Sonderabdruck aus der «St. Petersb. med. Wochenschrift.»

PROTOKOLLE

DES

SECHSZEHNTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat)

105, 571.
(102, 552)

vom 17.—19. August 1904.

Bibliotheca
universitatis
Jurievensis

St. Petersburg.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.
1905.

Sonderabdruck aus der «St. Petersb, med. Wochenschrift.»

PROTOKOLLE

DES

SECHSZEHNTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat)

vom 17.—19. August 1904.

Bibliotheca universitatis Jurievensis
105, 54/.

St. Petersburg.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.
1905.

Дозволено цензурою Спб., 4 Августа 1905 г.

Типографія Винекке, Екатерингофскій просп., № 15.



Erste Sitzung.

Am Donnerstag den 17. August von 10—1 Uhr Vormittags.

1. Stadtarzt Dr. Ch. Ströhmberg eröffnet im Namen der Medizinalverwaltung den Aerztetag.

2. Stadthaupt V. v. Grevingk heisst den Aerztetag im Namen der Stadt willkommen und ladet die Mitglieder mit ihren Damen zu einem Abendessen in den Räumen des Sommerlokals der Bürgermusse am Donnerstag den 19. August ein.

3. Präses Prof. Dehio bewillkommt die Mitglieder des Aerztetages und spricht dem Stadthaupt für die freundlichen Wünsche und die Einladung den Dank des Aerztetages aus. Nachdem der Präses der Kollegen gedacht, die in den Krieg gezogen und ihnen eine glückliche Heimkehr gewünscht, spricht er ferner dem Rektor der Universität und dem Dekan der medizinischen Fakultät seinen Dank für die Ueberlassung des Hörsaales der medizinischen Klinik als Sitzungslokal aus.

4. Dr. Truhart — Jurjew (Dorpat), begrüsst als Präses der Dorpater medizinischen Gesellschaft im Namen derselben die zum Aerztetag versammelten Glieder der Gesellschaft livländischer Aerzte, deren Erscheinen in so grosser Anzahl im Verein mit dem reichen Material, welches die Tagesordnung biete, ein Zeichen sei, dass die Aerztetage den Aerzten des Landes zu einem Bedürfnis geworden sind, was den Beschluss rechtfertige, trotz der Schwere der Zeit, die durch den Krieg

heraufbeschworen, und trotz des Fortganges so vieler Kollegen auf den Kriegsschauplatz, den Aerztetag abzuhalten.

5. Präses Prof. Dehio: Nach einer Uebersicht über die auf dem letzten Aerztetage zum Abschlusse gelangten Kommissionsarbeiten erörtert der Präses die auf dem vorigen Aerztetage gewählte Kommission in Sachen der Hebammenfrage, über deren Tätigkeit Dr. Keilmann Riga referieren wird.

6. Sekretär Dr. Engelmann — Riga verliesst ein Verzeichnis der eingelaufenen Schriften.

1) Архивъ Біологическихъ наукъ, herausgegeben von dem Kaiserl. Institut f. Experimentalmedizin. Bd. X. 2—5.

2) Bericht über die Tätigkeit der Wolagdaschen medizinischen Gesellschaft für 1901—1902.

3) Bericht über die Tätigkeit des Kinderhospitals der heiligen Olga in Moskau f. 1902.

4) Arbeiten der. Gesellschaft russischer Chirurgen in Moskau 1902—1903.

5) Protokolle der Omskischen Medizinischen Gesellschaft 1903—1904.

6) Rechenschaftsbericht über die Tätigkeit der Gesellschaft der Aerzte des Wolhynischen Gouvernements 1902.

7) Dritter und Vierter Bericht des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärwi 1901—1902.

8) Dr. A. v. Pezold: Direktor des Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärwi: Einiges über die Tuberkulosefrage und das Heilstättenwesen.

9) Prospekt des (unter dem Protektorate des Königs und der Königin von Portugal) in Lissabon vom 19.—26. April 1906 stattfindenden XV. internationalen medizinischen Kongresses.

10) Dr. Ernst Hörschelmann: Ueber die Form der Mamma bei der Estin mit Bemerkungen über die Mammaform bei einigen anderen Völkerschaften.

7. Kassaführer Dr. Pfaff — Jurjew (Dorpat): Kassenbericht.

Einnahmen:

	Rbl.	Kop.
Saldo vom XV. Aerztetage (Pernau)	903	08
Zinsen	33	—

Ausgaben:

	Rbl.	Kop.
Juni 1.: Telegramm aus Pernau an Dr. Truhart.	1	—
Juli 17.: Porto und Marken	—	71
Nov. 6: An die «St. Petersb. med. Wochenschrift» für Druck der Protokolle.	145	—
— Porto dafür	—	35
Mai 25. Für einen Kranz zur Beerdigung des Stadthauptes Dr. med. v. Bock.	25	—
Juli 24.: d. Sekretär Dr. Engelmann (für Versendung der Protokolle etc.)	35	—
Porto dafür.	—	25
Drucksachen C. Mattiesen	15	85
Inserate 23 Rbl. 45 Kop. Marken 34 Kop. . . .	23	79
Saldo für den nächsten Aerztetag	689	53
Summa . .	936	48

8. Bestimmung der Zeit und des Ortes des nächsten Aerztetages.

Präses: Es liegen 2 Einladungen für den nächsten Aerztetag vor, eine seitens des Arensburger Stadtamtes, die 2. seitens der Badedirektion in Kemmern.

Die Versammlung entscheidet sich als nächstjährigen Versammlungsort Arensburg zu wählen, als Termin wird die Zeit vom 10.—15. August bestimmt und die genauere Fixirung dem Vorstande überlassen.

9. Wahlen: Es werden gewählt

1) zum Präses: Prof. Dehio, Jurjew (Dorpat).
2) zum Vizepräses: Dr. Ch. Ströhmberg, Jurjew (Dorpat).
3) zum I. Sekretär: Dr. G. v. Engelmann, Riga.
4) zum II. Sekretär: Dr. Anderson, Jurjew (Dorpat).
5) zum Kassaführer: Dr. Pfaff, Jurjew (Dorpat) als Stellvertreter eines durch den Vorstand zu designierenden Kollegen in Arensburg.

10) Dr. M. Schmidt — Riga: Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den drei Ostseeprovinzen.

Meine Herren Kollegen!

Als Vorsitzender der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den 3 Ostseeprovinzen» erbitte ich mir Ihre Auf-

merksamkeit, um Ihnen über die Tätigkeit der Gesellschaft seit ihrer Ueberführung nach Riga Bericht zu erstatten.

Im Jahre 1902 machte das Rigaer Lokalkomitee der damals in Dorpat domizilierenden «Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den 3 Ostseeprovinzen» Vorschläge, welche dahin gingen, erstens diesem Lokalkomitee, sowie allen sonst noch sich bilden wollenden Lokalkomitees eine legale Existenzberechtigung zu schaffen und demselben ein Stimmrecht in Angelegenheiten der Gesellschaft zu gewähren. Das Projekt eines solchen Filialstatuts sandte das Rigaer Lokalkomitee nach Dorpat ein. Die Verwaltung der Gesellschaft fragte darauf an, ob das Rigaer Lokalkomitee eventuell geneigt sei, selbst die Verwaltung zu übernehmen, und verlegte nach Empfang einer bejahenden Antwort den Sitz der Gesellschaft von Dorpat nach Riga. Die Genehmigung des Herrn Ministers des Innern zu dieser Ueberführung erfolgte gegen Schluss des Jahres 1902, und nachdem dieselbe eingetroffen war, machte die Gesellschaft sich daran, das projektierte Filialstatut nochmals durchzusehen, und genauer auszuarbeiten, um es zur Bestätigung in Petersburg vorzustellen. Dieses Projekt suchte im wesentlichen den Gedanken zu verwirklichen, dass die einzelnen Lokalvereine, ebenso wie der Kontrolverein in Riga, möglichste Selbständigkeit haben sollten, und dass bei Inangriffnahme grösserer Unternehmungen die einzelnen Lokalvereine auch direkt mitsprechen und direkt proportional ihrer Mitgliederzahl mitstimmen sollten. Die Beschlüsse sollten gemäss den einlaufenden Voten der Lokalvereine und dem Votum der Rigaer Centrale gefasst werden, und für Annahme oder Ablehnung sollte direkt die Anzahl der hinter den entsprechenden Voten stehenden Mitglieder entscheidend sein. Auf Wunsch des Herrn Dr. Kusik — Reval, welcher Mitglied des Verwaltungsrats ist, wurde dieses projektierte Filialstatut nach Reval eingeschickt, damit die dortige Gruppe von Interessenten an der Sache sich damit bekannt mache, und Stellung dazu nehme. Ende Februar 1903 lief ein Schreiben aus Reval ein, welches den Standpunkt vertrat, die Gründung von Filialen sei nicht günstig, wegen der Möglichkeit zu grosser Zersplitterung; dagegen schlug die Revalenser-Gruppe eine Organisation vor in der Art der Unterstützungskasse für evangelisch-lutherische Gemeinden in Russland, d. h. es sollten nur gleich-

berechtigte Lokal-Vereine existieren, und ausserdem ein Central-Komitee, das zu bilden sei aus Delegierten dieser Lokal-Vereine. Seitens der Lokal-Vereine sei die Hälfte der eingelaufenen Mitgliedsbeiträge an das Central-Komitee abzuführen, über die übrigen Einnahmen verfüge der Lokal-Verein nach eigenem Ermessen: das Central-Komitee habe die Gesammtheit der Lokal-Vereine zu einem Ganzen zusammenzufassen, und vermöge der durch die Lokal-Vereine in seine Kasse fliessenden Mittel nach Bedarf die von den Lokal-Vereinen erstrebten Ziele zu fördern etc. Obgleich der Verwaltungsrat der Gesellschaft nicht der Meinung war, dass durch das von ihm projektierte Filialstatut eine Zersplitterung zu befürchten wäre, schlug er der inzwischen stattfindenden Generalversammlung vor, einstweilen das fertig ausgearbeitete Filialstatut bei Seite zu stellen, um die Vorschläge der Revalenser genau durchzuberaten, lediglich aus dem Gesichtspunkt, durch weitestes Entgegenkommen möglichst ausgedehnte Kreise der baltischen Heimat zur Mitarbeit an den Zielen der Gesellschaft heranziehen zu können. Mehrere Sitzungen wurden dieser Frage gewidmet, zuletzt eine Kommission niedergesetzt, deren Gutachten in Kürze etwa zu folgenden Resultaten kam: «Nach den ursprünglichen, bei Gründung der Gesellschaft bestätigten Statuten können ausserhalb Riga's lebende Personen nur in der Weise für die Gesellschaft tätig sein, dass sie Beiträge sammeln und dieselben einschicken. Es erscheint der Kommission nicht wahrscheinlich, dass auf diesem Wege das Interesse für die Tuberkulose-Frage auch nur entfernt so lebendig sein wird, als wenn sich lokale Vereine bilden, welche selbst etwas schaffen, und selbst bei den Aufgaben und Arbeiten der ganzen Gesellschaft mitsprechen können. Wenn man aber überhaupt die Gründung von solchen Lokal-Vereinen oder Filialen, — auf den Namen kommt es gar nicht an, — ins Auge fasst, dann, meint die Kommission, ginge es nicht auf dem von Dr. Kusik vorgeschlagenen Wege. Gegen den Vorschlag des Herrn Dr. Kusik, eine Anzahl von Lokal-Vereinen zu gründen und aus Delegierten dieser Lokalvereine ein Central-Komitee zu schaffen, spricht folgendes: bei der Regierung wird sich schwerlich eine solche Verfassung durchsetzen lassen, indem sich weder in der Gesetzessammlung, noch in den Statuten anderer Vereine ein Analogon dafür finden lässt, im Gegen-

teil, der Staat kennt nur Verwaltungs-, resp. Exekutionsorgane privater Gesellschaften, welche unter der Kontrole der Generalversammlung stehen, und deren Appellationsinstanz diese Generalversammlungen sind. Das, was Herr Dr. Kusik vorschlägt, ist aber ein Organ, welches über den Generalversammlungen steht und keine Appellation von seinen Handlungen und Verfügungen zulässt. Hierzu kommt ferner, dass die Kreierung des, sagen wir, zum mindesten ersten Central-Komitees unmöglich erscheint, weil seine Schaffung das Vorhandensein mehr als eines Lokalvereins voraussetzt; ob sich aber Lokal-Vereine bilden werden, ist eine Frage, die noch offen ist und es hiesse, die ganze für die 3 Ostseeprovinzen geschaffene Gesellschaft in ihrer ganzen Existenz gefährden, wenn man deren Organisation von einem Zufall abhängig machen wollte. Herr Dr. Kusik berief sich bei seiner Proposition auf das Statut der Unterstützungskasse für evangelisch-lutherische Gemeinden in Russland, — das erscheint, wenn man dieses Statut einer Prüfung unterzieht, völlig unhaltbar.

Die Unterstützungkasse ist kaum ein privater Verein zu nennen, eher als staatliches Organ der evangelisch-lutherischen Kirche aufzufassen. Sie steht unter der direkten Aufsicht und Leitung des Generalkonsistoriums, und ihre Hülfskomitees unter der der Provinzialkonsistorien. Das Generalkonsistorium schafft das Zentralkomitee, indem es die erste Wahlversammlung beruft und leitet u. s. f. Klagen über das Central-Komitee gehen an das Generalkonsistorium und den Minister, des Innern.

Der Verein zur Ausbildung Blinder und Schwachsichtiger, der Verein zur Verpflegung der Epileptiker und Idioten in Livland, ebenso der Verein zur Ausbildung Taubstummer kennen Zweigvereine, die aber nur die Berechtigung zur Einkassierung von Mitteln haben.

Sonach erschien der Vorschlag des Herrn Dr. Kusik betreffs des Central-Komitees undurchführbar, und die Kommission schlug vor, den Revalensern ihren Kommissionsentwurf zur Gründung von lokalen Zweigvereinen vorzulegen, welcher denselben grosse Selbständigkeit und sehr viel freies Verfügungsrecht gewährt.

Dieser Vorschlag ist in den ersten Tagen des Mai 1903 nach Reval abgegangen, und Anfang Juni 1903 lief die Ant-

wort der Revalenser auf dieses ihnen übermittelte Kommissionsgutachten ein. In derselben wird auf die Bildung eines Centralkomitees verzichtet, doch gleichzeitig die Forderung erhoben, der Verwaltungsrat in Riga solle zusammengesetzt sein aus Vertretern der Hauptgesellschaft in Riga und der Filialen, prozentual nach der Anzahl der Mitglieder, welche diese verschiedenen Gruppen repräsentieren. Ebenso ist der Anspruch beibehalten, in den Statuten solle festgelegt werden, dass 50 pCt. der Mitgliedsbeiträge an den Hauptverein abgeführt werden, alles übrige aber zu freier Verfügung der Filialen zu verbleiben habe. Der Verwaltungsrat hat sich in seiner Sitzung vom 20. September 1903 nochmals mit dieser Frage beschäftigt und hat beschlossen, folgende Ausführungen nach Reval zu richten: «Wir haben uns überzeugen müssen, dass ein Statutenpunkt, welcher die Entscheidung von Fragen auf Grund prozentualer Berechnung der Anzahl der Mitglieder in den Filialvereinen und im Hauptverein schon im Schosse des Verwaltungsrats festsetzt, die staatliche Genehmigung schon deshalb nicht erhalten kann, weil der Verwaltungsrat blos die Fragen für die Generalversammlung vorbereitet.

Die Entscheidung liegt bei der Generalversammlung, ebenso wie die Wahl der Glieder des Verwaltungsrats der Generalversammlung zusteht, und wir haben daher den Punkt so gefasst, dass wir sagen, der Verwaltungsrat sei gehalten, die Meinung aller Filialvereine zu erbitten, und habe dieselben dann mit allen Motiven der Generalversammlung vorzulegen. Selbst wenn es möglich wäre, die staatliche Genehmigung für eine Organisation im Sinne der Herren Revalenser zu exportieren, würden sich praktisch sehr grosse Schwierigkeiten ergeben, da die Mitgliederzahl doch eine alljährlich wechselnde sei und da man für ein verflossenes Jahr wohl sagen könne, wieviel Mitglieder gezählt wurden, für ein bevorstehendes aber gar keine sicheren Anhaltspunkte zu finden sind. Sollen die Repräsentanten der Filialen, welche Mitglieder des Verwaltungsrates sind, zu den Sitzungen sich nach Riga begeben, so würde das eine unerträgliche Belastung derselben bedeuten und den Geschäftsgang voraussichtlich sehr komplizieren und erschweren. Sollen in Riga ansässige Personen mit der Repräsentanz betraut werden, so wäre das inso-

fern eine überflüssige Massregel, als der ganze Verwaltungsrat es sich stets zur Ehre rechnen wird, die Interessen der Filialen zu vertreten. Die eventuellen Repräsentanzmitglieder der Filialen im Verwaltungtungsrat könnten ferner doch nur bei Fragen in Aktion treten, die sich auch auf die Filialen beziehen, bei allen denjenigen Fragen aber, die speziell nur Riga angehen, müssten sie inaktiv sein. In Bezug auf den Punkt der abzuführenden 50 pCt. der Mitgliedsbeiträge sind wir auch derselben Meinung wie früher, dass es nicht opportun ist statutengemäss das Prozentverhältniss festzulegen, Wir sind gern bereit, durch Geschäftsordnung 50 pCt. festzusetzen, aber wir wollen unsern Nachfolgern nicht die Freiheit nehmen, das Prozentverhältnis entweder zu erhöhen, oder zu erniedrigen. Zum Schluss wurde der Termin der beschlussfassenden Generalversammlung angegeben, und gebeten, es möchte aus Reval jemand zu dieser Generalversammlung erscheinen.

Das Filialstatut in der Form, wie es jetzt vorliegt, wurde am 6. Okt. 1903 von der Generalversammlung angenommen, und im Laufe desselben Oktobers nach Petersburg zwecks Bestätigung eingeschickt. Diese Bestätigung hat sehr lange auf sich warten lassen, etwa 5 Monate, und als sie dann eintraf, erwies es sich, dass das Papier gleich wieder zurückgehen musste, weil sich sinnstörende Schreibfehler eingeschlichen hatten, die wir nicht das Recht hatten, hier zu verbessern. Erst Ende Mai 1904 sind wir mit dieser Angelegenheit ins reine gekommen, und wenn sie sich die wenigen Paragraphen ansehen, welche neu zu dem Statut hinzugekommen sind, so werden Sie denselben nicht ansehen können, welche Summe von Mühe und Arbeit in ihnen steckt, wie viele Sitzungen mit und ohne Hinzuziehung Sachverständiger nötig waren um diese Ergänzung der Statuten ins Leben zu rufen.

Herr Dr. Bosse hat Ihnen vor einem Jahre Mitteilung gemacht von dem Projekt, im Verein mit der Stadt Riga ein Sanatorium in Oger zu bauen. Dieser Plan, welcher mit grossem Eifer gefördert wurde, und der in der Tat Aussicht zu seiner Verwirklichung bot, ist gescheitert, im wesentlichen wohl wegen Mangels an Mitteln. Grosse Schwierigkeiten lagen von vorn herein in der Frage, wie die Kommune Riga und der private Verein sich zur Erreichung des Zieles vereinigen

sollten, und um so grösser waren die Schwierigkeiten, als der Verein ja gar keine bindenden Vorschläge und Abschlüsse in betreff seiner eigenen pekuniären Beihülfe für das Werk machen konnte. Endlich war auch ein grosses Widerstreben seitens der, die Sommerkolonie Oger bewohnenden Rigenser vorhanden, ihnen war der Gedanke, Oger solle ein Sanatorium erhalten, sehr unsympathisch, auch wenn dieses Sanatorium mehrere Werste tiefer ins Land hinein aufgebaut werden sollte. Zum Schluss des Jahres 1903 aber eröffnete sich eine neue Aussicht, indem der Graf Medem, Besitzer des Gutes Stockmannshof, uns einen Platz auf seinem Terrain in Aussicht stellte, und den Verwaltungsrat aufforderte, sich den Platz anzusehen, und zu entscheiden, ob er sich eignen würde. Der Graf wollte unter den günstigsten Bedingungen den Grund und Boden hergeben, und war bereit, auch sonst möglichstes Entgegenkommen zu zeigen. Zweimal sind wir draussen gewesen, und haben einen Platz bezeichnet, der in seltener Weise sich zu dem gedachten Zwecke eignen müsste, hochgelegen, auf trockenem Sandboden, auf dem hohen felsigen Ufer der gewaltig dortselbst strömenden Düna, mit schöner Fernsicht, von allen Seiten Windschutz durch Wald und durch Bodenerhebung, nur nach Süden zur Düna hin offen,— ein Platz, der nicht nur reine Waldluft und Windschutz gewährt, sondern auch durch landschaftliche Schönheit, durch freie weite Fernsicht, durch den grandiosen Ausblick auf den schönen schnellströmenden Fluss von wohltätigstem Einfluss auf das Gemüt der Kranken zu wirken verspricht. Es gelang uns, zu diesen Exkursionen den Herrn Ingenieur-Architekt Hilbig heranzuziehen, der als erfahrener Fachmann uns von wesentlichstem Nutzen war. Dieser zuletzt erwähnte Platz hatte auch seine volle Billigung, um so mehr, als die Wasserversorgung durch eine dortselbst rinnende Quelle gesichert zu sein schien. Herr Architekt Hilbig hat sich der grossen Mühe unterzogen, eine Skizze des projektierten Sanatoriums zu entwerfen, berechnet auf 50 Kranke, eine Anzahl, welche es ermöglicht, das Sanatorium sich selbst erhalten zu lassen, ich habe diese Skizze mitgebracht, und die Herren können sich ansehen, wie wir uns ungefähr die geglaubte Heilstätte denken. Der ungefähre Kostenanschlag aber beträgt etwa 125,000 Rubel, und wir besitzen erst im ganzen 8200 Rubel.

Nichtsdestoweniger waren wir zu Beginn des Jahres guten Mutes und fest entschlossen, energisch vorzugehen. Vor allem wollten wir in weitesten Kreisen durch persönliche Verwendung und durch Inanspruchnahme von Institutionen, Gesellschaften und Privatpersonen möglichst viel Mittel in Form von Spenden erzielen, und dann schwebte uns vor, durch Belastung des Baues mit Hypotheken, die vielleicht unverzinslich, aber jedenfalls rückzahlbar sein sollten, grössere Mittel flüssig zu machen, — da brach der Krieg aus und zwang uns, angesichts der grossen Inanspruchnahme für Kriegszwecke jeder Art, und wegen der grossen Schwierigkeiten, mit dem Handel und Wandel infolge des Krieges zu kämpfen haben, einstweilen zurückzutreten. Dass dieses nur ein kurzdauernder Stillstand sein möge, ist natürlich unser heisser Wunsch, und ein absoluter Stillstand ist es ja auch nicht; wir sammeln weiter unsere Mitgliedsbeiträge ein, und das Kapital wächst immerhin in bescheidener Weise an. Sehr wünschenswert wäre es aber, dass auch anderwärts das Einsammeln von Mitgliedsbeiträgen nicht ins Stocken gerate, sowohl in den Städten als auch auf dem flachen Lande. Seitdem die Verwaltung des Vereins nach Riga übergeführt ist, hat das Sammeln hier in Dorpat z. B. fast ganz aufgehört, und Dorpat wäre doch ein sehr dankbarer Boden für die Bestrebungen des Vereins, der Beginn der Vereinstätigkeit hier in Dorpat hat das bewiesen. Im Jahre 1902 wurden aus Dorpat nach Riga transferiert 1987 Rbl. 78 Kop., im Jahre 1903 — 108 Rbl., im ganzen also etwa 2100 Rbl. Da unser Kapitalbestand etwa 8200 Rbl. beträgt, so sind somit in Riga 6100 Rbl. bisher gesammelt worden.

Das Filialstatut gewährt etwa sich bildenden Filialen die grösste Selbständigkeit, wir haben die Absicht, durch Geschäftsordnung festzusetzen, dass lediglich die Hälfte der ordentlichen Mitgliedsbeiträge an die Hauptgesellschaft abgeführt wird, die andere Hälfte, ebenso wie etwaige Spenden und Stiftungen bleiben zur Disposition des Filialvereins, der auf diese Weise in der Lage ist selbständige Wege zu gehen. Es liegt nicht in der Absicht des Hauptvereins, alle Gewalt an sich zu reissen und das ganze Land in seine Botmässigkeit zu zwingen, sondern wir haben den grossen Wunsch, das Interesse an der Sache des Kampfes mit der

Tuberkulose möchte im ganzen Lande ein so intensives sein, dass wir auf Früchte hinweisen könnten, welche von diesem Interesse gezeitigt wurden.

Diskussion:

Präses Prof. Dehio erkundigt sich nach den Plänen der Gesellschaft für die nächste Zeit, ob zunächst nur Geld gesammelt werden soll oder interimistische kleinere Unternehmungen geplant werden.

Dr. Schmidt: Die Gesellschaft hat ausschliesslich die Gründung eines Sanatoriums im Auge, als Krystallisationspunkt, von dem aus sich das Weitere entwickeln soll, Reconvalescentenheim . . . . . etc. Daher sollen zunächst nur die nötigen Mittel gesammelt werden.

Dr. Koppel — Jurjew (Dorpat) fragt, ob die Gesellschaft versucht hat über die Zahl der Schwindsüchtigen im Lande sich nähere Daten zu verschaffen und ob es nicht geraten erscheine, solange die Gesellschaft nicht an den Bau von Sanatorien gehen könne, durch Broschüren die Bevölkerung über die Natur der Krankheit und über die nötigen Behandlungen und Schutzmassregeln aufzuklären. Dadurch würde dem Sanatorienbau vorgearbeitet werden und es würden auch die Gaben reichlicher einfliessen, wenn das Interesse geweckt würde. Zeitungsnotizen seien nicht ausführlich genug, behandelten immer nur einzelne Seiten der Frage.

Zur Sammlung von Daten könnte man versuchen die auf dem Lande lebenden Kollegen heranzuziehen, die ja, wenn auch nicht genaue, so doch annähernde Berichte aus ihrem Wirkungskreise geben könnten, die recht wichtig wären.

Dr. Schmidt: Die statistische und wissenschaftliche Seite der Frage ist bisher noch nicht in Angriff genommen worden. Genaue Daten, die allein wertvoll wären, sind zunächst nicht zu beschaffen, die der Medizinalabteilung eingelieferten Berichte genügen dazu nicht. Der Nutzen, den Broschüren schaffen könnten, ist nicht zu leugnen und auch bereits in Erwägung gezogen. Bisher sind nur Artikel in verschiedenen Zeitungen publiziert worden.

2. Prof. Dehio: «Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».

Prof. K. Dehio machte folgende Mitteilungen über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1903.

Im Jahre 1903 betrugen die Einnahmen der Gesellschaft 28494 Rbl. 92 Kop., die Ausgaben 30435 Rbl. 96 Kop., für welche Summe zwischen 184 und 177 Lepröse mit insgesamt 64093 Krankentagen verpflegt worden sind. Somit hat jeder von der Gesellschaft verpflegte Lepröse 41,7 Kopeken täglich oder 152 Rbl. 10 Kop. pro Jahr gekostet.

Da die livländische Landeskasse jährlich 120 Rbl. für jeden von der Gesellschaft verpflegten Leprösen zahlt, so hat die Gesellschaft, wie ersichtlich, 32 Rbl. 10 Kop. für jeden ihrer Pfleglinge aus eignen Mitteln zugezahlt. Diese Mittel sucht die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra durch Mitgliedsbeiträge und zu sammelnde wohltätige Spenden aufzubringen. Es ist nun leider nicht zu leugnen, dass die Ergiebigkeit der Geldsammlungen unserer Gesellschaft in den letzten Jahren viel geringer gewesen ist als früher, und dass die Schwierigkeiten, mit denen der Unterhalt unserer Leprosorien zu kämpfen hat, wachsen. Es kommt also alles darauf an, den Betrieb der Leprosorien billiger zu gestalten und nach allen Richtungen die äusserste Sparsamkeit walten zu lassen.

So hat sich der Verwaltungsrat in erster Linie aus Sparsamkeitsrücksichten dazu entschlossen, vom 1. Januar 1904 ab das Leprosorium Nennal zu schliessen und die daselbst befindlichen Kranken nach Tarwast überzuführen.

Erleichtert wurde uns dieser Entschluss dadurch, dass die Zahl der Aussätzigen, welche in unseren Leprosorien Unterkunft und Pflege suchen, in den letzten Jahren eine absteigende Tendenz gezeigt hat. Zum 1. Januar 1902 hatten wir 196 Lepröse in unserer Obhut (die höchste überhaupt erreichte Zahl), zum 1. Januar 1903 — 184 und zum 1. Januar 1904 — 177 Lepröse. Seither hat sich die Zahl noch weiter vermindert, und wir müssen annehmen, dass sie in der nächsten Zukunft auch nicht zunehmen wird. Denn so lange die ministerielle Einwilligung zur Anstellung eines speziellen Leprarztes für Livland, um welche unsere Gesellschaft schon im Jahre 1901 nachgesucht hat, noch aussteht, wird es an der systematischen Ueberwachung der Leprösen in Livland

fehlen, und die Abfertigung der Aussätzigen in unsere Leprosorien wird nur mangelhaft vor sich gehen.

Aus den speziellen Jahresberichten über unsere Leprosorien, welche von den verwaltenden Aerzten Herren Dr. Koppel für Muhli, Dr. Soonetz für Nennal, Dr. Kiwull für Wenden und Dr. Pallop für Tarwast vorgelegt wurden, ist folgendes zu erwähnen:

In Muhli befanden sich zum 1. Januar 1903 17 Kranke. Neu hinzugekommen sind im Laufe des Jahres 3, es traten aus 4, es verblieben somit zum 1. Januar 1904 16 Kranke. Die Naturalverpflegung kostete 15,9 Kop. pro Kopf und Tag.

In Nennal befanden sich zum 1. Januar 1903 — 31 Kranke. Von ihnen schieden aus 7, starben 6 und kamen neu hinzu 4, so dass zum 1. Januar 1904 22 Kranke verblieben. Die Naturalverpflegung kostete 13,3 Kop. pro Krankentag.

In Wenden waren zum 1. Januar 1903 56 Kranke vorhanden; es kamen hinzu im Laufe des Jahres 16, es traten aus 12, es starben 3 und es verblieben also zum 1. Januar 1904 57 Kranke. Die Naturalverpflegung pro Kopf und Tag betrug 14,6 Kop.

In Tarwast befanden sich zum 1. Januar 1903 86 Kranke; im Laufe des Jahres kamen hinzu 13, traten aus 5, starben 12, und es blieben zum 1. Januar 1904 82 Kranke. Die Naturalverpflegung stellte sich auf 13,5 Kop. pro Kopf und Tag.

Es befanden sich also zum 1. Januar 1904 im ganzen 177 Lepröse in der Obhut unserer Gesellschaft, gegen 184 zum 1. Januar 1903.

3. Dr. Keilmann-Riga: «Bericht der, vom 15. Aerztetag gewählten Kommission in Sachen der Aufbesserung der Hebammenverhältnisse.

M. H. Das Endziel aller Bestrebungen im Gebiete des Hebammenwesens muss eine Ordnung der Dinge sein, die in Stadt und Land jeder Frau — auch der Aermsten den Schutz der Wissenschaft für Leben und Gesundheit bei Geburt und Wochenbett garantiert (Brennecke). Dass bei uns zu Lande das vorhandene Hilfspersonal sich solcher Aufgabe noch nicht bewusst und andererseits solche Aufgabe zu erfüllen nicht imstande ist, kann leider nicht in Zweifel gezogen werden.

Die augenblicklich tätigen Hebammen, z. T. ungenügend vorgebildet, sehen ihre Aufgabe in der Durchführung gewisser Hilfeleistungen, die nicht etwa eine wissenschaftliche Basis haben, sondern vielmehr in Aberglauben und Vorurteilen wurzeln, wie sie sich nicht nur in ungebildeten Kreisen der Bevölkerung finden. Aber auch diejenigen, die ausreichend geschult in die Praxis treten, erlahmen im Kampfe gegen die Einsichtslosigkeit des grossen Publikums oder werden im Kampfe besiegt von dem althergebrachten Usus — zum Teil weil sie in ihren Bestrebungen nicht genügend Unterstützung haben, zum Teil weil es ihnen an genügender Kraft ihrer eignen Ueberzeugung fehlt, endlich weil sie ursprünglich nicht die Fähigkeit haben eigene Erfahrung und Beobachtung kritisch zu verwerten.

Während beispielsweise die Erfahrung in der Praxis das Wissen des Arztes mehrt, nähert sich die mit geringer Bildung ausgestattete, geistig nicht geschulte Hebamme mit jedem Jahr ihrer selbstständigen Tätigkeit, die sie ohne Führung und Kontrolle ausübt, mehr und mehr dem Typus des «alten Weibes» und man kann, abgesehn von einigen Ausnahmen, sagen, dass je älter eine Hebamme ist, desto weniger brauchbar wird sie zur erfolgreichen Ausübung ihres Berufes. Auch diejenigen, die Interesse und guten Willen haben, die schulmässige Ausbildung sich zu erhalten und sich darin zu fördern, verfallen schliesslich doch einer regressiven Metamorphose, weil ihnen jede Möglichkeit zur Fortbildung fehlt, ihnen keine Mittel zur Anregung, Auffrischung und Förderung ihrer Kenntnisse zur Verfügung stehn.

Die vom XV. Aerztetage zu Pernau gewählte Kommission zur Ausarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich einer Verbesserung der Hebammenverhältnisse hat daher zur Erreichung dieses Zieles zwei Grundforderungen aufstellen zu müssen geglaubt.

1) Höherer allgemeiner Bildungsstand der Hebamme.

2) Ermöglichung der Fortbildung bereits praktizierender Hebammen und Organisation einer dieselben fördernden, ihre Erfahrung sichtenden Kontrolle.

In Bezug auf den ersten Punkt hat die Kommission sich von der Irrealisierbarkeit durchgreifender Reformen überzeugen müssen. Es war der Plan erwogen worden, für gebildeten

Ständen angehörende Frauen und Mädchen, die in Krankenpflege und Geburtshilfe geschult, sich auf dem Lande entsprechender Tätigkeit widmen wollen, passende Lebensstellungen zu schaffen. Die Unterbringung in Doktoraten oder Pastoraten war von kompetenten Personen als möglich bezeichnet worden, doch ist von Aerzten und Pastoren gleichzeitig betont worden, dass solche Hebammen zum Teil gar keine Tätigkeit finden, zum Teil bei Ausübung ihres Berufes auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen würden. So muss, obgleich in Alt-Schwaneburg ein derartiger Hebammenposten, aus privater Initiative geschaffen, schon längere Zeit besteht und eigentlich zur Nachahmung anregt, die Kommission doch von bestimmten Vorschlägen nach dieser Richtung absehen.

Es werden demnach bis auf weiteres aus den resp. Gemeinden stammende Frauen für den Hebammenberuf ausgebildet werden müssen, wobei die gesetzliche Forderung guter Elementarbildung allerdings streng eingehalten werden muss.

In Rücksicht auf diese Verhältnisse aber glaubt die Kommission um so mehr Massnahmen befürworten zu müssen, die geeignet sind den praktizierenden Hebammen ihr Pflicht- und Verantwortungsgefühl wach zu erhalten und durch geeignete Kontrolle dieselben in ihrer Erfahrung zu unterstützen und anzuregen, sowie eine Auffrischung und Erweiterung ihrer Kenntnisse zu ermöglichen.

Als Massnahmen nach dieser Richtung wären zu empfehlen:

1) Die Organisation einer regelmässigen Berichterstattung.

2) Die Einrichtung von Repetitionskursen.

3) Die Herausgabe einer monatlich erscheinenden Hebammenzeitung.

Die Einführung der Berichterstattung würde die Hebamme zur Kritik ihrer eignen Erfahrung anregen und zugleich das Bewusstsein der Verantwortlichkeit wach erhalten; zugleich würde sich ein wertvolles Material zur Beurteilung der geburtshilflichen Verhältnisse ergeben. Die Art der Berichterstattung müsste eine bequeme sein; auf vorgedruckten Karten müssen die Notizen zu machen sein und alle Berichte müssten an einer Centralstelle zusammenlaufen. Ob die Berichterstattung allgemein obligatorisch gemacht werden kann, lässt sich vor der Hand nicht beurteilen; den auf Kosten der Ritterschaft geschulten Hebammen liesse sich aber ohne weiteres

die Pflicht der Berichterstattung auferlegen und es ergäbe das einen wertvollen Versuch, dessen Ausfall weitere Massnahmen veranlassen könnte.

Der Aerztetag müsste mit diesem Vorschlag an die Ritterschaft herantreten und wenn diese denselben im Prinzip annimmt, so wäre die spezielle Organisation der Berichterstattung auszuarbeiten.

Der Wert von Repetitionskursen kann einer Diskussion nicht weiter unterliegen, hier ist nur die Frage wichtig, wie sich solche durchführen lassen. Zwar ist bei Gründung der Rigaer Hebammenschule darauf Bedacht genommen worden und das Recht Repetitionskurse abzuhalten ist statutenmässig gesichert, doch ist die Schwierigkeit, praktizierende Hebammen zur Teilnahme an denselben zu veranlassen, meist ohne gesetzlichen Zwang nicht zu umgehen; insbesondere auswärtige Hebammen wird man ohne Gewährung besonderer Vorteile, wie Gehaltszulage resp. Geldentschädigungen, kaum zur Teilnahme an Wiederholungskursen bewegen können, da sie im allgemeinen leider das Bedürfnis nach Weiterbildung nicht empfinden. Die Kommission muss auch hier von speziellen Vorschlägen absehen, ehe Arztetag und Ritterschaft die Notwendigkeit der Repetitionskurse im Prinzip anerkannt haben.

Unabhängiger von den Entschliessungen der einzelnen Hebamme wäre die Herausgabe einer Hebammenzeitung. Diese könnte in gewissem Sinne die Repetitionskurse ersetzen, indem sie im Laufe des Jahres Artikelserien bringt, die in geeigneter Weise wichtige, geburtshilflich — praktische Fragen behandeln. Durch die Zeitung könnten weiter Pflicht- und Standesfragen in nutzbringender Weise beleuchtet werden und nicht zuletzt könnte ein Konnex geschaffen werden zwischen Hebammen und Aerzten, die als beständige Lehrer der praktischen Geburtshilfe sich auf die Zeitung stützen könnten in den Anforderungen, die sie an die unter ihrer Aufsicht im einzelnen Falle tätige Hebamme zu stellen haben; dadurch würde eine wirksame Beeinflussung der praktizierenden Hebamme zustande kommen. Endlich könnte manche Hebamme, die Rat und Aufklärung über Vorkommnisse ihrer Praxis braucht, dieselbe von der Schriftleitung der Zeitung erhalten.

Eine solche Zeitung müsste in lettischer, estnischer und deutscher Sprache erscheinen, den Bedürfnissen des Landes entsprechend. Dieser Umstand würde aber die pekuniäre Seite des Unternehmens sehr belasten. Die Zahl der Abonnenten wird, wenn auch Aerzte sich daran beteiligen, in den einzelnen Gruppen voraussichtlich gering sein, der Abonnementspreis muss ein niedriger sein, und viele Exemplare werden bestimmten Personen gratis zuzustellen sein; aus eignen Mitteln wird eine derartige Zeitung sich daher nicht erhalten können. Nach vorläufiger Besprechung mit einem Verleger würde eine Subvention von 900 bis 1000 Rbl. erforderlich sein, um eine livländische Zeitung herauszugeben und ihr eine nutzbringende Existenz zu sichern. Die Kommission zweifelt nicht daran, dass sowohl der Aerztetag, wie auch die Ritterschaft sich geneigt zeigen wird, mitzuhelfen an der Schaffung eines die geburtshilflichen Verhältnisse des Landes wesentlich fördernden Einrichtung, deren Nutzen nicht nur Aerzten und Hebammen, sondern auch weiteren Kreisen zugute kommen muss.

Diskussion:

Dr. Sintenis-Pernau: Als das Wichtigste erscheint, dass eine Aufsicht über die Hebammen durch Meldepflicht etc. möglichst allgemein eingeführt wird, Repetitionskurse allein würden wenig nützen.

Dr. Hörschelmann-Rappin: Die Hebammen aus bäuerlichem Stande, deren Vorbildung nur in Lesen und Schreiben bestand, können wir, wie sie aus der Rigaschen Schule hervorgehen, acceptieren, wenn wir für Fortbildung derselben durch Kontrolle, Repetitionskurse u. s. w. sorgen. Für die Anstellung und Beschaffung derselben erhalten wir und hoffen auch ferner darauf, Mittel von der Ritterschaft. Wir wollen aber dabei nicht stehen bleiben, sondern auch Frauen gebildeterer Stände, wenn auch zunächst nur einer oder zweien in jedem Kreise, die Möglichkeit schaffen, auf dem Lande als Hebammen tätig zu sein. Um auch hierzu die nötigen Mittel zu beschaffen, schlage ich vor, dass der Aerztetag die Initiative zur Gründung eines «Frauenvereins» ergreift.

Dr. Keilmann: Die Ritterschaft liess sich angelegen sein, auch für den estnischen Teil Hebammen zu beschaffen, zunächst müssen die Schülerinnen für Nordlivland aber, um in Riga ausge-

bildet zu werden, ausser der estnischen auch eine andere Sprache kennen. Die demonstrierten Kontrollkarten beziehen sich auf die rigaschen städtischen Armenhebammen.

Dr. Harmsen-Blieden, fragt an, ob die Kommission es nicht für zweckmässig hält, neben den vorgeschlagenen Mitteln zur Weiterbildung der Hebammen einen Hebammen-Kalender herauszugeben und zwar in deutscher, lettischer und estnischer Sprache. Ein solcher Kalender müsste neben kurzer Repetition früherer Instruktionen und Angabe weiterer Fortschritte des Hebammenwesens auch noch offene Blätter enthalten, die der Hebamme zu vorläufigen Notizen für die spätere Berichterstattung dienen könnten.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Vor 11 Jahren wurde auf dem Aerztetage an diesem Orte der Beschluss gefasst, behufs Förderung und Belebung des Hebammenstandes, die Mittel zur Herausgabe eines Hebammenkalenders in den Landessprachen aus der Kasse unserer Aerztegesellschaft auszuwerfen. Ein solcher Hebammen-Kalender hat vielleicht einen wesentlichen Vorzug vor temporären Zeitschriften. Ich erlaube mir daher die Anfrage, wie es mit der Herausgabe dieses Kalenders, der meines Wissens mehrere Jahre tatsächlich erschienen ist, gegenwärtig steht?

Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Der Hebammen-Kalender ist nur in 2 Jahrgängen erschienen, die zweite Edition wurde mit grosser Schwierigkeit vertrieben, weil die Hebammen wohl meinten, sich mit dem Inhalte des ersten Jahrganges begnügen zu dürfen. Um den Kalender jeder Hebamme bequem zugänglich zu machen, hätte derselbe überdies eigentlich in drei oder vier Sprachen erscheinen müssen. In Erwägung dieser Schwierigkeiten wurde von weiteren Jahrgängen abgesehen.

Dr. Schneider-Trikaten: Ich möchte mich gegen die Proposition des Kollegen Hörschelmann, der Aerztetag solle zwecks Gewinnung gebildeter Hebammen auf dem Lande, die Gründung eines Frauenvereins inaugurieren — aussprechen: erstens, weil ich der Ansicht bin, dass ein solcher Verein kaum in der Lage sein dürfte die Gewähr für die Beschaffung der grossen zu diesem Zwecke erforderlichen Mittel auf die Dauer zu bieten und zweitens, weil ich auch den Zweck, die Kreierung solcher gebildeter Hebammen auf dem Lande, zur Zeit für ungeeignet halte. Zu Hebammen für das Landvolk

eignen sich, meiner Meinung nach, in erster Reihe Personen aus dem Landvolk. Diese für ihren Beruf möglichst weit heran — und später fortzubilden, sie den Aerzten möglichst zu attachieren und ihrer Kontrolle zu unterstellen, soll unsere Aufgabe sein. Die Schaffung einer zweiten Instanz aber in dem Verkehr zwischen Arzt und dieser Hebamme in Form von gebildeten Hebammen, denen, nach Ansicht des Vorredners, die ungebildeten unterstellt wären, halte ich für ungeeignet. Ich möchte daher vorschlagen, dass der Aerztetag die Vorschläge der Kommission, betreffend Begründung einer Hebammenzeitung, Berichterstattung, Repetitionskurse, annimmt, die Gründung eines Vereins und Schaffung von Hebammen für das Land aus den sogenannten besseren Ständen aber ablehnt.

Dr. Koppel-Jurjew (Dorpat) hält im Gegensatz zu Dr. Schneider die Proposition Dr. Hörschelmanns für berechtigt und wichtig. Es erhalten jetzt aus den verschiedenen Bevölkerungsschichten so viele junge Mädchen eine höhere Bildung, dass wohl eine hinreichende Anzahl von Teilnehmerinnen für solche Hebammenkurse sich finden würden, die auch nachher bereit wären, die Beschwerden ihrer Berufstätigkeit auf dem Lande auf sich zu nehmen. Sie müssten nur über die Notwendigkeit und die Möglichkeit einer solchen Ausbildung zu obigem Beruf aufgeklärt werden.

Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Seit dem Bestehen der Mellinschen Anstalt haben schon mehrere der gebildeten Gesellschaftsklassen angehörige Absolventinnen dieser Anstalt sich hernach einer Ausbildung in Hebammen-Instituten unterworfen. Es steht zu erwarten, dass diese Fälle sich mehren werden, je mehr die Vorurteile auch der gebildeten Gesellschaft gegen diese Berufswahl schwinden. Doch ist kaum zu erwarten, dass gerade diese Kräfte auf dem flachen Lande tätig sein werden.

Dr. Knorre-Riga rät in erster Linie Landbewohnerinnen zu Hebammen für das Land auszubilden und den Schwerpunkt auf die Repetitionskurse zu legen, die mit eiserner Strenge eingehalten werden müssen. Alle Versuche, die gebildeten Klassen zum Hebammenberuf heranzuziehen, sind in Deutschland zur Zeit als misslungen zu bezeichnen und dürften hier zu Lande, wo dieser Beruf noch weniger Achtung

und Verständniss geniesst, sich die gleichen Erfahrungen manifestieren. Den Hebammen bäuerlichen Standes könnte der Besuch der Repititionskurse dadurch genehmer gemacht werden, dass sie für diese Zeit der Abwesenheit vom Felde ihrer Tätigkeit, seitens lokaler Vereine gebildeter Frauen materiell sicher gestellt werden.

Dr. Keilmann stellt fest, dass die Zahl der Hebammenschülerinnen aus gebildeten Kreisen in Riga sich mehrt.

Dr. Keilmann schlägt vor, der Aerztetag möge mit dem Antrage an die Livländische Ritterschaft gehen, Massnahmen, entsprechend den Propositionen der Kommission, zur Fortbildung der Hebammen auf dem Lande zu treffen. Als einzelne Punkte seien zu betonen: 1) Herausgabe eines Lehrbuches, 2) Gründung einer Zeitung, 3) Obligatorische Berichterstattung, 4) Einrichtung von Repetitionskursen.

Die Versammlung beschliesst darauf, die Proposition Dr. Keilmanns anzunehmen und die Kommission zu beauftragen, die Formulierung des Antrages vorzunehmen.

An Stelle des auf den Kriegsschauplatz abgegangenen Kommissionsgliedes DDr. Katterfeld-Waldheim, wird Dr. Ruth-Riga gewählt.

4. Dr. W. v. Holst-Reval: Neue psychiatrische Erfahrungen. (Ist in dieser Zeitschritt 1904, Nr. 46 erschienen).

5. Prof. L. Kessler-Jurjew (Dorpat): Einfluss der Operationsdauer auf den postoperativen Verlauf. (Wird in dieser Zeitschrift erscheinen.)

Diskussion:

Dr. Knorre-Riga: Schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden an. Die Beckenhochlagerung ist zu empfehlen, sie giebt die Möglichkeit, die Eingeweide wenig zu dislozieren. Wichtig sei der Schutz der Eingeweide vor Abkühlung.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Ein wesentliches Moment, das noch nicht erwähnt worden ist und das vielleicht eine ebenso wesentliche Bedeutung für die Prognose der Operation hat, scheint mir die physiologisch normale Lage der Patienten während der Operation. Wenn ältere Patienten, die bereits bei dem geringsten Bücken Schwindelempfindungen haben, mit stark erhöhtem Kreuz stundenlang in Chloroformnarkose liegen müssen, in einer Lage, bei der die Druckverhältnisse

im Abdomen total veränderte werden, so muss dieser Umstand für den Operierten von Bedeutung werden.

