im Ganzen 23 Fälle zusammenstellen. Hierzu kämen noch mehrere Fälle, welche sich als Soldaten inficirt haben wollen. Auch sonst finden sich unter den Leprösen eine ganze Menge (ich zählte sicher 15), die im Militärdienst gestanden haben, von denen z. B. einer im Kaukasus diente. Soldatenfrauen sind mindestens 7 mir bekannt. In den Armenhäusern sind im Ganzen 13 Lepröse gefunden worden, von denen einige entschieden im Armenhause selbst inficirt wurden. Durch die Eltern wurden mindestens 14, durch Geschwister 4, durch die eigenen Kinder 2, durch weitere Verwandte 18, durch einen Ehegatten 3 Personen angesteckt. In der Kindheit erkrankten ca. 33 Personen. Im Ganzen lässt sich in 114 Fällen die Infectionsart zum Mindesten mit grosser Wahrscheinlichkeit angeben.

Vergegenwärtigen wir uns das über die Einschleppung der Lepra in Estland Gesagte, so kommen wir zu dem Schluss, dass die Verbreitung der Lepra in Estland sich auf folgende Weise vollzogen hat:

1) durch Soldaten während des französischen Krieges zu Anfang des 19. Jahrhunderts und während der 30er, 40er und 50er Jahre;

2) durch Personen, die als Soldaten in Lepragegenden im Inneren des Reiches sich inficirt hatten und dann in die Heimath zurückkehrten;

3) durch andere Lepröse aus anderen Gouvernements, namentlich Nordlivland;

4) durch zurückgekehrte zeitweilig in livländischen Lepraerden wohnhaft gewesene Estländer;

5) durch fortgesetzten Verkehr mit Lepraerden in Oesel zur Zeit des Fischfanges.

Ueber Erkrankung mehrerer Hausgenossen an Lepra könnte ich ebenfalls in einer ganzen Reihe von Fällen berichten.

So fand ich in einem Bauernhause 4 Personen verschieden schwer erkrankt. Die Ansteckungsquelle für die übrigen war der tuberös lepröse Wirth selbst gewesen. Sein einziges Kind, ein Knabe von 10 Jahren, beand sich damals im Stadium maculo-tuberosum, der Schwiegervater wies bloß maculae am Rücken auf, während die Schwiegermutter nur einen kleinen Fleck hatte.

In einem anderen Fall soll zuerst ein Bruder aus der Familie Eissmann, Joan mit Namen, der im Militärdienst gestanden hat, erkrankt sein, dann sein Bruder Ans. Darauf erkrankte — und dieses ist feststehend — die Schwester Mai, verheirathete Peekmann, die 3 ihrer Kinder, Ludwig, Sophie und Anna ansteckte. Es erkrankte aber auch die Nichte von Ans, Leena Eissmann und deren Mutter Ann. Ein Mikk Peekmann, der aus derselben Gegend stammt, war ebenfalls leprös.

In einem dritten Falle wurde ein Mann mit Lepra angesteckt, der die Wittwe eines Leprösen geheirathet hatte, bei der ein lepröses Kind erster Ehe lebte.

Was die Altersstufe anbetrifft, in der die 103 lebenden Leprösen sich befinden, so haben 3 das 10. Jahr noch nicht erreicht. Zwischen 10 und 15 Jahren befinden sich 4, zwischen 16 und 20 — 7, zwischen 21 und 30 — 11, zwischen 31 und 40 — 19, zwischen 41 und 50 — 15, zwischen 51 und 60 — 18, zwischen 61 und 70 — 11, zwischen 71 und 80 — 10, zwischen 81 und 85 — 2 und ohne Angabe des Alters 3.

In Bezug auf das Stadium der Krankheit bei den einzelnen Fällen möchte ich darauf hinweisen, dass, wie Tabelle 6 zeigt, von 171 mit Angaben versehenen Leprösen meines Gesamtregisters 106 sich im tuberösen und 65 im mac.-anästhetischen Stadium befanden. Von den 103 Lebenden sind 51 tuberös und 52 maculo-anästhetisch. Von den 68 Gestorbenen dagegen sind 55 tuberös und bloß 13 anästhetisch gewesen. Die Leprösen, welche nachweislich als Infectionsquelle für andere gedient haben, gehörten sämmtlich dem tuberösen Stadium an, und zwar konnte ich 21 solcher Fälle feststellen.

Sehen wir uns endlich darnach um, ob in Estland die Lepraepidemie im Steigen oder im Sinken sich befindet, so lässt sich letzteres vermuthen, da mehr alte als frische Fälle verzeichnet sind, wenn man zu letzteren alle rechnet; welche eine kürzere Krankheitsdauer als 6 Jahre aufweisen.

Wie aus Tabelle 7 hervorgeht, kommen in Estland auf 56 alte 47 frische Fälle. In den einzelnen Kreisen ist das Verhältniss ein ähnliches, nur in Jerwen sind mehr frische als alte Fälle. Unter den frischen Fällen finden sich 20 tuberöse und 27 anästhetische, während unter den alten 31 tuberösen 25 anästhetische gegenüberstehen.

Alle diese Zahlen beweisen wohl zur Genüge, dass nach dem jetzigen Stand der Kenntnisse Estland in Bezug auf die Leprafrage in nicht ungünstiger Lage ist, namentlich da überhaupt sehr wenig schwere Erkrankungen seit den letzten 5 Jahren zur Beobachtung gekommen sind. Trotzdem muss man wohl zugeben, dass mehr Lepröse vorhanden sein werden, als wir eben kennen. Daher gilt es um so energischer den Kampf gegen die Lepra fortsetzen.

Und das führt uns zum zweiten Theil unseres Themas. Sie gestatten mir daher noch einige Worte über das, was bisher in Estland zur Einschränkung der Lepra gesehen ist.

Als der Lepraverein in Livland seine Thätigkeit eröffnete, bewilligte die Estländische Ritterschaft demselben eine Jahressubvention, wofür eine Anzahl von estländischen Leprösen in Nennal Unterkunft fanden. Gleichzeitig wies man in einzelnen Bauer-Gemeinden, wo mehrere Lepröse vorhanden waren, letzteren abgelegene Wohnstätten an und sorgte für ihren Unterhalt.

Aber schon 1897 eröffnete die Ritterschaft im früheren Lehrerseminar zu Kuda ein eigenes Leprosorium auf Landeskosten. Die Zahl der Kranken schwankte in den Jahren 1897—1901 zwischen 20 und 40. Der Zuzug an Patienten war ein spärlicher trotz der Bemühungen meiner Vorgänger die im Lande zerstreut lebenden Leprösen durch die Ortsbehörden zum Eintritt in die An-

stalt zu bewegen. Dennoch hat Kuda im Ganzen bis jetzt 120 Kranke verpflegt.

Im Sommer 1901 wurde beschlossen die Verbreitung der Lepra in Estland zu erforschen und gleichzeitig die Ueberführung möglichst vieler Lepröser in die Anstalt zu bewerkstelligen. Ich machte daher im Auftrage des Curatoriums von Kuda im vorigen und in diesem Jahre durch ganz Estland Reisen, deren Resultat folgendes war: Direct durch mich veranlasst traten 25 Lepröse in Kuda ein. Ausserdem kamen durch Vermittelung der Verwaltungsbehörden noch 9 Kranke in die Anstalt. Zugleich hatte ich Gelegenheit 25 neue Fälle zu entdecken und viele als verdächtig bezeichnete zu besichtigen. Erreicht wurde durch diese Massregel, dass $\frac{5}{8}$ der bekannten Leprösen in Kuda internirt werden konnten, von denen $\frac{2}{3}$ tuberöse Fälle sind. Ausserhalb der Anstalt leben blos 10 tuberöse Kranke, welche wir demnächst ebenfalls zu interniren hoffen.

Literatur.

C. E. v. Baer: Diss. inaug. med. de morbis inter Esthonos endemic. Dorpat 1814.

Struve: Ueber den Aussatz. 1825.

Brehm: Nonnulla de elephantiasi nodosa universalis in Livonorum et Esthonorum obvia. Dorpati Liv. 1828.

Rogenhagen: Die Elephantiasis Graecorum in den Ostseeprovinzen Russlands. Dorpat 1860.

Wachsmuth. Der Aussatz in Livland. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. III, pag. 1. 1867.

Wellberg: Klinische Beiträge zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Dorpat 1884.

Hellat: Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verbreitung und Aetiologie. Dorpat 1887.

Koppel: Ueber die Ursachen des schnellen Umsichgreifens der Lepra in Livland in den letzten 20 Jahren. St. Pet. Med. Wochenschrift, 1897 Nr. 37.

Ueber die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke.

Von

Dr. med. Armin Treu.

Vortrag, gehalten auf dem XIV. Aertzutage der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Fellin am 2. (15.) September 1902.

Meine Herren!

Die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke und Tuberkulöse überhaupt ist eine der wichtigsten Aufgaben, der sich die Wohlthätigkeit der menschlichen Gesellschaft zuwenden kann; sie ist die erste Aufgabe, vor welche sich die neubegründete «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen» gestellt sieht.

Es ist aber eine unendlich grosse, schwer zu erfüllende Aufgabe. Ja wir können sagen: wenn die Fürsorge für unbemittelte Tuberkulöse in allen ihren Theilen in vollkommener Weise organisirt ist, so ist die ganze Tuberkulosefrage, so ist die ganze sociale Frage — so gut wie gelöst. Dass dieses hohe Ziel nicht in absehbarer Zeit erreicht werden kann, liegt auf der Hand. Es gehört dazu jahrhundertelange zielbewusste Arbeit aller zur Mitwirkung geeigneter Kräfte.

Meine Herren! Wir stehen im Begriff, diese Arbeit zu beginnen. Da ist es denn für uns von eminenter Bedeutung, dass wir das zu erstrebende Ziel fest im Auge halten und klar erkennen, welcher Weg uns am sichersten zu diesem Ziele führen muss. Wenn wir erst so weit sind, dann können wir getrost und unverzagt den als richtig erkannten Weg betreten, in der festen Ueberzeugung, dass uns auch der kleinste Schritt auf dem richtigen Wege langsam aber sicher dem Ziele näher bringt.

Armuth und Tuberkulose sind die am meisten verbreiteten Uebel, unter deren Walten das Menschengeschlecht seufzt. Sie sind nahe mit einander verwandt. Es sind zwei hässliche und, wie es scheint, zu ewigem Leben verfluchte Schwestern, die sich immer wieder gegenseitig stützen, nähren und erhalten. Wo die eine dieser Schwestern wohnt, da quartirt sich auch die andere mit Vorliebe ein. Dann giebt es ein namenloses Elend, ein verzweifelttes Ringen auf Leben und Tod, bis der Mensch endlich nach unsäglichen Qualen erliegt.

In allen solchen Fällen, in denen Armuth und Tuberkulose mit vereinten Kräften in einem Hause wüthen, — und solcher Fälle giebt es überall in Massen, — gilt es, Abhilfe zu schaffen. Es gilt, zunächst die Tuberkulose aus dem Hause zu schaffen, indem man die erkrankten Personen aus den ärmlichen Verhältnissen zu Hause in geeignetere, hygienisch-diätetisch günstigere Verhältnisse versetzt, und gleichzeitig gilt es, die zurückbleibenden Glieder der Familie möglichst vor Noth und Entbehrung zu schützen. — Wir sehen uns also gleich von vornherein vor die schwierige Frage gestellt: wohin mit den armen an Tuberkulose erkrankten Personen?

In Deutschland hat man im letzten Jahrzehnt in grosser Zahl Volksheilstätten auf dem Lande errichtet, während in England, Frankreich und Amerika mehr Gewicht auf städtische Hospitäler für arme Schwindsüchtige gelegt worden ist. Es fragt sich nun: bedürfen wir dringender eines oder mehrerer Volkssanatorien, oder eines oder mehrerer städtischer Special-Hospitäler für Tuberkulose? — Meine Antwort auf diese Frage lautet: beide Typen von Krankenhäusern sind nothwendig; beide müssen geschaffen werden; beide müssen Hand in Hand arbeiten, und dazu dienen, die armen Schwindsüchtigen aufzunehmen und rationell zu behandeln.

In Deutschland, wo die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke, Dank der werkhätigen und einsichtsvollen Mitwirkung der Reichs-Versicherungsanstalten, am besten organisirt und am weitesten gediehen ist, hat es sich

durch die in den Heilstätten gemachten Erfahrungen als nothwendig erwiesen, auch in den Städten Special-Hospitäler für Tuberkulöse und mit diesen verbundene «Untersuchungs-Stationen» zu besitzen. — «Wir brauchen», sagt Dr. E. Rumpf¹⁾, «ein grosses Sieb, durch welches nur die wirklich geeigneten Kranken in die Heilstätte gelangen können, und durch welches ebenso die Nichttuberkulösen am Eintritt in die Heilstätte verhindert werden, wie die zu weit vorgeschrittenen Fälle». — Die letzteren sollen nach Rumpf's Vorschlag dabehalten und in geeigneter Weise stationär behandelt werden.

Ein solches Special-Hospital für Tuberkulöse — wir wollen es der Kürze wegen «Tuberkulose-Klinik» nennen — müsste in jeder grösseren Stadt vorhanden sein. In Universitätsstädten sollte die Tuberkulose-Klinik mit der Universität verbunden sein, damit jeder Student der Medicin die Möglichkeit hat, alle Formen der Tuberkulose eingehend zu studiren, damit jeder angehende Arzt es lernt, speciell die Lungentuberkulose in ihren ersten Anfangsstadien prompt zu erkennen, was bisher leider nicht immer der Fall ist.

