

Beiträge

zur

Heilkunde.

Herausgegeben

von der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu

Riga.

Fünfter Band.

Zweite Lieferung.

Riga.

Verlag von Edmund Götschel.

1865.

Von der Censur erlaubt. Riga, den 25. Juni 1865.

Druck von W. F. Häcker in Riga.

Beiträge
zur
Heilkunde.

Herausgegeben
von der
Gesellschaft praktischer Aerzte
zu
Riga.

Fünfter Band.

• Riga.
Verlag von Edmund Götschel.
1865.

Von der Censur erlaubt. Riga, den 25. Juni 1865.

Druck von W. F. Hacker in Riga.

Inhalt des fünften Bandes.

	Seite
I. Mittheilungen aus dem praktischen Wirkungskreise des Professors der Staatsarzneikunde an der Kaiserlichen Universität Dorpat Dr. G. v. Samson-Himmelstiern	1.
II. Zur Tracheotomie von Dr. v. Engelhardt	145.
III. Miscellen:	
1. Zwei Fälle von Iridectomie bei Glaucom	185.
2. Einiges über die Operation der Trichiasis nach Jäsche-Arlt	190.
Nekrolog: Dr. Ernst Krause	193.
IV. Die Klinik für Frauenkrankheiten an der Universität Dorpat, 1860—1862 von Prof. J. Holst	197.
V. Das Schwefelbad Kemmern in Livland von Dr. Koffsky	296.
VI. Jahresbericht über die Leistungen der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt für Unbemittelte von Dr. Waldhauer	326.
VII. Miscellen:	
3. Ein Fall von Arthrogyrosis	351.
4. Ruptur des Uterus und Laparotomie	356.

IV.

Die Klinik für Frauenkrankheiten an der Universität Dorpat,

1860—1862.

Von

Professor J. Holst.

Je wichtiger und grösser die Fortschritte waren, die in den letzten zwei Jahrzehnten auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten gemacht wurden und je ansehnlicher die Zahl der, für diesen integrierenden Theil des medicinischen Wissens eingerichteten klinischen Institute wurde, um so auffallender und empfindlicher musste der Mangel eines solchen Institutes an unserer Universität werden. Sicher ist es vielen der ärztlichen Berufsgenossen, ebenso wie mir, noch in guter Erinnerung, wie schwierig es ist, in der Privatpraxis gerade auf diesem Felde das nachzuholen, was auf der Universität ungekannt, ungesehen und ungelernt blieb; und wie gerade in der Ausübung der Praxis auf diesem Gebiete der Mangel eines gewissen Grades von Uebung und Sicherheit von dem lähmendsten Einfluss ist.

Dieses Bewusstsein liess es mir bei meinem Amtsantritt als eine meiner ersten Aufgaben erscheinen, eine Klinik für kranke Frauen in's Leben zu rufen. Ich hoffte selbst bei geringem Material es zu erreichen, dass unsere angehenden Aerzte bei ihrem Ein-

tritt in die selbstständige Praxis mit der Sicherheit in dem Gebrauche der diagnostischen Hilfsmittel ausgerüstet, und in der Therapie dieser Leiden so weit bewandert würden, dass sie mit Aussicht auf Erfolg weiter streben und arbeiten könnten. Ich hoffte in ihnen die Ueberzeugung wach zu rufen, dass jeder Arzt mit Erfolg die Krankheiten der Sexualorgane diagnosticiren und behandeln könne, dass es desshalb auf diesem Gebiete keines Specialisten bedürfe. Ich hoffte den angehenden Aerzten Muth zu machen, sich auf dieses Feld praktischer Wirksamkeit zu wagen, das den meisten Aerzten jetzt so fremd ist, dass sie ihm mit einer gewissen Scheu vorüber gehen und sich von demselben glauben fern halten zu müssen.

Im Herbst 1859 wurden drei klinische Stunden für die gynäkologische Ambulanz festgesetzt und es stellte sich bald heraus, dass einem, von den Medicinern und Kranken empfundenen, Bedürfniss entgegengekommen war. Es bot die Stadt und die Umgegend hinreichendes Material, um den angedeuteten Zweck erreichen zu können.

Wenn auf diese Weise allerdings Gelegenheit geboten war, die Methode der Untersuchung und Diagnose kennen zu lernen, konnte es nicht ausbleiben, dass die Mängel einer nur ambulatorischen Klinik bald sehr fühlbar wurden. Wenn auch eine Therapie eingeleitet wurde, und namentlich die Art der lokalen Behandlung gezeigt und gelernt werden konnte, so war doch von einer consequent durchgeführten Behandlung, von einer fortlaufenden Beobachtung nicht die Rede. Das bei Behandlung dieser Leiden für den günstigen Erfolg so nothwendige richtige diätetische Verhalten konnte unmöglich erreicht werden, da die Kranken mehr oder weniger alle der arbeitenden Klasse angehörten. Eine Reihe wichtiger und unerlässlicher Heilmittel: Einspritzungen, Umschläge, Bäder, konnten gar nicht verordnet werden, und wir waren fast nur auf lokale Behandlung mit Blutentleerungen und Aetzmitteln beschränkt. Selbst die Anwendung dieser Mittel hing von der früheren oder späteren Wiederkehr unserer Kranken ab.

Es musste mein Bestreben also dahin gehen, neben der ambulatorischen Klinik auch eine stationäre in's Leben zu rufen; denn dass es hierzu an dem Material nicht fehlen werde, hatte sich bald herausgestellt.

Meine Schritte in dieser Richtung wurden von der Facultät auf's kräftigste unterstützt, von dem verstor-

benen Curator auf das wärmste befürwortet. Es wurde ein neuer Etat ausgearbeitet, und noch bevor derselbe bestätigt war, im Sommer 1861 ein Umbau der Gebäranstalt in Angriff genommen und ausgeführt. So lange der Etat noch nicht bestätigt ist, werden aus den disponiblen Mitteln der Universität die Mehrausgaben der erweiterten Anstalt bestritten.

Da gewiss der Mehrzahl der Leser die Räumlichkeiten der Gebäranstalt noch in warmer und lieber Erinnerung sind, so wird es dieselben gewiss interessiren, wenn ich sie in den kürzesten Worten mit den jetzigen Räumlichkeiten bekannt mache.

In dem unteren Stock wohnen links vom Eingang der Assistent und die Hebamme; rechts sind die Räumlichkeiten für die Sammlungen, für die Touchirübungen, die Phantomübungen, die ambulatorische Klinik, die Examina und den Hebammenunterricht. Der ganze obere Stock ist zu Sälen für kranke Frauen, Wöchnerinnen und Schwangere eingerichtet. Das Gebärzimmer ist auf der einen Seite durch das Wartezimmer der Studenten von den Räumen für die kranken Frauen, auf der anderen Seite durch das hintere Vorhaus von den Zimmern der Schwangeren und Wöchnerinnen getrennt. Das Gebärzimmer auf der einen Fronte und das Treppenhaus auf der andern Fronte, in der Mitte des Hauses belegen, theilen dasselbe in zwei ganz getrennte Seiten. Auf jeder Seite stehen 8 Betten. So ist durch den Umbau erreicht, dass nicht nur das Gebärzimmer mit seiner Unruhe vollkommen von den andern Räumen getrennt ist, sondern wir haben auch zwei getrennte Seiten, die abwechselnd von den Wöchnerinnen eingenommen und bei diesem Wechsel gereinigt und gelüftet werden können.

Für reine Luft ist durch Kamine und Anlegung warmer geruchloser Abtritte gesorgt.

So sind wir in den Stand gesetzt, stets wenigstens acht Betten mit kranken Frauen zu belegen, eine Zahl, die bei der langen Zeit, die diese Kranken meist (wenn auch nicht alle bis zur Genesung behalten werden können), bei uns verweilen, keineswegs eine grosse ist. Immerhin haben wir Gelegenheit, die wichtigsten Krankheitsformen in jedem Semester zu beobachten und den Erfolg der Therapie zu prüfen*).

Alle, sowohl die in die stationäre Klinik aufgenommenen, als auch die ambulanten Kranken, werden so viel nur möglich, zur Untersuchung benutzt. Die Kranken der stationären Klinik werden einem Praktikanten übergeben und können überdies täglich oder jeden dritten Tag auch von einem andern Praktikanten untersucht werden, zu welchem Zwecke sie sich beim Assistenten zu melden haben, der mit ihnen die Untersuchung vornimmt. Die Kranken der Ambulanz werden,

*) In letzter Zeit sind öfter Anfragen von Bürgerfrauen der Stadt und Kranken anderer Städte an mich gelangt, ob sie nicht für bestimmte Zahlung könnten in der Entbindungsanstalt verpflegt werden. Da solche zahlende Kranke natürlich wünschten, nur in beschränktem Grade als klinisches Material angesehen zu werden, so konnte bei den jetzigen Räumlichkeiten diesen Wünschen noch nicht nachgekommen werden, doch sind schon Anordnungen getroffen, in Bälde diesen Wünschen zu genügen, um auch auf diese Weise unser Material zu vermehren.

Gern und dankbar bin ich bereit, aus der Ferne der Klinik zugesandte Kranke aufzunehmen, da es dazu an Raum nie fehlen wird; es können solche Zusendungen bei dem nicht grossen Material, das die Umgegend uns bietet, nur erwünscht sein.

nachdem sie von mir genau untersucht sind, noch von einem oder zwei Praktikanten untersucht. So ist allerdings hinreichende Gelegenheit zur Uebung in der Untersuchung und Diagnose gegeben. Die nöthigen localen Applicationen sind den Praktikanten überlassen, werden auch öfter von den Hebammenschülerinnen ausgeführt*).

Ich kann nicht umhin, auf die Art und Weise unserer Untersuchung hier im allgemeinen und bei der speciellen Besprechung noch näher auf dieselbe einzugehen. Es kommt mir dahei nicht in den Sinn, eine ausführliche Anleitung über die Untersuchung zu geben, doch glaube ich manchem Leser hier und da einen angenehmen Wink geben zu können, wenn ich die Sache

*) So lernen die Schülerinnen allerdings den Mutterspiegel brauchen und Blutegel appliciren, allenfalls auch ein Aetzmittel anbringen. Doch bitte ich die Collegen dringend, nur nicht zu glauben, dass die Hebammen auch nur eine leise Idee von der Diagnose der Gebärmutterleiden u. s. w. haben. Ich erkläre dieselben jetzt ebenso unbrauchbar zu diesem Zwecke wie früher und kann nicht umhin, die Benutzung derselben zu diesem Zwecke ganz unstatthaft und tadelnswerth zu finden, was ich mit aller Entschiedenheit aussprechen muss, da ich die Hebammen nicht nur aus der Zeit des Unterrichts, sondern auch vom Examen her kenne und endlich oft genug Gelegenheit gehabt habe, von den besten Hebammen mit impertinenter Sicherheit Dinge berichten zu hören, von denen ich bei der Untersuchung nichts finden konnte. Der Arzt, der zu untersuchen versteht, bedarf der Hebamme nicht und wird bei entschiedener Weigerung, eine Hebamme zu benutzen, nie auf zähen Widerspruch stossen, nur bitte und frage er nicht lange um Erlaubniss, sondern verlange eine Untersuchung und behandle nie ohne solche; wer aber nicht zu untersuchen versteht, der bleibe der Behandlung derartiger Leiden fern.

vom rein praktischen Standpunkte kurz bespreche und einiges mir eigenthümliche einstreue.

Für den erfahrenen Frauenarzt und namentlich den sorgfältigen Beobachter ist es von Interesse und ein Prüfstein für die bisherige Erfahrung und Auffassung, zuerst die Untersuchung vorzunehmen und daraus sich die subjectiven Erscheinungen, die Ursache u. s. w. zu construiren und bleibt dies immer ein, dem Praktiker sehr zu empfehlendes Experiment. Für den klinischen Zweck wird es aber wohl richtiger sein für gewöhnlich den umgekehrten Weg zu gehen, und ist das bei den uns beschäftigenden Leiden um so weniger gefährlich, als hier aus dem mündlichen Examen sich nicht so leicht eine vorgefasste Meinung hervorbilden dürfte, die für die vorurtheilsfreie Auffassung des objectiven Thatbestandes störend sein könnte. Nur der erfahrene, sorgfältige Beobachter vermag hin und wieder aus den Angaben der Kranken eine annähernd richtige Diagnose zu stellen.

Nach genauem mündlichen Examen und nach etwa nöthig erscheinender Untersuchung der Brust und der Unterleibsorgane schreiten wir zur Untersuchung der Geschlechtsorgane und unternehmen zuerst mit beiden Händen die äussere Untersuchung.

Dass diese nur unter besonderen Umständen im Stehen und in der Seitenlage vorgenommen wird, braucht wohl kaum bemerkt zu werden. Ich finde die Wäsche sehr hinderlich und untersuche stets auf der blossen Haut. Je schlaffer und magerer die Bauchdecken, desto leichter. Bei starkem Fettpolster ist nichts zu thun. Bei gespannten Bauchdecken untersucht man am besten früh Morgens, namentlich nachdem Abends ein Laxans gegeben wurde, erschläfft nöthigenfalls die

Bauchwandungen durch Chloroform-Narkose. Jedenfalls lässt man die Blase entleeren und bei der Untersuchung die Schenkel anziehen. Diese Schlawheit der Bauchdecken ist uns besonders für die doppelte Untersuchung wichtig.

Man gelangt durch die Bauchwandungen in den meisten Fällen leicht bis an das Promontorium, selbst tiefer hinab bis gegen die Vereinigung des zweiten und dritten Kreuzbeinwirbels; nur hüte man sich, nicht unmittelbar über der Symphysis pubis die Bauchdecken herabzudrängen. Je höher man hinein dringt, desto weniger Widerstand erfährt man von den Bauchdecken. In dem Beckeneingang fühlt man beiderseits den *M. psoas major*. Ich habe es öfter erfahren, dass der bewegliche runde Strang für Ovariumtumor oder Exsudat gehalten wurde und warne deshalb davor. Je nach der Haltung des Oberschenkels ist der Psoas deutlicher oder undeutlicher zu fühlen, gespannter oder schlaffer. Bei der Möglichkeit, so tief in's kleine Becken zu dringen, wie es eben geschildert worden, sollte man meinen, den normalen Uterus und selbst kleine Neubildungen deutlich fühlen zu müssen. Obgleich man weit unter die Ebene des Fundus uteri gelangt, fühlt man den normalen Uterus wegen seiner Beweglichkeit nie. Bei der äusseren Untersuchung fühlt man den Uterus nur, wenn er vergrössert oder fixirt ist; Tumoren nur, wenn sie grössere sind und von vorn herein oder beim Herabdrängen durch den Beckenboden so fixirt sind, dass sie uns zugänglich werden. Man hüte sich, eine gewisse Spannung, die beim tiefen Herabdrängen in den Bauchwandungen entstehen muss, für etwas pathologisches im Becken zu halten, eine Versuchung, in die man um so leichter gerathen kann, je mehr die *Musculi recti*

Unebenheiten vortäuschen. — So wichtig die äussere Untersuchung für grössere Tumoren des Uterus und seiner Nachbarschaft sind, so selten ergiebt die äussere Untersuchung allein etwas wichtiges für die Diagnose kleinerer Tumoren.

Es folgt die innere Untersuchung. Noch nie ist mir das Eindringen des linken Zeigefingers durch das Hymen unmöglich gemacht worden. So eng die Oeffnung auch anfangs schien, nie habe ich das Hymen einschneiden müssen; stets gelang es mir ohne Verletzung des Hymens die Oeffnung allmählig durch den eindringenden Finger zu erweitern. Sollte das nicht möglich, überhaupt in solchen Fällen die Untersuchung nicht entschieden nöthig sein, so ziehe man die Untersuchung durch den Mastdarm vor, die hier meist noch genauere Resultate giebt. Ich verweise auf das später zu besprechende, muss aber hier noch bekennen, dass durch das Hymen die freie Bewegung des Fingers gestört werden kann. Der Zeigefinger untersucht nun, ohne dass die auf den Bauchdecken liegende rechte Hand die Untersuchung unterstützt, weil durch einen kräftigen Druck von oben der Uterus aus seiner Lage gebracht wird. Man beachte jeden Punkt, der zu erreichen ist, sorgfältig. Hauptaugenmerk wird bei dieser Untersuchung immer auf die Lage, Richtung, Form und Beschaffenheit der Vaginalportion gerichtet. Nebenbei aber lässt sich nicht selten schon auf diese Weise ein Theil des Uterinkörpers fühlen und schon auf diese Weise Form, Grösse und Lage des Uterus bestimmen. Je schlaffer die Scheide, je dünner die Wandungen derselben, je mehr das Fett in der Umgebung der Vagina geschwunden, desto mehr lässt sich ferner von der inneren Beckenwand fühlen. Immer fühlt man die

Spina ischii und das Ligamentum spinoso-sacrum und tuberoso-sacrum.

Oft findet man sehr deutlich den M. obturator internus je nach seiner Contraction mehr oder weniger markirt. Ebenso oft lässt sich deutlich ein Theil der seitlichen und vordern Beckenwandung fühlen, Incisura ischiadica minor und major, Rand des Foramen obturatorium. — Seltener schon ist der Pyriformis und der Arcus tendineus fasciae pelvis zu fühlen. Wie wichtig diese Resultate für die Diagnose der verschiedensten Krankheiten sind, und wie eine so genaue Localbestimmung manche dunkle Symptome erklären kann, liegt wohl auf der Hand. Ich brauche nicht an die verschiedenen Hernien, an die entzündlichen Exsudate, Scheidenkrankheiten und ihre Beziehungen zu den Gefässen und Nerven des Beckens zu erinnern.

Um den Uterus deutlicher zu fühlen, übt man mit der anderen Hand einen Druck auf die Bauchwandungen aus, wodurch der Uterus tiefer hinab gedrängt und eine genauere Bestimmung seiner Form, Lage, Grösse und Consistenz möglich wird. Oft genug ist hier aber das straffe Scheidengewölbe ein Hinderniss für eine genaue Diagnose. Es ist das namentlich der Fall bei Personen, die nicht geboren haben.

Um den Uterus noch genauer zu untersuchen, muss die doppelte Untersuchung energischer vorgenommen werden. Je schlaffer und fettarmer die Bauchdecken, desto leichter ist sie. Nicht oft (unter 10 Fällen etwa einmal) gelingt es auf diese Weise nicht zu einer genauen Diagnose zu gelangen. Es kommt darauf an, den Uterus zwischen beide untersuchende Hände zu bringen, um ihn gleichzeitig mit beiden zu befühlen. Zu dem Zwecke ist es nöthig, mit der äusserlich untersuchenden

Hand durch starkes Herabdrängen der Bauchwandungen hinter den Uterus zu gelangen. Der in der Scheide befindliche Finger geht hinter der Vaginalportion so hoch als möglich hinauf und beide Hände drängen den Uterus nach vorn gegen die Symphysis pubis. Nicht selten kann man ihn ganz an die Symphysis andrängen, ja einen schlaffen Uterus gelang es mir schon öfter über den Ramus horizontalis pubis zur Seite der Blase hinüber zu drücken. Auf diese Weise gelingt es dann bei einiger Uebung bald und leicht, wenn man den Uterus erst fühlt und zwischen den Händen hat und ihn so von allen Seiten mit beiden Händen untersuchen kann, die Beweglichkeit, die Form, Grösse, Lage, Consistenz ganz genau zu bestimmen. Doch hüte man sich vor Täuschungen, indem es hier ein leichtes ist, bei der Untersuchung Lagenveränderungen hervorzurufen, bei energischem Druck auf ein schlaffes Organ selbst Knickungen künstlich herbeizuführen. Hat man sich einige Uebung in dieser Methode der Untersuchung erworben, so kann man die wohl für schwierige Fälle empfohlene Untersuchung in der Seitenlage entbehren, bei der sich kein hinreichendes Herabdrängen der Bauchwandungen erreichen lässt. Was hier für den Uterus gilt, gilt auch mit geringen Abweichungen für Tumoren im Becken.

Nicht immer gelingt es, auf die eben besprochene Weise, den Uterus genau zu untersuchen. Die Hindernisse sind: die Lage und Beschaffenheit des Uterus, straffe Bauchwandungen und ein unachgiebiges Scheidengewölbe. Doch auch für diese Fälle besitzen wir hinreichende Mittel, um zu einer sicheren Diagnose zu gelangen; es sind diese die bald zu besprechende Untersuchung mit der Sonde und

durch den Mastdarm. Vorher einige Bemerkungen über die Hindernisse, die aus der Lage und Beschaffenheit des Uterus erwachsen. Bei starker Retroversio und Retroflexio gelingt es öfters nicht, hinter den Uterus zu gelangen; hier ist aber der Stand des Uterus meist so tief, dass die Untersuchung durch die Vagina hinreicht. Wo aber der Uterus sehr schlaff und welk ist, wie öfter bei blutleeren Personen oder nach langem Katarrh oder wo er zugleich dünnwandig ist, wie bei den rudimentären Bildungen, bei der Atrophie in der Decrepidität und nach puerperalen Erkrankungen, ebenso bei langdauernden Lagenveränderungen u. s. w. entzieht sich das schlanke schlaffe Organ der doppelten Untersuchung und man fühlt bei der doppelten Untersuchung selten mehr als die Portio cervicalis. Man muss sich hüten, aus diesem Befund nicht zu voreilig eine rudimentäre Bildung zu diagnosticiren.

Auf die oben besprochene Weise gelangt man in den meisten Fällen zu einer sichern Diagnose der Gebärmutterleiden, so weit eine solche durch diese Untersuchung überhaupt möglich ist, und auch Tumoren der Nachbarschaft, selbst bis zur Grösse einer Kirsche, werden meist sicher aufgefunden und bestimmt.

Jetzt lasse ich in allen Fällen mit der Sonde untersuchen, theils zu diagnostischen Zwecken, theils um die Praktikanten im Gebrauche des Instrumentes zu üben. Nur ausnahmsweise unterbleibt das Sondiren, bei grosser Schmerzhaftigkeit, bei starken Blutungen u. s. w. Ich gebe gern zu, dass die Sonde zu diagnostischen Zwecken selten nöthig ist und dass, je geübter der Arzt in der doppelten Untersuchung und der Untersuchung per rectum ist, derselbe der Sonde desto weniger bedarf. Die Sonde ist aber nicht zu entbehren

und sei es auch nur, um die rudimentären Formen des Uterus zu diagnosticiren. Der angehende Arzt bedarf derselben zu einer sicheren Diagnose oft. Wenn ich noch nie Nachtheile von dem Gebrauche der Sonde gesehen und der Ueberzeugung bin, dass dieselbe, mit Vorsicht gebraucht, nie schaden wird, so habe ich es für nöthig gehalten, meine Schüler sich im Gebrauch der Sonde nach Möglichkeit üben zu lassen. Es dürfte ohne diese Uebung wohl einem oder dem anderen vorkommen, dass er in Folge seines Ungeschicks ernste Erkrankungen durch Verletzung des Uterus beobachtet. Das Einführen ist hier nicht zu besprechen. Ich bemerke nur, dass in jenen Fällen von schlaffem und rudimentärem Uterus das Einführen der Sonde meist schwierig ist. Nachdem der Sondenknopf in diesen Fällen in den äusseren Muttermund eingeführt worden, bewegt man das Instrument mehr rotirend und wendet es mit der Concavität zweckmässig nach rechts und links, wohl auch nach hinten, weil das Organ in diesen Fällen durch seine Schlaffheit und die oft rudimentären Ligamente nicht immer normale Form und Richtung hat. Nach dem Einführen fühlen wir den Sondenknopf bei einem beweglichen Uterus stets durch die Bauchwandungen. Abgesehen von dem Behelfe, den wir aus der Sondenuntersuchung für die Diagnose der Versionen und Flexionen gewinnen, prüfen wir, wie das bekannt ist, die Beweglichkeit, Länge der Höhle u. s. w. Es wird uns die Sonde aber dadurch besonders wichtig, indem wir dieselbe benutzen, um den Uterus auf das hintere Scheidengewölbe zu drängen, und so vollkommener zu untersuchen. Wie ich später zeigen werde, ist sie aber für die Diagnose gewisser Formen unentbehrlich, indem sie allein in diesen Fällen es möglich macht,

den auf den Mastdarm gedrängten Uterus durch diesen genau zu untersuchen. Wenn wir die Sonde mit der Concavität gegen das Kreuzbein wenden, können wir die Sonde per rectum bis an den Knopf verfolgen.

Grosse Wichtigkeit lege ich der bisher sehr vernachlässigten Untersuchung durch den Mastdarm bei und versäume dieselbe, wenn möglich, bei keiner Kranken. Diese Untersuchung bringt uns für die Untersuchung des Uterus nicht nur wichtige, sondern häufig viel genauere Resultate, als die Untersuchung per vaginam. Der Grund ist einfach der, dass der Mastdarm in seinen Wandungen viel nachgiebiger und dehnbarer ist, als das Scheidengewölbe; daraus ergibt sich die Wichtigkeit dieser Untersuchung für Atresia vaginae, für Jungfrauen, die natürlich nur im Nothfall per vaginam untersucht werden. Wir erkennen vorhandene Leiden des Uterus auf diesem Wege in diesen Fällen sicher; dasselbe gilt, abgesehen von diesen für viele andere Fälle von Erkrankungen des Uterus, ganz abgesehen von jenen Formen, die nur so erkannt werden können und von jenen Erkrankungen, Tumoren u. s. w., deren Lage hinter dem Uterus uns entschieden diesen Weg weist. Von Erkrankungen des Mastdarms schweige ich.

Um zu Resultaten zu gelangen, kommt es sehr auf die Art der Untersuchung an. Der Grund, dass die Untersuchung per rectum meist nur mit dem Zeigefinger der einen Hand angewandt wurde, erklärt es, warum man dieser Untersuchung im Allgemeinen so wenig Werth beilegt. Es muss auch hier eine doppelte Untersuchung vorgenommen werden, indem dem per rectum untersuchenden Finger durch ein kräftiges Herabdrängen der Bauchwandungen die betreffenden Theile genähert

werden. Desshalb muss stets in der Rückenlage untersucht werden. Nach dem Einführen des linken Zeigefingers in den Darm, kommt der Daumen an die Genitalien oder in die Scheide, die drei übrigen Finger ausgestreckt an das Kreuzbein zu liegen. Auf diese Weise gelangt der Finger höher hinauf, als wenn die Finger eingeschlagen werden. Die Vaginalportion erkennt man meist leicht an der Form, Consistenz, den Muttermundslippen und dem Muttermunde. Ohne Herabdrängen der Bauchwandungen fühlt man selten von dem Uterus mehr als die Portio cervicalis, höchstens noch die unterste Partie des Körpers. Bei der doppelten Untersuchung aber fühlen sich beide untersuchende Hände und unterstützen sich in der Untersuchung, so dass wir ganz wie bei der oben schon geschilderten doppelten Untersuchung den grössten Theil der Beckenhöhle durchmustern können und wegen der (in solchen Fällen durch hartnäckige Obstruction noch vermehrten) Nachgiebigkeit des Mastdarms zu genaueren Resultaten gelangen als dort. Wir finden bei dieser Untersuchung meist noch vom Uterus abgehend die Ligamenta rectouterina und haben so ein Mittel, die Lokalität genau zu bestimmen, und haben bei Exsudaten ein vortreffliches Mittel, in dem Fühlbarwerden dieser Bänder, die Abnahme der Exsudate nachzuweisen und auf extra- oder intraperitonäale Lage zu schliessen. Vergl. Parametritis unten. Bei den rudimentären Bildungen, bei Mangel des Uterus*) fühlen wir selbst die Ligamenta lata, die hier durch ihren tiefern Stand erreichbar werden. Sehr selten nur gelang es mir bis jetzt diese Ligamenta beim normalen stark herabgedrängten oder reklinirten

*) Ich verweise auf den später zu berichtenden Fall, s. unten.

Uterus zu fühlen, doch konnte ich in solchen Fällen wohl hin und wieder das nicht vergrösserte Ovarium auf finden. Nur mittelst der Untersuchung per rectum sind der Mangel, die rudimentären Bildungen, die äusserste Schlaffheit des Gewebes zu erkennen und von einander zu trennen, indem wir für diesen Zweck den Uterus mit der Sonde auf den Mastdarm drängen und die Sonde selbst mit der Concavität nach hinten wenden. Nur so lässt sich die Dünnhheit und Schlaffheit der Wandungen und die Form genau bestimmen*).

Die Untersuchung, auf die eben geschilderte Weise angestellt, ist also in vieler Beziehung belehrender, als die per vaginam, und fordere ich die Aerzte, denen sie in dem Umfange nicht bekannt ist, auf, meine Angaben zu prüfen und zweifele nicht daran, dass dieselben mir vollkommen beistimmen werden.

Die Untersuchung per rectum und zu gleicher Zeit mit dem Katheter durch die Blase halte ich nach dem Besprochenen für unnütz.

Den Schluss der Untersuchung macht die Inspection durch den Mutterspiegel. Ich nehme dieselbe stets in der Rückenlage vor. Für jene Fälle, wo die Vaginalportion schwer aufzufinden, wird die Sonde in den Uterus geführt, und dann über die Sonde der Mutterspiegel eingeführt. Es lässt sich aber, meiner Erfahrung nach, dieses Experiment und die sehr unbequeme Knie-Ellenbogenlage durch die von *Simon* empfohlene Steiss-Rückenlage vermeiden.

Ich brauche wohl nicht zu bemerken, dass von dieser Reihenfolge der Untersuchung nach Umständen abge-

*) Ich verweise hier auf den betreffenden Abschnitt im Bericht *s. unten*.

gangen wird und dass es für die Praxis zum Zwecke einer richtigen Diagnose nicht in jedem Fall aller dieser Experimente bedarf. Ich brauche ferner nicht zu wiederholen, dass es nicht in meiner Absicht lag, eine ausführliche Abhandlung über Untersuchung zu geben und namentlich die Anwendung der Untersuchung auf specielle Erkrankungen zu besprechen. Ich wollte nur eine Reihe praktischer Winke geben, die vielleicht manchem nicht unerwünscht sein dürften.

Wenn ich nun mich anschicke, einen gemeinschaftlichen Bericht über das in der stationären Klinik und in der Ambulanz Beobachtete zu geben, muss ich doch einige Bemerkungen voraus schicken. Ich glaube, dass die Notizen über die Ambulanz nach Möglichkeit ausführlich und genau notirt sind; hier und da sind aber doch Lücken vorhanden. Für den Assistenten, der das Buch führt, war, da nicht dictirt wird, einige Übung nöthig. Es konnte nicht ausbleiben, dass Störungen kamen und diese und jene Angabe überhört wurde. Hatten wir in einer Stunde reiches Material, so konnte nicht jeder Fall bis in's kleinste Detail genau untersucht und examinirt werden. Bei andern Kranken verbot und störte die Menstruation, ein überfülltes Rectum, straffe Bauchwandungen die Untersuchung. Diese wurde auf die Wiederkehr der Kranken verschoben. Einzelne blieben aber aus. Im allgemeinen sind unsere Notizen ausreichend.

Wo im Bericht von Therapie die Rede ist, bezieht sich das selbstverständlich ganz besonders auf die stationäre Klinik.