Prof. Kessler schliesst sich Knorre an in Bezug auf die Empfehlung der Beckenhochlagerung. Die grosse Zahl der in dieser doch hochgradig unnatürlichen Lage ausgeführten Operationen, die ohne irgend welche schädliche Folgen für die Operierten verlaufen, beweist, dass diese Lage doch wohl keine besonderen Gefahren in sich schliesst.

Schluss der I. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

Zweite Sitzung.

Am Donnerstag, den 17. August um 3 Uhr Nachmittags.

I. Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat); **„Zur Hygiene der Schwangerschaft und des Wochenbettes“.** (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Diskussion.

Dr. Keilmann-Riga. Im Prinzip muss ich freudige Zustimmung äussern zu den Ausführungen des Kollegen Meyer, da der führende Gesichtspunkt derselben die Anerkennung der Schwangerschaft und des Wochenbettes als physiologische Zustände ist. Die Vorbereitung der Mädchen in jungen Jahren für ihre natürliche Bestimmung in dem vom Kollegen Meyer dargelegten Sinne unterliegt meiner Ansicht nach keiner Diskussion. Es ist erfreulich wieder zu hören, dass das übermässige Schonen bei bestehender Gravidität zu bekämpfen ist, das die Frauen geradezu zur Thrombose erzieht.

Im Wochenbett liegt meiner Ansicht nach die Sache so, dass eine bis dahin ungewohnte Gymnastik vielleicht nicht angebracht erscheinen könnte. Mir scheint es zweckmässig, dass hier die gewohnte Lebensweise möglichst bald wieder gestattet werde, wobei Umhergehen, Sitzen und Wiederaufstehen nicht ohne Inanspruchnahme der in Betracht kommenden Muskulatur vor sich gehen kann und auf diese Weise eine dem einzelnen Individuum selbstverständlich angepasste Gymnastik erzielt werden kann. Ich muss bestreiten, dass dem Auf-

stehen der Wöchnerin nach ca. 7—9 Tagen die Gymnastik im Bett als weniger kontraindiziert gegenübergestellt werden darf. Im Gegenteil glaube ich, dass das Umhergehen einen günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, den Appetit u. s. w. hat und die Erholung wesentlich fördert. Wenn aber die Wöchnerin elend und mit schwachem Herzen daliegt, so wird man sie als krank behandeln müssen und ihrem pathologischen Zustande Rechnung tragen müssen. Die Grundforderung ist natürlich aseptischer Verlauf; ist dieser sicher am 4. Tage erwiesen, so wird Aufstehen und Umhergehen natürlicher erscheinen als die Gymnastik.

Dr. v. Knorre-Riga weist darauf hin, dass während der Schwangerschaft die Zeiten berücksichtigt werden müssen, an denen die Periode sonst einzutreten pflegte; um diese Zeit sei, besonders in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft, vorsichtiges Verhalten und Schonung geboten, da gerade in diesen Tagen die Neigung zum Abort am ehesten vorhanden ist.

Prof. Dehio ist der Ansicht, dass die Erschlaffung der Bauchdecken, die nach der Geburt recht lange, oft für das ganze Leben nachbleibt, wohl durch zweckmässige, monatelang fortgesetzte gymnastische Uebungen günstig beeinflusst, verhütet und wohl auch geheilt werden kann. Die Gymnastik, die in sehr einfachen aktiven Bewegungen: Erhebungen des Oberkörpers aus der horizontalen Rückenlage, bestehen kann, führt auch bei nicht schwangeren Kranken, wenn sie lange und konsequent durchgeführt wird, zu einer deutlich bemerkbaren Kräftigung der Bauchmuskulatur und einer Besserung der abnorm ausgedehnten Bauchform.

Dr. J. Meyer: Die Wochenpflegerin darf nur unter Aufsicht des Arztes die gymnastischen Uebungen der Wöchnerin leiten, der Zustand des Herzens, der aseptische Verlauf des Wochenbettes sind vom Arzt vor Anwendung der Gymnastik zu bestimmen. Hauptsächlich sind die gymnastischen Uebungen für Wöchnerinnen empfehlenswert, die während der Schwangerschaft in dieser Richtung ihren Körper schon gepflegt haben. Die Ausführungen bezogen sich namentlich auf die zweite Hälfte der Schwangerschaft. In den ersten Monaten beachten die meisten Frauen ihren Zustand noch wenig. Die Bedeutung der Menstruationstermine für die Möglichkeit

des Abortes ist unanfechtbar und muss bei Empfehlung gymnastischer Uebungen durchaus beachtet werden. Der Vorzug der vorgeschlagenen hygienischen Massregeln gegenüber dem von Küstner und Keilmann eingeführten frühen Aufstehen der Wöchnerinnen, beruht auf dem Umstand, dass bei diesem Verfahren die erschlafften Muskeln des Beckenbodens wohl geübt, aber noch nicht dem Druck der auf ihnen ruhenden Eingeweide ausgesetzt werden, welcher bei aufrechter Haltung des Körpers leicht eine Schwächung derselben nach sich ziehen kann.

II. Dr. Keilmann-Riga: „Myom und Klimakterium". (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Diskussion:

Prof. Kessler erwähnt als weiteren Beleg dafür, dass das Klimakterium keine Grenze für Wachstum resp. vielleicht sogar Entstehung der Myome abgiebt, 2 Fälle: 1) Den Tateschen Fall, in welchem bei einer 65-jährigen ein Myom entfernt werden musste, nachdem vor 11 Jahren beide Ovarien entfernt worden waren. 2) Einen von ihm selbst beobachteten Fall bei einer 90-jährigen, die ihn wegen in letzter Zeit sich rasch vergrössernden Abdomens konsultierte; die Vergrösserung war durch ein Myom von der Grösse eines im 8. Monat schwangeren Uterus hervorgerufen.

Dr. Keilmann: 3 Fälle von kastrierten Frauen sind in dem vorgebrachten Material vorhanden. In einem Fall wurden von Keilmann nur die Ovarien entfernt, nach einem Jahr musste die Myomotomie ausgeführt werden. Redner lag es daran, der verbreiteten Meinung, dass das Klimakterium einen hemmenden Einfluss auf die Myome ausübe, entgegenzutreten.

III. Dr. J. Meyer-Jurjew (Dorpat) demonstriert 1) den myomatösen Uterus einer im 3. Monat graviden Frau, der wegen hochgradiger Beschwerden der Patientin durch supravaginale Amputation entfernt worden war. Der linken Kante des Uterus lag der grösste, fast mannskopfgrosse Myomknoten an, welcher intraligamentär entwickelt den Uterus nach hinten rechts verdrängt hatte, tief unter die Portio herabgerückt war und das kleine Becken fast ganz ausgefüllt hatte.

2) Ferner die rechtseitige, einen Fötus, von der Grösse des 7. Monats enthaltende, Tube einer Frau, bei welcher die sichere Diagnose (der Fötus war seit etwa 2 Monaten abgestorben) vor der Operation nicht hatte gestellt werden können. Noch während der Ausschälung des, zum grossen Teil intraligamentär entwickelten, Tumors war ein Ovarial-Kystom vermutet worden.

Beide Frauen sind reaktionslos genesen.

3) Wurden 3 Fälle von «missed abortion» vorgelegt. Im ersten Fall bestand Hydramnios; der etwa 1,0 cm. lange Fötus war stark mazeriert, im Bereich der primären Placentaranlage fanden sich diffuse flache Blutergüsse unter dem Chorion. In beiden anderen, ebenfalls Hydramnios aufweisenden Fällen sind die Hämatome bereits deutlich tuberös gestaltet. In einem dieser Fälle war schon vor der Entfernung des Eies die mutmassliche Diagnose auf subchoriales tuberöses Hämatom gestellt worden.

Entgegen Breuss, welcher excessives Wachstum des Chorion und Taussig, welcher Absterben des Fötus, sekundäre Bildung eines Hydramnios, Retention des Eies, Resorption der amniotischen Flüssigkeit und dadurch bedingte Faltenbildung als Erklärung dieser Veränderungen annimmt, glaubt Meyer eine primäre Hydramniosbildung, konsekutive Ernährungsstörung der fötalen Eihüllen als wahrscheinliche Ursache annehmen zu müssen. Infolge dieser Ernährungsstörung leistet das Chorion dem Druck des Blutes in den Gefässen der mütterlichen Plazentaranlage nicht genügenden Widerstand, und den einzelnen Gefässbezirken entsprechend, kommt es zu circumscripten Thrombenbildungen. — Die noch nicht ausgeführte mikroskopische Untersuchung dürfte diese Hypothese vielleicht zu stützen imstande sein. Die subchoriale tuberöse Hämatombildung ist wahrscheinlich viel häufiger als angenommen wird, — vielleicht in der Mehrzahl der Fälle von missed abortion. Die 3 demonstrierten Präparate rühren von Fällen her, welche innerhalb eines Jahres zur Beobachtung kamen.

(Autoreferat).

IV. Dr. Ruth-Riga: **„Zur artifiziellen Dilatation der Cervix“.** (Wird in dieser Zeitschrift erscheinen).

Diskussion:

Dr. v. Knorre-Riga konstatiert, dass der Vortragende über keine persönlichen Erfahrungen mit dem Bossi'schen Instrument zur Dilatation verfügt und daher eigentlich zur so vollständigen Verurteilung desselben unberechtigt ist.

Das Bossi'sche Instrument hat seine ganz feste Indikation für die Fälle, wo bei vollständig geschlossenem Muttermund, ja noch vorhandener Cervix, eine schleunige Entbindung zur Rettung des mütterlichen Lebens indiziert ist. Diese Fälle sind uns in den schweren und schwersten Formen der Eklampsie gegeben. In diesen Zuständen dürfte das Instrument — besonders den Kollegen auf dem Lande, die über keine Assistenz, geschweige denn ein Krankenhaus verfügen, unschätzbare Dienste leisten und ihnen ermöglichen, noch manches, sonst vielleicht verlorengehendes mütterliches Leben zu retten.

Jedes Instrument, auch das harmloseste, wie der weiche Kolpeurynter, kann bei nicht sachgemässer Anwendung Unheil anstiften. Man denke nur was alles durch die Zange in ungeschickter Hand für Unheil angerichtet worden ist und wohl noch täglich angerichtet wird, man denke an die Uterusrupturen, die durch Metreuryse verursacht worden sind — eben dieses gilt auch für's Bossi'sche Instrument bei nicht fachgemässer Ausführung der Dilatation, bei nicht richtiger Auswahl der Fälle.

Die Metreuryse, die Cervixincisionen nach Dührssen, die Dilatation nach Bossi, der vaginale Kaiserschnitt etc. haben ihre ganz präzise Indikation, wobei wir uns immer vom Prinzip werden leiten lassen müssen, das für den Fall beste und zugleich schonendste Verfahren anzuwenden. — Als ein Fehler wäre es zu bezeichnen, wenn jemand zur Einleitung der Frühgeburt den Bossi wählen würde, hier käme in erster Linie die Metreuryse in Frage; ebenso wäre es ein Fehler, bei Placenta praevia den Bossi anwenden zu wollen. Metreuryse oder Wendung auf den Fuss etc. sind hier die zur Zeit zweckentsprechendsten Massnahmen. Bei jenen Fällen schwerster, Eklampsie aber die ich anfangs skizzierte möchte icht statt der oft viele Stunden erfordernden Dilatation durch den Kolpeurynter — ich habe nicht selten 16—24 Stunden die Metreuryse ohne befriedigenden

Erfolg ausgeführt — das Bossi'sche Instrument anwenden oder natürlich lieber noch, wenn eine Ueberführung in die Klinik möglich ist, den vaginalen Kaiserschnitt ausführen.

Dr. Keilmann wirft die Frage auf, ob wohl überhaupt ein Bedürfnis nach der Bossi'schen Methode zum Zwecke schneller Dilatation vorliege? Unser Material ergiebt jedenfalls nicht, dass wir ohne Anwendung des Bossi'schen Instrumentes den ärztlichen Aufgaben, die an uns herangetreten, nicht genügt hätten. Im Uebrigen lässt sich bezüglich der Eklampsie eine vergleichende Statistik schwer aufstellen. Scheint es doch, dass die Eklampsie nach Häufigkeit und Verlauf sehr verschieden auftrete und Statistiken aus verschiedenen Kliniken daher nicht gut zu verwerten sind. Steht es jetzt fest, dass nur einige Fälle von Eklampsie überhaupt für die Bossi'sche Methode in Frage kommen, so muss die von Dr. v. Knorre mehrfach betonte Einschränkung, dass eine geübte Hand zur Anwendung des Bossi'schen Instrumentes gehöre, für die allgemeine Anwendung sehr in's Gewicht fallen. Die an sich einfachere Verwendung des Kolpeurynters, der vielerlei Indikationen genügt, ist deshalb besonders den Kollegen auf dem Lande warm zu empfehlen. Was die Einführung der Gummiblase in den Cervix trifft, so führt man die Zange an das Hinterhaupt, indem man vorher die Frau auf die Seite des kindlichen Rückens lagert, wobei der Kopf ein wenig abweicht und sich nachher wieder einstellt. Ein Nabelschnurvorfall ist auf diese Weise leicht zu vermeiden.

Dr. Ruth meint, er sei, ohne eigene Erfahrungen im Bossischen Verfahren zu besitzen, berechtigt, sich ein Urteil aus den Literaturangaben und eigenen Beobachtungen mit anderen Methoden zu bilden. Wenn eine schnelle Dilatation nötig sei, halte er sie mit dem Ballon, eventuell dem festen, ausgeführt, für schonender, worauf bei der Eklampsiebehandlung Gewicht zu legen sei. In der Klinik sei der vaginale Kaiserschnitt oder die tiefen Cervixincisionen nach Dührssen dem Bossi'schen Verfahren vorzuziehen. Schwere Verletzungen mit dem Metreurynter sind nur nach schnellem Zuge beobachtet worden. Anhänger der schnellen Entbindung bei Eklampsie, wie Dührssen, Bumm u. A. sind Gegner der Dilatation nach Bossi. — Lageveränderungen sind nach An-

wendung des Ballons selten. Nach Dührssen erleichtere sie oft die notwendige Wendung, auch wäre die Metreuryse zur Beschleunigung der Geburt bei Lungen, Herz- und Nierenkranken anzuwenden.

Die Dilatatoren mit vielen Branchen, mit breiteren Kappen, Gummiringen erschweren die Kontrolle des gedehnten Muttermundes. — (Demonstration der Keilmann'schen Kolpeurynterzange).

V. Dr. Brennsohn-Mitau: Ueber die Entwickelung des Medizinalwesens in Livland.

Da es in der alten Zeit hier zu Lande an Bildungsstätten zur Erlangung des medizinischen Wissens vollständig fehlte, so erhielten wir unser medizinisches Personal ausschliesslich aus Deutschland. Gelehrte Aerzte, die ihre Ausbildung auf Universitäten erlangt hatten, gab es in der alten Zeit sehr wenige. Dagegen widmeten sich der ärztlichen Behandlung, gleichwie in Deutschland, zahlreiche Geistliche und Mönche. Da sie aber, gleich den gelehrten Aerzten, sich nicht mit der Chirurgie befassten, so bildete sich ein niederes Heilpersonal heraus, welches sich ausschliesslich mit der Behandlung von Wunden und äussere Schäden beschäftigte. Die am niedrigsten stehenden in diesem Personal waren 1) die sog. Bader, die innerhalb ihrer Badestuben den Badegästen das Haar schneiden, Schröpfköpfe setzen, zur Ader lassen und alte chronische Geschwüre behandeln durften. Ein höheres Ansehn in der Gesellschaft genossen 2) die Barbiere, Wundärzte oder Chirurgen, die sich mit der Behandlung frischer Wunden beschäftigten und die sog. kleine Chirurgie übten; die Geschickteren unter ihnen unternahmeren auch grössere Operationen.

Eine höhere Stellung unter ihnen nahmen die gelehrten Wundärzte ein, die ihre Ausbildung auf einem Collegium chirurgicum erhalten hatten. Eine 3. Art von Medizinalpersonen bildeten die Wanderärzte, die zwischen den Barbieren und gelehrten Aerzten stehend, sich Okulisten, Operateure, Stein- und Bruchschneider nannten. Sie hatten eine gute praktische Ausbildung erhalten, oft auf Universitäten studiert. Die oberste Stufe auf der Leiter der Medizinalpersonen bildeten 4) die wirklichen gelehrten Aerzte, die auf Universitäten studiert und promoviert hatten.

Die ersten Aerzte in den baltischen Provinzen im 13. Jahrhundert waren höchst wahrscheinlich Geistliche und Mönche, welche sich vorzugsweise mit der innern Medizin befassten. Ihre Behandlung war zum Teil ganz rationell, andererseits aber wandten sie, der Richtung der Zeit gemäss, ganz wunderliche Verordnungen und Kuren an. Auf dem flachen Lande gab es während der Ordensherrschaft fast nur Priester-Aerzte und neben ihnen eine zahlreiche Klasse von lettischen resp. estnischen Volksärzten, die die widersinnigsten Mittel anwandten. In den Städten war es mit der Medizin weit besser als auf dem flachen Lande bestellt; in ihnen widmeten sich der Therapie die zahlreichen Mönche, die zum Teil recht wissenschaftliche Medizin betrieben. Die Mönchsmedizin hat wahrscheinlich im Laufe der Jahrhunderte die Volksmedizin stark beeinflusst. Durch die Einführung der Reformation wurde das Land in kürzester Zeit lutherisch; mit dem Verschwinden der katholischen Geistlichen und der Aufhebung der Mönchsklöster hörte auch die Tätigkeit der Geistlichen als Aerzte auf. Wenden wir uns den gelehrten Aerzten zu, so waren solche bereits frühzeitig in Riga anzutreffen, doch war ihre Anzahl eine geringe und nur die Namen einzelner sind uns bekannt. So erhalten wir durch das Rigasche Schuldbuch von der Existenz eines gelehrten Arztes Bruno in Riga im Jahre 1287 Kenntnis. Erst seit der Mitte des 16. Jahrhunderts beobachten wir eine fortlaufende Reihe gelehrter Aerzte in Livland, die sehr geschätzt waren und sich auch für das Sanitätswesen interessierten. Auch Medizinalbeamte hat es in Riga frühzeitig gegeben; aus dem Ende des 14. Jahrhunderts wird ein Stadtarzt, Namens «Corde» erwähnt.

Nach dem Untergange des Ordensstaates (1562) nahm die ärztliche Kunst und das Medizinalwesen in Livland einen höheren Aufschwung. Im Jahre 1685 wurde das Medizinalwesen für Riga einer neuen Durchsicht unterzogen. Im Dienste der Stadt befanden sich zwei bestellte Medici — die beiden Stadt-Physici, welche im Verein mit den drei Apotheken-Herren das ganze Medizinalwesen zu besorgen hatten. Eine ärztliche Taxe existierte damals nicht, auch das Institut der Hausärzte war im 17. Jahrhundert noch nicht bekannt. Ein Ritterschafts-Arzt wurde im Jahre 1742 angestellt und dem Bedürfnisse an Land-Physicis

wurde seit 1783 durch die von der Krone angestellten Kreisärzte abgeholfen.

Was das Medizinalwesen in den andern Städten Livlands anbetrifft, so waren die Verhältnisse denen in Riga sehr ähnlich.

Die Chirurgen resp. Barbiere bildeten einen wesentlichen Bestandteil des Medizinalwesens Livlands. Sie waren frühzeitig in Riga anzutreffen und bildeten eine Zunft mit einem Schragen, welcher aus dem Jahre 1494 stammte. Schon aus dem Jahre 1360 wird eines städtischen Chirurgen in Riga Erwähnung getan. Es waren ihrer fünf Meister innerhalb der Stadt, deren Amt für Notfälle ausserhalb der Stadt einen Gesellen halten musste. Im Jahre 1784 wurde die Zunft aufgehoben, im Jahre 1821 zwar wieder hergestellt, hatte aber nun da die medizinischen Verhältnisse von Grund aus sich verändert hatten, einen ganz andern Charakter gewonnen. Im Jahre 1863 wurde die Zunft vollständig aufgelöst.

Ueber die Aufrechterhaltung der genannten Ordnungen wachten die bereits genannten Apotheken-Herren, welche aus einem Bürgermeister, einem Ratsgliede und einem Sekretär bestanden und mit Hinzuziehung der Stadt-Physici die Examina und alle Medizinalangelegenheiten besorgten. Diese Organisation des städtischen Medizinalwesens wurde auch nach der Eroberung des Landes durch Russland im Jahre 1710 nicht geändert, vielmehr noch im Jahre 1735 durch einen Ukas der Kaiserin Anna anerkannt und bestätigt und bestand bis zur Einführung der Stadthalterschafts-Verfassung in Livland im Jahre 1783; seitdem wurde das Stadt-Medizinalwesen dem Reichs-Medizinal-Kollegium in St. Petersburg untergeordnet.

Von nun an mussten alle Aerzte, die in Livland praktizieren wollten, ihre Atteste, die sie zur Praxis berechtigten, dem Reichs-Medizinal-Kollegium in St. Petersburg vorstellen und sich vor diesem Kollegium einer Prüfung unterwerfen. Nach Einführung der neuen Gouvernements-Medizinal-Verwaltung im Jahre 1797 wurden alle Medizinalfunktionen dieser Behörde übertragen. Die Livländische Medizinalverwaltung, die врачебная управа, angeordnet mittelst Ukas vom 19. Januar 1797, bestand aus dem Inspektor, dem Operateur und dem Accoucheur und verblieb in diesem Be-

stande bis zum Jahre 1869, in welchem sie in «Medizinal-Abteilung» der Gouvernements-Regierung umbenannt wurde und die Posten des Operateurs und des Accoucheurs aufgehoben wurden. Die Medizinal-Abteilung besteht seitdem aus dem Inspektor und seinem Gehilfen, sowie dem etatmässigen Pharmazeuten für pharmazeutische Angelegenheiten.

Der ganze Vortrag in extenso, sowie die andern Abschnitte über die Entwickelung des Medizinalwesens in Livland sind abgedruckt in meinem Werke «die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart».

(Autoreferat).

Auf Antrag des Präses Prof. Dehio beschliesst die Gesellschaft Herrn Dr. Brennsohn zur Ermöglichung des Druckes seiner Arbeit über die Aerzte Livlands und die Geschichte des Medizinalwesens in Livland, aus der Kasse der Gesellschaft 200 Rbl. zu bewilligen.

VI. J. Meyer-Jurjew (Dorpat): Ueber gynäkologische Massage.

Nachdem Vortragender 1891 in Stockholm sich 4 Wochen mit gynäk. Massage beschäftigt hatte, berichtete er auf dem Aerztetag in Wenden 1892 über die ersten Erfahrungen, die er persönlich mit dieser schon damals vielfach angefeindeten Methode gemacht hatte. Neben mehreren unbefriedigenden Resultaten konnte über günstige Erfolge bei 6 Fällen chron. Pelviperitonitis, 2 Fällen fixirter Retroversio und einem Falle chron. Parametritis berichtet werden. Nachdem nun innerhalb einer Frist von 12 Jahren von Vortragendem und seinen Assistenten eine grössere Zahl geeigneter Fälle mit Massage behandelt worden sind, scheint es gerechtfertigt die persönlichen Erfahrungen mitzuteilen über diese Methode, welche jüngst wiederum lebhafte Debatten veranlasst hat.

Die Aneignung der Technik ist nicht leicht. Bei Adiposität und sehr straffen Bauchdecken ist die Ausführung der Massage so schwierig, dass diese Komplikationen geradezu als Kontraindikationen anzusehen sind. Als geeignete Objekte für die Behandlung sind zu bezeichnen 1) chronische pelviperit. Erkrankungen, unter Mitbeteiligung des Subserosiums, des Bindegewebes, deren prävalierendes Symptom der Schmerz ist; 2) Dislokationen der Beckenorgane infolge der chron. Pelvi-

peritonitis, bei welchen allmählige Dehnung der Adhäsionen durch Massage unter konstanter Anspannung derselben erzielt wird; 3) torpide Exsudate parametritischer Natur, bei welchen Eiter ausgeschlossen werden kann, und endlich 4) ungenügende Involution des Uterus.

Ohne auf die Wirkungsweise der Massage (Beförderung des Lymphstromes, wechselnde Hyperämisierung u. Anämisierung) sowie die Einzelheiten der Technik näher einzugehen, wird auf die so oft beobachtete spontane Lösung peritonealer Adhäsionen (eigene Beobachtung: vollkommene Lösung einer gelegentlich einer Myomotomie nach extraperitonealer Stielversorgung in die Bauchwunde angenähten Cervix) hingewiesen, welche die erfolgreiche Behandlung derselben durch die Massage vollauf zu erklären imstande ist.

Als seltene Indikationen werden erwähnt Blutergüsse; ferner Salpingitiden, bei welchen der durch die bestehende Perisalpingitis verursachte Schmerz oft durch Massage günstig beeinflusst werden kann. Dass in diesen Fällen die äusserste Vorsicht geboten ist, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. Bei Myombildung ist in 2 Fällen massiert worden, in welchen das intramural sich entwickelnde Myom bei seinem Vordringen gegen das Peritoneum lebhafte Schmerzen verursachte. Es schien, als wenn in diesen Fällen durch die Massage die Entwickelung der Knollen unter das Peritoneum befördert worden war. Gelegentlich wurde in schwierigen Fällen die Massage einige Tage behufs Sicherung des Palpationsbefundes, also zu diagnostischen Zwecken geübt. — Als absolute Kontraindikation gelten: Fieber, Verdacht auf Eiter, Nervosität.

Die Erfahrungen bei Einhaltung dieser Anzeigen und Gegenanzeigen sind folgende: Eintritt von vorübergehendem Fieber ist sehr selten beobachtet worden. Bersten hydropischer Follikel oder Entleerung von Hydrosalpingitiden erfolgte einigemal ohne den geringsten Nachteil. Dauernde Schädigung des Nervensystems, die einwandfrei auf die Massage zurückgeführt werden musste, ist nicht zur Kenntniss des Vortragenden gekommen.

Die Erfolge sind bei geduldiger Durchführung der Massagekur oft überraschend, — aber nur, bei strenger Beschränkung derselben auf oben umgrenztes Indikationsgebiet. Jede

Methode hat ihre Misserfolge aufzuweisen; selbst die operative Beseitigung der Folgen pelviperit. Prozesse garantiert keinen Erfolg. Daher ist diese Methode durchaus berechtigt und verdient in der gynäk. Therapie dauerndes Bürgerrecht.

Die vielfach gegen die Massage geübte abfällige Kritik ist nicht unverständlich. Die Methode ist sehr zeitraubend, mühevoll, physisch anstrengend; die Technik durchaus nicht leicht zu erwerben; die Anwendung in ästhetischer Hinsicht nicht ohne Bedenken. Von vielen Seiten wird die Indikation viel breiter gestellt: Sterilität, Dysmenorhoe, Prolapse, alte Narben; frischere entzündliche Prozesse dürfen nicht mit in Behandlung genommen werden, wenn die Methode nicht in Misskredit gebracht werden soll. Ohne auf die Literatur einzugehen, wird nur erwähnt, dass Bumm, Fritsch, Schauta, Kossmann und viele andere sich in nicht ungünstiger Weise über die Massage aussprechen.

Ueber die von Thure Brandt empfohlenen gymnastischen Bewegungen sowie die Uterushebungen will Vortragender nicht urteilen, weil diese nur unter Assistenz eines geschickten Gymnasten ausgeführt werden können und daher keiner objektiven Nachprüfung unterzogen werden konnten. Die Mehrzahl der empfohlenen Uebungen scheint theoretisch und praktisch wertlos zu sein. Vortragender sah mehrfach Erfolge bei funktioneller Amenorrhoe bei Anwendung von a) Fussbeugen und Strecken, b) Unterschenkelbeugen und Strecken (beides Widerstandsbewegungen), c) Oberschenkelrollung, d) Rumpfrollung, e) Lendenhackung und Kreuzbeinklopfung.

Ausser diesen Bewegungen kam nur noch zur Anwendung «Knieteilung und Knieschluss unter Widerstand». Bei dieser Uebung muss der gestreckte Körper auf den Schultern und den Sohlen des im Knie flektierten Beines ruhen. Mehrfache Erfolge dieser Uebungen bei nicht zu veralteten Fällen von Prolapsus recti bewiesen, dass durch diese Bewegungen eine lebhafte Mitbeteiligung des m. levator ani, der Sphinkteren etc. veranlasst wird, welche wohltätig auf die erschlafften muskulösen Elemente des Beckenbodens wirkt. Daher wendet Vortragender diese Bewegungen, die wirksamer sind als das vielfach empfohlene «Kneifen» (Muskelanspannung, wie sie beim Zurückhalten von Darmgasen intendiert wird) nicht un-

gern bei Erschlaffungszuständen der Organe des Beckenbodens an.

(Autorreferat).

Diskussion:

Dr. Keilmann-Riga. Es ist in diesem Kreise bekannt, dass ich gelegentlich sehr nachdrücklich gegen die Massage opponiert habe; jedoch war die scharfe Form meiner in der «Pet. med. Wochenschrift» publizierten Diskussionsbemerkungen hervorgerufen durch die Form, in welcher in jener Sitzung der Rigaer ärztlichen Gesellschaft die Massage empfohlen worden war. Wenn ein junger Kollege in drei Jahren 300 Frauen massiert und im wesentlichen betont, dass der Erfolg vorzüglich war, so fühle ich mich zu schärfster Opposition verpflichtet. Wesentlich milder konnte meine Stellungnahme sein auf einem Aerztetage, als Herr Kollege Weidenbaum mit scharfer Präzisierung der Indikationen und mit Hinweis auf die Gefahren, für gewisse Fälle die gynäkologische Massage empfahl.

Herrn Kollegen Meyer nun kann ich vollends beistimmen, wenn er uns eben darlegte, wie sehr das Gebiet der gynäkologischen Massage sich einschränkt, wenn die Indikationen in kritischer Erfahrung gesichtet werden. Es bleibt nur die Pelviperitonitis in ihren Folgezuständen als Objekt der sog. Massage übrig, und hierbei darf diese Behandlungsmethode als bimanuell mechanische Behandlung bezeichnet werden, indem nicht Beeinflussung der Blut- und Lymphezirkulation, als vielmehr einfache Dehnung etwaiger Adhäsionen angestrebt und erreicht werden kann. Wenn eine Gynäkologe die Massage so handhabt, wie Herr Kollege Meyer nach seiner heutigen Mitteilung dieses tut, so kann man m. A. u. nichts dagegen einwenden, selbst wenn man anderer Ansicht ist. Der Missbrauch und die Kritiklosigkeit auf diesem Gebiet, muss aber nachdrücklich bekämpft werden. So ist überaus häufig eine «Eierstockentzündung» Grundlage für langdauernde Massagekuren. Die Oophoritis ist aber als isolierte Erkrankung äusserst selten und bedarf keiner lokalen Behandlung. Die häufige Diagnose kann nur auf eine Verwechselung mit functionellen Schmerzen auf hysterischer Basis zurückgeführt werden und viele, vielleicht die meisten Frauen, die mit Massage behandelt werden, müssten eigentlich den Neu-

rologen überwiesen werden. Dass gyn. Massage gelegentlich eine latente Hysterie manifest machen und verschlimmern kann, ist eine Ansicht, die in der Rigaer ärztlichen Gesellschaft seitens der Herren Sokolowski, Schönfeldt und Redlich Bestätigung gefunden hat, und bei der Indikationsstellung mit allem Ernst berücksichtigt werden muss. Gegenüber solchen schweren Schädigungen, die in praxi tatsächlich vorkommen, kann der Nutzen der gynäkol. Massage nur sehr gering sein, dieselbe kann bei Behandlung von Frauen wohl als entbehrlich bezeichnet werden, selbst wenn ihr hier und da einmal ein gewisser Nutzen nicht abgesprochen werden kann.

Dr. O. Brehm-Riga: Als Chirurg kann ich den Wert gynäkologischer Massage als solcher nicht beurteilen, allein es passiert gar nicht selten, dass Fälle von chronischer Appendicitis gynäkologisch massiert werden. Man könnte einwenden, das hier nicht die Methode, sondern der falsch diagnosticierende Arzt zu beschuldigen ist. Es ist aber Gynäkologen wie Chirurgen schon lange bekannt, dass die chronische Appendicitis und die Adnexerkrankungen mit chronischer Pelviperitonitis oft diagnostische Schwierigkeiten bereiten können; die topographischen Beziehungen sind so innige, dass das ohne weiteres erklärlich ist, zudem sind oft beide Organe zugleich erkrankt. Honner fand bei 75 gynäkologischen Laparotomien 43 mal den Wurmfortsatz miterkrankt. Andere Autoren behaupten die Möglichkeit der sekundären Infektion des Wurmes von der erkrankten Tube aus (Burnsby). Wir sahen einmal das Umgekehrte, ein Kotstein hatte den Wurm perforiert, war in die Tube gelangt und hatte hier eine eitrige Entzündung hervorgerufen. Nach Clados bestehen Beziehungen zwischen den Lymphbahnen der Adnexe und des Wurmes, sodass auch auf diesem Wege ein Organ das andere infizieren kann. Auch Anlötung der erkrankten Appendix an die Genitalien kann durch Zerrung zu Beschwerden und damit zu Irrtümern Veranlassung geben. Die akuten Erkrankungen beider Organe sind leichter auseinander zu halten, obgleich auch da Fehler passieren. Ein einseitiger Pyosalpinx ist oft schwer von einem perityphlitischen Exsudat zu unterscheiden, allerdings kommen diese hier nicht in Betracht, da sie nicht massiert werden. Wir haben in Riga im

Krankenhause und in der Privatklinik der Herrn Dr. v. Bergmann in den letzten Jahren eine ganze Reihe von chronischen Appendicitiden gehabt, die gynäkologisch, z. T. sehr lange massiert worden waren (z. Teil waren sie auch operiert worden) — ohne Erfolg. Die Exstirpation des kranken Wurmfortsatzes brachte Heilung. Es mehren sich stetig die Fälle, wo wir Veranlassung haben die Gynäkologen zu konsultieren und umgekehrt. Ein Zusammenarbeiten beider Spezialisten schützt beide vor unangenehmen Untersuchungen, und die Patientinnen eventuell vor unnützen Operationen oder langwierigen, widerlichen und gefährlichen Massagekuren. Die Frauen haben ohnehin die Neigung alle Beschwerden im Unterleibe auf die Genitalien zu beziehen, woher viele Fälle von chronischer Appendicitis den Gynäkologen aufsuchen. Daraus ergiebt sich das Postulat, dass der Gynäkologe, ehe er zu massieren beginnt, sich darüber klar sein muss, dass die Appendix gesund ist, sowie der Chirurg, bevor er operiert, sich über den Zustand der Genitalien genau informieren muss.

Dr. Meyer: Das Erlernen der Massage ist schwieriger, als gemeiniglich angenommen wird. Es ist schwer sich die Technik lediglich nach Beschreibungen anzueignen. Aus privaten Mitteilungen mancher Kollegen habe ich erfahren, dass die Massage in der Tat sehr verschieden, oft nicht richtig ausgeführt wird. Es hat sogar einmal ein Ehemann mir das von einem, freilich ganz jungen, Arzt ausgeübte Verfahren so geschildert, dass diese Massage von masturbatorischen Manipulationen kaum unterschieden werden konnte!

Die Adhäsionen bilden nicht das einzige zu beseitigende Produkt der chronischen Pelviperitonitis. Diese sind tatsächlich nur durch Dehnung zu beseitigen. Auf die chronischen Veränderungen des Subserosium und der bindegewebigen Strata wirkt jedoch direkt die Massage. Ueber die brüske Sprengung von Adhäsionen habe ich sehr wenig persönliche Erfahrungen. Wenn man bei Laparotomien sieht, wie oft beim stumpfen Trennen von Adhäsionen Einrisse in tiefere Schichten, Ablösung des Peritoneum von der Muskularis der Darmwand und ähnliche Verletzungen entstehen, so verliert man den Mut, diese Methode anzuwenden.

Nervösen Patientinnen durch Massage geschadet zu haben, glaube ich nicht fürchten zu müssen. Ein Fall ist mir in dieser Hinsicht zur Last gelegt worden. Es handelte sich um eine Hysterica, bei welcher nach einigen Sitzungen die Massage abgebrochen wurde, da nervöse Reizung konstatiert werden musste. Diese Patientin hat aber nicht geruht, als bis ihr von anderer Seite in der Folge der Uterus exstirpiert wurde. Den Angaben dieser Patientin vermag ich kein Gewicht beizulegen. Nervöse sollen nicht massiert werden — dann werden bei einiger Vorsicht schlimme Erfahrungen vermieden werden.

Die Gefahr der unbeabsichtigten Massage einer Appendix ist nicht sehr naheliegend. Nur bei ungewöhnlicher Dislokation ist die Appendix überhaupt per vaginam erreichbar. Solche Appendicitiden könnten jedoch kaum was anderes als das Bild der Pyosalpinx vortäuschen — und beim geringsten Verdacht auf Eiter ist die Massage streng verboten.

Dr. Brehm macht darauf aufmerksam, dass er die chronischen Fälle gemeint habe, bei denen er eine Verwechselung für nicht selten erklärt.

VII. Prof. Dr. Kessler-Jurjew (Dorpat): Myom und Herz. (Manuskript nicht erhalten).

Schluss der II. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

Dritte Sitzung.

Mittwoch, den 18. August, 9 Uhr morgens.

1. Dr. Kikuth-Riga: **Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft.** (Ist in dieser Zeitschrift 1904, Nr. 50 erschienen).

Diskussion:

Dr. M. Schmidt-Riga stellt die Indikation für die Einleitung des Abortes enger: er beschränkt sie lediglich auf diejenigen Krankheitszustände, wo der Prozess ein Fortschreiten erkennen lässt, Fieber vorhanden ist und die Gefahr florider Weiterentwickelung besteht. Das Vorhandensein einer tuberkulösen Spitzenaffektion genügt noch nicht, ebensowenig wie das Fieber, sondern die Gesamtheit bedrohlicher Zustände.

Unser prognostisches Können ist so bedingt, und wir täuschen uns so oft, dass wir uns nicht zu viel anmassen dürfen. Ihm ist eine Frau erinnerlich aus schwerbelasteter Familie, welche bei ihrer ersten Schwangerschaft eine fieberhafte Spitzenaffektion darbot. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen und die Frau hat im ganzen in der Folge 5 Kinder geboren, welche alle, wie auch sie selbst jetzt, gesund sind. Man darf auch nicht vergessen, dass auf den Konsens zur Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig die Verpflichtung zu fortdauernder Sterilität zu folgen hat, und dem ist kein moralischer Mensch gewachsen.

Prof. Dehio: Die Entscheidung, ob einem tuberkulösen Individuum die Ehe abgeraten werden muss oder nicht, ist sehr schwierig, und oft nicht mit Sicherheit zu fällen, da wir in der Prognose der Krankheit unsicher sind. Wir können in vielen Fällen nicht voraussagen, wie die Krankheit in der Ehe verlaufen wird. Angesichts der Tatsache, dass doch oft die Ehen Tuberkulöser glücklich verlaufen und gesunde Kinder aus ihnen hervorgehen können, sollte man mit dem ärztlichen Verbot der Ehe nicht zu streng sein. Was die Einleitung des Abortes betrifft, so besteht die Berechtigung dazu in Fällen frischer Erkrankung, in denen man durch dieselbe wesentliche Besserung des Zustandes der Kranken erwarten kann.

Prof. Kessler erwähnt, mit Bezugnahme auf die verlautbarten Befürchtungen ungünstigen Einflusses von Geburt und Wochenbett auf den weiteren Verlauf der Tuberkulose, einen von ihm vor ca. 30 Jahren beobachteten Fall: Bei einer Frau mit schwerer Spitzentuberkulose war von kompetentester Seite die Prognose für das bevorstehende Wochenbett als finaustissima gestellt — exitus in demselben als wahrscheinlich bezeichnet. Patientin starb aber nicht, im Gegenteil — bei der Möglichkeit ausgezeichneter Ernährung trat beginnende Besserung schon im puerperium ein, späterhin vollständige Ausheilung, und noch 15—20 Jahre später war vollständiges subjektives Wohlbefinden und blühendes Aussehen vorhanden. Diese Beobachtung ist Redner für seine spätere Stellungnahme gegenüber der hier in Rede stehenden Tuberkulosefrage massgebend gewesen.

Dr. Keilmann-Riga: Hinsichtlich der Einleitung des Abortes bei Frauen, die phthisisch sind oder Anlage dazu haben, stehen meiner Ansicht nach die Internisten strenger in der Forderung des Abortes, als die Geburtshelfer, aus deren Literatur eine grosse Zurückhaltung herausgelesen werden kann. In Bezug auf Fälle vorgeschrittener Phthise wäre eines Wortes des H. Prof. Dehio zu gedenken: es könne in solchem Falle ein 80-jähriges Leben gegen ein verlorenes eingetauscht werden. Im Anfang der Gravidität ist die Indikation schwer zu stellen, weil die Prognose auch vom Internisten nicht mit genügender Sicherheit gestellt werden kann. Die Erfahrung zeigt jedem Fälle, die die günstige Beeinflussung durch die Unterbrechung der Gravidität vermissen lassen, und andrerseits tritt die ungünstige Beeinflussung der Phthise durch die Gravidität nicht immer hervor. Einige charakteristische Beispiele wurden angeführt. Meiner Ansicht nach darf die Gravidität nie unterbrochen werden wegen Verdacht auf Phthise, nur sehr selten wegen konstatierter Phthise; unter Hinweis auf Schlossmann glaube ich sogar dafür eintreten zu können, dass das Selbststillen im Wochenbett durch Phthise nicht eo ipso kontraindiciert ist.

Dr. Mey-Riga: Die Frage über die Zulassung von Eheschliessungen unter Tuberkulösen musste vom biologischen Standpunkt natürlich verneint werden. In Praxi ist dieses jedoch nicht durchführbar. Meiner Erfahrung nach spielt diese Frage tatsächlich in der ärztlichen Praxis keine grosse Rolle, da die Konsultierenden gewöhnlich, ungeachtet des Gutachtens, ihren Gefühlen und Trieben folgen. Der Vortragende betont zu sehr den physikalischen Befund als Kriterium. Bei der Beurteilung des Zustandes eines Tuberkulösen in der in Frage stehenden Hinsicht muss die Berücksichtigung der Anlage, der Familiengeschichte und des Allgemeinzustandes ausschlaggebend sein.

Dr. Sintenis-Pernau: Die Stellung der Geburtshelfer, wie sie sich in der Literatur wiederspiegelt, ist im Augenblick entschieden zurückhaltender gegenüber Eingriffen bei Gravidität Tuberkulöser. Ist die Gravidität vorgeschritten, so will zum Beispiel Leopold-Dresden nur eingreifen bei Gefahr für das Leben des Kindes, nimmt also auf die Mutter

gar keine Rücksicht. Das Einleiten des Abortes in früher Zeit ist eine schwere Verantwortung für den Arzt, wir verlieren das Kind, ob wir dabei der Mutter nützen, wissen wir im einzelnen Falle nicht.

Dr. Koppe-Pernau glaubt vom biologischen Standpunkt eher für eine konservative Behandlung eintreten zu müssen. Schwangerschaft, Geburt und Laktation üben oft einen ausgesprochen günstigen Einfluss auf blutarme und schwache Frauen aus.

Dr. M. Schmidt-Riga: Bei der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft habe er nur die ersten 6—8 Wochen der Gravidität im Auge gehabt, wo diese Unterbrechung in völlig gefahrloser Weise möglich sei. In den späteren Stadien wird der Eingriff als solcher gefährlich, und wenn der Termin heranrückt, wo die künstliche Frühgeburt in Frage kommt, steht er der Einleitung derselben ablehnend gegenüber, weil die Hauptgefahr in der Wochenbettsperiode eintritt und weil — ob künstliche Frühgeburt oder normale Geburt gewählt wird — das Wochenbett nicht umgangen werden kann, die Hauptgefahr also auch nach der Frühgeburt bestehen bleibt.

Dr. Kusmanoff-Reval: Obgleich die Frage des Stillens seitens der tuberkulösen Mutter nicht im Vortrage berücksichtigt ist, möchte ich sie doch diskutiert wissen, da ich derselben Meinung bin wie Kollege Keilmann, dass die Aerzte im allgemeinen viel zu rigoros vorgehen, indem sie eo ipso jeder tuberkulösen Mutter das Stillen verbieten. Mir sind viele Fälle bekannt, wo das Stillen sehr gute Folgen für die tuberkulöse Mutter gehabt hat.

Dr. Keilmann: Gern benutze ich die Gelegenheit, um gegen den Missbrauch des Stillungsverbotes, der sich in praxi bis zum Unfug steigert, aufzutreten. Von den vielen Indikationen, die für dasselbe gelten, hat scheinbar die Tuberkulose noch die grösste Berechtigung; doch ist diese Indikation in ihrer absoluten Form von Schlossmann [1]) wohl definitiv zu Fall gebracht worden. Soweit die Körpergewichtszunahme bestimmend sein kann, hat Schlossmann sogar günstige Veränderung des Allgemeinzustandes durch, resp. während der Laktation konstatieren können. Zur Zeit beobachte ich eine

[1]) Mon. f. Geburtshilfe und Gyn. 1903.

Wöchnerin, die vorläufig ohne Schaden und mit Erfolg ihr Kind stillt, obgleich Anamnese und Status Hinweise auf Tuberkulose bieten. Aerzte und Laien scheinen einen nichtigen Einwand gegen das Selbststillen tuberkulöser Frauen nicht aufgeben zu wollen, d. i. die Befürchtung resp. Annahme, dass das Kind dabei infiziert werden könne. Hiergegen muss auf die Untersuchungen von Busch und Weleminsky hingewiesen werden, die in bakteriologisch einwandfreier Weise dartun, dass weder Tuberkelbazillen, noch andere Mikroorganismen in die Milch übergehen — es sei denn, dass in der Milchdrüse selbst tuberkulöse Prozesse sich abspielen. Durch die genannten Untersuchungen sind alle Anschauungen über die Infektion durch direkt aus der Brust gesogene Milch widerlegt. Einer phthisischen Mutter das Stillen verbieten und das Kind bei ihr lassen ist ein Nonsens. Wenn das Kind bei der Mutter bleibt, so ist die natürliche Ernährung desselben, insbesondere durch die Mutter, der wirksamste Schutz gegen die Tuberkulose. — Als höchst unkritisch muss es bezeichnet werden, wenn ein in der Verwandschaft der Frau vorgekommener Fall von Phthise zum Anlass genommen wird, die Kinder einer gesunden Frau der Flasche auszuliefern, und selbst das kommt vor. Es ist angebracht, dass nicht nur Aerzte, sondern auch die Frauen über die wichtigen Gesichtspunkte in dieser Frage aufgeklärt werden, damit sie selbst verhindern, dass ihnen ihr Kind von der Brust genommen wird. Jede Frau sollte von sich und ihrem Arzt strenge Rechenschaft verlangen über die Gründe und Ursachen, ehe sie ihrem Kinde die natürliche Nahrung versagt.

Dr. Kikuth: Mit den Anschauungen des Herrn Dr. Schmidt glaube ich vollständig übereinzustimmen; auch ich will die Gravidität nicht unterbrochen wissen, wo der Lungenprozess stationär ist, resp. keine klinischen Erscheinungen macht, sondern nur in den Fällen, in denen der Prozess in den ersten Wochen die Tendenz zum floriden Fortschreiten zeigt. — Aus der Diskussion geht hervor, dass der Einzelne über den einen oder den anderen günstig verlaufenen Fall verfügt und denselben als Richtschnur für sein Handeln genommen hat. Ich will es ja durchaus nicht bestreiten, dass manche Tuberkulöse die Schwangerschaft und das Wochenbett gut übersteht, doch die Mehrzahl geht zu Grunde, wie das aus der

Arbeit Kaminers, der über 50 Fälle verfügt, hervorgeht. Von diesen 50 Schwangeren zeigten 33 d. h. 66 pCt. ein Fortschreiten der Erkrankung während der Gravidität. Bei 22 Frauen trat die spontane Entbindung gegen das Ende der Schwangerschaft ein; von diesen starben 14 i. e. 71 pCt., 7 schon in den ersten Tagen des Wochenbettes; 17 Frauen abortierten, 15 mal wurde der Abort auf Veranlassung Kaminers eingeleitet. Bei 12 von diesen Frauen trat nach dem Abort ein Stillstand der Erkrankung auf — also in 70 pCt. Stillstand. Ich glaube diese Zahlen verdienen doch Berücksichtigung. Es ist eine Tatsache, dass in der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft bei der Lungentuberkulose die Geburtshelfer auf einem äusserst konservativen Standpunkt stehen. Ich glaube, dass die Entscheidung dieser Frage nicht der Kompetenz der Geburtshelfer, sondern der der Internisten unterliegt, denn der Geburtshelfer sieht seine Patientinnen nur während der Geburt und des Wochenbettes den weiteren Verlauf beobachtet der Internist.