In die Tuberkulose-Klinik sollen alle an irgend einer Form von Tuberkulose leidenden, sowie alle Tuberkuloseverdächtigen Kranken dirigirt werden. Hier werden sie zunächst einer eingehenden Untersuchung, eventuell einer länger dauernden Beobachtung unterzogen. Sobald die Diagnose zweifellos feststeht und genügend Anhaltspunkte für die Prognose gewonnen sind, werden die «geeigneten» Fälle in ein entsprechendes Sanatorium übergeführt, die übrigen theils nach Hause entlassen, und hier von der Klinik aus oder von Privatärzten ambulatorisch oder poliklinisch behandelt und weiter beobachtet, theils — wo letzteres wegen gar zu ungünstiger häuslicher Verhältnisse nicht angeht — in der Klinik stationär behandelt.

¹⁾ Dr. med. E. Rumpf; Director der Badischen Heilstätte «Friedrichsheim»: «Die Auslese der Lungenkranken für die Heilstätte». Sonderabdruck aus den Verhandlungen der Jahresversammlung des «Deutschen Central-Comités für Lungenheilstätten». Berlin, d. 23. März, 1901.

Die Tuberkulose-Klinik müsste auch für die Behandlung chirurgischer Fälle von Tuberkulose sowie für die locale Behandlung der die Tuberkulose so häufig complicirenden Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopferkrankungen eingerichtet sein.

In unseren 3 baltischen Provinzen würden wir etwa 6 Tuberkulose-Kliniken (je eine in Riga, Dorpat, Mitau, Libau, Reval und Narwa) nöthig haben und ausserdem 2 Volkssanatorien (das eine für Estland und den estnischen Theil Livlands in der Umgegend Dorpats, und das andere für Kurland und den lettischen Theil Livlands in der Umgegend Rigas) — jedes etwa für 100 Kranke.

Wo sollen nun die Mittel zum Bau und zum Unterhalt aller dieser doch für unbemittelte Kranke bestimmten Anstalten herkommen? — Ich will versuchen, diese Cardinal-Frage möglichst kurz und bündig zu beantworten.

Die Mittel zum Bau und Unterhalt der Tuberkulose-Kliniken müssen in analoger Weise beschafft werden, wie die zum Bau und Unterhalt aller anderen städtischen Krankenhäuser und Hospitäler, d. h. der Staat, das Land und die nächst interessirten Communen müssen sie aufbringen.

So lange wir aber keine Special-Hospitäler für Tuberkulose, so lange wir keine aparten «Tuberkulose-Kliniken» haben, könnten wir uns vielleicht zunächst damit behelfen, dass wir nach dem Vorschlag und Vorgang von Dr. Unterberger in Zarskoje Sselo bei den bereits bestehenden allgemeinen Krankenhäusern besondere Abtheilungen für Tuberkulose, besondere «Haussanatorien» einrichten.

Solche Haussanatorien werden aber niemals im Stande sein, richtige «Volkssanatorien» entbehrlich zu machen. Eine ganze Reihe wesentlicher Heilfactoren, welche ein gut gelegenes und gut geführtes Sanatorium bietet, wären in einem grossstädtischen Hospital — einfach nicht zu haben. Wohl aber könnten solche «Haussanatorien» die oben erwähnten Functionen der zukünftigen Tuberkulose-Kliniken erfüllen, so lange die letzteren noch nicht vorhanden sind.

Unaufschiebbar aber ist die Schaffung mindestens eines Sanatoriums für unbemittelte Kranke.

In Bezug auf die Beschaffung der zum Bau und Unterhalt von Volkssanatorien nöthigen Geldmittel will ich einige neue von den landläufigen Anschauungen abweichende Gesichtspuncte aufstellen und denselben in Folgendem Geltung zu verschaffen suchen: Vor allen Dingen muss zum Grundsatz erhoben werden, dass durch wohlthätige Sammlungen und Veranstaltungen aufgebrachte Geldsummen nicht zum Bau und zur Einrichtung von Sanatorien verwandt werden sollen. Jeder zu wohlthätigem Zweck gespendete Rubel muss direct einem armen Kranken zu Gute kommen. — Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen muss es als ihre Hauptaufgabe betrachten, unbemittelte Tuberkulose direct zu unterstützen, die Fürsorge für unbemittelte Tuberkulose in zweckmässiger Weise zu organisiren. — Zu einer zweckmässigen Organisation der Fürsorge für unbemittelte Tuberkulose werden wir am ehesten gelangen, wenn die Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose an möglichst vielen Orten — in jeder Stadt, in jedem Hackelwerk, womöglich in jedem Kirchspiel — die Bildung von Local-Comités anregt. Diese Local-Comités müssen selbstständig im Sinne der Gesellschaft thätig sein können, sie müssten Gelder sammeln und diese selbstständig zur Unterstützung der ihnen am nächsten stehenden armen Kranken verwenden dürfen; nur ein Mal jährlich etwa hätten die verschiedenen Local-Comités schriftlich oder durch einen Delegirten der Generalversammlung der Gesellschaft über ihre Thätigkeit Bericht zu erstatten.

Wenn nun begründete Aussicht vorhanden ist, auf diese oder andere Weise die zur gleichzeitigen Verpflegung von 100 unbemittelten Lungenkranken in einem Sanatorium nöthige Summe Geldes alljährlich aufzubringen, dann ist es an der Zeit, ein Sanatorium für 100 unbemittelte Lungenkranke zu gründen. Die dazu erforderlichen Mittel werden sich dann von selbst finden, denn dann erscheint die Rentabilität eines

derartigen Unternehmens als gesichert. Die für die Verpflegung des einzelnen Kranken zu erhebende Zahlung muss nun in der Weise normirt werden, dass bei mittlerer Besetzung der Anstalt sämtliche Kosten der Verpflegung und Behandlung der Kranken — inclusive Verzinsung des Anlage-Capitals — gedeckt werden.

Es wäre demnach Sache der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose, entweder von sich aus eine — sagen wir — 5proc. Anleihe zu emittiren, oder aber die Bildung einer besonderen «Actien-Gesellschaft zur Gründung einheimischer Sanatorien» anzuregen. Die Dividende der Sanatorien-Actien müsste etwa auf 5 pCt. normirt, in diesem Betrage aber wemöglich vom Staate garantirt werden. Ein etwa erarbeiteter Ueberschuss wäre der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose zum Zweck der Unterstützung unbemittelter Lungenkranker beim Eintritt in das Sanatorium zu überweisen.

Auf diese Weise wäre ein segensreicher «Circulus beneficiorum» hergestellt, der ein gesundes, stetig fortschreitendes Wachsthum des Unternehmens gewährleisten würde.

Meine Herren! Bisher habe ich Ihnen lauter zum Theil recht fern liegende Zukunftsbilder vorführen können. — Nunmehr will ich Ihnen berichten, was in der Vergangenheit in Bezug auf Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke bereits geleistet worden ist.

Auf wohlthätiger Grundlage sind schon bis jetzt eine Anzahl Kranker bei mir in Lindheim behandelt worden. Ich will in Folgendem die einzelnen Fälle kurz anführen:

- 1) Herr v. Roth-Tilsit schickte seinen Diener in die Anstalt und bezahlte für 30 Verpflegungstage 40 Rbl. —
- 2) Dr. Frey nebst Gemahlin in Werro veranstalteten ein Concert, von dessen Ertrage 40 Rbl. zum Besten einer armen Frau für 45 Verpflegungstage verwandt wurden. —
- 3) Baron Taube-Cabbat schickte seine Buchhalterin und zahlte für 100 Verpflegungstage 163 Rbl. —
- 4) Baron Wrangel-Ruil zahlte für einen bei ihm die-

nenden Maschinisten für 28 Tage 55 Rbl. — 5) Das «v. Fromhold'sche Familienlegat» zahlte für die Behandlung eines Familiengliedes für 50 Tage 75 Rbl. — 6) Die Corporation «Baltica» in Riga zahlte für die 90 Tage lange Behandlung eines Angestellten 180 Rbl. — 7) Durch wohlthätige Sammlungen in Riga und Pebalg wurden 240 Rbl. zusammengebracht, wofür eine mittellose junge Dame 244 Tage lang im Sanatorium behandelt wurde. — Dieselbe Patientin wurde später noch einmal 390 Tage lang im Sanatorium verpflegt, wofür von Frau v. N. 650 Rbl. gezahlt wurden. — 8) Die Angestellten der Actien-Gesellschaft «Tivoli» in Dorpat sammelten unter sich 90 Rbl. und bezahlten damit die Verpflegungskosten für einen erkrankten Collegen für 45 Tage. — 9) Frl. B. bezahlte für ein armes junges Mädchen für 175 Tage 250 Rbl. — 10) Baron Hahn-Asuppen zahlte für den Sohn eines bei ihm Angestellten für 178 Tage 255 Rbl. — 11) Frl. B. ermöglichte einer armen Kranken einen um 14 Tage verlängerten Aufenthalt im Sanatorium durch Zahlung von 25 Rbl. — 12) Die Forstverwaltung von Rodenpois bezahlte für die Verpflegung eines Buschwächters für 75 Tage 70 Rbl. — 13) Die Corporation «Concordia Rigensis» in Riga zahlte für die 60 Tage lange Behandlung eines ihrer Glieder 120 Rbl. — 14) Frl. B. zahlte für die Verpflegung einer jungen Dame für 150 Tage 250 Rbl. — 15) Für die 120 Tage dauernde Behandlung von Frl. K. L. trug die eine Hälfte der Kosten — 100 Rbl. die Dorpater (Jurjewer) Steuerverwaltung, während die andere Hälfte — 100 Rbl. — von Frau v. N. gezahlt wurde. — 16) Für einen unbemittelten Herrn wurden von wohlhabenden Verwandten für 162 Tage 300 Rbl. bezahlt. — 17) Die Firma «August Lyra» in Riga hat für die 160 Tage lange Behandlung eines Angestellten 265 Rbl. bezahlt. — 18) Die Ligatsche Papierfabrik bezahlte für die 92 Tage währende Verpflegung eines Angestellten 185 Rbl. — 19) Frl. B. zahlte die eine Hälfte der Kosten — 150 Rbl. — für die Verpflegung eines jungen Mädchens aus Dorpat für 180 Tage. — 20) Die Verwaltung der Rigaer Kathedrale bezahlte die

Curkosten für einen ihrer Psalmensänger für 120 Tage mit 150 Rbl. — 21) Die Dorpater jüdische Gemeinde zahlte für die 27 Tage lange Behandlung eines jüdischen Studenten 55 Rbl. — 22) Endlich befindet sich seit dem 24. Juli a. c. ein ganz mittelloses junges Mädchen ans Estland im Sanatorium und soll hier auf Kosten der Frau v. N. voraussichtlich den ganzen Winter behandelt werden (bisher 36 Tage = 60 Rbl.) ²⁾

Im Ganzen sind somit bisher 22 verschiedene Kranke 2571 Tage lang auf wohlthätiger Grundlage in Lindheim behandelt worden und es sind dafür in Summa 3863 Rbl. bezahlt worden.

Ausserdem verdient als nachahmenswerthes Beispiel angeführt zu werden, dass einige Firmen einzelnen ihrer an Lungentuberkulose erkrankten Angestellten einen längeren Urlaub mit voller Gage gewährt haben, so dass die Kranken die Möglichkeit hatten, sich ohne Sorgen einer länger dauernden Cur zu unterziehen. In dieser Beziehung haben sich besondere Verdienste erworben die Firma «Richard Mayer u. Co.» in Reval, «Gerhardt u. Hey» in St. Petersburg und Reval, die Versicherungsgesellschaft «Rossija» in St. Petersburg, die «Russisch-Baltische Waggonfabrik» und «August Lyra» in Riga.

Sie sehen, meine Herren, es ist noch nicht sehr viel, was bisher bei uns auf dem Gebiet der Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke geleistet worden ist.

Ein Anfang ist aber immerhin schon gemacht. Und wenn wir berücksichtigen, dass Alles was bisher geschehen ist vollkommen spontan, ohne jede Anregung und Organisation von Aussen her gethan wurde, so können wir wohl hoffen, dass bei verallgemeinerter Anregung und bei richtiger Organisation der Fürsorge für unbemittelte Tuberkulöse — bald die Existenzbedingungen für wenigstens ein Sanatorium für unbemittelte Lungenkranke bei uns werden geschaffen sein.

²⁾ Soeben sind mir auch wieder 150 Rbl. zu der nun 3 Monate zu verlängernden Cur eines jungen Mannes aus Kurland zur Verfügung gestellt worden.

Wir müssen nur jedem Einzelnen, dem wir einen Beitrag zum Besten der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen zumuthen, die Versicherung geben können, dass das Geld nicht etwa in ein mehr oder weniger zweifelhaftes Unternehmen hineingesteckt werden wird, sondern dass jeder Groschen direct zur Linderung der Noth und zur rationalen Behandlung eines armen Kranken verwandt werden wird.

Dann kann Jeder, der sein Scherflein zum Besten der Tuberkulose-Gesellschaft beiträgt, das Bewusstsein haben, dass er damit ein Gott wohlgefälliges Werk der Nächstenliebe thut, dann kann er das erhebende Bewusstsein haben, dass er, wenn auch nur in bescheidenem Masse, beiträgt zur allmählichen Sanirung des Menschengeschlechts.