Die Zahlen gestalten sich, wie gleich unten angegeben; ich habe nur hinzuzufügen, dass die Zahlen nur die Zahl der behandelten Personen bezeichnen. Bei

einer und derselben Kranken handelte es sich selbstverständlich oft, ja wohl in den meisten Fällen, um mehrere neben einander bestehende Leiden. So z. B. Lagenveränderungen neben chronischer Metritis; zugleich waren starke Granulationen und Scheidenkatarrh zugegen. Bei der Einreihung unter die unten bezeichneten Krankheitszustände wurde jede Kranke nach dem Hauptleiden untergebracht. Wir beobachteten:

Rudimentäre Bildung und mangelhafte

Entwicklung des Uterus, bei . . . 10 Personen.

Atrophie d. Uterus nach F. puerperalis	1	"
Atrophia senilis uteri	5	"
Normalen Uterus im Greisenalter . .	4	"
Anteflexio	26	"
Retroflexio	3	"
Prolapsus uteri	19	"
Anteversio uteri	6	"
Retroversio uteri	29	"
Dextroversio uteri	1	"
Retroversio uteri gravidi	1	"
Catarrhus uteri et vaginae	29	"
Amenorrhöe	41	"
Anämie durch ungehöriges Stillen . .	9	"
Dysmenorrhöe	1	"
Verengerung des os uteri internum .	2	"
Rundes Fibroid	4	"
Fibröser Polyp	1	"
Schleimpolypen	4	"
Krebs des Uterus	5	"
Metritis acuta und chronica	43	"
Haematocele retrouterina	5	"
Parametritis	9	"
Oophoritis	2	"

Hydrops ovarii, bei	8 Personen.
Atresia vaginae	1 „
Fistulae vaginales	4 „
Cystocele vaginalis	2 „
Catarrhus vesicae	5 „
Carunculae orificii urethrae	3 „
Partus praematurus habitualis	1 „
Kranke Schwangere	30 „
Mastitis	2 „
Ruptura perinaei	7 „

Summa 323 Personen.

B e r i c h t.

Rudimentäre Bildung und mangelhafte Entwicklung des Uterus.

So leicht sich auch bei der anatomischen Untersuchung des Uterus mangelhafte Entwicklung von den rudimentären Bildungen trennen lässt*), bei der Untersuchung an Lebenden ist es anders. Es wird sich aus dem Nachfolgenden ergeben, dass wir nur selten diese beiden Formen diagnostisch von einander zu trennen vermögen.

Wir beobachteten 10 hierher gehörige Fälle. Bevor ich aber auf diese Fälle näher eingehe, muss ich zuerst die Methode der Diagnose näher besprechen und feststellen, wie weit ich glaube in der Genauigkeit der

*) *Scanzoni, Lehrbuch u. s. w. III. Aufl. 1863, S. 56 u. 69.*

Diagnose gehen zu können. Ich bin der Ueberzeugung, dass diese abweichenden Bildungen des Uterus mit weit mehr Sicherheit erkannt werden können, als die Gynäkologen meinen.

Den Arbeiten von *Förster*, *Kussmaul* und andern verdanken wir eine gründliche Kenntniss dieser abweichenden Bildungen. Es geht aus den citirten Arbeiten hervor, dass die Verschiedenheit der hierher gehörigen Formen, je nach der Zeit, in der die Entwicklung während des Intrauterinlebens gestört wurde, eine sehr grosse ist. Aber auch nach der Geburt können mehrfache Störungen in dem Wachsthum des Uterus eintreten. Die meisten von diesen abweichenden Bildungen haben unter einander das Gemeinschaftliche, dass der Uterus mehr oder weniger membranös ist, also mehr oder weniger dünne Wandungen hat. Diese Beschaffenheit der Wandungen glaube ich diagnosticiren zu können, womit denn diese Formen im weitern Sinn erkannt wären. Für die Praxis bedarf es einer speciellern Diagnose nur ausnahmsweise. Aus der Länge und Richtung der Höhle, aus der Beschaffenheit der Portio vaginalis, der Vagina und der äussern Genitalien, aus der vorhandenen oder fehlenden Menstruation werden wir versuchen dürfen, zu einer speciellern Diagnose zu gelangen. Bei der grossen Mannigfaltigkeit des Verhaltens dieser eben citirten Momente bei diesen Missbildungen dürfen wir selten über eine Vermuthung hinausgehen, es sei denn, dass wir so sicher geleitet werden, wie durch Auffindung einer doppelten Portio vaginalis oder eines rudimentären Nebenhornes.

Bei der Untersuchung durch die Scheide finden wir in der entweder engen und kurzen oder normal gebildeten Scheide mit seltenen Ausnahmen eine rudimen-

täre Vaginalportion. Dieselbe ragt wie eine kleine Warze am Scheidengewölbe hervor und zeigt einen kleinen runden, oft nur dem geübten Finger fühlbaren Muttermund. Der Scheidentheil liegt oft ganz nach der einen Seite hin und es verschmilzt wohl seine seitliche Begrenzung ganz mit der Scheidenwand, so dass er nicht frei in die Scheide hineinragt und nicht von allen Seiten umgangen werden kann. Man kommt auf den Gedanken, es sei nur die eine Hälfte der doppelten Anlage, aus der sich Uterus und Scheide bilden, entwickelt. Man denkt bei Verschmelzung des Scheidentheils mit der rechten Scheidenwand z. B. an Uterus unicornis sinister. Es wäre das aber ein voreiliger Schluss, weil wir in allen Fällen, wo der Uterus seine Lage verändert hat, oder wegen grosser Schlaffheit, ebenso wie in den zu besprechenden Fällen, keine bestimmte Lage einnimmt, dieselben Veränderungen beobachten können. Es verschwindet in diesen Fällen die, der Lage des Fundus entgegengesetzte Lippe im Scheidengewölbe.

Untersuchen wir nun weiter und stellen die doppelte Untersuchung an, wie sie oben geschildert wurde und untersuchen mit dem Zeigefinger der einen Hand durch die Scheide oder den Mastdarm und mit der andern Hand durch die erschlafften Bauchdecken, so fühlen wir hier in einzelnen Fällen nichts mehr als durch die Vagina, d. h. die rudimentäre Portio vaginalis. In andern Fällen findet man deutlich eine grössere Partie des Uterus, die schlanke, meist etwas resistenterere Portio cervicalis. Man ist versucht, an foetale Form zu denken, bei welcher die Portio cervicalis so bedeutend vorwaltet. In noch andern Fällen findet man bei dieser Untersuchung das ganze Organ. Es erscheint als eine schlaffe und welke haltlose, in sich zusammengefallene Masse,

und erst die Sonde bringt uns eine Anschauung von der Beschaffenheit des Organes. In einem Fall gleitet die Sonde leicht in das Organ, im andern nicht. Im letztern Fall suche man das Instrument, leicht rotirend in der Richtung nach rechts oder links, selbst mit der Concavität nach hinten gerichtet, einzuführen. Bis jetzt gelang es mir bei leichter Führung und einiger Sorgfalt stets. So bestimmen wir die Länge des Uterus und finden die Höhle normal lang oder verkürzt. Jetzt hebe man den Uterus mit der Sonde gegen die Bauchwandungen. In seltenen Fällen gelingt es bei dünnen schlaffen Bauchwandungen durch diese die Sonde durch den ganzen Uterus bis an die Portio vaginalis zu verfolgen und so annähernd die Dicke der Wandungen zu bestimmen. (Hier kommen jedoch leicht Täuschungen vor. Wenn der normale Uterus sehr welk ist, kann man fast denselben Befund haben.) Das Scheidengewölbe ist meist so straff, dass durch dasselbe eine Untersuchung des, mit der Sonde auf das hintere Scheidengewölbe gedrängten, Uterus nicht genau gemacht werden kann.

Die Untersuchung durch den Mastdarm giebt für die Diagnose die wichtigsten Resultate. Am genauesten untersuchen wir, wenn wir die im Uterus befindliche Sonde mit der Concavität nach hinten wenden und den Uterus stark nach hinten und unten drängen. Wir erkennen hier zunächst die Sonde in ihrem Verlauf durch die Scheide. Ferner fühlen wir die Sonde in der Portio infra- und supra-vaginalis und verfolgen dieselbe bis an den Fundus. Auf diese Weise können wir die Dicke der Uteruswandungen fast genau bestimmen, die Beschaffenheit der Portio cervicalis, des Corpus und Fundus ebenso. Wir fühlen in allen Fällen die Ligamenta rectouterina, in seltenen Fällen auch die, durch die La-

genveränderung des Uterus gespannten und erreichbaren Ligamenta lata.

Auf diese Weise glaube ich zu einer, so weit es möglich ist, genauen Bestimmung der Beschaffenheit des Uterus gelangen zu können und auf diese Weise eine, so weit es möglich, genaue und nicht zu kühne Diagnose zu stellen. Dass hier ein rudimentäres Nebenhorn übersehen und nicht die kleinsten Details ermittelt werden können, versteht sich wohl von selbst.

Während ich die Arbeit zum Druck vorbereite, hatten wir Gelegenheit ein 24jähriges Mädchen zu untersuchen, 50" hoch. Beckenmaasse: $9\frac{1}{4}$ ", $8\frac{1}{2}$ ", 7". Conjugata externa $5\frac{1}{2}$ ". Conjugata vera $2\frac{3}{4}$ ". Sie war in jeder Beziehung noch unentwickelt, der Uterus gewiss noch foetal, unter $1\frac{1}{2}$ " lang, sondirt konnte nicht werden, aber die Bestimmung der Breitendimensionen gab dasselbe Resultat und mag denen ein Beweis sein, dass unsere Diagnosen nicht zu gewagt sind, die etwa daran zweifeln möchten, da keine Sectionen vorliegen, die die Diagnosen bestätigen.

Einen ganz ähnlichen, wohl ganz denselben, Befund hatten wir bei Atrophia uteri nach Puerperalfieber und beim decrepiden Uterus, dessen Form und Beschaffenheit sich wieder der kindlichen nähert.

Ich darf nicht weiter gehen, ohne auf die einzig mögliche Verwechslung zurück zu kommen. Es ist der welke, schlaffe Uterus der blutleeren Mädchen und Frauen und der Uterus bei lange bestehenden Lagenveränderungen, der bei der doppelten Untersuchung einen, dem oben geschilderten Befund ganz ähnlichen, geben kann. Die Untersuchung mit Hilfe der Sonde durch den Mastdarm wird bei gehöriger Sorgfalt eine Verwechslung vermeiden lassen, indem es

hier möglich ist, die grössern Dimensionen des Uterus zu ermittelh.

Wo der Uterus fehlt, oder nur in unbedeutenden Faserzügen angedeutet ist, reicht die doppelte Untersuchung durch Scheide (wenn dieselbe vorhanden) und Mastdarm einerseits und die Bauchdecken andererseits aus, um zu der richtigen Diagnose zu gelangen. Ich verweise auf die weiter unten zu schildernde Beobachtung.

Hiernach glaube ich zur Aufzählung der in der Klinik beobachteten Fälle übergehen zu können. Es sind, wie erwähnt, 10 Fälle: 9 Estinnen und 1 Deutsche. Die Zahl ist gegen das, was frühere Beobachter in der Beziehung angaben, eine grosse. Bleichsucht ist bei unseren Nationalen sehr häufig und zieht sich meist durch eine Reihe von Jahren hin. Sollte dadurch vielleicht bedingt sein, dass der Uterus auf der infantilen Stufe der Entwicklung stehen bleibt, und das Leiden deshalb hier häufiger zur Beobachtung kommt? Der Hauptgrund, dass wir diese Fälle so häufig fanden, liegt aber gewiss in der Methode unserer Untersuchung, bei der diese Formen nicht übersehen werden konnten, wie früher häufig geschehen.

Kristi Kaplus. Estnische Bauerfrau, 20 Jahre alt, anämisch, lebt seit $1\frac{1}{2}$ Jahren in unfruchtbarer Ehe und klagt über mancherlei Beschwerden, wie sie blutleeren Personen eigen sind. Weder war die Menstruation noch Bestrebungen zu derselben dagewesen. Alle Organe, mit Ausnahme des Uterus, gesund. Brüste und äussere Geschlechtstheile normal. Beckenmaasse normal. Der Scheidentheil rudimentär, sehr welk. Die doppelte Untersuchung ergibt nicht mehr, als die Vaginaluntersuchung. Die Sonde dringt in den Uterus ein, wenn man ihr eine Richtung stark nach links giebt, und nimmt jetzt eine Stellung mit der Concavität nach links ein. Höhle des Uterus $1\frac{1}{4}$ " lang. Uterus beweglich. Der in den Mastdarm eingeführte

Finger bestimmte die Dicke der schlaffen Uteruswandungen auf etwa 1 Linie. Keine Anschwellung im Fundus zu fühlen. Scheide normal. Ich neigte am meisten zur Annahme des Uterus unicornis sinister.

Frau Antropoff, eine kinderlose, seit 8 Jahren verheirathete deutsche Ehefrau, litt an mässigen hysterischen Beschwerden. Anämie sehr mässig. Menstruationsbestrebungen stellten sich im 17ten Jahre ein; die Menstruation erschien jedoch erst ein Jahr später, setzte oft aus, war sparsam und von Schmerzen begleitet und nahmen diese Beschwerden nach der Verheirathung noch zu. Brüste, äussere Geschlechtstheile und Scheide normal. Portio vaginalis welk, schlank, rund, sehr kurz, die vorderen Lippen unmittelbar in das Scheidengewölbe übergehend. Der äussere Muttermund rund, sehr klein, kaum zu fühlen. Bei der doppelten Untersuchung weder durch die Bauchdecken, noch durch die Scheide, noch durch den Mastdarm der Uterus nachzuweisen. Die Sonde dringt $2\frac{1}{2}$ " tief in den Uterus ein. Den mit der Sonde auf den Mastdarm gedrängten Uterus fühlt man jetzt, gebildet von membranösen Wandungen. Hier war deutlich rechts und links der obere Stand der Ligamenta lata zu fühlen. Desshalb schlossen wir den einhörigen Uterus aus und meinten einen membranösen oder infantilen Uterus annehmen zu dürfen.

Anna Juiska. Estnische Bauerfrau, 26 Jahre alt, lebt seit $1\frac{1}{2}$ Jahren in kinderloser Ehe mit einem kräftigen Manne, wie ebenso die beiden oben genannten Frauen. Bis in's 18te Lebensjahr war sie stets gesund. Da stellten sich Auftreibung des Leibes, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Schmerzen im Leibe und Kreuze ein, die sich bis jetzt alle vier Wochen wiederholten. Bis vor einem Jahre litt sie öfters an Nasenbluten, im letzten Jahre nicht mehr. Anämie war in mässigem Grade vorhanden, der Körper sonst kräftig entwickelt. Die Beckenmaasse, Brüste, äusseren Geschlechtstheile und Scheide waren normal. Der Scheidentheil, in der Führungslinie stehend, war sehr weich, rund, höchstens 2''' lang. Der Muttermund eine runde, kaum fühlbare Grube. Die gleichzeitige (doppelte) Untersuchung durch den Mastdarm und die schlaffen Bauchdecken fand einen kleinen Uterus von normaler Form und wurde die Länge auf höchstens 18''' bestimmt. Die Sonde drang 15''' tief in den Uterus ein. Wir glaubten diagnosticiren zu dürfen: Uterus von auffallender Kleinheit mit überwiegender mangelhafter Ausbildung des Halses (vergl. *Kussmaul*.)

Jula Letz. Estnische Bauermaid, 18 Jahre alt, von frischem Aussehen und gut genährt. Keine Anämie. Beckenmaasse 12", 10 $\frac{1}{2}$ " 9", Conjugata ext. 6 $\frac{3}{4}$ ". Beckenneigung 40°. Im 16ten Jahre zweimal schwache Blutung aus den Genitalien, seither nicht mehr. Scheidentheil so rudimentär, dass kaum mehr als zwei Lippen zu fühlen waren, liegt links und verschmilzt mit der linken Scheidenwand. Os ut. ext. sehr klein und rund. Uterus bei der doppelten Untersuchung Nuss-gross, wie ein kleiner weicher Knäuel zu fühlen. Die Sonde dringt 2 $\frac{1}{2}$ " in den Uterus ein und ist in ihrem ganzen Verlauf durch den Uterus, durch die Bauchdecken und durch das Rectum hindurch bis an den Fundus zu fühlen. Die Wandungen desselben schlaff und dünn, etwa 1—2"', am Fundus dicker Ligamenta recto-uterina deutlich. Uterus iufantilis?

Ewa Nikit. Estnische Bauermaid, 20 Jahre alt. Aussehen elend, mager. Grosse Kraftlosigkeit. Alle Organe, bis auf den Uterus, gesund. Blutfluss aus den Genitalien einmal dagewesen. Beckenmaasse 10 $\frac{1}{2}$ ". 9 $\frac{3}{4}$ ". 8 $\frac{1}{2}$ ". Conjugata ext. 6 $\frac{1}{2}$ ". Conjugata vera 3 $\frac{1}{2}$ ". Conjugata exitus 2 $\frac{3}{4}$ ", also: Pelvis justo minor aequabiliter. Brust, äussere Genitalien wenig entwickelt. Scheide eng. Hymen vorhanden. Portio vaginalis nur in einer rudimentären, stark links liegenden vorderen Lippe angedeutet. Der Uterus bei der doppelten Untersuchung, namentlich durch das Rectum als ein kleiner rudimentärer Körper zu fühlen. Die Sonde zeigt die Höhle unter normaler Länge. Die Wandungen membranös. Im Fundus keine Anschwellung. Ligamenta recto-uterina zu fühlen. Uterus unicornis dexter?

Kramann. Estnische Bauermaid, 20 Jahre alt, anämisch. Vor einem Jahre einmal menstruelle Blutung. Beckenmaasse 11". 10". 7 $\frac{3}{4}$ ". Conjugata ext. 6 $\frac{1}{2}$ ". Conjugata vera 3 $\frac{1}{2}$ ". Neigung 42°, also wohl auch Pelvis justo minor*). Hymen vorhanden. Scheide eng und kurz. Brust, äussere Genitalien und Haarwuchs auf dem Schaamberge gering. Der Scheidentheil nicht vorhanden. Der Muttermund im Scheidengewölbe kaum zu fühlen. Die Sonde schwer einzuführen. Der Uterus ist nur durch die Sonde nachzuweisen und

*) Die Conjugata vera wurde durch die Bauchdecken bestimmt. Die kleinen Breitenmaasse und die verkürzte Conjugata vera lassen wohl keinen Zweifel aufkommen; leider sind die Maasse des Ausganges nicht bestimmt.

zeigt sehr dünne membranöse Wandungen. Im Fundus leichte Anschwellung. Uterus infantilis oder unicornis.

Marri Some. Estnische Bauermaid, 22 Jahre alt. Körpergrösse und Beckenmaasse normal. Nonnengeräusch. Vor $\frac{1}{2}$ Jahre ist eine menstruelle Blutung dagewesen. Im Leibe oft Schmerzen, die jedoch nicht den 4wöchentlichen Typus einhalten. Die Brüste und äusseren Geschlechtstheile schwach entwickelt. Haarwuchs auf dem Mons veneris kaum vorhanden. Die Scheide ist eng. Die 3''' lange, sehr schlanke Portio vaginalis mit sehr kleinem runden Muttermund steht nach vorne und links. Der Uterus ist ohne Anwendung der Sonde nicht zu fühlen. Die Sonde lässt sich bei starker Richtung nach rechts einführen. Die Höhle des Uterus 2'' 3''' lang. Der Uterus, wenig beweglich, erscheint auf der Sonde bei der Untersuchung durch den Mastdarm vollkommen membranös, 3—4''' im Breitendurchmesser messend. Uterus unicornis dexter?

Kadri Kuhlberg. Estnische Bauermaid, 22 Jahre alt, von kleinem Wuchse und mässiger Körperfülle, war nicht anämisch. Dieselbe soll von ihrem sechsten Lebensjahre an durch sieben Jahre krank und zum grössten Theil bewusstlos gewesen sein. Jetzt ist noch rechtseitige Parese und Geistesschwäche vorhanden. Die Menstruation zeigt sich im Jahre höchstens ein- oder zweimal. Die äusseren Geschlechtstheile und die Scheide boten normalen Befund. Beckenmaasse normal. Der Scheidentheil ist kurz und sehr schlank, der welke Uterus in seinen Breitendimensionen sehr reducirt, wenn auch nicht in dem Maasse, wie in den obigen Fällen. Uterus infantilis?

Lisa Kilk. Estnische Bauermaid, 17 Jahre alt, hat noch nie menstruiert und klagt über Schmerzen in Kreuz und Rücken. Aussehen blühend. Mons veneris und Schaamhaare kaum vorhanden. Die Labia majora klein. Die Beckenmaasse betragen: die Entfernung der Trochanteren 11'', Abstand der Cristae ilei $9\frac{3}{4}$ '', Conjugata externa $6\frac{1}{2}$ '', Maasse, die immerhin alle $\frac{1}{2}$ '' unter dem normalen Mittel der Maasse bei unseren Estinnen betragen. Die Scheide durch Beischlaf erweitert. Der Scheidentheil rudimentär, zeigt sich als kleine Warze an der linken Scheidenwand. Das Os uteri eng. Die Sonde zeigt die Höhle des Uterus normal lang und die Wandungen membranös; leichte Anschwellung im Fundus. Uterus infantilis?

Kadri Siehmann. Estnische Bauermaid, von mittlerer Körper-

grösse, anämisch und hysterisch, 25 Jahre alt, menstruiert seit dem 20. Jahre unregelmässig, Geschlechtstheile und Beckenmaasse normal. Hymen vorhanden. Scheide eng. Scheidentheil kurz und schlank, mit der linken Seite ganz in die Scheidenwand übergehend. Bei der doppelten Untersuchung, vom Uterus nur die Portio cervicalis zu fühlen. Das Einführen der Sonde gelingt nur bei starker Richtung nach rechts. Die Höhle des Uterus 2" 2''' lang. Den mit der Sonde auf den Mastdarm gedrängten Uterus fühlt man deutlich mit schlaffen Wandungen, im Fundus etwa 6''' breit. Uterus unicornis dexter?

So weit die Aufzählung der Beobachtungen, aus denen hervorgehen wird, dass ausser dem Befund der Geschlechtstheile noch manches andere, z. B. die reduzierten Beckenmaasse für die Diagnose sprechen. Auch ergibt sich die grosse Verschiedenheit des Befundes der äusseren Genitalien, der Scheide, des Verhaltens der Menstruation, wie das auch *Kussmaul* notirt.

Die Behandlung betreffend, legte ich mir zuerst die Frage vor, ob eine später eintretende Entwicklung des Uterus zu erwarten sei, wie das von *Kiwisch* und anderen für möglich gehalten wird, natürlich nur bei den Fällen, die als zurückgebliebene Entwicklung aufzufassen seien. Mir sind directe Beobachtungen darüber nicht bekannt. Doch vermochte ich den Verdacht nicht zurückzuweisen, dass jene Beobachtungen, die für eine solche später eintretende Entwicklung sprechen sollten, auf Täuschung beruhen könnten. Bei einer Bleichsüchtigen kann der hier oft ganz erschlafte Uterus trotz seiner normalen Grösse für einen, in seiner Entwicklung zurückgebliebenen gehalten werden und wenn derselbe später seine normale Beschaffenheit zeigt, können seine Dimensionen genau bestimmt werden, was in dem schlaffen Uterus nur bei sehr sorgfältiger Untersuchung durch den Mastdarm möglich ist. Es hat

sich nur die Consistenz, der Tonus geändert. Die bei der ersten Untersuchung scheinbar reduzierten Maasse waren die normalen.

Mit dieser Vermuthung soll nicht geläugnet werden, dass bei einem, den obigen Befunden ganz ähnlichen Befunde, eine nachträgliche Entwicklung eintreten kann. Der Uterus bleibt nach vielfachen Beobachtungen bis kurz vor dem Eintreten der Menstruation dem Uterus nach der Geburt ganz gleich, die Dimensionen nehmen kaum zu. Der Uterus steigt herab und liegt mit dem 15. Jahre ganz im kleinen Becken. Erst mit dem Eintritt der Geschlechtsreife beginnt er zu wachsen. Dieses Wachsthum kann unter Umständen später als gewöhnlich eintreten. Der Befund der Untersuchung wird aber in diesem Falle sich von dem Befunde in unseren Fällen dadurch unterscheiden, dass die Höhle des normalen foetalen und kindlichen Uterus höchstens 18—20“ misst, während wir in allen Fällen, mit Ausnahme des zweiten, der anders zu deuten ist, eine Höhle von normaler Länge, also 26—30“, fanden.

Wo man also bei schlaffen, welken Wandungen die Höhle kurz findet, wird man, namentlich wenn die Portio cervicalis sich stärker als der Körper entwickelt zeigt, annehmen dürfen, dass der Uterus ein normaler infantiler ist und hoffen dürfen, dass noch später eine normale Entwicklung eintreten werde.

Wo aber, wie in unseren Fällen, die Längenmaasse den normalen gleich kommen, der ganze Uterus eine gleichmässige membranöse cylindrische Bildung zeigt, haben wir es mit einem pathologischen Uterus, meist wohl unicornis oder infantilis seu foetalis zu thun*).

*) *Kussmaul Seite 35 u. 91.*

Ich bin bei den einzelnen Fällen absichtlich nicht auf eine specielle Diagnose eingegangen, wie ich von vorne herein schon darauf verzichtete. Das Abwägen der Gründe für diese oder jene Form hätte mich zu weit geführt.

Hier kann natürlich nur von einer allgemeinen Behandlung die Rede sein, auf das Uterinsystem kann nicht eingewirkt werden.

Es ergibt sich ferner, dass bei der Behandlung der Bleichsüchtigen, wenn die Amenorrhöe eine hartnäckige ist, die lokale Untersuchung nicht lange aufzuschieben ist. Diese wird uns den Schlüssel für die Unwirksamkeit unserer Mittel in diesen Fällen geben. Sie wird uns aber auch verbieten, in jenen Fällen dieser mangelhaften Entwicklung, wo die normale Blutmischung Emmenagoga zu gestatten und die Menstruationsbestrebungen diese zu verlangen scheinen, zur Anwendung dieser Mittel zu schreiten.

Da ich nur ein Paar von diesen Kranken durch einige Wochen beobachten konnte, kann ich auf manche interessante Frage, die sich uns aufdrängte, keine Antwort geben.

Unsere Mittel blieben auf das Allgemeinbefinden ganz ohne oder von nur ganz vorübergehendem Erfolge.

Ich kann es mir nicht versagen, hier in aller Kürze einen, nicht in der Klinik, sondern in der Privatpraxis eines befreundeten Collegen beobachteten höchst seltenen Fall von Mangel der Gebärmutter mitzutheilen.

Eine, seit einer längern Reihe von Jahren verbeirathete Russin, zwischen 35 und 40 Jahren alt, klagte über schmerzhaft empfindungen im Becken. Examen und Untersuchung ergaben Folgendes: Die Frau war stets gesund und liess ihr jetziges Befinden nichts zu wünschen übrig. Die Regeln waren nie dagewesen, auch keine Menstruationsbestrebungen. Der Beischlaf wurde ohne Beschwerden und

Schmerzen ausgeübt. Brüste und äussere Genitalien waren normal entwickelt. Beckenmaasse normal. — Die innere Untersuchung ergab eine normal weite, wenig verkürzte Scheide. Im Scheidengewölbe kein Scheidentheil und kein Muttermund. Die verbundene innere und äussere Untersuchung liess keinen Uterus nachweisen, obgleich die Hand durch die schlaffen Bauchdecken tief in's Becken dringen konnte. Eben so wenig ergab die gleichzeitig durch den Mastdarm und die Bauchdecken angestellte Untersuchung, bei der die Finger beider Hände sich deutlich fühlten und gemeinschaftlich die betreffenden Partien des kleinen Beckens sehr genau untersuchen konnten. Eben so wenig ergab die Untersuchung durch den Mastdarm und durch die gleichzeitige Untersuchung mit einem, in die Blase eingeführten Catheter. Der im Mastdarm befindliche Zeigefinger fühlte durch die vordere Wand des weiten und schlaffen Mastdarms eine mässig gespannte, quer durch das Becken verlaufende Falte, die ohne Anschwellung war und deutlich gefühlt wurde. Es waren ohne Zweifel die Ligamenta lata, die hier, rudimentär entwickelt, so tief durch das Becken verliefen, dass der Finger den Rand erreichte.

Es entstand hier nun die Frage, ob der Uterus gänzlich mangelte oder rudimentär vorhanden war.

Bei absolutem Mangel fehlen die Ligamenta lata, also mussten wenigstens Rudimente vorhanden sein.

Die Untersuchung war eine leichte; an den Mutterbändern keine Spur einer Anschwellung aufzufinden und halte ich mich für vollkommen berechtigt, jene seltene Bildung anzunehmen, wo der Uterus durch spurweise Faserzüge angedeutet ist, die aus Bindegewebe und Muskelfibern bestehen.

Meines Wissens sind in früheren Fällen die Ligamenta lata nicht gefühlt worden und desshalb mit Recht der Mangel und die nur spurweise Andeutung, wenn sie im Leben diagnosticirt wurden, bezweifelt worden. Wo die Lig. lata so deutlich zu fühlen sind, wie in dem obigen Falle, können sich nur ganz unbedeutende Faserzüge der Erkenntniss entziehen.

Da das Manuscript seit einiger Zeit fertig liegt, habe ich unterdessen Gelegenheit gehabt, einen interessanten, diesem ganz analogen Fall, in der Klinik zu beobachten, den ich hier nur in der Kürze berühren will. Ein estnisches Mädchen, 22 Jahre alt, wurde in die Klinik aufgenommen. Etwas mehr als mittlere Grösse, Gesicht mädchenhaft, keine Spur von Bart, Brüste stark, Warzen kaum vorhanden, das Becken und sonstige Kochensystem zeigt entschieden weibliche Formen. Beckenmaasse $11\frac{1}{2}$ "", 10 "", $7\frac{1}{2}$ ""; Conjugata externa 7 ""; Maasse des Beckenausganges 3 " und 4 ""; Conjugata vera $4\frac{1}{4}$ ""; äussere Geschlechtstheile vollkommen weiblich, lassen an eine Hypospadie durchaus nicht denken; Vagina eng, $1\frac{1}{2}$ " lang, ohne Portio vaginalis; die doppelte Untersuchung zeigt keinen Uterus; bei der bequem anzustellenden Untersuchung durch den Mastdarm fühlt man die Ligamenta lata ohne Anschwellung, die ein Rudiment des Uterus sein könnte, und hinter denselben rechts und links die Ovarien. Durch den linken Leistenkanal tritt hier und da ein ovaler Körper vor, wohl das linke Ovarium. Ich behalte mir vor, bei dem nächsten Bericht näher auf diesen Fall einzugehen.

Atrophie des Uterus

beobachteten wir einmal bei einer 35 Jahre alten Frau. Es hatte sich dieselbe, wie man das öfter beobachtet, nach oder in einem vor $2\frac{1}{2}$ Jahren überstandenen Leiden im Wochenbette, dessen Natur wir nicht ermitteln konnten, das aber sehr lange gedauert hatte, gebildet. Dem Untersuchungsbefunde nach wenigstens darf ich wohl hierher auch 5 Fälle von seniler Atrophie in der Decrepiditätsperiode zählen.

Eine 50jährige war seit 1 Jahre nicht mehr menstruiert.