Prof. Dehio: Vom theoretisch-biologischen Standpunkt ist es natürlich zu wünschen, dass kein Tuberkulöser heiratet. In praxi ist man aber zu Zugeständnissen gezwungen. Subjektives Ermessen wird die Stellungnahme entscheiden müssen, da sich Grenzen nicht aufstellen lassen.

Dr. Schmidt: Wenn die biologische Beurteilung in den Vordergrund gestellt werden solle, wären vielleicht nicht Ehebeschränkungen anzuordnen, sondern im Gegenteil völlige Freiheit der Eheschliessung und Kindererzeugung zu gewähren, um so der Natur die Auslese zu überlassen.

II. Dr. E. Fischer-St. Petersburg: **Die Therapie der durch die arteriosklerotische Herzinsuffizienz bedingten Zirkulationsstörungen.**

Da auch die beiden folgenden auf der Tagesordnung stehenden Vorträge das Gebiet der Arteriosklerose betreffen, wird beschlossen, die Diskussion über alle 3 Vorträge gemeinsam zu eröffnen.

III. Dr. v. Engelhardt-Riga: **Zum Sympathikusproblem.** (Ist in Nr. 51, Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift erschienen).

IV. Dr. Idelsohn, Riga: **Ueber schmerzende Füsse.** (Ist in Nr. 3, Jahrg. 1905 dieser Zeitschr. erschienen).

Diskussion über II.—IV.:

Dr. E. Mey-Riga schliesst sich in der Causaltrage der Sklerose der Ansicht derjenigen Kollegen an, die sie als eine Abnutzungserscheinung, als einen physiologischen Prozess ansehen, dem kein Mensch entgeht, wenn er in ein gewisses Alter tritt, gleichgiltig wie sich seine Lebensweise gestaltet. Alle angeführten Momente spielen natürlich in der Aetiologie auch eine gewisse Rolle, doch wird dem Alkoholgenuss eine zu grosse Bedeutung beigemessen. Weshalb bei dem Einen die Sklerose früher auftritt als beim Anderen wissen wir eigentlich nicht. Nach M.'s Ansicht ist eine Konstitutionseigentümlichkeit des einzelnen Individuums der Grund für die zeitliche Verschiedenheit im Auftreten der Sklerose. Der Zusammenhang mit dem Nervensystem und der Psyche wird unterschätzt, Dr. v. Engelhardts Vortrag bildet einen Hinweis, wie eine Erklärung dieses Zusammenhanges gefunden werden könnte. Wichtig ist, in welchen Körperteilen der erste Prozess sich lokalisiert; ist bei einem jungen Individuum dieses z. B. die Koronararterie, so muss man das als eine zufällige Erscheinung ansehen, da man keinen Grund dafür finden kann. In betreff der medikamentösen Therapie weist M., auf eine Arbeit Ewalds bezugnehmend, auf die systematischen Morphiuminjektionen hin bei schweren Zuständen mit Insuffizienzerscheinungen.

Dr. Thilo-Riga: Der Ausdruck «Herzmassage» ist unglücklich gewählt, da man das Herz nicht massieren könne. Man hat zu Erschütterungen gegriffen, die mit Motoren ausgeführt werden, doch haben sich diese nicht sehr bewährt. Th. wendet hauptsächlich Massage des Unterleibes an und künstliches Atmen gegen die Atembeschwerden, und geht allmälig erst zu passiven, dann aktiven Bewegungen über. Bei Asthma ist besonders auf die Ausatmung Gewicht zu legen, eine gesteigerte Einatmung wirkt beunruhigend.

Dr. W. v. Holst-Reval: Obschon es mir als Neurologen nur recht sein kann, wenn H. v. Engelhardt die Bedeutung der psychischen Faktoren in der Aetiologie der Arteriosklerose höher bewertet als es für gewöhnlich geschieht, ihnen gewissermassen zu ihrem Recht verhilft, so habe ich nichtsdestoweniger die Berücksichtigung eines Punktes in seinem ideenreichen Vortrage vermisst. Ich meine die Bedeu-

tung der verschiedenen Giftwirkungen bei dem Zustandekommen des sog. Sympathicismus, nicht nur des Alkohols, des Kaffees und des Nikotins, sondern vor allem der, wenn auch hypothetischen Selbstvergiftungen. Wenn ich von zwei mir besonders geläufigen Krankheitsbildern, dem Basedow und der Dementia praecox ausgehe, so kann ich nicht umhin an der Theorie Herrn v. Engelhardts auszusetzen, dass sie nicht genügend in die Tiefe dringt. Bei den genannten Symptomenkomplexen fehlt oft kein Zeichen des Sympathicismus, dass aber die letzte Ursache dieser Erkrankungen nicht im Sympathicus selbst zu suchen ist, darüber sind heute die meisten Forscher einig und dass es sich um ein, sei es wo es wolle herstammendes Gift und dessen Wirkung auf Gehirn, Muskelsystem, Hautgebilde und auch auf den Sympathicus handelt, ist beim gegenwärtigen Stande der Forschung zum mindesten sehr wahrscheinlich. Ueber die Rolle des in solchen Fällen zu postulierenden «angeborenen Empfänglichkeitsgrades» lohnt es sich nicht zu streiten, denn diese entzieht sich noch mehr als die anderen Faktoren einer halbwegs genauen Bestimmbarkeit. Unter uns befindet sich der Autor einer Vergiftungshypothese, die in den Sexualorganen den Ausgangspunkt für die katatonischen Verblödungspsychosen gefunden zu haben glaubt, doch möchte ich betonen, dass auch diese Eventualität noch durch keinerlei unanfechtbare Tatsachen gestützt ist. Trotz aller Anerkennung der soeben von Herrn v. Engelhardt aufs neue so umfassend begründeten Ansicht, dass die fortdauernden Erregungen des Herz- und Gefässapparates durch gemütliche Reize zu allgemeiner Atheromatose und auf diesem Wege zum Tode führen, kann sich mein Kausalitätsbedürfnis blos bei der einmal als gegeben zu betrachtenden Uebererregbarkeit nicht zufriedengeben.

Was die äusseren Gifte anbetrifft, so scheint mir Herr Idelsohn die Bedeutung des Tabaks nicht genügend betont zu haben. Er muss im hohen Grade dazu angetan sein, die Voraussetzungen für eine vorzeitige lokale Abnutzung im Gefässsystem hervorzurufen. Einige der anwesenden Herren werden sich vielleicht noch des typischen Falles von Dysbasia arteriosclerotica erinnern, den ich im Mai 1903 im Rigaer Aerzteverein vorstellen konnte. Der 32-jährige Mann, war

weder Trinker noch hatte er Lues durchgemacht, auch bot die Familie nichts Belastungähnliches, er war aber passionierter Raucher; derartige Anamnesen bei intermittierendem Hinken könnte ich noch mehr anführen. Dagegen scheint Erb, trotz aller Verdienste um die Klarstellung dieses Bildes, und trotz der Zögeschen Kälteexperimente, die Bedeutung der niedrigen Temperatur beim Zustandekommen der Dysbasie etwas zu überschätzen. Wenn er einmal kurzweg behauptet, das Leiden käme in Russland so häufig vor, weil es dort kälter wäre (als ob man sich nicht durch warme Fussbekleidung schützen könne), so bedarf diese Erklärung speziell für die wohlhabenden Klassen, die doch allein bis zu Erb gelangen und von ihm in Betracht gezogen wurden, einer entschiedenen Einschränkung. — Dass diese Kranken im Zimmer besser gehen können, wie Herr Idelsohn bemerkt hat, ist mir bisher nicht aufgefallen, dagegen kenne ich solche, die auf dem harten städtischen Steintrottoir weit schneller gehunfähig werden als auf weichen ländlichen Landwegen. Von einem gewissen ätiologischen Interesse erscheint mir eine Beobachtung, die ein 61-jähriger Herr, den ich vor einem Jahr einige Zeit hindurch wegen Dysbasia angiosclerotica behandelt habe, kürzlich an sich selbst gemacht hat. Als er einmal zufällig ohne das doppelseitige Bruchband zu gehen versuchte, bemerkte er eine wesentliche Erleichterung und der Nauheimer Kollege Dr. Grote konstatierte, dass der Puls an den Tibiales posticae weit deutlicher zu fühlen war wie vorher oder nach abermaliger Anlegung des Bruchbandes. Dieser Fall erinnert an den ersten von Charcot veröffentlichten, wo auch ein mechanisches Moment, eine vergessene Flintenkugel durch Druck auf die femoralis, bei der Entstehung der peripheren Arteriosklerose eine Rolle spielte. — Im Gegensatze zu Herrn Fischer muss ich dem Jod in den verschiedensten Anwendungsweisen uneingeschränktes Lob spenden. So streng kontraindiziert sein Gebrauch beim Basedow wäre, so sehr dürstet der arteriosklerotische Organismus nach diesem oft wunderbar wirkenden Medikament.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Eine gewaltig umfangreiche Frage ist mit den drei letzten Vorträgen zur Diskussion gestellt worden, eine Frage, die gegenwärtig in dem Vordergrunde des Interesses der Pathologen und Kliniker steht.

Hierfür legen, ausser den schon angeführten Abhandlungen, die zahlreichen gehaltvollen Arbeiten der letzten Jahre von Hasenfeld, Edgren, von Schrötter, Basch, Grassmann, Hoppe-Seyler, Erb jun. u. A., endlich aber auch die eingehenden diesbezüglichen Verhandlungen auf dem jüngst stattgehabten Kongress für innere Medizin in Leipzig beredtes Zeugnis ab. Sowohl die Histologie wie die Aetiologie und die Diagnose der Arteriosklerose, die man früher wesentlich nur als eine senile Abnutzungskrankheit aufzufassen pflegte, haben neuerdings mächtige Förderung erfahren. v. Schrötter gebührt der Verdienst als erster auf die sklerotische Erkrankung auch der Venen aufmerksam gemacht zu haben, auch die Rolle der vasa vasorum — bisher ganz unberücksichtigt — wird jetzt schon von einzelnen Autoren betont. Die kurze Spanne der uns zur Diskussion eingeräumten Zeit gestattet es leider nicht auf Details näher einzugehen, nur einzelne zur Sprache gebrachte Momente möchte ich hier berühren. Wenn Herr Kollege v. Engelhardt eine Latenzperiode in Frage stellt, so möchte ich nur hervorheben, dass lange bevor sich palpable Störungen an den peripheren Arterien der oberen und unteren Extremitäten, ja selbst bevor sich auf sphygmographischem, selbst mit C. Frankes Pulsschreiber feststellbarem Wege, eine sichere Steigerung des Blutdruckes nachweisen lassen, anatomisch-histologisch schon deutlich circumscripte Veränderungen an den Wandungen einzelner lokaler Gebiete der Arterienverzweigungen kenntlich machen. Der frühere Lehrer an unserer Hochschule Prof. E. Rühlmann ist, wenn ich nicht irre, der erste gewesen, welcher durch sorgfältige Untersuchungen der arteria centralis retinae feststellen konnte, dass der sog. schwarze Star seine Entstehung nicht, wie man bisher annahm, einer Embolie, sondern degenerativen sklerotischen Vorgängen an der Intima verdanke: ganz lokalisierte, nur auf einige Mm. Ausdehnung sich beschränkende subendotheliale Wucherungen sind es, die schliesslich durch buckelartige Erhöhungen zum Verschluss des Gefässlumens und zur völligen Erblindung führen. Auch klinisch ist die Arteriosklerose der kleinen Netzhautarterien der Diagnose sehr wohl zugänglich und berechtigt ein solcher Befund die Annahme gleichartigen Krankheitsvorganges an den Hirnar-

terien, ohne den sonst an der Radialis, der Tibialis postica oder der art. temporalis sklerotische Erscheinungen sich erkennen lassen.

Aber auch noch auf andere Momente möchte ich hinweisen, die für die von mir — im Gegensatz zu Engelhardt — verfochtene Latenz der Arteriosklerose, bevor sie palpabel an den peripheren Arterien oder als, von Huchard sog. «Stabilität des Pulses» in Erscheinung tritt, so auf die Arteriosklerose der Splanchnicusgefässe. Herr Idelsohn deutete schon flüchtig auf die speziell bei Hebräern besonders häufig auftretende nervöse Obstipation hin, die in jener Lokalisation der Sklerose ihre anatomisch-pathologische Begründung findet. Der Claudicatio intermittens und der Dysbasia schliesst sich die Dysphagia arteriosclerotica als ein charakteristisches pathognomonisches Symptom an. Abdominelle Druckempfindlichkeit, Gastralgien und Enteralgien, Obstipation, Meteorismus infolge von Darmparese sind nur zu häufig als Frühsymptome der Arteriosklerose (spez. der Splanchnicusgefässe) zu betrachten. Nicht nur der Lues (circumscripte Sklerose und Atheromatose der Bauchaorta), auch anderem aetiologischen Ursprung entstammen diese juvenilen, zwischen dem 20.—40. Lebensjahre, auftretenden Formen der intraabdominellen Sklerose, die das anatomische Substrat liefert für tiefgreifende parenchymatöse Ernährungsstörungen der Bauchorgane und für schwere auf reflektorischem Wege ausgelöste klinische Erscheinungen auf nervösem Gebiete, die sich bis zu schwerem Ileus steigern können. Dr. W. v. Holst gegenüber möchte ich betonen, dass der Alkohol nicht nur toxisch wirkt, sondern schon allein durch die Dehnung der Gefässe infolge der andauernden oder immer und immer wiederkehrenden Plethora den Tonus der Gefässwandungen schädigend beeinflusst. Die durch den übermässigen Bier- und Weingenuss, aber auch durch Schlemmerei anderer Art, verursachte hochgradige Fettablagerung im Bauchraum, ist gleichfalls als ein wesentlicher Faktor in der Pathogenese der Dysphagia arteriosclerotica zu bezeichnen: die sog. «fettige Degeneration» der Splanchnicusgefässe giebt in gleicher Weise zu mannigfachen gastro-intestinalen Störungen Anlass. Der Einfluss der arteriellen Gefässe ist auf experimentellem Wege von den Franzosen sichergestellt und von Erb jun. jüngst gleichfalls bestätigt worden.

Die Bestreitung der Erkältung als aetiologisches Moment der Arteriosklerose lässt sich auf Grundlage der exakten experimentellen und histologischen Untersuchungen von Prof. Zöge von Manteuffel und von Rudnitzki sicher widerlegen. Was endlich zum Schluss die Therapie anlangt, so möchte ich dem von Herrn Fischer bestrittenen günstigen Einfluss der Jodpräparate entschieden das Wort reden. Die Opiate, besonders das Morphium liefern ja zweifellos temporär, so auch bei der arteriosklerotischen Gastralgie und Enteralgie eklatante Beruhigungserfolge, aber nicht nur bei der peripheren Arteriosklerose, bei der Claudicatio intermittens, auch bei der Dysphagia arteriosclerotica lässt sich durch zweckmässige Jodordination dauernde Besserung erzielen.

Prof. Tschish: Vollständig übereinstimmend mit den Ausführungen des Herrn Dr. Idelsohn halte ich es für nötig auf die mehr praktische Bedeutung der von ihm dargelegten Tatsachen hinzuweisen. Schon seit einigen Jahren habe ich die Meinung vertreten, dass alle Fälle von Schmerzen in den Unterextremitäten sich ohne Zuhilfenahme des Muskelrheumatismus erklären lassen. Eine doppelseitige Ischias kommt ferner vor, wenn auch sehr selten. Auch kann die Influenza Schmerzen in den Unterextremitäten zur Folge haben. — Psychische Ursachen können nicht als unmittelbare Veranlassung der Arteriosklerose angesehen werden. Die Ursache der Arteriosklerose ist vielmehr in Intoxikationen und Autointoxikationen zu suchen. Besonders ist die letztere Ursache bei den Hebräern zu finden. Bei ihnen zeigt sich die Arteriosklerose früh und verläuft besonders gutartig. Bei leicht erregbaren Individuen, und unter den Hebräern sind ihrer nicht wenige, kann die Arteriosklerose entstehen, weil infolge der Affekte, wie erwiesen, sich im Organismus toxische Substanzen bilden, welche dann auf die Gefässe einwirken.

Dr. Koppe-Pernau sieht die Hauptursache der Arteriosklerose in dem Schwund der Elastizität der Gefässe und des Herzens aus Mangel an Uebung, empfiehlt daher zur Heilung ausreichende und zwar forcierte Bewegung (Sport) bei möglichster Beschränkung der Nahrungszufuhr.

Prof. Debio: Die heutige Diskussion erinnert an die Verhandlungen über Sklerose auf dem diesjährigen Leipziger Kon-

gress für innere Medizin. Für die Genese haben alle angeführten Ursachen ihre Bedeutung. Die Intoxikation und Autointoxikation wirkt auf die nervösen Centren, dadurch kommt es zu den sekundären Veränderungen an den Gefässen und Geweben. Wie das alles auf einander folgt und von einander abhängt, lässt sich jetzt noch nicht genau feststellen.

In Leipzig konstatierte eine grosse Majorität gegenüber einer Minorität die Wirksamkeit des Jodes. Die Venosität des Blutes nimmt, nach den Rombergschen Versuchen, unter Jodgebrauch ab. Das Blut wird flüssiger, die Herzarbeit wird damit entlastet, es tritt also Schonung des Herzens ein. Die Versuche wurden an 20 Gesunden ausgeführt.

Dr. Fischer: Ich bin nicht richtig verstanden worden. Ich will durchaus nicht jede Jodtherapie verwerfen, im Gegenteil, auch ich habe oft günstige Beeinflussung gewisser Zustände davon gesehen, nur gegen den sinn- und kritiklosen Jodgebrauch will ich Front machen. — Ich betone nochmals: das Wichtigste in der Therapie ist die Diätetik, das richtige Mass in bezug auf Nahrung, Flüssigkeit, Bewegung etc., darin liegt der Schwerpunkt. In allen Stadien, unter allen Umständen Jod zu brauchen, ist ein Unfug. Wenn man ohne Medikamente was erreichen kann, so soll man eben keine brauchen, bis zu dem Moment, wo sie wirklich nötig werden. Dr. Mey gegenüber möchte ich doch noch einmal die toxische Wirkung täglichen Alkoholgenusses hervorheben. Prof. Tschish gegenüber verweise ich darauf, dass psychische Alteration doch Blutdruckschwankungen hervorruft und insofern durchaus in der Therapie berücksichtigt werden muss, — selbst angenommen, dass die Affekte in erster Linie Stoffwechselanomalien hervorrufen, so werden diese doch durch den Affekt bedingt.

Dr. v. Engelhardt: Ich bezweifele nicht ein Latenzstadium der Arteriosklerose, ich glaube nur nicht, dass dieser Zustand für uns immer erkennbar ist, wohl aber ein Reizzustand des Sympathikusnervennetzes, welcher in direktem Zusammenhang mit der späteren Angiosklerose zu stehen scheint. Dass die Schmerzen nicht immer mit dem pathol.-anatomischen Befunden coincidieren, ist eine zu häufige und zu verständliche Erscheinung, welche uns nicht dazu verleiten sollte, diese Schmerzen als neurasthenische oder hysterische

zu kennzeichnen. Dass Schwinden des Schmerzes durch Ablenkung der Aufmerksamkeit ist ebenso wenig ein Beweis für seine hysterische Natur. Ich möcbte die Autointoxikation nicht als aetiologisches Moment für das Auftreten der Arteriosklerose missen, aber ihre Bedeutung ist überschätzt worden. Die Uebertüllung des Kreislaufes mit Stoffwechselprodukten regressiver Art wird doch erst dann die deletäre Wirkung auf das Gefässsystem ausüben, wenn die den Reiz vermittelnden Nerven weniger widerstandsfähig geworden sind. So erkläre ich mir auch die Wirkung des Jods bei mit Arteriosklerose kombiniertem Basedow. Die innere Sekretion vermittelt den Reiz auf dem Wege der Nervenbahn, und diese wird wahrscheinlich durch das Jod in günstiger Weise beeinflusst. Was die Bade- und Trinkkuren anlangt, so halte ich sie für höchst segensreich bei beginnender Arteriosklerose, weniger vielleicht durch den momentanen Effekt, als durch das erzieherische Moment, welches ihnen innewohnt. Der Kranke erfährt, dass er sich bei einer gewissen Unterernährung und regelmässigem Stuhlgang etc. wohler fühlt und kommt zu einer vernünftigen Lebensweise durch die Badekur.

Dr. Idelsohn: Ich halte mich nicht für kompetent zur Frage der allgemeinen Arteriosklerose Stellung zu nehmen, und möchte nur auf die Frage der Arteriosklerose der Fussarterien noch etwas näher eingehen. Wie soll man sich den Einfluss des Nikotins, dieser allgemein wirkenden Schädlichkeit, beim intermittierenden Hinken erklären, da müssen doch lokale Ursachen mindestens ebenso wichtig erscheinen. Einige Anhaltspunkte dafür dürfte nun der von mir betonte Zusammenhang des intermittierenden Hinkens mit Plattfuss geben. Die Kälte und die eigenartigen cirkulatorischen Bedingungen, denen die Unterextremitäten unterworfen sind, begünstigen ebenfalls diese Lokalisation; dann dürfte noch eine Ueberanstrengung und vor allem eine angeborene Enge des Gefässsystems, die sich bei meinen Kranken häufig durch palpable Anomalien an den Radialarterien, — es fehlte der eine oder andere Radialpuls oder sie waren deutlich different-dokumentierte. In den 3 Fällen, die Frauen betrafen, und bei mehreren männlichen Patienten kam Tabak überhaupt nicht in Frage.

Gegenüber Herrn Koppe muss ich betonen, dass gerade die Ueberanstrengung gewisser Gefässprovinzen diese zur Arteriosklerose disponiert — man würde sich wohl hüten, Kranke mit intermittierendem Hinken «ordentlich laufen zu lassen». Den Wert der Uebung will ich nicht in Abrede stellen — sie würde wohl in erster Linie dem Herzen zugute kommen und damit der Gefässsklerose steuern, ohne diese direkt zu beeinflussen. — Gegenüber Herrn Prof. Tschish erlaube ich mir zu bemerken, dass ich die Influenzaneuralgie der Beine und die doppelseitige Ischias nicht erwähnt habe, weil ich mich nur auf eigene Beobachtungen stützte und mir entsprechende Kranke nicht vorgekommen sind, die Literatur berichtet ja über solche mehrfach. Die Beobachtung des Kollegen von Holst betreffend, habe auch ich in 2 Fällen ein Schenkel-Bruchband als mögliche Ursache des Verschlusses der Fussarterien in Betracht gezogen, die Entfernung war in meinen Fällen erfolglos, eine ähnliche Beobachtung brachte vor einigen Jahren van Oordt. — Gegenüber Herrn v. Engelhardt möchte ich an dem Begriffe typischer neurasthenischer Schmerzen festhalten; bei akuter Ischias dürfte Ablenkung auch wenig ändern; im übrigen giebt es noch mehrere Anhaltspunkte, um die Differentialdiagnose gegen nicht neurasthenische Schmerzen abzugrenzen.

Dr. Thilo-Riga schliesst sich darin Koppe an, dass arteriosklerotische Erkrankungen der Beine so häufig sind, weil bei Individuen mit sitzender Lebensweise und solchen, die viel stehen müssen, die Beine zu wenig bewegt werden. Gummi wird spröde und brüchig, wenn er nicht benutzt oder geknetet wird, die Gummischläuche kann man z. B. sehr lange erhalten, wenn man sie täglich ein wenig reckt oder knetet, bei anderen organischen Stoffen liegen die Verhältnisse ähnlich und bei den elastischen Blutadern sind wohl auch entsprechende Vorgänge anzunehmen.

V. Dr. R. v. Holst-Riga: **Kemmern und seine Heilfaktoren nach den Entwässerungsarbeiten.** (Ist in dieser Zeitschrift Nr. 44 u. 45, Jahrg. 1904, erschienen).

Schluss der III. Sitzung.

Sekretär: G. Engelmann.

Vierte Sitzung.

Donnerstag, den 19. August 9 Uhr Morgens.

I. Dr. E. Mey-Riga: Blasses Aussehen bei Kindern.

Diskussion:

Dr. Kikuth-Riga: Oftmals möge es ja richtig sein, dass hinter den Erscheinungen der Anaemie eine psychische Disharmonie in der Entwickelung des Kindes zu suchen ist; ich glaube aber auch, dass wir sehr häufig hinter diesen Erscheinungen eine schwere konstitutionelle Krankheit finden können. Nicht gar so selten hatte ich die Gelegenheit anämische Kinder zu untersuchen, die aus der Sprechstunde des einen in die des anderen unter der Diagnose «Anaemie» gewandert waren. Eine längere Beobachtung dieser Kinder und die oftmalige Untersuchung derselben liess als Grund des blassen Aussehens eine Tuberkulose der Lungen oder eine Drüsentuberkulose erkennen. Die Anaemie war also nur ein Symptom dieser Krankheit. Was die körperliche Züchtigung anbelangt, so bin ich der Meinung, dass man vollkommen ohne eine solche auskommen könnte; mit wohlgemeinten Worten dürfte man wohl mehr erreichen als mit einem wohlgezielten Schlage; der moralische Einfluss dürfte bei sich entwickelnden Kindern nachhaltiger sein, als eine körperliche Züchtigung.

Prof. Tschish: Durch die Erfahrungen der Psychiater wird die vollständige Nutzlosigkeit der Bestrafung vermittelst körperlicher Schmerzen dargelegt, derartige Bestrafungen bringen nur Schaden. Der Psycholog kann die Folgerungen der Psychiatrik bestätigen. Die Erinnerung an einen physischen Schmerz pflegt eine so schwache zu sein, dass eine solche Bestrafung bei stumpfen, in psychischer Hinsicht trägen Kindern einen ernstlichen erzieherischen Einfluss gar nicht haben kann. Auf die reizbaren, zu Affekten geneigten, nicht im psychischen Gleichgewicht befindlichen Kinder können derartige Strafen einen sehr schädlichen Einfluss haben, da auf solche Kinder der psychische Schmerz der physischen Strafe stark und oft schädlich wirkt.

Dr. Koppe-Pernau: Nach K.'s Erfahrungen aus der Praxis lässt sich bei widerspenstigen Kindern ein Schlag

mit der flachen Hand nicht vermeiden und erzielt meist eine längerdauernde gute Wirkung; vielfach wird dadurch die Behandlung der Kinder ermöglicht. Auch bei Irren glaubt K., auf Grund mehrjähriger Erfahrung, den kalten Ueberguss als heilsame Strafe bei unflätigem Betragen empfehlen zu können.

Dr. Ströhmberg-Jurjew spricht sich gegen die körperliche Züchtigung der Kinder aus.

Prof. Tschish: Die körperlichen Strafen haben freilich einen momentanen Erfolg, die schliesslichen Resultate sind jedoch schlechte.

Dr. Apping-Wolmar: Ich lege viel Gewicht auf Ausbildung des Gehorsams in der frühesten Jugend und ist in diesem Alter ab und zu als bestes Mittel eine kurzdauernde vernünftige körperliche Züchtigung zu empfehlen. Eine derartige verdiente Züchtigung ist durchaus nicht für ein Kind erniedrigend und wird, da die Kinder ein gutes Gedächtnis haben, bis ins hohe Alter nicht vergessen, was ich im Gegensatz zu den Ausführungen des Prof. Tschish bemerken möchte.

Dr. Paldrock-Jurjew: Ich kann mich in keiner Weise für eine Körperstrafe bei Kindern aussprechen. Am wenigsten ist sie in der Sprechstunde am Platz und als Mittel zur Herstellung der Autorität des Arztes gegenüber den Patienten, in unserem Falle — Kindern, sollte sie niemals in Anwendung kommen. Dr. Ströhmberg hob hervor, dass es ein Testimonium für die Eltern ist, wenn sie bei ihren Kindern Körperstrafen anwenden müssen. Ich sehe davon ab, das Ebengesagte weiter auf das Verhältnis von Arzt und Patient auszuspinnen.

Dr. Sintenis-Pernau: Mir erscheint ein Schluss von den psychisch Kranken auf die Kinder durchaus unstatthaft. Die Denkarbeit des Irren ist gestört, das Gemütsleben des Kindes dagegen ist eine hervorragend plastische Masse. Es ist also gar kein Grund vorhanden zu fürchten, dass eine Strafe vergessen werde. Das Kind vergisst gar nicht so leicht. Die Hauptfrage ist die nach dem Alter des Kindes. Die Erziehung des Kindes soll im ersten Halbjahr einsetzen, dann soll sie mit 3 Jahren soweit vollendet sein, dass das Kind quasi sich

selbst weitererzieht. Nach diesem Alter sollen Schläge nicht mehr nötig sein.

Dr. Pacht-Wellan: Namhafte Pädagogen entscheiden die Frage der körperlichen Züchtigung dahin, dass die Erziehung durch dieselbe in einem Alter abgeschlossen sein muss, aus dem keine Erinnerungen für das spätere Leben bleiben, also etwa mit dem 3. Jahre. Als Ergänzung zu den Ausführungen des Kollegen Mey, nach denen eine schlechte körperliche Entwicklung — blasses Aussehen der Kinder — durch psychische Störungen veranlasst sein können, möchte ich anführen, dass häufig auch das Umgekehrte der Fall ist und der Hausarzt oft in die Lage kommt, Kinder vor Strafen zu schützen, bei denen Unlust und Ungezogenheit durch nachweisbare gesundheitliche Störungen bedingt ist, die sich oft nur durch geringe Temperatursteigerungen manifestieren, und ihren Grund in Anämie, Skrophulose und Tuberkulose haben.

Dr. Hirschberg,-Riga: Im neuesten Manifest hat der Staat, zur grossen Freude aller intelligenten Menschen, die Unhaltbarkeit der Körperstrafe für Verbrechen durch Aufhebung derselben besiegelt. Da man doch auch Kinder nur dann schlägt, wenn man sie strafen will, so wird auch dem werdenden kindlichen Gemüt die Anwendung moralisch-ethischer Mittel angepasster sein. Im ganzen greifen Eltern und Erzieher doch zum Prügeln, wenn es mit ihrer eigenen Geduld zu Ende ist, also wo ihre erzieherische Fähigkeit, Herr der Situation zu bleiben, zu Ende ist. Mit der Verteidigung der Prügelstrafe von seiten der Aerzte, welche die Lehrer der biologischen Prinzipien sein sollen, lässt sich ein Rückfall ins Mittelalter konstatieren. Man hat keine Geduld die Erfolge der modernen Erziehungsmethoden abzuwarten und sucht aus der Rumpelkammer das Abgelegte wieder hervorzuholen. — Im übrigen haben alle Aerztekongresse, zuletzt auch der Pirogow-Kongress in Russland, unisono die Abschaffung der Prügelstrafe, auch bei der Erziehung der Kinder, verlangt.

Dr. Mey: Zu meinem grossen Bedauern sind die meisten der Herren Diskussionsredner in Bahnen geraten, die mit meinen Ausführungen nichts zu tun haben. Ich habe weder von Anämie noch von Verbrechern oder Geisteskranken gesprochen. Wenn Dr. Kikuth auf anämische Kinder zu sprechen kommt, die eine Lungentuberkulose aufweisen, so

mache ich darauf aufmerksam, dass ich nur von blass aussehenden Kindern gesprochen habe, bei welchen, nach wiederholter Untersuchung, keine organischen Veränderungen nachzuweisen sind; alle organisch kranken Kinder habe ich bei meinen Ausführungen ausgeschlossen, was ich in meinem Vortrage betont habe. Ferner ist in meinem Vortrage nur von einer körperlichen Züchtigung von Kindern die Rede gewesen, die im Alter von einem bis höchstens drei Jahren stehen, jedes andere Alter soll für die Körperstrafe unbedingt ausgeschlossen werden.

II. Dr. Büttner-Riga: Hyperchlorhydrie u. Hypersekretion. (Manuskript nicht erhalten).

III. Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat): Ueber die Häufigkeit der Pankreaserkrankungen. (Mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

(Manuskript nicht erhalten.)

Diskussion:

Dr. Bergmann-Riga: Die Diagnose der chronischen hypertroph. Pankreatitis ist schwierig, weil der Tumor innige Beziehungen zum Gallengangsystem eingeht und Erscheinungen von seiten dieses in den Vordergrund treten. In einem derartigen Fall hat Ref. die Laparotomie gemacht, die Gallenblasenadhäsionen getrennt und den Pankreastumor für Karzinom erklärt, weil eine Metastase (erbsengrosser Tumor auf der Gallenblase) vorhanden war. Die vorläufig gestellte infauste Prognose hat sich glücklicherweise nicht erfüllt, denn Pat. hat seit der vor ca. 1/2 Jahr stattgehabten Operation stetig zugenommen und ist gegenwärtig völlig wohl.

Dr. Truhart-Jurjew hebt hervor, dass die Differentialdiagnose zwischen diesem beningnen, von Riedel als «eisenhart» bezeichneten Tumor, welcher anatomisch als circumscripte auf den Kopf des Pankreas beschränkte interstitielle Pankreatitis aufzufassen ist, und dem Scirrhus des Pankreas in der Tat wenigstens bezüglich der klinischen Symptome mancherlei Schwierigkeiten bietet und daher auch, zumal in früheren Zeiten häufig, aber auch jetzt noch nicht gar selten zu Verwechselungen Anlass giebt. Auch das Fibrokarzinom habe überaus häufig seinen Sitz im Pankreaskopf und führe daher wie jener zufolge des Druckes auf das Duodenum zu Stenose des Darmrohrs oder aber durch Obstruktion des

Ductus Choledochus, welcher bekanntlich in 95% der Fälle den Pankreaskopf in seiner Substanz durchsetzt und nur in 5% der Fälle nicht interpankreatisch gelegen ist, zu Ikterus. Die Probelaparotomie sei schon allein zu diagnostischen Zwecken geboten. Als wesentliche differentialdiagnostische Kennzeichen wären hervorzuheben: erstens die bei Riedel's eisenhartem Tumor meist nicht vorhandenen, beim Krebs in bestimmten Intervallen auftretenden starken Schmerzen; zweitens die bei diesem sehr bald sich geltend machende Krebskachexie, die starke Abmagerung der Kranken; drittens die nach stattgehabter Laparotomie bei der Palpation des Tumors beim Krebs sich geltend machende höckerige Oberfläche des Pankreaskopfes, der beim Riedelschen Tumor sich zwar bretthart, aber glatt ohne Erhabenheiten erweist; viertens endlich giebt der klinische Verlauf eine sichere Lösung, da der Krebs unfehlbar zum Tode führt, der meist in 6—10 Monaten erfolgt, während jener benigne Tumor eine durchaus gute Prognose giebt und selbst ohne irgend welchen operativen Eingriff sich früher oder später vollständig zurückzubilden vermag. Erfahrungsgemäss wird diese Rückbildung selbst auch schon nach einfacher Probelaparotomie beschleunigt, ohne dass man bisher den Grund hierfür anzugeben vermag. Der Ikterus und die etwaige Duodenalstenose erheischen wie beim Pankreaskrebs auch hier oft palliatives Einschreiten (Cholecysto-Enterostomie, Gastroenterostomie u. s. w.) oder aber eventuell auch die Entfernung eines Gallensteines aus dem Gange des Choledochus resp. aus dem Diverticulum der Ampulla Vateri. Bei der Enge des Lumens des den Pankreaskopf durchsetzenden Ganges des Choledochus ist die Cholelithiasis als wesentlichster aetiologischer Faktor bei dieser typischen Form der Pankreaserkrankung anzusehen.

IV. Dr. O. Brehm-Riga: Ueber Komplikationen bei Erkrankungen des Appendix. (Ist in Nr. 48 Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. Mey-Riga möchte von den Chirurgen die Frage beantwortet wissen, ob sie je einen gesunden Wurmfortsatz entfernt haben und wie ein solcher in seinem Lumen aussieht.

Dr. Bergmann-Riga: Von Küttner sind Fälle mitgeteilt worden, wo bei belastender Anamnese der Befund makroskopisch und mikroskopisch normal war. Eine Kongruenz zwischen patholog.-anatom. Befunde und klinischen Erscheinungen kann bisher nicht festgestellt werden. Man findet die verschiedensten Bilder — äusserlich normales Aussehn, exquisite Veränderungen der Schleimhaut und wiederum bei lebhaft injizierter Serosa eine scheinbar normale Mucosa, sogar trotz eitrigen Inhaltes. Wie die Küttner'schen analogen Fälle zu erklären sind, steht dahin; es wäre denkbar, dass eine katarrhalische Erkrankung des Coecum die Ursache abgiebt, denn es ist daran festzuhalten, dass, wenn auch als Ausnahme, Erkrankungen des Coecum mit Perforation vorkommen — als echte Typhlitis, wie sie die alte Schule lehrte. Zu betonen ist, dass nach Entfernung eines obliterierten atrophischen, scheinbar also gar nicht mehr in Betracht kommenden Processus vermiformis jahrelange Beschwerden beseitigt worden sind, wodurch der beste Einfluss auf das Allgemeinbefinden erzielt wurde.

V. Dr. Thilo-Riga hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Behandlung der steifen Gelenke».

Wegen der vorgerückten Zeit giebt er nur einen kurzen Ueberblick über seine Art der Behandlung. Die Ausführung derselben erläutert er an seinen in einem Nebenraum aufgestellten Apparaten ausserhalb der Sitzung.

Th. weist darauf hin, dass vor allen Dingen die Entstehung von Versteifungen zu verhüten ist.

Auf diesem Gebiete wird, seiner Ansicht nach, noch immer viel gesündigt, besonders bei Lähmungen.

Nur zu häufig entwickeln sich z. B. nach Kinderlähmungen Spitzfüsse, Klumpfüsse und Greifhände, die man durch frühzeitiges Anlegen von Schienen sicher vermeiden könnte.

Th. erläutert einige von ihm zu diesem Zwecke ersonnene und hergestellte Schienen. Er zeigt, dass sie schnell und bequem angelegt werden können und dass der Kranke es daher bald erlernt, sie selbständig zu benutzen. Ihre Anschaffung erfordert nur geringe Kosten.

Th. lässt sie meistens nur in der Nacht tragen und für den Tag entfernen, damit sie den Gebrauch der Gliedmassen nicht am Tage stören.

Ausserdem lässt er massieren, elektrisieren und die von ihm mehrfach veröffentlichten Uebungen ausführen. (Vergl. unter and. Thilo: Uebungen. Samml. klin. Vorträg. v. R. Volkmann Berlin 1897, März) Auch bei Lähmungen der Gesichtsmuskeln ist es Th. nicht selten gelungen durch Züge mit Heftpflaster Entstellungen des Gesichtes zu verhüten. Hierbei werden z. B. die Schiefstellungen des Mundes mit Heftpflasterstreifen überkorrigiert und so wird es den geschwächten Muskeln erleichtert, ihre verlorene Leistungsfähigkeit wiederzuerlangen mit Hilfe von Massage, Uebungen und Elektrisieren. Th. meint, es wäre sehr wünschenswert, dass die Nervenärzte sich aller dieser Mittel mehr bedienten, als es bisher der Fall ist; denn gerade die Nervenärzte haben am meisten Gelegenheit frische Lähmungen zu behandeln, bei denen noch keine Muskelverkürzungen und Verbildungen der Gelenkteile eingetreten sind. Freilich ist es dann erforderlich, dass die Nervenärzte sich vom Orthopäden ein wenig im Gebrauche der Schienen unterweisen lassen. Ein Blick auf die vorgelegten Schienen wird jedoch wohl genügen, um zu erkennen, dass ihre Verwendung nicht allzuschwer erlernt werden kann.

Hierbei kann die ganze Behandlung immer in der Hand eines und desselben Arztes bleiben und erst dann braucht der Nervenarzt den Kranken einem Chirurgen zu übergeben, wenn Sehnendurchschneidungen und Sehnenüberpflanzungen erforderlich sind.

Bei Versteifungen, die durch Verletzungen entstehen, wird allerdings am besten ein Chirurg von vornherein die Behandlung übernehmen, aber auch der Chirurg hat mehr als bisher darauf zu achten, dass keine steifen Gelenke entstehen. Er kann bei Knochenbrüchen durch frühzeitige Bewegungen der benachbarten Gelenke oft mit Sicherheit Versteifungen verhüten. Schon seit vielen Jahren wendet Th. auch bei frischen Gelenkentzündungen frühzeitig, allerdings sehr vorsichtige Bewegungen an, da oft nur dann die volle Beweglichkeit erhalten werden kann, wenn noch keine ausgedehnten Verklebungen der Gelenkflächen eingetreten sind.

Für diese Bewegungen hat Th. besondere einfache Vorrichtungen hergestellt, welche dem Kranken die Möglichkeit bieten, zu Hause mit eigener Hand seine Gelenke zu bewegen.

Th. hält es für sehr wichtig, dass der Kranke mit eigener Hand diese Bewegungen ausführt, da sie dann ganz besonders schonend sind.

Die Bewegungsvorrichtungen erläutert Th. in einem Nebenraume; er zeigt, dass er anfangs nur Bewegungen von 10° und weniger vornehmen lässt.

Derartige Bewegungen eines entzündeten Kniegelenkes hält Th. für weniger eingreifend, als das Gehen mit Stützvorrichtungen; denn mit Recht weist König*) darauf hin, dass selbst die besten Gehschienen nur unvollkommen das Kniegelenk imobilisieren und vom Körpergewicht entlasten. Dieses Gehen jedoch hält man ganz allgemein für ungefährlich. Th. weist darauf hin, dass nach Untersuchungen von König, die Flächen entzündeter Gelenke sich mit einem Belage bedecken, der an den Belag der Luftröhre bei Katarrhen erinnert. Dieser Belag fehlt an den Berührungsflächen der Gelenke, da er hier bei Bewegungen zerrieben wird. Ausserdem beschleunigen die Bewegungen den Blutkreislauf im Gelenke und beschleunigen so die Entfernung des zerriebenen und gelösten Belages. Hieraus ersieht man wohl, dass die Bewegungen bei entzündeten Gelenken ein Heilmittel sind, welches unmittelbar Krankheitserreger zerstört und entfernt. So erklärt sich jene wohltuende und schmerzstillende Wirkung der Bewegungen bei vielen veralteten Gelenkleiden.

Ganz selbstverständlich sind die Bewegungen so vorsichtig auszuführen, dass gröbere Zerreissungen von Blutgefässen vermieden werden. Dieses erreicht man mit grosser Sicherheit, wenn der Kranke mit eigener Hand die Bewegungen an sich vornimmt. Er macht dann nur solche Bewegungen, die schmerzlos sind, und vermeidet so sicher Verletzungen des Gelenkes. In früheren Jahren hat Th. die passiven Bewegungen sehr häufig mit eigener Hand schmerzlos für den Kranken ausgeführt, da er seine Apparate noch nicht ersonnen und hergestellt hatte. Jedoch waren diese Bewegungen sehr zeitraubend, ermüdend und doch ungenügend.

Gewaltsame Bewegungen entzündeter Gelenke hält Th. geradezu für lebensgefährlich. Er meint, dass leider solche Bewe-

*) König: Die spezielle Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Berlin 1896.

gungen noch immer vorkommen und dass die üblen Folgen dieser Kunstfehler die grossen Vorurteile gezeitigt haben, die noch immer gegen die Behandlung der Gelenkentzündungen mit Bewegungen und Massage bestehen.

Bei gröberen Zerstörungen des Gelenkes, bei Eiteransammelungen u. s. w. hält Th. die Behandlung mit Bewegungen für schädlich. Hier ist die Gelenkhöhle zu eröffnen, die krankhaften Teile sind nach Möglichkeit zu entfernen und durch starre Verbände muss das Gelenk vollständig versteift werden.

(Autoreferat).

Für die Diskussion mit Dr. Bergmann wurde ein Zettel abgegeben.

Diskussion:

Dr. Bergmann-Riga: Die von Dr. Thilo empfohlene Behandlungsmethode ist vorzüglich bei sogenannten Katarrhalformen der Gelenke; die rationelle Methode der Behandlung wirklich tuberkulöser Gelenke ist aber die Ruhe eventuell Kompression. Abgehen von diesem Prinzip kann die allerschwersten Folgezustände haben.

Dr. Thilo führt gegen Dr. Bergmann an, dass seine Bewegungen mit grosser Vorsicht ausgeführt wurden und dass er im Laufe von 20 Jahren bei dieser vorsichtigen Behandlung keine schädlichen Folgen gesehen habe. Natürlich sei es ihm nicht in allen Fällen gelungen eine vollständige Heilung zu erreichen, aber das gelingt auch oft bei anderen Behandlungsmethoden nicht, wohl aber trat in sehr vielen Fällen dauernde Heilung ein. Bei Eiterungen und hochgradigen Zerstörungen des Knochens ist selbstverständlich operativ vorzugehen.

VI. Dr. Engelmann-Riga: Ueber die Bottinische Operation der Prostatahypertrophie.

VII. Dr. W. von Grot-Riga: Kasuistische Mitteilungen über Verletzungen der männlichen Genitalien. (Erschienen in Nr. 6, Jahrg. 1905 dieser Zeitschrift).

VIII. Dr. Paldrock-Dorpat: Der Gonokokkus und seine Nährböden.

Dr. Paldrock demonstriert seine Gonokokkennährböden, die aus Ascitesflüssigkeit, Fleischwasser und Agar bestehen und ganz durchsichtig wie Wasser sind. Zugleich demon-

striert er seine auf diesen Nährböden gezüchteten Gonokokkenreinkulturen. Demnächst verspricht Vortragender nähere Angaben über seine Versuche durch Publikation im «Русск. журн. кожн. и венер. бол., Харьковъ» zu geben; dabei betont er, dass seinen Erfahrungen nach Gonokokken nur auf Nährböden gezüchtet werden können, die gelöstes menschliches Eiweiss enthalten.

Schluss der IV. Sitzung.

Fünfte Sitzung.

Donnerstag, den 19. August 1904, 3 Uhr nachmittags.

1. Dr. Hirschberg-Riga: Demonstration plastischer Bilder einiger Hautkrankheiten.
2. Dr. Ströhmberg-Dorpat: 15 Fälle von Methylalkoholvergiftung. (Erschienen in Nr. 39 und Nr. 40 des Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift.)

Diskussion:

Dr. Lackschewitz erinnert Dr. Ströhmberg daran, dass im Beginn dieses Jahres im Hospital ein Patient in Behandlung kam, der wohl auch an den Folgen derselben Vergiftung litt. Patient war in wenigen Tagen an retrobulbärer Neuritis erblindet und zwar nach Genuss eines «Schnapses», den er mit einem Genossen zu sich genommen hatte. Beide erkrankten am Abend des Tages unter Schwindel, Somnolenz, Erbrechen. Der eine starb am folgenden Tage im Coma, der andere erholte sich allmählich, doch stellte sich dann rapid fortschreitende Amblyopie ein, die zu dauernder Erblindung führte—acute Neuritis retrobulbaris mit nachfolgender Atrophie. Es liegt nahe, anzunehmen, dass dieser «Schnaps» ebenfalls Methylalkohol enthalten hat.

Dr. Grohmann macht darauf aufmerksam, dass der denaturierte Spiritus ebenfalls im vorliegenden Falle als Vergiftungsursache angesehen werden könne, weil der betreffende Spiritus mit Holzessig und Teer denaturiert wird und es möglich ist, dass der Kunzenbalsam damit bereitet wäre.

Dr. Koppe berichtet über einen Fall von Vergiftung mit Holzspiritus, welche gleichfalls zur vollständigen Erblindung geführt hatte und bei Abstinenz vom Alkohol zu bedeutender Besserung des Sehvermögens bei bestehender Atrophie des Sehnerven geführt hat.

Dr. Ströhmberg: Es ist interessant, dass in dieser kleinen Versammlung noch 2 derartige Fälle angeführt werden konnten.

Dr. Middendorf fragt, ob der Beweis erbracht worden ist, dass es sich in diesen Fällen um Methylalkohol gehandelt hat.

Dr. Ströhmberg teilt mit, dass Proben des Kunzenbalsams und Eingeweide zur chemischen Untersuchung nach Riga geschickt seien.

Dr. Middendorf teilt mit, dass zur Politur Methylalkohol statt Spiritus angewandt wird: es müsste die Anwendung von Methylalkohol zu diesem Zweck verboten werden.

Dr. Truhart fragt an, ob der Apotheker für den Verkauf des Kunzenbalsams bestraft worden ist?

Dr. Ströhmberg erwidert, dass der Kunzenbalsam nicht zu den offizinellen Präparaten gehöre, dem Apotheker aber vom Gouverneur der Verkauf desselben sofort verboten sei

Dr. Ströhmberg proponiert, nachdem während der Diskussion noch 2 weitere Fälle von Vergiftungen, welche wahrscheinlich durch Methylalkohol zustande gekommen waren, mitgeteilt worden sind, der Aerztetag möge beschliessen, sobald die chemische Untersuchung die Diagnose in den Dorpater Fällen bestätigt haben wird, bei der Medizinalbehörde darauf anzutragen, dass der Methylalkohol in die Giftliste aufgenommen werde.