Extractionen bei Beckenendlagen und Perforation des nachfolgenden Kopfes.

Von

Dr. Ernst Hoerschelmann,
Rappin.

Vortrag, gehalten auf dem XIV. Livländischen Aerztetage
in Fellin am 3. September 1902.

Meine Herren!

Während die Zangenoperation auch in der Landpraxis — vorausgesetzt, dass der Arzt nicht gar zu spät gerufen und die Kreissende vorher nicht gar zu viel unbefugter Weise untersucht und malträtirt worden ist — recht gute Resultate für Mütter und Kinder ergiebt, ist dieses bei primären oder durch Wendung geschaffenen Unterendlagen nach meinen Erfahrungen in viel geringerem Masse der Fall. Ich verfüge bis jetzt über eine Statistik von 31 Zangenoperationen mit keinem einzigen Todesfall bei den Müttern und keinem bei den Kindern, welcher der Operation zur Last gelegt werden kann.

Im allgemeinen in schwierigeren Situationen, ja zum Theil in verzweifelt schwierigen Situationen habe ich mich befunden, wenn ich genöthigt war bei Beckenendlagen operativ einzugreifen.

Meine Erfahrungen beruhen bisher auf 7 Extractionen nach der Wendung, 4 Extractionen bei Steiss- und Fusslagen und einer Perforation des nachfolgenden Kopfes. Von den Müttern habe ich 2 verloren und zwar eine Placenta praevia an atonischer Nachblutung nach beendeter Entbindung und eine Frau an plötzlichem Collaps, wahrscheinlich nach Embolie. Von den Kindern waren vor meinem Eintreffen bereits abgestorben 4, es starben

während der Geburt ab resp. wurden im Interesse der Mutter geopfert 3, lebend extrahirt wurden 5. Einen abgestorbenen zweiten Zwilling wendete und extrahirte ich ohne Narcose. Die übrigen Operationen wurden alle in Chloroformnarcose ausgeführt, wobei dieselbe 2 Mal in den Händen eines Collegen, meist in den Händen einer geschulten Krankenwärterin lag. 2 Mal war ich ohne jede geschulte Hilfe. Einen Dammriss, und zwar einen, der mit 2 Nähten versorgt wurde, hatte nur eine ältere Erstgebärende. Der Wochenbettsverlauf der 9 überlebenden Mütter war 7 Mal normal, 2 Mal durch vorübergehende Temperatursteigerungen complicirt.

Die manuelle Extraction des kindlichen Rumpfes am Fuss ist im Allgemeinen so einfach, die dabei üblichen Handgriffe scheinen mir so vortrefflich erdacht, dass ich dazu nicht viel zu bemerken habe. Entschieden vortheilhaft ist es, das schlüpfrige Kind mit einem reinen Handtuch zu extrahiren. Erhebliche Schwierigkeiten können bekanntlich bei der Armlösung zu überwinden sein. In solchen Fällen hat es sich mir bewährt, mit der Armlösung zeitig zu beginnen und unter Umständen die ganze Hand einzuführen. In der Regel habe ich den zweiten Arm vor der Lösung durch Drehung des kindlichen Rumpfes nach hinten gebracht; ein Mal habe ich ihn von der Bauchseite des Kindes gelöst. Eine Fractur ist mir bei der Armlösung nicht passirt. Bei der Entwicklung des Kopfes bevorzuge ich den Wigan d - Martin - Winckel'schen Handgriff, wenn der Kopf noch nicht tief im Becken steht; ist letzteres aber der Fall, so übe ich den Veit - Smellie'schen Handgriff, welchen ich eventuell von der Hebamme oder Wärterin durch Druck von aussen unterstützen lasse. Die ungünstige dorsoposteriore Unterendlage ist mir in meiner Praxis bisher nicht begegnet.

Anerkannt schwierig ist die Extraction am Steiss. Es werden dazu empfohlen: manuelle Handgriffe — besonders Eingehen mit dem Finger in die vordere Hüftbeuge, die Schlinge, der stumpfe Haken, endlich noch, wenn auch von der Minderzahl der Geburtshelfer Steisszangen und die Kopfszangen.

Ueber die Anwendung der Schlinge und der Steisszangen habe ich keine Erfahrung. Manuelle Handgriffe haben mich, soweit ich sie versucht habe, im Stich gelassen, wenn ich von einem Fall von doppelter Steisslage und tiefstehendem Steiss absehe, wo es mir ohne besondere Schwierigkeiten gelang, den vorderen Fuss herauszuleiten und an ihm zu extrahiren.

Den stumpfen Haken habe ich nur ein Mal und zwar unter besonders schwierigen Verhältnissen als Conciliarius in der Praxis eines Collegen angewandt. Es handelte sich um eine 26jährige Zweitgebärende, die das erste Mal von einem grossen Knaben durch einen schweren Forceps entbunden worden war. Das Kind lag in zweiter Steisslage. Als die Herztöne anfangen schlecht zu werden und dem die Geburt leitenden Collegen weder das Herabstreifen eines Fusses noch die manuelle Extraction an der Hüftbeuge gelangen, wurde ich hinzugezogen und beschloss ich, da nun die Geburt auch im Interesse der Mutter beendet werden musste, den stumpfen Haken in Anwendung zu bringen. Der Haken wurde von mir genau nach den Vorschriften Professor Küstner's mit der linken Hand, da es sich um eine zweite Steisslage handelte, und mit zur Bauchseite des Kindes gewandter Concavität in die hintere, hier linke Hüftbeuge eingeführt und überzeugte ich mich, dass er gut lag. Aber ein vorsichtig ausgeübter Zug führte nicht zum Ziel, ein stärkerer brachte allerdings den Steiss zum Einschneiden, es erfolgte aber dabei eine Fractur des Oberschenkels. Die Schwierigkeiten dieser Entbindung waren hiermit noch keineswegs beendet. Es handelte sich um ein Riesenkind, dessen mächtiger Rumpf ein tieferes Eingehen mit der Hand zwecks Lösung der Arme sehr erschwerte, wenn nicht unmöglich machte. In dieser schwierigen Lage entschlossen wir uns zur Eventration des mittlerweile abgestorbenen Kindes, welche vom Collegen lege artis ausgeführt wurde. Nach Evisceration der Thoraxeingeweide hatte ich nun so viel Platz gewonnen, dass ich beide Arme zu lösen im Stande war und gelang mir dann auch die Entwicklung des grossen Kopfes durch den Veit-

Smellie'schen Handgriff, wobei mich der College durch Druck von aussen unterstützte. Die Maasse des eviscerirten Riesenknaben, damals vom Colleggen aufgenommen, sind mir leider nicht mehr zugänglich gewesen.

Die dritte Geburt erfolgte bei derselben Frau spontan, wobei es sich um ein mittelgrosses Mädchen und Schädellage gehandelt haben soll.

Die Extraction des Steisses mit dem Forceps habe ich einmal gemacht. Von dieser Operation sagt Runge in seinem bekannten Lehrbuch der Gehurtshilfe: «Auch der für den kindlichen Kopf construirte Forceps ist zur Extraction des Steisses empfohlen und angewandt. Die Mehrzahl der Geburtshelfer verwirft den Vorschlag». Da die Operation also ungewöhnlich ist, gebe ich die Geschichte dieses Falles ausführlich nach meinem Krankjournal wieder.

Kreissende ist 31 Jahre alt, verheirathet, Primipara. Der Blasensprung erfolgte vorzeitig am 11. Juli 1900 um 2 Uhr Morgens. Den 12. Juli zeigt sich Meconium. Den 13. Juli ¹/₂1 Uhr Mittags treffe ich mit meiner Krankenwärterin bei der Frau ein und nehme folgenden Status auf: Kräftige Frau, befindet sich am Ende des 10. Lunarmonats. Temp. 39,1° — Puls 110; häufige Wehen. Das Hemd ist stark mit Meconium besudelt. Der Rücken des Kindes befindet sich rechts, ein grosser Theil ist im Fundus zu fühlen. Die Herztöne betragen 150 in der Minute, sind regelmässig und kräftig. Im Becken befindet sich ebenfalls ein grosser Theil, welcher nicht so tief steht, wie der Kopf bei einer Erstgebärenden zu erwarten wäre; wegen starker Geburtsgeschwulst ist er nicht gleich kenntlich. Der Muttermund ist für 4 Finger durchgängig, das Becken ist normal. Mit dem Katheter entleert sich blutiger Urin.

Da mithin eine stricte Indication zur operativen Entbindung bestand, wird die Frau aufs Querbett gelegt und die Wärterin übernimmt die Narcose, während ich die üblichen Vorbereitungen zur Operation treffe. Steiss- haken und Forceps werden beide ausgekocht, da ich noch nicht im Besitze einer absolut sicheren Diagnose

war. Allerdings sprachen der Abgang von Meconium bei nicht alterirten Herztönen und der relative Hochstand des vorliegenden Theiles nach längerem Kreissen bei einer Erstgebärenden mit normalen Beckenverhältnissen entschieden für Steisslage. Bei der Untersuchung in Narcose stelle ich dann auch die Diagnose auf zweite einfache Steisslage. Dabei befindet sich der Rücken aber nur wenig seitlich, sondern ist stark nach vorn gekehrt, so dass also die Rima ani nur wenig schräg, fast gerade verläuft. Da ich weder zur Extraction mit dem Finger, noch zu der mit dem stumpfen Haken nach den früher gemachten Erfahrungen grosses Zutrauen habe, beschliesse ich den Umstand zu benutzen, dass die Zange fertig gelegt ist, und sie an den Steiss zu appliciren. Der Erfolg rechtfertigte den Versuch. Trotz des noch vorhandenen Muttermundssaumes war die Anlegung der Zange nicht schwierig, und weil, wie erwähnt, der Steiss mit dem Rücken des Kindes nach vorne gerichtet stand, wurde er von den Zangenlöffeln sehr sicher gefasst, ohne dass die Zange schräg angelegt zu werden brauchte. Auch die weitere Entbindung vollzog sich glatt. Nachdem der Steiss entwickelt, wird das Kind in typischer Weise manuell extrahirt, wobei nur die Lösung des hinteren (linken) Armes einige Schwierigkeiten macht. Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie. Der Damm bleibt intact. Das Kind ist ein Mädchen von 8 Pfund, es ist etwas asphyctisch, wird durch Hautreize wiederbelebt. Die Geburt des Kindes erfolgt um 1/2 Uhr mittags. Um 2 Uhr wird die Placenta durch den Credé'schen Handgriff exprimirt und mit den Eihäuten vollständig befunden, eine ausgiebige Lysolspülung wird daran geschlossen. Um 1/2 3 Uhr ergiebt die Temperaturmessung 38,6, die Zählung des Pulses 94 Schläge. Das Wochenbett verlief ohne Störung, das Kind gedeiht.

Ich glaube den Forceps in geeigneten Fällen zur Extraction am Steiss empfehlen zu können; für geeignet halte ich derartige Fälle, wo, wie im referirten Fall, der Rücken sich nach vorn gekehrt befindet, so dass die Zange nicht schräg angelegt zu werden braucht.

Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes sind verschiedene Verfahren empfohlen worden (cf. Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynaecologie). Nach Michaelis sucht man durch Verfolgen der Dornfortsätze der Halswirbelsäule die Lücke zwischen Atlas und Hinterhauptbein auf. Hierauf setzt man das scheerenförmige Perforatorium an der genannten Stelle an und stösst das Instrument durch die Haut und den Apparatus ligamentosus in der Weise durch die Lücke in die Schädelhöhle ein, dass es gegen das Centrum des Schädels vordringt. Litschkus und Ström perforiren die Haut am Nacken oder Rücken an einer bequem zugänglichen Stelle mittelst einer Perforationsscheere; führen das Perforatorium subcutan bis zur Lücke zwischen Hinterhauptbein und Atlas und stechen dort entweder das Perforatorium selbst (Ström) oder einen Metallkatheter (Litschkus) in die Schädelhöhle ein. Cohnstein legt zwischen Hals- und Brustwirbelsäule die Processus spinosi frei, trennt die hinteren Wirbelbögen von 4 bis 6 Wirbeln und zieht die Dura mater und das Rückenmark mit der Pincette heraus; dann führt er durch den Rückenmarkscanal einen Katheter in die Schädelhöhle ein, um auf diesem Wege die Excerebration vorzunehmen. Nach Schauta dürfte die Methode nur bei Hydrocephalie geeignet sein, für gewöhnliche Fälle ist der Weg zur Enthirnung zu weit, der Canal zu eng. Ebenso verwirft Schauta den von Kilian und Strassmann empfohlenen Weg durch die Mundhöhle. Der Mundcanal sei zu lang, wodurch die Enthirnung sehr erschwert würde, auch sei die Richtung schwer fest zu halten und die Gefahr eines falschen Weges liege nahe. Busch benutzt zur Perforation des nachfolgenden Kopfes die hintere Seitenfontanelle der nach vorn gekehrten seitlichen Schädelhälfte, Professor Küstner gab in seinen Phantomkursen den einfachen Rath, bei der Perforation des nachfolgenden Kopfes die Smellie'sche Scheere dicht hinter der Symphyse in den kindlichen Kopf zu stossen. Ich gebe auch hier die detaillirte Geburtsgeschichte meines Falles.