„	55	„	„	„	6	„	„	„	„
„	55	„	„	„	10	„	„	„	„
„	61	„	„	„	15	„	„	„	„
„	40	„	„	„	2	„	„	„	„

Der Befund der Untersuchung war in allen Fällen fast ganz derselbe. Die Portio vaginalis klein, welk und schlaff. Der Uterus sehr beweglich, dünnwandig, welk, cylindrisch, normal lang oder nur sehr wenig verkürzt. Bei allen also der ähnliche Befund wie bei der mangelhaften Entwicklung des Uterus. — Die Frauen wurden durch Beschwerden, die mit dem Uterus in keiner Beziehung standen, in die Klinik gerufen: Fissura ani, Verdauungsstörungen u. s. w.

In vier anderen Fällen, die ich hier anschliessen möchte, fanden wir bei decrepiden Frauen den Uterus normal beschaffen. Es waren Frauen von 40, 41, 45 und 50 Jahren, die seit 5, 7, 3 und 2 Jahren nicht mehr menstruierten. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Menstruation in sehr verschiedenem Alter, selbst im 34. Jahre aufhören kann*). Wie lange nach dem Aufhören der Menstruation die senile Atrophie eintritt, lässt sich aus diesen wenigen Beobachtungen nicht ermitteln. Jedenfalls ist die Zeit verschieden, indem in einem Fall ein Jahr nach dem Aufhören der Menstruation der Uterus schon atrophisch war, in einem anderen Falle nach fünf Jahren noch normal beschaffen war. A priori lässt es sich wohl nicht bezweifeln, dass anämische Blutmischung die Atrophie beschleunigen, Congestionen und Metritis dieselbe verlangsamen werden.

*) Ich kenne einen Fall, wo mit 28 Jahren die Menstruation ohne jede Veranlassung sistirte und nicht mehr wieder eintrat.

Flexionen

beobachteten wir in 29 Fällen; Anteflexio 26 mal; Retroflexio 3 mal. Es ist das ein Zahlenverhältniss, das nicht mit dem übereinstimmt, was ich früher in der Privatpraxis beobachtete, wo ich auf 4 Anteflexionen eine Retroflexion zählte*). Es stimmt auch nicht mit dem, was Mayer in seiner Armenpraxis fand**). Derselbe zählt auf 6 Anteflexionen 4 Retroflexionen. Nach Rockwitz***) kamen in Mayer's Praxis auf 14 Anteflexionen in der Armenpraxis sogar 30 Retroflexionen. Meine Zahlen stimmen vielmehr mit den Angaben überein, die Rokitansky, Virchow und Cruveilhier über das numerische Verhältniss dieser beiden Formen machen. Ich bin nicht im Stande anzugeben, womit es zusammenhängt, dass bei unseren armen Frauen die Retroflexio gegenüber der Beobachtung anderer Practiker so selten vorkommt. Nach den anatomischen Verhältnissen ist das wohl verständlich. Es fällt mir das um so schwerer, als ich im folgenden Abschnitt über die grosse Häufigkeit der Retroversionen werde zu berichten haben. Ich habe aus diesen Zahlen geglaubt schliessen zu müssen, dass eine Retroversio wohl nicht so leicht, wie man oft geneigt ist anzunehmen, Veranlassung zur spätern Entstehung einer Retroflexio giebt.

Mit seltenen Ausnahmen fanden wir die Anteflexion und Retroflexion mit der entsprechenden Lagenveränderung verbunden. Bei der Anteflexion sah die Portio vaginalis stark nach hinten und umgekehrt, wie das ja aus dem Abweichen des Körpers und Grundes des

*) Scanzoni, Beiträge III. 1858. Seite 143. ff.

**) Verhandlungen d. Berl. G. für Geburtshilfe. IV. S. 199.

***) Ebendasselbst V. Seite 85.

Uterus aus seiner Lage einfach zu erklären ist. Nur in sehr seltenen Fällen hatte die Portio vaginalis ihre normale Stellung beibehalten. Die Umstände, welche in diesen seltenen Fällen die Portio vaginalis am Ausweichen verhindern, wird es schwer halten durch Untersuchung nachzuweisen. Jedoch werden dieselben wohl ohne Zweifel in Straffheit des Scheidengewölbes und jenes Bindegewebes zu suchen sein, welches die Portio supravaginalis bis zur Gegend des innern Muttermundes mit der hintern und untern Partie der Blase verbindet. In andern Fällen sind es Verwachsungen der Portio vaginalis mit der Scheide. Die pathologischen Anatomen berichten über das häufige Vorkommen von Anlöthungen des fundus uteri bei den Knickungen und leiten die Entstehung der Knickungen zum Theil von diesen Verwachsungen ab. Ich habe nur zweimal bei der Bewegung des Uterus mit der Sonde geglaubt, peritonitische Adhäsionen diagnosticiren zu dürfen. In allen andern Fällen fand ich den Uterus vollkommen beweglich, und in den meisten selbst in so hohem Grade, dass ich selbst bei voller Berücksichtigung der Beweglichkeit des Mastdarmes und der Blasenwandung selbst eine Verwachsung mit diesen Partieen glaubte läugnen zu müssen, die auch von andern pathol. Anatomen nicht so oft gesehen ist.

Die 3 Retroflexionen datirten aus dem Wochenbette. Ebenso war es bei zehn von den Frauen der Fall, die an Anteflexio litten. Zwölf andere von diesen hatten nicht geboren und waren zum Theil Jungfrauen. Bei vieren ist nichts notirt.

In Bezug auf die Symptome ist wenig zu bemerken. Meine früher ausgesprochene Ansicht, dass Flexionen als solche ohne Complicationen von wenigen oder nur

geringen Beschwerden begleitet seien, wurde auch hier bestätigt.

Bei den nicht complicirten Fällen wurde öfter über schmerzhaftige Menstruation geklagt. Es erklärt sich dieselbe aus der durch die Knickung bedingte Verengerung des innern Muttermundes. Auch sprach ich mich schon am citirten Orte dahin aus, dass die Menstruation kaum jemals ohne Störungen verlaufe. So fehlten denn in anderen Fällen die Schmerzen, aber die Menstruation trat sparsam und selten ein, setzte wohl für Monate ganz aus. Allerdings war in diesen Fällen stets ein gewisser Grad von Anämie vorhanden, doch hing die Dauer der Amenorrhoe und der Grad der Menstr. parca noch direkter mit der Schloffheit des Uterus zusammen. Je schlaffer der Uterus, desto länger blieb die Menstruation aus.

Wo Knickungen sich mit chronischer Metritis complicirten, fehlten nie verschiedene ernste Beschwerden. Sie boten nichts den Knickungen Charakteristisches. Es waren die Beschwerden der chronischen Metritis, die sich nur durch Hartnäckigkeit auszeichneten. Diese Complication mit chronischer Metritis fanden wir viel häufiger in jenen Fällen, deren Entstehung aus einem Wochenbette datirte.

In der Privatpraxis fand ich die Complicationen oft bei Jungfrauen, und es unterliegt gar keinem Zweifel, dass das seltene Vorkommen der Metritis in unseren Fällen ganz ohne Bedeutung ist und wir bei einem nächsten Berichte vielleicht gerade das Gegentheil hiervon werden zu berichten haben. Die Complicationen und Beschwerden waren bei den Retroflexionen in höherem Grade vorhanden, weil die Knickungen hier stets einen höhern Grad erreichen.

Zu den constantesten Symptomen der Knickungen

gehört die Unfruchtbarkeit. So auch in unseren Fällen. Mit Ausnahme einer Frau, die, während wir sie beobachteten, concipirte, lebten alle diese Frauen seit einer Reihe von Jahren in unfruchtbarer Ehe. Ausserdem sahen wir noch bei einer unverheiratheten Person Conception eintreten. Ich habe diese beiden Beobachtungen nebst einer Reihe ähnlicher an einem andern Orte mitgetheilt*).

Ich kann mich aber nicht enthalten die beiden klinischen Fälle hier nochmals zu erzählen und das dort über die Empfängniss bei Knickungen Besprochene in der Kürze zu recapituliren.

E. P., unverheirathet, 23 Jahre alt, seit dem 12ten Jahre regelmässig, aber mit Schmerzen menstruiert, erschien am 17. August 1861 auf der Klinik über mancherlei Beschwerden klagend. Die Untersuchung der stark anämischen Kranken ergab eine Anteflexio uteri mit in der Führungslinie stehenden Portio vaginalis. Ausserdem leichter Catarrh. uteri und Metritis. Im November zeigte sich der Körper des Uterus bedeutend vergrössert und war an beginnender Schwangerschaft kaum zu zweifeln. Die Schwangerschaft verlief unter vielfachen Beschwerden und Schmerzen. Gegen Ende des 4. Monats war die Knickung ausgeglichen. Geburt und Wochenbett haben wir nicht beobachtet.

E. L., Estnische Bauerfrau, 28 Jahre alt, anämisch und hysterisch, erschien den 14. August 1859 auf der Klinik. Die Untersuchung ergab: Anteflexio uteri. Die Portio vaginalis stand stark nach hinten; der Uterus zeigte leichte Anschoppung. Patientin wurde ambulatorisch längere Zeit behandelt. Am 3. September 1860 erschien dieselbe nach längerer Abwesenheit wieder auf der Klinik und wurde in die stationäre Abtheilung aufgenommen. Wir vermutheten mit grosser Wahrscheinlichkeit Schwangerschaft. Am Ende der 16. Woche wurde die Kranke, noch viel über Schmerzen klagend, als das Ballotement deutlich wahrgenommen werden konnte, entlassen. Die Knickung war geschwunden, als die betreffende Person zur Ent-

*) *Monatsschrift für Geburtskunde u. s. w. 1863. IV. 289.*

bindung in die Klinik kam; am Ende der 16. Woche noch nicht. Die Geburt nahm einen raschen, leichten Verlauf, doch geschah die Rückbildung des Uterus sehr langsam. Die Patientin leidet noch heute an einer Metritis und Parametritis, die aus dem Wochenbette datiren. Die Knickung ist geschwunden.

Bei Beobachtung dieser Fälle, eines späteren noch in der Klinik beobachteten, und einer Anzahl Beobachtungen aus der Privatpraxis suchte ich mir folgende Fragen zu beantworten:

- I. *Warum concipiren Frauen, die an Knickungen leiden, so selten?*
- II. *Wodurch wird bei Knickungen doch Conception möglich?*
- III. *Welche Behandlung haben wir einzuleiten, um Conception zu ermöglichen?*
- IV. *Wie verlaufen Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett in solchen Fällen?*

Ad I. An Knickungen leidende Frauen concipiren nicht wegen der begleitenden und complicirenden Erkrankungen des Parenchyms und der Schleimhaut des Uterus; doch sind diese Complicationen kein absolutes Hinderniss für die Conception. Beides bedarf keiner weiteren Erörterung.

Eine zweite Ursache der Unfruchtbarkeit ist die Lage der Portio vaginalis aus der Führungslinie und die dadurch behinderte Berührung des Os uteri externum und Orificium urethrae und das daher nicht mögliche unmittelbare Ueberströmen des Saamens aus der Harnröhre in den Uterus. — Eine solche unmittelbare Berührung der genannten Orificien ist nach den anatomischen Verhältnissen des in Erektion befindlichen Gliedes und der gekrümmten Vagina nicht nur möglich, sondern fast nothwendig. Eine solche Injection er-

scheint in den Uterus selbst nöthig, weil wenigstens im Halse der Uterus keinen Apparat besitzt, der den Saamen weiter befördern kann, selbst in der Höhle des Körpers die Thätigkeit des Flimmerepithels zu diesem Zwecke wenigstens sehr zweifelhaft ist. Füge ich ferner hinzu, dass gerade die Fälle von Anteflexio und Anteversio, bei denen die Portio vaginalis stark nach hinten steht, sehr selten Conception gestatten und um so seltener, je mehr die Portio vaginalis nach hinten liegt, und bedenken wir, dass gerade in diesen Fällen die Portio vaginalis bei der Rückenlage des Weibes am meisten von dem in die Scheide injicirten Saamen umspült werden muss und hier also die beste Gelegenheit zur Aufnahme gegeben ist; so darf wohl mit Recht bezweifelt werden, dass die Injection in die Vagina zur Conception genüge und bin ich der Ueberzeugung, dass ein unmittelbares Ueberströmen in den Uterus stattfinden muss, desshalb muss auch die Ejaculation mit Kraft geschehen, was, wenn es nur eines Ergusses in die Vagina bedürfte, ganz zwecklos wäre. Ich glaube hier nicht auf jene Fälle eingehen zu müssen, wo Conception ohne Immissio penis stattgefunden haben soll. In jenem oben citirten Aufsätze habe ich 3 Fälle erzählt, wo die Conception dadurch erleichtert wurde, dass die Portio vaginalis eine normale Lage hatte.

Die Knickung als solche mag, wenn sie sehr stark ist, ein Hinderniss abgeben, dass der Saamen in die Höhle des Uterus gelangt, in den meisten Fällen wird aber, ebenso wie das Menstruationsblut ohne, oder wenigstens ohne grosse Beschwerde abfließt, der Saamen bei angenommener Berührung der beiden Orificia kräftig ejaculirt im inneren Muttermunde kein Hinderniss finden. Desshalb halte ich die Knickung als

solche für eine sehr seltene Ursache der Unfruchtbarkeit.

Ad. II. Die Conception wird bei Knickung möglich.

Heilung des Leidens beseitigt Form- und Lageveränderung, sowie die Complicationen. Falsch aber ist es, aus eingetretener Conception auf vorangegangene Heilung schliessen zu wollen; es ist das ein Fehler, in den der leicht verfällt, der von der Unmöglichkeit der Conception während des Bestehens einer Knickung überzeugt ist, und hier liegt vielleicht eine der Ursachen über die Meinungsverschiedenheit in Bezug auf die Heilbarkeit der Knickungen. Bei öfterer Untersuchung wird man bis in den vierten, ja sechsten Monat der Schwangerschaft das Fortbestehen der Knickung nachweisen können.

Es wären also noch andere Ursachen ausfindig zu machen, die trotz der Knickung die Empfängniss möglich machen.

Beseitigung der Complicationen, Metritis u. s. w. ist oft die Ursache, dass Conception eintritt, namentlich, wenn noch andere Umstände behilflich sind.

Normaler Stand der Portio vaginalis ermöglicht Berührung der beiderseitigen Orificia und Conception. Solch normaler Stand kommt aber nicht ganz selten vor und lässt selbst trotz Metritis Conception zu Stande kommen.

Normale Form des Uterus scheint vorübergehend eintreten zu können und normale Stellung der Portio vaginalis zu bedingen und dadurch Empfängniss möglich zu machen. — Diese zeitweilige normale Form glaube ich bei der Behandlung nicht ganz alter Fälle und nicht sehr bedeutender Erschlaffung hin und wieder beobachtet zu haben, wenn durch tonisirendes Ver-

fahren auf den Uterus gewirkt wurde. Zweitens lässt sich in dem muskulösen Organ die Möglichkeit der Contraction nicht läugnen, durch welche dann normale Form und Stellung bedingt würde. Der kräftigste Reiz dürfte für diese Contraction der Beischlaf sein. Drittens soll nach *Rouget* der Uterus ein erektils Organ sein und durch kräftige Congestion, namentlich zur Zeit der Menstruation und des Coitus eine Erection eintreten, die wohl im Stande sein könnte, den geknickten Uterus gerade zu richten.

Stuhlverstopfung mit Ueberfüllung des Mastdarmes kann die Vaginalportion nach vorne drängen und normal stellen, so Conception möglich machen.

Endlich kann durch Zufall wohl hier und da bei einem Coitus Berührung der Orificia eintreten und Conception möglich werden.

Ad. III. Dass Heilung der Knickung, um Conception möglich zu machen, das sicherste Mittel ist und in allen Fällen anzustreben ist, versteht sich von selbst. Da aber diese so selten zu erwarten ist, so haben wir uns nach anderen Mitteln umzusehen, die sich aus dem Obigen ergeben werden.

Beseitigung der Metritis und anderer Complicationen steht natürlich oben an.

Tonisiren des Uterus, wenn schon in seltenen Fällen zur Heilung führend, wird jene hypothetischen Erectionen befördern und vielleicht zeitweilige Gradrichtung erzeugen. Also Kälte, Eisen, Secale in verschiedenen Applicationsweisen und Galvanismus.

Der regelmässige Gebrauch der Sonde hat öfters Conception befördert und wirkt als Reiz, also Contraction befördernd; also wie die eben besproche-

nen Mittel; vielleicht auch bei extremen Graden der Knickung den inneren Muttermund erweiternd.

Die Einstellung der Vaginalportion hat man durch Charpiekugeln, kleine Schwämme, Ringe versucht, die während des Coitus liegen bleiben sollten. *Hatin* empfahl 1859, um den Zweck sicherer zu erreichen, den Ring noch mit einer schmalen Platte zu versehen, die an die hintere Wand der Vagina in ihrem ganzen Verlauf zu liegen kommen sollte. Diese Apparate sollten während des Coitus liegen bleiben. Durch diese Apparate, deren Wirkung ich aus eigener Erfahrung nicht kenne, dürfte wohl nichts weiter als Einstellung der Vaginalportion erzielt, und an eine Aufrichtung und Gradrichtung des geknickten Organes und allmähliche Heilung nicht gedacht werden. Je nachdem man Einstellung der Vaginalportion oder Gradrichtung, also in letzterem Falle Hebung des Fundus beabsichtigte, wurden die Schwämme u. s. w. an entgegengesetzten Seiten angebracht.

Dass bei der Behandlung zum Zweck der Conception in den meisten Fällen mehrere der genannten Mittel gleichzeitig müssen angewandt werden, hängt von jedem besonderen Fall ab und kann hier nicht näher besprochen werden.

Ad. IV. Die Schwangerschaft verläuft, wo Heilung eintrat, ganz ohne Beschwerden und Störung.

Dasselbe gilt so ziemlich für jene Fälle, wo nur die Complicationen beseitigt waren, die Knickung aber fortbestand und der hier wohl beobachtete Abortus dürfte wohl seltener auf die Knickung, als auf Adhäsionen die nicht zu diagnosticiren waren und auf das noch nicht beseitigte Allgemeinleiden bezogen werden müssen.

Trat Conception ein, während chronische Metritis

bestand, so verläuft die Schwangerschaft mit vielen Schmerzen und Beschwerden, die sich namentlich in vierwöchentlichen Perioden steigern. Ich habe dieselben jedoch nur auf die chronische Metritis bezogen, die auch ohne Knickung, wenn Conception eintritt, ganz dieselben Beschwerden bedingt. In diesen Fällen sind Abortus und Frühgeburt nicht selten.

Die Knickung sah ich im fünften und sechsten Monate schwinden.

Die Geburt sah ich nicht langsamer, aber in den Fällen, wo chronische Metritis fortbestand, schmerzhaft und dadurch erschöpfend verlaufen.

Im Wochenbette beobachtete ich in einem Falle eine schwere Krankheit, wahrscheinlich Phlebitis uterina. — Häufiger sind: langsame Rückbildung, subacute und chronische Endometritis, Metritis und Peritonitis, und mit diesen im Zusammenhange Recidive des früheren Leidens. Hieraus ergibt sich zur Genüge, welche Sorgfalt man solchen Wöchnerinnen angedeihen lassen muss. In anderen Fällen sieht man nach dem Wochenbette vollständige Heilung.

Die Heilung der Knickungen ist schwer und selten. Die instrumentelle Behandlung habe ich nach meinen früheren Erfahrungen, die ich in *Scanzoni's* Beiträgen Bd. III mittheilte, nicht mehr versucht, ich habe vielmehr meine Aufmerksamkeit auf Beseitigung der Complicationen gerichtet und dadurch, wenn sie gelang, die Beschwerden beseitigt. Nebenbei wurde natürlich das Allgemeinbefinden sorgfältig beachtet. Auf den Uterus wurde ausserdem direct noch tonisirend durch Kälte eingewirkt und zu dem Zwecke auch Mutterkorn und Eisen gereicht. Die Inductions-Electricität liess uns ganz im Stiche. — Wir können uns wegen der schon

oben berührten Uebelstände einer zum grössten Theil ambulatorischen Praxis durchaus unserer Erfolge nicht rühmen.

Prolapsus uteri

kam in 19 Fällen zur Beobachtung und zeigte grosse Verschiedenheiten, sowohl in Bezug auf den Grad des Uebels, als in Bezug auf die Beschaffenheit des Uterus.

Fünfzehn Frauen hatten geboren und abortirt, und ein Theil zu wiederholten Malen. Alle diese datirten den Vorfall und ihre Beschwerden aus einem Wochenbette, wenn auch nicht aus dem letzten; denn einige hatten noch nach Entstehung des Leidens einmal oder öfter concipirt und darauf abortirt, oder zur rechten Zeit geboren. In keinem Falle war das Leiden durch eine neue Schwangerschaft und Wochenbett gebessert.

Von den an Prolapsus leidenden Mädchen, die nicht geboren hatten, bezogen alle vier das Leiden auf bedeutende Kraftanstrengungen, namentlich beim Heumachen. Bei einer von denselben war wenigstens durch ein pelvis justo major und eine schwache Neigung des Beckens eine Praedisposition gegeben. Die Maasse des Beckens betragen $13\frac{1}{2}$ "", 12 "", 11 "", Conjugata externa $7\frac{3}{4}$ ". Die Neigung war 32° . Durch diese grossen Maasse war grössere Länge und damit Nachgiebigkeit aller Bänder bedingt. Eben dadurch war die Scheide weniger straff befestigt. Die schwache Neigung begünstigt natürlich den Descensus. Leider wurden bei den andern die Maasse nicht bestimmt.

Die Beschwerden unserer Kranken standen in geradem Verhältniss zu dem Grade des Vorfalls, noch mehr aber zum Zustande des Uterus. Je grösser dieser, desto grösser die Beschwerden.

Ebenso richtete sich die Menstruation nach dem Zustande des Uterus. Normal oder wenig abweichend in jenen Fällen, wo der Uterus in seinem Gewebe und Umfange nicht verändert war, war sie profus oder unterdrückt, wo der Uterus mehr oder weniger vergrößert und in seinem Gewebe verändert war.

Diese erwähnten Veränderungen des Uterus waren sehr verschiedene. Bei denen, die nicht geboren, fanden wir höchstens etwas Catarrh des Uterus, im übrigen den Uterus normal. Auch bei Frauen, die geboren hatten, fanden wir, wenn der Uterus nicht die meiste Zeit vor dem Scheideneingange oder in demselben lag, den Uterus mehrmals nicht vergrößert und schienen mehrere Beobachtungen dafür zu sprechen, dass bei Prolapsus incompletus in Folge dieser Lagenveränderung sich nicht leicht chronischer Infarct einstellt. Wir sahen bei Prolapsus uteri, der seit 15, ja 20 Jahren bestand, den Uterus unverändert. Dieser scheint vielmehr meist mit dem Prolapsus gleichzeitig aus dem Wochenbette zu datiren. Ist aber mit dem Prolapsus chronischer Infarct zugegen, so schwindet er in der Decrepidität nach dem Aufhören der Menstruation sehr spät. Die bedeutendsten Volumszunahmen findet man, wenn der Uterus längere Zeit ganz vor den Genitalien lag. Der Uterus bildet hier eine eiförmige oder cylindrische Geschwulst, an der die Portio vaginalis ganz geschwunden. Wir sahen in einem Falle den Uterus eine cylindrische, 8" lange, 4" breite Geschwulst bilden. Diese oft sehr bedeutende Volumszunahme hat mit der durch chronische Metritis bedingten Volumszunahme keine Aehnlichkeit. Die dunkelblaurothe Färbung, die weiche elastische Schwellung, die meist nach Reposition und Einhaltung der horizontalen Lage sehr rasch eintretende

Verkleinerung stimmen nicht mit dem Befunde bei chronischer Metritis. Es handelt sich ganz besonders um eine venöse Blutüberfüllung, die durch die Zerrung und Compression der Venen entsteht. Nebenbei besteht wohl ohne Zweifel eine reichliche seröse Ausschüttung in das Bindegewebe des Organes und seines Ueberzugs und Umgebung. Ich will damit nicht sagen, dass hier bei der Volumszunahme die chronische Metritis nicht auch beteiligt sei. Die nach der raschen Volumsabnahme noch bleibende Vergrößerung des Uterus bietet vielmehr alle die Erscheinungen, die wir bei dem chronischen Infarct finden. Eine solche Vergrößerung sah ich stets in den Fällen zurückbleiben, wo der Uterus einen sehr grossen Umfang erreicht hatte. Eine eben solche venöse Schwellung, wenn ich so sagen darf, findet man wohl auch bei wenig vergrössertem Uterus hin und wieder; hier sieht man den Uterus meist schnell ganz zu seiner normalen Form und Beschaffenheit zurückkehren.

Ich kann nicht weiter gehen, ohne hier drei Fälle zu erwähnen, die ganz jener Form des Prolapsus entsprechen, die *Kiwisch* in seinen klinischen Vorträgen 1845 Seite 129 schilderte. Wir hatten denselben Befund bei einer Frau, die geboren und zwei Mädchen, die nicht geboren hatten. Die geschwellte, in einem Falle etwas umgestülpte Portio vaginalis lag in der Schaamspalte oder vor derselben. Einen Zoll vom Muttermunde fanden wir die Insertion der herabgezerrten Scheide an der Portio cervicalis. Die Schleimhaut der Portio cervicalis, soweit dieselbe sichtbar war, war gesund. Führte man den Finger in die Vagina, so fühlte man die sehr in die Länge gezerrte Portio supravaginalis etwa einen Finger dick, welk und schlaff. Die

doppelte Untersuchung wies den Körper und Grund des Uterus schlaff nach, aber von normaler Form und Grösse und an seiner normalen Stelle im Eingange des Beckens. Es gelang hier den schlaffen Uterus neben der Blase über den Ramus horizontalis hinüber zu knicken, wobei die Portio vaginalis in dem Scheideneingang sichtbar blieb. Wenn aus diesem Befunde auf eine bedeutende Verlängerung des Organes geschlossen werden musste, die namentlich durch Verlängerung der Portio cervicalis bedingt war, so wies auch die Sonde diese Verlängerung nach. In einem Falle war der Uterus um 2", in den anderen um 2½" verlängert. Wir mussten mit *Kiwisch* hier einen primären Vorfall der Scheide annehmen, der, während der Uterus durch seine übrigen Träger fixirt war, die Portio cervicalis in die Länge zerzte. Wodurch der Scheidenvorfall bedingt war, liess sich wenigstens in den zwei Fällen bei den Personen, die nicht geboren hatten, nicht nachweisen. Es waren nicht profuse Blutungen und Fluor albus vorangegangen. Auch hartnäckige Verstopfung und Ueberfüllung des Mastdarms und dadurch bedingte Herabzerrung der Bauchfelltasche hinter dem Uterus war nicht nachzuweisen, ebenso wenig sonst irgend welche Abnormität im Unterleibe. Beide gaben an, sich das Leiden durch Körperanstrengungen beim Heumachen zugezogen zu haben. Das übrige Befinden war gut.

Von therapeutischen Erfolgen kann nicht viel die Rede sein. Beim normalen und wenig vergrösserten Uterus wurden Schwämme und Tampons mit Alaun mit Nutzen angewandt; doch dauerte unseren Kranken die Behandlung zu lange und sie blieben weg. Bei grösserer Volumszunahme war unser Bestreben zunächst auf Verkleinerung des Uterus gerichtet und wurde hier

stets zuerst reponirt und horizontale Lage angeordnet, nebenbei Laxantia und locale Blutentleerungen verordnet. Der oft rasche Erfolg, selbst schon nach 8 Tagen, wurde oben schon angedeutet. War aber die Portio vaginalis mehr geschwellt und indurirt als der Körper, so sahen wir mehr Nutzen von Scarificationen und Umspülungen mit Lösung von Jod und Jodkalium. In allen Fällen aber hatten unsere der arbeitenden Klasse angehörenden Kranken keine Geduld lange zu warten und wir versorgten dieselben daher mit dem von *Kiwisch* l. c. Seite 149 angegebenen Uterusträger. Alle ohne Ausnahme waren mit demselben sehr zufrieden und rühmten die Tragkraft des Apparates, der ihnen gestattete, ihrer Arbeit nachzugehen.

Versionen des Uterns

sahen wir 37 und zwar von Anteversio 6 Fälle; Retroversio uteri 29 Fälle; Retroversio uteri gravidi 1 Fall; Dextroversio 1 Fall.

Die grosse Zahl der Retroversionen, die fast das Fünffache der beobachteten Anteversionen beträgt, ist sehr auffallend und stimmt nicht mit den Angaben anderer Beobachter.

Es lag nahe bei der Methode unserer Untersuchung, bei der die Bauchwandungen stark gegen das kleine Becken herabgedrängt werden, anzunehmen, es sei bei der Untersuchung manche Retroversio künstlich zu Stande gebracht und so durch diagnostische Irrthümer die Zahl eine so grosse geworden.

Die grösste Zahl aller vorkommenden Fälle wurde mit der Sonde untersucht; hier wird der Uterus nicht herabgedrängt und wenn in diesen Fällen das Einführen der Sonde nur mit starker Senkung des Knopfes nach

hinten und unten oder gar nur mit nach hinten gerichteter Concavität gelang, so spricht das dafür, dass wir es hier nicht mit künstlichen Retroversionen zu thun hatten. — Beachtete ich ferner jene grosse Anzahl von Fällen, bei welchen wir eine Retroversion ohne jede Complication diagnosticirten, so sprechen die in diesen Fällen vorhandenen Störungen der Menstruation, die Unfruchtbarkeit, die oft hochgradigen hysterischen Erscheinungen mit Entschiedenheit für Uterusleiden zunächst, dann aber auch für die Richtigkeit unserer Diagnose, indem von einem anderen Leiden des Uterus nicht die Rede sein konnte. So ist also wohl gar kein Zweifel, dass nur in sehr seltenen Fällen ein diagnostischer Fehler kann vorgekommen sein, namentlich wenn ich hinzufüge, dass wir, nachdem uns dieses eigenthümliche Zahlenverhältniss aufgefallen war, unsere bei der Untersuchung im Liegen gestellte Diagnose durch eine Untersuchung im Stehen controlirten. Wir fanden die Retroversion bei diesem Verfahren nicht seltener.

Man findet hier und da bei Angabe der oben berührten numerischen Verhältnisse die Anteversionen und Anteflexionen einerseits, und die Retroversionen und Retroflexionen andererseits zusammengezählt. *Valleix* namentlich fand auf diese Weise für beide Additionen ziemlich gleiche Zahlen. Man ging von der Ansicht aus, dass die Flexionen und Versionen, von denen die letzteren die ersten fast stets begleiten, in ähnlicher Weise entstanden. Stellen wir eine Zählung in dieser Weise an, so erhalten wir gleiche Werthe: 26 Anteflexionen und 6 Anteversionen giebt 32; — 29 Retroversionen und 3 Retroflexionen macht ebenfalls 32. Wir könnten uns dann weiter helfen, indem wir die grosse Zahl der Anteflexionen durch die normale geringe Krümmung des Uterus nach

vorn erklären. So könnte es denn scheinen, man sei mit allen Schwierigkeiten fertig. Diese ganze Zählung leidet aber an dem Fehler, dass die Ursachen der Versionen und Flexionen ganz verschieden sind, und dieselben deshalb nicht zusammengezählt werden dürfen. Ohne näher auf diese vielfach besprochene Frage einzugehen, darf wohl als unbezweifelt hingestellt werden, dass zur Entstehung einer Flexion es einer begünstigenden Veränderung der normalen Derbheit des Uterus bedarf und für die Entstehung der Versionen einer Modification der Bedingungen, die den Uterus in seiner normalen Lage erhalten, also einer Veränderung in den Ligamenten, der Scheide und der Neigung des Beckens u. s. w.