Der Beschluss wird angenommen.

3. Dr. Koppe-Pernau: Ueber Schüleruntersuchungen und Schulstatistik. (Selbstbericht).

Durch die Wahl eines schulärztlichen Themas erfüllt Vortragender eine Dankespflicht gegen die Regierung, welche seit dem Jahre 1902 den Schulärzten Sitz und Stimme in den Lehrerkonferenzen angewiesen hat, und gegen seinen hochverehrten Chef Prof. G. v. Oettingen, unter dessen Leitung er im Jahre 1875 die Augen der Schüler des Dorpater Gymnasiums untersuchen durfte. Es ist seitdem viel wissen-

№	Name.	Jahr.	Klasse.	Alter.	Grösse. (Centimeter.)	Brustumfang. (Centimeter.)	Gewicht. (Pfd.)	Konstitution.	Gesicht.	Gehör.	Sprache.	Krankheiten.	Bemerkungen.
		1895	A.	7	124	57—64	61	5	5	4	4	K. 0	
		1896	B.	8	126	57—65	67	5	5	5	5	w	
		1897	I	9	129	60—67	74	4—5	5	4	4		
		1898	II	10	135	62—69	82	5	5	5	5		
	K.	1899	III	11	140	63—70	92	5	5	5	5		
6		1900	IV	12	144	65—72	111	5	5	5	5	0	
	T.	1901	V	13	150	67—76	122	4—5	5	5	5		
		1902	VI	14	158	70—80	134	4—5	5	5	5		
		1903	VII	15	165	74—85	150	5	5	5	5		
		1904	VIII	16	170	76—86	156	5	5	5	5		

schaftliches Material von den Schulärzten gesammelt worden (so in Dorpat z. B. von Dr. Ströhmberg) und wenngleich die Regierung die Art, wie diese Listen zu führen sind, den Schulärzten überlässt, so liegt doch der Wunsch nahe, ein einheitliches und möglichst einfaches Schema aufzustellen, wodurch ein Vergleichen der Schulen mit einander möglich wird. Ein solches Schema, das sich in 10 jähriger Praxis bewährt hat, erlaubt sich Vortragender den Kollegen vorzulegen:

Wir haben hier eine Schüleruntersuchung, welche 10 Jahre hindurch geführt ist. Grösse und Brustumfang sind durch Ctm., das Gewicht durch russ. Pfd. ausgedrückt, für die übrigen Rubriken dient der Census, wie er in der Schule üblich ist (5 = sehr gut, 4 = gut, 3 = genügend, 2 = ungenügend, 1 = schlecht) und die Krankheiten sind durch folgende Zeichen ausgedrückt: k = Keuchhusten, 0 = Masern, 0 = Scharlach, ∞ = Pocken, t = Typhus, w = Lungenentzündung. Die physische und geistige Entwicklung des Schülers nimmt nach dieser Tabelle einen normalen Verlauf. Er beendet mit jedem Jahre eine Klasse, er wächst um ca. 50 ctm., wird ca. 100 ℔ schwerer, die Lungenkapazität steigt von 7 bis 10 ctm., die Konstitution ist meist sehr gut, nur nach der überstandenen Lungenentzündung und dem Scharlach treten kleine Schwankungen ein.

Ein anderes Beispiel:

Der Schüler tritt mit 11 Jahren in die II. Kl. ein, in der V. Kl bleibt er 2 Jahre; er hat Keuchhusten, Masern und Lungenentzündung durchgemacht, leidet an Asthma bronchiale; dazu kommt noch 1899 Scharlach und 1900 Pleuritis und Haemoptoe. Trotz alledem bessert sich seine Konstitution während des Schulbesuchs von 2—3 bis 3—4 und er zeigt bei seinem Abgang eine Lungenkapacität von 10 ctm.

Vorstehende Beispiele mögen genügen, um zu beweisen, dass es auch den Lehrern leicht fallen muss, sich über die physische Beschaffenheit eines jeden Schülers aus dem so geführten «Schulärztlichen Journal» zu unterrichten. Ein alphabetisch geordnetes Namensverzeichniss ist ihm beigefügt.

Den 10 jährigen Durchschnitt für das Pernausche Knaben-Gymnasium zeigt nachstehende III. Tabelle:

№	Name.	Jahre.	Klasse.	Alter.	Länge. (Centimeter.)	Brustumfang. (Centimeter.)	Gewicht. (Pfd.)	Konstitution.	Gesicht.	Gehör.	Sprache.	Krankheiten.	Bemerkungen.
		1897	II	11	142	61—67	80	2—3	4	5	3	k 0 w	Asthma. Bronchitis chron.
		1898	III	12	150	65—70	87	2—3	5	4	3		
		1899	IV	13	153	64—71	94	2—3	5	5	4	0	
	Tp.												
381		1900	V	14	157	67—73	105	2—3	5	5	4		Pleuritis, Haemoptoe.
	T.	1901	V	15	162	69—75	113	2—3	5	5	4		
		1602	I	16	169	71—79	129	3	5	5	4		
		1903	VII	17	175	74—84	129	3	5	5	4		
		1904	VIII	18	178	76-86	140	3—4	5	5	4		

Klasse.	Alter.	Länge.	Brustumfang.	Gewicht.	Konstitution.
A.	8,8	131,6	60,9—66,5	74,5	3,94
B.	10,3	140,7	63,2—70,3	86,3	3,58
I	11,5	140,0	63,9—70,2	88,1	3,85
II	11,9	148,5	66,6—73,6	98,1	3,88
III	13,1	147,5	68,3—75,5	105,4	3,88
IV	14,7	167,4	76,5—85,2	142,1	4,17
V	15,3	164,3	74,4—82,7	140,1	4,17
VI	16,6	172,0	78,3—88,2	162,5	4,51
VII	17,5	172,0	78,9—88,1	157,7	4,28
VIII	18,8	174,8	82,9—92,8	173,3	4,47
	13,8	155,8	71,4—79,3	122,8	4,07

Ueber die Konstitution der Schüler des Pernauschen Gymnasiums können wir also auf Grund vorstehender Untersuchung aussagen, dass sich diese von 3,94 bis 4,47 von Klasse zu Klasse bessert; kleine Schwankungen treten in B und VII auf; die Durchschnittskonstitution beträgt 4,07.

Diskussion:

Dr. Mey-Riga: «Nachdem ich den interessanten Ausführungen des Vortragenden gefolgt bin, möchte ich noch an ihn die Frage richten, nach welchen Kriterien Vortragender die Leistungsfähigkeiten des Herzens beurteilt», was Redner für sehr schwierig hält.

Dr. Koppe: Je weniger stark die Herztätigkeit ausgeprägt ist, um so günstiger. Pulsfrequenzsteigerungen sind ein ungünstiges Zeichen.

Dr. Truhart: «Ich möchte mir erlauben, darauf hinzuweisen, dass die Resultate dieser überaus instruktiven und lehrreichen Untersuchungen mit den analogen in den anderen Staaten West-Europas in mancher Beziehung in Widerspruch treten dürften. Die Zunahme der Myopie in den oberen Klassen hat in der Tat auch dort, dank der seit den letzten Jahrzehnten daselbst streng durchgeführten schulhygienischen Massnahmen, nachgelassen, aber keineswegs aufgehört. Weiterhin ist auch die Frage der Ueberbürdung noch keineswegs als eine für die Schule überwundene anzusehen. Diese Differenz ist meines Erachtens zweifellos auf die Tatsache zurückzuführen, dass der Schulunterricht im russischen Reich zufolge der übermässig zahlreichen Feiertage (1/3 des Jahres) geringer ist als z. B. in Deutschland.

Dr. Werncke-Odessa: Zu den Erfahrungen des Herrn Kollegen Koppe will ich im Gegensatz die statistischen Angaben des bekannten Augenhygienikers Cohn anführen. Cohn hat nach statistischen Untersuchungen früher und jetzt konstatiert, dass sich die Myopie in Deutschland im Lauf von 30 Jahren garnicht vermindert hat.

4. Prof. K. Dehio: Die Hauptsachen der Ehrlichschen Seitenkettentheorie.

5. Dr. Th. Werncke-Odessa: Ueber lokale und allgemeine Tuberkulose des Auges. (Erschienen in Nr. 41 d. Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift.)

6. Dr. G. Ischreyt-Libau: Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum. (Erschienen in Nr. 43 d. Jahrg. 1904 dieser Zeitschrift).

7. Dr. Terrepson-Dorpat: Die Therapie der Impotenz.

Autor geht von dem Grundsatze aus, dass die Therapie der Impotenz nur eine causale sein kann. Er bespricht diejenigen Formen der Impotenz, die in organischen Läsionen des Sexualapparates begründet sind, nicht aber diejenigen, die auf nervöser Grundlage aufgebaut sind, oder sich bei Gehirn- und Rückenmarksleiden oder Diabetes oder Nephritis finden, bei welchen die Potenz sich mit Besserung des Zustandes zu bessern pflegt. Ausgehend von der Tatsache, dass allen Formen eine Abschwächung oder ein völliger Mangel der Erektionen gemeinsam ist, bringt er in Erinnerung, dass man klinisch zwischen irritativer und paralytischer Schwäche unterscheidet. Die letztere entwickele sich meist aus ersterer. Theoretisch erkennt er noch ein Vorstadium der vom Patienten noch unbemerkten Schwäche an, die der irritativen vorausginge.

Der schematische Abfall der Potenz wird an einer Kurve demonstriert. Die irritativen Formen können durch häufige Nacht- und Tagespollutionen gekennzeichnet sein, oder nur unter den Erscheinungen der Mictions- und Defäcationsspermatorrhöen auftreten. Das Ende bildet stets die paralytische Impotenz. Wenn sich ein Patient dem Arzte stellt, so muss eine genaue Anamnese aufgenommen werden (Masturbation, Gonorrhöe, Excesse in Venere) und dann zur Untersuchung des Urins mikroskopisch und chemisch geschritten werden. Daran ist eine Sonden- und Prostatauntersuchung anzuschliessen. In den meisten Fällen wird ein entzündlicher Zustand des Caput gallinaginis gefunden. Er bespricht die Untersuchungsmethoden und Anwendungsweise der Aetzungen, der Sonden, des Psychrophors, der Suspensionen, der Elektrizität, der Hydrotherapie, der Gymnastik und Prostatamassage. Eine wichtige Rolle fällt der aufklärenden Behandlung des Patienten zu. Besonders warnt er vor allen Medikamenten, die als spezifisch angesehen werden, da sie nichts leisten, wenn nicht eine causale Therapie eingreift und wenn sie nicht in ganz genau festzustellenden Stadien des Leidens verabfolgt werden.

Die Prognose wäre im allgemeinen keine schlechte. Der Vortrag wird in der «Petersburger Medizinischen Wochenschrift» erscheinen und müssen alle Einzelheiten daselbst nachgelesen werden.

(Autoreferat).

8. Dr. med. H. Knochenstiern-Riga: «Zur otogenen Meningitis serosa». Nach Quincke beruht die Meningitis serosa auf einer einfachen, nicht parasitären Entzündung der cerebralen Pialgefässe, welche zur Exsudation und Vermehrung der Cerebralflüssigkeit führt. An die wenigen einwandsfreien, in der Literatur angeführten Fälle reiht sich der Fall Jakob L. aus Kurland an, welcher operiert wurde und vollständig genas. Patient, 15 Jahre alt, litt seit 9 Jahren, wo er Scharlach überstanden, an linkseitiger Ohreneiterung. Anfang Juli 1903 stellten sich allmählich verschiedene psychische Symptome ein, Aengstlichkeit, Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit. Zu diesen nervösen Symptomen kam noch folgender objektiver Befund: die Schmerzempfindung fast am ganzen Körper aufgehoben, in der Bauchgegend Hyperästhesie, Stauungspapille, Geschmacksempfindung stark herabgesetzt — Zucker, Salz und Pfeffer werden nicht unterschieden. Nachdem am 4. August 1903 die Totalaufmeisselung ohne irgend einen Erfolg gemacht worden, entschloss man sich zur Spaltung der Dura über dem Temporallappen. Es wurde mit dem Skalpell in's Cerebrum eingegangen, jedoch kein Abcess gefunden.

Nach Abfluss einer bedeutenden Menge von Cerebralflüssigkeit gingen alle Krankheitssymptome zurück und Patient genas vollständig. Bis zur Eingabe des Autoreferats am 11. April 1905 kein Rezidiv.

(Autoreferat).

9. Prof. K. Dehio proponiert, das Präsidium zu beauftragen, circulariter mit einer Anfrage an die livländischen und kurländischen Aerzte zu gehen, ob sie eventuell gewillt seien, sich an einzurichtenden vierwöchentlichen Aerztekursen am Rigaschen Krankenhause zu beteiligen, welche bei genügender Beteiligung in's Leben gerufen werden könnten. Diesbezügliche Meldungen wären an Dr. Keilmann-Riga zu richten.

Diese Proposition wird angenommen.

Prof. K. Dehio dankt für die rege Teilnahme und die reichhaltige Anregung, die durch die zahlreich erschienenen Kollegen geboten worden war.

Dr. Ströhmberg als Vertreter der Medizinalverwaltung erklärt den XVI. Aerztetag der Gesellschaft Livländischer Aerzte für geschlossen.

Neue psychiatrische Erfahrungen.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. livländischen Aerztetage zu Dorpat am 17. August 1904.)

Von

Dr. W. von Holst, Reval.

Meine Herren!

Es ist meine Absicht, einige Fragen der praktischen Psychiatrie auf Grund der Erfahrungen kurz zu streifen, die in der neuen estländischen Landesirrenanstalt während der ersten neun Monate ihres Bestehens gemacht worden sind. Dabei bin ich mir dessen wohlbewusst, dass psychiatrische Tagesfragen nicht annähernd auf das gleiche allgemeinärztliche Interesse rechnen können wie aktuelle Probleme der inneren Medizin oder Chirurgie und dass es Ihnen wie ein Streit um des Kaisers Bart erscheinen muss, wenn wir Irrenärzte uns beispielsweise darüber ereifern, ob bei den neuen Anstalten einige wenige oder gar keine Separierräume eingerichtet werden sollen.

Als die estländische Landesirrenanstalt Ende Oktober vorigen Jahres eröffnet wurde, hatte ausser den Aerzten noch niemand vom Personal, auch die beiden Oberinnen eingerechnet, mit Geisteskranken zu tun gehabt. Unter den Leuten, die sich auf Zeitungsannoncen hin meldeten, suchte man auf gut Glück die am meisten Vertrauen erweckenden und gesundesten aus. Da wir diesen wenig gebildeten Menschen, die fast durchweg direkt vom Lande kamen, nicht nur die schwierige Stellungnahme zu den oft so widerwärtigen Aeusserungen der Irren, sondern jegliche Handreichung beibringen mussten, mag es gekommen sein, dass sie mir in der ersten Zeit un-

gelehrig und schwerfällig erschienen. Mittlerweile habe ich meinen anfänglichen Irrtum eingesehen und möchte die nicht gewöhnliche Begabung der Esten für den Irrenpflegeberuf ausdrücklich hervorheben, selbst wenn ich sie nicht blos mit dem, was ich von den Letten in dieser Beziehung weiss, sondern auch mit den badischen Pflegern vergleiche. Unter dem Seewaldschen Personal befinden sich einige geborene Irrenpfleger und die Zahl der Untauglichen war bisher sehr gering.

Beiläufig verdient erwähnt zu werden, dass der ungewohnte und dadurch besonders aufreibende Abteilungsdienst gerade den tüchtigsten Pflegern anfangs am meisten gesundheitlich zusetzte, so dass sie an Schlaf, Appetit und Arbeitslust Einbusse erlitten. Schon um sie nicht als Pfleger zu verlieren, gab man ihnen soviel als möglich Gelegenheit zur Erholung und in den letzten Monaten sind keine nervösen Störungen unter dem Personal vorgekommen. Die Erwähnung des Pflegepersonals an erster Stelle mag allen Nichtpsychiatern aufgefallen sein. Wenn Sie aber bedenken, dass der Hauptfortschritt bei der Behandlung von Geisteskranken im Ersatz aller mechanischen und möglichst vieler chemischen Zwangsmittel durch verdoppelte Fürsorge der Aerzte und Pfleger besteht und dass daher jeder therapeutische Erfolg zum grössten Teil von der Tüchtigkeit des Personals abhängt, so wird Ihnen diese besondere und ehrende Berücksichtigung nur selbstverständlich erscheinen.

Es darf wohl als bekannt vorausgesetzt werden, dass die neueingelieferten Kranken nach einer fast allgemein anerkannten Gepflogenheit der meisten im modernen Sinn geleiteten Irrenanstalten direkt aus dem ersten Reinigungsbade zu Bett gebracht werden. Ob Ruhelage und Wärme oder ob die mit dem Betthüten verknüpfte Krankheitsvorstellung den Hauptvorzug dieser ersten aller Pflegemassregeln ausmachen, kann hier dahingestellt bleiben.

Jedenfalls trat auch unter unsrer Beobachtung die beruhigende Wirkung meist so sichtbar und unverzüglich ein, dass an der Zweckmässigkeit dieses Verfahrens

garnicht gezweifelt werden konnte. Im Anschluss an die Beruhigung sahen wir aber des weiteren, wie ein nicht geringer Teil aller Neuaufgenommenen nach den ersten zu Bett verbrachten Tagen deutlich verfiel und, wie man meinen sollte, trotz der eingetretenen Ruhe einen kränkeren Eindruck machte als zur Zeit der Aufnahme. Nur vermutungsweise möchte ich als Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs, über den, soviel mir bekannt, sonst nicht berichtet worden ist, folgende Erwägung zur Diskussion stellen. Erst eine mehr oder weniger bedeutende Erregung pflegt gewöhnlich den Anstoss zur Ueberführung des Kranken in die Irrenanstalt zu geben. Bis dahin ist er den erschöpfenden Bewegungsantrieben, Sinnestäuschungen und Angstzuständen, deren Wirkung noch durch unzweckmässige Laienmassregeln verstärkt wird, schutzlos preisgegeben gewesen und unter diesen Umständen hat sich seine Aufregung immer weiter gesteigert. Dem von einer richtigen Krankheitseinsicht noch weit entfernten, aber allein schon durch die Empfindung der sich mit ihm vollziehenden Veränderung sehr gequälten Patienten, ist so jede Möglichkeit, sich bei äusserer Ruhe krank zu fühlen, von vornherein genommen. Erst wenn sein geschwächtes Gehirn von den verschiedenen Reizen nicht mehr oder nicht mehr so stark getroffen wird, tritt die durchaus verständliche Schwäche zum Vorschein, — ein triftiger Grund alle Neuerkrankten nicht wie bisher so spät, sondern so schnell als möglich in den einzigen für sie sicheren Hafen, die Irrenanstalt, zu schaffen. Da in dem akuten und subakuten Stadium alles geschehn muss, um dem Kräfteverfall vorzubeugen — die Kontrolle des Körpergewichts spielt bekanntlich in der Psychiatrie die denkbar grösste Rolle — so ist es mir unverständlich, wie die Sondenfütterungen bei lange abstinierenden Kranken umgangen werden könnten, obschon in der Fachliteratur immer wieder derartige Berichte auftauchen.

Wenn auch ein mehrtägiges unbeachtetes Hungern gelegentlich wieder zur freiwilligen Nahrungsaufnahme führt, so erreicht man doch bei negativistischen Kata-

tonikern und Hebephrenen meist nichts damit, es sei denn allenfalls eine beginnende Atrophie der Magenschleimhaut. Wir sind daher in der Regel am zweiten oder dritten Tage vollkommener Nahrungsverweigerung zur künstlichen Fütterung geschritten und glauben auf diese Art unseren Kranken, die durchweg früher oder später wieder selbständig zu essen anfingen, mehr genützt und weniger geschadet zu haben als durch die fortgesetzten Ueberredungsversuche, die den Negativismus steigern, während das Körpergewicht fällt. Dagegen darf ich die Beobachtung nicht unerwähnt lassen, dass auch bei dreimal täglich wiederholter Einführung von je einem Liter konzentrierter Nährsubstanz die Körpergewichtsverhältnisse nicht annähernd so günstige waren, wie bei mässigem, aber freiwilligem Nahrungsgenuss. Ob das Mehr oder Weniger an Drüsensekreten diese Erscheinung erklären könnte, entzieht sich meinem Urteil. Leider muss ich mir hier die Besprechung spezieller therapeutischer Massnahmen der beschränkten Zeit wegen versagen, doch soll nicht unerwähnt bleiben, dass wir, abgesehn von den Dauerbädern nach Heidelberger Muster, bei Erregung und Schlaflosigkeit mit, wie uns eben scheint, noch grösserem Nutzen feuchte Einpackungen angewandt haben, ohne dass je irgend welche ungünstige Nebenwirkungen zur Beobachtung gelangten.

An der vorzüglichen Wirkung der fortgesetzten Bettbehandlung auf alle widerstandsfähigen und reizbaren Irren lag es, dass die Entscheidung, ob das akute Stadium, dessen Grenzen zum chronischen hin ohnedies schon fliessend genug sind, tatsächlich abgelaufen sei und ob dem Kranken das Aufstehn gestattet werden könne, mitunter sehr schwer fiel. Denn während am Kranken im Bett oft garnichts Psychotisches mehr zu bemerken war, genügte mitunter ein Verweilen von wenigen Stunden ausserhalb des Bettes, um längst von uns überwunden geglaubte Symptome wieder zum Vorschein zu bringen. Je mehr wir daher zur Ueberzeugung gelangten, dass schon das blosse Aufsein eine schwere Arbeit für unsere ans Bett gewöhnten Irren bedeutet,

um so seltener brauchten wir uns Vorwürfe wegen verfrühter Aufstehversuche zu machen.

Nicht weniger schwierig erscheint mir die Bestimmung des Zeitpunkts, wo dem inzwischen ans Aufsein gewöhnten Kranken eine leichte Arbeit zugemutet werden kann oder muss, denn auch hier erweist sich jedes Zufrüh als schwere Schädlichkeit. Wer den dazu geeigneten Augenblick nicht zu finden versteht, wird mehr Schlechtes als Gutes über den therapeutischen Wert der Arbeit zu berichten haben, aber umso günstiger erweist sich ihre Wirkung, wenn sie zur passenden Zeit in ihr Recht tritt. Ueber die Vorzüge einer den Kräften angepassten Arbeit an frischer Luft auf das körperliche Wohl braucht hier kein Wort mehr verloren zu werden, für unsere Zwecke erweist sich aber als noch wichtiger, dass kein Spiel und keine Zerstreuung nur annäherungsweise im Stande wären, aus einer sich langweilenden, übelgelaunten oder Unheil brütenden Schar von rekonvaleszenten Irren in kürzester Zeit gewissermassen organisierte Gruppen zu bilden, die in bester Stimmung und mit grösstem Eifer Brennholz spalten, den Garten bestellen, Gras mähen und noch vielerlei anderes leisten. Von grosser Bedeutung ist hierbei ferner der Umstand, dass bisher wenigstens die Beaufsichtigung der Irren, die einmal nach reiflicher Erwägung als arbeitsfähig erkannt worden waren, nicht trotz jeder fehlenden Umzäunung, sondern, wie uns scheint, gerade weil keine hohe Mauer sie auf Fluchtgedanken bringt, überraschend wenig Mühe machte. Ganz besonders wohltätig wirkte das grosse Mass an Freiheit auf einige Kranken der Dementia paranoides-Gruppe, die sich ausnahmslos für gesund hielten und ihre Uebergabe an die Anstalt als schweres Unrecht empfanden. Dass derartige Kranke durch die geschlossene Anstalt beengt und ungünstig beeinflusst werden, ist allen Psychiatern genügend bekannt. Da sie keine antisozialen Neigungen verrieten, konnte man ihnen sogar mit gutem Gewissen freien Ausgang gestatten und nicht lange währte es, so traten ihre Beeinträchtigungsideen immer mehr zurück und die stereotypen Klagen über die Zwecklosigkeit des

Anstaltsaufenthalts wurden immer gleichgültiger und beiläufiger vorgebracht. In Betreff der Arbeit ist noch zu bemerken, dass sie auch unsern Pflegern zu gut kam, die sich mit Vorliebe auf diese Weise vom Abteilungsdienst erholten und schliesslich lernten wir die Leistungsfähigkeit der einzelnen Pfleger, wenn sie sich in ihrem altgewohnten Element fühlten, besonders schnell kennen, denn je kräftiger einer veranlagt war, umso lustiger wurde er gerade bei der heissesten Arbeit. Um aber wieder auf die Irren selbst zurückzukommen, so erwies sich die Arbeit bei ihnen auch als eine unfehlbare Probe und zwar auf den Grad der erreichten Verblödung. Wer nach Ablauf der akuten Symptome und trotz völliger Beruhigung beharrlich jeden Beschäftigungsvorschlag zurückwies und statt dessen sein schrullenhaftes Wesen trieb, dessen letztes Stündlein hatte geschlagen, aber leider nur in geistiger Hinsicht, denn gerade aus dieser Art unheilbar Schwachsinniger rekrutiert sich ja bekanntlich der unverwüstliche Stamm aller Pflegeanstalten.

Das vorher über die Einfachheit der Beaufsichtigung und die Seltenheit der Entweichungsversuche Gesagte gilt aber nicht für alle unsere Patienten und, wenn ein erregter Katatoniker mit starken Bewegungsantrieben, oder ein körperlich noch rüstiger, doch schwer verblödeter Paralytiker erst einmal dahintergekommen war, wie leicht der Verschluss unsrer Fenster einer sanften Gewalt nachgiebt, dann kam es so lange zu Fluchtversuchen, bei denen gelegentlich auch mancher Kranke ins Freie gelangte, um gleich wieder zurückgebracht zu werden, bis irgend ein neuer Antrieb an die Stelle des Herausdringens trat. Solche Kranke gehören in die «unruhige Wachabteilung» und dass sie dort das Pflegepersonal zu angespannter Aufmerksamkeit zwingen, kann uns Aerzten nur recht sein, denn dieser unausgesetzten Wachsamkeit bedarf es dort ohnehin aus andern Gründen. Nur in ganz vereinzelten Fällen, wo die Kranken brutal gewalttätig wurden, mussten verständlicherweise mehr Pfleger zur Bewachung eines einzigen Irren aufgeboten werden, als beim Vorhandensein eines sicheren

Gewahrsams althergebrachter Art nötig gewesen wäre. Aber dieses seltene Mehrerfordernis an Pflegekräften wurde durch die verschiedenen vorhergeschilderten Ent lassungen des Personals, die auch mit dem freien Be handlungssystem zusammenhingen, reichlich wieder wettgemacht.

Als vor etwa Jahresfrist der Plan, eine möglichst freie Behandlungsmethode in der neuen Anstalt zu versuchen, an die Oeffentlichkeit gelangte, wurden allerwärts und auch von fachmännischer Seite Bedenken geäussert. Um so mehr freute es uns zu sehn, dass nicht blos die unserer Obhut anvertrauten Kranken mit der neuen Behandlungsart bei Weitem am besten wegkommen, sondern, dass auch ihre Angehörigen, denen Besuche zu jeder Zeit gestattet sind, die grossen Vorzüge der freien Behandlung immer wieder anerkannt haben.

Auch fernerhin wird all unser Streben dahin gehn, durch die Tat zur Ausrottung der Vorurteile beizutragen, die einstweilen noch mit dem Begriff der Irrenanstalten fest verknüpft sind.

Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte zu Dorpat im August 1904.)

Von

Dr. M. Kikuth.

M. H. Veranlasst durch das Gutachten, das ich in einigen Fällen meinen Patienten über eine einzugehende Ehe, in anderen eines eventuell einzuleitenden artifiziellen Abortes wegen bei einer Lungentuberkulösen abgeben musste, liess mich der Frage über Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft etwas näher treten und glaube ich mit meinem heutigen Vortrage einerseits bei Ihnen ein Interesse für diese Frage zu erregen, andererseits aber Sie anzuregen, Ihr Material zur Diskussion zu stellen, um diese nicht nur ärztliche, sondern auch höchst wichtige soziale Frage nach allen Seiten hin zu beleuchten.

Ueber Ehe, Tuberkulose und Schwangerschaft in diesem Zusammenhange findet sich in der Literatur recht wenig und das sich Vorfindende bedarf auf Grund der heutigen Anschauungen einer eingehenden Kritik. Wohl habe ich mich bemüht die einschlägigen Fragen möglichst objektiv zu behandeln, doch bin ich mir bewusst, dass auch sie eine vielleicht etwas zu subjektive Färbung tragen, was durch eine Diskussion, in die einzutreten ich Sie ersuche, geändert werden dürfte.

Ueber die Frage der Heredität möchte ich mich hier nicht näher auslassen, sondern nur betonen, dass die Anschauungen über die Vererbung der Tuberkulose in den letzten Jahren wesentlich sich geändert haben. Auf Grund der neueren aetiologischen Forschung wissen wir, dass die Uebertragung der Tuberkulose auf dem Wege der Zeugung zwar nachgewiesen werden kann, diese sel-

tenen Fälle aber durchaus nicht praktisch ins Gewicht fallen. Dadurch aber hat die Frage der Ehe zur Tuberkulose an Wichtigkeit durchaus nichts eingebüsst. Schauen wir uns in der Literatur um, so verlangen die einen gegen die Heiraten Tuberkulöser oder tuberkulös Verdächtiger «drakonische Gesetze», andere glauben wieder, dass die geregelten hygienischen und diätetischen Lebensbedingungen, welche die Ehe herbeiführt, eine Verbesserung gegenüber der Ehelosigkeit bedeuten, ja es fehlt auch nicht an Stimmen, die die Ehe Tuberkulöser befürworten, durch welche mit der Zeit bei den kommenden Geschlechtern allmählich eine Immunität erzeugt werden soll. Ich meine, der Arzt kann hier nicht nach ganz bestimmten dogmatischen Prinzipien urteilen, sondern er muss sich auf seinen ärztlichen Takt und seine persönliche Ueberzeugung verlassen. Da zweifellose und unverkennbare Wechselbeziehungen zwischen der Ehe und der Tuberkulose bestehen, möchte ich behaupten, dass zum grossen Teil nächst der Verbreitung der Krankheit und der Widerstandsfähigkeit der betreffenden Patienten die sozial-oekonomische Stellung der die Ehe schliessenden Personen hier eine Rolle spielt. Neben der körperlichen und geistigen Reife muss von den Eheschliessenden auch eine wirtschaftliche Reife verlangt werden (Kirchner). Dass die Eheschliessung, so führt Kirchner in seinem Vortrage auf dem Tuberk.-Kongress zu Berlin vom 24.—27. Juni 1899 aus, einen gewaltigen Eingriff nicht nur in das ganze Empfinden und Denken, nicht nur in die wirtschaftliche Lage, sondern auch in den körperlichen Organismus bedeutet, liegt auf der Hand.

Wer in die Ehe tritt, und das gilt namentlich von der Frau, wird geradezu ein anderer. Was bisher verboten war, wird zu einer Pflicht. An Stelle der sorgenden Mutterleitung tritt die eigene Selbstbestimmung. Bald kommt die Schwangerschaft und das Wochenbett, welche an die Energie, an Geist und Gemüt und an die Körperkraft die grössten Anforderungen stellen. Auch für den Mann bedeutet die Eheschliessung den Beginn eines neuen Lebens. Bisher auf sich selbst gestellt,

übernimmt er damit die Sorge für ein geliebtes Leben, das er mit allem Guten umgeben möchte, was er nur irgend herbeischaffen kann. Es beginnt der Kampf um Verdienst und Stellung, welcher doppelte Anforderungen an seine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit stellt. Gelingt es ihm nicht so wie er möchte, treten gar Sorgen und Entbehrungen ein, so sinkt auch seine Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse, während seine Neigung zur Erkrankung an Tuberkulose wächst».

Eine Reihe von Gefahren birgt also die Eheschliessung von Tuberkulösen in sich, insofern als der Geschlechtsverkehr, Sorgen und Kämpfe, die Schwangerschaft und das Wochenbett eine schlummernde Tuberkulose leicht zum Ausbruch bringen kann und eine schon bestehende erfahrungsgemäss erheblich verschlimmert. Diese Gefahren sind um so grösser, in je beschränkteren wirtschaftlichen Verhältnissen die betreffenden Personen leben. Meiner Meinung nach sollte das Eingehen der Ehe einem Tuberkulösen nur aufs äusserste widerraten werden, wenn der Zerstörungsprozess in der Lunge ein irgend erheblicher, die Widerstandsfähigkeit des Organismus gering ist und die äusseren Lebensverhältnisse nicht günstige sind. Am besten wäre es jedenfalls, wenn Tuberkulöse nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach völligem Stillstande der Krankheitserscheinungen heirateten. Doch auch die hier von mir aufgestellten Forderungen bedürfen zuweilen einer Einschränkung; es hatte jedesmal für mich etwas unerquickliches, wenn ein Tuberkulöser sich an mich inbetreff einer einzugehenden Ehe wandte. Rücksichtslos alle Gefahren, die ihm und den Seinigen in der Ehe entspringen, ihm aufzudecken, hielt ich für meine Pflicht und doch musste ich immer zugeben, dass ein grosser Teil der Gefahren durch eine vernünftige hygien.-diät. Lebensweise, durch eine gesicherte soziale Stellung abgelenkt werden könne. Ich kenne Tuberkulöse, die vor 10 bis 15 Jahren ihre ersten klinischen Erscheinungen hatten, die da wähnten, sie seien vollständig genesen, die auftretenden Attaquen hielten sie für Erkältungen, resp. für eine vorübergehende Influenza, und die sich einer einzugehenden Ehe

wegen an mich wandten. Die objektive Lungenuntersuchung ergab aber nichts weniger als eine Heilung. Da alle klinischen Symptome fehlten, war der Prozess nur für eine Zeit lang stationär geworden. Drakonisch diesen Tuberkulösen die Ehe zu verbieten, wäre meiner Ansicht nach unrichtig gewesen; gefruchtet hätte natürlich ein solches Verbot auch nicht. Auf die Gefahren, welche ihnen und den Ihrigen in der Ehe drohen, sie schonungslos aufmerksam zu machen, habe ich nie unterlassen. Hat einer seine Tuberkulose 10—15 Jahre getragen, ohne dass sie ihm nennenswerte Krankheitserscheinungen hervorgerufen, so ist es wohl anzunehmen, dass auch in der Ehe der eingetretene Stillstand der Krankheit weiter fortbestehen dürfte, denn nicht nur in der Ehe, sondern häufig auch im ausserehelichen Leben stürmen manche Gefahren auf den Menschen ein, durch welche das zerstörende Feuer der Krankheit wieder angefacht werden könnte.

In erhöhtem Masse gilt dieses alles von der in die Ehe tretenden tuberkulösen Frau. Es dürfte nur wenige tuberkulöse oder tuberkulös verdächtige Frauen geben, denen wir Aerzte das Eingehen einer Ehe gestatten dürften, Frauen, die einmal im 1., höchstens im 2. Stadium der manifesten Erkrankung standen und die seit mehreren Jahren keine klinischen Erscheinungen aufzuweisen hatten. Denn es ist eine Tatsache, dass auf den Verlauf der Lungentuberkulose die Schwangerschaft einen ungünstigen Einfluss hat. Sehr selten lässt sich während derselben eine Besserung erreichen; oft halten sich die Frauen, wenn auch in recht elendem Zustande bis nach der Niederkunft, um dann rasch zu Grunde zu gehen.

Die Frauen, deren Lungentuberkulose weiter vorgeschritten und gar mit einer ulcerösen Larynxtuberkulose oder einer tuberkulösen Infiltration des Larynx kompliziert war, sind wohl sämmtlich während der Gravidität oder bald nachher ihren Leiden erlegen. Mir ist jedenfalls kein einwandfreier Fall bekannt, wo die Krankheit in einem solchen Falle eine Wendung zum Besseren

genommen hätte und auch die in der Literatur verzeichneten Kranken sind sämmtlich bald nach oder gar während der Gravidität gestorben. Gewöhnlich finden wir bei einer Kehlkopftuberkulose die Lungen erheblich affiziert und diesen Frauen werden wir natürlich mit aller Energie das Eingehen einer Ehe widerraten. Erscheint uns auch der Prozess in den tieferen Luftwegen nicht zu weit vorgeschritten, so sind doch die destruktiven Prozesse gewöhnlich ganz gewaltige; wir Aerzte haben sie nur mit unseren technischen Hilfsmitteln nicht immer finden können. Ebenso mit aller Energie müssen wir natürlich das Eingehen einer Ehe den Frauen widerraten, bei denen der Zerstörungsprozess in der Lunge auch nur ein wenig erheblich uns erscheint und wo der Prozess im manifesten Stadium der Krankheit sich befindet. Gestatten dürften wir einer tuberkulösen Frau das Heiraten nur dann, wenn wir die feste Ueberzeugung haben, dass der Prozess zur Ausheilung gekommen ist, wenn seit mehreren Jahren keine klinischen Erscheinungen mehr aufgetreten sind und der physikalische Lungenbefund uns mit Bestimmtheit eine klinische Heilung konstatieren lässt.

Wird aber in der Ehe eine an einer weiter vorgeschrittenen Kehlkopf- und Lungentuberkulose leidende Frau gesund, oder entsteht die Lungentuberkulose während der Gravidität mit der Tendenz zum schnellen Fortschreiten, dann dürfte meiner Ansicht nach über die Frage des artifiziellen Abortes, über den Sie mir noch einige Worte gestatten, garnicht diskutiert werden. Denn auch durch den artifiziellen Abort dürften wir kaum das Leben einer an einer schweren Larynx- und Lungentuberkulose leidenden Frau bedeutend verlängern; wir opferten das Kind, das event. noch lebensfähig geboren werden könnte, zugunsten einer sterbenden Mutter. Unser therapeutisches Handeln würde sich hier darauf beschränken, die Beschwerden der Mutter symptomatisch zu behandeln, häufig dürfte eine Tracheotomie indiziert sein, um die Beschwerden der Patientin zu lindern resp. nur einer event. Erstickungsgefahr während der Geburt vorzubeugen.

Anders verhält es sich mit dem künstlichen Abort bei einer beginnenden Lungen- oder Kehlkopftuberkulose bei den Frauen, deren Allgemeinbefinden günstig und deren Kehlkopfleiden ganz geringfügig ist (kleine Erosionen, ein circumscriptes ulcus). Wenn ich hier von einem artifiziellen Abort spreche, dann verstehe ich darunter nur einen Abort in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Ein späterer Eingriff wäre gleichbedeutend mit einem Partus und hätte derselbe meiner Ansicht nach mit dem sich daranschliessenden Wochenbett, dem Blutverlust keine prophylaktische Bedeutung. Durch diesen Eingriff könnten wir so manches Leben retten, wenn wir nur möglichst frühzeitig, d. h. event. bevor noch Tuberkelbazillen im Auswurf zu finden sind, bevor noch das ganze Heer der klinischen Symptome aufgetreten ist, unsere Diagnose aus dem objectiven physikal. Befunde stellen können. Dann aber ist auch der artifizielle Abort indiziert; jedoch nur mit der Einschränkung, dass sich die Patientinnen zu einer hygien.-diät. Kur behufs Heilung ihrer Tuberkulose verpflichten. Es hätte doch keinen Sinn bei einer eben beginnenden Tuberkulose einen Abort einzuleiten, wenn die Patientinnen weder etwas für ihre Genesung tun wollen noch etwas tun können und nach gar kurzer Zeit wiederum sich an den Arzt mit der erneuten Bitte des Abortes wenden. Mich auf den Standpunkt Maraglianos stellend, nehme ich keinen Anstand es hier auszusprechen, dass der artifizielle Abort in diesem eben geschilderten Fall indiziert ist. Natürlich will ich es ja nicht bestreiten, dass manche tuberkulöse Frauen die Schwangerschaft und das Wochenbett gut überstehen, doch andererseits gibt es viele tuberkulöse Frauen, ja ich möchte behaupten, die meisten, bei denen, veranlasst durch die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett, die Tuberkulose einen schnellen und höchst ungünstigen Verlauf nimmt. In Folge der Vielgestaltigkeit der Tuberkulose können und werden wir kaum jemals bei einer tuberkulösen Schwangern die Prognose in soweit stellen können, dass wir mit Bestimmtheit voraussagen könnten, in der Folgezeit werde sie durch die Schwan-

gerschaft, die Geburt und das Wochenbett nicht schädlich beeinflusst werden.

Daher halte ich für das richtige, sofort nach Stellung der Diagnose «Tuberkulose» die Schwangerschaft in den eben geschilderten Fällen zu unterbrechen. Ueber die Zweckmässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft bei weiter vorgeschrittener Tuberkulose möge gestritten und diskutiert werden, doch nicht bei eben beginnender Tuberkulose, wo durch die Unterbrechung der Schwangerschaft der gute Allgemeinzustand die feste Zuversicht der Heilung gibt. Da ich mit dieser Anschauung nicht allein da stehe, habe ich den Mut, die beginnende Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes, die fortschreitende Tuberkulose im I. Stadium ihrer Entwickelung als Indikation zur Einleitung eines Abortes aufzustellen.

Literatur.

1. Rozière de la Chassagne, Manuel des Pulmoniques 1770. 2. A. Grisolle: Archives Générales de Médecine. Janv. 1850. 3. Charles Dubreuille: Bulletin de l'Académie Nat. de médecine. Bd. 17, 1851/1852. 4. Virchow: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin und der Seuchelehre. II. Bd. Berlin 1879. 5. Hartsen: Soll man Brustkranken gestatten die Freuden der Liebe zu geniessen. Virchows Archiv, Bd. 49. 6. Van Isendyck: Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique 1898. 7. H. Bremer: Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Wiesbaden 1869. 8. C. Gerhardt: Ueber Eheschliessung Tuberkulöser. Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. Bd. 1. 9. F. Reiche: Die Bedeutung der erblichen Belastung bei der Lungenschwindsucht. Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. Bd. I. 10. Reibmayr: Die Ehe Tuberkulöser und ihre Folgen. F. Deutike, Wien und Leipzig 1894. 10. S. Kaminer: Ueber den Einfluss von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Prozess und den therapeut. Wert der Einleitung von künstlichen Aborten. Deutsche medizin. Wochenschrift 1901, Nr. 35. pag. 587—591. 11. A. E. Neumann: Zur Frage der künstlichen Sterilität phthisischer Frauen. Zentralblatt für Gynäkologie, 1902. Nr. 12. Dr. Arthur Kuttner: Larynxtuberkulose und Gravidität. Fränkels Archiv f. Laryngologie, Bd. 12, 3. 13. C. Hamburger: Ueber die Berechtigung und Notwendigkeit bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unter-

brechen. Berl. klin. Wochenschrift 1902. Nr. 45—47. 14. Löhnberg: Die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren. Münch. med. Wochenschrift 1903, Nr. 8. 15. N. Geiskesen: Die Kehlkopftuberkulose während der Schwangerschaft und Geburt. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie 1903. Bd. XIV. 16. L. Przedborki: Die Kehlkopfkrankheiten während der Schwangerschaft. Arch. f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. XI. S. 68 ff. 17. Veit: Monatsschrift für Ohrenheilkunde April 1902. Ein Beitrag zum Verlaufe von Larynxtuberkulose in der Gravidität. 18. Benno Remak: Die Tracheotomie bei Schwangeren. Diss. Berlin 1882. 19. Hahn, Wilhelm: Tuberkulose und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschrift 1903. Nr. 52. 20. A. Lewy: Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Larynxtuberkulose und Gravidität. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. 1903, Bd. 15. 21. Arthur Kuttner: Larynxtuberkulose und Gravidität. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1901. 22. Dumont-Leloir: a) Schwangerschaft. und Larynxtuberkulose. Obstétrique Nr. 112. Ref. Centralblatt für Gynäkologie 1897. S. 932. b) Ueber das Auftreten von Larynxtuberkulose während der Schwangerschaft. Rev. internat. de Méd. et de Chir. 1897, Nr. 19. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie, 1898. S. 197. 23. Moritz Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. 2. Aufl. S. 373. 24. M. Schmidt: l. c. S. 377. 25. Kossmann: Indikation und Recht zur Tötung des Foetus in der Monatsschrift «Die Heilkunde 1902». Diskussion Berliner klin. Wochenschrift 1902. 149 ff. 26. F. A. Kehrer: Zentralblatt f. Gynäkologie 1897, S. 961—965. 27. A. E. Neumann: ibidem 1898 und 1902, Nr. 12. 28. C. Hamburger: Ueber die Berechtigung und Notwendigkeit bei tuberkulösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen. Berl. klin. Wochenschrift 1902, Nr. 45—47. 29. G. Schröder und F. Blumenfeldt: Handbuch der Therapie der chron. Lungenschwindsucht. 1904. 30. Arthur Schlossmann: Ueber die Leistungsfähigkeit der weiblichen Milchdrüsen und über die Indikationen und Kontraindikationen zum Stillen. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1903.

Zum Sympathicusproblem.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. livl. Aerztetage zu Dorpat).

Von

Dr. R. v. Engelhardt, Riga.

M. H. Mit einem gewissen Misstrauen begegnen wir jedem neuen Versuch, das viel umstrittene, dunkle Gebiet der Sympathicuspathologie zum Gegenstand medizinischer Erörterungen zu machen, da es der exakten Methode der Forschung weniger zugänglich erscheint, als das um vieles durchsichtigere Centralnervensystem. Vor etwa 30 Jahren wurde der Sympathicus für sehr verschiedenartige Krankheitsbilder verantwortlich gemacht, aber diese Anschauungen hielten der wissenschaftlichen Kritik der späteren Jahre nicht stand. Der Rückschlag ging so weit, dass erst im Jahre 1901 wieder eine Monographie der vasomotorisch-trophischen Neurosen von Dr. Cassirer erschien, in welcher der Verfasser, mit sorgfältiger Benutzung der enorm angeschwollenen Literatur ein Bild der Krankheiten zeichnen konnte, welche im engsten Zusammenhang mit Anomalien der Funktion des Sympathicusnetzes zu stehen scheinen. Eine erschöpfende Darstellung dieser Fragen geben zu wollen, liegt mir fern, aber doch stehen uns bereits so zahlreiche Beobachtungen zu Gebote, dass gewisse Gesichtspunkte aus der Behandlung des Sympathicusproblems gewonnen werden dürften, welche, wenn nicht zur Lösung, so doch zur Klärung eines andern, im Vordergrund des Interesses stehenden pathologischen Problems geeignet erscheinen dürften.

Ungeachtet der Verfeinerung der diagnostischen Technik, greift noch heute der Arzt, wie vor hunderten von

Jahren, am Krankenbett nach der Hand des Kranken, um sich über die Frequenz und Qualität des Pulses zu orientieren, noch heute sehen wir als Grundlage ärztlicher Erkenntnis die Prüfung der Cirkulationsgrösse an. In weitaus der grössten Zahl von Erkrankungen ist der Zustand des Herzens und des Gefässsystems der massgebende Faktor für den Verlauf.

Wenn ein Arbeitsmechanismus stockt, so wird bei Abwesenheit äusserer schädigender Momente der Grund für die Stockung in erster Linie dort zu suchen sein, wo die Gefahr der Abnutzung am grössten ist.

Dem gleichen Prinzip verdankt das Gefässsystem bei der Beurteilung des Krankheitsbildes seine hervorragende Bedeutung.