Kreissende ist 42 Jahre alt, Elftgebärende. Unter 10 Geburten hat sie ein todtgeborenes Kind gehabt. Die

letzte Periode trat am 11. Mai 1901 auf. Die Wehen begannen am 26. Februar a. c. um 6 Uhr morgens. Status am 28. Februar 10 Uhr morgens: Kopf des Kindes beweglich über dem Becken, erscheint gross, etwas nach rechts abgewichen. Rücken des Kindes links, Herztöne 120, kräftig. Muttermund völlig verstrichen, die Fruchtblase wölbt sich in die Vagina vor. Das Becken nicht wesentlich verengt, doch scheint ein Missverhältniss zwischen Kopf und Becken zu bestehen, da die Wehen bisher den Kopf nicht haben eintreten lassen. Schwache, aber häufige Wehen mit sehr geringen Pausen.

Die Fruchtblase sprengte ich nicht, da ich dann einen Vorfall des Armes oder der Nabelschnur befürchten musste. Auch schien es mir rathsam bei dem wahrscheinlich bestehenden Missverhältniss zwischen Kopf und Beckeneingang die Blase so lange als möglich zu schonen, um, falls es den Wehen nicht gelänge, den Kopf tiefer treten zu lassen und dieses auch durch Druck von oben nicht zu erreichen wäre, zur Wendung und Extraction eine stehende Fruchtblase zu haben. Die Frau wird catheterisirt, auf die rechte Seite gelagert und werden ihr zur Regelung der Weenthätigkeit und zur Beruhigung 7 Tropfen Opiumtinctur verabfolgt. Nach 2 Stunden, um 12 Uhr mittags, wird, da der Status sich in keiner Weise geändert hat, die Narcose eingeleitet und vergeblich versucht, den Kopf durch Druck von aussen in das Becken einzupressen. Ich beschliesse nun die Geburt durch Wendung und Extraction zu beenden. Zu dem Zweck lagere ich die Frau auf das Querbett und gehe nach üblicher Desinfection mit der linken Hand ein, sprengte die Blase, dränge den Kopf nach links, passiere eine Hand und eine Convolut von Nabelschnurschlingen und ergreife den vorderen (rechten) Fuss. Die Wendung gelingt leicht, dagegen ist die Extraction schwierig. Ich löse zuerst den hinteren Arm, dann den vorderen von der Bauchseite des Kindes. Es gelingt ferner nicht den Mund des Kindes zu erreichen, geschweige denn den Kopf in das Becken herab zu drücken oder zu ziehen. Während dieser Versuche stirbt das Kind ab.

Der Kopf steht über dem Becken mit dem Hinterhaupt nach links, dem Gesicht nach rechts gekehrt. Offenbares

Missverhältniss zwischen Beckeneingang und Schädelbasis. Darum Perforation des nachfolgenden Kopfes. Die Smellie'sche Scheere wird unter Leitung der freien Hand, welche die mütterlichen Weichtheile deckt, hart unter der Symphyse links seitlich an den Hals des Kindes angesetzt und zwei Mal, das zweite Mal nach erfolgter Drehung um 90 Grad, in die Schädelhöhle eingestossen. Die so geschaffene Perforationsöffnung lässt den Zeigefinger passieren. Nun fasse ich mit beiden Händen kreuzweis über den Nacken des Kindes und ziehe kräftig abwärts. Dabei tritt Cerebrum aus der Perforationsöffnung, die Schädelbasis knickt Y-förmig zusammen und der Kopf tritt soweit tiefer, dass es nun gelingt 2 Finger der linken Hand in den Mund einzuführen und das Kinn herabzuziehen. Zur Entwicklung des Kopfes bediene ich mich des Veit-Smellie'schen Handgriffs, da aber meine Finger von den vorher gegangenen Anstrengungen bereits total ermüdet sind, lasse ich eine Frau gleichzeitig an den Beinen des Kindes ziehen, bis ich fühle, dass der Widerstand grösstentheils überwunden ist. Dann wälze ich den Kopf vorsichtig aus der Vulva, der Damm bleibt unverletzt. Um 1 Uhr ist die Operation beendet. Das Kind wird sogleich in ein Gefäss mit Wasser gethan zwecks Vermeidung von etwaigen Lebensäusserungen, es ist ein sehr kräftig entwickelter Knabe. Genaue Masse konnten aus äusseren Gründen nicht aufgenommen werden. Uterusausspülung mit Lysol. Nach $\frac{3}{4}$ Stunden exprimiere ich die Placenta und schliesse daran eine nochmalige Ausspülung. Dann wird die Frau umgebettet; der Uterus ist gut contrahiert. Das Wochenbett verlief völlig normal.

Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems.

Von

Dr. med. H. Knochenstiern.

Vortrag, gehalten auf dem XIV. Livländischen Aerztetage
in Fellin.

Meine Herren!

Als Entstehungsursache eines Empyems der Oberkieferhöhle wird im Allgemeinen von den Autoren eine eitrig Nasenerkrankung oder eine Zahncaries respective Zahnperiostitis angenommen. Es werden ferner in der Literatur einzelne seltenere Fälle von Empyem angeführt, die in Folge von eingedruungenen Fremdkörpern, von Tuberkulose, Syphilis und Neoplasmen entstanden sind. Doch bei der Mehrzahl der Empyeme wird man sich für den nasalen oder dentalen Ursprung zu entscheiden haben. Was den nasalen Ursprung betrifft, so ist es ohne weiteres verständlich, dass Individuen, die an chronischen, oft acerbirenden Nasencatarrhen leiden oder die von einer acuten Infectiouskrankheit befallen wurden, die begleitet war von einem eitrigem Process in der Nase, dass dieselben Individuen gelegentlich eine Empyem der Highmorshöhle acquiriren. Diese klinische Beobachtung wird gestützt durch bacteriologische Befunde. Sind doch schon im normalen Nasensecret Spaltpilze in grosser Menge und bei eitrigem Processen Staphylococcen, Streptococcen und der Friedländer'sche Diplococcus nachgewiesen. Dmochowsky¹⁾ fand bei 18 Fällen im Eiter der Kieferhöhle 3 Mal Staphylococcus pyogenes aureus, 10 Mal Bacillus pyogenes fötidus, 3 Mal Streptococcus pyogenes, 2 Mal Pnenmococcus Friedländer, 1 Mal Bacillus pycyaneus. Wir sehen also, dass wir sowohl durch klinische als auch bacterio-

logische Beobachtung berechtigt sind, eine Infection der Highmorshöhle von der Nase her durch ihre physiologische Communicationsöffnung im Hiatus semilunaris anzunehmen. — Wir kommen jetzt zu dem dentalen Ursprung des Emyems, den wir uns so zu denken haben, dass Mikroben der Zahncaries durch die Alveole in die Highmorshöhle gelangen, um sie zu inficiren. Wenn wir uns den anatomischen Bau des Processus alveolaris vergegenwärtigen, so müssen wir constatiren, dass die Zahnalveole von der Highmorshöhle durch eine mehr oder weniger dicke Knochenlamelle getrennt ist. Es gehört zu einer grossen Seltenheit, dass diese knöcherne Lamelle fehlt und dass die Zahnwurzel nur von Periost und Highmorshöhlenschleimhaut bedeckt ist.

In Erwägung dieser anatomischen Momente giebt es einige Autoren, die die dentale Genese als einen seltenen Infectionsmodus ansehen. Hier wäre der kürzlich verstorbene Wiener Rhinologe Prof. Störck²⁾ zu nennen, der in seinem Lehrbuch die Ansicht vertritt, dass in den meisten Fällen die Emyeme nasalen Ursprungs sind. Auch durch klinische Beobachtung gelangt er zu demselben Resultat.

Dmochowsky kommt in einer preisgekrönten Arbeit, in der er 304 Kieferhöhlen berücksichtigt hat, zum Schluss, dass der Einfluss der Zähne ein minimaler ist und dass in den meisten Fällen wohl entzündliche Prozesse in der Nase als Ursache des Emyems zu gelten haben.

Wertheim³⁾ hat 400 Sectionen gemacht und vermag uns keine anatomische Handhabe zu geben, die den dentalen Ursprung des Kieferhöhlenemyems beweist.

Was die Kliniker betrifft, so sind die meisten der Ansicht, dass Emyeme der Highmorshöhle auch durch Zahncaries entstehen können.

Als Verfechter der dentalen Genese wäre Chiari zu nennen. Auch Grünwald⁴⁾ führt Krankengeschichten an, die unzweideutig auf einen dentalen Ursprung hinweisen.

Es wird aber im gegebenen Falle häufig schwer sein, sich für einen der ätiologischen Momente zu entscheiden.

Ist doch der moderne Culturträger häufig genug mit cariösen Zähnen und zugleich mit einem chronischen Nasencatarrh versehen. Besonders pathologisch-anatomisch ist es schwer den Infectionsmodus zu erkennen. Wenn ich heute die Krankengeschichte eines Empyems der Highmorshöhle vorführe, so geschieht es erstens aus dem Grunde, weil ich glaube, dass dieser Fall auch anatomisch mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die dentale Genese hinweist, und zweitens weil er überhaupt selten ist und drittens, weil er auf eine bestimmte Therapie hindeutet.

Krankengeschichte: Elementarlehrer E. L. 24 Jahre alt aus Mitau, stammt von gesunden Eltern, hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht. Vor 10 Jahren ist er wegen Trachom in augenärztlicher Behandlung gewesen. Im Jahre 1895 stellte sich allmählich Schnupfen ein. Im Sommer war er leichter, im Winter machte er mehr Beschwerden. Allmählich stellte sich übler Geruch in der Nase ein und wenn sich Patient Morgens beim Waschen bückte, passirte es ihm häufig, dass sich aus der rechten Seite der Nase Secret von sehr üblem Geruch entleerte. Zahnschmerzen gehabt zu haben, kann sich Patient nicht erinnern. Doch war ihm der Hals immer verschleimt und mnsste er den Schleim durch Räuspern und Husten entfernen. Patient glaubte lungenleidend zu sein und wurde daraufhin behandelt. 1900 consultirte Patient einen Spezialisten, der die Nase gesund fand. Im Februar 1902 wurde er von einem anderen Spezialisten untersucht, der ein Empyem der rechten Highmorshöhle constatirte und ihn einige Monate mit Spülungen durch eine Punctionsöffnung im unteren Nasengang behandelte. Patient behauptet, dass ihm das Einführen der Kanüle jedes Mal Schmerzen verursacht habe. Nach Aufhören der Behandlung traten wieder die früheren Nasensymptome auf. Am 6. Mai a. c. wandte Patient sich an mich. Statut: Patient ist von gracilem Körperbau, die inneren Organe sind gesund. In der rechten Nase im mittleren Nasengang in der Gegend des Hiatus semilunaris findet sich etwas Eiter. Bei der Durchleuchtung deutlicher Schatten auf der rechten Wange. Die Punction im unteren Nasengang ergab eine Menge stark übelriechenden Eiters. Der Praemolaris primus dextr. sup. war cariös, der Molaris secundus dexter sup. plombirt.

Am 14. Mai machte ich in Chloroformnarcose die Operation. Die Krone des Praemolaris war so cariös, dass sie bei dem Extractionsversuch sofort abbrach. Doch gelang es beide Wurzeln einzeln zu entfernen. Die Wurzeln erschienen mir etwas verdickt, jedoch kein Eiter vorhanden. Mit der Sonde constatirte ich nun, dass die Highmorshöhle noch geschlossen

war. Mit einem scharfen Löffel gelang es mir bald die Höhle in der Alveole zu eröffnen. Bei der Sondirung durch die eröffnete Alveole gelangte ich auf weiche Massen und blossen Knochen. Aus diesem Grunde schloss ich sofort die breite Eröffnung in der Fossa canina an. Der Knochen erwies sich als recht dick. Bei der Entfernung der vorderen Wand der Highmorshöhle stellte es sich heraus, dass die Höhle durch eine knöcherne Scheidewand in 2 Kammern getheilt war. Die Scheidewand verlief sagittal, war am Rande recht dick und zur Mitte dünner, wo sich die Communicationsöffnung befand. Die innere Höhle, die mediale oder nasale Höhle enthielt Eiter, doch war die Schleimhaut wenig verändert. Die äussere Höhle enthielt auch Eiter, sie war aber vollständig gefüllt mit polypösen Massen, auch war der Knochen stellenweise entblösst. Nachdem ich die Scheidewand vollständig entfernt und die polypösen Massen mit dem scharfen Löffel sorgfältig ausgeräumt hatte, machte ich zur Nase eine breite Communicationsöffnung in der Gegend des Hiatus semilunaris. Die recht starke Blutung stand auf feste Jodoformgazetamponade, die alle 2 bis 3 Tage erneuert wurde. Später machte ich die Tamponade hauptsächlich darum, um den Eintritt von Speisetheilen zu verhindern. Zugleich wandte ich Borsäurespülungen an. Die Höhle ist schon seit einigen Wochen vollständig mit Schleimhaut überkleidet und restirt noch eine kleine Oeffnung, die ich eventuell durch eine Plastik schliessen werde. Den Schnupfen hat Patient ganz verloren, er macht auch keine Spülungen mehr.