Die Zahlen der vier berührten Gebärmutterleiden waren nach dem Befunde der pathologischen Anatomen und der Practiker verschieden und bei diesen letztern wieder verschieden, je nachdem es sich um Armenpraxis oder die wohlhabenden Stände handelte. Man erklärte diese Differenzen so, dass man annahm, es neigten die verschiedenen Stände je nach ihrer verschiedenen Lebensweise besonders zu einer oder der andern Erkrankung, und es würden die verschiedenen Stände durch verschiedene Folgen zu den Aerzten getrieben; so sollte z. B. die Unfruchtbarkeit bei den wohlhabenden Classen die Ursache sein, dass ärztliche Hilfe verlangt würde, während bei den armen Classen erst bedeutende Beschwerden die Kranken zum Arzt führten und hier die Unfruchtbarkeit oft für ein Glück angesehen werde. — Solche Betrachtungen haben gewiss ihre Berechtigung, sind aber für unsere Zahlen kaum anzuwenden. Unter jenen 29 Frauen war der Uterus bei 22 Frauen normal, höchstens schlaff und welk, jedenfalls in so weit gesund,

als sein Zustand keine oder nur unbedeutende lokale Erscheinungen zur Folge haben konnte. Die, wie wir noch erwähnen werden, oft in hohem Grade vorhandenen hysterischen Beschwerden allein hätten es wohl sein können, die unsern zur Hysterie so geneigten und gerade durch solche Symptome am meisten geängsteten Estinnen öfters in die Klinik trieben als die andern Uterusleiden, bei denen ich allerdings glaube, die Hysterie nicht so oft und ausgeprägt gesehen zu haben. Jedenfalls aber reicht das nicht hin, um das so bedeutende Vorwalten der Retroversion gegenüber der Anteversion in unsern Beobachtungen, und gegenüber den Beobachtungen anderer zu erklären, die gerade das entgegengesetzte Verhältniss beobachteten. Es geht das um so weniger, als ich endlich glaube, bei unsern Estinnen die Momente nachweisen zu können, die das absolut häufigere Vorkommen der Retroversion ungezwungen erklären.

Unter den zur Retroversio-Prädisposition bedingenden Momenten spielt gewiss die Neigung des Beckens, die die normale Stellung des Uterus bedingt, eine grosse Rolle, und nebenbei sind gewiss auch die Beckenmaasse von Bedeutung. Schwache Neigung und dadurch bedingte steilere Stellung des Uterus, grosse Beckenmaasse und dadurch bedingte Beweglichkeit des Uterus, erleichtern die Entstehung der Retroversion. Diese Momente sind nun gerade bei unsern Estinnen in hohem Grade vorhanden. Während nach der Annahme von *Nägele*, *Scanzoni*, *Braun*, *Spiegelberg* die Neigung des Beckeneinganges 55° — 60° beträgt, fand ich für 50 Messungen bei gesunden Estinnen die Durchschnittszahl $39,2^{\circ}$. Während die Breite der Trochanteren, Cristen und Spinae ant. sup.: $11\frac{1}{2}''$, $9\frac{1}{2}''$, $8\frac{1}{2}''$ beträgt, fand ich die Durchschnittszahl für 50 Messungen: $12,1''$, $10,7''$, $9,2''$.

In letzterer Zeit beachtete ich nun die Maasse und Neigung bei unsern Fällen von Retroversion, und fand hier die Maasse noch grösser, die Trochanteren-Weite bis $13\frac{1}{2}$ messend; die Neigung bei allen gemessenen Kranken sehr gering, 35° , 32° , 30° selbst unter 30° bis 23° herab. Leider ist die Zahl dieser Messungen noch keine so grosse, dass ich diese Verhältnisse als durchgehende Regel bezeichnen dürfte. Diese Messungen bezogen sich aber gerade auf Personen, die nicht geboren hatten, und werden uns deshalb als ursächliches Moment noch wichtiger.

Dass unter so bewandten Umständen im Wochenbett leicht Ursache zur Retroversion gegeben ist, liegt auf der Hand. So hatten von jenen 29 Kranken 13 geboren und datirten ihre Krankheit aus dem Wochenbett. Zwölf von den Kranken hatten nicht geboren, bei vier ist nichts Näheres notirt. Bei den Personen, die nicht geboren, sind gewiss als ursächliche Momente die schweren Arbeiten und Körperanstrengungen anzusehen, denen sich die Estinnen fast täglich unterziehen müssen, und die namentlich zur Zeit der Erndte und des Heumachens fortwährend wirksam sind. Ja schon von frühester Kindheit an, wo 5jährige Kinder ihre kleinen Geschwister warten und tragen müssen, wirken solche Ursachen ein. Bei der, unsern Estinnen eigenthümlichen Auftreibung der Därme und starken Vorwölbung der Bauchwandungen, muss eine grössere Parthie der Därme nach vorn und oben vom Uterus liegen, als bei normalem Umfange des Bauches. Die starken Contractionen der Bauchmuskeln beim Heben und Tragen müssen die Darmparthien bei der starken Wölbung des Bauches nach hinten und unten drängen, und bringen so allmählig die Retroversion zu Stande. Noch in neuester Zeit hatten

wir Gelegenheit zu beobachten, wie das Leiden sich entwickelt, indem als erstes Stadium zuerst Descensus mit senkrechter Stellung des Uterus, oder mit schon vorhandener Neigung des Uterus nach hinten überzusinken entsteht, eine Neignng, die sich aus der Verbindung der Portio supravaginalis mit der Blase, während die hintere Wand des Uterus nirgends fixirt ist, erklärt. So erklärt sich die Häufigkeit der Retroversion bei unserm Landvolk.

Aus dem Gesagten ergibt sich zur Genüge, dass das von *Scanzoni*, *v. Bernutz*, *Gaupil* und andern mit grosser Entschiedenheit betonte ausschliessliche oder ganz vorzugsweise Vorkommen sekundärer Retroversionen für unsere Nationalen wenigstens gar keine Geltung habe. Wohl habe ich Retroversion durch Eierstockstumoren, durch Perimetritis, durch Haematocele secundär entstehen sehen; diese Fälle sind, neben den obigen gehalten, selten und dort nicht mitgezählt. Wohl habe ich unter den obigen Fällen zweimal geglaubt, eine Adhäsion des Uterus nachweisen zu können. Auch will ich zugeben, dass die Adhäsionen noch öfter vorkommen und wegen der Nachgiebigkeit des Mastdarmes, dessen vordere Wand den Bewegungen des mit der Sonde bewegten Uterus folgt, nicht nachgewiesen werden können. Wer darf aber von diesen letzten behaupten, dass diese sekundäre Retroversionen sind? Wer kann beweisen, dass diese Adhäsionen nicht erst Folgen der Lagenveränderung sind? Und jene Fälle, bei denen uns die Anamnese berechtigt, das Leiden in seiner Entstehung wenigstens bis auf die Entwicklungsjahre zurückzubeziehen, von denen wahrscheinlich ein Theil angeboren ist, wie kann hier von sekundärer Entstehung die Rede sein?

Ueber die Symptome habe ich nicht viel zu sa-

gen. Wo sich nicht Metritis hinzugesellt hatte, waren, ausser leichtem Ziehen und Schmerz im Kreuz, lokale Erscheinungen nicht da. Je welker der Uterus, desto sparsamer und seltener die Menses. Die grösste Anzahl dieser Fälle war aber durch einen hohen Grad hysterischer begleitender Erscheinungen ausgezeichnet und interessant; die Anämie trat mehr in den Hintergrund, und ganz besonders ausgeprägt war die Hysterie bei mehreren Mädchen, die nicht geboren hatten, bei denen die Vagina mehrmals noch durch das Hymen verschlossen gefunden wurde. Jedenfalls sind das sehr interessante Beobachtungen, die dringend auffordern bei jeder Hysterie, wenn auch Uterussymptome ganz fehlen, eine innere Untersuchung vorzunehmen. Häufig ist es Retroversion, seltener sind es Flexionen, die als Ursache der Hysterie werden angesehen werden müssen. Es kann mir nicht in den Sinn kommen, eine Erklärung zu versuchen, in welchem Zusammenhang ein so tiefes Nervenleiden mit der einfachen Lagenveränderung des Uterus stehe. Für den direkten Zusammenhang spricht auch meine Beobachtung (wie das ähnlich schon Mayer*) bemerkte), dass eine lokale Behandlung, schon kalte Einspritzungen die Hysterie bessern. In diesen Fällen von nicht complicirter Retroversion sah ich sehr oft die vordere Muttermundlippe ganz im Scheidengewölbe verschwinden.

In sieben Fällen war die Lagenveränderung mit Metritis complicirt; in sechs von diesen schien sich dieselbe mit der Retroversion zugleich aus dem Wochenbett herzuschreiben. Nur in einem Falle war bei einer

*) *Verhandlungen der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe IV. Seite 201 ff.*

Unverheiratheten die Retroversion complicirt mit Metritis und stimmt das mit meiner Beobachtung in der privaten Praxis, dass bei Frauen, die nicht geboren, und keuschen Mädchen sich zu Retroversion nur sehr selten Metritis hinzugesellt, und diese meist auf das Wochenbett zurückdatirt. In diesen complicirten Fällen fehlen natürlich nicht die Symptome des chronischen Infarct.

Unfruchtbarkeit begleitete bei den Ehefrauen das Leiden seit seinem Bestehen. In dem einen Fall von Retroversio uteri gravidi liess es sich nicht ermitteln, ob das Leiden schon vorher bestanden, wie man das namentlich von England her als Regel annahm.

Anteversion kam in sechs Fällen zur Beobachtung. Vier von diesen waren in Folge von Geburten entstanden, und zwei waren unverheirathete Mädchen. Bei dreien von den Verheiratheten war zugleich Metritis vorhanden.

In Bezug auf die Symptome ist dem, bei der Retroversion Besprochenen nichts hinzuzufügen. Adhäsionen konnte ich nicht nachweisen.

Die Frage: warum die Anteversion bei uns so selten? beantwortet sich dem oben erwähnten entsprechend. Der Uterns steht senkrechter, hat also weniger Neigung zu Anteversion als bei stärkerer Beckenneigung. Alle Anstrengungen und Schädlichkeiten bedingen im Wochenbett und ohne dasselbe zunächst Descensus und Retroversion. Darum die Anteversion so selten.

Bei den Behandlungen richteten wir unsre Aufmerksamkeit zunächst auf die Complicationen und dann auf das Allgemeinbefinden. Die Beseitigung der Complicationen war stets schwierig, weil die Lagenveränderung nicht beseitigt werden konnte, und war bei der Retroversion schwieriger, weil die Lagenveränderung hier ei-

nen höhern Grad erreicht. Auf eine instrumentelle Behandlung liessen wir uns bis jetzt nicht ein; haben uns aber vorgenommen, sie doch wieder zu versuchen in der Ueberzeugung, dass bei Aufrichtung die Complicationen rascher und dauernder werden zu beseitigen sein.

Bei der Retroversio uteri gravidi im dritten Monate der Schwangerschaft, die sich ganz allmählig herausgebildet hatte, gelang die Reposition nicht, und kehrte der Uterus bei expectativem Verfahren und fleissigem Catheterisiren in drei Tagen in seine normale Stellung zurück, worauf die Person entlassen wurde. Es konnte durch das Examen nichts ermittelt werden, was für eine schon vor der Conception bestehende Retroversion gesprochen hätte, obgleich man das aus der allmähigen Entstehung vermuthen konnte.

Eine Dextroversion beobachteten wir bei einer 24jährigen unverheiratheten Person, die nicht geboren hatte. Die Untersuchung mit der Sonde liess keinen Zweifel darüber aufkommen, dass hier eine Anlöthung bestand. Sonst war der Uterus gesund. Ebenso war im Unterleibe sonst nichts Abweichendes aufzufinden.

Catarrh des Uterus und der Vagina.

29. Fälle. Diese Zahl muss nothwendig als eine sehr kleine auffallen. Was gewöhnlich als „weisser Fluss“ bezeichnet wird, kam allerdings viel häufiger zur Beobachtung. Hier sind nur die reinen Catarrhe, die ohne Complication beobachtet wurden, aufgezählt. Die Schleimflüsse bei chronischer Metritis, Polypen, Eierstockgeschwülsten, Form- und Lagenveränderungen des Uterus sind hier nicht mitgezählt, und das sind bei weitem die häufigsten. Die Zahlen sind aber für den Praktiker wichtig, indem sie zeigen, wie wichtig in

Fällen von „weissem Fluss“ eine genaue Untersuchung ist, um den richtigen Weg für's ärztliche Handeln einzuschlagen.

Ich habe die Beobachtungen von *Cat. vaginae* und *Cat. uteri* zusammengezählt, weil diese Leiden so häufig neben einander vorkamen, namentlich nicht leicht ein *Cat. uteri* ohne *Cat. vaginae* verlaufen dürfte.

Der Befund war folgender: der Uterus von normaler Grösse und Form, oft sehr schlaff und welk, in andern Fällen normal. Die Scheide ebenfalls schlaff und welk. Das Fettpolster in der Umgebung derselben geschwunden, und alle erreichbaren Bänder und Knochenränder sehr deutlich durch die schlaffe Scheide zu fühlen. Je acuter der *Catarrh*, desto deutlicher trat Papillarentwicklung der Schleimhaut hervor. Die in allen Fällen so nöthige Untersuchung mit dem Speculum ergab den bekannten Befund, und will ich nur hervorheben, dass wir in allen diesen Fällen von reinen *Catarrhen* die bekannten Erkrankungen des Muttermundes und der benachbarten Schleimhaut des Kanals und der Oberfläche der Vaginalportion sehr mässig fanden. Im Scheidengewölbe fanden wir leichte *Excoriationen*; an der *Portio vaginalis* leichte *Excoriationen* und flache blasse *Granulationen*, mit geringer mehr flüssiger *Secretion*. Die *Excoriation* erstreckte sich nie tief in die *Port. cervicalis*. Die Ursachen blieben uns in den meisten Fällen dunkel, einen entschiedenen *Catarrh. uteri* konnten wir meist aufs Wochenbett zurückführen, und für die *Scheidencatarrhe* hatten wir oft Ursache, das *Trippercontagium* als Ursache anzunehmen. Sehr häufig fanden wir zugleich *Anämie* und war sie die Ursache des *Catarrhs*.

Unsere Behandlung war eine allgemeine; neben

dieser aber eine energische lokale: Einpinselungen mit Lapislösung, Eingiessen einer solchen Lösung in's Speculum und allmähliges Zurückziehen desselben, Einpinselung von liquor Bellostii, Bestreichen mit Höllenstein in Substanz, der bekannte Alauntampon waren die Mittel, von denen wir bei energischer, öfterer Anwendung doch ganz befriedigende Resultate sahen. Alle schwächeren Einwirkungen scheinen ganz nutzlos und reiner Zeitverlust zu sein.

Gegen Catarrhus uteri gebrauchten wir mit mehr oder weniger Erfolg: Aetzmittel, die in Substanz und zwar in Pulverform in den Uterus gebracht wurden*), namentlich Alaun und Tannin, rein oder mit Stärke; in andern Fällen wurden Lösungen mit dem Pinsel in den Uterus gebracht oder wir brachten Charpiebäusche in den Uterus, und gossen Lösungen in's Speculum, die durch die Capillarität der Charpie auf die Schleimhaut einwirkten.

War es irgend möglich, so wurden kühle, selbst kalte Einspritzungen verordnet.

Menstruationsanomalien.

Abweichungen der Menstruation vom normalen Verlauf waren es vor allem, die unsere Kranken veranlasseten die Klinik aufzusuchen. Hier sollen nur die aufgezählt werden, wo die Untersuchung nicht besondere Erkrankungen des Uterus nachweisen konnte, wo diese

*) Ich benutze zu diesen Applicationen eine, nach einem Kreisabschnitt gebogene Röhre, deren oberer Theil wie eine Uterussonde gebildet, um leichter eingeführt werden zu können, mit einem Aetzmittel gefüllt wird, das nach Einführung in den Uterus durch einen in der Röhre beweglichen Obturator hervorgeschoben wird.

Erscheinungen also nicht Symptome eines Uterinleidens waren.

Amenorrhöe oder Menstr. parca wurde 41 mal beobachtet und stand in 29 Fällen mit Chlorose bei jüngeren und älteren Personen im Zusammenhange. Die meisten wurden untersucht. Alle waren unverheirathet, oft noch das Hymen vorhanden. Der Uterus war in 15 Fällen ganz normal, 9 mal schlaff und welk, selbst sehr welk in seinem Gewebe. Es zeigte sich in diesen Fällen hin und wieder Verlängerung der Höhle um wenige Linien, und wollte es uns öfter scheinen, als wenn der schlaffe Uterus durch die Sonde ausgedehnt werde, und dadurch das Maass grösser erschiene. Wenn beim Gebrauch das Leiden sich besserte, namentlich die Menstruation in Gang kam, schwand die oben erwähnte Schlawheit und der Uterus zeigte sich normal beschaffen.

Weiter beobachteten wir Amenorrhöe: je einmal bei Anämie nach Intermittens, Typhus, chronischer Diarrhoe, Ulcus ventriculi perforans, und langer Schlaflosigkeit. In zwei weitem Fällen war die Anämie durch öftere Aborte und Blutungen entstanden. In allen diesen Fällen war der Uterus normal beschaffen. Normal fanden wir den Uterus in drei weiteren Fällen von Amenorrhoe, die bedingt war durch die Kreislaufstörungen, die ein hochgradiges Lungenemphysem mit sich brachte. Schlaff und welk endlich fanden wir den Uterus in zwei Fällen bei Amenorrhoe nach langem Säugen der Kinder.

Bei der Behandlung wurde vorzugsweise Eisen gebraucht, daneben aber für regelmässige Verdauung gesorgt. Bei Rückkehr der normalen Blutmischung stellten sich die Regeln erst unregelmässig, dann ganz regelmässig ein. Wenn die Blutmischung vollkommen normal war und die Regeln sich nicht einstellten, wirkten wir

mehrmals mit gutem Erfolg durch abendliche Clysmata von 10 gr. Aloë mit einer Unze Schleim, und zweimal täglich applicirte Douchen von 30—32° R. direct auf Hervorrufung der Menstruation. Es darf wol kaum erwähnt werden, dass ohne die obigen Bedingungen Mittel der Art unter keiner Bedingung angewandt werden dürfen. Sie bleiben im besten Fall ohne Erfolg, rufen in anderen Fällen Congestion, selbst Metritis hervor.

Hier schalte ich am besten 9 Fälle von Anämie ein, die durch ungehöriges Säugen entstanden waren. Alle Frauen säugten die Kinder noch als sie zu uns kamen und boten mehr oder weniger das Bild der ausgeprägten Anämie. Mehr oder weniger deutlich war bei allen die Hysterie ausgeprägt. Den Uterus fanden wir bei 5 normal, bei 4 Frauen sehr schlaff. Bei drei unter diesen war die Menstruation profusa. Das waren die einzigen Fälle von Menstr. profusa, die wir beobachteten, wenn wir von der Menstr. profusa absehen, welche die verschiedenen Uterusleiden begleitete.

Bei den meisten der obigen Fälle war nach Gewohnheit der Esten das Säugen ungebührlich lange, selbst bis in das 3. Jahr fortgesetzt worden. Nebenbei hatte schwere Arbeit und schlechte Ernährung eingewirkt. In ein Paar Fällen war allerdings nicht lange gesäugt worden, wir mussten hier aber doch eine mangelhafte Ernährung in Folge zu starken Verbrauchs durch das Säugen annehmen, weil keine anderen Ursachen zu ermitteln waren. Verschiedene schon während, auch nach dem Säugen eintretende Beschwerden nervöser Art wiesen uns ebenfalls auf diese Ursache der Anämie.

Die Behandlung hatte keine Wahl. Entwöhnen des Kindes und Beförderung der Ernährung und Blutbereitung mussten unsere Aufgaben sein.

Dysmenorrhoe sahen wir nur einmal. Die sparsame Menstruation der Bleichsüchtigen war öfter von leichteren Schmerzen begleitet. Wir konnten dieselben in keinem Fall für Dysmenorrhoe erklären. Es war eine, durch die grosse Empfindlichkeit des ganzen Nervensystems gesteigerte Schmerzhaftigkeit der gewöhnlichen Molimina. In allen Fällen wahrer Dysmenorrhoe konnten wir Leiden des Uterus oder der Ovarien nachweisen.

Aus einer reichen Erfahrung belehrt, muss ich aufordern, in allen Fällen von Dysmenorrhoe eine recht genaue Lokaluntersuchung vorzunehmen. Man wird in der unverhältnissmässig grössern Zahl ein Leiden des Uterus oder der Ovarien nachweisen. Von den ersten namentlich Metritis, Versionen oder Flexionen; von den zweiten chronische Oophoritis. Selbst bei Unverheiratheten ist eine Untersuchung durchaus nöthig. Hier weist man die obigen Leiden ebenso häufig nach, wie bei der Dysmenorrhoe der unfruchtbaren Ehefrauen. Aus den oft übersehenen Krankheiten des Uterus erklärt sich der schlechte Erfolg so vieler gegen Dysmenorrhoe gerichteten Curen. Bei rein symptomatischer Behandlung durch lokale Blutaussäuerungen, Narcotica und sonstige Behandlung lassen sich die Schmerzen auf $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ Jahr beseitigen, und dann kehrt das Leiden wieder. So erklärt sich auch, warum das bei Dysmenorrhoe so häufig gebrauchte Seebad ohne Erfolg bleibt, selbst schadet.

Die Engländer haben auf die, bei Dysmenorrhoe oft vorkommende Enge des os uteri aufmerksam gemacht und einen ursächlichen Zusammenhang darin sehen wollen. Uns sind in unserer Klinik nur zwei Fälle von allerdings ganz auffallender Enge des innern, auch in beiden Fällen des äussern Muttermundes vorgekom-

men. Wir konnten nur dünne Sonden von etwa $\frac{1}{2}$ Durchmesser hindurchführen. Die Menstruation verlief in beiden Fällen ohne Beschwerden und ganz regelmässig. Es ist auch das ein kleiner Beitrag zu jenen Beobachtungen, die gegen den constanten Zusammenhang der Enge des os uteri int. mit der Dysmenorrhoe sprechen.

Wir sahen, wie gesagt, nur einen Fall von Dysmenorrhoe, den wir glaubten zur congestiven Form zählen zu müssen. Es war eine junge, seit drei Jahren in unfruchtbarer Ehe lebende Frau. Leider besuchte dieselbe die Klinik nur einmal und wir haben sie später nicht mehr auffinden können. Bei dieser einen Untersuchung vermochten wir am Uterus nichts Krankes nachzuweisen. Wohl könnte es sein, dass bei dieser Untersuchung etwas übersehen ist. In den drei letzten Jahren meiner Praxis habe ich weder in der klinischen Praxis noch in der privaten einen ähnlichen Fall gesehen.

Runde Fibroide

sahen wir nur in vier Fällen. Zweimal waren es kleine wallnussgrosse Geschwülste; in einem dritten Falle zwei Fibroide von der Grösse eines Apfels. Es bieten diese Fälle nichts besonderes. Im vierten Fall war bei einer Schwangeren ein flach aufsitzendes Fibroid zum vierten Mal die Ursache einer Frühgeburt im sechsten Monate der Schwangerschaft.

Fibröse Polypen.

In der ganzen Zeit kam uns nur ein solcher zur Beobachtung. Der Fall, der für die Diagnose und Operation manches Interesse bietet, mag hier aber ausführlicher erwähnt werden.

Eine estnische Bäuerin, 42 Jahre alt, hatte vor sieben Jahren eine normale Geburt und Wochenbett überstanden und war bis vor $1\frac{1}{2}$ Jahren stets gesund gewesen. Seit der Zeit wurde die Menstruation sehr profus, kehrte aber regelmässig alle vier Wochen wieder. In den freien Intervallen war starker Fl. albus zugegen; im Kreuz und Unterbauch wurden häufig Schmerzen empfunden. Bei der äusseren Untersuchung fühlte man den vergrösserten Uterus durch die Bauchdecken. Die doppelte Untersuchung fand den Uterus beträchtlich vergrössert und hart. Besonders gross war die untere Partie des Uterus; die ganze Portio cervicalis stark vergrössert, und die vordere Wand dieser, so wie die untere Partie des Körpers in ihrer vordern Wand bedeutend ausgedehnt und vorgewölbt. So war die Portio cervicalis als solche kaum vom Uterus zu trennen, sondern war mit der unteren Partie des Körpers eiförmig ausgedehnt, und durch eine leichte Einschnürung von der umfangreichern oberen Partie des Uterus abgesondert. Der Muttermund war beschaffen wie im Beginn der zweiten Geburtsperiode bei einer Erstgebärenden. Eine enge Oeffnung mit mässig dicken Rändern schien anzudeuten, dass der Kanal der Portio cervicalis durch einen in demselben befindlichen Körper ausgedehnt sei. Die Portio vaginalis stand stark nach hinten und links.

Nach diesem Befund konnte es uns kaum zweifelhaft sein, dass in dem Uterus ein Polyp enthalten war. Da der Finger nicht in den Uterus hineindringen konnte, da auch die Sonde ohne Schwierigkeit $4\frac{1}{2}$ Zoll in die Höhle des Uterus eingeführt werden konnte, musste es unser Bestreben sein, den äussern Muttermund zu erweitern.

Ein Versuch, Pressschwamm hineinzuführen, misslang wegen der Lage der Portio cervicalis stark nach hinten. Erst in Folge wiederholter Anwendung der warmen Douche erweiterte sich der Muttermund so weit, dass die Fingerspitze in den Muttermund eingeführt werden konnte. Mutterkorn war ohne Erfolg geblieben. Jetzt fühlte man über dem Muttermund deutlich einen fibrösen Körper.

Während des Aufenthaltes in der Klinik hatten wir Gelegenheit, sehr profuse Blutungen zu beobachten. Diese waren es, die uns in unserem Vorhaben bestärkten, nicht ein tieferes Herabtreten des Polypen abzuwarten, sondern zeitig zu operiren.

Es wurde mit den warmen Einspritzungen fortgefahren und so der Muttermund erweitert und erschlaft. Als derselbe etwa einen Zoll im Durchmesser hatte, beschlossen wir zur Operation zu schreiten.

Wiederholte Versuche, den Polypen mit der Pince à cremailère zu fassen und herabzuziehen, missglückten, weil das Instrument stets abglitt. Der Polyp wurde nun mit der *Muzeux'schen* Hakenzange gefasst. Der Erfolg der Tractionen war der, dass der Uterus bis an den Scheideneingang herab trat. Da an ein Operiren im Uterus wegen der Unnachgiebigkeit des Muttermundes nicht zu denken war, wurden in das Os uteri externum rechts und links ein paar Einschnitte gemacht. Auch so gelang es nicht den Polypen herabzuziehen oder mit dem Finger den Stiel aufzufinden. Ein tieferes Einschneiden schien gefährlich. Bei einem Versuche, die Torsion auszuüben, überzeugte man sich, dass der Stiel ein dicker war. Ein Versuch zur Abbindung musste aufgegeben werden, weil das Instrument verbogen wurde. Bei einem zweiten Versuche mit einem anderen Instrumente riss die Ligatur. So war über eine Stunde vergangen und es blieb uns nichts übrig, als unsere Kranke ins Bett zu bringen.

Es trat keine Reaction ein; die Blutung, die vor der Operation bestanden hatte, sistirte. Der starre harte Muttermund und die Portio vaginalis wurden weich und schlaff. Nach 5 Tagen schritten wir von Neuem zur Operation.

Jetzt folgte der Polyp dem Zuge der *Muzeux'schen* Zange und trat aus dem Uterus hervor. Doch auch der Uterus trat bedeutend tiefer herab. Als der Polyp etwa zur Hälfte aus dem Scheideneingang hervorgetreten war, machte sich einiger Widerstand bemerklich und der Zug machte der Kranken bedeutende Schmerzen. Ich versuchte deshalb mit dem Finger in die Scheide zu dringen, um den Stiel zu erreichen. Da der Polyp den Scheideneingang so füllte, dass ich nicht an ihm vorbeidringen konnte, trug ich mit der Scheere die Hälfte ab, nachdem höher oben gefasst war. Jetzt fand ich Raum, erreichte den Stiel und durchschnitt den $\frac{1}{2}$ Zoll dicken Stiel mit der *Siebold'schen* Scheere. Der entfernte Polyp maass in der Länge 3 Zoll, in der Breite $2\frac{1}{2}$ Zoll, in der Dicke $1\frac{1}{2}$ Zoll.

Diese Operation war sehr schnell beendet. Es trat keine Blutung und keine Reaction ein. Der Uterus verkleinerte sich rasch und die Kranke konnte nach 10 Tagen entlassen werden.

Wenn schon die starken Blutungen unsern zeitigen Eingriff rechtfertigten, so zeigt der dicke kurze Stiel noch mehr, dass die Operation angezeigt war, weil noch Monate vergangen wären, bis der Polyp in die Scheide herabtreten konnte. Unser Versuch der Torsion, noch mehr aber der Abbindung wird dadurch gerechtfertigt, dass wir auf diese Weise hofften der Kranken den deprimirenden Eindruck einer begonnenen und nicht vollendeten Operation zu ersparen. Ueber die Operation selbst ist wohl nichts hinzuzufügen. Unser Verfahren ergab sich einfach aus dem Befunde der Untersuchung und der Beschaffenheit des Uterus. Der Erfolg zeigt aber doch, wie ohne grosse Schwierigkeiten selbst bei enggeschlossenem Muttermunde man nicht nur zu einer richtigen Diagnose gelangen, sondern auch zeitig mit Erfolg operiren kann.

Schleimpolypen

sahen wir in drei Fällen. Oefter hatten wir Gelegenheit, die ersten Stadien zu sehen, und zu beobachten, wie ein oder mehrere stark geschwellte Follikel sich über die Schleimhaut der Portio cervicalis erhoben. In unsern drei Fällen waren es gestielte Schleimpolypen, in denen die Untersuchung mit dem Finger und dem Auge deutlich erkennen liess, dass es sich um 2—4 geschwellte Follikel handelte, die, von der Grösse der Johannisbeeren, mit einem dünnen Schleimhautüberzuge sich zu Polypen gestaltet hatten.

Wir drehten oder schnitten dieselben ab. Blutung trat nie ein. Die Veränderungen des Uterus und der Schleimhaut, namentlich der Infarct und die Excoriationen der Schleimhaut heilten bald und die Menstruation trat regelmässig ein. Damit soll nicht gesagt sein, dass

jede Spur eines Leidens der Schleimhaut, das wohl zum Theil Ursache der Entstehung des Polypen war, damit schon beseitigt war.