Es giebt kein Organsystem im menschlichen Körper, welches eine grössere Arbeit zu leisten hat, als der Cirkulationsapparat. Sein arterieller Anteil contrahiert sich während eines 60-jährigen Lebens über zwei Milliarden mal. «Es darf uns daher nicht Wunder nehmen», sagt Friedmann[1]), dass die wechselnden Druckverhältnisse auf die Elastizität der Gefässwände endlich einen reduzierenden Einfluss ausüben werden». Dieser Elastizitätsschwund geht ohne scharfe Grenze in die Arteriosklerose über. Die Frage ist bis heute noch unaufgeklärt, ob wir es hierbei nur mit physiologischen Involutionserscheinungen, oder mit pathologischen Symptomen zu tun haben. Metschnikoff glaubt, dass die Bindegewebshyperplasie in den alternden Organen eine krankhafte Erscheinung sei. Sowohl der Nervenzellenschwund im Gehirn des Greises, wie das Starrwerden der Gefässwände erklärt Metschnikoff durch die Tätigkeit der Makrocythen, welche als die primitiveren Zellen den hochdifferenzierten aber ermüdeten Nerven- oder Gefässwandzellen im Kampf überlegen sind. Die Regenerationskraft hochdifferenzierter Gewebselemente ist eine viel geringere, als die des Bindegewebes oder Epithels. Danach müssten wir annehmen, dass auch auf dem Ge-

[1]) F. Friedmann: Die Altersveränderungen und ihre Behandlung.

biet des Nervensystems die Altersinvolution schneller vor sich geht und deutlicher ausgeprägt ist, als etwa in den drüsigen Organen, der Leber, Niere oder dem Darm und den Lungen. «Gerade durch die hohe Dignität dieses Systems» sagt Friedmann, «welches zu sämmtlichen physiologischen Vorgängen des Organismus in gewissen Beziehungen steht, ist es zur Altersveränderung prädestinirt. Und in Wirklichkeit lassen sich bereits Anzeichen der Involution der Nervenelemente vom zwanzigsten Lebensjahr an verfolgen, die schliesslich, wenn sich der circulus vitiosus durch die Sklerose der Gefässe geschlossen, zu jenen schweren senilen Veränderungen führen, welche wohl unzweifelhaft als pathologisch zu betrachten sind. Bei dem Studium der senilen Atrophie der peripheren Nerven fand Desmoulins[2]) die Nerven weniger vaskularisiert und daher trockener als in früheren Jahren. Dieser Austrocknungprozess soll nach Lobstein insbesondere an den Aesten des Sympathicus stark hervortreten, was sich durch seine Innervationsabnahme bemerkbar macht, die sich nach Möbius deutlich in der senilen Myosis zeigt. Wir sehen also, dass die Prädilektionsstellen für die Altersinvolution das Gefäss- und Nervensystem sind und dass nach den spärlichen Daten, die uns über Befunde am Sympathicus zur Verfügung stehen, auch dieser davon nicht ausgeschlossen ist.

Auf dem diesjährigen Kongress für innere Medizin in Leipzig teilte Bahrdt in der Diskussion über Arteriosklerose mit, dass die Sterblichkeit an dieser Krankheit bei den Versicherten der Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft 22 pCt. aller Todesfälle betrug. Seine Statistik umfasste die letzten 11 Jahre. Die Sterblichkeit an Arteriosklerose scheint zuzunehmen, der Zusammenhang mit Lues ist nicht klar ersichtlich — fügt Bahrdt hinzu. Jedem von uns wird die steigende Zahl der Arteriosklerotiker in unsern Sprechstunden aufgefallen sein. Seitdem Charcot über den ersten Fall intermittirenden Hinkens berichtete, ist uns das Bild dieser Er-

[2]) cit. nach Friedmann.

krankung auch schon aus eigener Anschauung bekannt geworden. Higier in Warschau konnte allein im Lauf der letzten 9 Jahre 18 typische Fälle beobachten. Seine Patienten standen im Alter von 22—58 Jahren, allein 11 im Alter von 22—42.

Diese Zahlen zeigen uns, dass die Arteriosklerose häufiger als früher und bereits in ziemlich jugendlichem Alter aufzutreten scheint.

Wenn Romberg's Bezeichnung der Gefässsklerose als einer typischen Abnutzungskrankheit zu Recht besteht, so kann der Grund für die obengenannte auffallende Erscheinung entweder in einer geschwächten Widerstandskraft des Gewebes gegenüber normalen Anforderungen, oder in einem Uebermass von Arbeitsleistung gesucht werden. Die gleichzeitige Wirkung beider Faktoren darf natürlich nicht ausser Acht gelassen werden.

Als ätiologische Momente für die frühzeitige Benutzung des Gefässsystems werden toxische und infektiöse Einflüsse genannt. Es erscheint mir nicht berechtigt Lues, Alkohol und Nikotin in einem Atem zu nennen. Wenn das luetische Gift auch direkt die Vasa vasorum anzugreifen scheint, so ist das Nikotin ein exquisites Nervengift, welches in erster Linie das sympathische Nervensystem trifft. Vom Alkohol lässt sich bisher noch nicht mit Sicherheit sagen, ob er auf dem Wege der Nervenschädigung oder direkt die Gefässe affiziert. Auffallend erscheint jedoch seine spezifisch deletäre Wirkung auf die Nervenelemente, seine Affinität zur Nervenzelle. Gréhaut fand, nachdem er 10 gr. reinen Alkohol Hunden durch die Schlundsonde verabreicht hatte, in dem entbluteten Gehirn pro 100 ccm. 0,41 ccm. in der Leber dagegen 0,325 ccm. Higier betont ausdrücklich, dass der Syphilis in seinen Fällen eine sehr untergeordnete Rolle zukam 6 Patienten gaben übermässiges Rauchen an, nur bei 2 liess sich chron. Alkoholismus konstatieren. Neuropathische Diathese fand er bei 10 Patienten, bei 11 Patienten starke Anforderungen an die Muskulatur der Unterextremitäten. Diese Daten sind überaus interessant: in der Mehrzahl der Fälle scheint eine erworbene oder angeborene Schwäche

des Gefässsystems zu fehlen, hingegen liegt eine neuropathische Diathese vor und eine Ueberfunktion der befallenen Extremitäten. Kann ein gesundes Gefässsystem in Folge von Ueberarbeit degenerieren? Die Frage muss bejaht werden, obgleich das Gefässsystem ebenso wie das Herz die günstigsten Bedingungen dafür besitzen, sich der geforderten Mehrarbeit anzupassen. Es kommt nur darauf an, dass die Stoffwechselbilanz der arbeitenden Gefässschichten die gleiche bleibt, dass die Ermüdung der Gefässwände nicht zur Erschöpfung führt; solange das der Fall ist, muss das Gefäss gesund bleiben. Anders liegt aber die Sache, wenn ein von labilen Nerven abhängiges Gefässsystem auf den leisesten Reiz reagieren muss und dadurch neben seiner — ich möchte sagen berufsmässigen Arbeit im Dienste des Herzens noch beständigen Druckschwankungen ausgesetzt ist. Ich brauche hier nur flüchtig an die Arbeiten Thoma's und seiner Schüler zu erinnern. Es ist sichergestellt, dass Druckschwankungen — und in erster Linie erhöhter Blutdruck zu trophischen Störungen der Gefässwand führen. Ist aber das Gefässnervensystem in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit, oder um mit Goldscheider zu sprechen, ist der Schwellenwert der Vasomotoren ein niedriger, so muss die Gefässweite und der Blutdruck beständig in den verschiedenen Gefässprovinzen wechseln. Der kleinste vom Centrum oder der Peripherie ausgehende Reiz muss weithin ausstrahlende Wirkungen haben.

Zur Motivierung gesteigerter Arbeit im Gefässgebiet, haben wir eine erhöhte Reizbarkeit der Vasomotoren angenommen.

Diese Annahme erhält ihre Bestätigung von verschiedenen Seiten.

Higier sagt: «was die Pathogenese der paroxysmalen Myasthenie (so nennt er die Claudikation intermittente) betrifft, so stimme ich mit denjenigen Autoren ganz überein, die der neuropathischen Diathese eine grössere Rolle zumuten: die Grundlage des Uebels liegt in einer Erkrankung des Gefässapparates, einen bedeutender Faktor in der Symptomatologie bildet jedoch die

durch die Nervosität begründete Neigung zu vasomotorischen Störungen, zu an Intensität wechselnden spastischen Zuständen in der Gefässmuskulatur». Nach Higier unterliegt es keinem Zweifel, dass «das Leiden gelegentlich jahrelang unter dem Bilde einer Neurose verläuft». Zum Schluss will der Autor allerdings die Nervendegeneration als sekundäre und die Gefässerkrankung als primäre angesehen wissen. Nur für vereinzelte Fälle lässt er das umgekehrte Verhältnis gelten. Romberg sagt direkt: Neben körperlichen Anstrengungen kommen nervöse Einflüsse bei der Aetiologie der Arteriosklerose ganz hervorragend in Betracht. Aehnlich äussert sich Klemperer.

Wenn nervöse Einflüsse wirklich die ihnen zugedachte Rolle übernehmen, so müssten in erster Linie, bei Abwesenheit von organischen Nervenleiden, Funktionsstörungen des Vasomotorennetzes hierbei beteiligt sein und es fragt sich nun, ob diese Störungen unserer Diagnose zugänglich sind oder nicht.

In einer Reihe höchst bemerkenswerter Arbeiten hat M. Buch den Nachweis zu führen gesucht, dass die sogenannten Kardialgien oder Gastralgien ebenso wie ein Teil der Enteralgien als Neuralgien des sympathischen Plexus aufzufassen seien. Die schon seit längerer Zeit bekannten Burkart'schen Druckpunkte entsprachen im Wesentlichen den längs der Wirbelsäule gelagerten sympathischen Ganglien. Buch hat mit dankenswerter Berücksichtigung der Literatur den Beweis geliefert, dass der Sympathicus der Nerv ist, welcher die heftigen Schmerzattaquen auslöst, indem die sonst unempfindlichen Ganglien im Zustande der Reizung ungemein schmerzhaft werden. Buch nennt diesen Zustand der Erregung im sympathischen System-Sympathicismus. Ich habe vor 6 Jahren auf dem XI. livl. Aerztetag in einem Vortrag über Gefässulceration und Intestinalneurose Ihnen den Symptomenkomplex dieses Sympathicismus zu schildern gesucht, ohne jedoch den Sympathicus dafür verantwortlich zu machen. Von der alten Anschauung ausgehend, dass der Sympathicus keine sensiblen Fasern führe, nannte ich die Symptome allgemein, vasomoto-

rischer Natur und stellte sie in Parallele mit gewissen Erscheinungen bei manifester Arteriosklerose. Buch hat diese Beobachtungen in seiner letzten Arbeit «über arteriosklerotisches Leibweh» bestätigen können. Er fand aber, dass nicht allein die Aortenwand, sondern auch die neben ihr herlaufenden Grenzstränge druckempfindlich waren. Dadurch bestätigt sich nach Buch meine Annahme, dass der Plexus aorticus Träger des Schmerzes ist. Buch hält das arteriosklerotische Leibweh für rein sympathischer Natur und stellt es in eine Linie mit der Gastralgie, nur dass bei der Arteriosklerose die entzündliche Affektion der Adventitia der Aorta abdominalis sich auf den sympathischen Plexus fortsetze und dadurch die immense Druckempfindlichkeit hervorrufe.

Nach Buch's Ansicht ist also die entzündliche Affektion des Plexus sekundärer Natur, Folge der Arteriosklerose. Wie sind aber dann seine Fälle zu erklären, welche Jahre lang unter dem Bilde vasomotorischer Neurosen verlaufen, ohne dass sich auch nur ein Symptom der Arteriosklerose konstatieren liesse? Die Annahme erscheint doch zu gesucht, dass eine latente Arteriosklerose vorliege, welche bloss die entzündlichen Plexuserscheinungen manifest werden lässt?

Nur eine kurzskizzierte Krankengeschichte als Illustration solcher Fälle: 1896 trat ein Pat. von 36 Jahren in meine Behandlung. Keine Lues, Nichtraucher, Alkohol mässig. Er klagte über plötzlich auftretende Durchfälle, die nur nervöser Natur zu sein schienen. Puls regelmässig, aber beständige etwas erhöht bis $^{100}/_{104}$. Nach 4 Jahren (1900), nach einer vorsichtigen Entfettungskur, Schmerzen im Epigastrium nach stärkerer Bewegung. Diuretin wirkungslos. Kuren in Tarasp, Kissingen mit wechselndem Erfolg.

Puls $^{100}/_{104}$. Sphygmogramm nicht arteriosklerotisch, aber Blutdruck nach Gärtner 165. 1904 nach einer Kissinger Kur leichte Fiebererscheinungen, heftigere Schmerzen im Epigastrium, auch nachts. Unregelmässiger Puls. Plötzlicher Tod im Schlafe. Keine Sektion.

Die Möglichkeit einer splanchnischen Arteriosklerose kann in diesem Falle nicht in Abrede gestellt werden,

aber dass diese Arteriosklerose bereits latent vor 8 Jahren auftrat, dafür fehlen alle Anhaltspunkte.

Die Pulskurve spricht nicht dafür, ebensowenig die körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten bis zum Jahre 1900. Da erst traten die typischen Schmerzen im Epigastrium auf. Die ungezwungenste Erklärung scheint mir folgende: Bei einem angiopathischen Patienten (Vulnerabilität der Schleimhäute, ein Bruder an Fettherz gestorben, eine Schwester herzleidend), treten Erscheinungen von Plethora abdominalis, kombiniert mit Durchfällen, auf, die nervösen Ursprungs zu sein scheinen, event. auf eine erhöhte Reizbarkeit der Splanchnici hinweisen.

Hieran schliessen sich Druckempfindlichkeit des sympathischen mesogastrischen Plexus und an diese die Erscheinungen einer fieberhaften Myocardläsion mit Ausgang in Tod. Der hohe Blutdruck kann ebenso gut für Reizung der Splanchnici, wie für arteriosklerotische Veränderungen im Gebiet der Abdominalgefässe sprechen. Mit anderen Worten: ein reizbares Vasomotorennetz führt sekundär zur tödlichen Angiosklerose, die vielleicht nur auf die feinsten Verästelungen der Coronarien beschränkt ist. Dass die Obduktionsbefunde in diesen Fällen nach der Klärung bedürfen, darf uns nicht überraschen: bei ausgebreiteter Arteriosklerose wird man kaum im Stande sein primäre und sekundäre Veränderungen der sympath. Ganglien zu trennen und bei geringfügigen Veränderungen der Arterien, aber an höchst entscheidenden Stellen, brauchen nur funktionelle Störungen von seiten der Vasomotoren vorgelegen zu haben, die sich pathol.-anatom. nicht nachweisen liessen.

Daraus erklärt sich auch die Auffassung Buch's und Higier's, als seien die Nervenveränderungen sekundärer Natur.

Wenn, wie Higier betont, eine erhöhte Vulnerabilität des Gefässsystems selbst nicht ätiologisch motiviert werden konnte, aber eine neuropathische Disposition bestand, so muss diese unbedingt auch das Vasomotorennetz betroffen haben. Wir vermissen allerdings irgend eine nähere Angabe über das Vorhandensein druckempfindlicher sympathischer Plexus. Aber der Hinweis, dass 17

von den 18 Fällen Juden betrafen, lässt die Annahme wahrscheinlich erscheinen, dass die sympathischen Plexus nicht normal reagierten. In fast allen Fällen von Neurasthenie oder Hysterie bei Juden lassen sich die Druckpunkte mehr oder weniger deutlich nachweisen. Es scheint diese Rasse in gewissem Sinne für den Sympathicismus prädestiniert zu sein. Auch von anderer Seite ist darauf hingewiesen worden, dass die Arteriosklerose relativ früh und häufig bei Juden auftritt.

Mir erscheint die Annahme nicht berechtigt, in diesem Zusammentreffen von nervöser Disposition und Gefässerkrankung nur eine Zufälligkeit zu erblicken, oder bald die eine, bald die andere Erscheinung als die primäre anzusehen.

Ich bin auf den Einwand gefasst, was damit gewonnen wäre, im Sympathicus die Quelle dieser Erkrankungen zu suchen?

Ich will versuchen, Ihnen die prinzipielle Bedeutung, welche ich der Entscheidung dieser Frage beilege, zu motivieren.

Das sympath. Nervensystem nennt Langley, wohl augenblicklich der beste Kenner dieses Gebietes, ein in gewissem Sinne autonomes System. Es innerviert fast alle Gebilde, welche vom Zentralnervensystem aus innerviert werden, ausserdem aber solche, welche ausschliesslich von ihm versorgt werden. Seine Aufgabe besteht im Wesentlichen in Gefässverengerung und Wärmeregulation. Durch seine Verbindung mit den spinalen Nerven, dem Rückenmark und den höher gelegenen Zentren ist es unendlich vielen Einflüssen und Reizen ausgesetzt, zugleich aber ist damit eine weitgehende Sicherheit für den Ausgleich jeglicher Störung geboten. Lähmungen spielen dadurch eine geringere Rolle, weil andere Bahnen vikarierend eintreten können. Der Engländer Sutherland hat darauf hingewiesen, dass die Entwickelung des sympathischen Systems gewissermassen der Gradmesser sei für die Entwicklungsstufe des Wirbeltiers. Je grösser die Anpassungsbreite des Organismus an die verschiedensten Temperaturbedingungen mit Hülfe der Regulierung des Blutumlaufes, oder je feiner

das Reaktionsvermögen des Sympathicus nicht allein auf physische, sondern auch auf psychische Reize sei, je mehr er zum Vermittler von sympathischen oder antipathischen Regungen werde, desto höher sei der soziale Instinkt des Individuums zu werten, denn alle Gemütsbewegungen, seien sie zentralen oder peripheren Ursprungs, spiegeln sich getreu im Gefässgebiet durch Vermittelung des Sympathicus wieder. Ich kann diese Frage hier nur im Fluge streifen, muss aber noch eine Prämisse vorausschicken, ehe ich zu meinen Schlussfolgerungen übergehe. Die Autonomie des sympath. System's hat auch darin ihren Ausdruck gefunden, dass es im Gegensatz zum animalen, von unserem Willen abhängigen Nervennetz, das vegetative genannt wird. Es steht in gewissem Sinne tiefer, als das Zentralnervensystem, gewinnt aber mit diesem an Ausdehnung und Bedeutung, je höher wir in der Wirbeltierreihe aufsteigen. Nun hat Monakow nachgewiesen, dass die höheren Wirbeltiere sich den niederen gegenüber in Bezug auf ihr Nervensystem dadurch unterscheiden, dass bei ihnen eine «Ausraubung niederer Nervengebiete zu Gunsten höherer stattfinde». Auf den Sympathicus angewandt, würde es heissen, dass seine Verbindungen mit dem Zentralnervensystem innigere werden und seine z. T. unter der Schwelle des Bewusstseins verlaufenden Funktionen in die Sphäre des Bewusstseins gehoben werden.

Wir nennen diesen Vorgang—Bahnung. Diese Bahnung hat zur Folge, dass Reizunterschiede bewusst wahrgenommen werden, die uns bisher entgingen. Der Schwellenwert des Nervenelementes sinkt und eine grössere Skala von Reizen spiegelt sich in unserem Empfinden und Gemütsleben ab. Die Bahnung hat nicht immer eine grössere Leistungsfähigkeit zur Folge: die verschiedensten Beschäftigungsneurosen geben uns dafür Beispiele an die Hand. Bevor das Organ dem beschleunigten Rhythmus der ihm zugemuteten Arbeitsleistung folgen kann, tritt eine erhöhte Ermüdbarkeit ein, die sich bis zum Schmerz steigern kann. Die Ermüdbarkeit, welche also anfangs in gewissem Sinne mit erhöhter Reizempfänglichkeit identisch ist, kann in Erschöpfung über-

gehen und damit hört die Reaktion auf Reize überhaupt auf. Der Sympathicismus ist die Entwickelungskrankheit eines durch erhöhte Arbeitsansprüche noch nicht völlig gebahnten Nervensystems.

Die angiopathische Veranlagung wird zu einer degenerativen Erscheinung, welche die Kehrseite einer höheren Entwicklungsstufe ist. Ich glaube, dass die familiäre Disposition zu derartigen Erscheinungen nur so erklärt werden kann: wir finden sie oft verbunden mit einem exquisit entwickelten Familiensinn, einem starken — wie Sutherland sich ausdrücken würde — familiären Instinkt. So wäre auch die auffallende Erscheinung, dass die Juden einen so starken Prozentsatz der Erkrankten bilden, dem Verständnis näher gerückt.

Ich betone es noch einmal, dass ich die Bedeutung toxischer Schädlichkeiten sowohl für unser Nerven- wie für unser Gefässsystem nicht unterschätze, dass aber die unendlich gesteigerten Ansprüche an die Anpassungsfähigkeit unseres sympathischen Netzes in erster Linie zu einem Zustand erhöhter Reizbarkeit und Ermüdbarkeit dieser Nerven zum Sympathicismus geführt haben und mittelbar daraus die Schädigung unseres Gefässsystems resultiert. Dieser Zusammenhang besteht nicht nur dort, wo post mortem eine Sklerose dort nachweisbar ist, wo sich intra vitam die besondere Reizbarkeit sympathischer Plexus lokalisierte, sondern ebensowohl kann die Ueberempfindlichkeit gewisser Vasomotorengebiete zu einer pathol. Veränderung ganz entfernter Gefässprovinzen führen. Das sorgfältige Studium des Blutdrucks, die Berücksichtigung von Migräne, Herzklopfen, Gastralgien, kalten Füssen, Frostbeulen etc. kann uns hier rechtzeitig warnen und uns Gefahren voraussehen lassen, welche noch durch eine systematisch geregelte Hygiene des Nervensystems hinausgeschoben werden können. — Der ganze Apparat der physikalisch-diätetischen Therapie findet hier sein grosses Arbeitsfeld. Ich bin mir bewusst, Ihnen mit meinen Ausführungen Hypothetisches geboten zu haben, aber ich tröste mich mit dem Gedanken, dass jede Idee, welche fruchtbar wirken

soll, sich vom realen Fundament der Tatsachen mehr oder weniger weit entfernt, also immer Hypothese ist, bis sie durch weitere Forschung dieses Charakters entkleidet wird, oder als unhaltbar verworfen wird.

Ueber schmerzende Füsse.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. livländischen Aerztetage im August 1904.)

Von

Dr. med. H. Idelsohn — Riga.

Meine Herren!

Wenn ich mir erlaube, hier vor Ihnen ein Thema zu behandeln, welches eine Reihe ganz differenter Krankheitszustände unter dem Gesichtspunkte des Schmerzes zu vereinigen sucht, so verfolge ich damit in erster Linie ein rein praktisches Ziel. Die Klagen über Schmerzen in den Füssen sind so häufig und erscheinen oft so wenig motiviert, dass man nicht selten in Verlegenheit gerät, wie man den Zustand beurteilen, besonders aber, wie man dem Kranken helfen soll. Die grosse Anzahl von Patienten, welche mit der Diagnose «Rheumatismus der Füsse» alljährlich nach Kemmern kommen und wegen Mangels an strikten Indikationen die dortigen Heilfaktoren ohne Erfolg auf sich wirken lassen, scheint mir gerade für die Unsicherheit auf diagnostischem Gebiet beredtes Zeugnis abzulegen. Nicht gering ist auch die Anzahl derjenigen Kranken, die bei der Natur ihres Leidens sich die umständliche und kostspielige Badereise hätten sparen können, da ein tieferes Eingehn auf die Ursache der Schmerzen andere Indikationen ergeben hätte. Freilich kommt ein grosser Teil der Kranken auf Grund von selbst gestellten Diagnosen hin: die Beobachtungen, dass die Schmerzen ihren Sitz wechseln und in Abhängigkeit von Witterungseinflüssen stehen — werden als ausschlaggebende Momente für die Diagnose Rheumatismus verwertet; kritischer veranlagte Patienten legen noch dem Arzt die Frage zur

Entscheidung vor, ob es sich um «Muskel- oder Nervenrheumatismus» handle, während sie über die Therapie und den Verlauf angeblich hinreichend orientiert sind. Dieses zuversichtliche Pilgern nach den Heilquellen Kemmerns hat mir nun in den letzten vier Jahren Gelegenheit gegeben, eine relativ grosse Anzahl von Kranken untersuchen zu können, deren Hauptbeschwerden in Schmerzen der Füsse bestanden. Ueber diese meine Erfahrungen werde ich in Kürze zu berichten mir erlauben. Ich muss vorausschicken, dass aus dem Kreise meiner Betrachtungen eine ganze Reihe von Krankheitszuständen eliminiert worden ist, bei denen zwar die Schmerzen in den Füssen die Hauptbeschwerde bildeten, die jedoch z. B. wegen ihres sinnfälligen Zusammenhangs mit lokalen Knochen- oder Gelenkaffektionen keine diagnostischen Schwierigkeiten darboten. Ebenso sehe ich von jenen Fällen ab, wo die Schmerzen in den Beinen das initiale Symptom einer Wirbelcaries, eines Rückenmarktumors, einer Tabes oder Myelitis, eines Beckentumors waren. Diese Zustände sind im allgemeinen bei ihrer Seltenheit praktisch nicht so wichtig — es ist immerhin empfehlenswert an die Eventualität in unklaren Fällen zu denken; sehr wichtig ist die häufige Einleitung der Tabes durch Schmerzen in den Füssen; die überstandene luetische Infektion und das Westphalsche oder Argyll-Robertsonsche Zeichen werden in solchen Fällen wohl immer nachzuweisen sein und dazu dienen, die Diagnose zu fördern.

Meine Betrachtungen beziehen sich vorzugsweise auf solche Zustände, die bei oberflächlicher Betrachtung keine augenfällige Veränderungen an den unteren Extremitäten darboten und bei denen die Ursache der Schmerzen erst gesucht werden musste; ich benutzte die Bezeichnung «Beine» und «Füsse» promiscue, weil bei den in Frage kommenden Zuständen meist die ganze Extremität oder grössere Abschnitte derselben mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werden, unabhängig von dem Sitz des Leidens.

Die unteren Extremitäten nehmen schon unter physiologischen Bedingungen eine gewisse Sonderstellung ein,

die sie zu bestimmten Erkrankungen praedestiniert erscheinen lässt. Die unteren Extremitäten repraesentieren einen integrirenden Bestandteil der Körpermasse; sie werden daher bei allgemeinen, mit Schmerzen einhergehenden Erkrankungen in grösserem Masse als andere, kleinere Körperprovinzen von den Schmerzen betroffen werden und in hervorragendem Grade an dem Krankheitsprozess teilnehmen; die unteren Extremitäten gehören zu denjenigen Organen, welche mit die schwersten Arbeitsleistungen verrichten müssen und hierbei den klimatischen und Berufsschädlichkeiten am stärksten ausgesetzt sind; sie stehen dabei unter den ungünstigsten zirkulatorischen Bedingungen wegen ihrer weiten Entfernung vom Zentrum des Kreislaufs und des Einflusses der Schwerkraft, welche die venösen Stauungen begünstigt; sie werden durch die Not der sozialen Verhältnisse und nicht selten durch die Macht der Mode unter besonders missliche Bedingungen gestellt; endlich sind die engen funktionellen Beziehungen der Beine zum Becken geeignet, eine Reihe von Erkrankungen in jenen auszulösen. Diese Gründe geben den Schmerzen der unteren Extremitäten eine gewisse Sonderstellung in der Pathologie, was eine derartige summarische Darstellung rechtfertigen dürfte; aus den angeführten Erwägungen ergiebt sich, dass die Schmerzen in den Füssen auf allgemeinen und lokalen Ursachen beruhen können. Ich werde mir erlauben von diesen Gesichtspunkten aus die Frage zu behandeln, will aber aus praktischen Gründen die Krankheitszustände nach deren Häufigkeit gruppieren, um später bei der Differentialdiagnose das Moment der allgemeinen oder lokalen Ursachen gesondert zu betonen.

Gehe ich nun auf mein Material ein, so verfüge ich über 188 Fälle, bei denen ausschliesslich oder vorzugsweise die Schmerzen in den Füssen den Anlass zur Konsultation gegeben hatten. Die häufigste Erkrankung war die Ischias: sie machte 28 pCt. aller registrierten Fälle aus; es handelte sich in den 53 Fällen um 32 Männer und 21 Frauen, die Erkrankung war stets einseitig, 21 mal rechts, 32 mal links, und betraf Perso-

nen im Alter von 18 bis 76 Jahren. Eine doppelseitige Ischias habe ich nie, auch bei Diabetes nicht, gesehn. Die Diagnose der Ischias macht wohl keine Schwierigkeiten: ich erinnere nur an die meist akute Entstehung und den chronischen Verlauf, an die typische Lokalisation der Schmerzen, die Druckpunkte, das Laséguesche Phänomen — (Schmerz beim Strecken des im Hüftgelenk flektierten Beines und Nachlassen des Schmerzes beim Flektieren im Kniegelenk) die Exacerbation der Schmerzen in der Nacht, die schmerzhafte Rückwirkung des Niesens und Hustens, die Unabhängigkeit von Ruhe und Bewegung bei Ausbruch der Schmerzattaquen, die Skoliose, die Funktionsstörung und das nicht seltene Fehlen des Achillesphänomens. Bei jeder Ischias, die sich der Therapie längere Zeit unzugänglich erweist, ist an eine Komplikation zu denken. Ich habe einmal einen Psoasabszess übersehn, 2 mal waren Abdominaltumoren sub finem vitae zu diagnostizieren, mehrmals waren Lageanomalien des Uterus mit der Ischias in Zusammenhang zu bringen: die Reposition hob den Schmerz auf. In einem Falle bestand neben der Ischias eine parenchymatöse chronische Nephritis.

Der Ischias am nächsten steht an Häufigkeit die Arteriosklerose der Fussarterien, deren klinisches Bild — «das intermittierende Hinken» von mir an dieser Stelle vor 2 Jahren geschildert worden ist. Bekanntlich handelt es sich um intermittierend auftretende Paraesthesien oder Schmerzen in einem, seltener in beiden Beinen; beim Stehenbleiben pflegen die Sensationen sehr schnell zu schwinden, um beim Gehen alsbald wieder aufzutreten. In der Ruhe fehlen sie meist, wenigstens in den ersten Perioden des Leidens. Die Diagnose wird durch das Fehlen oder eine merkliche Abschwächung der Fusspulse im befallenen Fuss sichergestellt (A. tibialis postica — unterhalb des Malleolus internus und A. dorsalis pedis — auf dem Dorsum, etwa an der Uebergangsstelle des Unterschenkels in den Fuss).

Diese Arteriosklerose beansprucht deswegen eine besondere Berücksichtigung, weil sie häufig ganz isoliert auftritt, ohne dass sich an den übrigen Arterien Zei-

chen von Arteriosklerose fänden; sie kommt auch in relativ frühen Altersperioden vor (24 J.!) und gerade die jugendlichen Patienten pflegen am meisten unter diesen Beschwerden zu leiden. Die Arteriosklerose der Füsse ist daher praktisch ebenso wichtig als sie theoretisch interessant ist. Ihr chronischer Verlauf, die Neigung zu Verschlimmerung und der drohende Ausgang in Gangrän erheischen eine rechtzeitige Diagnosenstellung und vorsichtige Behandlung. Das Leiden ist viel häufiger — bei uns zu Lande wenigstens — als man es nach den bisherigen Veröffentlichungen erwarten sollte. Ich habe in den letzten 2 Jahren zu den bereits beschriebenen 14 Fällen noch 34 neue hinzufügen können. Eine der wichtigsten Fragen, nach der Aetiologie des Leidens, ist noch ungelöst. Den von Erb betonten direkt schädlichen Einfluss des Tabakmissbrauches habe ich auch auf Grund dieser letzten Beobachtungsreihe nicht hoch anschlagen können; ich habe das Leiden bei 3 Frauen und bei mehreren Nichtrauchern beobachtet; als ein wesentlicher Faktor erscheint dagegen der Einfluss der kalten Luft, das Stehen unter freiem Himmel bei Winterkälte, die Lues, der Alkoholismus, der Diabetes und der Plattfuss, auf dessen aetiologische Bedeutung in der Entwickelung der Fussarteriensklerose ich bereits vor 2 Jahren hingewiesen habe und dem nunmehr in seiner letzten Publikation auch Erb*) eine gewisse Bedeutung einräumt. Eine Differenz in der Höhe der Radialispulswellen findet sich nicht selten bei diesen Kranken und zwar entspricht der Seite des kranken Fusses ein schwächerer Radialpuls. Unter meinen Kranken fand sich das Leiden in 17 pCt.; bei 3 Frauen und 31 Männern 14 Mal rechts, 12 Mal links und 8 Mal doppelseitig. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 54 Jahre. Die Praeponderanz der jüdischen Rasse konnte auch jetzt wieder konstatiert werden.

---

*) Erb: Ueber Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken) Münch. Med. Woch. 1904, Nr. 21.

Dass diese, auch von anderen Autoren betonte Tatsache nicht auf die zufällige Auslese des Krankenmaterials zurückzuführen ist, habe ich an anderer Stelle zu begründen gesucht; ich möchte nur hier an die von Metschnikoff ausgesprochene Hypothese anknüpfen, nach welcher chronische Obstipation durch die Anhäufung und Resorption toxischer Stoffe die Entwickelung der «physiologischen» Altersarteriosklerose begünstigt: sollte nicht etwa die chronische Obstipation, welche eine häufige Erscheinung bei der jüdischen Rasse darstellt, auch eine von jenen zahlreichen Ursachen sein, die sie zur Arteriosklerose besonders disponiert?

Auf die recht interessanten Einzelheiten meiner Fälle von intermittierendem Hinken will ich hier nicht näher eingehen; es sei nur erwähnt, dass in einem Falle, der einen älteren Herrn betraf, folgende Kombination aetiologischer Momente vorlag: Rasse, Alkoholismus, Nikotinmissbrauch, Diabetes, Varicen und deutliche Abflachung des kranken Fusses; dabei war der Zustand kein schwerer; in einem anderen Fall (Frau) bestand neben allgemein gichtischen Beschwerden Plattfuss und Fehlen der Fusspulse, ohne dass die Kranke über Schmerzen in den Füssen zu klagen gehabt hätte. Andererseits habe ich mehrfach Kranke gesehen, welche ganz typische subjektive Beschwerden äusserten, die mit Sicherheit auf das Fehlen der Fusspulse hinwiesen und bei denen die objektive Untersuchung einen völlig normalen Befund ergab. Vielleicht handelte es sich in diesen Fällen um das Vorstadium oder die nervöse (auf Vasomotorenkrampf beruhende? Oppenheim) Form des intermittierenden Hinkens.

In einer verhältnismässig grossen Reihe von Fällen (12 pCt.) glaubte ich den Plattfuss allein als schmerzauslösendes Moment anschuldigen zu müssen. Vorwiegend waren beide Füsse in gleicher Weise beteiligt. Unter 24 Kranken waren 14 Männer und 10 Frauen. Die Beschwerden sind recht charakteristisch: leichte Ermüdbarkeit, Schmerzen in der Fusssohle, besonders nach deren innerem Rande zu, ausstrahlende Schmerzen in

die Innenseite des Unterschenkels, in das Knie, zuweilen auch in die Hüfte und trophische Störungen. Die Kranken machen oft die charakteristische Angabe, dass ihnen das Stehen schwerer fällt als das Gehen, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass die intermittierende Belastung der Fusssohle dieselbe beim Gehen weniger irritiert als der continuierliche Druck beim Stehen.

Bezeichnend ist auch die Beobachtung, dass das Gehen in Pantoffeln mehr mit Schmerzen verbunden ist, als das Gehen in Stiefeln: letztere tragen den ganzen Fuss, indem sie ihn umschliessen und mildern die Druckwirkung auf den nervus plantaris, indem sie durch den Absatz die Mitte des Fusses in der Schwebe halten. Dem oft gehörten Einwand, dass der Plattfuss nicht die Ursache der «rheumatischen» Schmerzen sein könne, weil diese erst einige Zeit beständen, während der Plattfuss angeboren sei oder schon viele Jahre existierte, begegnete ich mit der Ueberlegung, dass die physiologische Zunahme des Körpergewichts das Verhältnis zwischen Belastung und Fusswölbung ungünstig beeinflusse und die letztere noch mehr verstreiche. Die Kranken standen meist im vierten Decennium, wo der Embonpoint sich auszubilden pflegt, andererseits kann man sich ganz gut vorstellen, dass in dieser Altersperiode, auf der Höhe der Arbeitsleistung, die Toleranz des Fusses gegenüber den Schädlichkeiten des Lebens an ihre Grenze angelangt ist.

Einmal ergab sich ein Hohlfuss als Ursache für den Schmerz, einmal schien die fehlerhafte Art aufzutreten, Schmerzen in den Fersen hervorzurufen, da das ganze Gewicht auf diese projiziert wurde, während die Zehen kaum den Fussboden berührten. Eine Korrektur durch geeignete Einlagen in die Stiefel schaffte bald Abhülfe. Dass ungeeignetes Schuhwerk mannigfache Schmerzen bedingen kann, braucht nicht weiter erörtert zu werden.

Die Gicht und die Adipositas sind häufig die einzig nachweisbaren Ursachen von Fussschmerzen. Erstere ruft häufig Schmerzen in der Ferse oder dem Gebiet

der Achillessehne hervor oder äussert sich in Schmerzen der vorderen Plantarhälfte. Die akuten schmerzhaften Gichtanfälle in der I. Zehe oder der Ferse sind bekannt, sodass ich auf sie hier nicht eingehe, viel häufiger sind die oben beschriebenen, permanenten Schmerzen, die nur mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand, das Vorhandensein von Tophi und später zu erörternde Kriterien als gichtische aufgefasst werden können. Auf dem Boden der Stoffwechselstörung dürfte sich gelegentlich eine Neuritis entwickeln, die Schmerzen macht. Aehnliche Verhältnisse liegen wohl auch bei den Schmerzen der Fettleibigen vor; es kommt noch die erhöhte Inanspruchnahme der Tragfähigkeit der Beine bei dem hohen Körpergewicht hinzu, sowie die ungünstigen Zirkulationsverhältnisse.

Recht häufig klagen Frauen im klimakterischen Alter über Schmerzen in den Füssen, was unter anderem auch in den Zirkulationsbedingungen der Beckenorgane begründet sein mag.

Auf Störung der Zirkulation in den Beinen oder den benachbarten Kreislaufgebieten des Beckens beruhen die nicht seltenen Schmerzen bei Varicen, Phlebolithen, Venenthrombosen, Haemorrhoiden und den durch Stauungsoedeme hervorgerufenen Fussschmerzen; in letzterem Falle werden die Hautnerven durch den Druck des Oedems irritiert. In einigen Fällen waren unbestimmte Schmerzen und eine geringfügige Abmagerung der betreffenden Muskeln die ersten Anzeichen einer zentralwärts gelegenen arthritischen Affektion, die an sich zunächst keine Symptome gemacht hatte.

Im jugendlichen und Kindesalter habe ich 14 Mal Schmerzen in den Beinen beobachtet, die durch Chlorose oder Anaemie bedingt waren und auf roborierende Diät, Eisentherapie etc. schwanden; bei dem allgemeinen Blutmangel kommen eben die peripherisch gelegenen Körperteile in der Ernährung am ehesten zu kurz und reagieren durch Schmerzen; dieselben sind wohl neuritischer Natur und analog den Rückenmarksveränderungen bei Anaemie auf die insuffiziente Blutversorgung zurückzuführen.

Eine ausgesprochene Neuritis an den Nerven der unteren Extremität habe ich nur 7 Mal beobachtet. Es handelte sich um 2 einseitige Peroneuslähmungen mit Schmerzen im Anschluss an die Geburt, um eine doppelseitige Neuritis des Peroneus bei einer älteren Frau und eine einseitige Neuritis bei einer fettleibigen 50-jährigen Frau; eine Peroneus-Neuritis betraf einen Mann von 41 Jahren. 2 Mal war eine Neuritis im Gebiet eines n. cutaneus femoris lateralis (Bernhard-Roth'sche Paraesthesie-Meralgia paraesthetica) Anlass zur Konsultation. Die letztere Neuritis ist übrigens als nebensächlicher Befund bei Personen, die sich gut zu beobachten pflegen, nicht ungewöhnlich.

Der Alcoholismus chronicus und der Diabetes ergaben sich in einigen Fällen als aetiologisches Moment für Schmerzen in den Füssen.

Bei Berücksichtigung der bisher erwähnten Momente bleiben noch etwa 15 pCt. der Fälle übrig, die ich in das Gebiet der neurasthenischen und hysterischen, sowie 4 pCt. — in die Kategorie der unbestimmten Schmerzen rangieren möchte.

Die neurasthenischen Schmerzen zeichnen sich vor allem durch das Fehlen aller obenerwähnten Momente aus, die eine andere Deutung des Schmerzes zuliessen. Sie sind meist doppelseitig, unbestimmt in der Lokalisation und nach der Art ihres Auftretens, häufig nehmen sie bei Bewegung ab und werden erst in der Ruhe empfunden; es finden sich meist auch andere Zeichen der Neurasthenie-Ermüdbarkeit, cerebrale Beschwerden, Reizbarkeit, vasomotorische Symptome etc. Die hysterischen Schmerzen verraten sich ebenfalls durch die atypische Lokalisation, die Abhängigkeit von seelischen Zuständen, das Schwinden derselben bei Ablenkung der Aufmerksamkeit, die unmotivierte, oft sehr bedeutende Beeinträchtigung der Gehfähigkeit, der unaufklärliche Wechsel zwischen Perioden völligen Fehlens und «furchtbarer Heftigkeit» der Schmerzen; oft genügt schon der hysterische Allgemeinzustand zur Feststellung der Schmerzen; nicht selten finden sich halbseitige Hypaesthesieen oder Anaesthesieen und andere Zeichen der Hysterie; die

Nervenstämme in den befallenen Gebieten sind druckempfindlich, doch findet man solches auch in entlegenen Körperteilen; andererseits gelingt es durch Ablenkung der Aufmerksamkeit eine bis dahin schmerzhafte Stelle intensiv zu drücken, ohne Schmerzen auszulösen und einen bis dahin schmerzfreien Punkt durch Suggestion in einen schmerzenden zu verwandeln.

Die «unbestimmten Schmerzen» nehmen bei sorgfältiger Berücksichtigung der oben erwähnten aetiologischen Faktoren nur 4 pCt. in Anspruch. Es handelte sich fast ausschliesslich um weibliche Kranke, bei denen eine typische Schmerzform nicht nachgewiesen werden konnte.

Meine Herren, Sie werden gewiss die «rheumatischen» Schmerzen in dieser Schilderung vermisst haben; nun wollte ich gerade durch diesen Vortrag den Versuch bekunden, die rheumatischen Schmerzen in den Füssen als eine äusserst seltene, wohl meist zu «demaskierende» Erkrankung aus der Pathologie zu streichen. Jedenfalls sollte man mit der Bezeichnung rheumatischer Schmerzen in den Fällen, wo eine palpable Erkrankung des Muskel- und Gelenkapparates nicht vorliegt, viel zurückhaltender sein als es bisher geschehen ist. Man hat eigentlich nur das Recht von «Muskelrheumatismus» zu reden, wo deutliche Muskelschwielen oder eine Myositis mit vorauszusetzender pathologisch-anatomischer Grundlage vorliegen. Diese Fälle sind aber äusserst selten, wenigstens in der aus chronischen Kranken bestehenden balneologischen Klientel. Ich habe keine solchen gesehn (an den Armen beobachtete ich 2 mal Muskelschwielen als Ausgangspunkt diffuser Schmerzen). Es ist daher im Interesse einer exakteren Diagnostik und rationelleren Therapie in jedem Fall von unbestimmten Schmerzen in den Füssen — zunächst auf die Annahme von «Rheumatismus» zu verzichten und an die erwähnten Eventualitäten zu denken.

Gestatten Sie, meine Herren, dass ich noch in Kürze die massgebenden Gesichtspunkte für die Differentialdiagnose hervorhebe:

Ischias:

Meist einseitig. Meist akuter Beginn. Druckpunkte. Häufiges Fehlen des Achillesreflexes, Schmerzen exacerbieren nachts, Bewegung ohne wesentlichen Einfluss, in chronischen Fällen sogar die Schmerzen lindernd, Skoliose, Laséguesches Phänomen.

Sklerose der Fussarterien.

Häufig einseitig Fehlen der Fusspulse. Typische Schmerzen, beim Gehen auftretend, in der Ruhe schwindend.

Plattfuss.

Abflachung des Fussgewölbes. Häufig doppelseitig. Stehen schmerzhafter als Gehen. Gehen in Stiefeln bequemer. Lokalisation des Schmerzes im Knie oder der Innenseite des Unterschenkels. Vasomotorische Begleiterscheinungen. Kombination mit Arteriosklerose zu prüfen!

Gicht, Adipositas.

Meist doppelseitig. Allgemeinzustand! Gichtknoten am Dorsum pedis und an den Fingern. Die Schmerzen sind in der Ruhe am grössten und nehmen bei Bewegung ab.

Hysterie.

Meist doppelseitig. In der Ruhe—Zunehmen der Schmerzen. Hysterische Sensibilitätsstörungen. Analoge Schmerzen in der gleichseitigen Hand. Hysterischer Allgemeinzustand. Einfluss psychischer Faktoren auf die Entstehung der Schmerzen.

Neurasthenie.

Meist doppelseitig. Bewegung und Ablenkung bessert die Schmerzen. Allgemeinzustand! Sonstiger negativer Befund.

Anaemie.

Meist doppelseitig. Allgemeinzustand! Bei längerem Gehen treten Schmerzen auf, in der Ruhe fehlen sie.

Meine Herren! Ich bin weit davon entfernt andeuten zu wollen, dass ich mit dieser Schilderung die Zustände, welche zu Schmerzen in den Füssen führen, erschöpft habe. Ich hatte nur die Absicht, mein verhältnismässig grosses Material Ihnen zu skizzieren, um auf diese Weise die häufigsten Ursachen zur Sprache zu bringen und ich werde mein Ziel erreicht haben, wenn ich in dieser praktisch so wichtigen Frage die Orientierung erleichtert haben sollte.

Noch einige Worte zur Therapie. Ueber die Behandlung der Ischias brauche ich zu den zahllosen Vorschlägen medikamentöser und lokaler Behandlung nichts hin-

zuzufügen; ich habe fast stets Jodkali verordnet — der Nutzen der Schwefelbäder ist entschieden sehr gross und wäre in hartnäckigen Fällen eine Badekur in Kemmern immer indiziert. Weniger Erfolg habe ich bei den anderen Kranken gehabt. Bei der Sklerose der Fussarterien bewährte sich mehrmals eine Badekur in Hapsal, die mit kunstgerechter Massage kombiniert wurde; für den häuslichen Gebrauch sind Jodpraeparate und galvanische Fussbäder bei Schonung der Füsse vor Kälte und Ueberanstrengung zu empfehlen. Der Plattfuss erheischt die Korrektur durch den Stiefel oder chirurgische Behandlung.

Die übrigen Zustände weichen oft einer auf den Allgemeinzustand gerichteten Behandlung.

Kemmern nach seiner Entwässerung und seine Heilfaktoren.

(Vortrag, gehalten auf dem XVI. livländischen Aerztetage zu Dorpat.)

Von

Dr. Rudolf von Holst.

M. H! Wenn ich heute das Wort ergreife, so geschieht es in erster Linie, um unserem viel geschmähten baltischen Kurorte Kemmern das Recht zukommen zu lassen, welches ihm nach den grossen durchgreifenden Entwässerungsarbeiten der letzten Jahre gebührt. In zweiter Linie will ich Ihnen von unseren Badeeinrichtungen berichten, mit Berücksichtigung aller hydrotherapeutischen Einrichtungen, welche uns hier zu Gebote stehen.

Es erscheint mir um so notwendiger, dieses Thema vor einem grösseren Kreise zu besprechen, als ich im Laufe der Jahre oft Gelegenheit gehabt habe, von Seiten der Kranken den wunderlichsten Ansichten über Kemmern und die Wirkung seiner Bäder entgegentreten zu müssen.

Weil aber gerade die Kranken sich auf entsprechende Aeusserungen ihrer Aerzte beriefen, glaubte ich speziell die Herrn Kollegen mit den Wandelungen bekannt machen zu müssen, welche Kemmern in den letzten Jahren erlebt hat.

Bis in das 18. Jahrhundert hinein war Kemmern ein trockener, fruchtbarer Ort, in welchem die schönsten Eichenwälder und Eschenforsten standen. Unter den schützenden Zweigen dieser Wälder gedieh eine Flora von ca. 200 Pflanzenspezies.

Damals war von einer Heilquelle noch nicht die Rede und die schönen Kronsforsten wurden nur von den Buschwächtern betreten.

Erst gegen Mitte des 18. Jahrhunderts begann das Volk von einer wundertätigen «heiligen Quelle» zu reden, welche manche Gebrechen der Menschheit heilen sollte. Obgleich das Bad zu dieser Zeit bei Quellentemperatur, d. h. bei + 5° genommen wurde, wollten die Leute doch überraschende Heilerfolge beobachtet haben.

Aus den Kreisen der Streichfrauen und Hebemütter drang der Ruf von der «heiligen Quelle» in die Studierstube des rigaschen Dr. Merkel, der mit ärztlichem Scharfblick seine Aufmerksamkeit der Quelle zuwandte und nach persönlicher Kenntnisnahme der lokalen Verhältnisse sich dazu entschloss, einige Rheumatiker hierher zu dirigieren und sie unter seiner Obhut baden zu lassen.

Annähernd um diese Zeit wurde jedoch der Entwickelung Kemmerns ein Ziel gesetzt durch die plötzlich entstandene, damals ganz unerklärliche Versumpfung des Terrains. An der Hand dieser von mir angefertigten Karte können wir uns jetzt den Hergang dieser Versumpfung leicht erklären.

Die Bürger des Städtchens Schlock hatten erkannt, dass ihre Scholle den tiefsten Punkt des ganzen Fluss- und Seengebietes von Tukum bis zur Aa einnahm.