Epicrise: Wir hatten also zwei mit einander communicirende Höhlen, von denen die äussere schwer erkrankt war, während die innere nur wenig am Process betheilig war. Die Alveole des extrahirten Zahnes führt in die äussere Höhle. Ich glaube, dass man aus diesem Befunde mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Infection durch den cariösen Zahn schliessen kann und dann die Mikroben ihren Weg vom Periost des Zahnes durch die Knochenlamelle genommen haben. Hier haben sie zuerst eine Erkrankung der äusseren Kammer verursacht, die allmählich zunahm und ihren Eiter durch die innere Kammer in die Nase lieferte. Dass die anscheinend gesunde Knochenlamelle der Alveole kein Hinderniss für die Infection bildete, ist ohne Weiteres verständlich, wenn wir in Betracht ziehen, dass das Knochengewebe Lymph- und Blutbahnen enthält. Als Parallele möchte ich die Beobachtung beim Empyem des Processus mastoideus anführen, wo wir häufig isolirte

Eiterherde finden, die durch makroskopisch gesunden Knochen von dem Hauptherd getrennt sind. Ich glaube, dass wir auf Grund dieses pathologisch-anatomischen Befundes mit grosser Wahrscheinlichkeit eine dentale Genese des Empyems annehmen können. Ist schon eine Kammerung eine seltene Erscheinung, so ist eine solche ungleiche Betheiligung der Höhlen am Krankheitsprocess noch seltener. Ich habe einen ganz analogen Fall in der Literatur nicht gefunden. Was die Therapie betrifft, so halte ich in allen chronischen Fällen, wo ich eine stärkere Betheiligung der Höhlenwand voraussetzen kann, die breite Eröffnung in der Fossa canina für die einzige rationelle Operation. Die Operationsöffnungen schliessen sich meistentheils von selbst, es sei denn, dass man zu viel fortnimmt. Kleinere restirende Oeffnungen lassen sich plastisch oder durch eine Prothese decken. Eine grössere Communicationsöffnung in der Gegend des Hiatus semilunaris halte ich für nothwendig, um nach Schluss der Operationsöffnung bei eventuellen catarrhalischen Erscheinungen bequem eine Nachbehandlung durch die Nase vornehmen zu können.

Literatur.

1) Dmochowski: Beitrag zur patholog. Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Processe im Antrum Highmori. Ref. in Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Jahrgang XXX, S. 39.

2) Störk: Die Erkrankungen der Nase etc. S. 77, 1895.

3) Wertheim: Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Archiv für Laryngologie Bd. XI, S. 189.

4) Grünwald: Lehrbuch von den Naseneiterungen. 1896, S. 189.

Ein Fall von chronischer Darminvagination mit günstigem Ausgang in Heilung nach Spontanabstossung des nekrotischen Intussusceptum.

Aus der Hospitalklinik des Prof. K. Dehio in Dorpat.

Von

Dr. W. Hollmann,

Assistent.

(Mit einer schematischen Zeichnung.)

Vortrag, gehalten auf dem XIV. livl. Aerztetage zu Fellin.

Leichtenstern¹⁾ brachte in den 70er Jahren eine Statistik von 125 Fällen von Spontanabstossung des Intussusceptum bei Darminvagination, ohne jedoch nähere Angaben über den Ausgang der Erkrankung in Heilung oder Tod zu machen. Leichtenstern begnügt sich nur mit der Angabe, dass unter den von ihm angeführten 125 Fällen die spontane Abstossung in 94 Malen vor der 4. Woche, 12 Mal nach der 4. Woche, 9 Mal nach dem 2. Monat, 3 Mal nach dem 4. Monat, 3 Mal nach dem 6. Monat erfolgte; in 3 Fällen wurde endlich das Intussusceptum erst nach Ablauf eines Jahres abgestossen. Er berechnet ferner die Mortalität bei Darminvagination nach Abstossung des Intussusceptum auf 41 pCt., ohne Abstossung auf 85 pCt., somit stellt sich das Verhältniss ungefähr wie 1:2. Im Jahre 1893 hat Wichmann²⁾ eine Zusammenstellung von 724 Fällen von Darminvagination gebracht. Nach dieser erfolgte die Abstossung 49 Mal vor der 4. Woche,

¹⁾ Citirt nach Rafinesque, Etude sur les invaginations intestinales chroniques. Paris 1895. pg. 51.

²⁾ J. V. Wichmann, Om Tarminvagination, Kjobenbaven 1893: Tillaeg B.; 725 Tilfaelde af Invagination, iagttagne 1870—92.

2 Mal nach der 4. Woche, 1 Mal nach dem 2. Monat, 1 Mal nach dem 3. Monat, 1 Mal nach dem 4. Monat und 15 Mal fehlt die Angabe der Zeit; im Ganzen also 69 Mal, macht 9,5 pCt.; auf diese kommen 5,25 pCt. mit günstigem Ausgang in Heilung, 3 pCt. letal verlaufene Fälle und 1,25 pCt. theils nach, theils vor der Abstossung operirte Fälle. Die Mortalität stellt sich auf die 724 von Wichmann angeführten Fälle berechnet folgendermassen: nach Abstossung des Intussusceptum 3 pCt., ohne Abstossung und ohne operativen Eingriff 35,3 pCt., was also ein Verhältniss wie ungefähr 1:12 ergeben würde, welches Verhältniss sich ungleich günstiger für einen guten Ausgang der Spontanabstossung stellt als das Leichtenstern'sche. Was die 35,3 pCt. Mortalität ohne erfolgte Abstossung anbetrifft, so muss allerdings hinzugefügt werden, dass operative Eingriffe, namentlich die Laparotomie die Prozentzahl für Mortalität bedeutend grösser gestaltet. Unter 725 Fällen ist 223 Mal operirt worden, 73 Mal mit günstigem Ausgang in Heilung und 150 Mal mit tödtlichem Ausgang. Somit ergiebt sich im Ganzen eine Mortalität von 59 pCt. (oder 20,7 pCt. nach Laparotomien) und das Verhältniss von Geheilt durch spontane Abstossung und Laparotomie zu Todesfällen überhaupt gleiche ungefähr 1:4, während die Todesfälle nach Abstossung des Intussusceptum sich zur Gesamtsumme der Todesfälle belaufen wie 1:19,6: immerhin noch günstiger als die Leichtenstern'schen Zahlen.

Seit dem Erscheinen der Wichmann'schen Arbeit (1893) sind mir aus der Literatur noch 10 Fälle von Darminvagination bekannt geworden. Es sind das die folgenden:

1. Baur³⁾: Von September 1887 bis Mai 1888 hatte Invagination bestanden. Spontanheilung ohne Abstossung.

2. Baur³⁾: Vom 18. September 1889 bis 11. März 1890 hatte Invagination bestanden. Allmähliche Spon-

³⁾ Berl. klin. Wochschr. 1892, Nr. 33 & ff.

⁴⁾ Berl. klin. Wochschr. 1893, Nr. 49.

tanheilung ohne Abstossung, durch hohe Eingiessungen bewirkt.

3. Harder⁴⁾: Invag. ileocoecal. hatte bei einem 14 Tage alten Kinde 1 Monat bestanden; Heilung durch combinirte Massage.

4. Harder⁴⁾: Kind $1\frac{2}{3}$ Jahr alt; kam am ersten Tage in Behandlung; combinirte Massage und Heilung in 4 Tagen.

5. Maiss⁵⁾: Kind 9 Monate alt; Heilung durch Massage am 3. Tage der Erkrankung.

6. Parker⁶⁾: Nachdem Invagination 1 Monat bestanden hatte, wurde ein 10 Zoll langes cylindrisches Intestinum mit dem Stuhl entleert; nach $3\frac{1}{2}$ Monaten Genesung. 3 Jahre darauf Recidiv: Invag. coli descend.; nach 1 Monat Exitus letalis.

7. Chevey⁷⁾: Knabe 6 Monat alt. Invag. ileocoecal. Exitus let. nach 24 Stunden.

8. Pridmore⁸⁾: Mann, 40 a. n. Invag. ileocoecal. 1 Woche nach Beginn verstarb Patient unter peritonitischen Erscheinungen.

9. M. Salberg⁹⁾: Frau, 30 a. n. Invagination bestand 14 Tage, dann Abgang per vias naturales eines 22 Ctm. langen Stückes Dünndarm; langsame Besserung. Nach 8 Wochen Tod unter Erbrechen, heftigen Koliken, blutigen Stühlen. Keine Obduction.

10. Wechsberg¹⁰⁾: Mann, 18 a. n. Nach Wochen Abgang eines 8 Ctm. langen Stückes Blinddarm mit einem 4 Ctm. langen Dünndarmstück. Allmähliche Genesung. Nach 1 Jahr Laparotomie wegen frischer eitriger Peritonitis, 2 Tage darauf Exitus let. Obductionsbefund: Proc. vermiform. fehlt; Dünndarm mündet 16 Ctm. distal vom Coecumende ins Colon ascend., zeigt kurz vor der Einmündung eine Narbenstrictur.

⁵⁾ Berl. klin. Wochschr. 1892, Nr. 39.

⁶⁾ Centralblatt für innere Medicin XVIII. Jahrg. pg. 50.

⁷⁾ Centralblatt für innere Medicin XVIII. Jahrg. pg. 890.

⁸⁾ Centralblatt für innere Medicin XVIII. Jahrg. pg. 890.

⁹⁾ Centralblatt für innere Medicin XX. Jahrg. pg. 274.

¹⁰⁾ Centralblatt für allgem. Path. u. path. Anat. XI, 6 u. 7.

Narbe im Coecum, an der normalen Einmündungsstelle des Dünndarms.

Diesen Fällen reihe ich einen von mir beobachteten an, der in mehrfacher Beziehung das Interesse auf sich lenkt.

Es handelt sich um eine chronische Darminvagination mit günstigem Ausgang durch spontane Abstossung des gangränösen Intussusceptum. Der Krankheitsverlauf ist folgender:

Peter G. 49-jähriger Bauer aus Livland.

Trat in die Hosp.-Kl. zu Dorpat ein am 9. Mai 1902 als geheilt entlassen am 14. Juli 1902.

A n a m n e s e. Pat. erkrankte nach eigener Angabe ohne Prodromalerscheinungen plötzlich in der Nacht des 19. Februar 1902 mit Schüttelfrost, dabei stellte sich galliges Erbrechen ein, welches 3—4 Stunden andauerte, und heftige Schmerzen im Abdomen, die sich anfangs hauptsächlich in der rechten Regio meso- und hypogastrica, späterhin auch im linken Hypogastrium lokalisirten; gleichzeitig bestand bedeutendes Aufgeblähtsein der Magengegend. Stuhl bestand, jedoch angeblich, sehr flüssig. Seit der Zeit bestand absoluter Appetitmangel, auch klagt Pat., dass ihn die Schmerzen im Unterleibe nicht haben verlassen wollen. Letztere waren nach der Beschreibung des Pat. von kolikartigem Charakter und zogen von unten nach oben, anscheinend in der Richtung des Colon descend. Von dort aus verbreiteten sich die Schmerzen übers ganze Abdomen und strahlten in Rücken und Kreuzgegend aus. Vom 4.—5. Tage seit Beginn der Erkrankung will Pat. in der unteren linken Bauchgegend einen harten Tumor bemerkt haben; während der Schmerzanfälle bildete sich oberhalb der Verhärtung hochgradige Aufgeblähtheit des Leibes, die einer vorsichtigen Massage wich. Seit Beginn der Erkrankung bestanden Tenesmen, der Stuhl war meist von schleimiger Beschaffenheit, «wie Auswurf», nach den Worten des Pat., auch enthielt der Stuhl ab und zu Blut. Ungefähr 1 Monat nach dem ersten Beginne der Krankheit war blutig-schleimiger Stuhl keine seltene Erscheinung mehr, ebenso stinkende Flatus. In der letzten Zeit hat Pat. stark abgenommen. Der in seiner Menge herabgesetzte Urin war dunkel verfärbt. Syphilis und Excesse in Baccho werden negirt. Pat., der bis hierzu vollkommen gesund gewesen, ist nicht im Stande eine Krankheitsursache anzugeben.

S t a t u s p r. Pat. ist von mittlerem Wuchs und Körperbau. Ernährungszustand im Ganzen befriedigend. Die Haut des ganzen Körpers ist mit Kratzeffecten, von Scabiels herrührend, übersät. Temp. nicht erhöht; P. 72.

Pat. klagt über heftige Durchfälle mit Tenesmen und über Schmerzen im unteren Abschnitte des Abdomen.

Die Untersuchung der Brustorgane ergibt nichts anormales. Zunge leicht belegt. Schlucken geht unbehindert vor sich; kein Aufstossen, keine Uebelkeit, kein Erbrechen; keinerlei Schmerzen in der Magengegend, daselbst auch keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Die untere Magengrenze perkutorisch nach Darreichung von 2 Glas Wasser bis an den Nabel. Appetit fast gar nicht vorhanden, Durst nicht übermässig gesteigert. Abdomen leicht und symmetrisch gewölbt. Die Palpation des Abdomen lässt einen Tumor erkennen, der seinen Sitz im linken Hypochondrium hat und sich in der Richtung des Colon descendens erstreckt. Der Tumor ist von ziemlich fester Consistenz, beweglich, zeigt wurstförmige Gestalt und besitzt an einigen Stellen Einbuchtungen. Nach oben hin lässt sich der Tumor fast bis an den Rippenbogen verfolgen, wo er undeutlich verschwindet, nach unten hin reicht er ungefähr bis ans Lig. Poupartii. Die Dicke entspricht einem dünnen Vorderarm.

Bei der Palpation empfindet Pat. keine Schmerzhaftigkeit, im Gegentheil, ihm ist erstere sogar angenehm. Exploratio per rectum ergibt eine normale leere Ampulle, keinerlei Tumor lässt sich auf diesem Wege konstatiren. Der Stuhl ist zur Zeit flüssig braun, enthält makroskopisch weder Blut, noch Schleim. — Urin: gelb, klar, mit wolkeigem Niederschlag, sauer, psp. 1020. Eiweiss und Zucker nicht vorhanden, die Indicanreaction giebt ein sehr deutliches positives Resultat.