Von Krebs des Uterus

und der Scheide liegen 5 Beobachtungen vor. Es waren alle, einen ausgenommen, weit vorgeschrittene Fälle; bei einer Frau war die Blase schon perforirt. Die Beobachtungen boten, mit Ausnahme einer, nichts besonderes. Mit Ausnahme einer waren die Frauen alle brünett und hatten alle geboren. Bei allen waren die ersten Erscheinungen Blutungen gewesen, und fiel es uns bei allen unsern Beobachtungen auf, wie bei den bedeutenden Zerstörungen, die wir bei der Untersuchung fanden, ernstere Krankheitserscheinungen erst seit kurzer Zeit eingetreten waren, und im Ganzen bei unsern Beobachtungen bei dem sehr vorgeschrittenen Leiden, die Schmerzen und sonstigen krankhaften Erscheinungen unbedeutende waren. Am meisten Schmerzen fanden wir noch in dem oben citirten Fall, der dadurch unser Interesse in Anspruch nahm, dass unsere Diagnose im Anfange eine nicht richtige war.

Es war eine brünette, 56 Jahre alte Estin, Mutter mehrerer Kinder. Seit einem Jahr war die Menstruation ausgeblieben. Vor zwei Monaten hatte sich eine bis jetzt, wie die Frau angab, fast ununterbrochen fortdauernde Blutung eingestellt. Die Untersuchung ergab zunächst einen vergrößerten und schmerzhaften Uterus und im Os uteri externum einen Schleimpolypen, entstanden aus zwei entarteten Follikeln. Nach der Exstirpation stand die Blutung bald. Die nähere Untersuchung ergab an der Portio supravaginalis 3 kleine Hervorragungen von der Grösse einer Mandel, die bei

der Untersuchung durch das Scheidengewölbe hart und verschiebbar erschienen. Bei dem guten Befinden und der vorhandenen Körperfülle glaubten wir, da die Vaginalportion ebenfalls unversehrt, nicht viel geschwellt war, eher Fibroide als Krebs annehmen zu dürfen. Auch die Vergrößerung des Uterus und die Enge des inneren Muttermundes widersprach nicht im mindesten dieser Annahme. Wir beobachteten die Kranke durch eine Reihe von Wochen und mussten unsere Diagnose ändern. Das gute Aussehen der Kranken schwand. Die Haut wurde graugelb, welk und dürr. Ein höchst übelriechender jauchiger Ausfluss stellte sich ein. Die Portio vaginalis blieb unversehrt. Die Kranke musste aus der Klinik entlassen werden, und ging 4 Monate später am Uterus-Krebs zu Grunde. Blutungen fehlten bis zum Tode.

Acute Metritis

sahen wir nur in 2 Fällen, die nichts zu bemerken bieten.

Chronische Metritis,

chronische perenchymatöse Metritis, chronischer Infarct, chronische Anschoppung sahen wir in 41 Fällen. Wobei ich zugleich bemerke, dass hier nicht jene Fälle mitgezählt sind, wo neben parametritischen Exsudaten, oder durch Lagenveränderungen, Polypen, Fibroide u. s. w. bedingt das Leiden beobachtet wurde.

Die oben genannten Namen deuten schon an, wie verschieden man die hierher gezählten Erkrankungen deutete; ebenso dass man über die Art und Weise der Entstehung dieser Leiden nicht im Klaren ist.

Die subjectiven Erscheinungen sind bei allen Frauen und bei den verschiedenen Formen im Ganzen die glei-

chen. Sie gestalten sich allerdings nach der Dauer des Leidens, nach dem Grade und nach der Constitution verschieden. Sie differiren wohl auch nach der Art und Weise ihrer Entstehung ein wenig. Im allgemeinen aber sind die Klagen bei allen Frauen dieselben. Gemeinsam ist ferner den hierher gezählten Erkrankungen der chronische Verlauf und die Vergrösserung des Uterus.

Grösser sind die Verschiedenheiten, die sich bei der Untersuchung ergaben, und ich bin oft versucht gewesen, nach der Untersuchung die Fälle in drei Gruppen zu theilen, je nachdem der Befund ein verschiedener ist. Dieser Befund des ausgebildeten Leidens hängt namentlich von der Ursache ab, die zur Entstehung Veranlassung gab. Doch lässt sich nicht läugnen, dass sich eine solche Eintheilung nicht streng durchführen lässt, indem von den gleich anzuführenden Ursachen zwei zu gleicher Zeit oder nach einander können eingewirkt haben.

1) Die häufigsten Beobachtungen lassen sich in ihrer Entstehung auf ein Wochenbett nach normaler Schwangerschaft oder Abortus zurückführen. Man hat sogar in der Klinik öfter Gelegenheit, diese Fälle entstehen zu sehen. Wir finden den Uterus gross, nicht hart, selbst welk und schlaff. Die Höhle des Uterus ist mehr oder weniger verlängert, der Scheidentheil dick, nicht indurirt. Der Muttermund, auch wohl der Canal der Portio cervicalis steht offen, reichlicher Schleim entleert sich aus dem Uterus, und um so mehr, je frischer das Leiden ist. Um den Muttermund mehr oder weniger grosse Excoriationen und Granulationen. Die Schleimhaut der Portio cervicalis in einem ähnlichen Zustande. Oft sieht man noch deutlich die granulirenden Einrisse. In den

bei weitem meisten Fällen ist der ganze Uterus erkrankt, in den seltneren ist es die Portio vaginalis allein. Nach meinen Beobachtungen findet das letzte eher nach Abortus statt als nach rechtzeitigen Geburten. Nie sah ich bei dieser Entstehung des Leidens die Portio vaginalis gesund. Gesellte sich im Wochenbett Metritis hinzu, oder ist dieselbe die Ursache der fehlerhaften Rückbildung, so kann der Befund einigermassen mit dem sub 2 zu schildernden übereinstimmen. Dasselbe ist der Fall, wenn bei längerer Dauer sich Metritis hinzugesellt.

In den Beobachtungen, wo sich keine der zuletzt erwähnten entzündlichen Complicationen hinzugesellt, haben wir nach dem Befund der Untersuchung keine Ursache und kein Recht, eine Vergrößerung des Uterus anzunehmen, die durch Exsudation entstanden, die fest geworden oder selbst zu Gewebsneubildung Anlass gegeben. Wir sind genöthigt, eine mangelhafte Rückbildung, also mangelhafte Fettmetamorphose und Resorption des Bindegewebes der Muskeln und der Gefässe anzunehmen. Das ist der Grund, warum der Uterus nicht seinen normalen Umfang erreicht. Nebenbei sind wohl auch die noch umfangreichen Gefässe und namentlich die Venen mit Blut überfüllt.

Bei den andern jetzt zu schildernden Formen haben wir Vergrößerung des Uterus durch Exsudation, Neubildung u. s. w.

2) Wir sehen in seltneren Beobachtungen die Vergrößerung des Uterus durch Entzündung hervorgerufen. Der Uterus ist hart, wohl an einer oder der anderen Partie mehr vergrößert und indurirt als an andern Stellen. Die Portio vaginalis hart, oft sehr hart, selbst kolbig aufgetrieben. Der Muttermund weniger zugäng-

lich. Die Höhle des Uterus wenig verlängert, oft gar nicht. Die Schleimsecretion aus dem Uterus ist geringer, als bei der vorigen Form. Die Veränderungen der Schleimhaut der Portio vaginalis und des Canals der Portio cervicalis sind nicht so umfangreich und intensiv wie bei der obigen Form. Bei Jungfrauen und Frauen, die nicht geboren haben, gehört es zur Regel, dass die Portio vaginalis gar nicht oder nur sehr mässig verdickt und indurirt ist.

Die Untersuchung lässt in diesen Fällen keinen Zweifel, dass die Vergrößerung entstanden ist durch acuten oder chronischen Exsudationsprocess in das Bindegewebe und zwischen die Muskeln. Wir haben hier Erstarren des Exsudats und Neubildung. Der Uterus ist häufig blutarm.

Als Ursache ergibt sich acute Metritis, oder subacute mit Uebergang in chronischen Verlauf. Oben wurde schon bemerkt, dass Metritis im Wochenbett neben der mangelhaften Rückbildung durch Exsudation oft die Veranlassung zur Vergrößerung des Uterus abgiebt. Je nachdem die Vergrößerung mehr von der einen oder andern Ursache abhängt, wird man geneigt sein, die Fälle zur ersten oder zweiten Form zu zählen, und dieselben auch mit Recht selbst für die Therapie zu trennen haben. Bei dem häufigen Vorkommen der Metritis im Wochenbett erklärt sich auch das häufige Vorkommen dieser gemischten Formen. Die häufigsten sind sie nicht.

3) Wir finden bei Vorfall, bei Lagen- und Formveränderungen des Uterus Vergrößerung des Organs. Die Untersuchung ergibt in diesen Fällen einen Befund ähnlich dem sub 1. Das Organ ist weich, welk, schlaff, oft wie ödematös anzufühlen; es scheint der Druck des

Fingers eine Grube zurückzulassen. Es lässt sich selbst bei der doppelten Untersuchung zusammen biegen. Die Vaginalportion ist normal oder wenig geschwellt, weich und nachgiebig, die Höhle des Uterus normal lang oder wenig verlängert.

Da die oben genannten Ursachen dieser Erkrankung: der Vorfall u. s. w. oft aus dem Wochenbett herühren, so rührt die Vergrößerung in diesen Fällen von einer mangelhaften Rückbildung her, und ist hier der Befund, wenn nicht sehr lange Zeit verstrich, der oben unter 1 geschilderte.

In jenen Fällen aber, wo die Vergrößerung in Folge einer Lagen- und Formveränderung des normalen und nicht puerperalen Uterus entstand, und in jenen Fällen, wo bedeutende Kreislaufstörungen mit dieser Vergrößerung im ursächlichen Zusammenhang stehen, haben wir es mit einer Ueberfüllung der Venen und Capillaren zu thun. Diese erklärt sich nicht schwer aus der Zerrung, Spannung und Verbiegung der ligamenta lata, in denen die Venen verlaufen und bei den Knickungen aus der Compression der Gefäße in dem Uterus selbst. Nebenbei findet wohl öfters Oedem des Organs statt.

In Bezug auf die Excoriationen und Granulationen u. s. w., kurz in Bezug auf die Erkrankungen der Schleimhaut der Portio cervicalis und des Muttermundes wäre nur zu bemerken, dass sie in den aus dem Wochenbett datirenden Fällen immer bedeutender waren, als bei den andern Formen. Wir beobachteten die verschiedensten Formen dieser Erkrankung; es gelang mir aber bis jetzt nicht, die verschiedenen Formen in irgend einen bestimmten Zusammenhang mit dem Leiden des Uterus zu bringen, ebensowenig stellte sich

mir bis jetzt heraus, dass die verschiedenen Formen mit verschiedenen Mitteln zu behandeln seien. Bis jetzt war meine Regel nur: je älter und bedeutender die Veränderung, desto energischere lokale Behandlung. — Darüber scheint mir kein Zweifel obzuwalten, dass die den Infarct begleitenden Erkrankungen des Os uteri und seiner Umgebung stets bedeutender sind, als die, welche den Catarrh des Uterus begleiten.

Ich habe hier versuchen wollen anzudeuten, welchen Weg ich einschlug, wenn wir versuchten, auf die Deutung unseres Untersuchungsbefundes einzugehen, und wenn wir aus diesem Befunde die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Organs zu deuten unternahmen. Ich habe meinen Zuhörern zeigen wollen, wie nach diesem Befunde etwa wir zu den richtigen Indicationen für unser therapeutisches Handeln gelangen könnten.

Es liegt hier den Gynäkologen ein Gebiet offen, auf dem viel zu thun ist. Eine umfassende Arbeit würde eine grosse Lücke füllen. Erst genaue anatomische Untersuchungen über Anordnung der Venen, Arterien und Capillaren im nicht schwangern, gesunden Uterus, dann ein Nachweis, wie das Gefässsystem des schwangern Uterus sich zu dem des nicht schwangern verhält und sich in dieses umgestaltet, endlich genaue und zahlreiche pathologisch-anatomische Untersuchungen.

Wir mussten uns wegen absoluten Mangels an Material versagen, uns an solche Untersuchungen zu machen, so sehr uns die Sache interessirte und so lebhaft wir aus solchen Untersuchungen Vorthail für die Therapie hofften.

Es bleibt uns daher nichts übrig, als einige wenige Punkte aus unsern Beobachtungen kurz zu berühren.

Von den 41 erwähnten Fällen nicht mit Lagenveränderungen u. s. w. complicirten Infarcts hatten 33 der betreffenden Weiber geboren und leiteten das Leiden von einer Geburt zur rechten Zeit oder einem Abortus her. Keine gab an, dass die Entbindung besonders schwierig oder durch Kunsthilfe beendet gewesen sei. Bei einer jedoch wies der untersuchende Finger und das Speculum eine bogenförmig, von der Vaginalportion nach rechts und links verlaufende narbige Leiste nach, die wir uns nur aus Zerreißung des Scheidengewölbes erklären konnten.

Acht hatten nicht geboren, hatten sich aber gerade keines keuschen Lebenswandels befleissigt.

Die Dauer des Leidens war bei vielen schon eine sehr lange. Eine Frau gab an, schon 17 Jahre in der Weise zu leiden. In zwei Fällen sahen wir das Leiden nach dem Aufhören der Menstruation noch fortbestehen.

In Bezug auf die Symptome ist wenig zu bemerken. Hysterie und Anämie waren mehr oder weniger ausgeprägt. Einmal fanden wir bei einer Frau, die geboren, heftige Coccygodynie, für die wir durch die sorgfältigste Untersuchung keine palpablen Veränderungen der betreffenden Partie nachzuweisen vermochten.

Unfruchtbarkeit war bei den meisten Frauen seit dem Bestehen des Leidens eingetreten. Einzelne hatten während des Leidens concipirt und abortirt oder zur rechten Zeit geboren, stets eher Verschlimmerung ihrer Krankheit als Besserung gefühlt.

Bei einer jugendlichen Frau beobachteten wir während unserer Behandlung Conception. Die Schwangerschaft war bei bedeutendem Grade des Leidens, starker Anschwellung der Portio vaginalis und einem grossen granulirenden Geschwür um den Muttermund eingetre-

ten. In der Schwangerschaft nahm die Hysterie zu, und wurde viel über Schmerz im Uterus geklagt. Das Geschwür bestand fort. Die Geburt trat rechtzeitig ein und verlief rasch, nicht besonders schmerzhaft. Im Wochenbett war die Rückbildung des Uterus eine sehr langsame. Auffallend war es, wie sich bei der Rückbildung der Portio vaginalis die vordere Lippe schon um den achten Tag ganz in derselben Weise gestaltete, wie vor der Schwangerschaft, dick, schwammig, die hintere Lippe fast um 1 Zoll überragend. Die Kranke bestand trotz der Vorstellungen von unserer Seite auf Entlassung, und hat dem sicher das Fortbestehen ihres Leidens wenigstens zum Theil zu danken.

In einem zweiten Falle, in dem Schwangerschaft während der Behandlung eintrat, waren die Erscheinungen im Ganzen dieselben.

Unserer therapeutischen Erfolge haben wir uns nicht zu rühmen. Wenn sich das für die ambulatoische Praxis von selbst versteht, so waren sie auch in der stationären Klinik nicht bedeutend, weil unsere Kranken zu kurze Zeit bei uns blieben.

Locale Blutentleerungen erleichterten wohl, indem sie die Schmerzen linderten; nie aber sahen wir bleibenden gründlichen Erfolg. Kleine allgemeine Blutentleerungen schienen in ein Paar Fällen mehr Nutzen zu bringen, doch fanden wir in diesen geringen Erfolgen nicht gerade Aufforderung dieselben öfter anzuwenden. — Lokale Applicationen auf die Schleimhaut des Uterus und namentlich der Portio cervicalis wurden in der Weise vorgenommen, dass mit einem Aetzmittelträger Alaun oder Tannin rein oder mit Amylum gemischt in den Uterus gebracht wurde, oder es wurden nach Entfernung des Schleimes Lösungen angewandt, oder Charpie.

meschen in den Uterus geführt und die Portio vaginalis im Speculum mit Lösungen umspült und so auf die Schleimhaut eingewirkt. Auf die Granulationen etc. wurde durch Lösungen und Actzmittel in Substanz eingewirkt. Es stellte sich bald heraus, dass diese Aetzungen, wenn sie oft und energisch gemacht wurden, schaden, und nur von Nutzen waren, wenn sie nicht zu oft, etwa alle 8 Tage angewandt wurden. Der Liquor Bellostii namentlich vergrösserte nicht selten die wunde Fläche. Im Ganzen sahen wir bei vorsichtiger Anwendung und öfterem Wechseln der Mittel die Wundflächen von dem Rande her vernarben und ganz verheilen, dabei auch die Schleimhaut der Portio cervicalis eine gesunde Beschaffenheit annehmen und die Secretion geringer werden. Nie konnten wir uns davon überzeugen, dass dadurch das Volumen des Uterus abnahm.

Der Gebrauch von lauen Einspritzungen, die Application von Vesicatoren und Jodtinctur auf den Unterleib, die innerliche Anwendung leichter Abführungen, von Jodeisen und Sublimat wirkte öfter günstig, liess uns in andern Fällen ganz im Stich. Auch Umspülungen der Vaginalportion mit Lösungen von Jod und Jodkali waren, namentlich bei starker Schwellung der Portio vaginalis von Erfolg*). Ich darf wohl ein näheres Eingehen hier unterlassen, da die bei weitem grösste Zahl unserer Kranken ambulatorisch behandelt wurde und hier von Heilerfolgen in Folge einer consequent durchgeführten Behandlung nicht viel die Rede sein konnte. Die wenigen stationär behandelten Kranken konnten

*) Umschläge von Lösungen des Kreuznacher Mutterlaugensalzes haben mir in der Privatpraxis erwünschten Erfolg geboten.

wegen Mangel an Raum auch nicht lange behalten werden, sondern mussten im Interesse der Klinik neu Eintretenden Raum machen, und so ist auch von bedeutenden Erfolgen nicht die Rede.

Bei der Coccygodynie leisteten uns subcutane Morphium-Injectionen gute Dienste, beseitigten aber das Leiden nicht ganz. Wir wendeten schliesslich die transcurrente Cauterisation mit dem Glüheisen an. Es schwanden die Schmerzen bis auf einen unbedeutenden Rest, der die Kranke nicht besonders mehr belästigte.

Haematocele retrouterina

ist in 5 Fällen beobachtet worden. In dem ersten Falle glaubten wir den Untersuchungsbefund nicht anders deuten zu dürfen. Wir fanden hinter dem Uterus einer in den mittleren Jahren befindlichen Ehefrau einen Tumor von der Grösse eines kleinen Apfels. Der Tumor lag dem Uterus eng an, war nicht hart, fast teigig. Der Uterus war $3\frac{1}{2}$ Zoll lang, die Menstruation schmerzhaft. Der Tumor war wohl Ueberbleibsel einer vor zwei Jahren überstandenen Krankheit. Damals war unter peritonitischen Erscheinungen, die in ein Paar Tagen vergingen, und unter bedeutenden Harnbeschwerden eine bedeutende Geschwulst aufgetreten. Wir bemühten uns die nöthigen Auskünfte zu erhalten, konnten aber nicht viel ermitteln. Das rasche Entstehen der Geschwulst, das schnelle Schwinden der peritonitischen Erscheinungen, die Grösse der Geschwulst und das damals bald eingetretene relative Wohlbefinden drängten uns, eher an eine Haematocele als an eine Perimetritis zu denken. Die jetzt fühlbare Geschwulst von teigiger Beschaffenheit, dem Uterus eng anliegend, liess uns an Reste einer Haematocele oder Peri- oder Parametritis

denken. Die fast breiige Beschaffenheit der Geschwulst konnte ebenfalls kaum anders gedeutet werden, als vorgeschrittene fettige Entartung der Fibrinreste. Man hätte wohl an eingedickten und ebenfalls fettig metamorphosirten Eiter eines perimetritischen Abscesses denken können, doch wären hier ohne Zweifel die Wandungen dickere gewesen, und hätten wir wohl auch noch derbe Massen in der Nachbarschaft gefunden. Wenn es fraglich sein sollte, ob denn in der That der jetzige Befund mit jener vor 2 Jahren überstandenen Krankheit in Zusammenhang zu bringen sei, glauben wir für unsere Annahme anführen zu müssen, dass nach dem geschilderten Befund man höchstens noch an eine frischere Haematocele oder an ein Lipom hätte denken können. Lipome sind an diesem Orte aber so selten, dass diese Annahme wenig Wahrscheinlichkeit hatte. Gegen eine frische Haematocele sprach die abgegrenzte Beschaffenheit der kleinen Geschwulst und der Mangel aller anamnestischen Momente. Wir konnten leider durch eine spätere Untersuchung nicht die Richtigkeit unserer Diagnose oder das Gegentheil ermitteln, da die Kranke nicht wieder erschien.

Die übrigen vier Fälle kamen zeitig zu unserer Beobachtung. Ich will dieselben hier nicht einzeln aufzählen, da sie alle unter sehr ähnlichen Erscheinungen verliefen. Alle betrafen nicht mehr jugendliche, aber doch noch menstruirte verheirathete Frauen und Wittwen. Alle gaben gemeinschaftlich Entstehung während der Menstruation nach Einwirkung einer Gewalt, Stoss, Schlag, Heben an. Bei dreien folgte Unterdrückung der Menstruation, bei einer prolongirte Menstruation. Es wurde bei der Entstehung heftiger Schmerz empfunden, dem bald Anwandlungen von Ohnmacht folgten.

Leichtere peritonitische Erscheinungen fehlten in keinem Fall, schwanden aber bis auf geringe Empfindlichkeit bei der Berührung im Verlauf von 3—4 Tagen. Das Aussehen war anämisch.

Die Untersuchung ergab einen wenig schmerzhaften, die Symphysis pubis in unsern Fällen höchstens eine Hand breit überragenden Tumor. Die Grenzen des Tumors durch Palpation waren nicht genau zu bestimmen.

Die innere Untersuchung ergab einen nach vorn verdrängten, sonst ziemlich normalen, höchstens etwas vergrösserten Uterus. Hinter dem Uterus lag, das ganze kleine Becken füllend, ein unbeweglicher Tumor; prall und gespannt mit gleichmässiger Wölbung, elastisch, wenn wir denselben zeitig vor Gerinnung des Blutes zur Beobachtung bekamen. Im Verlauf wurde er härter, bei fortschreitender Resorption uneben und wohl stellenweise durch Erweichung weich.

Der Verlauf war in allen Fällen gleich. Kein Fieber und allmälige Verkleinerung, auf die am sichersten aus dem Fühlbarwerden der Lig. recto-uterina geschlossen werden konnte. So gelangte die Haematocele in Zeit von 4—10 Wochen ohne Störung des Verlaufs bei einem ganz indifferenten Verfahren zur vollständigen Resorption. Als Folge blieb in einem Fall durch Anlöthung eine Retroversion zurück. Sehr lange dauerte der erste Fall, wenn unsere Diagnose die richtige war. Eine Dauer von mehreren Monaten ist öfter bei grossen Tumoren beobachtet. Allerdings hatte jener Tumor bis über den Nabel gereicht, immerhin war aber selbst bei diesem Umfang der Verlauf ein langsamer.

Ich halte die Diagnose für gesichert durch die Eigenthümlichkeit des Entstehens und Verlaufs, und glaube, dass in den meisten Fällen dieses, in seiner

Existenz hin und wieder noch bezweifelte Leiden, von einer Peri- und Parametritis nicht schwer zu unterscheiden ist. In den Fällen, wo sich die peritonitischen Erscheinungen längere Zeit hinziehen und bedeutender sind, wird die Diagnose schwierig sein. Die Anamnese, die Gleichmässigkeit der Geschwulst, die rasch beginnende und fortschreitende Resorbtion, die Indolenz des Tumors sind es vornehmlich, die uns in der Diagnose leiten werden.

In Bezug auf die Quelle der Blutung vermag ich nichts anzugeben. Die Entstehung ist noch dunkel. Von Interesse ist ein Fall, den wir, während ich dieses schreibe, beobachteten. Bei einer Frau, die schon vor einem Jahr eine Haematocele überstanden, sahen wir, nachdem wir sie 2 Tage vorher untersucht und einen im ganzen normalen Befund hatten, eine Haematocele zum zweiten Male auftreten. Wir dachten an ein Leiden der Gefässwandungen, konnten aber rigide Arterien wenigstens nicht nachweisen.

Unsere Beobachtungen liessen wohl an dem intraperitonäalen Sitz des Blutergusses nicht zweifeln. Die kuglige Gestalt der Geschwulst ist nur so zu verstehen; das Fühlbarwerden der Lig. recto-uterina bei beginnender Resorbtion ist nur bei intraperitonäalem Sitz verständlich, und endlich müsste sich bei extraperitonäalem Sitz das Blut bis an den Damm und in die Schaamlippen senken, was nicht der Fall war. Damit will ich aber ein Urtheil nur über die von mir beobachteten Fälle abgegeben haben, und nicht läugnen, dass Haematocele wohl auch durch extraperitonäale Ergiessungen entstehen könne.

Unsere Behandlung war eine ganz indifferente, höchstens symptomatische, und konnten wir gar keine

Anzeige zur Eröffnung finden, weil erstens die Erfahrungen für diese Methode schlecht sind, wie sich das besonders aus der Zusammenstellung in der Voisinschen Monographie ergibt; zweitens wir fast von Tage zu Tage die Abnahme des Extravasates nachweisen konnten, und drittens, weil wir die Geschwülste für intraperitonäale erklären mussten.

Parametritis

(Perimetritis, Phlegmone periuterina) beobachteten wir bei neun Frauen. Hier sind mehrere Erkrankungen nicht mitgezählt, die zur Zeit des herrschenden Puerperalfiebers und unter dem Einfluss desselben stattfanden. Diese Beobachtungen, bei welchen wir dreimal beträchtliche Abscesse in der Scheide öffneten, behalte ich mir für einen Bericht über die geburtshilfliche Klinik vor. Wir hatten nur in zwei Fällen Gelegenheit das Leiden zeitiger, d. h. in den ersten Tagen des Bestehens zu beobachten, und sahen das Exsudat hier einen beträchtlichen Umfang erreichen. Die andern 7 Fälle bestanden schon seit längerer Zeit, und war das Leiden schon in ein fieberloses chronisches, wenigstens subacutes Stadium getreten. Bei der einen von unsern Kranken traten regelmässige abendliche Schmerzanfälle ein, bei denen wohl etwas Frost empfunden wurde und bei der sehr erregbaren Kranken eine nicht unbedeutende Beschleunigung des Pulses veranlasst wurde. Man konnte hier veranlasst sein, an ein abendliches Fieber zu denken, doch wies der Thermometer keine Temperatursteigerung nach. Wirkliches Fieber kam in diesen Beobachtungen nur selten und vorübergehend bei Zunahme des Exsudats und beim Zerfall desselben vor.

Ueber die Symptome, unter denen das Leiden auftrat, ist wenig zu sagen; wir beobachteten nichts besonderes. Das Krankheitsbild war bedingt durch den Zustand des Uterus und die Lage und Ausdehnung des Exsudats. Blut- und Schleimflüsse, fehlerhafte Menstruation, Schmerzen durch Druck des Exsudats, Störungen der Function der Beckenorgane durch dasselbe, Schmerzen und sonstige Erscheinungen des akuten Leidens gruppirten sich in mannigfacher Zusammensetzung und Abwechselung.

Bei der Untersuchung fanden wir, bei der doppelten Untersuchung durch das Rectum und die Vagina einerseits und die Bauchdecken andererseits: Geschwülste der verschiedensten Form, Grösse und Zahl. Einmal lagen dieselben dem Uterus fester an, in einem andern Fall waren sie beweglich, und bildeten so namentlich hinter dem Uterus kleinere selbst nur erbsengrosse verschiebbare Geschwülste. Stets konnten wir genau den Sitz und die Ausdehnung nachweisen und die Veränderungen des Exsudats verfolgen: Abnahme und Zunahme und Erweichung durch Schmelzung und Zerfall.

Die Dauer war stets eine sehr lange. Selbst geringere Exsudate sahen wir erst in 6—8 Wochen schwinden, bei den grösseren konnten wir noch nach ebensoviel Monaten nachweisen, dass noch Ueberreste da waren. In einem Fall sahen wir Aufbruch ins Rectum. Wir hatten schon seit mehreren Tagen die Fluctuation gefühlt. Als sie eines Morgens geschwunden war, konnten wir die Oeffnung im Mastdarm von einem Wall umgeben nachweisen und nach Einführen eines Speculum eine Sonde in die Höhle einführen. Trotz der herbeigeführten Erleichterung bestand der übrige Theil noch lange fort.

Nie kehrte vollkommenes Wohlsein zurück und schwanden lokale und allgemeine Störungen, bevor nicht der letzte Rest des Exsudats beseitigt war.

Die Frage, ob die Exsudate intraperitonäale oder extraperitonäale waren, ob wir es also mit einer Perimetritis oder Parametritis (Phlegmone peri-uterina) zu thun hatten, musste uns in allen diesen Fällen nahe gelegt sein. Wir suchten diese, in wissenschaftlicher namentlich aber auch in practischer Beziehung, wichtige Frage aus dem Befunde der Untersuchung zu beantworten. Wenn auch die mehr schleichende Entstehung unter weniger heftigem Fieber und weniger heftigen Schmerzen mehr für Para- als für Perimetritis spricht, so konnte das nicht ausreichen, um ein bestimmtes Urtheil abzugeben, da auch die Parametritis sich unter recht acuten Erscheinungen ausbilden kann und beide Formen neben einander bestehen können. Grosse knollige feste Exsudate ohne flüssiges Exsudat dürfen wohl mit mehr Recht in das Bindegewebe, das den Uterus umgiebt, versetzt und für extraperitonäal erklärt als von der Entzündung des Peritonäalüberzuges hergeleitet werden. Hier sind es denn auch namentlich die rechts und links von der Mittellinie liegenden mit den Bauchwandungen eng verbundenen, die das Bauchfell mehr oder weniger von der Gegend des Poupartschen Bandes abheben und wohl stets subperitonäale sind. Fanden wir derbe Exsudate an jenen Stellen in der Umgebung des Uterus, wo das Bindegewebe reichlicher angeordnet ist, so glaubten wir den Sitz der Entzündung ebenfalls im subperitonäalen Bindegewebe suchen zu müssen. So ist es mit den ringförmig den Uterus umgebenden und auf dem Scheidengewölbe aufsitzenden Exsudaten, mit denen, die sich an der rechten oder linken

Seite des Uterus, entsprechend der Insertion des Ligam. latum, hinziehen; eben so mit den, in der Richtung der Ligamenta lata vom Uterus nach rechts oder links zum Umfange des Beckens sich erstreckenden. Diese letzten Exsudate sind es, die sich oft noch nach Monaten nachweisen lassen und hier lässt sich aus dem Befund mit Sicherheit schliessen, dass denselben ihre Richtung durch die Lig. lata angewiesen ist, und hier kann es wieder kein Zweifel sein, dass die Exsudationen in den breiten Mutterbändern sich befinden. — Ferner sind es die Veränderungen, welche in der Nachbarschaft durch die Exsudate hervorgerufen werden, die oft mit Sicherheit auf den Ursprung schliessen lassen. Bei jenen, den Uterus ganz oder zum Theil ringförmig umgebenden Exsudaten schwindet wohl die Portio vaginalis ganz. Es kann das nur so geschehen, dass das Exsudat, welches das Bindegewebe an der Ursprungsstelle der Vagina infiltrirt hat, die Portio vaginalis, die wie eine Einstülpung der Vagina anzusehen ist, durch ein Auseinanderzerren der Einstülpung verschwinden macht. Bei einem Exsudat oberhalb des Peritonäum kann diese Veränderung nicht eintreten. Auch das Verhalten der Lig. rectouterina kann öfters zur Diagnose benutzt werden. Grosse, massenhafte Exsudate, die rasch erfolgen, so Haematocele, dehnen die betreffenden Bauchfellparthien so aus, dass jene Falten schwinden; kleinere, die sich namentlich in den Douglas'schen Raum senken, erweitern und vertiefen diesen Raum und die Ligamente treten noch schärfer hervor und sind auch durch die Untersuchung nicht immer nachweisbar, so halten sich die Exsudate streng an diesen Raum und erhalten durch denselben ihre kuglige Form; bei der beginnenden Resorbition traten die Lig. wieder schär-

fer hervor. Subperitonäale Exsudate machen an diesen Stellen die Lig. rectouterina, selbst wenn sie klein sind, schnell verschwinden, und lassen dieselben erst spät wieder hervortreten.