Es hätte demnach eine ganz stattliche Wasserkraft erzielt werden können, wenn diese Wassermenge einem Betriebe nutzbar gemacht worden wäre. Dem Gedanken folgte die Tat. Schlock sollte am Flusse gleichen Namens ein Sägewerk mit Wasserbetrieb erhalten, wenn Kaiserin Katharina II. ihre Zustimmung dazu gab.

Das Gesuch der Gemeinde um Benutzung der Wasserkraft wurde von der Kaiserin in vollem Umfange in Form eines Servitutsrechtes bestätigt. Die Schlock'sche Gemeinde erhält zu Ende des 18. Jahrhunderts die Erlaubnis, die Wasserkraft des ganzen Gebietes, innerhalb des gesetzlichen Rahmens, zu benutzen. Diese Erlaubnis gereichte nun Kemmern zum Verderben.

Die Arbeiten zur Errichtung starker Schleusen bei Schlock waren bald im Gange und in nicht gar zu langer Zeit sperrte ein fester Granitrost einen Teil des Schlockenflusses ab. Die erhoffte Wasserkraft stellte sich

aber in dem erwarteten Umfange nicht ein, so dass Abhülfe durch Errichtung einer sperrenden Schleuse geschafft werden musste.

Das Wasser wurde auf diese Weise um $^1/_2$ Sashen $= 3^1/_2$ Fuss an der Mühle gehoben. Die Folge hiervon war, dass sich zuerst die geringen Niveauunterschiede im Gefälle des Schlockflusses und des ganzen Seengebietes allmählich ausglichen und schliesslich daraus eine rückläufige Bewegung resultierte. Das Wasser staute sich im Schlokensee auf, ging rückwärts in den Dunan-See und Kaugersee, überschwemmte das ganze Gebiet und ergoss seine Ueberfülle in den rigaschen Meerbusen vermittelst der beiden Durchlässe bei Bigaunzem und Kaggazem.

Die genaue Kenntnis der geographischen Verhältnisse dieses Gebietes half den Schlock'schen Bauunternehmern auch dieses Mal aus ihrer kritischen Lage.

Die beiden genannten Durchlässe zur See wurden ohne weiteres abgeschlossen und das Wasser war nun seiner Hauptmasse nach gezwungen, den verlegten Weg bei Schlock zu passieren; der andere Teil breitete sich nun noch mächtiger über die tieferliegenden Gegenden aus. Schlock hatte jetzt (trotzdem) Wasser, wie sah es aber in der Umgebung aus? Der Wasserspiegel im Kaugersee hatte sich um 1 Sashen $= 7$ Fuss über den Meeresspiegel gehoben, der Kemmern'sche Fluss, die Wersche-Uppe war um 0,75 Sash. $= 5^1/_4$ Fuss gestiegen; ebenso das Grundwasser in der Gegend des jetzigen Kurhauses.

Da sich aber Kemmern (in dieser Gegend) nur um 1,1 Sash. $= 7^3/_4$ Fuss über dem Meeresspiegel erhebt, so liegt es auf der Hand, dass die ganze Gegend nach jedem stärkeren Regen überschwemmt sein musste, weil keine Abflüsse für das Wasser vorhanden waren. Das ganze Terrain hob sich nun durch den Grundwasserdruck, und es wucherten bald Moosmoore empor an Stellen, wo früher trockene Dünentäler standen. Durchstiche, welche zur Torfgewinnung näher zum Meere hin vorgenommen wurden, bewiesen dies, weil man bei der Arbeit abwechselnd auf Torf-Meersand, Torf-Meersand in Form von Dünenbildung traf. Unter den obengenannten Be-

dingungen konnte eine lokale Entwässerung keinen Wert haben, und wenn sich auch der Klievenhof'sche Förster Veichtner anscheinend dieser Aufgabe unterzog, durch Ausheben von Gräben und Aufwerfen von Wegen aus dem gewonnenen Material, so geschah es, um überhaupt einen Zugang zur Quelle zu bahnen.

Im Jahre 1818 wandte Dr. Langenbeck aus Riga sein wissenschaftliches Interesse der Kemmern'schen Quelle zu, veranlasste eine chemische Analyse des Schwefelwassers durch den Chemiker Gründel und gab dadurch den Anstoss dazu, dass der Förster Veichtner unter den denkbar schwierigsten Verhältnissen ein Wohngebäude mit Wannen errichtete; — leider wurde dieses Gebäude gar zu bald ein Raub der Flammen.

So lag Alles in den 20-er Jahren des vorigen Jahrhunderts im Argen, es fehlte an Wegen, es fehlte an Wohnstätten, es fehlte an ordentlichen Badeeinrichtungen; die allerbescheidensten Ansprüche fanden keine Befriedigung, bis endlich 1833 Generalgouverneur von der Pahlen trotz der argen Missstände Kemmern aufsuchte und hier Heilung fand von seinen schweren rheumatischen Leiden.

Aus Dankbarkeit befürwortete und erwirkte er bei Nikolai I. die Gründung eines Kurortes in Kemmern. Dem Orte wurden zu diesem Zwecke 700 Dessjatinen Land überlassen, es erfolgte 1838 eine, im folgenden Jahre eine weitere Dotation von 50.000 Rubeln zum Bau von Kurhaus, Maschinenhaus und Badehäusern. Der Kurort wurde einer Kommission unterstellt, welche die Neueinrichtungen leiten sollte.

Damals ist ja Vieles unter ungünstigen Bedingungen geleistet worden, mit der Zeit erwiesen sich aber die Gebäude doch als zu klein und eng, darum sind sie heute alle bis auf eines, in welchem das Billet- und Kassenzimmer untergebracht ist, durch schöne Neubauten ersetzt worden. Am meisten haben sich darum verdient gemacht die Direktoren Boelken, Korezki und Ssotin.

Der tatkräftigen Initiative des jüngst verstorbenen Direktors Ssotin ist es in erster Linie zu danken, wenn

vor einigen Jahren das Domänenministerium der Gemeinde Schlock das Servitutsrecht abkaufte und Kemmern damit die Möglichkeit gegeben wurde, unter den wiederhergestellten normalen Bedingungen zu einem bleibenden Kurorte heranzuwachsen. Doch war mit der Abschaffung des Servitutsrechtes allein noch nichts getan, es mussten eben die Durchstiche zur See, und der Ausfluss zur Aa bei Schlock wiederhergestellt werden.

Die vom Domänenministerium beschlossenen Arbeiten wurden darauf am Kaugersee mit einem vorläufig flachen Durchstich begonnen, welcher Jahr für Jahr bis auf den Kalksteingrund vertieft wurde. Der Effekt war handgreiflich, der Spiegel des Kaugersees liegt heute um ca. 5 Fuss tiefer als es noch vor 3 Jahren der Fall war.

Eine projektierte weitere Vertiefung des Abflusskanales wird dadurch erschwert, dass die Absprengung dieses Kalksteinbettes grosse Kosten verursachen würde. Man könnte allerdings dann eine noch bedeutendere Entwässerung des Kaugersees und seiner Umgebung erzielen. Vergessen Sie nicht, meine Herrn, dass Kemmern sich aus selbst erworbenen Mitteln erhalten muss und keine Unterstützung von der Krone erhält, trotzdem es ein Kronsbad ist — erst dann wird Ihnen der verhältnissmässig langsame Fortschritt hier verständlich werden.

In gleicher Weise wie am Kaugersee, wurden die Arbeiten an der Schlockschen Mühle vorgenommen. «Nach Entfernung der Schleuse wurde der feste Granitrost unter grossen Schwierigkeiten weggeräumt. Dank diesem Umstande, ergoss nunmehr der Schlockensee seine Wassermasse in die Aa; das aufgestaute Wasser aus dem umliegenden Gebiet verlief sich auf demselben Wege; heute sehen wir an Stelle des hinteren Sumpfes grüne Wiesen und fruchtbares Weideland.

Der 3. Abfluss, die Mündung der Wersche-Uppe in den Meerbusen, verlor jetzt nach Durchführung der beiden obengenannten Arbeiten seine Bedeutung; er stellt gegenwärtig einen seichten Graben dar, welcher das Frühlings-Tauwasser oder überschüssiges Regenwasser dem Meerbusen zuführt.

Welchen Einfluss haben nun diese Entwässerungsarbeiten auf Kemmern selbst ausgeübt?

Wer Kemmerns nächste Umgebung so gut kennt wie ich, konnte im Verlaufe der letzten Jahre beobachten, wie in Wald und Feld ganz auffallende Veränderungen vor sich gingen. Grosse Waldpartien und Wiesen, welche vor der Entwässerung gar nicht zu betreten waren, sind heute auch nach starken Regengüssen trockenen Fusses zu passieren.

Die kleine durch Kemmern fliessende Uppe habe ich vor Jahren noch im Mai als reissenden Fluss erlebt, welcher aus seinen Ufern getreten, über die Wiesen Kemmerns jagte, Sand und Grand mit sich schleppend; jetzt ist dieser Fluss ein zahmes Bächlein geworden, das in diesem Jahre fast ganz versiegt ist und dem künstlichen Teiche vor dem Kurhause nur tropfenweise das Wasser zuführen kann.

Die tiefen Gräben, welche die Hauptstrasse Kemmerns verunzieren, warten nur auf günstigerere pekuniäre Zeiten, um für immer zu verschwinden. Ein breiter Fussweg ist an ihrer Stelle projektiert, da sie für die Ableitung des Wassers entbehrlich geworden sind. Ja, an einigen Stellen versiegen sogar die Brunnen, so dass man artesische Brunnen hat anlegen müssen.

M. H! Aus diesen Erörterungen dürften Sie doch die Ueberzeugung gewonnen haben, dass die Ansichten der Kemmern'schen Kollegen über die Trockenlegung des Badeortes nicht auf lokalem Optimismus beruhen, sondern dass diese ein notwendiges Ergebnis der systematischen Entwässerungsarbeiten darstellen.

Wir können somit getrost die alte Ansicht von dem feuchten Kemmern zurückweisen und Sie dürfen nunmehr ohne Skrupel die geeigneten Kranken dahin dirigieren.

Erkrankungen an akutem Gelenkrheumatismus in Kemmern sind meines Wissens, auch von den ältesten hier lebenden Kollegen nicht erlebt worden; die angeblich gegenteiligen Beobachtungen sind vorsichtig zu be-

urteilen und lassen den Verdacht auf disseminierte Gonorrhoe sehr begründet erscheinen.

Gestatten sie mir, M. H., dass ich Ihre Aufmerksamkeit im Rahmen der mir zugemessenen Zeit noch für einige Momente in Anspruch nehme, um ihnen einiges über die Heilfaktoren Kemmerns berichten zu können. Ich übergehe eine nähere Schilderung der Badehäuser und Badezellen, die allem Komfort genügen und den hygienischen Anforderungen durchaus entsprechen, und will nur auf die Art der Herstellung der Bäder und deren Verabreichung eingehen, um zum Schluss in aller Kürze die Wirkung derselben zu berühren.

Kemmern besitzt 6 Schwefelquellen, die in 24 Stunden $^1/_2$ Million Wedro Wasser liefern. Die Ergiebigkeit der Quelle Nr. 1, welche fast ausschliesslich das Badewasser liefert, steigerte ihre Leistungsfähigkeit nach der Kaptage im Jahre 1900 bis auf 16,000 Wedro in der Stunde und lieferte damit eine Wassermenge, welche wohl im Stande war, die 147 Wannen Kemmerns zu speisen. — Der tägliche Verbrauch erreicht in der Hochsaison bis 500 Wannen.

Die chemische Analyse des Schwefelwassers ergab sehr günstige Resultate, welche von Val. v. Holst in seinen «Balneologischen Mitteilungen» folgendermassen beurteilt werden. Der Schwefelwasserstoffgehalt der Kemmern'schen Quelle steht dem von Eilsen fast gleich und wird von allen deutschen und französischen Quellen nur noch von Nenndorf übertroffen. Andere Analysen, welche durch die Badeverwaltung vorgenommen wurden, führten zu dem Resultate, dass das Kemmern'sche Schwefelwasser den wirksamsten Mineralquellen dieser Art, sowohl dem Schwefelwasserstoffgehalt, als auch dem Kohlensäuregehalt nach, zur Seite gestellt werden darf. Gerade der hohe Kohlensäuregehalt der Quelle bedeutet aber einen Vorzug, dem es zu danken ist, dass Herzkranke die hiesigen Bäder so gut vertragen, ja es ist nicht ungewöhnlich, dass Herzgeräusche bei Rheumatikern während der Badekur verschwinden. — Den inneren Gebrauch des Kemmern'schen Schwefelwassers halten wir dagegen seines hohen Kalkgehaltes wegen für

schädlich, da ohne eine Vorpräparierung des Wassers (durch $Na_2O.CO_2$) über kurz oder lang gastro-intestinale Störungen eintreten müssen.

Unser Badewasser wird durch Dampfpumpen in die Hochreservoire gehoben, durch Injektor-Stielwärmer erhitzt und vermittelst eines unterirdischen Rohrsystems in die radiär zum Maschinenhaus gruppierten Wannengebäude geleitet.

Es ist dafür Sorge getragen, dass der Schwefelwasserstoff und Kohlensäuregehalt dem Wasser möglichst erhalten bleibt, da diesen doch vermutlich ein grosser Anteil an der spezifischen Wirkung zukommt.

Verabfolgt werden reine Schwefelbäder oder solche mit Zusätzen von gekochter Salzlösung oder Fichtennadelextrakt. Letzterer wird durch Dampfdestillation aus jungen Fichtentrieben gewonnen und unterscheidet sich von dem käuflichen Extrakt durch den hohen Gehalt an ätherischen Oelen, welche das wirksame Prinzip dieses Zusatzes darstellen.

Ferner giebt es Richter'sche und aus flüssiger Kohlensäure hergestellte Bäder; alle möglichen Kombinationen von Schwefelbädern und Süsswasserbädern sind leicht herzustellen.

Wie haben wir uns aber die Wirkung der Schwefelbäder zu erklären?

Scutetten, Lambron, Schuster und Dcelabissek meinten, dass gewisse elektrische Ströme den hauptsächlich wirksamen Faktor abgeben, weil natürliche Schwefelwässer die Magnetnadel stärker ablenkten als andere Wässer. Doch dabei blieb die Forschung nicht stehen. Helfft, Lersch und Valentiner suchen nach weiteren Erklärungen.

Valentiner kam dabei zum Resultat, dass der Schwefelwasserstoff als Hauptträger für die Erfolge der Schwefelbäder verantwortlich zu machen sei, und vindiziert deshalb den kalten Schwefelquellen eine grössere spezifische Wirkung als den warmen, weil dieses Gas vom kalten Wasser mehr aufgenommen wurde als vom warmen.

Wir wissen heute, dass das Schwefelwasserstoffgas in den Körper eindringt und zwar vorherrschend durch die Luftwege; — vielleicht durch die Haut!?

Die meisten Autoren nehmen nun an, dass dieses Gas die roten Blutkörperchen zerstöre. — Indem der Schwefelwasserstoff mit dem Eisen des Blutfarbstoffes sich zu schwefligem Eisen (Liebig) vereinigt, steigert er zugleich die Menge der schwefelsauren Salze im Blut (Hoppe-Seyler), denn diese werden in grosser Menge im Harne derjenigen Personen gefunden, welche eine Schwefelbadekur durchmachen (Diakonow). Ferner bildet sich bei der Zerstörung, resp. Zersetzung der Blutkörperchen Galle, (Virchow), welche sich in den Darm entleert; hierdurch aber wird die Verdauung erleichtert und gefördert. Die erwähnte zersetzende Einwirkung des Schwefelwassers ist aber auch noch insofern von Wichtigkeit, als gewisse abnorme pathologische Produkte, die in eine innige Verbindung mit den morphologischen Formelementen des Blutes, d. h. mit den roten Blutkörperchen, getreten waren, frei werden und sich somit leichter aus dem Organismus ausscheiden lassen. Als logische Folge dieser Erkenntnis wären somit Schwefelbäder gegen chronische Metallvergiftungen (Blei, Quecksilber) zu verordnen. Iwanow will auch Wirkungen des Schwefels auf die weissen Blutkörperchen beobachtet haben, die jedoch noch der Bestätigung bedürfen. Die hauptsächlichen Wirkungen der Schwefelbäder, nämlich die bei Gelenkrheumatismus und Quecksilberkuren, lassen sich aber doch nicht auf Grund der oben erwähnten Theorien erklären, es bleibt also nichts übrig, als die jedenfalls im Chemismus des Wassers liegende Tatsache anzuerkennen und ausserdem die physikalischen Wirkungen der Badetemperatur, des Wasserdruckes und des elektrischen Verhaltens in Anrechnung zu bringen.

Eine Kurmethode, wie sie in den Schwefelbädern geboten wird, welche allen Zufälligkeiten der Weltgeschichte getrotzt hat und fast ununterbrochen seit dem Zeitalter der alten Aegypter und alttestamentarischen Hebräer sich bis in die Gegenwart erhält, bedarf schwerlich weiterer Verteidigung; eine Kurmethode, welche

von Jahr zu Jahr mehr Anhänger aufweist, ist gewiss nicht Modesache, sondern Bedürfnis.

Von der Tatsache ausgehend, dass in der Nähe kalter Schwefelquellen gewöhnlich Moorlager zu finden sind, veranlasste Val. v. Holst den damaligen Dozenten Glasenapp, eine Untersuchung des Kemmern'schen Terrains auf Moorerde vorzunehmen. Es wurden reiche Moorlager entdeckt und auf ihre Qualität mehrmals geprüft. Holst sagt darüber: „Die physikalische Beschaffenheit dieser Moorerde scheint entschieden derjenigen der renommierten Moore in Deutschland gleich zu kommen". Weiter heisst es: „aus der tabellarischen Zusammenstellung der chemischen Analyse des Kemmernschen Moores mit der von Elster, Marienbad und Franzensbad erzielt sich im allgemeinen als wesentliche Eigentümlichkeit von Kemmern ein Mehrgehalt an Humussäure und Humuskohle und ein bedeutender Mindergehalt an vegetabilischen Resten, ferner der nicht unwesentliche Gehalt an freier Kohlensäure, der den anderen fehlt, und endlich, namentlich im Verhältnis zu Elster, viel weniger Sandbeimischungen.

Es lässt sich daraus ersehen, dass das Kemmernsche Moor einen vorgeschritteneren Zersetzungsprozess der vegetabilischen Substanz darstellt, eine Eigentümlichkeit, die ihn gewiss nur geeigneter erscheinen lässt zur Verwendung für Bäder". Da wir aber nun in Kemmern so glücklich sind, eine hervorragende Schwefelquelle zu besitzen, so lag es nahe, die Moorbäder mit Schwefelwasser herzurichten, um die Wirkung von Schwefel und Moor zu erhöhten Leistungen zu vereinen. Ich meine, diese Voraussetzung hat uns nicht betrogen und es dürfte schwer fallen den Beweis zu führen, dass Moorerden mit höherem Eisengehalt mehr leisten als die Kemmern'schen Schwefel-Moorbäder. Vom administrativ-wirthschaftlichen Standpunkte aus wäre es ja eine Wohltat, wenn diese Bäder, welche nach Ansicht einiger Aerzte wenig leisten, abgeschafft würden, denn keine Art von Wannen verursacht so viel Mühe, Arbeit, Präzision und Ausgaben wie die Moorwannen. Dieses wird aber nie geschehen, da jeder moderne Bal-

neologe über gute, erstaunliche, ja selbst zauberhafte Wirkungen dieser Bäder zu berichten hat. Die Moorbäder eignen sich für die subakuten und chronischen Frauenleiden, für die Behandlung der Ischias, chronischer Neuritiden, Gicht, Polyarthritis und alle Stadien von Knochenaffektionen.

Auf die komplizierte Zubereitung der Moorerde gehe ich hier nicht ein, erwähne nur, dass wir 2 Arten von Moorbädern verabfolgen, diejenigen von breiartiger Konsistenz und die Trockenmoorbäder.

Erstere stellen eine fein verarbeitete fast flüssige Masse dar, welche mit Hülfe von Dampf auf $28^0 - 32^0$ (Grad) erhitzt werden; die Trockenmoorbäder werden ohne Wasserzusatz bis auf 40^0 erhitzt; hierin wird der Pat. eingegraben. Die Wirkung dieser Trockenmoorbäder ist eine heftigere und eingreifendere als es im Schwitzkasten der Fall ist. Diesem Bad folgt ebenso wie dem Schwitzkasten eine Verpackung im Bette, wobei heisser Thee gereicht wird, um die eingetretene Schweisssekretion zu erhöhen.

Nach dieser recht angreifenden Prozedur können wir den Kranken weiter in unsere leistungsfähige Duschenabteilung schicken. Ueber letztere nur wenige Worte: Sie ist vor 2 Jahren unter einem Kostenaufwande von 12,000 Rbl. nach den neuesten Prinzipien hergestellt worden und ermöglicht die Verabfolgung aller Arten von Duschen aus artesischem Wasser unter einem Druck bis zu 8 Atmosphären. Temperatur und Druck können beliebig geändert werden.

Sie erweist sich als willkommenes Mittel, etwaige Nachteile und unerwünschte Nebenwirkungen der warmen Bäder zu kompensieren, die Abhärtung nach denselben herbeizuführen und erfüllt eine Reihe von Indikationen bei Neurasthenie und Hysterie.

Wenn ich noch zum Schluss das Inhalatorium erwähne, so glaube ich Ihnen, meine Herren, eine Vorstellung von den vielseitigen Heilmitteln Kemmerns gegeben zu haben: Seine reine Wasserluft und idyllische

Lage, sowie der ruhige Charakter des Badelebens tragen noch das Ihrige dazu bei, unserem Kurorte die Bedeutung zu verleihen, die ihm von jeher gebührt hat und die durch die Arbeiten der letzten Jahre ausserordentlich gehoben worden ist.

(Aus der I. chir. Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Riga. Chefarzt: Dr. A. v. Bergmann).

Abnormitäten und Komplikationen der Appendicitis.

Vortrag, gehalten auf dem XVI. livländischen Aerztetage zu Dorpat.

Von

Dr. Oskar Brehm, Sekundärarzt.

Es erscheint als ein gewagtes Stück, heutezutage auf einem Aerztekongress über Appendicitis zu sprechen und man läuft Gefahr mit diesem Thema wenig Gegenliebe bei den Kollegen zu finden, denn schier bis zum Ueberdruss viel hört man davon. Fast in jeder Nummer der Zeitschriften hat irgendeiner irgendwas darüber zu sagen. Es befehden sich Chirurgen und Interne; noch mehr aber liegen sich die Chirurgen unter einander in den Haaren, man kämpft um die Therapie, um Aetiologie und um viele andere Fragen. Es ist ein grosser Kampfplatz und es ist sehr schwer eine Uebersicht und klares Urteil über den Stand der ganzen Angelegenheit zu gewinnen.

Ich möchte mich heute speziell jenen Formen des Leidens zuwenden, welche erhebliche Abweichungen vom Grundtypus darstellen und welche gerade praktisch überaus wichtig sind, da sie grosse diagnostische Schwierigkeiten bereiten können. Gerade hier aber sind Fehldiagnosen mitunter sehr verhängnisvoll, da hierher mit die kritischsten Fälle gehören. Ich will zu zeigen versuchen, dass fast auf dem ganzen Gebiet der Abdominalchirurgie diagnostische Kollisionen mit der Appendix möglich sind, ja dass dieselben sogar über das Abdomen hinausgehen. Ausserdem will ich noch einige therapeuti-

sche Fragen erörtern im Anschluss an den Vortrag, den Herr Dr. Bornhaupt vor 2 Jahren auf dem Aerztetage in Fellin hielt.

Weir sagt, die Appendicitis sei immer abnorm und er kommt mit diesem paradoxen Ausspruch zu derselben Auffassung, zu welcher wohl jeder Arzt gelangt, der viel und lange mit dieser proteusartigen Krankheit zu tun gehabt hat. Die Fülle der verschiedensten Krankheitsbilder ist unerschöpflich und auch für den gewiegtesten Kenner wird die Appendicitis immer noch Ueberraschungen in Bereitschaft haben. Es ist auch nicht meine Absicht eine erschöpfende Darstellung der Abnormitäten und Komplikationen des Leidens zu bieten, ich möchte nur das, was wir in der I. chirurgischen Abteilung des Krankenhauses sowie durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. v. Bergmann in dessen Privatklinik in dieser Beziehung zu Gesicht bekommen haben, zusammenfassen und in Gegensatz bringen zum normalen Bilde der Appendicitis resp. Perityphlitis, wenn von einem normalen Bilde überhaupt die Rede sein kann. Unter sogenannten normalen Fällen verstehe ich schlechthin diejenigen, welche diagnostisch von vornherein klar sind, d. h. welche sowohl im klinischen Bilde als auch pathologisch-anatomisch auf die Ileocöcalgegend beschränkt bleiben; normal ist mithin auch der perityphlitische Abszess.

Bei diesen normalen Fällen wird der Arzt wissen, was er zu tun hat, je nachdem, welcher Ansicht er bezüglich der Therapie huldigt. Die abnormen, komplizierten Fälle aber, das sind die, welche einerseits in der perfidesten Weise mit uns Versteck spielen und durch raffinierte Mimicry uns narren, andererseits uns durch akutesten Verlauf überrumpeln können. Hierher gehören die Fälle, die bei ganz harmlosen lokalen Symptomen in kürzester Zeit zur Sepsis führen, hierher auch die Fälle, die jahrelang von einem Spezialisten zum anderen laufen, die langdauernde gynäkologische Massagekuren über sich ergehen lassen. Hierher rubrizieren auch die Fälle, die den mehr oder weniger ahnungslosen Chirurgen überraschen, denn, wenn es auch sicher vorkommt, dass der

Chirurg den Bauch aufschneidet, um die kranke Appendix zu entfernen und ihn dabei ein völlig normaler Wurm «angrinst», wie ein Autor sich ausdrückt, so passiert es sicher ebenso oft, dass der Chirurg laparotomiert, um vielleicht die Gallenblase zu exstirpieren, und ihn statt derselben ein kranker Wurm nicht minder höhnisch angrinst.

Unsere diagnostischen Schwierigkeiten können sich nach 3 Richtungen hin geltend machen:

1) Die Appendicitis verbirgt sich täuschend hinter einem anderen Krankheitsbilde, welches sie mehr oder weniger getreu nachahmt. Das sind die zahlreichen Fälle von Mimicry der Appendicitis. Es können so vorgetäuscht werden: Darmocclusionen, incarcerierte Hernien, Gallenerkrankungen, Nierenleiden, Tumoren des Coecum, Coxitis, weibliche Genitalerkrankungen. In all' diesen Fällen kann es sich um einfache Appendicitis handeln.

2) Im Gegensatz hierzu stehen die echten Komplikationen, welche so sehr das klinische Bild prägen können, dass die Appendicitis selbst mehr in den Hintergrund tritt. Hierher gehören: die verschiedenen Formen und Grade der Peritonitis, die sogenannte Paratyphlitis, Leberabszesse, Thrombosen der Vena portae, Metastasen der Lymphdrüsen, Empyeme der Pleura und sogar Herzaffektionen.

3) Endlich kommen Fälle vor, die ganz versteckt verlaufen, nur Allgemeinerscheinungen machen.

Die Darmocclusion bei Appendicitis ist meist keine mechanische, sondern auf peritonitischer Darmlähmung beruhend und als solche allgemein bekannt, leiden doch fast alle Appendicitiskranken mehr oder weniger an Stuhlverhaltung. Wir haben aber doch 4 mal echte mechanische Verschlüsse gesehen. Einmal hatte der akut entzündete Wurmfortsatz sich um eine Ileumschlinge gelegt und sie derart fest umgriffen, dass sie total stranguliert war. Die Bilder der frischen Appendicitis und der Occlusion kombinierten und verquickten sich so mit einander, dass ein Teil von uns Appendicitis, der andere Occlusion diagnostizierte; die Operation gab bei-

den Teilen recht. Im zweiten Fall hatte der akut entzündete Wurm einen ganzen Klumpen Dünndarmschlingen um sich her verlötet, so dass ein beweglicher Tumor neben dem Nabel zu palpieren war. Der vielfach geknickte Dünndarm war so verschlossen worden. Die Diagnose war hier auf Occlusion gestellt worden, man konnte an eine Intussusception oder Verschluss durch Meckelsches Divertikel denken. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Strangocclusionen bei chronischer adhäsiver Wurmfortsatzperitonitis, also mehr um Folgezustände. Ich reihe dann hier an 2 Fälle von Appendicitis im Bruchsack, deren einer eine inkarzerierte Hernie vortäuschte. Die Anamnese sprach für Inkarceration, das Fieber und der heftige Druckschmerz an der Bruchgeschwulst auf Incarceration mit Entzündungsvorgängen innerhalb des Bruchsackes gestellt. Es fand sich bei der Operation im Bruchsack der perforierte, vom Eiter reichlich umspülte Wurm. Der zweite Fall war diagnostisch klarer, die Entstehung war eine langsame, die Stuhlverhaltung keine komplete, der Abszess im Bruchsack war leicht zu konstatieren. Bei der Operation fand sich im Bruchsack nur Eiter, der Wurmfortsatz sass tief im kleinen Becken. Sehr schwierig gestaltet sich mitunter die Differentialdiagnose gegenüber den Gallenblasenleiden, um so mehr, als die Kombination beider Leiden nicht selten ist. Zumal bei älteren, dicken Frauen ist die Palpation ungemein schwierig und erst die Untersuchung in Narkose bringt oft Aufklärung. Wir haben einen Fall, der exquisite Gallensteinkoliken gehabt hatte und von zahlreichen Aerzten in diesem Sinne behandelt worden war. Bei der Operation war an der Gallenblase nicht das Geringste zu finden, der Wurm war exquisit krank. In meinem zweiten Falle waren sogar Steine im Kot abgegangen, trotzdem fanden sich nur am Wurm Veränderungen. Wenn auch in beiden Fällen wirklich eine Cholecystitis, resp. Cholelithiasis vorgelegen hatte, die zur Zeit der Operation ganz ausgeheilt war, so bleibt es doch immer merkwürdig, dass die Appendicitis im klinischen Bilde so garnicht hervorgetreten war.

Wandernniere ist eine häufige, auch von uns mehrfach beobachtete Kombination der Appendicitis und es ist zuweilen nicht ganz leicht zu entscheiden, ein wie grosser Teil der Beschwerden auf die eine und die andere Krankheit zu beziehen ist, namentlich bei den chronischen Formen, bei denen es nicht zu eigentlichen Anfällen kommt.

Tumoren des Coecum können durch enorm cystisch dilatierte Würmer vorgetäuscht werden. In einem Fall liessen Anamnese und Befund mit gleicher Bestimmtheit ein Coecumkarzinom annehmen. Es lag eine apfelgrosse, dickwandige Zyste des Wurmes vor, welche mit dem Coecum so fest verbacken war, dass letzteres reseziert werden musste. Wir haben auch Uebergangsformen geringeren Kalibers gefunden. Diese Zysten können auch nach Weir Ovarialzysten vortäuschen, wenn sie tief in's kleine Becken hinabreichen, uns sind derartige Fälle nicht vorgekommen. Ihre grössten Triumphe in der Mimicry feiert die Appendicitis, wo sie weibliche Genitalerkrankungen vortäuscht oder, was auch nicht selten, mit ihnen vergesellschaftet ist. Die topographischen Beziehungen sind hier so innige, dass auch die exakteste Palpation nicht differenzieren kann, dass Gynäkologe und Chirurg oft ratlos sind und erst die Narkose und Operation die Sache klären. Barnsby hat sogar eine sekundäre Appendicitis angenommen im Sinne einer Infektion des Wurmes von der kranken Tube aus. Es handelt sich hier um praktisch überaus wichtige Fragen, denn die Adnexerkrankungen werden von sehr vielen Chirurgen mit Massage behandelt. Wie die Massage bei den Adnexerkrankungen wirkt, kann ich natürlich nicht beurteilen, für einen entzündeten Wurm passt sie wie die Faust aufs Auge. Es ist ja klar, dass Frauen mit chronischer Appendicitis, welche überhaupt die Neigung haben alle Beschwerden im Unterleibe auf die Genitalien zu beziehen, oft den Gynäkologen aufsuchen. Sie werden auch versuchen, schon in der Anamnese ihm ein Frauenleiden zu suggerieren. Wir haben eine Reihe derartiger Fälle beobachtet, die z. T. sehr lange, ja Jahre hindurch mit gynäkologischer Massage behandelt

waren, ehe sie zur Operation kamen und manche mögen dieses Ziel nie erreichen. In diesen Fällen soll man fleissig konsultieren, Chirurg und Gynäkolog können dabei nur gut fahren und sich unangenehme Ueberraschungen ersparen. Wir haben in der letzten Zeit sehr oft Gelegenheit gefunden, die Gynäkologen zu konsultieren und sind von denselben konsultiert worden. Es ist nicht selten, dass wir Fälle von Appendicitis aus der gynäkologischen Station erhalten. Bei akuten Erkrankungen kommen Verwechslungen nicht so leicht vor, aber nach Labhardt doch immer noch oft genug.

Bevor ich zu den eigentlichen Komplikationen übergehe, möchte ich eines Falles erwähnen, der scheinbar ganz ohne lokale Symptome verlief und mehrere Monate die Aerzte in Atem erhielt. Die Patientin war an doppelseitiger Pneumonie mit Beteiligung der Pleura erkrankt, wollte aber nicht recht abfiebern, hatte Kopf- und gelegentlich Ohrenschmerzen, klagte sonst über nichts. Da an den Lungen objektiv nichts mehr nachweisbar war, fiel der Verdacht aufs Mittelohr und Pat. wurde 2 Monate später operiert. Der Befund bei der Aufmeisselung des Proc. mastoid. war unbefriedigend, die Temp. fiel nur für einen Tag ab, um dann 7 Wochen lang zwischen 38,0 und 39,5 zu schwanken, wobei Pat. sich scheinbar ganz wohl befand, spontan über keine Schmerzen klagte. Da ergab ein überaus genaues Examen, dass schon seit Monaten gelegentlich Schmerzen im Unterleibe bestanden hatten. Die Palpation ergab einen durchaus positiven Befund, vor allem war der druckempfindliche Wurm palpabel. Die Operation ergab einen prall mit hämorrhagischem Inhalt gefüllten 10 cm. langen Wurm. Der Erfolg der Operation war glänzend.

Eigentliche Komplikationen.

Unter den eigentlichen Komplikationen möchte ich zuerst die sogenannte Paratyphlitis nennen. Dabei wird in erster Linie das extraperitoneale Bindegewebe infiziert. Es sind das also echte progrediente Phlegmonen, oft sehr bösartige Formen, wobei der Prozess nicht in der Ileocöcalgegend bleibt, sondern retroperitoneal zwischen

die Mesenterialblätter kriecht oder auf dem Psoas aufwärts bis in den Thorax. Hier kann der Eiter dann hinten an der Leber die Umschlagstelle des Peritoneums durchbrechen und subphrenische Abszesse, resp. septische Peritonitis machen, wie wir das einmal sahen. Der Eiter kann auch in die Pleurahöhle einbrechen und Empyeme hervorrufen. In einem Falle fanden wir enorme Senkungen auf den Oberschenkel und die Nates. Da von seiten des Abdomens dabei garkeine Erscheinungen zu bestehen brauchen, so kann in solchen Fällen das Bild einer Beckenosteomyelitis vorgetäuscht werden. Gerade diese extraperitonealen Eiterungen müssen äusserst radikal und breit gespalten werden, sie verhalten sich genau so böse wie alle akuten progredienten Phlegmonen, dazu setzen sie der Diagnosenstellung oft grosse Schwierigkeiten entgegen und nicht selten finden wir erst auf dem Sektionstisch den tödlichen Abszess, nach dem wir vergeblich mit der Punktionsspritze und dem Messer gesucht. Hierher gehören gerade die perfiden Abszesse zwischen den Mesenterialblättern.

Die nach oben zur Leber tendierenden Eiterungen begünstigen ganz besonders das Auftreten der bösen Lebermetastasen, der Leberabszesse und der Thrombosen der Vena portae. Die Fälle gehen meist recht schnell unter dem Bilde der Pyämie zu Grunde und trotzen schon aus dem Grunde meist der operativen Therapie, weil sie multipel sind. Ein Fall heilte spontan, nachdem 16 Tage lang tgl. Schüttelfröste mit Ikterus und exzessiv hohen Temp. bestanden hatten. Dann klangen die Attaquen langsam im Laufe eines Monats ab. Dabei war der Proc. vermif. zieml. früh entfernt worden. Körte berichtet über operative Heilung solcher Leberabszesse.

Eine Lungenembolie beobachteten wir einmal. Eine sehr merkwürdige Metastase fand sich einmal in einer Lymphdrüse der Magengegend. Der lokale appendicitische Prozess als solcher trat ganz zurück und das klinische Bild belastete nur den Oberbauch. Sodann erwähne ich noch 2 Fälle von Störungen in der Herztätigkeit. Der eine Fall litt, seit er seine Appendicitis-Attaquen hatte, beständig an einem

aussetzenden Pulse. Nach der Exstirpation des Wurmes wurde der Puls völlig normal. Im zweiten Fall schwanden nach der Operation vorher bestehende Herzpalpitationen. Wenn man hier aus dem post hoc gewiss noch lange kein propter hoc folgern darf, so sei die Beobachtung doch als merkwürdig hier mitgeteilt.

Mit der Peritonitis, der bösesten Komplikation, haben wir in allen ihren Stadien und Formen Bekanntschaft gemacht. Wenn der Process die Ileocoecalgegend verlässt und sich auf die Wanderschaft in die Bauchhöhle begiebt, so haben wir Peritonitis. Je nachdem, wie schnell und auf welchen Wegen diese Wanderschaft erfolgt, resultieren die mannigfaltigsten Formen, aber verhängnisvoll sind sie alle. Wir haben Fälle akutester peritonealer Sepsis gesehen, wo das peritonitische Exsudat unbedeutend ist, es kommen dann die Fälle, wo die Darmschlingen ohne die mindesten Verklebungen im Eiter schwimmen. Diese Formen sind recht selten, öfter sieht man die gutartigeren, in denen die Bauchhöhle in ein vielkammeriges Labyrinth von einzelnen gegen einander abgeschlossenen Abszesshöhlen verwandelt ist, die der chirurgischen Therapie spotten; wir haben endlich Fälle, wo ein mächtiges jauchiges Exsudat in Form eines Hufeisens von der Leber zum kleinen Becken und links aufwärts bis zur Milz zieht, durch spärliche Verklebungen gegen den Rest der Bauchhöhle abgeschlossen, es sind dieses die sogenannten Bauchempyeme. Diese Formen und ihre Kombinationen haben wir bisher gesehen, wo die Peritonitis nach mehr oder weniger langer Vorbehandlung zur Operation geschickt wurde, als zur ultima ratio. So sieht aber die Peritonitis nicht immer aus. Nach Ansicht der meisten Autoren hat die Wurmfortsatzperitonitis mit Ausnahme weniger ganz böser Fälle immer die Tendenz sich zu lokalisieren. Wenn auch zuerst bei der Perforation die ganze Bauchhöhle infiziert wird, so gelingt es dem Körper anfangs doch der Allgemeininfektion Herr zu werden, der Process wird einstweilen notdürftig lokalisiert und breitet sich dann erst wieder aus, wenn der Körper in seinem Kampf zu erlahmen beginnt. In die-

sem Stadium finden wir in der Coecalgegend frei zwischen den Darmschlingen ein mehr oder weniger trübes Exsudat, welches sich zur Leber hin, namentlich aber in's kleine Beken senkt. Je später wir kommen, um so reiner eitrig ist das Exsudat, um so weiter hat es die Bauchhöhle ergriffen. In diesem ersten quasi Embryonalstadium ist die Peritonitis heilbar. Dass man die Frühdiagnose stellen kann, wird von der Sonnenburgschen Schule, Lennander und anderen behauptet, doch widerspricht dem die Mehrzahl der Chirurgen. Bei sehr grosser Erfahrung, wie der alte Kliniker sie hat, mag es möglich sein, sich nie zu versehen, der praktische Arzt kann die Diagnose sicher nicht immer stellen, namentlich wenn er die Kranken mit Opium oder Morphium traktiert. Die wichtigsten Symptome können total versagen. Man kann einen weichen, kaum aufgetriebenen Bauch, einen Puls von 80 und Temp. von 37,5 haben, und doch ist der Bauch schon voll mit Eiter. Am trügerischsten ist die Temperatur. Die Leukocytenzählung, auf die man so grosse Hoffnungen setzte, wird von den meisten Chirurgen als zeitraubend und unsicher verworfen. Selbst Federmann, der Schüler Sonnenburgs muss gestehen, dass sie in den ersten Tagen bei Peritonitis keine Schlüsse erlaubt; da seiner Ansicht nach einmalige Zählungen keinen Wert haben, so verlangt er die Herstellung echter Leukocytenkurven, so dass ev. mehreremal tgl. gezählt wird. Die feinen, geistreichen Schlüsse, die Federmann aus den einzelnen Kurven zieht mit Beznahme auf das betreffende klinische und anatomische Bild, auf die Puls- und Temperaturkurve, machen durchaus den Eindruck interessanter Rekonstruktionen, theoretisch-wissenschaftlich sehr interessant, an grossen Kliniken mit reichlichem Aerztematerial durchaus berechtigt, für die Praxis aber ein Luxus. Bei uns sind die Leukocytenzählungen nur einigemal gemacht worden, wir sind zu sehr mit Arbeit belastet, um die zeitraubenden Zählungen zu machen, der praktische Arzt aber hat erst recht keine Zeit und keine Hilfskräfte.

Unser Material ist nicht klein, aber doch ist es auffallend, welch eine Fülle komplizierter und abnormer

Fälle es aufweist. Der praktische Arzt, welcher immer nur eine beschränkte Zahl sieht, wird solche Abnormitäten immer nur vereinzelt und selten beobachten; er wird sich durch sie nicht das geläufige Charakterbild der Krankheit trüben lassen und wird sich immer an dieses halten. Meine Absicht war es, in dieser flüchtigen Skizze zu zeigen, dass die Komplikationen doch so häufig sind, dass nicht nur der Chirurg, sondern auch der praktische Arzt mit ihnen rechnen muss, will er nicht Gefahr laufen, in böse diagnostische Irrtümer zu verfallen, die für ihn ebenso kränkend sind, wie sie für den Patienten folgenschwer sein können.

Gerade im Anschluss an die Peritonitis möchte ich einige therapeutische Bemerkungen zur Frühoperation der Appendicitis knüpfen, denn gerade die Peritonitis hat die Chirurgen zur Frühoperation gereizt, nachdem die Spätoperation sich als machtlos erwiesen hatte. Vor 2 Jahren hat H. Dr. Bornhaupt unseren Standpunkt zur Frühoperation dahin präzisiert, dass dieselbe für die schweren Fälle reserviert werden müsse, dass sie nicht in jedem Falle vorteilhaft sei, weil die Intervalloperation bessere Chancen biete. Wir haben diesen Standpunkt jetzt verlassen und operieren prinzipiell jeden Kranken, der innerhalb der ersten 48 Stunden seines Anfalles in unsere Behandlung kommt. Was später kommt, wird nicht prinzipiell operiert, sondern es wird individualisierend von Fall zu Fall entschieden. Diese unsere Stellungnahme basiert ebenso auf den Ergebnissen der Literatur der letzten Jahre wie auf unseren eigenen Erfahrungen. Die Chirurgen wohl aller Länder haben zur Frühoperation Stellung genommen, auf den Kongressen hat man sich darüber ausgesprochen, geeinigt hat man sich nicht. Während ein Teil begeistert die Frühoperation preist und sie in ihrer Ungefährlichkeit der Operation im Intervall gleichstellt, halten andere sie für bedenklich. Diese Widersprüche mögen darauf beruhen, dass nicht einmal der Begriff «Frühoperation» fixiert ist; viele Chirurgen operieren überhaupt jeden Fall sofort, sobald er in ihre Hände kommt, es sind das die Frühoperateure κατ' ἐξοχήν. Das

Land der radikalsten Frühoperateure ist Amerika; nicht nur, dass die einzelnen Chirurgen in der Literatur ihre Ansicht in diesem Sinne aussprechen, auch auf den Kongressen ist der radikale Standpunkt der absolut dominierende. Als ideales Postulat gilt vielen die Operation nicht im Anfall und nach dem Anfall, sondern vor dem Anfall, d. h. zu einer Zeit, wo das Leiden sich bereits in verschiedenen kleinen Symptomen geltend macht, bevor der eigentliche Anfall kommt. Kelly richtete an die namhaftesten Chirurgen Amerikas eine Anfrage, ob man den Wurm stets, wenn man ihn bei einer Laparotomie zu Gesicht bekommt, entfernen solle. Er erhielt 74 Antworten. Die meisten verlangten unbedingt die Entfernung des Wurmes, wenn derselbe nur die geringsten Veränderungen zeigte oder auch nur abnorm lang sei. Sehr viele Amerikaner operieren stets sofort, gleichviel in welchem Stadium und an welchem Tage sie den Fall bekommen. Oechsner hatte bei 416 Fällen nur 4 pCt. Mortalität. In Frankreich und England steht man nicht so einheitlich, die Mehrzahl vertritt etwa den Standpunkt, den Dr. Bornhaupt vor 2 Jahren einnahm. In Deutschland giebt es auch noch mächtige Gegner der Frühoperation, vor allem Sonnenburg, allein es ist unleugbar, dass sie mehr und mehr Anhänger gewinnt. Auf dem diesjährigen Chirurgenkongress, wo die Frage wieder diskutiert wurde, erzielte man keine Einigung. Sonnenburg und seine Schüler halten daran fest, dass man die schweren Fälle früh diagnostizieren und operieren könne, die leichten solle man im Intervall operieren. Riedel, der Vater der Frühoperation, konstatiert mit Genugtuung, wie die Mortalität sinke, seit die praktischen Aerzte angefangen hätten, die Fälle früh zum Chirurgen zu bringen. Er sieht in dieser veränderten Stellungnahme der praktischen Aerzte den allergrössten Fortschritt in der Bekämpfung der Appendicitis. Seine Mortalität schwankt zwischen 2 und 4 pCt.

Wie steht es bei uns? Das Gros der Aerzte ist konservativ und behandelt den akuten Anfall exspektativ, daher kommen auch so wenig frische Fälle zu uns in's

Krankenhaus und wir haben nur sehr selten Gelegenheit zur Frühoperation. Die schwer verlaufenden Fälle werden auch mindestens einige Tage hindurch beobachtet. Nur in einer Richtung hat sich gegen früher ein radikaler Standpunkt Bahn gebrochen: Die Operation im Intervall hat sich im allgemeinen das Vertrauen der Kollegen erworben; möchte es mit der Frühoperation auch so gehen. Unsere Erfahrungen mit der Frühoperation sind klein — aber gut, die mit der Spätoperation gross — aber schlecht, die Resultate der Intervalloperation sind sehr gut. Unter allen 206 Fällen der letzten $1^1/_2$ Jahre (seit der Bornhaupt'schen Zusammenstellung) hatten wir nur 8 Frühoperationen, darunter 3 Fälle von Peritonitis; alle 8 Fälle genasen. Unsere übrigen Fälle von Peritonitis haben wir viel später bekommen und sie sind fast alle gestorben. Die Kollegen fürchten die Eröffnung der entzündeten Bauchhöhle im Reizzustande, bevor feste Adhäsionen da sind, aber das ist vielleicht gerade die ungefährlichste Zeit. Moszkowicz hat experimentell nachgewiesen und damit stimmen zahlreiche Beobachtungen überein, dass die Bauchhöhle im Reizzustande sehr viel verträgt, sie verträgt das aber nur kurze Zeit und diese wird in der Regel verpasst. Am dritten und vierten Tage ist das Operieren in den frischen Adhäsionen schon viel schwieriger, daher operieren wir nach dem 2. Tage nur auf besondere Indikation, sonst lassen wir den Anfall ruhig abklingen und operieren im Intervall, ohne uns dabei an einen ganz festen Termin zu binden; war der Anfall leicht und waren ihm keine oder nur wenige leichte Attaquen vorausgegangen, so operieren wir oft schon nach einer Woche, sind sehr starke Verwachsungen zu erwarten, so beeilen wir uns nicht und warten auch mehr als 6 Wochen. Liegt Peritonitis vor, so ist der Kranke vom dritten Tage ab fast immer verloren, man mag ihn operieren oder nicht. — Noch einen anderen Vorzug hat die Frühoperation. Die von Schmerzen gepeinigten Kranken entschliessen sich leichter zum Eingriff als im Intervall, sie werden auch in kürzerer Zeit gesund, was für den Unbemittelten, der nicht lange Diät

halten und sich schonen kann, sehr wichtig ist. Wir werden daher an der Frühoperation festhalten, denn theoretische Einwände gegen dieselbe allein können ihren Wert nicht erschüttern. Die pathologische Anatomie auf dem Operationstisch spricht eine so deutliche Sprache, dass sich der Chirurg ihrem Eindruck nicht entziehen kann. Karewski, Sonnenburg und andere sind der Ansicht, dass alle schweren Fälle mit Perforation und Gangrän des Wurmes immer zuerst die ganze Bauchhöhle infizieren. Je nach der Virulenz der Infektion und der Reaktionskraft des Organismus kommt es in einem Falle zur Lokalisation des Prozesses, im anderen zu einer langsam fortschreitenden, im dritten zu einer freien, diffusen Peritonitis. Warum entsteht einmal das eine ein andermal das andere? Virulenz, Reaktionskraft des Organismus — es sind labile Grössen, Imponderabilien, was wissen wir im Einzelfall davon. Der praktische Arzt sieht in der Regel nur das klinische Bild, er sieht nur mittelbar das Treiben des Feindes, er sieht es nicht, wie ein prall mit Eiter gefüllter Wurm, nur um Haaresbreite von der Perforation entfernt, in die freie Bauchhöhle hängt, wir aber sehen das alles, oft leider zu spät. Daher gehen wir dem Feinde früh zu Leibe, wo er noch nicht mobilisiert hat, wo wir noch stärker sind als er.