Pat. ist während der Schmerzparoxysmen erregt, sonst ruhig, etwas deprimirt.

13. Mai. Pat. klagt hauptsächlich über kolikartige Schmerzen im Unterleib und Aufgeblätheit des Leibes.

15. Mai. Heftige Durchfälle.

20. Mai. Der Darm wird per rectum aufgeblasen, dabei lässt sich verfolgen, wie nach einander Rectum und die im linken Hypochondrium gelegene Darmschlinge (Flexura sigmoidea?) gebläht werden, jedoch ist der Tumor oberhalb der geblähten Darmschlinge noch deutlich zu fühlen. Bei einem massirenden Druck auf die geblähte Darmschlinge dringt die Luft plötzlich unter einem glucksenden und gurrenden Geräusch weiter nach oben, und im selben Moment verschwindet der Tumor unter der palpirenden Hand.

22. Mai. Der Tumor ist auf der alten Stelle fühlbar, zeigt dieselbe Gestalt und Grösse wie früher.

25. Mai. Aufblähung des Darmes wie am 20. Mai: der Tumor verschwindet gleichermassen.

Heftige Durchfälle.

2. Juni. Die Durchfälle dauern fort. Pat. verfällt an Kräften und Aussehen. Der Tumor sitzt in der Gegend der Flexura sigmoidea, lässt sich nicht verschieben.

4. Juni. Heftige Durchfälle mit Tenesmen. Mitunter wird nichts ausser Schleim entleert. Pat. giebt an, während der vorigen Nacht beim Stuhldrang das Gefühl gehabt zu haben, als ob der Anus von innen her durch ein «Stück» verstopft wäre, welches Stück einen regelrechten Stuhlgang verhinderte. Bei exploratio per rectum stösst der touchirende Finger auf eine geschwulstartige Masse, von weicher Consistenz mit ungleichmässiger Oberfläche und einer kraterartigen Einstülpung in dem nach unten ragenden Ende, in welche der ad maximum eingeführte Finger leicht vordringt, ohne auf einen Widerstand zu stossen. Dieses Gebilde erinnert in seiner Form an eine aufs dreifache vergrösserte Vaginalportion, um welche sich eine circuläre, dem vorderen Scheidengewölbe ähnelnde Umschlagsfalte abtasten lässt; an der hinteren Peripherie lässt sich eine solche Umschlagsfalte nicht erreichen, nur wenn man durch äussern Druck aufs linke Hypogastrium den Tumor dem touchirenden Finger entgegendrängt, so gelingt es auch an der Peripherie des Tumors den an das hintere Scheidengewölbe erinnernden Grund einer Umschlagsfalte zu ertasten. Beim Stuhldrang, der wehenartig einsetzt, wölbt sich die Gegend des Dammes stark vor, dabei empfindet Pat. Schmerzen im unteren Daimabschnitte; bei Digitaluntersuchung während des Stuhldranges entquillt dem After schmutzig-grau gefärbter, gallertartiger Schleim. Pat. erhält eine hohe Eingiessung von lauwarmem Wasser in den Darm. Das Darmrohr lässt sich anfänglich nur etwa 8—9 ctm. tief ins Rectum einführen, wie jedoch durch allmählichen Wassereinlauf die untersten Darmpartieen ausgedehnt waren, schlüpfte das Rohr tiefer hinein, ohne sich im Rectum zurückzuwenden, und schliesslich liess es sich sehr deutlich durch die Bauchdecken im linken Hypogastrium abtasten. Es wurden sodann etwa $1\frac{1}{2}$ L. lauwarmen Wassers in den Darm einfliessen und nach etwa 10 Minuten wieder abfliessen gelassen. Hiernach lässt sich der Tumor weder per rectum noch per palpationem abdominis nachweisen. Bei Wiederholung der Ausspülung gingen mit dem Spülwasser mehrere gelbe Kothstücke von etwa Pflaumengrösse ab.

Ordinatio : Compresse échauffante um den Leib, Opium tinct. 2×10 gtt., Bettruhe in Rückenlage.

Am Abend fühlte Pat. eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, der Druck im Abdomen war verschwunden.

5. Juni. Im Laufe des Tages hat Pat. 3 flüssige, reichlich braune Faecalmassen enthaltende Stühle entleert und der Tumor lässt sich weder per rectum noch per Abdomen konstatiren; die Schleimhaut des rectum fühlt sich weich und aufgelockert an. Allgemeinbefinden gut, keine Schmerzen.

7. Juni. 2 breiige Stühle ohne Drängen. Es werden tägliche hohe Eingiessungen aus lauwarmem Wasser in den Darm ordinirt.

8--9 Juni. Pat. hat an den beiden letzten Tagen über sehr häufigen Stuhldrang geklagt und man sieht ihn sehr häufig auf dem Nachtgeschirr sitzen. Trotz der unaufhörlichen Tenesmen werden nur sehr spärliche, flüssig-schleimige dunkelbraungraue Massen ausgestossen, eigentliche Faecalmassen sind nicht sicher zu erkennen.

10. Juni Der Tumor ist wieder auf der alten Stelle fühlbar. Wenn Pat. ruhig auf dem Rücken liegt fühlt man ihn im linken Hypochondrium, aber nicht per rectum; wenn Pat. dagegen einige Minuten umhergegangen ist, senkt er sich in die Mastdarmhöhle und ist dann wieder leicht in seiner früheren Form zu palpieren. Sobald der Tumor ins Rectum gelangt, stellt sich starker Stuhldrang ein. Bei Lufteinblasung per rectum verschwindet der Tumor wieder. Am Abend enthält der Stuhl flüssiges dunkles Blut und danach treten wieder die früheren häufigen Tenesmen auf.

11. Juni. Der Stuhl enthält reichlich flüssiges Blut. Der Tumor und die Schmerzen schwinden nach Klysmata. Ordiniert werden $2 \times$ tägl. hohe Alaunklysmata.

11.—17. Juni. Status idem. Sehr stark übelriechende Stühle.

17. Juni. Heute Morgen wurde beim Stuhlgang ein grosses gangränöses Darmstück durch den After ausgestossen. (Die Beschreibung des Stückes folgt unten). Pat. fühlt sich hiernach bedeutend erleichtert, liegt ruhig im Bett. Abdomen weich und nicht druckempfindlich. Der Tumor nirgend zu fühlen. Am Nachmittag hat Pat. eine Entleerung reichlicher breiiger Faecalmassen, die ohne alle Beschwerde abgehen.

18. Juni. Pat. hat zum ersten Mal seit Beginn der Krankheit eine ungestörte Nachtruhe gehabt und fühlt sich frei von Beschwerden. Der gequälte und verfallene Gesichtsausdruck weicht dem hoffnungsfrohen Aussehen eines Reconvalescenten.

20. Juni. Pat. fühlt sich fortgesetzt wohl, zeigt einen guten Appetit und hat seit dem 14. Juni $3\frac{1}{2}$ Pfund an Körpergewicht zugenommen ($154\frac{1}{2}$ Pfund). Schmerzen sind nicht vorhanden. Die Defäcation geht normal und schmerzlos vonstatten. Im Laufe des Tages hat Pat. 9 reichliche breiige Stuhlentleerungen.

22. Juni. Status idem. Pat. erhält täglich 2 lauwarne Klysmata zu je $\frac{1}{2}$ Liter Wasser mit Zusatz von einem Esslöffel Burowscher Lösung.

25. Juni. Pat. klagt über leichte Schmerzen im linken Hypochondrium. Es haben sich Durchfälle eingestellt.

26. Juni. Status idem.

27. Juni. Der Stuhl hat wiederum seine breiige Consistenz erhalten; im Laufe des Tages sind 3 Entleerungen erfolgt. Keine Schmerzen mehr. Der Appetit ist sehr gut.

30. Juni. Pat. erholt sich rasch, ist fast im Vollbesitz seiner Kraft. Stuhlgang gut und regelmässig.

5. Juli. Pat. hat 2 geformte Stühle gehabt. Körpergewicht 171½ Pfund.

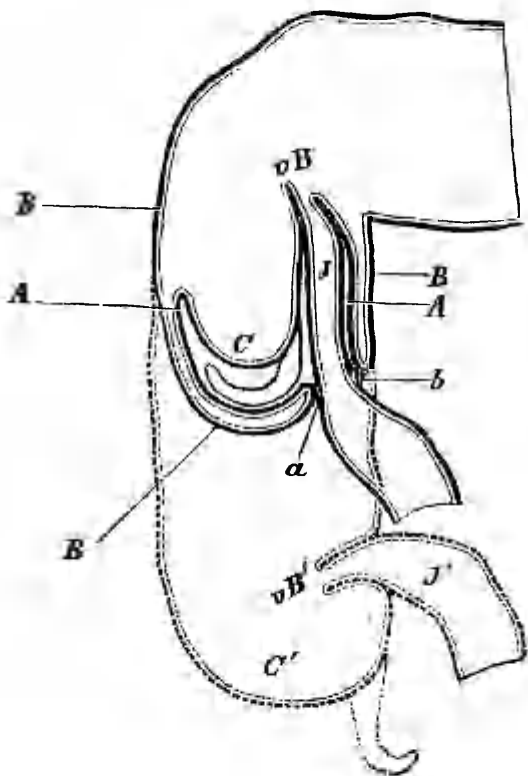
10. Juli. Euphorie.

14. Juli. Pat. wird als geheilt entlassen.

14. Aug. Pat. stellt sich in der Hospitalklinik vor: bei subjectivem Wohlbefinden ist objectiv nichts verdächtiges nachzuweisen. Pat. sieht blühend und gesund aus und kann ohne Beschwerden seiner gewohnten Arbeit nachgeben.

Das zur Abstossung gelangte Gewebstück besteht aus schwarzgrau verfärbten, stark macerirten membranösen Massen, die sich unzweifelhaft als Darmwand erkennen lassen, wenngleich es nur an einzelnen Stellen gelingt, die Reste der Schleimhaut als solche zu erkennen. Am gesammten Darmstück lassen sich zwei Haupttheile erkennen, welche durch eine etwa 1 Ctm. breite und 2 Ctm. lange Gewebsbrücke mit einander verbunden sind. Das kleinere Stück, etwa 9 Ctm. lang, bildet einen Sack, dessen eines Ende in eine abgerundete Tasche ausläuft und der seiner ganzen Configuration nach an das Coecum erinnert, obgleich ein Appendix an demselben nicht mehr zu erkennen ist. Am anderen Ende, etwa da, wo dieses Stück in die schon erwähnte Gewebsbrücke übergeht, erkennt man eine quer verlaufende Falte, die an die Valvula Bauhini erinnert. Diese Falte bedeckt eine Oeffnung, die wir für die Einmündungsstelle des Dünndarms halten. Die Falte setzt sich in ein 5 Ctm. langes und 2—3 Ctm. breites häutiges Gebilde fort, das den Eindruck macht, als wenn es Dünndarmwand wäre. Leider lässt sich hier weder makro- noch mikroskopisch Schleimhaut mehr erkennen. Mit diesem kleinern Stück hängt durch die erwähnte Gewebsbrücke ein grösseres membranöses Gebilde zusammen, dasselbe bildet jedoch kein Rohr, sondern präsentirt sich als flächenhafte Membran, die 23 Ctm. lang ist und deren Breite an den verschiedenen Stellen 5—8 Ctm. misst. An der einen Fläche dieser Membran erkennt man noch deutlich einen bindegewebigen, längsverlaufenden Strang, der unverkennbar an eine Dickdarmtaenie erinnert. Die andere Fläche dieser Membran ist mit schwarzen, morschen, flächenhaften, zum Theil flottirenden Massen bedeckt, die die Ueberreste

einer Schleimhaut zu sein scheinen und in denen man mikroskopisch noch Lieberkühn'sche Drüsen hier und da erkennen kann.