So überlegend, glaubten wir bei dem grössten Theil unserer Beobachtungen mit Sicherheit, in den übrigen wenigstens mit Wahrscheinlichkeit Parametritis diagnosticiren zu dürfen.

Die Ursachen anbelangend, so war es uns in einem Fall ohne Zweifel, dass keine Geburt stattgefunden hatte. Bei dreien war rechtzeitige Geburt, bei drei andern Abortus vorhergegangen. Bei zwei andern konnten wir trotz des Widerspruchs der Kranken doch kaum daran zweifeln, dass auch hier Abortus erfolgt war. Als nähere Ursache durfte in jenem ersten Fall Excessus in venere angesehen werden; bei einem zweiten war es das wiederholte ungeschickte Einführen der Sonde in den Uterus, um Abortus zu erregen. Bei drei andern waren es bald nach der Geburt erfolgte Anstrengungen, Erkältungen, Tanz und wohl ebenfalls Excessus in venere.

Unsere Therapie bestand in lokalen Blutaussäuerungen, warmen Umschlägen und Opiaten, ein Verfahren, wodurch die Beschwerden gelindert wurden. Die warmen Umschläge wurden lange fortgebraucht, und schießen neben dem Gebrauch von Vesicatoren, Jodtinctureinpinselungen, Einreibungen von Ungt. hydrarg. einer. und Einspritzungen von Jodkalilösungen in den Mastdarm bei retrouterinen Exsudaten die Resorption zu beschleunigen. Von Wichtigkeit erschien es uns, stets für offenen Leib zu sorgen.

Eierstocksliden

beobachteten wir in 10 Fällen. Zwei Beobachtungen von Oophoritis betrafen junge Personen von 21 und 30 Jahren, die über die Ursache der Entstehung nichts anzugeben vermochten. Bei der einen glaubten wir geschlechtliche Ausschweifung annehmen zu dürfen; die zweite war Jungfrau.

Die Oophoritis hatte in beiden Fällen einen mehr chronischen Verlauf, doch war die Untersuchung der Ovarialgegend und namentlich die Berührung des Tumors recht schmerzhaft.

Die Tumoren von der Grösse einer kleinen Wallnuss konnten durch die gleichzeitige Untersuchung per anum und die Bauchdecken und auf keine andere Weise erkannt werden.

In dem einen Fall war das Leiden mit Metritis complicirt, in dem andern war der Uterus normal, selbst schlaff. Bei der ersten war die Menstruation reichlich; in beiden Fällen von Schmerzen begleitet.

Auch diese beiden Beobachtungen bestätigten, dass das Leiden zu den hartnäckigsten gehört, und es ist ja bekannt, dass dieses nur durch sorgfältige Untersuchung zu diagnosticirende Leiden stets von Dysmenorrhoe begleitet zu sein pflegt.

Die chronischen Eierstockstumoren boten, wenn auch nichts besonders Auffallendes, so doch manches Interessante.

Sechs zeigten einfache Cysten, von denen vier eine acute Entstehung unter Erscheinungen von Oophoritis angaben, doch war das Wachsthum ein sehr verschiedenen schnelles. Keiner der Tumoren war grösser als der Kopf eines jährigen Kindes. Bei der einen und zwar der älteren 45jährigen Frau hatte der Tumor

diese Grösse in 5 Monaten erreicht, bei einer andern, einem unverheiratheten Mädchen, das nicht geboren, dauerte das Leiden schon 4 Jahre. Diese beiden Fälle konnten wir öfters beobachten. Der letztere blieb ganz stationär; der erste schwand in der Zeit eines Jahres.

Von den zwei zusammengesetzten Tumoren, wahrscheinlich Cystosarcomen, war der eine ebenfalls unter acuten Erscheinungen entstanden, und betraf eine 40jährige unfruchtbare Ehefrau. Im zweiten Fall hatte der Tumor die Grösse eines Uterus im achten Monat. Der Tumor hatte schon seit längerer Zeit bei der 26 Jahr alten Ehefrau bestanden. Sie concipirte trotzdem. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verliefen gut, aber nach der Geburt nahm der Tumor bedeutend an Umfang zu.

In einem Fall beobachteten wir Einklemmung einer einfachen Cyste im kleinen Becken mit recht heftigen Incarcerations-Erscheinungen. Da die Reposition misslang, waren wir auf ein antiphlogistisches Verfahren beschränkt und sahen in drei Tagen die Beschwerden schwinden.

In Bezug auf Diagnose und Symptomatologie ist nichts anzuführen ausser eine Beobachtung. Es ist ja bekannt, wie der Uterus seine Lage ändert, und wie er durch die Zerrung in die Länge ausgedehnt wird. So fanden wir denn in einem Fall die Portio vaginalis durch diese Zerrung ganz geschwunden und den äusseren Muttermund im Scheidengewölbe. Nach Verlauf von 9 Monaten hatte sich die Portio vaginalis ganz herausgebildet, doch war der Uterus immer noch lang. Wir mussten schliessen, dass die Zerrung nachgelassen habe, konnten uns jedoch den Mechanismus nicht erklären.

Mit der Therapie der Eierstockstumoren steht es schlecht. Wir konnten in keinem Fall Indication zu einem chirurgischen Eingriff finden, weil in keinem Fall dringende Gefahr vorhanden war, und weil der einzige Eingriff, den ich glaube für den Zweck der Heilung wegen der Gefahrlosigkeit und guten Erfolge anerkennen zu dürfen, die Punction und Entleerung durch das Scheidengewölbe, wegen der hohen Lage der Tumoren über dem Beckeneingang, nicht auszuführen war. Von Medicamenten wurden Jodeinpinselungen und innerlich Jodkalium gebraucht. In dem oben erwähnten Fall blieb der Tumor stationär; in dem zweiten oben berührten schwand der Tumor vollkommen im Lauf eines Jahres.

Atresia vaginae

beobachteten wir einmal. Eine 31jährige, seit dem 27. Jahr verheirathete Estin konnte bei ihrer ersten Niederkunft, nachdem die Wehen 4 Tage gedauert hatten, in ihrer Wohnung nicht entbunden werden. Sie wurde in das Petersburger Gebärhaus gebracht. Hier ist sie, nach ihrer Angabe, unter Chloroformnarkose mit der Zange entbunden worden. Als sie nach einer nachfolgenden neunwöchentlichen Krankheit die Anstalt verliess, waren die untern Extremitäten gelähmt. Bei einem elfmonatlichen Aufenthalt im Kronstadter Kankenhaus trat Besserung und später vollständige Genesung ein. Das erste Jahr nach jener Entbindung von einem toten Kinde blieb die Menstruation aus, trat dann mit Schmerzen ein, und verlief von da ab normal. Das Befinden war gut. Alle Functionen waren in Ordnung und die Frau verlangte auf den Wunsch ihres Mannes von ihrer Verwachsung der Scheide durch Operation befreit zu werden.

Die Untersuchung ergab folgendes: Quermaasse des grossen Beckens: $12\frac{1}{2}$ "", $11\frac{1}{2}$ "", $9\frac{1}{2}$ ""; Conjugata ext. $6\frac{1}{4}$ ""; gerader Durchmesser des Beckenausgangs 3"; der quere $3\frac{1}{2}$ ". Die grossen Lefzen sind normal, an ihrer Schleimhautfläche stark schiefergrau gefärbt. Der Scheideneingang verwachsen, zeigte eine von rechts nach links verlaufende Furche, in deren rechtem Ausgang sich eine kleine Oeffnung befand. Durch diese Oeffnung liess sich die Sonde $3\frac{1}{2}$ " tief einführen. Die Untersuchung per rectum wies einen normalen Uterus nach, aber keine Portio vaginalis. Diese ging in das Narbengewebe der Vagina über. Harnröhre und Blase normal.

Die nach obiger Messung höchstens $3\frac{1}{4}$ " messende Conjugata vera, noch mehr aber die Beschränkung des Ausganges um $\frac{1}{2}$ " in jedem Durchmesser, hatten eine schwere Zangenoperation veranlasst. Verwachsung der Scheide war die endliche Folge, und in dieses Narbengewebe war die vielleicht zum Theil zerstörte Portio vaginalis hineingezogen. Von der Scheide führte nur ein enger Canal direct in den Uterus, und an keiner Stelle war in der Scheide ein weiteres Lumen vorhanden. Dafür sprach das unbehinderte Vordringen der Sonde bis an den Fundus uteri, der Mangel der Vaginalportion und das Einführen eines Stückes Gentianawurzel in den Canal (durch den sich das Menstrualblut entleerte), welches einen vollständigen Abdruck dieses Canals gab. Das Narbengewebe der Scheide war einen Zoll lang, wie sich das aus den $3\frac{1}{2}$ " berechnen liess, welche die Sonde eindrang. Dasselbe ergab die gleichzeitig durch den Mastdarm und die Bauchdecken angestellte Untersuchung. Der Uterus war also herabgezerrt.

Nach diesem Befunde war die Frage, ob auf ope-

rativem Wege ein Versuch gemacht werden sollte, die Scheide wieder herzustellen, leicht zu beantworten.

Da das Menstrualblut sich ungehindert entleeren konnte, war von dieser Seite keine Indication dazu da. Es wäre also die Scheide nur für den Beischlaf und etwaige Conception u. s. w. herzustellen gewesen. Diesem Unternehmen standen mehrfache Bedenken im Wege. Die Operation, wenn auch hier erleichtert durch den vorhandenen Canal, konnte leicht gefährlich werden, da der Uterus herabgezerrt war, und man bei der Operation leicht den in das Narbengewebe hineingezogenen Uterus, namentlich aber die natürlich auch herabgezogenen Bauchfelltaschen verletzen konnte. Gelang es aber diese Schwierigkeiten zu vermeiden, so war es sehr unwahrscheinlich, dass eine Vagina, die für den Beischlaf genügte, hergestellt werden konnte. Sie konnte höchstens 1 Zoll lang sein, und wäre jedenfalls nicht so weit als nöthig geworden. — Gesetzt endlich den Fall, es wäre die Vagina hergestellt, so wäre dadurch Conception und Schwangerschaft ermöglicht gewesen. Die Geburt musste aber der Frau, wenn auch nicht das Leben kosten, so dieselbe doch in die grösste Gefahr versetzen. Wartete man in diesem Fall den rechten Geburtstermin ab, so musste man nach dem Maasse des Einganges, namentlich aber des Ausganges, der in jeder Richtung um $\frac{1}{2}$ " verengt war, nach den Erfahrungen bei der letzten Entbindung, wenn man ferner die durch die Narben und die gewiss in der Umgebung des Uterus vorhandenen Verwachsungen und vielleicht noch infiltrirte Umgebung bedingten Geburtshindernisse überlegte, sich ganz ohne Bedenken für den Kaiserschnitt entscheiden. Die Beckenmaasse gestatteten die künstliche Frühgeburt, die eben angedeuteten Schwierigkeiten muss-

ten aber im besten Fall, wenn nicht Zerreißungen eintraten und dadurch Mutter und Kind zu Grunde gingen, das Kind durch die lange Geburtsdauer tödten. So konnte also auch an Frühgeburt nicht gedacht werden.

Ich konnte mich nach diesen Erwägungen nur gegen die gewünschte Operation aussprechen und glaube, dass der Arzt in solchen Fällen, ganz abgesehen von der Gefährlichkeit der Operation, die Aufgabe nicht haben kann, die Conception möglich zu machen oder zu erleichtern. Ich halte eine solche Operation für ein ganz unerlaubtes Unternehmen.

Scheldenfisteln

kamen 4 zur Beobachtung: 2 Fälle F. vesico-vaginalis, 1 Fall F. urethro-vaginalis und eine Fistula recto-vaginalis.

Bei der Urethrovaginalfistel war die Harnentleerung nur durch begleitenden Blasenkatarrh gehindert. Dieser wurde beseitigt und die Kranke, bei der durch Zerstörung und narbige Verbildung der Scheide die Operation kaum möglich war, mit der Fistel entlassen.

Bei einer zweiten Kranken war wegen einer grossen Vesicovaginalfistel die quere Obliteration der Scheide unternommen und eine kleine Fistelöffnung zurückgeblieben. Die Heilung gelang uns nicht.

Die andern beiden Kranken verliessen die Anstalt vor der Operation.

Cystocele vaginalis

beobachteten wir in zwei Fällen bei Frauen, die geboren hatten. Das Leiden bestand schon seit mehreren Jahren und hatten durch die Formveränderung der Blase und den Catarrh die Beschwerden einen hohen Grad erreicht. Wir waren zufrieden, wenn es uns gelang, die Be-

schwerden zu lindern. Bei einer, durch längere Zeit in der stationären Klinik beobachteten Jüdin wurden die hartnäckigen Beschwerden am meisten noch durch Einspritzungen von lauem Wasser, rein oder mit Belladonnaextract, gemildert. Der Versuch, einen Apparat zu appliciren, der die vorgefallenen Partien zurückdrängen sollte, scheiterte an der ganz ungeheuren Empfindlichkeit der Kranken, die nicht den weichsten Schwamm 10 Minuten lang in der Scheide duldete.

Blasenbeschwerden

beobachteten wir von der verschiedensten Art bei allen Leiden des Uterus, und sind diese hier nicht aufzuzählen. Selbstständig ohne Uterusleiden kamen 5 Fälle, von Catarrhus vesicae, in zwei Fällen wohl mit Geschwürbildung verbunden, vor.

Erectile Tumoren an der Harnröhrenmündung,

sogenannte Carunkeln, sahen wir dreimal. In zwei Fällen waren es flach aufsitzende, von der Grösse einer halben Erbse, die wir durch Abtragen und Aetzen entfernten. Der dritte Fall betraf ein Mädchen von 9 Jahren, die von der Mutter als ein menstruirendes auf die Klinik gebracht wurde. Die Besichtigung ergab eine, die ganze Vulva ausfüllende, am ganzen Umfang der Harnröhre entspringende erectile Geschwulst. Es wurde ein Catheter in die Blase geführt und über demselben abgebunden. In drei Tagen war die Geschwulst ohne Blutung abgefallen, und nach vier weiteren Tagen vollständige Heilung eingetreten.

Partus praematurus habitualis.

Eine Frau beobachteten und untersuchten wir, welche in acht auf einander folgenden Schwanger-

schaften im 7. Monate todte Kinder zur Welt gebracht hatte. Die Früchte kamen stets todt zur Welt, und konnte die Mutter jedesmal das Absterben vorher beobachten. Das letzte Kind war namentlich 3 Tage vor der letzten Niederkunft gestorben.

Die Frau war stets gesund gewesen und auch jetzt, trotz der 8 Schwangerschaften, die sie in 9 Jahren überstanden hatte, bei ganz leidlicher Gesundheit. Die einzige Abweichung vom normalen Zustande, die wir nachzuweisen vermochten, war eine starke Richtung des Uterus nach links und eine starke Adhäsion, die sich hier nachweisen liess. Leider sahen wir die Person nur einmal. Da sich sonst keine Ursachen für das habituelle Absterben der Früchte auffinden liessen, glaubten wir dieselben in der Adhäsion des Uterus zu finden. Es erklärt ja solch eine Adhäsion genügend das frühe Eintreten von Wehen, aber nicht so leicht möchte das nach Angabe der Frau vor der Geburt erfolgende Absterben des Kindes aus diesem Befund zu erklären sein.

Schwangere

meldeten sich 30 als Kranke an. Acht gaben vor oder glaubten krank zu sein, die Untersuchung ergab bei allen mit der grössten Wahrscheinlichkeit Schwangerschaft im 2. bis 3. Monat. Die bei der doppelten Untersuchung nachweisbare Vergrösserung des Uterus, die Veränderung der Portio vaginalis und der Genitalien liessen uns bei dem Mangel jedes pathologischen Befundes, an der Schwangerschaft selbst in dieser frühen Zeit nicht zweifeln. Acht Schwangere litten an Catarrhus bronchialis, eine war dabei der Tuberculose verdächtig, vier litten an rheumatischen Beschwerden, vier an Cardialgie, eine an Angina tonsillaris, eine an Anämie, eine an Diarrhoe.

eine an Syphilis, eine an Nierencongestion, eine an Blutung aus dem Uterus, wahrscheinlich Placenta praevia lateralis.

Sechs Frauen verlangten Zeugnisse, dass sie nicht schwanger seien und erhielten solche, nachdem wir uns durch doppelte Untersuchung von dem normalen Umfange des Uterus und dem Mangel aller Schwangerschaftszeichen überzeugt hatten. Der Sonde bedurfte es natürlich nicht zur Diagnose.

Zwei säugende Frauen beobachteten wir mit Abscessen der Mamma. In der geburtshilflichen Abtheilung haben wir keinen solchen Fall gesehen. Das seltene Vorkommen der Entzündung und Abscessbildung der Brustdrüse muss nothwendig auffallen. Wir sahen aber nicht nur dieses Leiden, sondern auch alle andern Erkrankungen der Brustdrüse bei den Estinnen sehr selten. Ich habe noch nie andere Erkrankungen bei unseren Nationalen gesehen, und auch nach Aussage der Chirurgen der Universität und anderer Aerzte gehören diese Beobachtungen zu den grössten Seltenheiten. Selbst wunde Warzen sind selten. Es kann wohl gar keinem Zweifel unterliegen, dass die grobe Wäsche, die von Jugend auf die Brust bedeckt, noch mehr aber der Mangel jeglichen Schutzes und die Bewegung der Brust, die bei jeder Körperbewegung eintritt, die Brust abhärtet und unempfindlich macht gegen alle jene Ursachen, die die durch das Schnürleib eingeengte und geschützte und dadurch verzärtelte und empfindliche Brust krank machen, und hier zu acuten oder mehr chronisch verlaufenden Congestionen und Entzündungen Veranlassung geben, aus denen wohl die meisten Erkrankungen der Brustdrüse sich hervorbilden. Damit soll nicht gesagt sein, dass nicht noch manche andere Umstände in der

Lebensweise u. s. w. der Estin dazu beitragen, dieselbe gegen die Erkrankungen der Brustdrüse zu schützen, die bei andern Ständen so viel häufiger sind.

Dammrisse,

und zwar bedeutendere, kamen nur in 7 Fällen zur Beobachtung; 3 frische, die bis an den After gingen, (bei einem war selbst der Sphincter ani mit zerrissen) und 4 verspätete; zwei am achten, der dritte am neunten und einer am fünften Tage nach der Geburt.

Der günstige Erfolg, der mit Ausnahme eines Falles erzielt wurde, ist der Grund, warum ich hier näher auf diese Beobachtungen eingehe, ohne sie gerade im Detail aufzuzählen.

Mehr noch aber fordert mich zu einer Besprechung der günstige Erfolg auf, den ich in vier verspäteten Fällen erzielte.

Für die Dammrisse gilt als Regel, dass so bald als möglich nach der Geburt operirt werden soll; dass man, wo die Nath nicht zeitig angelegt worden ist, die Vernarbung abwarten und dann die Operation des veralteten Dammrisses vornehmen sollte.

Diese letzte Operation ist aber eine schwierige, lang dauernde und schmerzhaft, die oft bei alledem ohne Erfolg bleibt. Viele Fälle gestalten sich von vorn herein so, dass wir gar keinen Erfolg erwarten dürfen, weil es nicht leicht möglich ist, alles Narbengewebe zu entfernen und im gesunden zu operiren; deshalb blieben gerade die schlimmsten Fälle mit Zerreißung des Sphincter oder bis an denselben, mit starker Narbenbildung, die ins Rectum oder bis an dasselbe geht, oft ungeheilt.

Ich versuchte im Verständniss dieser Schwierigkei-

ten in einem, uns am achten Tage nach der Entbindung zugeführten Falle, der vollkommen granulirte, die Naht. Dieser und noch drei spätere; — in drei von diesen Fällen ging der Riss bis an den Sphincter, dessen Faserzüge in der Wunde sichtbar waren, bei einem war der Damm bis auf das hinterste Drittheil zerrissen — wurden vollständig geheilt. Mehr verspätete Fälle habe ich nicht geheilt, und wenn diese vier Fälle auch zu keinem Schluss für alle spätern berechtigen, so wird sich doch so viel aus ihnen ergeben, dass in späterer Zeit nach der Entbindung nicht nur genäht werden darf, sondern genäht werden muss. Alle jene Fälle, wo die Risse übersehen wurden, alle, wo die erste Naht misslang, die Fälle, wo operationsscheue Kranke oder eine herrschende Epidemie es wenigstens in den ersten Tagen nach der Entbindung zu operiren verboten, gehören hierher.

Sollten wir auch keinen vollständigen Erfolg erzielen, so wird es nie ausbleiben, dass doch eine theilweise Vereinigung entsteht, wodurch doch immer viel gewonnen ist, namentlich bei der arbeitenden Classe der Damm doch theilweise unterstützt ist.

Meine Operation der verspäteten Fälle weicht von der bald nach der Entbindung nur darin ab, dass nach dem Einführen der Nähte, an der ganzen Wundfläche und besonders an der Commissura labiorum post. mit der über die Fläche gebogenen Scheere sorgfältig alle Granulationen abgetragen werden.

Die Naht muss natürlich in der Lage der Frau vorgenommen werden, dass dieselbe mit dem Steiss frei auf dem Rande eines Tisches liegt, denn bei keiner andern Lage ist es möglich, den Riss ganz zu umstechen.

Ich nähe mit starken gekrümmten Nadeln und doppelter Seide, und finde es bequemer und sicherer, die Nadel mit dem Nadelhalter zu führen.

Um den ganzen Riss übersehen und die Nadeln ganz um denselben führen zu können, führe ich den Zeigefinger der linken Hand in den Mastdarm und dränge diesen stark gegen den Riss. Dieser erscheint so in seiner vollen Ausdehnung und Tiefe. Geht der Riss höher am Mastdarm hinauf und bis auf denselben, so erscheint wohl in der Tiefe der Mastdarm und bei dem Hervordrängen desselben weichen wohl die beiden Wundflächen, die sich meist vor dem Mastdarm vereinigen, auseinander, indem die durchrissenen Partien rechts und links am hervorgeprägten Rectum herabgleiten.

Ich führe nach Bedürfniss 3—5 Nadeln durch, ohne die oft nöthig werdenden kleinern einfachen Scheidensuturen. Am Sphincter beginnend und 4—6 Linien vom Rande einstechend, führe ich, während der Finger im Mastdarm bleibt und die Nadel leitet, die Nadel um die ganze Wundfläche. Wo die Wundränder am Mastdarm nach rechts und links herabgleiten, erscheint die Nadel im linken Wundwinkel, während sie im andern Fall in der Wunde nicht sichtbar wird. Wo die Nadel so in der Wunde hervortrat, fasse ich die oberste Schicht des Mastdarms mit in die Nadel, und steche in allen Fällen 4—6“ vom Rande heraus.

Jetzt kommt es darauf an, die Wunde sorgfältig von allen Blutgerinnseln zu reinigen, damit sie in der Wunde nicht zerfallen, und die Vereinigung verhindern.

Aus demselben Grunde muss die Blutung sorgfältig gestillt werden. Da hier aus leicht begreiflichen Gründen, wenn nur irgend thunlich, nichts anderes als die Kälte angewandt werden darf, vergeht hierüber oft viel

Zeit, da die ganze Fläche oft reichlich wie aus einem Schwamme Blut ergiesst, und auch wohl bei dem sorgfältigen Reinigen der Wunde von kleinen Gefässen die schliessenden Thromben entfernt werden. Am hartnäckigsten ist die Blutung, wenn bei verspäteter Naht die Granulationen abgetragen werden*).

Wenn die sorgfältige Reinigung der Wunde von Blut die eine Bedingung für die Vereinigung der Wunde ist, so ist die zweite das Fernhalten aller nachtheiligen Verunreinigung durch die Lochien und den Harn.

Zu dem Zweck ist nun eine sorgfältige Vereinigung nöthig, damit sich nicht aus der Vagina die Lochien in die Wunde senken. Das erreicht man durch sorgfältiges Knüpfen der Vaginalnähte und festes Anziehen der übrigen Suturen.

Nach der Operation werden durch zwei Stunden kalte Umschläge gemacht, um Blutung zwischen den Wundflächen zu verhüten.

Die Nachbehandlung muss sorgfältig geleitet werden. Um die Verunreinigung mit Lochien nach Möglichkeit fern zu halten, wird alle 2—3 Stunden eine Einspritzung von lauem Wasser gemacht, und der Damm selbst eingespritzt. Ebenso oft wird der Harn mit dem Catheter entleert, und lasse ich, um selbst die letzten Tropfen abzuhalten, die sich beim Entfernen des Instrumentes aus demselben und der Harnblase entleeren, bei dem Entfernen des Catheters ein Schwämmchen unter die Harnröhrenmündung halten.

*) Es versteht sich von selbst, dass die Vagina und der Uterus durch eine Injection ausgespült sein müssen, damit uns die Lochien nicht über die Wunde fliessen. Ebenso muss die Blase entleert sein.

Der Stuhl wird durch Opiate 5—10 Tage zurückgehalten, was ohne Beschwerde geschieht. Tritt jetzt Bedürfniss nach Entleerung ein, so thut man sicher gut, damit nicht durch eine feste und umfangreiche Entleerung der Damm wieder eingerissen oder sehr gedehnt werde, ein mildes, erweichendes Clysmata zu setzen und zugleich eine Gabe Ol. Ricini zu geben. Die Oberschenkel werden zusammengebunden, damit, so lange die Suturen liegen, dieselben nicht ausgerissen, und später die noch nicht feste Narbe wieder getrennt werde.

Die Frau wählt die Lage, die ihr bequem ist.

Am vierten Tage entferne ich die Suturen und lasse die eben beschriebene Nachbehandlung fortsetzen.

Bei Entfernung der Suturen fand ich in allen Fällen mit Ausnahme eines, den mein Assistent operirte, die Vereinigung der Wundflächen so weit vollendet, dass vollkommene Heilung erzielt wurde. In zwei von den obigen Fällen war freilich nur an der Commissura labiorum post. eine schmale Brücke entstanden, doch füllte sich in beiden Fällen der Damm vollkommen durch Granulationen, was nöthigenfalls durch reizende Salben befördert werden kann*). Ich habe deshalb oben darauf aufmerksam gemacht, dass an der Commissura post. die Abtragung der Granulationen besonders sorgfältig ausgeführt werden muss. Kommt die Vereinigung an dieser Stelle nicht zu Stande, so granulirt die vereinigte Fläche allerdings auch, aber nie bildet sich ein vollständiger Damm, sondern der nur theilweis

*) In dem einen dieser Fälle bestand allerdings noch 14 Tage nach der vollkommenen Wiederherstellung des Dammes eine Fistel, die von der Mitte des Dammes in die Scheide führte, aber nach zwei Aetzungen sich vollkommen schloss.

vereinigte Damm geht in eine narbige Rinne über, die sich in die Scheide hinzieht.

Vierzehn Tage, spätestens drei Wochen nach der Naht konnten alle Frauen das Bett verlassen.

Ueber die Haltbarkeit und Nachgiebigkeit eines solchen vereinigten Dammes bei einer neuen Entbindung habe ich nur eine Erfahrung; hier riss der Damm nicht ein.

Zwei Ereignisse sind es, die trotz der sorgfältigsten Naht die Heilung verhindern können. In dem einen eben citirten Fall, den mein Assistent operirte, (es war ebenfalls ein verspäteter), war schon bei der Aufnahme Fieber vorhanden und entwickelte sich Pyaemie. Bei Entfernung der Suturen war gar keine Vereinigung vorhanden. In einem zweiten Falle, im Beginn dieses Jahres beobachtet, und deshalb hier noch nicht mitgetheilt, war die Vereinigung vollkommen gelungen. Es trat aber Endometritis mit reichlichem, die Schenkel wund machendem, übelriechendem Ausfluss ein, und in 24 Stunden ging die Vereinigung auseinander.

V.

Das Schwefelbad Kemmern in Livland

von

Dr. Koffsky.

Jahresverhandlungen der kurländischen Gesellschaft für Literatur und Kunst. Bd. I, pag. 198. Orographische Skizze von Kurland von C. Fr. Watson. Mitau 1819.

Nachricht über das Kemmernsche Schwefelbad in Livland in der Nähe von Riga und Mitau, für Vaterlandsfreunde und dort badende Kranke verfasst von Dr. G. J. Blossfeld in Riga. 1836.

Kurze Darstellung des Badeortes Kemmern in Livland, verfasst von Dr. G. v. Magnus, d. z. funktionirender Badearzt, Riga 1838.

Sendungen der kurländischen Gesellschaft für Literatur und Kunst Bd. III, Bog. I, pag. 4. Ueber die geologischen Verhältnisse Kurlands von Dr. C. Schmidt. 1846.

Die Schwefelwasserquellen zu Kemmern in Livland, beschrieben von G. Girgensohn, Badearzt in Kemmern und prakt. Arzt in Riga. Riga 1847.

Geschichtliches.

Der Name Kemmern stammt von einem, früher in der Gegend des jetzigen Badeortes gelegenen Bauernhofe

(s. g. Gesinde.). Wie lange diese Heilquelle als solche bekannt ist und benutzt wird, ist schwer zu ermitteln, da weder in den Archiven der Behörden, noch in kirchlichen Notizen etwas darüber aufzufinden ist. Nach den vorhandenen Traditionen haben schon die Vorfahren der in der Umgegend lebenden Landleute diese Quellen gekannt, das Schwefelwasser zur Heilung von Augenentzündungen, Geschwüren und Hautleiden mit grossem Nutzen angewandt, sie die heilige Quelle genannt, und nach jeder glücklichen Kur dem Wassergotte eine Münze geopfert.