Werfen wir zum Schluss noch einen kurzen Blick auf unsere Resultate. In den letzten $1^1/_2$ Jahren wurden behandelt in der I. chir. Abt. des Stadtkrankenhauses und in der Privatklinik des H. Dr. A. v. Bergmann im ganzen 206 Fälle, hiervon waren:

Appendicitis simplex 146 Fälle, von diesen wurden

Exspektativ behandelt.	21	Fälle	ohne	Todesfall
Früh operiert . . .	5	»	»	»
Spät operiert . . .	5	»	»	»
Im Intervall operiert.	115	»	»	»

Mortalität = 0 pCt.

Perityphlitis resp. Paratyphlitis 37 Fälle, davon:

	Fälle		Mortal.
Exspektativ behandelt.	12	ohne Todesfall	= 0 pCt.
Operativ behandelt. .	25	3 Todesfälle	= 12 »
		Mortalität	= 8,1 pCt.

Peritonitis 23 Fälle, davon:

	Fälle		Mortal.
Spät operiert. .	20	16 Todesfälle	= 80 pCt.
Früh operiert .	3	ohne Todesfall	= 0 »
		Mortalität	= 69,5 pCt.

Die Gesamtmortalität stellt sich mithin auf 9,2 pCt. Die spät operierten geheilten 4 Fälle von Peritonitis gehörten der progredienten, fibrinös-eitrigen Form an. Unter die Rubrik der im Intervall operierten sind auch die zahlreichen Fälle von Appendicitis chron. aufgenommen, obwohl sie streng genommen nicht dahin gehören, immerhin stellen sie sich prognostisch ebenso günstig wie die Appendicitis im Intervall.

Zum Schluss sage ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Dr. A. v. Bergmann, für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank.

(Aus der I. chirurg. Abt. des Rigaschen Stadtkrankenhauses. Chefarzt Dr. A. v. Bergmann).

Zur Kasuistik der Penisverletzungen.

(Vortrag gehalten auf dem XVI. livl. Aerztetage zu Dorpat im Sept. 1904).

Von

Dr. W. v. Grot.

M. H. Zu den Verletzungen einer Körpergegend, welche zu sehen und zu beobachten man selten Gelegenheit hat, gehören die Verletzungen des Penis und ist es daher gerechtfertigt, wenn ihrer Seltenheit wegen über die Art derselben, über ihre Behandlung und Folgezustände berichtet wird. Ich erlaube mir, im folgenden ihnen kurze Mitteilung zu machen über die Verletzungen des Penis im allgemeinen und speziell über die wenigen Fälle, welche wir, selbst bei einem so grossen Material an verschiedenartigen Verletzungen, wie solche im Stadtkrankenhause zu Riga in Behandlung kamen, gesehen haben.

Die Verletzungen am Penis teilt man nun in subkutane und offene. Zu den ersteren müssen gezählt werden die Penisfrakturen und die Quetschungen, sowohl der Haut allein als auch dieser mit den corpora cavernosa zusammen.

Von einer Fraktur des Penis im wahren Sinne des Wortes kann beim Menschen nicht die Rede sein, es müsste sich dann handeln um die äusserst seltenen Fälle von pathologischer Knorpel- oder Knochenneubildung im septum penis alter Männer, wie sie Lenhossék, Kaufmann und Duplay beobachteten.

Man versteht darunter die Zerreissung der Schwellkörper und der Albuginea während der Erektion. Die

Albuginea, sonst an 2 mm. dick und sehr resistent, verdünnt sich nach Henle während der Erektion auf 0,25 mm., wobei sie sehr spröde wird. Demarquay glaubt trotzdem, dass eine Zerreissung der Albuginea nur möglich ist, wenn sie pathologisch verändert ist infolge überstandener Entzündungen.

Die Rissstelle der Albuginea kann im ganzen Verlaufe des Schaftes vorkommen. Mianowski sah eine Fraktur in der Mitte, Parker dicht an der Radix. Parker glaubt 2 Arten von Penisfrakturen unterscheiden zu müssen: eine Torsions- und eine Knickungsfraktur. Erstere soll an jeder Stelle des Penis, letztere nur unmittelbar an der Ansatzstelle der Lig. suspensoria penis auftreten. Dagegen spricht der Fall Gabscewitsch. Hier bog ein alter arteriosklerotischer Mann seinen erigierten Penis nach unten, um zu urinieren und zog sich eine Fraktur dicht hinter der Glans zu.

Die subjektiven Symptome einer eingetretenen Fraktur bestehen in lokaler Druckempfindlichkeit, Schmerzen und hochgradigem Spannungsgefühl. Beim Entstehen der Fraktur ist fast stets ein knickendes Geräusch beobachtet worden. Die Erektion hört sofort auf, das periphere Ende des Penis hängt schlaff herab, durch Austritt von Blut unter die Haut schwillt der Penis kolossal an. Die Haut wird oft derart gespannt, dass es zu Gangrän derselben kommen kann. Hervorgehoben wird von fast sämmtlichen Autoren die charakteristisch durch die Schwellung bedingte S-förmige Krümmung des Penis. Da wir in unserem Material keine derartige Verletzung des Penis haben, so führe ich, zwecks Einsicht in den Verlauf und das Endresultat dieser Verletzungen, kurz die in den letzten 20 Jahren in der Literatur angeführten Fälle an.

Rosenberger beschrieb einen Fall, in welchem ein 26-jähriger völlig gesunder Mann sich eine Fraktur des Penis zuzog, indem er beim Ausüben des Coitus heftig gegen die Symphyse stiess. Die Erektion liess sofort nach, es trat Schwellung ein, ohne dass Pat. Schmerzen empfand. Erst die zunehmende Schwellung, welche sich auf den Unterbauch, Scrotum und die Oberschenkel erstreckte, und die eintretende Harnretention trieben den Mann zum Arzte, welcher anfangs

Pat. katheterisierte und nachher am 10. Tage, als ein Katheter nicht mehr eingeführt werden konnte, eine Incision am Scrotum machte. Der Harn entleerte sich aus der Fistel und Pat. genass nach einem schweren Krankenlager, welches bedingt war durch die Harninfiltration, die zu Gangrän der Scrotalhaut und eines Teiles der Oberschenkelhaut geführt hatte. Nachgeblieben war eine Harnfistel, welche in mehreren Sitzungen fast völlig geschlossen wurde.

Die Erectionsfähigkeit war völlig erhalten geblieben. Kompliziert war dieser Fall durch die Harnröhrenzerreissung, welche zur Harninfiltration geführt hatte.

2. Weisblatt. Im Halbschlummer hatte ein Mann seinen erigierten Penis mit beiden Händen nach unten gezogen, und dabei ein Knacken verspürt. Es trat starke Schwellung und bläuliche Verfärbung auf. Die Miction blieb normal. Der Verlauf war bei exspektativer Behandlung normal. Beim Coitus hat Pat. keine Beschwerden. An der Rissstelle ist eine kleine Verdickung nachgeblieben.

3. Miklaszewski berichtet, dass ein 40 Jahre alter arteriosklerotischer Mann seinen stark erigierten Penis zur Seite bog und dabei ein Knacken verspürte. Es trat ein starkes Blutextravasat auf, besonders am Praeputium. Der Penis hatte S-förmige Krümmung. Die Schmerzen waren mässig, die Miction gut. Bei indifferenter Behandlung trat völlige restitutio in integrum ein.

4. Iwanow teilt mit, wie ein Pat. libido coeundi empfand, derselben jedoch nicht nachgehen konnte, weil er es für eine Sünde hielt, da am nächsten Tage ein Feiertag war. Er ergriff daher den erigierten Penis mit beiden Händen, schwenkte ihn stark und empfand dabei ein knackendes Geräusch, zugleich trat Schwellung und Schmerz auf. Unter konservativer Behandlung erfolgte völlige Heilung und Funktionsfähigkeit im Laufe von 5 Wochen.

5. Gabscewitsch. Der Aetiologie dieses Falles erwähnte ich schon früher. Auch hier beim Entstehen der Fraktur ein knackendes Geräusch, dann Schmerz, Schwellung, erschwerte Harnabsonderung. Die Schwellung führte zu konservativer Gangrän der Penishaut. Es wurden Längsincisionen gemacht und nach Abstossung der gangränösen Hautfetzen trat bei fieberfreiem Verlaufe völlige Heilung ein. Die normale Erektionsfähigkeit war erhalten geblieben.

6. Mende referiert über 14 Fälle von Penisfraktur, welche aus früheren Jahren stammen und teilt einen Fall mit, in welchem ein 40-jähriger alter Mann mit dem erigierten Penis an eine Stuhllehne stiess und sich eine Fraktur zuzog. Es trat Schwellung und S-förmige Krümmung des Gliedes auf; zugleich völlige Harnretention. Die Harnröhre war quer durchrissen. Zuerst wurde die äussere Urethrotomie gemacht; nachher Naht der Harnröhre. Es trat völlige Heilung ein.

Die Diagnose kann somit gestellt werden unter Beachtung der Anamnese, auf Grund des objektiven Befundes: Schwellung, S-förmige Krümmung, lokaler Schmerzpunkt. Zuweilen lässt sich der Riss in der Albuginea und den Schwellkörpern fühlen, manches Mal auch Krepitation, bedingt durch die gebildeten Coagula. Unter konservativer Behandlung: Hochlagerung des Gliedes, Kompression und Kälteapplikation ist der Verlauf der nicht durch event. Harnröhrenverletzungen komplizierten Fälle gewöhnlich ein reaktionsloser. Das Haematom resorbiert sich und unter stärkerer oder geringerer Narbenbildung heilt der Riss aus. Diese Narbenbildung soll gewöhnlich eine starke Alteration der Funktionsfähigkeit bedingen, da wegen Krümmung des Gliedes, resp. schlaffen Herabhängens des peripher von der Narbe gelegenen Teiles, die Erektion derart behindert ist, dass eine Cohabitation nicht stattfinden kann (Bramann). Wie weit diese Angaben berechtigt sind, vermag ich nicht zu entscheiden. Die eben angeführten Fälle bestätigen sie nicht.

Ist die Fraktur kompliziert durch eine Harnröhrenverletzung, so muss der event. eintretenden Urininfiltration vorgebeugt werden durch Einführen eines Katheters oder, falls dieses nicht gelingen will, durch Aufsuchen beider Harnröhrenenden und Vereinigung derselben durch Naht. König rät, event. selbst bei nicht durch Harnröhrenverletzungen kompl. Fällen blutig vorzugehen und nach Entfernung der Coagula die gerissenen Corpora cavernosa zu nähen.

Was die Quetschungen der Penishaut allein oder dieser zugleich mit den Schwellkörpern betrifft, so kommen sie unkompliziert sehr selten vor. Sie entstehen durch direkte Gewalteinwirkung, als Schlag, Stoss etc. Ihre Behandlung ist eine rein konservative und die Heilung stets eine vollkommene, ohne Nachbleiben irgend welcher Residua. Gewöhnlich bestehen jedoch die Quetschungen in ausgedehnten schweren Verletzungen und werden am häufigsten beobachtet bei Leuten die am Becken überfahren sind; dabei wird der Penis gegen

die Symphyse gequetscht und an der scharfen Kante derselbe zerdrückt.

Hier müssen auch erwähnt werden diejenigen Verletzungen, bei denen die Gewalteinwirkung keine direkte ist.

In Betracht kommen die Einschnürungen des Penis. Aus Spielerei oder wegen nächtlichen Bettnässens wird von Knaben der Penis mit einer Schnur oder einem Bande abgebunden, oder es werden Ringe übergezogen. Erwachsene benutzen die verschiedensten Gegenstände entweder aus demselben Grunde oder zwecks Verhütung von Pollutionen, meistenteils wohl um Erectionen hervorzurufen, zwecks Masturbation. Nach Anlegung solcher schnürender Gegenstände um den in schlaffem Zustande befindlichen Penis, tritt durch den Reiz und die Blutstauung eine immer mehr zunehmende Schwellung des Gliedes ein. Die Constriction wird immer stärker und der schnürende Gegenstand kann, falls er schmal ist, völlig in der Schwellung verschwinden. Besonders stark schwillt das periphere Ende an und kann es zu völliger Gangrän kommen. Durch die Compression der Harnröhre tritt Harnstauung auf und diese kann gleichfalls zur Gangrän der Harnröhre führen, welche perforiert und die Bildung lippenförmiger Harnröhrenfisteln bedingt.

Einen solchen Fall teilt Gorski mit, wo infolge einer Umschnürung des Penis eine Fistel entstand. Die Glans ist nur mit einem ganz dünnen Stiel mit dem Penisstumpf in Zusammenhang gewesen. Die Urethra war quer durchtrennt, schnürende Ringe und Fäden können die gespannte Haut durchschneiden und die Schnürfurche schliesst sich manches Mal über dem Fremdkörper, so dass an Stelle der Schnürfurche nur ein schmaler Narbenstreifen sichtbar ist (Kaufmann). Als schnürende Mittel benutzte Gegenstände können, wie gesagt, die verschiedenartigsten sein. Haare, Fäden, Ketten, Ringe, Schraubenmuttern, Flaschenhälse, Schlüsselringe, Rohr einer Feuerspritze, Ring eines Bajonettes etc. Wir besitzen eine Schere, die einem älteren Manne angeblich von Prostituirten im öffentlichen Hause

über den Penis gezogen war. Die Schere konnte der hochgradigen Schwellung wegen nicht anders entfernt werden, als dass sie durchgefeilt wurde. Die Behandlung besteht in möglichst schneller Entfernung des schnürenden Körpers. Häufig wird der Schlosser resp. Schmied zu Hülfe genommen werden müssen. Poncet teilt einen Fall mit, in dem kein Schlosser den über den Penis gezogenen Ring eines schweren Steinhammers zu öffnen vermochte. Er half sich, indem er Längsincisionen machte, den Penis einfettete, comprimierte und dann extrahierte. Es erfolgte glatte Heilung. Im Falle Ameisan konnte ein Schlosser nach mühevoller Spaltung einer $4^1/_2$ kgr. schweren Eisenstange den in dieselbe gesteckten Penis von seiner Incarceration befreien.

Kurz genannt werden müssen hier auch die Verletzungen der Harnröhre, welche gelegentlich durch zwecks Masturbation oder aus irgend welchen anderen Gründen in die Urethra eingeführte Gegenstände verursacht werden. Wir hatten einen Pat. mit einem periurethralen Abscess, welcher incisiert wurde und in dem sich ein dicker Grasstengel befand. Pat. gab nachträglich zu mit diesem Gegenstande masturbiert zu haben. Verletzungen dieser Art sind, abgesehen von den bei schlechtem Katheterismus gemachten falschen Wegen, sehr selten. Die Harnröhre selbst ist recht resistent und passieren dieselbe oft ungeahnt dicke Gegenstände, ohne sie zu verletzen. Ein alter Mann hatte sich bei uns einen fingerdicken Federstiel in die Harnröhre gesteckt, um sich zu katheterisieren. Der Federstiel befand sich zur Hälfte in der Blase und wurde durch die äussere Urethrotomie entfernt. Die Harnröhre hatte er nicht verletzt. Einem anderen Pat. war während des Schlafes von seiner Frau ein Wachslicht in den Penis gesteckt. Dieses hatte die Harnröhre ohne sie zu verletzen passiert, war in die Blase gelangt und hatte dort Anlass zur Steinbildung gegeben. Einige Jahre nachher wurden die Steine aus der Blase mittels Sectio alta entfernt und liessen auf ihrem Durchschnitt deutlich kleine Wachsstücke erkennen. — Einem dritten, einem Regimentsschreiber, war, als er infolge starken

Alkoholgenusses abgefallen war, von seinen Freunden eine Papyrosspitze in den Penis gesteckt worden. Diese hatte die Harnröhre nicht verletzt, war schlank in die Blase gewandert, von wo aus sie durch den hohen Blasenschnitt entfernt wurde.

Wenden wir uns nun zu den offenen Verletzungen des Penis, so sind nach der Art der Entstehung zu nennen: Stich-, Schuss-, Riss- und Schnittwunden.

Die Stichwunden sind äusserst selten und werden gleich den Schusswunden fast nur im Kriege gesehen. Eine nicht seltene Entstehungsursache ersterer sind Beckenbrüche. Ueber die Häufigkeit der Penisschüsse liegen mehrere Beobachtungen vor. Chenù fand im Krimmkriege 0,06—0,07 pCt. Penisschüsse; im italienischen Kriege 0,05 pCt. und Beck aus dem deutsch-französischen Kriege die gleiche Zahl. Meistenteils sind auch hier die Wunden kompliziert durch Verletzungen der Harnröhre, des Scrotums, Beckens u. s. w. Die Behandlung ist die gleiche wie die der Schusswunden überhaupt. Häufiger sind die Risswunden. Die Einrisse des Frenulums sind bei richtiger Behandlung belanglos. Nur bei Vernachlässigung können sie zur Verwechslung mit chankrösen Geschwüren Veranlassung geben (v. Bramann); schwerwiegender sind die Risswunden, welche den Verlust der ganzen Penishaut zur Folge haben. Nach Kaufmann entstehen sie gewöhnlich, indem die Kleider der Patienten von Maschinenrädern, Treibriemen oder drgl. gefasst werden, die Haut der Genitalien eingeklemmt wird und dann abreisst. Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitiger plastischer Deckung des Defektes. Unter keinen Umständen soll eine Heilung per granulationem angestrebt werden, da dann von einem weiterhin funktionsfähigen Gliede vom Hause aus abstrahiert werden muss. Die sich bildenden harten Narben können die grössten Schmerzen bereiten, Krümmung des Gliedes bewirken oder es immer mehr hinter die Symphyse zurückziehen. — Wir hatten einen derartigen Fall zu beobachten. Der Pat. war von einer Kreissäge an den Beinkleidern erfasst worden und war die Penishaut bis auf das innere Praeputialblatt von der Radix an circulär abgeris-

sen worden; zugleich fehlte am Scrotum ein Stück Haut und war eigentlich nur die hintere Scrotalhaut intakt. Da der Fall nicht ganz frisch war (12 Stunden nach der Verletzung), Pat. fieberte, und am Scrotum einige verdächtig aussehende Fetzen sich befanden, so wurde nur das nachgebliebene innere Praeputialblatt zurückgeschlagen und fixiert.

Nach 26 Tagen hatte sich die Narbe gereinigt und könnte nun zur plastischen Deckung geschritten werden. Sie wurde in 2 Sitzungen vollführt. Zuerst wurde ein Brückenlappen vom Scrotum genommen, der Penis durchgesteckt und nachdem die Haut am dorsalen Teil des Penis angeheilt war, die beiden Enden des Lappens vom Scrotum gelöst und um die hintere Fläche des Penis geschlagen. Die Plastik gelang vollkommen, d. h. der Penis war nun mit Haut bedeckt, war jedoch an seiner Basis sehr breitbasig geworden; er hatte die Form einer Pyramide und war wenig beweglich, so dass ich kaum glaube, dass Pat. ein functionsfähiges Glied bekommen wird. Jedenfalls hatte er es nicht zur Zeit seiner Entlassung.

Auf die Technik der Plastik genauer eingehen will ich nicht, jedoch nur soviel erwähnen, dass fast sämtliche Autoren raten, die zur Deckung nötigen Lappen vom Scrotum zu nehmen und nicht vom Bauch oder vom Oberschenkel. (Reich, Elbogen, F. Colmers, Bessel-Hagen, Quattro-Ciochi).

Zu dieser Gruppe der Penisverletzungen gehören auch die Fälle, welche man als Luxatio penis bezeichnet. Man versteht darunter bei zirkulärer totaler Abreissung des Praeputiums, das Sichzurückziehen und Unterschlüpfen des Penis unter die Scrotal- oder unter die Bauchhaut an der Symphyse. In frischen Fällen kann der Versuch der Reposition gemacht werden; in veralteten Fällen, wo bereits Verwachsungen eingetreten sind, kann der inzwischen geschrumpfte Schlauch der Penishaut zur Umhüllung nicht mehr gebraucht werden. Der Penis muss aus seiner Inkarzeration blutig befreit werden und der Defekt sofort plastisch gedeckt werden.

Die zum Schluss noch zu besprechende letzte Art der Verletzungen sind die Schnittwunden des Penis. Diese kommen durchaus selten zur Beobachtung. Kaufmann zitiert 2 Fälle, einen von Malgaigne und einen von Nattingham beschriebenen, in denen es sich einmal um eine zufällige Verletzung mit einem Taschenmesser, das andere Mal sich um eine Verletzung der Glans mit einem Glasstück handelt. Gewöhnlich werden jedoch diese Verletzungen von Weibern an Männern verübt. Wir haben 3 solcher Verletzungen gehabt:.

Fall I. O. K., 28 a. n., Polizeiaufseher, wurde am 17. Aug. 1901 in der Nacht mit einer Wunde am Penis eingeliefert. Er gab an, vor einigen Stunden von einem Frauenzimmer im Schlafe verletzt worden zu sein. Der Blutverlust soll ein äusserst starker gewesen sein. — Ca. 2 Fingerbreit von der Radix befindet sich eine an der Raphe beginnende, von hier nach links verlaufende fast zirkuläre Schnittwunde. Die Wunde umfasst $^2/_3$ des Penis. Der zentrale Stumpf stark geschwollen und sugilliert. Beide Schwellkörper sind quer durchschnitten. Aus dem zentralen Stumpfe blutet es lebhaft profus. Die Harnröhre ist intakt. Nach sorgfältiger Blutstillung erfolgt Naht der corpora cavernosa, worauf die Blutung steht. Hautnaht und Verband. Der Wundverlauf war normal. Nach 6 Tagen Entfernung aller Nähte. Am selben Tage bemerkt Pat. eine fast normale und am 12. Tage eine völlig normale Erection. Pat. nach 13 Tagen geheilt entlassen.

Fall 2. J. R. 30 a. n., Arbeiter, wurde am 14. Januar 1904 von seiner Geliebten mit einem Messer am Penis verwundet, kommt 3 Stunden post trauma in das Hospital. Dicht an der Radix befindet sich auf dem dorsum penis eine zackige Wunde, welche das linke corpus cavernosum völlig, das rechte zum grössten Teil durchsetzt; die Schnittwunde der corpora ist nicht gleichmässig; sie sehen aus als ob sie mit einem stumpfen Messer verursacht wären. Die Harnröhre ist intakt. Die Wunde blutet äusserst lebhaft. Nach sorgfältiger Blutstillung wird zuerst das Septum und dann die Tunica albuginea noch vernäht. Die Blutung steht vollkommen. Teilweise Naht der Haut und Tamponade in die Wundwinkel, der Pat. fieberte. Am nächsten Tage Temperatur normal, von da ab glatter Wundverlauf. Nach 14 Tagen mit 2 ganz kleinen Granulationswunden in ambulatorische Behandlung entlassen. Als ich Pat. nach ca. 14 Tagen in der Ambulanz wiedersah, waren die kleinen Wunden verheilt und Pat. gab an, dass die Funktionsfähigkeit des Gliedes völlig normal sei.

Fall 3. O. R. 37 a. n., Arbeiter, tritt am 16. Juni 1904 in das Hospital ein. Er giebt an, dass ihm Anfang April a. c. in wachem Zustande von einem Bauermädchen plötzlich der

Penis durchschnitten wurde. Aus einem Begleitschreiben des ihn bisher auf dem Lande behandelnden Arztes geht hervor, dass der Penis fast total um $^2/_3$ abgeschnitten gewesen ist. Die beiden Teile des Penis sind nur durch einen schmalen Hautstreifen und einem ganz kleinen Teil linken heilen Schwellkörpers in Zusammenhang gewesen. Die Wunde ist zugenäht worden, hat aber wegen eingetretener Harninfiltration geöffnet werden müssen.

Pat. hat dann ein sehr lange dauerndes schweres Krankenlager durchgemacht. Es hatte sich eine ausgedehnte Harnphlegmone gebildet und wiederholt sind an verschiedenen Stellen Inzisionen gemacht worden. Nach Ausheilung aller Wunden, war eine Harnröhrenfistel nachgeblieben, zwecks Schliessung welcher Pat. das Hospital aufsuchte. Seit der Verletzung hat Pat. keine Erektionen gehabt. Bei der Aufnahme in die Abteilung wurde folgendes Status erhoben. 1 Fingerbreit von der Radix entfernt, befindet sich eine fast zirkulär verlaufende tief eingezogene Narbe. Der periphere Teil des Penis ist ödematos und hängt schlaff herab. Die Harnröhre dieses Stückes endet blind an der Narbe. Am zentralen Teil ist seitlich eine kleine Fistel, aus welcher klarer Urin entleert wird. Die beiden Schwellkörper hingen nur durch eine schmale Brücke zusammen.

Bei der am 25. Juni 1904 ausgeführten Operation wurden zuerst beide Harnröhrenwunden aufgesucht, freigemacht und angefrischt, dann die Narbe der Schwellkörper exzidiert. Nach sorgfältiger Blutstillung, Naht der Schwellkörper, zuerst Septum, dann Tunica albuginea. Die Blutung steht vollkommen. Naht der Harnröhre und Hautnaht, sowie Einlegen eines Dauerkatheters. Am 4. Tage Entfernung der Nähte. Wunde reaktionslos. Beim Wechsel des Dauerkatheters quillt aber aus der Harnröhre eitriges Secret heraus. Die Harnröhre war verschwollen, die Miction äusserst schmerzhaft. Bald darauf etablierte sich eine kleine Fistel, aus welcher bei der Miction ein Teil des Urins abging. In einigen Tagen hatte sich die Fistel geschlossen, die eitrige Absonderung hörte auf und am 19. Juli 1904 wurde Pat. geheilt entlassen. — Am 21. Tage nach der Operation hatte Pat. die erste Erection, welche jedoch nicht ganz vollkommen gewesen sein soll. — Ob die Funktionsfähigkeit eine völlig normale werden wird, lässt sich natürlich mit Sicherheit nicht behaupten. Annehmen lässt es sich aber durchaus; der Penis hat eine normale Form, gerade Richtung und die Narbe des Schwellkörpers ist völlig weich. Seinem Versprechen, sich wieder vorzustellen, ist Pat. bisher nicht nachgekommen.

Verzögert wurde hier der Verlauf durch die Urethritis und durch die Harnfistel und trägt dabei sicher die Schuld der Dauerkatheter. Güterbock verlangt für die quere Durchtrennung der Harnröhre die Naht

und hält bei der Nachbehandlung häufigen Katheterismus oder einen Dauerkatheter für selbstverständlich. Sowohl dieser als jener üben einen Reiz auf die Schleimhaut der frischgenähten Harnröhre aus und verzögern die dann unausbleiblichen Folgezustände den Heilungsprozess, ja stellen ihn event. gänzlich in Frage.

In unserem Falle hatte der Dauerkatheter nur 4 Tage gelegen, welche Zeit genügte, um eine heftige Urethritis hervorzurufen, die obgleich sie schnell ausheilte, sicher Schuld war an der, wenn auch nur kurze Zeit bestehenden Harnfistel. Völlig auf den Katheterismus oder den Dauerkatheter zu verzichten, erscheint mir nicht ratsam, doch würde ich in vorkommenden Fällen den Katheter nur 24, höchstens 48 Stunden liegen lassen, um dann Pat. spontan urinieren zu lassen.

Das Resultat unserer Fälle muss als völlig gelungen bezeichnet werden. Gleich den Fällen von Vedrenne und Arlaud widerlegt es die Ansicht Boyer's, Benard's, Vidal's und Nelaton's, welche bei Durchschneidung von $^2/_3$ der corpora cavernosa zur Amputation rieten, da fast immer eine Gangrän eintrete. Im Falle Vedrenne, wo beide corpora durchschnitten waren, trat keine Gangrän, beim Falle Arlaud, wo ein corpus und die Urethra durchschnitten waren, völlige Funktionsfähigkeit ein.

Das Wichtige zur Erlangung eines guten Resultates liegt, meiner Meinung nach, bei selbstverständlich peinlichster Asepsis, in der exakten Blutstillung und sorgfältigen Naht des Septums und der Tunica albuginea und hängt nicht von der Güte des Falles als solchen ab. Fall 3 beweist, dass selbst eine fast totale Abtrennung des Gliedes, wenngleich dasselbe auch noch nach eingetretener Narbenbildung, wo doch sicher regressive Vorgänge im Gewebe angenommen werden müssen, operiert wird, eine völlige restitutio ad integrum nicht ausschliesst.

Zum Schlusse sage ich meinem hochverehrten gewesenen Chef, Herrn Dr. A. v. Bergmann für die freundliche Ueberlassung des Materials zur obigen Mitteilung und freundliche Unterstützung meinen besten Dank.

Literaturangaben:

1) Ameisen: (Przeglad lekarski 1897, Nr. 16) ref. Zentralblatt für Chirurg. 1897.

2) Arlaud: cit. nach Kaufmann: Deutsche Chirurgie 50a.

3) Bessel-Hagen: Arch. für klin. Chirurgie. Band LXV.

4) Béraud: cit. nach Kaufmann.

5) Bramann: Handbuch der prakt. Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz. Ausgabe 1903.

6) Boyer: cit. nach Kaufmann.

7) Chenú: cit. nach Kaufmann.

8) Colmers; Arch. für klin. Chir. Band LXV.

9) Duplony: (Annales des mal. des org. genito-urinaires 1885) ref. Zentralbl. f. Chir. 1885.

10) Demarquay: cit. nach Kaufmann.

11) Elbogen: (Wiener med. Wochenschrift 1903, Nr. 12) ref. Zentralblatt f. Chir. 1903.

12) Gabscewitsch: (Gazeta lekarska 1894 Nr. 44) ref. Zentralblatt f. Chir. 1894.

13) Gorski: (Wiener med. Wochenschr. 1886 Nr. 16) ref. Zentralblatt f. Chir. 1886.

14) Güterbock: Chirur. Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane. Ausgabe 1890.

15) Iwanow: (Wratsch 1901, Nr. 51) ref. Zentralblatt f. Chir. 1902.

16) Kaufmann: Deutsche Chirurgie. Band 50a.

17) Kocher: Encyklop. der gesamten Chirurgie 1901.

18) König: Lehrbuch der spez. Chir. 1894 p. 745.

19) Lenhôssek: cit. nach Bramann.

20) Mianowski: cit. nach Kaufmann.

21) Miklaszewski: (Kronika lekarska 1896 Nr. 23) ref. im Zentralblatt für Chir. 1897.

22) Mende. (Inang.-Diss. Greifswald 1892) ref. Zentralblatt f. Chir. 1893.

23) Nelaton: cit. nach Kaufmann.

24) Parker: cit. nach Kaufmann.

25) Poncet (Lyon): Bull. et mem. de la soc. chir. de Paris T. XVII p. 750) ref. Zentralbl. f. Chir. 1892.
26) Reich: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band LXVIII.
27) Rosenberger: Arch. f. kl. Chir., Band XXXII.
28) Vedrenne: cit. nach Kaufmann.
29) Vidal: cit. nach Kaufmann.
30) Weissblatt: (Medycyna 1896 Nr. 4) ref. Zentralblatt f. Chir. 1890.
31) Quattro-Ciochi: (Riforma med. Nr. 70 u. 71) ref. im Zentralblatt f. Chir. 1894.

16 Vergiftungsfälle mit Methylalkohol.

(Vortrag zum XVI. livländischen Aerztetage zu Dorpat am 19. August 1904.)

Von

Dr. C. Ströhmberg.

Zur Zeit der Mobilisierung in Dorpat, welche am 20. Juni dieses Jahres begann, und durch welche sowohl der Herr Kreisarzt Dr. Charitonowsky als auch ich sehr in Anspruch genommen waren, erfolgten hier 15 Todesfälle nach angeblichem Genuss des sogenannten Kuntzensbalsam als Surrogat für Schnaps, welch' letzterer in jenen Tagen in Folge eines Verbotes des Schnapshandels nicht leicht zu erlangen war. Ausserdem kamen 3 Kranke in ärztliche Beobachtung, welche zwar mit dem Leben davon gekommen sind, aber von schwerer Amblyopie mit zeitweiliger Amaurose befallen wurden, also im Ganzen 18 Fälle. 16 dieser Fälle bilden das Material für diese Mitteilung.

13 der Verstorbenen kamen zur Sektion, und zwar wurden 6 derselben von Dr. Charitonowsky, 7 von mir seziert. 2 alte dekrepide Säufer, welche unter denselben Erscheinungen gestorben waren, wie die Sezierten, waren ohne Sektionen beerdigt worden. Ueber das Resultat der 13 Sektionen wird am Ende dieses Vortrages referiert werden, wozu ich die freundliche Genehmigung des Herrn Kollegen Charitonowsky erhalten habe.

Der sogenannte Kuntzens Balsam, ein früher in Livland recht gebräuchliches Hausmittel zur äusseren Verwendung, und jetzt noch bei den ungebildeten Schichten der Gesellschaft als innerliches Medikament und als alkoholisches Genussmittel gebraucht, ist nicht offizinell und wird daher von den einzelnen Apothekern in ver-

schiedener Weise hergestellt. Gemeinsam allen unter dem Namen Kuntzens Balsam in den Apotheken verkäuflichen Gemischen ist die Aehnlichkeit mit der nach der russischen Pharmakopoe vom Jahre 1880 offizinell gewesenen, gegenwärtig aber obsoleten Aqua vulneraria spirituosa.

Jene Aqua vulneraria stellt das Destillat eines spirituös-wässrigen Aufgusses eines Gemisches von Herba Absinthii, fol. Salviae, fol. Menthae pip., fol. Rosmarini, herbae Origani vulgaris und flor. Lavendulae dar.

Aus den Oelen dieser und einiger weiterer Pflanzenstoffe: Cinnamomum, Ruta, Mentha crispa, Thymian, Juniperus, Sabina, wird durch Beimischung zu Spiritus und Wasser mit Crocus oder Curcuma gelblich gefärbter sogenannter Kuntzensbalsam hergestellt, wobei je 1 bis 2 Teile dieser Oele auf 10000—12000 Teile 50-grädigen Spiritus kommen.

Da die genossenen Mengen von Kuntzensbalsam bei den meisten der Vergifteten keine übermässigen gewesen zu sein scheinen, und wohl kaum die Quantität erreichten, welche eine tödliche Alkoholvergiftung hätte erzeugen können, so konnte die tödliche Massenvergiftung weder durch die im sogenannten Kuntzensbalsam enthaltenen Alkoholmengen, noch durch die beigemischten ätherischen Oele erzeugt worden sein. Es blieb daher zunächst die Frage nach der giftigen Substanz, welche die 15 Todesfälle bedingt hatte, unbeantwortet.

Die Beobachtung von zwei Kranken, welche nach Genuss des sogenannten Kuntzensbalsam im Stadtkrankenhause zur Behandlung kamen, brachte Licht in die Angelegenheit und diente zur Klärung der Frage nach der giftigen Substanz.

Am 22. und am 28. Juni trat je ein Kranker mit schwerer Amblyopie in Folge von Neuritis optica retrobulbaris acuta in's Krankenhaus zur stationären Behandlung ein. Den 2. dieser Patienten hat Herr Dr. Th. Lackschewitz in's Krankenhaus dirigiert und die Amblyopie als die Folge akuter Methylalkoholvergiftung diagnostiziert.

Der erstere dieser beiden Kranken J. S., 34 Jahre alt, hatte am 19. Juni um 10 Uhr morgens und am 21. um 9 Uhr morgens nach eigener Angabe je einen Schluck, nach Aussage seiner Umgebung bedeutend mehr Kuntzensbalsam zu sich

genommen. Er ist Trinker und hat auch schon früher Kuntzensbalsam genossen. Dieses Mal habe der Kuntzensbalsam seiner Ansicht nach einen schärferen Geschmack gehabt als der früher von ihm genossene.

Schon am Vormittag des 21. Juni verlor er seinen Appetit und erkrankte an Schwindel, Kopfschmerz, namentlich in der Stirngegend, Schmerzen in den Augen, sehr quälenden schmerzhaften Empfindungen in der Herzgrube und höher, Uebelkeit und Erbrechen mit einem grossen Schwächegefühl, so dass er genötigt war sich hinzulegen. Er verfiel nun in einen schlafsüchtigen Zustand, aus welchem er hin und wieder durch den heftigen Kopfschmerz erweckt wurde. Am Morgen des 22. erschienen ihm die Gegenstände trübe wie im Nebel. Sein Zustand verschlimmerte sich beständig, was ihn veranlasste, sich am Abend dieses Tages in's Krankenhaus bringen zu lassen. Er erschien unbesinnlich und apathisch; die Antworten waren träge, die Herztätigkeit gut, die Atmung sehr unregelmässig, an das Cheyne-Stockesche Phänomen erinnernd, stöhnend, das Gesicht gerötet, leicht cyanotisch; die Augen wurden geschlossen gehalten; die Pupillen ad maximum erweitert, reaktionslos. Die Augäpfel auf Druck empfindlich. Auf Befragen klagt der Kranke über einen dichten weissen Nebel vor den Augen. Bei der ophthalmoskopischen Untersuchung ergab sich nichts Besonderes. Es war Schlafsucht vorhanden, und nach der ärztlichen Untersuchung, Ausspülung des Magens und Klysmen erfolgte tiefer Schlaf, der jedoch durch heftigen Kopfschmerz gestört wurde. Während die übrigen Erscheinungen binnen weniger Tage bis zum 26. Juni, dem 6. Tage nach der Aufnahme der schädlichen Substanz geschwunden waren, war die Amblyopie zur vollständigen Amaurose geworden; denn es war an diesem Tage nicht die mindeste Lichtempfindung mehr vorhanden. Druckempfindlichkeit der Augäpfel und Schmerzhaftigkeit derselben bei excessiven Seitwärtsbewegungen wurde zum letzten Male am 24. Juni beobachtet. Am 29. Juni stellte sich wieder Lichtempfindung ein und bis zum 18. Juli verbesserte sich das Sehvermögen so weit, dass der Kranke mit dem rechten Auge auf $2^1/_2$ Meter, mit dem linken Auge auf 3 Meter Finger zählen konnte. Das Farbenunterscheidungsvermögen war nicht wiedergekehrt. Die Pupillenerweiterung war sich gleich geblieben. Ausserdem wurde eine mässige Arhythmie des Pulses konstatiert.

Der Augenspiegelbefund, anfänglich nichts Charakteristisches aufweisend, bestand am 25. Juni in einer Verengerung der Netzhautarterien und einer leichten Verschwommenheit der Pupillenkontur, wozu sich späterhin (9. Juli) Blässe des temporalen Papillensegmentes gesellte, dessen Ausdehnung bis zur Entlassung zunahm, während die Enge der Arterien zu verschwinden schien.

Der zweite Kranke J. Sch., 35 Jahre alt, Alkoholiker nahm am 20. Juni um 3 Uhr nachmittags zum ersten Mal im

Leben seiner Angabe nach 2 Schluck Kuntzens Balsam direckt aus einer Flasche zu sich. Er setzte an diesem Tage, sein Fuhrmannsgewerbe bis 6 Uhr abends fort, um dann leicht berauscht heimzukehren und von 7 Uhr abends bis 4 Uhr morgens fest zu schlafen. Den ganzen nächsten Tag litt er an Schwindel und grosser Müdigkeit. Er konnte aber seinem Schlafbedürfnis nicht nachgeben, da er sich zur Einberufung zu stellen hatte. Sobald es ihm möglich war, nach Hause zu kommen, schlief er wiederum sehr tief, erwachte aber am zweiten Tage mit noch grösserer Mattigkeit, mit Kopfschmerz, gesteigertem Schwindelgefühl und mit bedeutend herabgesetzter Sehkraft. Er konnte übrigens an diesem Tage, dem 22. Juni, abends noch ohne Führung nach Hause kommen. Am 23. war ihm das Gehen auf der Strasse ohne Hülfe nicht mehr möglich, und er musste sich in die Wehrpflichtkommission führen lassen.

Sehr bald darauf verlor er auf einige Tage jegliche Lichtempfindung, während sich die Allgemeinerscheinungen besserten. Leider konnte er den Zeitpunkt des Eintritts der vollständigen Amaurose und den Zeitpunkt der Wiederkehr der ersten Lichtempfindung nicht genau angeben. Am 28. Juni, also nach Ablauf von 8 Tagen seit der Aufnahme der schädlichen Substanz, trat er in's Krankenhaus ein. Seine Klagen bezogen sich nur auf eine starke Verminderung des Sehvermögens; sonst fühlte er sich ganz wohl.

Er konnte grosse Gegenstände nur auf 3 Meter unterscheiden, Finger auf einen halben Meter zählen; er vermochte hell von dunkel zu unterscheiden, das Farbenunterscheidungsvermögen war ganz aufgehoben.

Ausser einem leichten Astigmatismus, einem mässigen Strabismus convergens und den Zeichen eines chronischen Bindehautkatarrhs, an denen er schon vor der Vergiftung gelitten hatte, bestand jetzt Reaktionslosigkeit der mittelweiten Pupillen. Die temporale Hälfte der Sehnervenpapillen war blass, die Retinalarterien verengt.

Während des Aufenthaltes im Krankenhause verbesserte sich bis zum 18. Juli das Sehvermögen des rechten Auges auf 0,1 der Norm, des linken bis zum Zählen von Fingern auf 5 Meter. Die Pupillen blieben reaktionslos, die Enge der Netzhautarterien liess nach, die Blässe der Sehnervenpapillen erstreckte sich vom temporalen Teil aus über den grössten Teil der Papillen. Das Unterscheidungsvermögen für Farben war bei der Entlassung noch recht unvollkommen. Rechts wird rot als grün bezeichnet, grün als rötlich, blau und gelb werden erkannt, links ist kein Unterscheidungsvermögen für Farben vorhanden.

Diese beiden Krankheitsfälle sind als Neuritis optica retrobulbaris acuta in Folge einer Intoxikation oder aber

als Intoxikationsamblyopie mit vorübergehender Intoxikationsamaurose zu bezeichnen.

Groenow und Uhthoff besprechen im Graefe-Saemisch'schen Handbuch der gesammten Augenheilkunde [1]), abgesehen von den Augenstörungen durch histiogene Autointoxikationen durch Diabetes, Gicht, Urämie etc., die Stoffe, von denen bisher bekannt ist, dass sie das Sehorgan mehr oder minder schädlich zu beeinflussen vermögen. Unter ihnen giebt es eine beträchtliche Zahl, welche Intoxikationsamblyopien unter dem Bilde der Neuritis optica retrobulbaris zur Folge haben können. Solche Stoffe sind: Aethylalkohol, Methylalkohol, Nikotin, Schwefelkohlenstoff, Arsen, Jodoform, Joduret, Thiuret, Strammonium, Thee, Coffein, Benzin, Thyreoidin, Blei, Chinin, Acidum salicylicum, Natrium salicylicum, Filix mas, Cortex Granati.

Bezüglich der Neuritis optica retrobulbaris acuta sagen diese Autoren unter dem Kapitel Amblyopia alcoholica potatorum: «Besonders ist nach den Mitteilungen in der Literatur der Methylalkohol imstande, derartige akute hochgradige Sehstörungen hervorzurufen. Ward Holden konnte auch experimentell pathologische Veränderungen der Ganglienzellen der Retina und des Sehnervenstammes durch Methylalkohol bei Tieren hervorrufen, ebenso Birch-Hirschfeldt. Der Mensch scheint empfindlicher gegen Methylalkoholintoxikation zu sein als das Tier».

Bei der Diagnose des toxischen Stoffes, welcher die von mir soeben referierten Vergiftungen erzeugt hat, lassen sich ausser Methylalkohol die aufgezählten Stoffe unschwer ausschliessen unter Berücksichtigung der Eigentümlichkeiten der beobachteten Vergiftungen: 1) der geringen Menge des genossenen Kuntzensbalsams, 2) der Allgemeinerscheinungen, welche durch dieselben hervorgerufen wurden, 3) des schnellen Auftretens dieser Erscheinungen, 4) des tödlichen Verlaufes in so zahlreichen Fällen, 5) der Akuität der Sehstörungen, 6) der

[1]) Zweite neubearbeitete Auflage. Leipzig 1901, S. 4.

Intensität derselben, a) der hochgradigen Herabsetzung der Sehschärfe während der amblyopischen Stadien, b) der zeitweiligen vollständigen Amaurose.

Aethylalkohol ist ohne weiteres auszuschliessen.

Trotz der grossen Verbreitung des Alkoholgenusses verursacht derselbe doch in sehr seltenen Fällen Intoxikationsamblyopie. Diese ist meist eine chronische, sich im Verlaufe von 1—2 Wochen entwickelnde, bei welcher das Sehvermögen meist nur bis 0,3 oder 0,5 und höchstens bis 0,1 herabgesetzt wird. Totale Amaurose kommt nur äusserst selten akut nach dem Genuss ganz übermässiger Alkoholmengen vor, oder chronisch auf dem Wege einer Opticusatrophie, die dann wohl kaum der Alkoholwirkung zugeschrieben werden darf, da ihr meist tabetische Vorgänge zu Grunde liegen. Bei der Alkoholamblyopie ist wegen der verhältnissmässig geringgradigen Amblyopie Feststellung eines zentralen Skotoms und Gesichtsfeldmessung möglich.

Die Allgemeinerscheinungen sind doch auch ganz andere. Nach einem mehr oder minder deutlichen Exaltationsstadium, dem Stadium der Anheiterung, erfolgt erst das Depressionsstadium. Meist spielt sich bekanntlich die ganze akute Intoxikation mit Trunkenheit, Ausschlafen und Katzenjammer etwa in 24 Stunden ab. In unseren Fällen fehlt das Exaltationsstadium; es trat sofort nach einmaligen Genusse des Giftes eine Depression mit recht schweren Krankheitssymptomen auf, welche Tage lang sich steigernd, zum Tode oder zur akuten Amblyopie mit zeitweiliger absoluter Amaurose führten.

Ebenso ist eine Nikotinvergiftung auszuschliessen. Bei Schwefelkohlenstoff, Joduret, Thiuret, Strammonium, Thee, Coffein, Benzin, Thyreoidin sind zwar Amblyopien, aber keine Amaurosen beobachtet worden. Bei Arsen, welches wohl Massentodesfälle bedingen kann, sind Amblyopien sehr selten, erst recht aber Amaurosen. Zudem hat die Arsenvergiftung ein sehr charakteristisches Krankheitsbild, welches sich von dem Bilde unserer Erkrankungen sehr wesentlich unterscheidet. Dasselbe gilt von der Bleivergiftung; zudem unterscheidet sich bei der

letzteren der Augenspiegelbefund durch Blutungen und kleine weissliche Herde in der Netzhaut sehr wesentlich von dem hier beobachteten Bilde.

Bei Vergiftungen durch Jodoform, Chinin, Acidum salicylicum, Natrium salicylicum, Filix mas und Cortex Granati sind zwar in sehr seltenen Fällen mehr oder minder schnell vorübergehende Amaurosen beobachtet worden, aber nach so ungeheuren Quantitäten dieser Mittel, dass sie weder zufällig unbemerkt genommen werden können, noch bei der Beobachtung der Kranken und bei der Sektion der Leichen leicht hätten übersehen werden können. Ausserdem machen diese Mittel, ausgenommen Filix mas, doch ganz andere Krankheitserscheinungen, als die hier beobachteten. Alle die Gifte, welche Sehstörungen ohne Neuritis optica retrobulbaris hervorzurufen vermögen, wie Nitrobenzol, Anilin, Secale cornutum, Argentum nitricum, Protargol, Phosphor, Antipyrin, Antifebrin und Karbolsäure, kommen gar nicht in Betracht. Sie seien hier nur erwähnt, um daran zu erinnern, dass auch diese Stoffe Sehstörungen zur Folge haben können. Während Sehstörungen nach dem Gebrauch aller angeführten Stoffe ein seltenes Vorkommnis sind, ist die akute Neuritis retrobulbaris trotz der geringen Zahl der in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Vergiftung mit Methylalkohol doch eine so häufige, fast ständig bei den nicht tödlich verlaufenen Fällen beobachtete Erscheinung, dass man sie in Anbetracht der Akuität, des schnellen Auftretens nach kleinen Mengen der schädlichen Substanz, der Schwere der Sehstörung und des gleichartigen Verlaufes neben den typischen Allgemeinerscheinungen als charakteristisch für diese Vergiftung bezeichnen darf.