Das soeben beschriebene Stück Darmwand gehört unzweifelhaft dem Dickdarm an und wir dürften wohl nicht irre gehen, wenn wir in demselben dasjenige Stück des Colon ascend. erblicken, welches zusammen mit dem Blinddarmabschnitt und dem kurzen Ende des Ileum in das Lumen des weiter distal gelegenen Dickdarmabschnittes eingestülpt worden und schliesslich als nekro-

tische Masse abgestossen worden ist. Ein Blick auf die beigefügte schematische Zeichnung lehrt, wie in diesem Falle die Intussusception vor sich gegangen sein dürfte. Die Pars coecalis coli (C) mit einem etwa 5 Ctm. langen Stück des Ileum (I) hat sich in das Col. ascend. hineingeschoben, und zwar derart, dass ein Stück des letzteren (A) als Umhüllung des Coecum sich mit in das Intussusciens (B) eingeschlagen hat und einen Theil des Intussusceptum bildet. Das Coecum selbst hat sich nicht handschuhfingerförmig umgestülpt, sondern als ganzes in das Lumen des Dickdarmes vorgeschoben. Die Zeichnung ist so zu verstehen, dass der dick ausgezogene Strich den Peritonealüberzug, die dünne Linie dagegen die Schleimhautoberfläche des Darmes bezeichnet. Die Abstossung ist nun derart erfolgt, dass bei a und b eine Verwachsung zwischen der peritonealen Oberfläche des Ileum und Colon stattgefunden hat und das gesammte Intussusceptum sodann nekrotisch abgestossen worden ist. Eine Verwachsung zwischen dem umhüllenden und dem eingehüllten Theile des intussuscipirten Darmabschnittes hat nicht stattgefunden; wir erkennen vielmehr in dem ausgestossenen Darmtheil die zwei schon beschriebenen durch die Bindegewebsbrücke verbundenen Membranen, von denen der zuerst erwähnte kleinere Abschnitt das eingehüllte aus Coecum und ein wenig Ileum bestehende Stück bildet, während der grössere gleichfalls schon beschriebene Abschnitt dem einhüllenden aus einem Theil des Colon ascend. bestehenden Stück des Intussusceptum entspricht. Die punctirten Linien der Zeichnung bedeuten die normale Lage des Darmes vor seiner Einstülpung und sind ohne Weiteres verständlich.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Invaginationenformen anbelangt, so muss gesagt werden, dass die geschilderte Form, die

1. Invaginatio ileo coecalis die häufigste ist (Rafinesque, Leichtenstern¹¹⁾, Wichmann). Bei

¹¹⁾ Unter 479 Invaginationen 52 pCt.; Leichtenstern in Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. und Therap., Bd. VII, 2, pag. 522.

ihr besteht das eingehüllte Stück aus Ileum und Coecum, das umhüllende aus Colon ascend.; der innere Cylinder besteht somit aus Ileum und an der Spitze des Intussusceptum liegt die Ileocoecalöffnung. Am häufigsten unter allen verläuft diese Form chronisch¹²⁾.

2. Die zweite Stelle nehmen Invaginationen ein, bei denen die Diagnose nicht genau hat gestellt werden können, bei denen es unsicher geblieben war, ob sie zum soeben geschilderten Typus der Ileocoecalinvag. gehören oder zum Typus der reinen Dickdarminvag., bei welcher eingehülltes und umhüllendes Stück des Intussusceptums aus Dickdarm besteht.

3. Die dritte Stelle der Häufigkeit nehmen solche Invaginationen ein, wo sich Dünndarm in Dünndarm,

4. die vierte solche, wo sich Dickdarm in Dickdarm einschiebt.

5. Recht selten werden Invaginationen beobachtet, die Leichtenstern Invag. ileocolica¹³⁾ nennt; «diese Form stellt eigentlich einen Prolaps des Ileums durch das Ileocoecalostium dar», die Ileocoecalclappe bleibt unverrückt auf ihrer normalen Stelle stehen. Solche Fälle sind in der Literatur der Jahre 1870—1893 nur 37 beschrieben¹⁴⁾; Spontanabstossungen mit Heilung haben bei dieser Form nicht stattgefunden, 6 Mal ist Heilung nach Laparotomie eingetreten, 31 Mal letaler Ausgang, darunter 5 Mal nach partieller Abstossung.

6. Aeusserst selten sind solche Fälle, wo eine primäre Dünndarminvagination im Bereiche des untersten Ileumabschnittes existirt, welche auf dem Wege der Vergrösserung ihr Intussusceptum durch das Ileocoecalostium hindurch ins Coecum geschickt hat (Invag. iliaca-ileocolica¹³⁾). Auch hier bleibt die Ileocoecalclappe unverrückt. Solche Fälle sind in der Literatur (1870 bis 1893)¹⁴⁾ nur 9 bekannt, die sämmtlich den Tod herbeigeführt haben: 6 Mal (1879, 1886, 2 Mal 1887, 1888, 1891, der letzte Fall war durch ein Melanosar-

¹²⁾ Ibid. pag. 520—521.

¹³⁾ Ziemssen: Handb. der spec. Pathol. und Therap. VII. 2 pag. 521.

¹⁴⁾ Wichmann: Om Tarminvagination. Kjobenhoven 1893.

com? complicirt) nach Laparotomie. Abstossungen haben keine stattgefunden.

Eine wie mir scheint erschöpfende Zusammenstellung der von 1870.—1893 veröffentlichten Fälle von Darminvagination hat der Däne J. v. Wichmann gegeben. Von den 10 Fällen, welche ich nach 1893 aus der Literatur noch hinzugesammelt habe, ist nur in 6 Fällen die Invaginationsart angegeben. Wenn ich nun diese 6 und meinen eigenen Fall hinzurechne, so giebt das im Ganzen 732 Fälle, von denen auf die Invag. ileocoecalis 281, auf die unter 2. geschilderte Form 181, auf die Dünndarminvagination 132, auf die Dickdarminvagination 92 kommen.

In diesen sämtlichen Fällen ist das bevorzugte Alter das erste Lebensjahr (221) und dann der Zeitraum zwischen 1.—10. Lebensjahre (183); im späteren Leben kommen Invaginationen ungleich viel seltener vor: 11. bis 20. Jahr — 50; 21.—30. Jahr — 52; 31.—40. Jahr — 70; 41.—50. Jahr — 46; 51. Jahr und darüber — 45; ohne Altersangabe — 64. Heilung durch Spontanabstossung ist ohne meinen Fall überhaupt nur 40 Mal beobachtet worden, und zwar 13 Mal bei Invag. ileocoecalis, 1 Mal bei der unter 2 geschilderten Form 22 Mal bei Dünndarminvagination und 4 Mal bei Invag. coli.

Ich habe es für wünschenswerth gehalten diesen Fall zu veröffentlichen, weil chronische Invagination mit Spontanabstossung und Heilung ein äusserst seltenes Vorkommniss ist, namentlich in so vorgerücktem Alter wie mein Patient es aufwies.

Aus der klinischen Beobachtung konnte wohl Invagination und Abstossung des Intussusceptums diagnosticirt werden, nicht aber genauer der Ort und die Art des Vorganges. Letzteres konnte erst mit Wahrscheinlichkeit geschehen nach Inspection des ausgestossenen Stückes. Die allerdings sehr mangelhaften Angaben des Pat. in der Anamnese über den ersten Anfang der Erkrankung mit heftigen Schmerzen in der der Regio ileocoecalis entsprechenden Bauchgegend, die Inspection des

ausgestossenen Darmabschnittes, die aus derselben resultirende Wahrscheinlichkeitsreconstruction der Invagination und schliesslich die Statistik, die die Invag. ileo-coecalis als am häufigsten vorkommende Invaginationsart angiebt, bewogen uns die Diagnose des von uns beobachteten Falles auf Invaginatio ileocoecalis zu stellen.

Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra.

Von

Dr. Matthias Hirschberg,
Arzt des Rig. Städt. Leprosoriums.

(Vortrag, gehalten auf dem XIV. Aerztetage der Gesellschaft
Livländischer Aerzte.)

Ich möchte mir für einige Augenblicke Ihre Aufmerksamkeit für einige Bilder erbitten, die von Kranken aus dem Bestande des Rigaschen Leprosoriums aufgenommen worden sind. Vorher möchte ich jedoch Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra vorausschicken.

Wenn die meisten Autoren bei der Besprechung der Diagnose der Lepra die Behauptung aufstellen, dass sie im Ganzen leicht zu diagnosticiren sei, so ist das für die typischen Fälle sicher richtig. Besonders leicht auch per distance lässt sich die Diagnose stellen, wenn ein Kranker mit typischer Knotenlepra uns begegnet. Aber selbst bei typischer Nervenlepra können schon in gewissen Stadien, wenn z. B. die Flecken geschwunden sein sollten, für die Differentialdiagnose Bedenken auftreten. Um so schwieriger wird aber die Diagnose, wo die Erscheinungen der Lepra atypischen Verlauf eingeschlagen haben, oder in der Frühperiode der Krankheit, wo das Krankheitsbild noch nicht genügend ausgeprägt ist. In Bezug auf das Frühstadium der Lepra liegt eine grosse Wahrscheinlichkeit der Verwechslung derselben mit anderen Haut- und sonstigen Krankheiten vor. Während die Diagnose der Lepra, als solcher, und die richtige Abgabe eines Gutachtens, ob es sich in einem gegebenen Falle um Lepra handelt oder nicht, praktisch wichtig ist, ist für das vergleichende Studium und den wissenschaftlichen Zusammenhang noch eine andere Seite der Frage bezüglich der differentialdiagnos-

tischen Verhältnisse an der Haut der Erwägung werth. Welche Symptome gehören bei schon bestehender Lepra dem vermuthlichen Einflusse des Leprabacillus und seinen Lebensäusserungen an, und welche sind ganz unabhängig von ihm zufällig oder auf durch jenen vorbereiteten Boden hinzugetreten?

Für die erste Zeit der prodromalen Aeusserungen (Danielssen und Boeck), welche auch als Eruptionszustände (Hansen-Looft), als Invasions- (Lelois) und Latenzzeit (Besnier) bezeichnet werden, giebt es wenige veröffentlichte, klinisch beobachtete Fälle; die anamnestischen Angaben müssen hier leider noch zu viel herhalten.

Die Prodromalexantheme können bei der Diagnose einen weiten Spielraum für Verwechslungen bieten. Ihre Würdigung ist für die Differentialdiagnose von grosser Bedeutung. — Sie gehören zur grossen Gruppe der infectiösen polymorphen Erytheme (Leloir-Vidal). Die Innervationsbedingungen, welche Veränderungen im Tonus der Hautgefässe auslösen und in ihrer Flüchtigkeit und Beweglichkeit den klinischen Aeusserungen an der Haut entsprechen, sind ähnlich wie bei anderen Infectionskrankheiten wahrscheinlich von toxischen Einflüssen abhängig (Köbner, Pick, Leloir, Jarisch, Neisser, Bouchard, Charrin und Gley). Die specifischen Hansen'schen Bacillen, von denen diese Toxine für die Initialalexantheme der Lepra geliefert werden müssten, sind in diesen Erythemen freilich schwer oder gar nicht nachweislich. Babes meint, dass sie sich vorläufig in den der Haut und den Schleimhäuten benachbarten Lymphdrüsen aufhalten — eine Ansicht, die ähnlich schon früher in einer baltischen Arbeit aus der Wahl'schen Schule von Dr. Hellat ausgesprochen worden ist.

Die prodromalen angioneurotischen Erytheme sind aber wohl zu unterscheiden von dem Erythema leprosum, welches bei schon ausgeprägter knotiger oder gemischter Lepra unter Fieber auftritt, denn dieses Späterythem ist nichts Anderes als eine locale Invasionsäusserung der herdweise sich ausbreitenden Krankheit.

Die Prodromalerytheme können alle Stadien von der einfachen hyperämischen Röthe und den unregelmässigen Flecken bis zum Erythema tuberosum und bullosum mit hochgradiger exsudativer Hyperämie und congestivem Oedem darbieten. Zur Blasenbildung kommt es trotz des exsudativen Charakters verhältnissmässig selten. Freilich wird sich auch manchmal nicht genau die Grenze ziehen lassen zwischen hyperämischem angioneurotischen Erythem, dem oben erwähnten Erythema leprosum und der infiltrativen Neubildung.

Bei dieser grossen Menge der Entwicklungsmöglichkeiten lepröser Prodromalerytheme und dem Mangel typischer Zeichen werden diese schwer unterscheidbar vom: Eczem, Erysipel, Lymphangitis, Pemphigus und der grossen Masse von flachen, blasigen und bullösen Erythemen calorischen, toxischen und traumatischen Charakters und anderen. — Aus einer Krankengeschichte des Rigaschen Leprosoriums konnte entnommen werden, dass ein lepröses Initialerythem einige Jahre vor Eintritt in die Anstalt für Masern gehalten worden ist, womit auch die Möglichkeit der Verwechslung mit acuten Exanthenen bestätigt wird.

Der Verdacht auf Lepra wird wach, wenn bei derartigen Erythemen, die entweder lange anhalten oder häufig wiederkehren, sich Innervationsstörungen in auffallend gehäufte Zahl fühlbar machen: Schwankungen der Schweiss- und Talgsecretion, Menstruationsstörungen, Parästhesien, Glieder- und Gelenkschmerzen. Nach Babes ist besonders auf die oft vorhandene Hyperästhesie und darauf folgende Anästhesie im Niveau derselben das Hauptgewicht zu legen. Bestärkt wird der Verdacht, wenn es sich um Kranke handelt, welche aus Lepragegenden oder leprösen Familien herkommen, wo die Infectionsgelegenheit in hohem Masse vorgelegen hatte.

Direct vorauszusagen, ob sich aus den allgemeinen prodromalen Aeusserungen und den besonderen an Haut und Schleimhäuten die Krankheit nach dem Typus der Knoten- oder Nerven-Lepra entwickeln wird, ist nicht möglich. — Bei ca. 70 pCt. der Patienten mit Lepra

tuberosa sind nach Prof. v. Petersen das erste sichtbare Symptom ein erythematöser Fleck oder meist mehrere (Infiltrate), dagegen bei ca. 29 pCt. Knoten der Haut, ohne dass Erytheme vorhergehen. Bei der Lepra maculo-nervosa dagegen bildet bei 92 pCt. das Erythema leprosum das erste äusserlich sichtbare Symptom, und nicht wie früher angenommen der Pemphigus leprosus.

Eine noch offene Frage ist es bis jetzt, ob an der Haut, falls sie die Invasionspforte für die Lepra geboten haben sollte, sich ein localer Initialeffect ausbilden kann, oder ob wenigstens die Frühsymptome durch die Localisation auf den locus infectionis hinweisen, wie es bei der Syphilis gewöhnlich, aber auch nicht immer der Fall ist (Syphilis d'emblée).