In späterer Zeit scheint man zuerst in Mitau von dieser Quelle Kenntniss gehabt zu haben, da schon 1801 die erste chemische Untersuchung des Wassers durch einen Kurländer (Lawitz) vorgenommen worden sein soll. Sicherer Nachrichten zufolge waren jedoch die Herren Dr. v. Huhn, Dr. Langenbeck und Apotheker Grindel aus Riga die ersten, die der Quelle ihre Aufmerksamkeit ernstlich zuwandten. Huhn soll schon im Jahre 1796 einen Kranken mit gutem Erfolge nach Kemmern geschickt haben, und Dr. Langenbeck verordnete 1817 5 Flechtenkranken den Gebrauch der Kemmernschen Schwefelbäder; 2 wurden vollständig geheilt und 3 entschieden gebessert. Dieses günstige Resultat veranlasste ihn im Jahre 1818, Grindel zu einer chemischen Analyse des Kemmernschen Wassers aufzufordern, deren Resultat in den „Rigaschen Stadtblättern“ derzeit bekannt gemacht worden ist. Während des Zeitraums von 1818 bis 1824 gebrauchten 37 an Rheumatismen, Gicht und chron. Hautausschlägen leidende Personen auf ärztliche Anordnung und meist mit gutem Erfolge die Kemmernschen Schwefelbäder. Ohne Zweifel wäre die Zahl der Hülfesuchenden bedeutend grösser

gewesen, wenn nicht schwer oder gar nicht zu überwindende Hindernisse den Gebrauch des Bades ausserordentlich erschwert hätten. Die ganze Umgebung war eine öde Wildniss mit Nadel- und sparsamem Laubholz dicht bewaldet; die Quelle selbst lag in einer sumpfigen von Moorgründen und Torflagern durchzogenen fast unwegsamen Gegend. Aus der Quelle musste das Schwefelwasser geschöpft und in die von den Kranken bewohnten Bauernhäuser getragen werden. Deren waren nur zwei vorhanden, die Baulichkeiten gewährten nicht einmal gegen Wind und Wetter gehörigen Schutz. Alles was zur Bequemlichkeit und zum Unterhalte erforderlich war, mussten die Badegäste selbst mitbringen; der überaus schlechten Wege halber war der Transport der Kranken schwierig und selbst qualvoll. Diese Umstände erklären genügend den spärlichen Besuch in den ersten Jahren. Allmählich fing man nun an, Verbesserungen vorzunehmen; der Kliewenhofsche Förster liess nach der so sehr schwer erreichbaren Quelle einen Fussweg anlegen, der nach einigen Jahren durch einen Damm ersetzt wurde. Im Jahre 1825 baute derselbe Beamte ein Wohnhaus zur Aufnahme für Badegäste und ein Jahr später diesem gegenüber ein zweites Gebäude, welches Wohn- und Badezimmer, sowie ein Local zu geselligen Zusammenkünften enthielt; auch legte er von der Schlock-Tuckumschen Landstrasse aus einen Fahrweg nach Kemmern an. Im Jahre 1838 fand der derzeitige General-Gouverneur der russischen Ostseeprovinzen Baron von der Pahlen, der selbst das Bad seit 1833 mehrere Male mit grossem Nutzen gebraucht und während dieser Zeit viel zur Verbesserung der Wege und Trockenlegung der Moräste beigetragen hatte, sich veranlasst, dem Kaiser Nicolaus einen Plan zur Errichtung eines

vollständigen Badeortes in Kemmern vorzulegen. Diese Verwendung hatte den Erfolg, dass der Kaiser schon in demselben Jahre befahl:

- 1) zum Badeorte Kemmern ein Areal von circa 6 — 700 Dessätinen *) Land von den benachbarten Kronsgütern Schlock, Tuckum und Kliewenhof abzutheilen,
- 2) die Verwaltung des Badeortes einer besonderen Commission unter der oberen Leitung des General-Gouverneurs der Ostseeprovinzen zu übergeben,
- 3) auf 24 Jahre die Revenüen der abgetheilten Ländereien an Holz-, Grund- und Pachtgeldern zu den Bedürfnissen der Anstalt zu verwenden,
- 4) aus dem Reichsschatze die Summe von 50,000 Rub. Bco. zum Aufbau eines Badehauses und zu den nothwendigen Erdarbeiten und Anpflanzungen herzugeben.

Das neuerbaute Badehaus konnte schon im Sommer 1838 benutzt werden.

Bald ergab sich das Bedürfniss grösserer Räumlichkeiten für Bäder und Wohnungen, sowie eines, die Communication mit Riga erleichternden Weges nach dem 5 Werst entfernten Strande des Rigaschen Meerbusens. Die Munificenz des Kaisers bewilligte zu diesen Zwecken im Jahre 1839 abermals 50,000 Rubel. Eine Actiengesellschaft, die sich im Jahre 1842 bildete, erbaute ein geräumiges Gesellschaftshaus, der Kunstgärtner Wagner und nach dessen Tode seine Söhne übernahmen unentgeltlich die Anlegung von Parkanlagen und der 1844 als Badearzt fungirende Dr. Girgensohn ver-

*) Morgen Landes.

besserte die Röhrenleitung und gründete ein Schwefelschlammbad.

Wir können also das Jahr 1838 als das eigentliche Geburtsjahr des Badeortes Kemmern ansehen. Mit diesem Jahre trat die Quelle in die Reihe der europäischen Schwefelbäder. Wie die Frequenz derselben allmählig gestiegen ist, ergibt sich aus folgenden Zahlenangaben; im Jahre 1828 zählte Kemmern 17 Kurgäste; 1842: 207, 1846: 243, 1864: 400.

Topographisches.

Der Badcort Kemmern liegt unter $41^{\circ} 12$ Min. östlicher Länge von Ferro und $56^{\circ} 28$ Min. nördlicher Breite, wird durchschnitten von der Gouvernementsgränze von Liv- und Kurland und gehört zu dem Flussgebiete der kurländischen oder Bolder-Aa. Dieses Flussgebiet liegt an der westlichen Grenze eines grossen Thales, das als der jüngste und tiefste Abfluss des grossen Jurameeres betrachtet werden muss. Im Westen wird dies Thal begränzt durch eine Hebung der Juraformation, welche in der Richtung von S. S. W. nach N. N. O. verläuft und deren letzte Ausläufer sich in der Gegend von Tuckum am Meeresstrande verlieren. Im Osten bildet die Grenze ein Höhenzug, der in der Gegend von Illuxt anfängt, dann sich ausbreitend zwischen den Ufern der Düna und Aa verläuft, um in paralleler Richtung mit der erst erwähnten Richtung zwischen Bauske und Dönhof sich abzufachen. So wie sich an der östlichen Seite dieses grossen Thales die Düna mit ihren, ihr hier spärlich zugemessenen Nebenflüssen hinzieht, zieht sich an der westlichen Seite die Aa hin.

Der Grund der obenerwähnten Höhenzüge ist Kalkstein; überlagert wird dieser von einem stark thonigen Kalkschiefer von 1 — 4 Fuss Mächtigkeit, der an einzelnen Stellen zu Tage tretend, viele Gypsnester, ja ganze Lager von Gyps enthält. In dem, zwischen diesen Höhenzügen liegenden Becken vertiefen sich diese Schichten und werden von 1 — 4 Fuss mächtigen Tertiär-Kalkschichten, die mit blauem Thon alterniren, überlagert; diese Tertiär-Sedimente aber werden endlich von den gewöhnlichen Diluvial- und Alluvialgebilden, Sand, Thon, erratischen Blöcken, Torf- und Moorerde, Rasenstein u. s. w. bedeckt.

In diesem grossen Becken, dessen Mitte, besonders nach dem Meere zu, tiefe Moräste durchziehen, entspringen, meist am Rande, eine Menge Schwefelquellen (Baldohn, Barbern und Schmordan) und auf der westlichen Seite in der Nähe von Tuckum die Kemmernschen Quellen, welche tiefer als die andern liegen und an Masse und Gehalt dieselben überragen.

In der Gegend von Kemmern giebt es nun mehrere solcher Quellen, von denen aber nur 2 benutzt werden, beide gleich reichhaltig an Wassermenge und Schwefelwasserstoffgas. Die eine bei der Badeanstalt dient zu den gewöhnlichen Bädern und zum Trinken, die andere weiter im Walde gelegene zur Gewinnung des Schwefelschlammes. Beide ergiessen ihr Wasser in die hart vorbeifiessende Werscha-Uppe (Ochsenfluss), die sich bei Schlock in die Aa ergiesst.

Chemische Analyse.

Die neueste Analyse wurde von dem Chemiker der Mineralwasseranstalt in Riga Hr. Dr. Kersting gemacht.

Das Wasser ist klar, schwach gelblich gefärbt, riecht und schmeckt nach Schwefelwasserstoffgas, setzt nach längerem Stehen Gasbläschen an den Wandungen der Gefäße ab, hat eine Temperatur von 6°,125 C. (4°,9R.) bei einer Luftwärme von 15° C., und ein spec. Gewicht von 1,0025 bei derselben Temperatur. In 16 Unzen des Wassers sind enthalten:

Schwefels. Kali	6,215 mgr. =	0,102 Gr.
„ Natron	34,055 „ =	0,559 „
„ Ammoniak	1,620 „ =	0,027 „
Schwefelsaure Magnesia	62,890 „ =	1,031 „
„ „ Kalkerde	784,550 „ =	2,867 „
Chlorcalcium	3,060 „ =	0,050 „
Ausgeschiedner Schwefel	1,000 „ =	0,016 „
Dopp. kohlen. Kalkerde	161,600 „ =	2,650 „
„ „ Magnesia	76,980 „ =	1,262 „
„ „ Eisenoxydul . .	3,520 „ =	0,057 „
Thonerde	4,980 „ =	0,082 „
Kieselerde	2,537 „ =	0,042 „
Organische Materie . . .	50,203 „ =	0,823 „

Summa 1202,290 mgr. = 19,717 Gr.

Schwefelwasserstoffgas = 0,4716 Cub.-Zoll

Freie Kohlensäure . . = 2,2670 „ „

Der Wasserreichthum der Quelle ist nicht genau ermittelt; er muss aber bedeutend sein, da man, wenn auch täglich 300 Wannengebäder gegeben wurden, keine Abnahme im Reservoir bemerkte.

Die Hauptquelle und das Badehaus.

Ein aus starken Bohlen gezimmerter Holzkasten, dessen Aussenseite mit Lehm, Faschinen und Steinen

gedeckt ist, umschliesst die Quelle, um sie gegen das wilde Wasser zu schützen. In der Mitte dieses eingeschlossenen Raumes sprudelt sie aus einer festen ebenen Grundlage von Lehm mit einer Mündung von 9 — 10 Zoll im Durchmesser hervor. Zur Ableitung des überflüssigen Wassers ist eine Oeffnung in der Einfassung angebracht.

Ueber der Quelle erhebt sich ein kleines Gebäude, das in seiner Fronte eine Loge zum Schöpfen des Schwefelwassers enthält.

Im Innern desselben befinden sich 4 Pumpenstöcke, die über der Mündung der Quelle angebracht sind, das Wasser bis zur erforderlichen Höhe heben und es einem kleinen Reservoir zuführen, aus welchem es durch eine geschlossene Röhre, die über einen besonderen Bogen-gang geht, in das grosse, im Hauptgebäude befindliche Reservoir für das kalte Wasser geleitet wird. Aus diesem geht das Wasser durch hölzerne Röhren zu den einzelnen Badezimmern, in deren Boden sie sich öffnen, und durch eine einfache Vorrichtung geschlossen werden können.

Ferner gehen aus dem grossen, kaltes Wasser führenden Reservoir 2 besondere Röhren: die eine in den unter demselben befindlichen Dampfkessel zur Speisung desselben, die andere in ein nebenstehendes Reservoir für das heisse Wasser. In diesem wird das Wasser durch den Dampf des Kessels, der durch eine Röhre bis zum Boden des Reservoirs geleitet wird, bis zur nöthigen Temperatur erhitzt, und fliesst sodann durch eine besondere Röhrenleitung zu jeder einzelnen Wanne. Ausser diesen beiden Röhrenleitungen geht noch eine dritte aus dem Dampfkessel durch das ganze Haus zur Leitung des Dampfes in die hohlen gusseisernen Tische.

Zu beiden Seiten des Kessels und des Reservoirs befinden sich 20 Badezimmer, jedes 10 Fuss breit, 20 Fuss hoch und 13 Fuss lang, die von einer hellen und verdeckten Gallerie umgeben sind. Hart unter der Decke der Zimmer sind grosse Fenster angebracht, die man von unten öffnen und schliessen kann, so oft gelüftet werden soll.

In jedem Zimmer befindet sich eine im Fussboden eingelassene hölzerne Badewanne mit einem Deckel; (2 Zimmer sind mit Thonwannen versehen). Ausserdem enthält jedes Badekabinet die nöthigen Utensilien, unter andern einen gusseisernen hohlen Tisch, der zur Erwärmung der Leibwäsche dient; in einigen derselben ist eine besondere Vorrichtung zu Dampfdouchen angebracht. Der Corridor ist ebenfalls mit Canapés, Stühlen, Tischen, 2 Uhren und einem Thermometer versehen, und aus demselben führen 2 Gänge zu den Abtritten.

Der Anbau ist beinahe eben so eingerichtet, wie der Hauptbau, hat aber einen besonderen Dampfkasten, auch sind die Badezimmer kleiner an Umfang.

Zu den gewöhnlichen Douchen dienen Handpumpen, die in jedes Zimmer getragen werden können.

Das Schlammreservoir befindet sich unter dem Ausflusse der Hauptquelle. Besondere Zimmer zu den Schlambädern sind nicht eingerichtet. Der Schlamm wird aus der im Walde gelegenen Schwefelquelle genommen, in das Reservoir gelegt und liegt dort mehrere Monate, der Einwirkung des Schwefelwassers ausgesetzt, bevor er benutzt wird. Er besteht aus reinem Schwefelschlamm und 2 Theilen verwitterter Moorerde, die aus einem ganz von kleinen Schwefelquellen durchzogenen Sumpfe gewonnen wird.

Das bei den Bädern angestellte Personal besteht aus einem Bademeister, 2 Badeknechten und eben so vielen Badefrauen. Der Dampf-Apparat hat einen besonderen Aufseher und 2 Heizer.

Ein kleines Nebengebäude, das durch einen geschlossenen Gang mit dem Hauptgebäude zusammenhängt, enthält ein Aufenthaltszimmer für den Arzt, eine Wohnung für den Aufseher, Bademeister und für den Apotheker.

Oeconomisches.

Die Entfernung zwischen Riga oder Mitau und Kemmern beträgt 45 Werst, und kann der Weg theils mit den Dampfschiffen bis Dubbeln (der halbe Weg) oder bis zum Städtchen Schlock, das nur 12 Werst vom Badeorte entfernt ist, zurückgelegt werden, theils mit der täglich gehenden Diligenz zwischen Dubbeln und Kemmern, die auch die Post befördert. (Die Person zahlt, das Gepäck eingerechnet, 2 Rubel Silber.) Unterkommen und Beköstigung findet man im Actienhause, hier aber nur für Männer, wo ein gut eingerichtetes Zimmer nebst Bett und der ganzen Kost 10 Rub. 50 Kop. für die Woche kostet. Ausserdem sind Privatwohnungen und einzelne Zimmer zu 2 — 3 Rub. die Woche in hinreichender Anzahl vorhanden. Der Gast kann sich auch auf seinem Zimmer beköstigen lassen und zahlt für die Portion Suppe 15 Kop. Silber und für jede andere Speise 20 Kop. Silber, oder er miethet sich für die ganze Badezeit, mit der Kost, zum Preise von 6 — 9 Rub. wöchentlich ein. Familienwohnungen, wie einzelne Zimmer sind mit den nöthigen Meubeln versehen und Wirthschaftsgeräthschaften bekommt man zur Miethe, nur ist noch keine Sorge für sehr gute

Betten getragen, daher es rathsam ist, dass der Kranke sein Bettzeug selbst mitbringt. Anmeldungen werden gemacht bei dem Badearzt Dr. Koffsky (im Schloss).

Preise sind:

für ein einfaches Schwefelbad	—	Rub. 50	Kop.
für 7 Bäder wöchentlich . . .	3	„	— „
in den Thonwannen wöchentlich	4	„	— „
im Schlammbad	1	„	— „
eine Douche	—	„	15 „
Schlammumschläge	—	„	15 „

An der Quelle sind auch sämmtliche künstliche Mineralwässer vorrätbig zu haben.

Für die Musik, für das Actienhaus, Zeitungen, Bibliothek und die Armen zahlt der Curgast wöchentlich 1 Rubel Silber.

Um Freibäder Nachsuchende sind verpflichtet, Zeugnisse über ihre Armuth und Kranken-Attestate beizubringen. Die Saison dauert vom 1. Juni bis zum 15. August. *)

Die Vegetation Kemmerns ist üppig; der schöne Park mit vielen hübschen Promenaden, die höchst geschmackvollen Anlagen, reich an seltenen Pflanzen, Sträuchern und Bäumen, mit anziehenden gemüthlichen Ruheplätzen, gesellschaftliche Zusammenkünfte im Actienhause, gute Musik, 2 mal wöchentlich Tanz, Excursionen in die nächste Umgebung, die Bibliothek und verschiedene Zeitschriften bieten dem Curgast genügende Unterhaltung und Zerstreuung.

*) Seit dem 6. Juli 1863 besteht in Kemmern ein Armen-Krankenhaus, das durch mildthätige Gaben errichtet worden ist und in welchem während der ganzen Saison 48, im Nothfall 60 Leidende freie Wohnung finden und, wenn die Casse es gestattet, wöchentlich auch eine Geldunterstützung erhalten.

Die Wirkungen der Kemmernschen Schwefelquellen.

Wenn schon die therapeutische Wirkung des einfachen Wasserbades bei verschiedenen Krankheiten eine bedeutende ist, so lässt sich voraussetzen, dass die der Mineralbäder eine noch tiefer eingreifende sein werde, und namentlich die solcher Mineralwässer, deren chemische Bestandtheile von unserm Körper aufgenommen werden; zu den letzteren gehören die Schwefelbäder.

Wir wissen, dass das Schwefelwasserstoffgas in Bädern und das aus den innerlich genommenen Schwefelverbindungen im Magen gebildete in das Blut aufgenommen wird, und sich in der Blutmasse oder im Harne nachweisen lässt. Es ist dabei gleichgültig, ob der Schwefelwasserstoff durch die allgemeine Hautdecke in Form von Gas, oder durch Wasserbäder, oder durch die Lungen als Inhalation dem Körper zugeführt wird. Welche Verbindungen dabei der Schwefel in unserm Organismus eingeht, und wie er z. B. bei den Rheumatismen, der Gicht, den Scropheln etc. wirkt, ist aber noch immer eine ungelöste Frage, und alle Erklärungen des Vorganges entbehren einer exacten Beweisführung.

Bekannt ist, dass das Schwefelwasserstoffgas erregend und reizend auf die Schleimhäute der Nase, der Augen und Bronchien wirkt, die Hautthätigkeit erhöht und die Harnabsonderung vermehrt. Die Erfahrung lehrt, dass die Schwefelbäder den Stoffwechsel bedeutend bethätigen und somit anregend auf die Resorption wirken, wodurch allein die Heilungen einer grossen Anzahl dyscrasischer und solcher Krankheiten, denen Exsudate oder Infiltrationen zu Grunde liegen, sich erklären lassen. Darüber hinaus sind die physiologi-

schen und therapeutischen Wirkungen der Bäder noch nicht genügend festgestellt.

Die Kemmernsche Quelle hat sich schon seit Jahren bei Rheumatismen, bei der Gicht, bei Scropheln, chronischen Exanthenen, Metallvergiftungen und bei der constitutionellen Syphilis (mit gleichzeitigem Gebrauche des Mercuri) bewährt.

Es ist durchaus nicht meine Absicht, mich hier auf pharmacodynamische Erörterungen einzulassen. Ich bezwecke nur meine Beobachtungen und praktischen Erfahrungen, die ich während der Jahre 1863 und 1864 als Badearzt in Kemmern gemacht habe und die Heilresultate bei einzelnen wichtigeren Krankheitsformen zur Mittheilung zu bringen.

Das Schwefelwasser wird, innerlich genommen, nur in kleinen Gaben vertragen, weil der grosse Gehalt desselben an schwefelsaurer Kalkerde sehr leicht die Verdauungsorgane belästigt, Aufstossen, Magendrücken, Uebelkeit, Durchfall oder hartnäckige Verstopfung herbeiführt, wodurch oft die Wirkung der Bäder gestört wird. Ich lasse das Wasser daher nur selten innerlich gebrauchen, beschränke mich fast ausschliesslich auf den Gebrauch der einfachen Schwefelbäder, und nur auf ausdrücklichen Wunsch des Hausarztes der Patienten, oder wenn der Zustand derselben es unbedingt erfordert, verordne ich daneben ein künstliches Mineralwasser. Anämische Personen und solche, bei denen die Ernährung darnieder liegt, trinken mit grossem Nutzen Molken, entweder allein oder mit Selters oder einem eisenhaltigen Mineralwasser.

Die Bäder werden meistens von einer Temperatur von 27° R., selten von 26° oder 28° und nur ausnahmsweise von 29° verordnet. Der Kranke sitzt $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde

im Bade und verhält sich, nachdem er die Haut erst etwas abgerieben, ruhig, um die Resorbtion des Schwefelwasserstoffgases nicht zu hindern.

Die Zahl der Bäder richtet sich natürlich nach dem jedesmaligen Zustande der Kranken und der Art des Krankheitszustandes und schwankt zwischen 24 und 42 Bädern. Nur selten sind 50 erforderlich gewesen. Der Eindruck der ersten Bäder ist in den meisten Fällen ein angenehmer und behaglicher; selten tritt gleich nach dem Bade: Unwohlsein, Ueblichkeit, selbst Erbrechen und Diarrhöen ein, oder man bemerkt einige Tage andauernde Obstruction mit Beängstigungen und Kopfschmerz congestiven Characters; leichte vorübergehende Fieberbewegungen nach den ersten 2 — 3 Bädern habe ich nur zweimal beobachtet. Alle diese Zufälle schwinden gewöhnlich sehr bald von selbst, oder man verhütet sie durch Verminderung der Temperatur und Zeitdauer der Bäder, durch kalte Umschläge auf den Kopf, oder man lässt den Kranken die ersten Bäder nur bis zur Herzgrube nehmen und nach und nach das Wasser bis zum Halse steigen. Ferner werden im Verlaufe der Kur, und zwar gewöhnlich in der zweiten und dritten Woche, selten später, vorhandene Schmerzen bedeutend gesteigert und ganz neue an, bis dahin verschont gewesenen Stellen hervorgerufen. Auch diese Erscheinungen sind fast immer nur periodisch und dauern selten lange.

Den sogenannten Badeausschlag (Badefriesel) habe ich im ersten Jahre meiner ärztlichen Thätigkeit in Kermern öfter gesehen, im zweiten Jahre jedoch, bei einer bedeutend grössern Zahl von Kurgästen, nur bei zwei Kranken, von denen der eine mir gestand, seinen Körper stark frottirt zu haben. Da ich nun in diesem letzten Jahre meine Kurgäste darauf aufmerksam gemacht,

dass durch das Reiben und Bürsten die Resorption des Schwefelwasserstoffgases, das sich in kleinen Bläschen an die Haut setzt, verhindert werde, sind mir Badeausschläge, wie bemerkt, fast gar nicht zu Gesicht gekommen. Starkes Reiben der Haut, besonders hohe Temperatur der Bäder, mag mithin oft die Ursache solcher Hauteruptionen sein.

Die während der Kur dyscrasischer Zustände z. B. der constitutionellen Syphilis hervortretenden Exantheme sind wohl von den eben erwähnten Hauteruptionen zu unterscheiden und dürfen damit nicht verwechselt werden.

Die Kemmernschen Schwefelschlammäder sollen nach den Erfahrungen meiner Vorgänger bei sehr veralteten Leiden und namentlich bei chronischen Hautausschlägen mit grossem Nutzen angewandt worden sein. Ob sie in der That viel mehr, als die einfachen Schwefelbäder, leisten, kann ich bis jetzt noch nicht constatiren. Die Zahl der Freibadenden ist in Kemmern sehr gross (150 Personen unter 400 Kurgästen genossen das Freibad) und gerade bei diesen, meistens der ärmeren Klasse angehörend, sieht man die vernachlässigsten und schwersten Fälle. Diese nun bekommen, der grösseren Kosten wegen, nie ein Schwefelschlammbad und genesen, sogar unter ungünstigen Lebensverhältnissen während der Kur, doch eben so vollständig und in eben derselben Zeit, als die Patienten, welche Schlammäder gebrauchen.

Deutlich wahrnehmbare Krisen, namentlich Schweisskrisen habe ich nicht beobachtet, weil die Temperatur der Bäder meistens niedriger ist, als die des Körpers; es scheinen wohl vorzugsweise die Nieren die Ausscheidung der schädlichen Stoffe zu bewirken.

Die Nachwirkung der Bäder tritt oft erst nach

Wochen, ja Monaten ein; der Kranke fühlt sich während des Gebrauchs nicht wohler, ja sein Zustand verschlimmert sich, und erst später tritt die Besserung und allmähliche Genesung ein.

Hinsichtlich der Diät und Lebensordnung werden die allgemeinen Badevorschriften, soweit die Localverhältnisse des Badeortes keine Modification erheischen, auch in Kemmern befolgt.

Die Einrichtung der Kemmernschen Badeanstalt ist nicht so vollkommen, wie in andern Badeorten; Einrichtungen zu Dampfbädern fehlen ganz, die Douchen entsprechen nicht den Anforderungen, es giebt auch keine Inhalationsräume, daher ich ausschliesslich nur auf die einfachen Schwefelwasserbäder angewiesen bin. Ich muss aber aufrichtig gestehen, dass bei dieser einfachen Behandlungsweise nicht selten in den schwierigsten und hoffnungslosesten Krankheitsfällen sehr erfreuliche, ja glänzende Heilresultate erzielt worden sind.

Casuistik vom Jahre 1864.

1. Chronische Rheumatismen und Lähmungen.

Der Rheumatismus mit seinen zahlreichen Folgeübeln ist in Kemmern vor allen andern Krankheiten am stärksten vertreten. Schmerzen in verschiedenen Regionen und von verschiedenen Graden, selbst bis zur heftigen rheumatischen Neuralgie, Taubheitsgefühl in einzelnen Körpertheilen, Steifigkeit und Anschwellung der Gelenke, Contracturen und Lähmungen bilden so ziemlich die Hauptformen. Die heilkräftige Wirkung der Kemmernschen Schwefelbäder gegen diese Leiden und namentlich gegen rheumatische Lähmungen ist durch vielfache Erfahrungen bestätigt. Die Besserung ist in nicht zu prothahirten Fällen oft überraschend schnell,

jedoch ist in einigermaßen ernsten Fällen 2 — 3malige Wiederholung der Kur erforderlich.

Vor zwei Jahren suchte eine Frau von 28 Jahren, die seit 6 Monaten an einer Paraplegie litt, in Kemmern Hülfe. Sie hatte sich, bei stark erhitztem Körper, der Kälte ausgesetzt und dadurch einen Rheumatismus ohne Anschwellung der Gelenke acquirirt, der sich in den untern Extremitäten fixirte. Nach dem Gebrauche verschiedener Mittel liessen die Schmerzen zwar nach, aber grosse Schwäche und gänzliche Unbeweglichkeit folgte. Sie war nicht im Stande, sich allein aufzurichten und musste ins Bad getragen werden. In diesem Falle trat die Besserung sehr rasch ein; schon nach 24 Bädern konnte die Kranke willkürliche Bewegungen ausführen und nach 42 Bädern ziemlich ihre Extremitäten gebrauchen, wenn auch die Schwäche noch nicht gänzlich gehoben war. Im zweiten Jahre kam sie wieder nach Kemmern und verliess das Bad nach beendeter Kur vollständig hergestellt.

Ein Bauermädchen, 25 Jahre alt, besuchte das Bad in der Hoffnung, von einer Hemiplegie geheilt zu werden, die 7 Jahre andauert und allen bisher angewandten Mitteln widerstanden hatte. Während Patientin eine Nacht bei rauher Witterung auf einer Wiese geschlafen hatte, fühlte sie beim Erwachen die linke Körperhälfte empfindungs- und bewegungslos. Durch Erwärmen des Körpers kehrte die Sensibilität sehr bald wieder, nicht aber die Beweglichkeit des linken Armes und Beines. Leider kam die Kranke erst gegen das Ende der Saison zur Kur und konnte nur 20 Bäder nehmen. Aber schon diese geringe Zahl hatte so entschieden auf das Leiden gewirkt, dass leichte Bewegungen der Extremitäten ausgeführt werden konnten. Bei dem Besuch der Anstalt im 2. Jahre war, wahrscheinlich durch die Wirkung der Bäder, der Zustand noch weiter in der Besserung fortgeschritten. Die Kranke wurde am Arm geführt und war nach beendeter Kur im Stande, allein im Zimmer umherzugehen. Ohne Zweifel wird diese Patientin nach nochmaligem Gebrauche vollkommen genesen.

Fast in allen Fällen, wo die Constitution noch nicht gelitten hat, noch keine Abmagerung der erkrankten Theile wahrzunehmen ist, darf die Prognose meistens günstig gestellt werden.

Die letzte Saison zählte unter den Kurgästen 31 Paralyzen; der grösste Theil derselben war rheumatischen Ursprungs, anderen lag constitutionelle Syphilis zu Grunde, zweien Tabes dorsalis (bei diesen blieb das Bad wirkungslos), und bei einigen Para- und Hemiplegien bildeten krankhafte Zustände des Rückenmarks und der Häute desselben die Ursache, ohne dass man das Vorhandensein eines constitutionellen Leidens constatiren konnte.

Unter diesen letzteren hatte ich Gelegenheit ein Paar sehr interessante Fälle zu beobachten.

Paraplegie in Folge einer Spinal-Apoplexie. Ein 3½jähriger gesunder und blühender Knabe war vor einem Jahre auf den Rücken gefallen. Plötzlich stellte sich Steifigkeit des Nackens, des Rumpfes, der oberen und unteren Extremitäten ein mit bald folgendem Fieber. Der Knabe lag bewegungslos da mit rückwärts gezogenem Kopfe. Die Mutter konnte meine Fragen nur sehr unvollkommen beantworten, aber so viel ging doch aus dem Kranken-Examen hervor, dass das Sensorium, das Athmen frei, und die Sensibilität überhaupt ungestört geblieben war. Nach der Anwendung von Blutegeln und inneren Arzneien kehrte am 6. Tage die Beweglichkeit des Kopfes und zwischen dem 15. und 20. Tage die des Rumpfes und der oberen Extremitäten zurück; die unteren dagegen blieben ganz bewegungslos, etwas gegen den Leib angezogen. Die Besserung schritt nun allmähig vor und in dem Grade als die Beweglichkeit des Oberkörpers wiederkehrte, erschlafften die unteren Extremitäten und magerten auffallend ab, bei gänzlich aufgehobener Motilität.

Als der Knabe mir vorgestellt wurde, sah er anämisch aus, er konnte die Arme und den Oberkörper frei bewegen, alle Funktionen gingen gut von Statten, auch war nirgends am Rücken etwas Krankhaftes wahrzunehmen. Dagegen zeigten die unteren Extremitäten einen selten hohen Grad von Atrophie, die Muskulatur derselben war fast ganz geschwunden, die Füße kalt anzufühlen, aber nicht empfindungslos. In beiden Beinen war die willkürliche Bewegung gänzlich aufgehoben, die Gelenkbänder waren so erschlafft, dass bei

einem Versuche, den Kleinen auf die Füße zu stellen, diese ohne irgend eine Haltung zusammenklappten.

Dieser hohe Grad von Atrophie machte die Prognose allerdings sehr ungünstig.