Man hat sich daher bezüglich der zwei soeben referierten Fälle der Diagnose des Herrn Dr. Th. Lackschewitz anzuschliessen und dieselben als durch Methylalkohol erzeugte Neuritis optica retrobulbaris akuta aufzufassen, obgleich in der Anamnese dieser Fälle nicht von Metylalkohol, sondern von Kuntzens-Balsam die Rede ist.

Diese Diagnose wird durch zwei von Kuhnt[2]) mitgeteilte Fälle von Methylalkohol-Intoxikation, in welchen die Anamnese zweifellos war, noch weiter bestätigt.

S. und J., in einer Fabrik bei Memel beschäftigt, hatten am 23. Juni 1898 ein Gemisch von Methylalkohol mit gewöhnlichem Kornbranntwein getrunken. S. will nur einen kräftigen Schluck zu sich genommen haben; J. soll viel mehr von dem Gemisch getrunken haben. Beim Ersteren trat am ersten Tage Schauer- und Kälteempfindung auf, und erst am 24. nachmittags verschlimmerte sich unter Uebelkeit und Schwindel sein Zustand in dem Grade, dass er seine Arbeit verlassen musste. Unter Schlafsucht, Kopf- und Augenschmerzen trat am 27. Juni ein leichter Nebel vor den Augen auf. am 28. war jede Lichtempfindung erloschen; am 3. Juli stellte sich quantitative Lichtempfindung ein, am 20. Juli Sehschärfe rechts 0,2, links 0,3 und Farbenunterscheidungsvermögen. Also binnen 4 Wochen hatte hier der ganze Prozess, und auch die Neuritis retrobulbaris einen günstigen Verlauf genommen; sogar die Ablassung der Sehnervenpapillen wurde wieder durch eine rotgelbliche Nuance derselben ersetzt. Der andere Kranke J., welcher viel mehr von dem Gemisch getrunken hatte, verstarb ohne ärztliche Behandlung am 25. in der Nacht.

Da ich nun trotz des Umstandes, dass in der Anamnese der hier vorgekommenen Fälle Kuntzens Balsam und nicht Methylalkohol angegeben wird, zu der Ansicht gelangt bin, dass hier Methylalkoholvergiftungen vorliegen, da ferner über den Krankheitsverlauf solcher Vergiftungen bisher sehr spärliche Nachrichten in der Literatur vorliegen, und da endlich Leichenbefunde, ausser Untersuchungen der Sehnerven und Augen, nach dieser Vergiftung meines Wissens bisher überhaupt noch nicht mitgeteilt worden sind, so halte ich mich für verpflichtet, über das Krankheitsbild und den Leichenbefund dieser Vergiftung auf Grund der hier beobachteten 16 Fälle, und zwar auf Grund von 13 Sektionen, sowie der Beobachtung der 2 bereits eben kurz referierten, im Krankenhaus behandelten Patienten und eines dritten Kranken, welcher anfänglich von Herrn Dr. med. H.

---

[2]) Kuhnt. Zur Kenntnis der akuten Methylalkoholintoxikation. Zeitschrift für Augenheikunde, Bd. 1, S. 38. Berlin 1899.

Truhart behandelt wurde und am 9. August ins Krankenhaus eingetreten ist, zu berichten.

Das Material bildeten 10 verstorbene Männer im Alter zwischen 30—50 Jahren, je ein im Alter von 19 und 80 Jahren gestorbener Mann und eine im Alter von 60 Jahren gestorbene Frau. Die 3 relativ genesenen Männer sind 34, 35 und 43 Jahre alt.

Bezüglich aller Erkrankten ist hervorzuheben, dass sie alle mehr oder weniger starke Trinker waren. Manche Personen, welche von ihnen zum Mittrinken aufgefordert wurden, sollen, nachdem sie nur wenig von dem sogenannten Balsam gekostet hatten, sich entschieden geweigert haben, denselben zu trinken. Es ist auch vorgekommen, dass den Trinkern selbst der Geschmack sehr widerwärtig gewesen ist. Einer überwand seinen Widerwillen am zweiten Tage nur deshalb, weil er hoffte, durch diese Arznei sein Unwohlsein beseitigen zu können. Er trank den Balsam als Medizin.

Die Menge der giftigen Substanz, welche Krankheitssymptome hervorrief, sowie die tödliche Dosis könnte nur in dem Falle festgestellt werden, wenn der Gehalt des genossenen Balsam an Methylalkohol bekannt wäre. In 5 Fällen ist annähernd festgestellt worden, wie viel Kuntzens Balsam genommen wurde. Die verstorbene 60-jähr. Frau trank am 21. Juni morgens 1 und zu Mittag $2^1/_2$ Spitzglas voll. Ein Spitzglas ist wohl zu 30—50 grm. zu rechnen, sie hätte demnach 30—50+75—125 grm. Kuntzens Balsam zu sich genommen. Drei Verstorbene hatten mit einem Vierten zusammen im Verlauf mehrerer Stunden 4 Ssorokowki getrunken. 1 Ssorokowka ist wohl 300 Gramm gleichzusetzen. Da der Vierte sich weigerte, während der Kneiperei mitzutun, käme auf jeden der Trinkenden 400 grm. Ein Verstorbener trank auf einen Zug eine halbe Ssorokowka = 150 grm. Ein schwer Erkrankter, kaum mit dem Leben davon Gekommener trank an einem Tage 7,5 grm., am 2. Tage 15 grm.; ein Erblindeter trank einen Schluck, ein anderer Erblindeter mit 3 Freunden zusammen 60 grm., also etwa 15 grm.

Falls nun das Gemisch eben so viel Methylalkohol enthalten hätte, wie es sonst Aethylalkohol zu enthalten pflegt, d. h. nicht mehr als 50 pCt., so wären recht ernste Erkrankungen schon nach 7,5 Gramm Methylalkohol zustande gekommen, die um so schwerer gewesen waren, falls an 2 hintereinander folgenden Tagen getrunken wurde, was ganz den Pohl'schen [3]) Tierexperimenten entsprechen würde. Pohl fand nämlich bei Hunden, dass dieselben meist zu Grunde gingen, wenn sie wenige Tage vorher bereits Methylalkohol bekommen hatten. 35—60 Gramm und mehr wären dann schon als absolut tödliche Gaben für den Menschen zu betrachten. Doch das bleiben für's erste leider nur recht vage Schätzungen, bis durch die im Gange befindliche gerichtliche Untersuchung mehr Klarheit in die Sache gekommen ist, falls eine solche überhaupt zu erlangen sein wird.

Symptome und Verlauf der Vergiftung.

Indem ich es nun versuchen will, das Krankeitsbild der Vergiftung zu entwerfen, bin ich bei der Schilderung des Verlaufs der Erscheinungen genötigt, ein buntes Mosaik aus den Beobachtungen des teilweisen Krankheitsverlaufs von 3 Kranken im Stadtkrankenhause, der Beobachtung der Agonie von zwei Kranken durch zwei am Krankenhause während der Ferien praktizierende Studenten, aus den Mitteilungen der Herrn Aerzte Dr. H. Truhart und Kramer, aus den Berichten von Leuten der Umgebung der Verstorbenen und endlich nur zum kleinsten Teil aus eigener Beobachtung zusammenzustellen.

Wie wir gleich sehen werden, unterscheidet sich das Bild der akuten Methylalkoholvergiftung durch die Schwere der Vergiftungserscheinungen und durch das vollkommene Fehlen eines Exaltationsstadiums so sehr von dem der entsprechenden Aethylalkoholvergiftung, dass ihr sowohl

---

[3]) Pohl. Ueber die Oxydation von Methyl- und Aethylalkohol im Tierkörper. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. 31. Citiert nach Kuhnt.

in der speziellen Pathologie und Therapie, als auch in der Toxikologie ein besonderer Platz gebührt.

Sofort nach der Aufnahme des Methylalkoholhaltigen Getränkes wird ein widerlicher, brennender, bitterlicher Geschmack wahrgenommen, wobei sich das Brennen auf Schlund und Speiseröhre erstrecken kann, und dann hinter dem Sternium empfunden wird. Von einer anfänglichen angenehmen Wirkung, wie nach Aethylalkohol enthaltenden Getränken, ist keine Rede, ebenso wenig von Anheiterung. Im Gegenteil, vom Hause aus erscheinen die Kranken deprimiert und durch mannigfache Beschwerden und Leiden beunruhigt und gequält. Auf dem psychischen Gebiete wird das Krankheitsbild durch eine ausgesprochene Apathie beherrscht. Spontane Aeusserungen der Kranken werden nur durch ihr Unbehagen hervorgerufen und beziehen sich auf dasselbe. Sie klagen über Zerschlagenheit, Müdigkeit in den Gliedern, welche sich bis zum heftigen Gliederschmerz (8) steigert, über Kopfschmerz (9), Schwindel (8). Ist der letztere hochgradig, so wird der Gang taumelnd (3), wodurch die Kranken auf den Unbeteiligten den Eindruck der Berauschtheit machen können. Von sieben der hier Erkrankten behaupten jedoch die Angehörigen, dass sie bestimmt nicht berauscht gewesen seien; nur zwei hatten den Eindruck von Leichtberauschten gemacht. Bezüglich der sieben Uebrigen wird eines Rausches nicht Erwähnung getan. Das Brennen hinter dem Sternum steigert sich bei Manchen früher oder später zu mehr oder minder quälendem Brustschmerz und Schmerz in der Magengegend (8). Das gleich nach der Aufnahme des Giftes, oder aber erst nach einigen Stunden auftretende, starke allgemeine Müdigkeitsgefühl (12) und das Schlafbedürfnis (6) mit Frösteln (6) können zunächst noch überwunden werden, falls die Kranken genötigt sind, sich zusammenzunehmen. In leichteren Fällen mag es dabei sein Bewenden haben; aber in schwereren Fällen der Vergiftung kommt am selben Tage oder spätestens am nächsten Tage ein Zeitpunkt, da die Kranken sich nicht mehr überwinden können, und ihrer gewohnten Beschäftigung entsagen müssen. Das Frostgefühl kann sich zum veritablen Schüttelfrost steigern; in einem der hiesigen Fälle kam es sogar zum Wechsel zwischen Frost- und Hitzegefühl mit Schweissausbruch. Die Müdigkeit und das Kältegefühl können viele Tage hindurch anhalten; das Schlafbedürfnis führt meist nur zeitweilig zu tiefem, andauerndem Schlaf. Eine mehr oder minder starke Benommenheit des Sensoriums und das Müdigkeitsgefühl zwingen zwar die Kranken sich alsbald hinzulegen. Allein die beständige Steigerung der bereits erwähnten Erscheinungen hindern sie am Einschlafen und erwecken sie aus dem Schlafe. Dazu gesellen sich Uebelkeit (9), Erbrechen (13), mehr oder minder heftiger Leibschmerz (12), Atmungsbeschwerden. Die Kranken liegen nun zusammenge-

krümmt, stöhnend im Bette, oder werfen sich unruhig hin und her, und richten sich in der Hoffnung, in der Lageveränderung Erleichterung zu finden, auf. Schon sehr bald stellt sich bei einem grossen Teile der Kranken ein mehr oder minder dichter Nebel vor den Augen ein, was bei 12 der hier vorgekommenen Krankheitsfälle konstatiert wurde. Bei 2 derselben entwickelte sich schon vor Ablauf von 48 Stunden vollständige Amaurose; bei einem Kranken trat dieselbe auch binnen 48 Stunden, aber ganz plötzlich ohne vorhergegangenen Nebel ein, bei zweien nach allmählich sich steigernder Amblyopie am 5. oder 6. Tage. Die Dauer der Amaurose erstreckt sich von einigen Tagen bis auf 1 Woche. Das Farbenunterscheidungsvermögen kehrt verhältnissmässig spät und unvollkommen oder gar nicht wieder. Die Pupillen sind dabei reaktionslos aber keineswegs ad maximum erweitert. Bei zwei Amaurotischen wurde eine nur mässige Erweiterung der Pupillen konstatiert. Nicht erweiterte Pupillen wurden bei 4 Kranken gefunden. Während einige Kranke über besonders heftigen Leibschmerz (12) ohne Durchfall klagen, wobei der Leibdruck empfindlich ist, treten bei anderen die Gliederschmerzen, namentlich in den unteren Extremitäten in den Vordergrund, sich mitunter bis zu Krämpfen (3) steigernd. Ueber Schmerzen in den Augen (2) wird seltener geklagt. Der Gesichtsausdruck des geröteten Gesichts mit leichtem zyanotischem Anflug ist abwechselnd bald ein gequälter, bald ein apathischer. Der Appetit liegt danieder, starker Durst ist aber meist vorhanden. Bei zwei Kranken wurde im Krankenhause der Harn untersucht. Er enthielt keine pathologischen Beimengungen; auf Anwesenheit von Ameisensäure war er leider nicht untersucht worden. Eine Untersuchung des Harns auf Ameisensäure sollte bei diesen Kranken nicht unterlassen werden, da P o h l bei Tieren nach Methylalkoholvergiftung eine mehrere Tage lang dauernde und am 3. oder 4. Tage ihr Maximum erreichende Ausscheidung von Ameisensäure durch den Harn beobachtet hat. Herr Dr. T r u h a r t fand bei einem der Kranken am 11. Tage nach der Vergiftung stark saure Reaktion und sehr beträchtliche Eiweissmengen in dem stark getrübten Harne, und unter dem Mikroskope recht reichliche Leucocyten. 8 Tage später war der Harn schon viel klarer, und ergab beim Kochen viel geringere Trübung und bedeutend weniger Eiweiss. Der Puls bietet nichts Charakteristisches. Bisweilen erscheint er leicht verlangsamt mit etwa 60 Schlägen in der Minute (3), bisweilen mässig beschleunigt bis 98 in der Minute (2). Arhythmien wurden beobachtet und sub finem Schwäche des Pulses; das Herz scheint aber bis zuletzt auf Excitantien verhältnissmässig gut zu reagieren. Viel prägnanter als die Veränderungen des Pulses sind die Störungen der Atmung (10). Schon der recht frühzeitig eintretende Brustschmerz dürfte zum Teil durch die Lungenhyperämie bedingt sein. Anfangs

ist das Atmen mässig erschwert und die Oppression eine nicht sehr starke; dann wird es beschleunigt und oberflächlich; alsbald aber wird der Rhythmus des Atmens unregelmässig, seltene tiefe Atemzüge wechseln mit beschleunigten oberflächlichen ab; es tritt Rasseln in der Brust ein; beim Husten wird ein schaumiges flüssiges Sputum in reichlicher Menge entleert. Nun ist auch schon allgemeine Cyanose (5) vorhanden, die Extremitäten sind kalt, der Körper ist mit kaltem Schweiss bedeckt. Bei Einigen tritt ½ bis 3 Stunden vor dem Tode Bewusstlosigkeit ein (5), bei Anderen nur Benommenheit (4). Einige behalten bis zum Tode ihr ungetrübtes Bewusstsein. Der Tod erfolgte bei acht Kranken schon in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme des Giftes und bei fünf vor Ablauf von 2 mal 24 Stunden.

Von den drei am Leben gebliebenen Kranken hatten bei Einem sich auch schon die ersten Erscheinungen des erschwerten Atmens bis zur Arhythmie desselben, aber ohne Rasseln entwickelt, als sich die allmähliche Wendung zum Besseren am Abende des 2. Tages einstellte. Anfangs wurden die tiefen Atemzüge von Stöhnen begleitet. Gegen Morgen des 3. Tages hörte das Stöhnen auf; das Atmen wurde im Laufe des 3. Tages regelmässig, und am Abend dieses Tages verlangte der Kranke etwas Nahrung. Bis zum 6. Tage waren alle Krankheitserscheinungen, ausser der Apathie und einer beständig zunehmenden Amblyopie geschwunden; die letztere steigerte sich an diesem Tage zur vollständigen Amaurose. Ueber diesen Kranken wurde bereits zu Beginn dieser Mitteilung berichtet.

Bei einem anderen Kranken, der später in Truhart's Behandlung kam, trat in einem noch späteren Stadium die Wendung zum Bessern ein. Er war schon besinnungslos und die Atmung auf's äusserste erschwert, von Rasseln in der Brust begleitet, so dass die Umgebung ihn für einen Sterbenden hielt. Unter Wiederkehr des Bewusstseins und Expektoration reichlichen flüssigen Sputums, welche 2 Tage anhielt, erholte sich dieser Kranke. Ausser der toxischen Amblyopie bildeten aber die Erscheinungen des bereits erwähnten Blasenkatarrhs und sehr quälende nervöse Erscheinungen, welche bis jetzt noch nicht geschwunden sind, eine langwierige Nachkrankheit. Er leidet andauernd an Kopfschmerz; sein Puls zeigte noch lange beträchtliche Arhythmien. Die Schmerzen in den unteren Extremitäten und in den Schultern dauerten fort und wurden von tonischen Krämpfen begleitet. Zudem litt er an Vertaubungsgefühlen, Ameisenkribbeln in den Extremitäten und an Anästhesie, welche nur sehr allmählich schwindet, und anfangs die Dorsalseite der Extremitäten, Stirn, Nacken und Rücken betraf; unter dem Einfluss der Abkühlung der Körperoberfläche erstreckte sie sich auch auf andere Hautpartien. Seine Pupillen sind auch jetzt noch erweitert, die Sehnervenpapillen von atrophisch weisser Farbe.

Auch er zeigt die der Methylalkoholvergiftung eigentümliche Apathie.

Der Sektionsbefund.

Der Sektionsbefund hat viel Aehnlichkeit mit dem an und für sich wenig charakteristischen Befunde der akuten Methylalkoholvergiftung. Dennoch ergaben alle 13 Sektionen der Methylalkoholvergiftung ein so gleichartiges Bild, dass man genötigt ist, dieses als so charakteristisch für die Methylalkoholvergiftung zu bezeichnen, dass es mit demjenigen der akuten Aethylalkoholvergiftung oder anderer Vergiftungen wohl kaum zu verwechseln sein dürfte.

Die Totenflecke sind rötlich livid (12) und zwar dunkler als bei Kohlenoxydvergiftung, aber im Vergleich zu gewöhnlichen Totenflecken sich entschieden durch den ausgesprochen rötlichen Farbenton unterscheidend. Die Totenstarre ist recht stark ausgeprägt (10) und erstreckt sich auf die erectores pilorum, wodurch eine weit ausgedehnte Gänsehaut (10) bemerkbar ist. Das Gesicht hat eine eigentümliche cyanotischgerötete Farbe, welche in 5 Fällen sehr deutlich, in 7 Fällen weniger auffallend, aber doch vorhanden war. Die Pupillen sind mässig erweitert (8); in zwei Fällen waren sie sehr stark, in drei Fällen gar nicht erweitert. Die Lippen- und Mundschleimhaut ist meist unverändert (10); in zwei Fällen jedoch waren leichte weissliche Verfärbung und Runzelung der die Innenfläche der Lippen bedeckenden Schleimhaut zu bemerken; die gleiche Veränderung fand sich 2 mal auf der Schleimhaut des Rachens.

Bei der Eröffnung der Körperhöhlen war absolut kein charakteristischer Geruch weder nach Alkohol, noch nach Aldehyd, auch nicht nach Formalin oder Holzspiritus zu bemerken (13). Die Gefässe der Schleimhaut des Schlundes, des Kehlkopfeinganges, des Kehlkopfes, und der Trachea sind meist mehr oder weniger stark injiziert (11). Die Muskulatur hat einen eigentümlichen, mehr als bei der gewöhnlichen Fleischfarbe ausgesprochenen rötlichen Farbenton, welcher in 8 Fällen sehr deutlich und in 5 Fällen weniger auffallend war. Das Herz befindet sich im Zustande der Erschlaffung (12); Ekhymosen wurden auf demselben in 2 Fällen gefunden. Das Blut ist kirschfarben, flüssiger als gesundes Blut und vielleicht etwas weniger flüssig als Erstickungsblut (13).

Die Lungen sind hyperämisch und zugleich in allen Teilen stark ödematös (13); in einem Falle war es sogar zu einer apfelgrossen Infiltration im rechten Unterlappen gekommen. Ekhymosen auf den Lungen wurden in einem Falle gefunden. Der Magen- und Darminhalt haben absolut nichts charakteristisches. Die Serosa des Magens und der Dünndarmschlin-

gen hatten in je 5 Fällen einen leichten rosafarbenen Ton, aber ganz ohne Spuren auch des leichtesten fibrinösen Exsudats. Die Magenschleimhaut ist hyperämisch entweder in Form inselförmiger Injektion der Gefässe (6) oder in Form von Ekchymosen (4) oder gar einer allgemeinen Rosafärbung (1), ganz unverändert erschien sie nur in 2 Fällen. Auf der Schleimhaut des Zwölffingerdarms und des oberen Teils des Leerdarms wurden inselförmige Gefässinjektionen 5 mal und Rosafärbung einmal gefunden. Milz (12) und Leber (10) sind hyperämisch. In mehr als der Hälfte der Fälle (7) erschien die Läppchenzeichnung der letzteren verwaschen.

Nicht allein die Papillen, sondern auch die Rindensubstanz der Nieren sind hyperämisch, dunkel gefärbt (13). In 2 Fällen machte sich eine deutliche Verbreitung der Rindensubstanz bemerkbar. Beachtenswert ist der Befund an der Blasenschleimhaut. Eine mehr oder minder hochgradige Hyperämie macht sich in den meisten Fällen geltend als deutliche Injektion des Gefässnetzes derselben (7), als sehr starke Injektion der Gefässe (2), oder gar als allgemeine Rötung der ganzen Schleimhaut (3). Nur in einem Falle wurde die gewöhnliche Blässe der Blasenschleimhaut gefunden. Die Meningen waren stark hyperämisch in 12 Fällen, in 2 dieser Fälle zugleich ödematös; in einem Falle wurde nur eine mässige Hyperämie derselben beobachtet. Sämtliche Teile des Gehirns erschienen sehr blutreich in 11 Fällen; teilweise Blutfülle der Grosshirnsphäre war in einem Falle vorhanden, und in einem anderen Falle erschien die Blutfülle des Gehirns nur mässig.

Nach solchen Befunden dürfen das Lungenödem, die eigentümliche Blutbeschaffenheit, die Gehirnhyperämie und die Hyperämie der Blasenschleimhaut neben den charakteristischen Totenflecken, der Gänsehaut, der inselförmigen Hyperämie der Magenschleimhaut und der Schleimhaut des oberen Teiles des Dünndarms, bei gleichzeitiger Hyperämie der Serosa dieser Teile als charakteristisch für die Methylalkoholvergiftung angesehen werden.

Therapie.

Bei frühzeitiger ärztlicher Hülfe ist der Magen auszuspülen. Späterhin ist ein erwärmendes und diaphoretisches Verfahren nicht allein des Lungenödems, sondern auch der Neuritis retrobulbaris wegen angezeigt. Da des häufigen Erbrechens wegen das Aspirin zu 0,5—1,0 unsicher sein dürfte, so empfehlen sich subkutane Einspritzungen von Pilocarpinum hydrochloricum 0.1 auf 5,0 Aq. $^1/_2$—1 Gramm, oder das Dehio'sche Schwitz-

bett, und wo ein solches nicht gleich bei der Hand sein sollte, heisse Einwickelungen. Ausserdem ist reichliches warmes Getränk, etwa Lindenblütentheé, zur Durchschwemmung des Körpers zu empfehlen.

Schlussbemerkungen.

Beim gerichtlich-chemischem Nachweise ist der Harn auf die Anwesenheit von Ameisensäure zu untersuchen. Der Ansicht Bär's, dass der Methylalkohol weniger giftig wirkt, als der Aethylalkohol (etwa 0,8 : 1) nach dem Satze, dass die Giftigkeit der Alkohole mit ihrem Siedepunkte steigt, kann man sich nach dieser Mitteilung nicht anschliessen. Man hat vielmehr dem Vorschlage von Swan M. Burnett in Washington, „dass von Staatswegen der Holzgeist auf die Giftliste gesetzt werden sollte und die Droguisten denselben nur in entsprechend signierten Gläsern verkaufen dürften", vollkommen beizustimmen.

Einige Literatur über Methylalkokolvergiftung ausser der in den Fussnoten zitierten:

1896. A. Joffroy et R. Serveaux, Mensuration de la toxicité experimentale et de la toxicité vraie de l'alcool methylique. Arch. de Méd. experiment. VIII, 4, p. 473, 1896, zitiert nach Schmidt's Jahrbüchern.

1898. Georg Bär, Beitrag zur Kenntnis der akuten Vergiftung mit verschiedenen Alkoholen. Archiv f. Anat. u. Physiol. (physiol. Abt.) 3 u. 4, p. 283, 1898, zitiert nach Schmidt's Jahrbüchern.

1901. Birch-Hirschfeld in Leipzig, Untersuchungen über die Pathogenese der Methylalkoholamblyopie. Arch. f. Ophth. LII, 2, p. 358.

1901. Scheffels-Krefeld, 5. Versammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte. Dortmund, 2. Febr. 1901, zitiert nach den klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde.

1901. Swan M. Burnett, Methylalkohol als Blindheitsursache. Therapeut. Gaz. 1901, 15. Dez., zitiert nach dem Zentralblatt für Augenheilkunde.

1904. Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. XII, Heft 3, pag. 496: Denig: Bericht über die amerikanische Literatur:

Holzalkoholvergiftung.

In dem New Orleans Eye, Ear, Nose and Throat Hospital fiel die grosse Anzahl von teilweisen oder totalen

Erblindungen von Personen auf, die in der Umgegend von New Orleans wohnen. Eine Untersuchung förderte die Tatsache zu Tage, dass ein billiges Antiseptikum, innerlich genommen, das einen hohen Gehalt von Holzalkohol aufwies, eines grossen Absatzes durch ganz Louisiana sich erfreute. In einigen Praeparaten wies der städtische Chemiker bis zu 30 pCt. Holzalkohol nach.

(The Ophthalm. Record XII I. p. 32).

Nachtrag zum Artikel: „16 Vergiftungsfälle mit Methylalkohol" (in Nr. 39 und 40).

In Ergänzung meines Vortrages über Methylalkohol-Vergiftung bin ich nunmehr in der Lage mitteilen zu können, dass auch die gerichtlich-chemische Untersuchung in dem von den Vergifteten genossenen Kuntzens-Balsam 46%—52% Methylalkohol und auch in den Eingeweiden der sezierten Leichen gleichfalls die Anwesenheit von Methylalkohol nachgewiesen hat.

Dorpat, 30. September 1904.

Dr. C. Ströhmberg.

Cholecystitis im Wochenbett.

(Vortrag, für den XVI. livländischen Aerztetag zu Dorpat bestimmt).

Von

Dr. med. A. Christiani,

Libau.

M. H. Gestatten Sie mir, Ihnen kurz über 2 Wöchnerinnen zu referieren, die ich im Laufe des letzten Jahres zu beobachten Gelegenheit hatte.

Fall 1. Am 19. Sept. vorigen Jahres wurde ich zu einer Wöchnerin am 9. Tage post partum gerufen. Anamnestisch stellte ich folgendes fest: Die Geb. der I para war von einem Kollegen mit der Zange beendet worden; Am 4. Tage nach der Geburt begann Pat. hoch zu fiebern; die Temp. soll unter Schüttelfrost gleich auf über 40° gestiegen sein; Pat. habe über starke Schmerzen im Leibe geklagt, habe mehrere Male täglich erbrochen, sei obstipirt gewesen. An den darauffolgenden Tagen ist keine Aenderung im Zustand der Kranken eingetreten, nur sind, wie aus den Temperaturaufzeichnungen ersichtlich, am Morgen Remissionen d. Fiebers unter 38,0 erfolgt. Auf Ricinus hat Pat. 1 × Stuhl gehabt. Am Morgen meiner Konsultation war die Temp. nicht gesunken, sondern betrug 40,0°.

St. praes: Pat. hat zwar etwas spitze Züge, doch sieht sie durchaus nicht verfallen aus. Temp. 40,2, P. 96 voll, kräftig. Abdomen meteoristisch aufgetrieben, rechts in der Regio ileocoecalis sehr empfindlich. 4 fingerbreit über der Symphyse der Fundus uteri palpabel; der Ut. unempfindlich, Herz, Lunge nihil. Leber wegen d. Meteorismus nicht palpabel; bei der Palpation der Oberbauchgegend keine auffallende Empfindlichkeit.

Innere Untersuchung: Ausfluss geruchlos, schleimig eitrig; an d. äusseren Genitalien nichts Pathologisches. Der Ut. normal retroponirt, antefl. vertirt, für den 9. Tag etwas gross. Rechts im Parametr. eine unbestimmte empfindliche Resistenz (wegen Schmerzhaftigkeit Palpation nicht genau); sonst nihil.

Ordination: Rechts aufs Hypogastr. Eis. 2 × Tinct. opii zu 10 Tropfen.

20. Sept. 1904. In der Nacht spontan Stuhl; Pat. hat mehrere Male grünliche Mengen erbrochen. Pat. klagt über äusserst heftige Schmerzen, die sie jetzt mehr ins Epigastrium lokalisiert.

Obj. Untersuchungsbefund: Abdomen flacher, weich. Rechts in der Ileocoecalgegend nur bei sehr tiefer Palpation noch Schmerzempfindung. Zwischen Nabel und Costalrand etwas nach rechts von der Mittellinie lässt sich deutlich ein prall gespannter birnförmiger, gut apfelgrosser Tumor palpeiren, dessen Kuppe die mittlere Entfernung genannter Punkte nach unten überragt. Durch die Rectusdiastase lässt sich die freie Unterfläche des Tumors von unten umgreifen. Der Tumor scheint unverschieblich und verliert sich in d. Parasternallinie nach oben unter den Leberrand. Die Leber scharfrandig, eben palpabel, unempfindlich, nicht vergrössert. Zweifellos handelte es sich um die prall gespannte Gallenblase. Temp. 38,2. Puls 80. — Auf Befragen gab Pat. an, sowohl vor, wie während der Schwangerschaft an ausserordentlich heftigen Magenschmerzen mit Erbrechen galliger Massen gelitten zu haben. Pat. will während der Attaquen niemals gelb gewesen sein. Der Stuhl in der Nacht soll von normaler Farbe gewesen sein. Wie ich hier gleich hinzufügen will, waren im Urin keine Gallenfarbstoffe nachgewiesen. Die Diagnose Cholecystitis calculosa war wohl einwandsfrei und zwar handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen Stein im Ductus cysticus mit Stauung und Entzündung der Gallenblase. Ordinat: Karlsbadersalz, heisse Umschläge, Diät.

Den weiteren Verlauf können Sie am besten an der Hand der Kurve verfolgen:

Am 21. Sept. morg. Temp. 37,0., ab. 40,0. Leberrand 2-fingerbreit unter d. Rippenbogen etwas empfindlich, Gallenblase äusserst prall gespannt, schmerzhaft.

Den 22. morg. 40,3 (P. 104), ab. 39,4 (80). Mehrere Male Erbrechen, sonst st. idem, kein Gallenfarbstoff im Urin.

Am 23. dann morg. 36,8 (P. 74), ab. 39,0 (100). Die Gallenblase kleiner, Befinden bedeutend besser. In der Nacht normaler Stuhl erfolgt. Von jetzt werden die Temp. mit einzelnen Erhebungen abends normal und die Gallenblase wird von Tag zu Tag kleiner. Am 29. Sept. ist sie nicht mehr zu palpieren.

Fall 2. Am 25. Febr. dieses Jahres wurde ich zu einer IX-P. Gravida im X. Monat gerufen, welche 8 Tage vorher mit Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen, Schüttelfrost und nachfolgendem Fieber erkrankt war. Pat. war die 8 Tage hindurch obstipiert gewesen, hatte täglich mehrmals erbrochen und an äusserst heftigen Schmerzen gelitten. Sie erwartete die Entbindung täglich. Während die früheren Schwangerschaften stets relativ normal verlaufen waren, hatte sie

dieses Mal vom Beginn der Gravidität an Schmerzen im Magen und Erbrechen nach der Mahlzeit gelitten.

St. praesens: Gravidität im letzten Monat, normaler Befund. Lungen, Herz nihil. Leib etwas meteoristisch aufgetrieben, rechts unterhalb des Rippenbogens sehr empfindlich, doch lässt sich durch Palpation nichts feststellen. Leber percutorisch nicht vergrössert. Wehen objektiv nicht nachzuweisen. Temp. 39,6. P. 96.

Ordin. Narcoticum.

26. Febr. In der Nacht war die Geburt ganz leicht und normal erfolgt. Temp. 39,4. Puls 100. — Geringer Meteorismus des Abdomens. Am Uterus, an Adnexen durch äussere Palpation nichts Abnormes festzustellen, nur etwas in der Höhe der Process. spin. post. leichte Druckempfindlichkeit im rechten Hypogastrium. Der Leberrand scharf, 2-fingerbreit unter dem Rippenbogen recht empfindlich. Percutorisch Vergrösserung der Leber zu konstatieren.

Am 27. Febr. Rechts von der Linea alba fast in der Höhe des Nabels, etwas nach innen von der druckempfindlichen Stelle am Tage vorher, lässt sich deutlich ein prall elastischer birnförmiger Körper von Apfelgrösse palpieren, welcher nach oben bis unter den Leberrand zu verfolgen ist und sich von unten durch die eingestülpten Bauchdecken in Folge Diastase der recti gut umgreifen lässt. Trotz der tiefen Lage des Organs war kein Zweifel, dass es sich um die Gallenblase handelte. Die Pat. war erst nach 3 Wochen fieberfrei und fieberte bis dahin zeitweise recht hoch mit starken Remissionen; wobei der Puls sich immer bedeutend unter der Fieberkurve hält. Es bildete sich im weiteren Verlauf ein Ventilverschluss im Choledochus mit wechselndem Ikterus, acholischen Stühlen, bald Vergrösserung, dann wieder Entleerung der Gallenblase aus. Die Leber war einige Tage sehr empfindlich, weich, reichte bis über fingerbreit unter den Kostalrand, war perkutorisch vergrössert. Von Seiten der Genitalorgane keine Störungen.

Schmerzen, Erbrechen, anhaltende Obstipation waren fast 14 Tage hindurch zu bekämpfen. Eine genaue Beobachtung der Kranken, besonders des zwar allmählich weicher werdenden, doch stets unter der Temperaturkurve sich haltenden Pulses, liess mich trotz Intensität des Fiebers ein Uebergreifen des Processes auf die Leber mit einiger Gewissheit ausschliessen und bei innerer Medikation verharren. Der Verlauf rechtfertigte mein Verfahren, da Pat. Anfang April als von der Cholecystitis geheilt entlassen werden konnte.

M. H. Bekanntlich spielt in der Aetiologie der Cholelithiasis seit Frerichs Zeiten die Gravidität eine gewisse Rolle. Ob diese Rolle mehr in dem Umstande zu suchen ist, dass der wachsende Uterus durch Druck

Gallenstauung, in Folge davon Invasion von Mikroben, entzündliche Veränderungen der Gallenblasenwand und dadurch Steinbildung hervorrufen (Naunyn), oder ob nur durch die während der Geburt sich schnell ändernden Druckverhältnisse eine Wanderung der Steine und damit Erscheinungen des Kolikanfalles provoziert werden (Leichtenstern, Kolisch), ist nicht klargestellt.

Angenommen wird nur, dass sowohl in der Schwangerschaft wie nach der Geburt Gallensteinkoliken mit oder ohne Folgeerscheinungen so häufig beobachtet werden sollen, dass daraus auf die aetiologische Bedeutung derselben geschlossen wird.

Ganz auffallend ist daher, dass unsere geburtshülfliche Literatur Komplikationen der Schwangerschaft sowohl wie des Wochenbettes mit Erkrankungen der Gallenblase fast garnicht erwähnt. Von den mir zugänglichen Lehr- und Handbüchern der Geburtshülfe (Olshausen, Veit, Runge, Bumm, Ahlfeldt, Knapp, Winckel, Schauta und Freund im Winckelschen Handbuch) sind es nur die beiden letzteren, welche der Cholelithiasis als Komplikation der Gravidität und des Puerperiums gedenken, indem Schauta bemerkt, dass Schwangerschaft und Wochenbett auf die Bildung von Steinen Einfluss zu haben scheine und dass die Koliken in der Schwangerschaft mit erhöhter Intensität aufzutreten pflegen, ja dass er sogar bei einer Gravida im 5. Monat in der Lage gewesen sei, die Cholecystektomie zu machen. Freund hat sowohl während der Gravidität erhebliche Schmerzattaquen mit Erbrechen beobachtet, wie auch im Wochenbett, doch offenbar ohne Fiebersteigerung, da er ausdrücklich berichtet, dass Skutsch im Jahre 1888 einen Fall beobachtet haben soll.

Sonstige Angaben aus der Literatur sind noch folgende: Ausser dem eben nach Freund citirten Fall von Skutsch veröffentlichte Eiermann 97 einen Fall, bei dem am 4. Tage nach einem Forceps unter Schüttelfrost, Fieber und sehr hohem Puls äusserst heftige Schmerzen im Epigastrium sich einstellten, an welche sich Ikterus ausschloss. Die Erscheinungen ver-

schwanden am 7. Tage, und am 9. Tage trat eine Thrombose der Poplitea mit 14-tägigem Verlauf ein. Eindeutig ist die Beobachtung jedenfalls nicht. Eiermann erwähnt am Schlusse seines Referates, dass Huchard 32 Fälle von Gallensteinkoliken in Schwangerschaft und Wochenbett gesammelt haben soll.

Darunter befindet sich einer von Thirier, wo ebenfalls in d. Gravidität die Cholecystektomie gemacht werden musste. Fellner schliesslich berichtet neuerdings aus der Schautaschen Klinik, dass unter 40,000 Geb. daselbst 5 mal Gallensteinkoliken im Wochenbett beobachtet worden sind, also auf 8000 Geb. eine Cholelithiasis. Es handelt sich in allen zitierten Beobachtungen jedenfalls um reine Cholelithiasiskoliken ohne schwerere Entzündungen der Gallenblase oder Empyem derselben. Während aus der französischen Literatur aus den Jahren 1901 und 1902 3 Beobachtungen (v. Patocki, Doléris u. Pinard) von schweren Erkrankungen der Gallenblase im Frühwochenbett vorliegen, ist in der deutschen Literatur nur ein Fall von Empyem im Frühwochenbett publiziert und zwar von Rose. Auf diese Fälle werde ich später noch zurückzukommen haben.

Unwillkürlich fragt man sich doch, hat die Entzündung der Gallenblase als Komplikation des Wochenbettes ein so geringes Interesse für den Geburtshelfer, dass er dieselbe mit vollkommenem Schweigen übergehen kann, oder sollte vielleicht die Annahme der Internisten über die aetiologische Bedeutung speziell der Geburt für die Cholelithiasis nicht zu Recht bestehen und dieselbe im Wochenbett ein so eminent seltenes Leiden sein, wie die spärlichen Angaben in d. Literatur es uns glauben machen wollen. Die aetiologische Bedeutung der Geburt für die Auslösung der Gallensteinattaquen hier zu erörtern, ist eigentlich nicht meine Aufgabe, doch möchte ich auf folgendes hinweisen. Die auf einem Material von 40,000 Geburten beruhende Angabe aus der Schautaschen Klinik, dass auf 8000 Geb. nur ein Fall von Cholelithiasis nach d. Geburt beobachtet worden ist, dürfte doch bei der eminenten Verbreitung der Gallensteine (Schroeder konstatirte bei 20 pCt. aller weib-

lichen Leichen dieselben) dafür sprechen, dass diese aetiologische Bedeutung der Geburt zum mindesten überschätzt zu sein scheint und einer Revision bedarf. Nehmen wir für das geschlechtsreife Alter der Frau auch nur 3 pCt. derselben als Gallensteinträgerinnen an (Bollinger, Rotter-München fanden in 6,7 pCt. aller sezierten Leichen Gallensteine, Kehr behauptet sogar, dass 10 pCt. aller im gebärfähigen Alter stehenden Frauen Gallensteine tragen), nehmen wir also nur 3 pCt. an, so würden von 8000 Gebärenden 240 mit Gallensteinen behaftet sein. Nach Kehr sollen 5 von 100 Gallensteinträgerinnen an Koliken erkranken, somit müssten von den 240 Frauen wenigstens 10—12 an Cholelithiasisattaquen leiden. Wenn nun der Anfall nur bei einer durch die Geburt ausgelöst wird, so erscheint die Bedeutung derselben selbst für die blosse Auslösung d. Kolikanfalls, entgegen der Behauptung von Leichtenstern, Kolisch und Anderen, nur eine äusserst geringe.

Uebrigens auch theoretisch kann der Geburt garnicht die Rolle in der Cholelithiasisfrage vindiziert werden, wie es bis jetzt noch immer geschieht, da mit der Entleerung des Abdomens der Abfluss der Galle nur begünstigt werden muss und damit der Stagnation, Infektion und Entzündung der Gallenblase direkt entgegengewirkt wird. Anders natürlich liegen die Verhältnisse während der Gravidität; doch dürfte uns die Erörterung dieser Verhältnisse zu weit führen und will ich daher kein Urteil über die Häufigkeit der Lithiasis während derselben aussprechen und nur konstatieren, dass es doch auffallend ist, dass bei den äusserst günstigen Verhältnissen für die Ausbildung selbst manifester Formen der Gallenblasenentzündnng die Geburtshelfer schweigend über dieselben hinweggehen sollten und nur vereinzelte Publikationen von gynäkologischer Seite über Cholecystotomien in Graviditate vorliegen. Leider liegt mir die chirurgische Literatur nicht vor, in der voraussichtlich ein Teil der operierten Gallenblasenentzündungen in der Schwangerschaft sich vorfinden dürften, doch erklärt das immer nicht den Zwiespalt in den An-

schauungen der Internisten und Geburtshelfer über die Häufigkeit der Gallenblasenaffektion. Ich möchte daher fast annehmen, dass auch in der Gravidität das Leiden recht selten beobachtet werden muss; trotzdem bleibt aber die absolute Nichtbeachtung durch die Geburtshelfer nicht zu verstehen.

Noch viel unverständlicher erscheint das Todtschweigen der Cholecystitis und zwar sowohl des Kolikanfalls, wie der manifesten Entzündung im Wochenbett. Zugegeben selbst, dass der einfache Cholelithiasisanfall ein mehr diagnostisches Interesse hat, obgleich der intensive Schmerz, Meteorismus, Erbrechen, Frostanfall und das hohe Fieber, welches unter Umständen auch länger als ein paar Stunden dauern kann, die Wöchnerin sowohl wie die Umgebung in hohe Aufregung stürzen werden und die Attaque selbst von dem erfahrenen Arzt als puerperal aufgefasst werden kann und häufig wohl auch aufgefasst wird, was unter Umständen, zum mindesten unnütze, wenn nicht schädliche intrauterine Eingriffe zur Folge haben dürfte. Anders aber liegen die Verhältnisse, sobald die Cholecystitis manifest wird resp. ein Empyem der Gallenblase sich etabliert hat. Wenn Sie, M. H., sich die Kurve meines ersten Falles ansehen, wo das Fieber am 4. Tage nach der Geburt unter Schüttelfrost über 40° steigt, um mit starken Morgenremisionen unter Schweissen sich eine Woche auf der Höhe zu halten, wenn sie den objektiven Status: Geringer Meteorismus, rechts im Parametr. eine unbestimmte schmerzhafte Resistenz (Periphlebitis von den infizierten Venenthromben?), Erbrechen, Obstipation sich ins Gedächtnis zurückrufen, so werden Sie mir zugeben, dass die Diagnose Pyaemie, so zu sagen auf der Hand lag. Ich bin auch überzeugt, dass die geringe Zahl der Beobachtungen in der Literatur auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zurückzuführen ist, sowie dass die richtige Diagnose sehr häufig überhaupt nicht gestellt wird. Auch in den von Patocki, Doléris und Pinard publizierten Fällen wurde die richtige Diagnose erst verhältnissmässig spät am 10. resp. 11. Tage gestellt, nachdem manichfache therapeutische Massnahmen gegen die vermeintliche puer-

perale Erkrankung angewandt waren. In meinem Falle hätte auch der von mir beobachtete Verlauf in keiner Weise gegen eine pyaemische Infektion gesprochen, trotzdem waren es zwei Momente, welche mir in das Bild der puerperalen Infektion nicht hineinpassten: das sehr häufige gallige Erbrechen bei der kaum ausgesprochenen peritonealen Reizung, da dasselbe für peritoneale Infektion sprechen musste, während der objektive Befund für Pyaemie sprach, hauptsächlich aber der volle, langsame Puls, welcher mit pyaemischem Fieber nicht zu vereinbaren war.

Wenn es sich aber, anstatt um eine Cholecystitis, um Empyem der Gallenblase gehandelt, so hätte voraussichtlich auch die Frequenz des Pulses meine Aufmerksamkeit nicht erregt. Und doch hängt von der richtigen Diagnose häufig das Leben der Wöchnerin ab. In dem von Rose referierten Falle war es zur Ruptur des Empyems gekommen und konnte auch die sofort ausgeführte Laparotomie Pat. nicht mehr retten. Aber nicht allein die Ruptur bedroht das Leben der Wöchnerin, sondern auch von der Gallenblase kann es zur universellen Pyaemie kommen. Das Lebergewebe ist ja bekanntlich in der Gravidität schon durch die an dasselbe gestellten Anforderungen des erhöhten Stoffwechsels viel weniger widerstandsfähig (ich erinnere an Eklampsie, Icterus gravis, gelbe Leberatrophie); die verringerte Widerstandskraft wird Infektionen gegenüber wohl erst recht in Frage kommen und damit Ueberwandern der Bakterien von den Gallenausführungsgängen auf die Gallengänge und das Lebergewebe viel leichter zu Stande kommen, als im nicht puerperalen Zustande. Hat sich ein Leberabszess etabliert und kommt es zur allgemeinen Pyaemie und Exitus, so werden solche Fälle selbst auf dem Sektionstische wohl selten richtig gedeutet und in den allgemeinen Topf der puerperalen Infektion geworfen werden, da die Gallenblase meist längst geschrumpft und das Vorhandensein von Gallensteinen ein nur zu gewöhnlicher Nebenbefund ist.

Es ist zwar durchaus richtig, jede Temperatursteigerung im Wochenbett in erster Linie auf puerperale In-

fektion zu beziehen, doch sollen wir uns durch dieses richtige Prinzip nicht verleiten lassen, andere Erkrankungen zu übersehen. Wir müssen, falls manifeste Erkrankungen der Genitalorgane nicht vorhanden sind und es sich tatsächlich um Eiterfieber handelt, uns daran erinnern, dass ausser vom Genitale das Fieber auch von der Gallenblase und dem Appendix ausgehen kann. Folgerichtig müssen wir daher auch diese beiden Erkrankungen sicher ausschliessen, bevor wir heutzutage die Diagnose, „puerperale Pyämie" stellen dürfen.

Zum Schluss noch ein paar Worte zur Therapie. Den 3 von den Franzosen referierten Fällen, welche sämtlich zur Operation kamen, stehen meine beiden mit spontanem Verlauf gegenüber. Leider standen mir nicht die Originalarbeiten zu Gebote, so dass ich über die Schwere der Erkrankung nicht urteilen kann.

Mein 2. Fall, der diagnostisch relativ einfach lag, da die fieberhafte Erkrankung bereits vor der Geburt begonnen hatte, gehörte entschieden zu den schweren Gallenblasenentzündungen.

Es handelt sich offenbar um Ventilverschluss des Choledochus, wobei die Frage, ob der Inhalt schon eitrig geworden, sich schwer entscheiden liess.

Jedenfalls konnte eine genaue Beobachtung von Puls und Leber ein Uebergreifen der Entzündung auf letztere noch ausschliessen und daher mit der Operation gewartet werden, bis dieselbe sich als unnütz erwies.

Im Allgemeinen, M. H., sollten wir aber im Puerperium rascher zum Messer greifen, als ausserhalb derselben. Wie schon gesagt, kann in Schwangerschaft und Wochenbett ein Uebergreifen der Infektion auf das Lebergewebe viel leichter zu Stande kommen, wie unter normalen Verhältnissen, andrerseits aber dürften die Chancen der Operation durch Gravidität und Puerperium nicht verschlechtert werden.