Die beiden Aquarelle Nr. 1 und 2 zeigen schematisch zwei Bilder einer und derselben Kranken, an der ich die ersten zu Tage tretenden Erscheinungen einer Lepra nervorum verfolgen konnte.

Für die Frühdiagnose dürfte der Fall instructiv sein. Die Patientin (wohnhaft in Mitau) befand sich im August 1899, wo ich sie sah, in einem Krankheitszustand, welcher durch Fieber, ungeheure Schmerzen im Talocruralgelenk, allgemeine Hyperämie der Hautdecken mit starker Schweissabsonderung sich präsentirte.

Am 16. September desselben Jahres war das Fieber geschwunden und die Schmerzen viel erträglicher. Auf der rechten Stirnhälfte hatte sich ein etwas erhabener rhomboider Fleck von kupferrother Farbe etablirt, der weniger empfindlich als die Umgegend war.

Am 21. October konnte man ein deutliches klinisches Bild von Lepra maculo-nervosa constatiren. Der Fleck auf der Stirn war jedoch geschwunden. An der Nasenschleimhaut war ein Geschwür zu sehen. Der Rücken zeigte, einen Flecken, der sich über der ganzen Wirbelsäule hellrothbräunlich, landkartenartig ausdehnte, dessen Mitte anästhetisch, dessen Ränder hyperästhetisch waren. Anästhesien in den Unterextremitäten. Die Untersuchung auf Leprabacillen ist freilich nicht gemacht worden.

Bei der Nothwendigkeit einer Differentialdiagnose zwischen Lepra und anderen Krankheiten haben wir gewiss

im Befund von Leprabacillen das ausschlaggebendste Symptom; aber selbst bei der tuberösen Form, wo sie meist gefunden werden, können auch Fälle oder Momente vorkommen, wo die Leprabacillen beim fleissigsten Suchen nicht angetroffen werden können. Als Beispiel erwähne ich aus der neueren Lepraliteratur eine diesbezügliche Beobachtung Brutzer's, welche er im Rig. Leprosorium hat machen können. — In Fällen von Nervenlepra wird man viel öfter den Bacillus vermissen und sich bei der Diagnose auf die klinische oder günstigenfalls mikroskop.-anatomische Beobachtung beschränken müssen.

Obleich ausgeprägte Knotenbildungen bei der Lepra gewöhnlich eine charakteristische Form haben, können doch Verwechslungen mit anderen Hautkrankheiten vorkommen, wie folgende Fälle zeigen, die aus den Krankenjournalen des Rig. Leprosoriums stammen. Pat. wird mit der Diagnose Lepra (tuberosa?) dem Leprosorium zugeschickt. Der Rücken ist mit multiplen erbsen- bis rubelgrossen Tumoren bedeckt, ferner mit Kratzdefecten und Epidermisexfoliationen. In der Achselhöhle ein ca. zwanzigkopeken grosser graubrauner Pigmentfleck. Die Extirpation eines kleinen Tumors ergab mikroskop.: Fibroma molluscum, Scabies.

Gleichwie in diesem Falle ist die histologische Untersuchung von grosser Bedeutung. Nur so wird man auch leicht die anderen Hauttumoren von Lepra tuberosa unterscheiden. Als solche könnten besonders Fibrome, Myome, Lipome, Sarcomatosis cutis und Epitheliome in Betracht kommen. Von anderen indurativen Processen an der Haut, die für leprös gehalten werden könnten, verdienen besondere Aufmerksamkeit: die indurativen Hyperämien, die paralytischen Erytheme, wozu auch die vulgären Frostbeulen gerechnet werden, die Acueformen und viele entzündliche und elephantiasische Prozesse.

Ein Kranker, der im Rig. Asyl an typischer Lepra tuberosa gestorben ist, ist zu Hause, wo die Krankheit noch nicht sehr fortgeschritten war und rheumatische Beschwerden bestanden, als Gichtiker aufgefasst und

dessen Knoten sind als Gichttophi gedeutet worden, bis allmählich der Verdacht auf Lepra aufstieg und in einem excidirten Hautstücke Leprabacillen nachgewiesen werden konnten.

Die verwandtschaftlichen Beziehungen der Lepra zu den anderen granulösen infectiösen Krankheiten mit chronischem Verlauf, namentlich zur Tuberkulose und Syphilis, erfordern manchmal die grösste Anspannung der Aufmerksamkeit, um gewissermassen Aehnlichkeit nicht für Gleichheit zu nehmen. Die anderen Granulome: Actinomyose, Rhinosclerose, Rotz werden im Ganzen seltener in Betracht kommen. Dass bei ihnen wohl charakteristische leicht nachweisbare Infectionserreger vorkommen, braucht wohl nicht weiter erwähnt zu werden.

Bei der grossen Verbreitung, bei der Polymorphie und beim Mangel eines nachweisbaren Erregers ist die Syphilis von allen Krankheiten diejenige, welche mit Lepra am häufigsten verwechselt worden ist. Das lehrt uns schon die Geschichte der Medicin. Vor dem 15. Jahrhundert wurde die Syphilis, wo sie noch nicht als solche bekannt war, meist für Lepra gehalten, heute wo die Syphilis verbreiteter als Lepra ist, wird wohl mancher Leprafall eher als Syphilis angesprochen.

Sowohl die tuberöse als die maculo-nervöse Form der Lepra können manchmal eine Hautsyphilis vortäuschen, wenn bei atypischem Verlauf oder atypischer Localisation das eine oder andere von den wichtigsten Cardinal-symptomen fehlen sollte.

Es circulirt ein Bild (Nr. 3), wo auf der Glans penis, einer im Ganzen selteneren Prädilectionsstelle, vereinzelte lepröse Knötchen sichtbar sind. Wenn wir auch bewiesenermassen von einem leprösen Primäraffect im Sinne der syphilitischen Sclerose am Orte der Infection, wie schon erwähnt, nicht reden dürfen, könnte aber doch einmal ein derartiges Knötchen als primäre Lepraeruption auftreten und schwer von einer luetischen Sclerose anfangs zu differenziren sein. Falls aber erst ein Verdacht auf Lepra auftreten sollte, dann wird durch den wahrschein-

lich leichten Bacillenbefund die Differentialdiagnose leicht sein.

Von anderen abnormen Localisationen sind die Palmar- und Plantarlepride, wie sie auch von Dr. A. von Bergmann-Riga, Prof. Rille u. A. beschrieben worden sind, zu erwähnen. Sie kommen selten vor und haben als flache, bräunliche, schelfernde Infiltrate grosse Aehnlichkeit mit Palmar- und Plantarsyphiliden; denn nur nach dem localen Hautbefund zu urtheilen, passt das, was in den Lehrbüchern als Unterscheidung der Psoriasis palmaris syphilitica von gewöhnlicher Psoriasis, chronischem Eczem, idiopathischer Keratose angegeben wird, eben so gut auf Syphilis wie auf Lepra. Man bekommt nämlich hier wie dort an der äussersten Peripherie der confluirenden Schuppung einen fortlaufenden braunrothen Infiltrationsraum zu sehen (Kaposi).

Aehnliche Fälle von kleinpapulöser Hautlepra, wie Prof. Kaposi seinerzeit auf der Lepraconferenz einen gezeigt hat, der übrigens in Riga starb und Bacillen aufwies, sind gar nicht so selten, wo die Verführung nahe liegt, wie sich Kaposi ausdrückt, die kleinen Knötchen für Syphilis anzusehen.

Für die Differentialdiagnose der Lepra von der Syphilis wird unter anderen Momenten auch die Anamnese nicht unwesentlich sein, ausserdem die Beständigkeit des Ausschlages gegen Quecksilber- und Jodkalibehandlung. Das Jodkali hat übrigens bei Lepra im Gegensatz zur Syphilis steigernde Wirkung. Nach dessen Gebrauch können Leprabacillen verhältnissmässig leichter nachgewiesen werden.

Tritt bei einem und demselben Individuum Lepra und Syphilis auf, so ist es unentscheidbar, ob wir es bei ulcerösen Processen mit einem Ulcus leprosum oder einem ulcerirten Gumma zu thun haben. — Für das vergleichende Studium der Hautulcera bietet die Lepra überhaupt ein ausgiebiges Feld. Hier giebt es die typisch leprösen Ulcera, welche aus Infiltraten hervorgegangen sind, welche geradezu im Eiter Reinculturen von Leprabacillen oder Mischinfection mit Streptococcen aufweisen; hier sieht man auch Unterschenkelgeschwüre,

die durch die häufig bei Lepra vorkommende Arteriosclerose (und Eczem) bedingt sind, wo der Leprabacillenbefund nur zufällig ist (Nr. 4). Die kallösen harten Ränder mit Epithelverdickung lassen manchmal an atypische Epithelhyperplasie denken. Thatsächlich fand ich auch mikroskopisch in einem Falle eine echte Epitheliombildung, wie man sie auch auf dem Lupus- und Syphilisboden findet.

Die *Ulcera trophoneurotica*, die sogenannten *mals perforants*, sind bei der *Lepra nervorum* ein häufig anzutreffendes Symptom, aber keines, das nicht auch bei anderen Nervenerkrankungen mit Gefühlslähmung (*Syringomyelie*, *Tabes dorsalis*) vorkommen kann. Bei diesen Geschwüren ist ätiologisch die Veränderung in den sensiblen Haut- und Gefässnerven sicher das Primäre. Die locale Asphyxie des Gewebes bewirkt leichter bei Ursachen, die normalerweise nicht schädigend wirken, beim Auftreten auf die Fussballen und dem dadurch bewirkten Druck Nekrose und moleculären Zerfall, besonders wenn sich noch Eitererreger von aussen ansiedeln.

Kehren wir nach dieser kurzen Abschweifung zu anderen Einzelsymptomen bei der Lepra zurück, die die Erinnerung an Syphilis wecken könnten, so findet sich auch beim Haarausfall ein differentialdiagnostischer Unterschied. Während bei der Lepra die Augenbrauen, Cilien und Barthaare ausfallen und die Kopfhaut für gewöhnlich verschont bleibt, sind bei der Lues anfangs meist nur die Kopfhaare betroffen. Auch die Nasenbildungen möchte ich nicht als äusseres Leprasymptom unbeachtet lassen. Die Nasendifformitäten sind nämlich hier noch viel häufiger und vielgestaltiger als bei der Syphilis. Glück beschreibt sie als Binocle-, Rüssel- und Negernasen. Für die Tuberkulose kommen meist nur die Veränderungen des häutigen Theiles, selten die des Knorpels und fast gar nicht, wie bei der Syphilis des Knochens in Betracht. Von den den Pigmentsyphiliden ähnlichen leprösen Pigmentationen und Pigmentverschiebungen möchte ich Ihnen das Bild eines Falles von *Leucoderma leprosum* neben einem *Leucoderma syphiliticum* zeigen (Bild 6). Pigmentverschiebungen ge-

hören ja im Allgemeinen, besonders bei der Nervenlepra fast zum gewöhnlichen Krankheitsbefunde, was sogar manche Autoren (Zambacco-Pascha) zu umgekehrten Schlüssen veranlasste, so dass sie z. B. jede Vitiligo als Lepra betrachten.

Mit der Hauttuberculose, dem Lupus und der miliaren, wird die Lepra schwerer vermengt werden können, weil die Tuberkelknötchen in der Haut auch makroskopisch so zum Ausdruck kommen, dass die Diagnose meist ermöglicht ist, abgesehen natürlich von den sonstigen Symptomen der Lepra.

Von den nervösen Erscheinungen, deren es eine Riesenmenge sowohl bei der Nerven-, als bei der tuberösen Lepra giebt, beruhen zunächst die Störungen der Hautempfindung meist auf einer centripetalen Neuritis, woraus sich auch ein wichtiges Unterscheidungsmoment gegenüber anderen Krankheitsbildern mit nervöser Grundlage oder auf Grund von Infection, wie z. B. auch bei luetischer Neuritis, ergibt.

Die centrifugalen Anästhesien, die durch Krankheiten centralen Ursprungs bedingt sind — besonders die Syringomyelie, die Morvan'sche Krankheit, zeigen regelmässig begrenzte streifenförmige Regionen, während bei Lepra die Begrenzung ganz unregelmässig ist. Für die Lepra spricht eher die meist gleichzeitige Anästhesie an Armen und Beinen, und zwar vorzüglich in den unteren Abschnitten. Auf die trophoneurotischen Störungen, Sclerodermie, Atrophie der unterliegenden Muskel und Knochen, die verschiedenen Hautkeratosen kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Eines Bildes, das auf Begleiterscheinungen, die in die Gruppe der Hautangioneurosen eingereicht zu werden pflegen und bei Lepra häufig vorkommen, Bezug hat, möchte ich noch zum Schluss Erwähnung thun (Nr. 7). Dieses Oedema circumscriptum cutis tritt bei einem mit L. mixta behafteten Individuum öfters auf und schwindet im Laufe einiger Stunden. Wenn man das Bild ansieht, imponirt es fast wie ein neu aufgeschossener Lepraknoten, wenn es nur nicht so rasch schwinden

würde und das mikroskopisch-anatomische Bild ein ganz anderes wäre.

M. H.! Mit obigen Ausführungen habe ich natürlich nicht die Differentialdiagnose der Lepra erschöpfend darstellen wollen, sondern nur einige differentialdiagnostische Momente, wie sie sich mir aus dem Krankenmaterial des Rig. Leprosoriums ergeben haben, betont.