Die Mutter, die selbst Bäder von 27° R. brauchte, nahm nun den Knaben täglich in ihre Wanne, anfangs 10 Minuten lang, allmählig bis zu einer halben Stunde. Dabei hatte ich für eine gute Ernährung des Kindes Sorge getragen. Schon nach den ersten 8 Bädern hatte die Mutter einige schwache willkürliche Bewegungen der unteren Extremitäten bemerkt. Nach 14 Tagen konnte der Knabe schon einen kleinen Druck gegen meine vorgehaltene Hand ausüben. Die Besserung schritt wider Erwarten rasch vorwärts mit merklicher Zunahme des Ober- und Unterschenkels. Nachdem der kleine Patient 30 Bäder genommen, hatte die Musculatur schon so viel an Kraft gewonnen, dass der Knabe, wenn auch noch sehr unsicher, doch einen Augenblick ganz allein stehen und nach 42 Bädern, an der Hand geführt, gehen konnte. — Am Schlusse der Kur kletterte er auf den Stühlen umher. Dieser ganz unerwartete Erfolg lässt hoffen, dass der Kranke bei gehöriger Pflege und Wiederholung der Kur seine Gesundheit vollkommen wiedererlangen wird.

Paraplegie mit sehr bedeutenden Contracturen. Ein 13jähriger Knabe hatte sich bis vor 4 Monaten stets einer ungetrübten Gesundheit erfreut. Sein Leiden begann mit heftigem Kopfweh, das unregelmässig eintrat, immer stärker wurde und seit einiger Zeit mit Schmerzen in den Füßen wechselte, ohne Fieber. Nach ungefähr 3 Monaten schwiegen die Schmerzen im Kopfe ganz, traten aber um so heftiger in den Füßen auf, strahlten bis in den Oberschenkel, in die Hüfte, und fixirten sich endlich in der Kreuzgegend, wodurch das Umwenden, Aufstehen und Gehen sehr erschwert wurde. Nach und nach hörten die Schmerzen zwar ganz auf, aber eine auffallende Schwäche beider unteren Extremitäten machte sich fühlbar, dabei magerten sie augenscheinlich ab, die willkürliche Bewegung wurde immer behinderter, bis sich endlich eine Paraplegie mit Contracturen einstellte. Diese letzteren waren so bedeutend, dass die Kniee der Brust und die Fersen ganz dem Gesässe genähert waren. Die Atrophie beider Extremitäten war hochgradig. Der Knabe konnte den Körper nur mit Hülfe der Arme vorwärts schieben. Da bis jetzt jede Behandlung erfolglos geblieben war, kam der Kranke nach

Kemmern. Das Aussehen desselben war nicht ganz schlecht, nur die Abmagerung der unteren Extremitäten sehr gross.

Ich verordnete nur einfache Schwefelbäder zu 27° von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde. In diesem Falle trat ebenfalls, wenn auch nicht so rasch wie in dem vorigen, nach zweiwöchentlichem Gebrauche Besserung ein, die allmählig fortschritt. In dem Verhältniss wie die Contracturen nachliessen, wurde auch eine geringe Beweglichkeit der Extremitäten bemerkbar. Am Schlusse der Kur (48 Bäder) war die Streckung der Beine, die er rasch und ziemlich kräftig ausführen konnte, so weit möglich, dass ich rieth, bei der Rückkehr nach Hause einen Versuch mit Krücken zu machen. Das beste und erfreulichste Zeichen war die entschiedene Zunahme der Extremitäten im Umfang, woraus ich erfahrungsgemäss glaube schliessen zu dürfen, dass der Erfolg nach ein- oder zweimaliger Wiederholung der Kur ein ganz befriedigender sein werde.

Hemiplegie mit Contractur des linken Kniegelenks. Ein Mann von 56 Jahren, der behauptet, an keiner nur irgend bedeutenden Krankheit gelitten zu haben, empfand ohne bewusste Ursache im Jahre 1851 periodisch eintretende Schmerzen im linken Fuss, zu denen sich nach einiger Zeit das Gefühl von Taubheit gesellte. Der Stuhlgang war träge. Die Schmerzen nahmen an Intensität zu, wurden furchtbar und fixirten sich endlich im Rücken. Das Aufstehen und Gehen konnte nur mit grosser Mühe ausgeführt werden. Alle Mittel blieben erfolglos, das linke Bein wurde immer schwächer, magerte ab und die Bewegung war beschwerlicher. Dieser Zustand währte einige Jahre. Bei einem Versuche zu gehen, hatte Patient das Unglück, auf den Rücken zu fallen, worauf die Schmerzen den ganzen Rücken ergriffen, Taubheitsgefühl der linken Gesichtshälfte mit behinderter Sprache, Lähmung des linken Beines und Contractur des linken Kniegelenks eintrat. Der linke Arm blieb frei, aber schmerzte bisweilen, in dem rechten hatte Patient das Gefühl von Schwere, der Stuhl war träge, der Urin jedoch gut. Man verordnete nach vergeblicher Anwendung anderer Mittel: Bäder von Hepar sulphuris und innerlich Argent. nitric. Nach diesem Gebrauche liessen die Schmerzen fast ganz nach, die Contractur besserte sich so weit, dass der Kranke mit der Spitze des Fusses den Fussboden berühren konnte, und das Bein nahm sichtbar zu. Weiter ging es aber mit der Besserung nicht, der Kranke konnte nur mit

grosser Mühe aufstehen und war gezwungen, sich der Krücken zu bedienen. Nachdem dieser Zustand mehrere Jahre angedauert hatte, kam der Kranke nach Kemmern, um hier noch einen letzten Versuch zur Wiederherstellung zu machen.

Er brauchte einfache Schwefelbäder von 28° R. Schon nach zweiwöchentlichem Gebrauche fühlte er Besserung; er konnte das Bein ein wenig strecken und somit auch willkürlich bewegen. Nach 4 Wochen legte er seine Krücken ab, ging mit Hülfe eines Stockes und verliess Kemmern, nachdem er 42 Bäder genommen, abgerechnet einige Schwäche des linken Beines, sehr befriedigt.

Die Contractur hatte sich ganz gegeben, denn beim Gehen wurde der Fussboden mit der ganzen Fusssohle berührt.

Diese Fälle, die durchaus nicht vereinzelt dastehen, mögen für die heilkräftige Wirkung der Kemmernschen Schwefelbäder sprechen.

2. Gicht.

Bei der chronischen Gicht mit bedeutenden Ablagerungen und Anschwellungen der Gelenke und dadurch bedingten Deformitäten leisten die Schwefelbäder ausgezeichnete Dienste. Patienten, die in Folge dieser krankhaften Zustände, von Schmerzen geplagt, ganz hilflos nach Kemmern kamen, ins Bad getragen und gehoben werden mussten, konnten nach fünf- bis sechswöchentlichem Baden wieder ihre Füsse gebrauchen und fühlten grosse und oft dauernde Erleichterung. Wenn auch die Gicht durch den Gebrauch dieser Heilquelle selten vollständig geheilt werden mag, so ist die Besserung doch so gross, dass die Kranken bei einer geregelten Lebensweise für lange Zeit von den Anfällen verschont bleiben, ja bisweilen für immer.

Podagraanfalle werden oft durch die Kur hervorgerufen und häufig bei Personen, die sie früher nicht

gekannt hatten. Ich lasse in solchen Fällen das Bad fortgebrauchen und habe beobachtet, dass dann der Anfall milder und rascher verläuft. Besondere Erfahrungen, die der Erwähnung werth wären, habe ich bei der Gicht unter dem Gebrauche der Schwefelbäder nicht gemacht, kann aber das Bad jedenfalls als sehr nützlich gegen diese Leiden empfehlen.

3. *Scropheln.*

Scropheln sieht man in Kemmern häufig und meistens veraltete Leiden der Art, weil die Mehrzahl der Kranken Erwachsene sind. Die Wirkung der Schwefelbäder ist auch hier von ausserordentlichem Nutzen; alte Knochenleiden, Gelenkgeschwülste, Infiltrationen der Drüsen und des Bindegewebes schmelzen, und Geschwüre verschiedener Art reinigen sich in kurzer Zeit und heilen. Wie in den beiden oben besprochenen Krankheiten scheint auch hier die Schwefelquelle vorzugweise nur durch Bethätigung des Stoffwechsels zu wirken.

Ein junger Mann von 25 Jahren war schon in seinem 15. Lebensjahre an Coxarthrocace erkrankt. Er hatte damals an heftigen Schmerzen im Knie und später in der linken Hüfte gelitten mit starker Anschwellung, Abscedirung und Ausstossung von Knochensplittern. Nach 2 Jahren schlossen sich die Wunden und Fistelgänge, die Schmerzen aber und die Steifigkeit der contrahirten Beine dauerten fort, bis sich wieder neue Abscesse bildeten, die theils von selbst zum Aufbruch kamen, theils geöffnet wurden. Zur Zeit hatte der Kranke oft 12 offene Wunden in der Inguinalgegend und um das Hüftgelenk bis zur Mitte der äusseren Seite des Oberschenkels. Dieser Wechsel von Besserung und Verschlimmerung dauerte Jahre lang.

Als der Kranke Kemmern besuchte, waren alle Wunden bis auf 2 Fistelöffnungen geschlossen, vom Darmbeine bis zum untern Drittheile der Aussenseite des Oberschenkels war das Bindegewebe stark infiltrirt, beinahe bretartig anzufühlen, die Contractur des Beines

in so hohem Grade vorhanden, dass bei aufrechter Körperstellung die Zehen 12 Zoll vom Fussboden abstanden, die Abmagerung war bedeutend und dann und wann zeigten sich noch Schmerzen.

Da die Ernährung des Kranken darniederlag, verordnete ich den Gebrauch der Molken und einfache Schwefelbäder zu 27° R. $\frac{1}{2}$ Stunde lang. Die beiden Fistelöffnungen vernarbten in der vierten Woche, die Infiltration des Bindegewebes, hier die Ursache der Contractur, verminderte sich sichtbar und in demselben Verhältnisse streckte sich das Bein. Der Kranke hatte sich während eines sechswöchentlichen Gebrauchs der Bäder sehr erholt, die Contractur war so auffallend gebessert, dass er den Fussboden mit dem Ballen des Fusses berühren konnte, seine Krücke entfernte, und Versuche machte, mit einem Stock zu gehen. Die Deformität blieb natürlich unverändert.

Es sind mir noch ähnliche Fälle, namentlich im vorigen Jahre vorgekommen, bei denen die Fistelgänge 2 bis 3 Zoll tief eindringen und ohne Erweiterung oder Gegenöffnung mit guter, tief eingezogener Narbe verheilten.

Eine junge Dame von 19 Jahren litt seit Jahren an einer sehr schmerzhaften Kniegeschwulst, die allen Mitteln Trotz geboten hatte. Bei der Untersuchung fand ich das Kniegelenk stark geschwollen, ziemlich derb anzufühlen, aber nicht mehr schmerzhaft. Nur ein stark ausgeübter Druck war empfindlich. Das Bein konnte die Kranke nicht ganz ausstrecken, und war daher gezwungen, mit einem Stock zu gehen. Ich verordnete einfache Bäder, später Schlammumschläge und 10 Douchen. Nach sechswöchentlichem Gebrauche war die Geschwulst fast ganz geschwunden, das Bein konnte gestreckt werden und die Kranke machte täglich Spaziergänge ohne Stütze.

Auch habe ich im letzten Jahre bei 2 Knaben, die seit einem Jahre an einer scrophulösen Augenliderentzündung mit starker Lichtscheu gelitten, in 4 Wochen durch den Gebrauch der Bäder, selbst ohne dass die Augen gegen den Dampf geschützt wurden, radicale Heilung gesehen. Für die Schwefelbäder passen nur die torpiden Formen der scrophulösen Augenentzündung, die erethischen dagegen verschlimmern sich.

Was die Drüsenverhärtungen, Knochenaufreibungen und Geschwüre scrophulöser Natur betrifft, so leistete das Schwefelbad auch bei diesen Leiden ausgezeichnete Dienste.

4. *Die constitutionelle Syphilis.*

In früherer Zeit besuchten Kranke, die an der constitutionellen Syphilis litten und von dieser nicht durch die gewöhnlichen antisiphilitischen Kuren geheilt werden konnten, das Schwefelbad, um den Körper durch dasselbe von den Complicationen, wie Rheuma, Gicht, Scropheln zu befreien und dann mit glücklicherem Erfolg eine nochmalige Mercurial-Kur durchzumachen, oder sie benutzten das Bad gegen Mercurial-Kachexie zur Reinigung des Körpers von Quecksilber, oder endlich als diagnostisches Criterium, um die etwa im Körper schlummernde Syphilis zu wecken und zu Tage zu fördern.

Seitdem man aber die Beobachtung gemacht hat, dass durch den gleichzeitigen Gebrauch der Schwefelbäder und des Mercur und Jod die constitutionelle Syphilis meistens sicher und schnell geheilt und ihren Recidiven vorgebeugt wird, nimmt die Zahl der in Kammern von diesem Uebel Heilung Suchenden mit jedem Jahre zu.

Im vorigen Sommer waren 37 an Syphilis Erkrankte und zwar 33 Männer und 4 Frauen zur Kur in Kammern anwesend.

Von diesen litten:

- 2 an Schankern,
- 12 an Ausschlägen (3 Psoriasis palmaris, 2 Psoriasis plantaris, 4 Roseola syphilit., 1 Rupia,

- 1 tuberculöser Ausschlag, 1 pustulöser Ausschlag),
- 2 an Periostitis der Tibien,
- 5 an Rachengeschwüren ohne und mit Exanthem,
- 5 an Mundschleimhautaffectionen,
- 3 an Lähmungen (Paraplegie, Hemiplegie und Gesichtslähmung),
- 2 an Fussgeschwüren,
- 1 an constitutioneller Syphilis in Folge von Verletzung bei einer Operation;
- 6 hatten früher an Syphilis gelitten und waren gegenwärtig frei von allen constitutionellen Erscheinungen.

Der grösste Theil der Kranken wurde neben den Schwefelbädern mit Jodquecksilber behandelt und nur bei einem dringenden Falle wandte ich gleichzeitig die Schmierkur an. Da bei der Badeanstalt keine Wohnzimmer sind, der Sommer ausserdem feucht und kalt war, wagte ich es nicht, mehrere Versuche der Art zu machen, wegen der Gefahr der Erkältung.

Ein vier Wochen altes Schankergeschwür von einem Bubo begleitet, der in der dritten Woche geöffnet wurde, heilte beim Gebrauche von Jodquecksilber und den einfachen Schwefelbädern von 27^o vollständig in 5 Wochen.

Ein Mann von 47 Jahren hatte an Syphilis in wiederholten Recidiven gelitten und war vor 17 Monaten aufs Neue inficirt worden. Nachdem er während dieser Zeit verschiedene Heilanstalten besucht und alle möglichen antisiphilitischen Kuren ganz ohne Erfolg durchgemacht hatte, kam er auf den Rath eines Arztes nach Kempten.

Die Körper-Constitution des Kranken war trotz der langen Dauer der Krankheit und der vielen angreifenden Kuren noch bewunderungswürdig gut und nur die Gemüthsstimmung sehr gedrückt. Bei der Localbesichtigung gewährte der Penis einen schaudererregenden Anblick. Der obere Theil des Praeputiums und die den Rücken des Penis bedeckende Haut war ganz zerstört, die linke

Hälfte der glans fehlte, die rechte zeigte nur einen zeretzten Stumpf; von hier bis zur Wurzel des Penis war eine schmutzig aussehende Geschwürsfläche vorhanden. Die Corpora cavernosa mit den Ueberresten der glans lagen gleichsam wie in eine Mulde eingebettet, deren Seitenwände von der stark aufgewulsteten oedematös angeschwollenen Haut und deren Ende von dem zurückgebliebenen unteren Theile des Praeputiums gebildet wurden. Die Ränder der Haut waren ausgezackt, sinuös. Der Urin trat aus der halbzerstörten Eichel durch 2 Oeffnungen hervor. Patient klagte über furchtbare Schmerzen, die durch die leiseste Berührung gesteigert wurden.

Die Mund- und Rachenschleimhaut war vollkommen intact, auch war nirgends eine Drüseninfiltration wahrzunehmen, der Appetit war gut, der Schlaf aber oft durch die Schmerzen gestört.

Während der ersten 10 Tage wurde das Geschwür wegen seiner grossen Reizbarkeit mit Cerat bedeckt und einfache Schwefelbäder von 24° R. angewandt, innere Arzneien keine. Das Geschwür reinigte sich in dieser Zeit und bekam ein weit besseres Aussehen, nur die Schmerzen wurden nach den ersten Bädern gesteigert, traten aber später ein. Am 11. Tage wurde Jodquecksilber verordnet. Schon nach fünf Tagen musste das Mittel ausgesetzt und ganz davon abgestanden werden, weil das Geschwür sich verschlimmerte. Nach 30 Bädern zeigten sich stellenweise gute Granulationen im Geschwür und nach 40 war deutlich beginnende Narbenbildung an der Wurzel des Penis zu bemerken. Leider endigte jetzt die Saison und der Kranke reiste ab. Ueber den weiteren Verlauf ist noch keine Nachricht eingelaufen.

Bei einem Mann von 23 Jahren wurde die Schmierkur unter dem Gebrauche der Schwefelbäder mit sehr glücklichem Erfolge in Anwendung gezogen. Vor einem Jahre hatte er an einem Schanker gelitten, der durch Mercurialien geheilt schien. Nach einigen Wochen stellten sich Symptome constitutioneller Syphilis ein, die einer Quecksilbercur und dem Zittmannschen Decoct nicht wichen. Bei der Ankunft des Patienten in Kemmern hatte er tief eindringende Rachengeschwüre, Infiltration der Cubitaldrüsen und Psoriasis auf der Brust, dem Rücken und dem Gesässe. Der junge Mann war sehr heruntergekommen, daher ich in den ersten 14 Tagen Molken und einfache Schwefelbäder (von 28°) verordnete.

Nach den ersten Bädern bedeckte sich auch die Stirn mit Psoriasis. Am 15. Tage begannen die Einreibungen mit einer halben Drachme und nach 4 Frictionen mit einer Drachme täglich; sol. kali chlor. als Mundwasser. Nach 4 Wochen (die 14 Tage nicht eingerechnet) waren die Rachengeschwüre vollständig vernarbt und der Ausschlag bis auf einige ganz glatte, nicht indurirte Flecke auf der Stirne geschwunden. Die Heilung schien vollständig zu sein, da auch von der Infiltration der Drüsen keine Spur zurückgeblieben war.

Eben so günstig war der Erfolg bei den übrigen Rachen- und Schleimhaut-Affectionen, die mit Jodquecksilber und mit Bädern behandelt wurden. Salivation trat bei keinem Kranken ein und nur der eine hatte mit sol. kali chlor., der andere mit Wasser den Mund ausgespült. Am hartnäckigsten erwies sich die Psoriasis palmaris und plantaris: 2 Fälle wurden geheilt, einer gebessert, und ein freilich sehr veralteter blieb ganz unverändert. Roseola syphilitica weicht ziemlich sicher den Bädern und Jodkali, wenn keine Drüsen-Infiltrationen vorhanden sind.

Den an Periostitis Leidenden reichte ich zuerst neben dem Gebrauch der Bäder Jodkali, der grossen Schmerzen wegen, mit günstigem Erfolge und dann Jodquecksilber. Bei einem dieser Kranken waren die Knochenaufreibung und die Schmerzen ganz geschwunden, und einem andern rieth ich, bis zur gänzlichen Schmelzung das Jodquecksilber noch nach beendeter Kur fortzubrauchen.

Sehr bedauerte ich, bei einem Fall von Rupia syphilitica die Kur wegen einer schlechten Wohnung und nasser rauher Witterung nicht bis zu Ende führen zu können. Nach der Aussage des Patienten reinigte sich die Geschwürsfläche, nachdem die Kruste abgefallen war, während des Gebrauchs der Bäder auffallend schneller als vorher.

Ein Arzt hatte sich bei einer Phimosiooperation den Finger verletzt. Zwar war die Wunde augenblicklich cauterisirt worden, nach 6 Wochen aber trat Anschwellung der Cubital- und Axillardrüsen ein. Ein sechswöchentlicher Gebrauch von Sublimat schien günstigen Erfolg zu haben, einige Wochen später jedoch zeigten sich Excoriationen im Rachen, gegen die 18 gr. Sublimat nebst einem Decoct, dann: 30 gr. rother Praecipitat und als Nachkur noch Jodkali in Anwendung kamen. Das Leiden schwieg nun, aber nach kurzer Zeit fanden sich Rachengeschwüre, von starkem Schnupfen begleitet, ein. Jetzt wurde die Schmierkur nach Sigmund angewandt und 48 Drachmen Mercurialsalbe eingerieben, darauf ein Decoct und Bäder von Schwefelleber. Die Besserung, die nach diesem energischen Verfahren eintrat, schien dauernd; nach einer Erkältung stellten sich jedoch, besonders in den Gelenken, heftige Schmerzen ein, die endlich Dampfbädern und kalten Uebergiessungen wichen. Alle krankhaften Erscheinungen, bis auf grosse Reizbarkeit der äusseren Bedeckungen und der Rachenschleimhaut und eine kaum bemerkbare Infiltration einer Cubitaldrüse, waren nun geschwunden. Der Kranke hoffte, dass das Kemmernsche Bad ihn auch von diesen Resten seiner Krankheit befreien werde; nur seiner wahrhaft athletischen Körperbeschaffenheit hatte er es zu danken, dass seine Constitution nicht zerrüttet war. Dieser Kranke nahm nun einstündige Schwefelbäder von 30° R., frottirte dabei seine Haut und applicirte sich ausserdem starke Douchen. Nachdem er diese Kur 3 Wochen consequent durchgeführt, ging er doch zu der in Kemmern üblichen Gebrauchsweise über und brauchte Bäder von 27° und halbstündiger Dauer. Dabei trank er ein leichtes Decoct. In der fünften Woche zeigte sich doch Psoriasis am Schienbein, an dem Fussrücken und an der Fusssohle in kleinen einzeln stehenden infiltrirten Flecken, die jedoch sich bei weiterem Gebrauche verloren. Der Kranke will Kemmern im nächsten Jahre wieder besuchen.

Von den 6 Personen, die frei von jeder constitutionell-syphilitischen Erscheinung in's Bad kamen, trat bei 2 Individuen Psoriasis und bei 2 Roseola syphilitica in den ersten Wochen der Kur hervor. Erstere wurden durch Jodquecksilber und letztere durch Jodkali und die Bäder geheilt. Bei den 2 letzten, deren Aussehen

auch gesund schien, zeigte sich nach fünfwöchentlichem Gebrauche nichts.

Schliesslich theile ich noch die Heilung einer syphilitischen Paraplegie mit, die mir von Interesse scheint.

Ein Mann von 56 Jahren war vor 24 Jahren zum ersten Male syphilitisch inficirt gewesen. Einige Zeit später traten bei ihm constitutionelle Erscheinungen auf: Rachengeschwüre und ein Exanthem, das den ganzen Körper bedeckte und nach Verschwinden dieser Symptome syphilitischer Ausschlag an der Stirn. Nach kürzeren oder längeren Pausen zeigten sich wiederholte Recidive, bis endlich nach 14jährigem Kranksein nichts Krankhaftes zum Vorschein kam. Schon vor 10 Jahren bemerkte der Patient eine auffallend zunehmende Schwäche der untern Extremitäten, zu der sich später heftige Schmerzen gesellten, die anfangs nur bei Nacht, im weiteren Verlaufe aber unregelmässig sich einstellten. Das Aufrichten und Gehen wurde immer erschwerter und endlich war der Kranke gezwungen, seine Zuflucht zu Krücken zu nehmen. Es hatte sich eine Paraplegie entwickelt, bei der zwar die Motilität nicht gänzlich aufgehoben, aber doch so bedeutend vermindert war, dass Patient mit Unterstützung der Krücken die Beine nur vorschieben, aber nicht heben konnte und ohne Hilfe nicht im Stande war, sich aufzurichten. Ich verordnete einfache Schwefelbäder von 27° und innerlich (auf Wunsch des behandelnden Arztes) Jodkali, das in den letzten Jahren viel angewandt worden war. Die ersten Bäder waren von einem grossen Wohlgefühle begleitet. Schon nach 14 Tagen ging der Kranke, der vorher gefahren werden musste, mit Krücken in's Bad, und nach vierwöchentlichem Gebrauche des Bades war schon ein Stock zur Stütze genügend. Die Besserung schritt allmählig vorwärts und am Schlusse der Saison machte der Kranke, wenn auch noch in unsicherem Gange, allein kleine Promenaden. Ich bezweifle durchaus nicht, dass dieser Mann nach Wiederholung der Kur vollständig genesen wird. Er fühlte sich, als er Kemmern verliess, in jeder Beziehung bedeutend kräftiger.

Ausser in den eben besprochenen Krankheiten hat sich das Kemmernsche Schwefelbad noch ganz besonders wirksam bewährt bei chronischen Exanthemen,

chronischem Bronchialcatarrh, bei verschiedenen Neuralgien, Hämorrhoiden, Geschwüren u. s. w. Die chronischen Hautleiden sind es namentlich, die den Ruf des Kemmerschen Bades begründet haben. Wenn auch die Zeit von 2 Jahren für den Badearzt zu kurz ist, um zahlreiche Beobachtungen und Erfahrungen zu sammeln, so sind doch schon die angeführten Thatsachen genügend, um die heilkräftige Wirkung der Kemmerschen Schwefelbäder zu constatiren.



VI.

Jahresbericht

über die Leistungen der Wittve Reimers'schen
Augenheilanstalt für Unbemittelte im Jahre 1864,

vorgetragen in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

von

C. Waldhauer.

Meine Herren! Eine junge Anstalt wie die unsrige muss auf Nachsicht rechnen, wenn sie mit ihren Erfolgen und Leistungen vor Sachverständige tritt. Neue Einrichtungen lassen sich nicht in vollendeter Abrundung treffen, ein Pflege- und Dienstpersonal will erst geschult sein, ehe jeder seinen Platz auszufüllen weiss, und nur da lassen sich volle Resultate erzielen, wo das geschieht, wo Krankenpflege, Oeconomie und ärztliches Walten geräuschlos und bewusst in einander greifen.

Die Geschichte der Anstalt ist den Herren Collegen bekannt. Die Wittve eines hiesigen Kaufmanns, Wilhelmine Reimers geb. Thonn, vermachte bei ihrem Ableben im Jahre 1859 ein ansehnliches Capital zur Gründung einer Augenheilanstalt für Unbemittelte, ohne Rücksicht auf Stand, Alter, Geschlecht, Herkunft und Bekenntniss. Aus diesen Mitteln ist dieses Hospital erbaut, sind die nöthigen Einrichtungen gemacht worden

und noch eine jährliche Rente von 3000 Rubeln geblieben. Diese Summe reicht natürlich nicht, um ein Hospital von 60 Betten — soviel sind jetzt eingerichtet — zu erhalten und zu belegen; die Anstalt giebt daher das Ambulatorium, wodurch sie doch am ausgebreitetsten wirkt, allen Unbemittelten kostenfrei in Behandlung und Medizin, und nimmt Arme auf, soweit ihre Mittel es erlauben; im Uebrigen verpflegt sie Mittellose für einen geringen Satz, der nur theilweise die Kosten vergütet, sei es, dass die Kranken aus eigenen Mitteln, sei es, dass die Gemeinden zahlen.

Um die Einnahmen der Anstalt zu Gunsten der Armen zu mehren, sind noch vorläufig 10 Einzelzimmer zur Aufnahme von Standespersonen hergerichtet.

Eine Augenheilanstalt muss aber erst feststehen im Urtheil des Publikums, sollen Personen aus den höheren Ständen sich ihr anvertrauen; es ist bis jetzt die Frequenz der Standespersonen gegen die der Unbemittelten daher nur eine geringe gewesen. Von 8646 Verpflichtungstagen kommen nur 885 auf Rechnung solcher Personen, die in Einzelzimmern Aufnahme fanden.

Die Lage des Hospitals ist eine gesunde; zwischen Stadt und Vorstadt auf dem früheren Glacis erbaut, bietet es den Vortheil, von allen Seiten her, bequem erreicht werden zu können. Dass mein Vorgänger, der um die Entstehung und Entwicklung der Anstalt so hochverdiente Dr. Baerens, den Bau geleitet, ist den Herren Collegen bekannt, ebenso dass er die Vollen- dung und Eröffnung der Anstalt leider nicht erlebte.

Die Anlage des Hospitals erinnert vielfach an das jüdische Krankenhaus in Berlin; wie dort ist auch hier die Anlage der gemeinsamen Krankenzimmer, der breite Korridor und die hohen Zimmer. Nach dem Muster

jenes Hospitals ist auch die Ventilation hergerichtet worden. An den Decken der einzelnen Zimmer finden sich trichterförmige Oeffnungen, welche in ein Röhrensystem führen, das wiederum in einen Mantelschornstein mündet, der, stets erwärmt, das Abströmen der verbrauchten Luft durch Aspiration vermittelt. Das Zuströmen frischer Luft wird ausser den natürlichen Zuführungscanälen, den Wänden, Fenstern etc. durch Röhren vermittelt, die von aussen her, unter dem Fussboden verlaufend, am Ofen münden.

Da dies System, obgleich ihm eine Wirkung nicht abzusprechen, — im Winter ist die Abströmung nicht unbedeutend — doch nicht genügend scheint, die Luft in dem zu Zeiten recht besetzten Hospital rein und respirabel zu erhalten, so ist auf den Vorschlag des Herrn Architecten Scheele eine sehr einfache Ventilationsvorrichtung zu Hülfe genommen worden, die sich brauchbar erweist, und bei der Leichtigkeit, mit der sie überall hergestellt werden kann und den geringen Anlagekosten, welche sie veranlasst, die beste Empfehlung verdient. Sie besteht einfach in Klappen, welche in den Schornsteinen, die durch die Zimmer gehen, angebracht sind; in etwas anderer Construction, wie man sie gewöhnlich findet, wo nur ein horizontales Rohr die Wand des Schornsteins durchsetzt und durch eine Klappe geschlossen wird. Unsere Vorrichtung besteht aus einem länglichen Blechrahmen, so tief als die Wand des Schornsteins dick ist, also von der Breite eines Ziegels, sechs Zoll breit und sechzehn resp. zwanzig Zoll hoch, (die innere Oeffnung im Schornstein ist nämlich grösser als die äussere an der Zimmerwand, und zwar dadurch, dass die obere Wand des Rahmens schräge hinaufgeht, die untere liegt horizontal). Diese durch den Rahmen ge-

bildete Oeffnung wird durch eine schuhförmige Klappe geschlossen, die durch ein Charnier mit dem oberen und inneren Rand des Rahmens verbunden ist und sich somit unmittelbar an das Lumen des Schornsteins anschliesst. Oeffnet man diese schuhförmige Klappe um etwa 30 — 40 Grad, so entsteht nach unten eine vier-eckige Oeffnung in dem Schornstein, gewissermassen ein neuer Schornstein, der unmittelbar in den Haupt-schornstein übergeht. Die Luft, welche in dem Schorn-stein abströmt, kann den Zustrom, welcher aus dem Ventilator kommt, weder abschneiden, noch durch einen Wirbel zurückstossen, sondern muss ihn mitnehmen, was denn auch mit grosser Vehemenz geschieht. Schorn-steine, deren Zug von unten her eintritt, eben so wie Wasserpumpen mit derselben Einrichtung, ziehen am besten und das ist bei diesem Ventilator der Fall. Selbstverständlich kann man diese Ventilatoren in jeder Höhe des Zimmers anbringen, die unsrigen sind etwa 1 Fuss über den Fussboden. Es können auch ohne Gefahr für die Zugkraft des Schornsteins mehrere an einem Rohre angebracht werden; an einem der Schorn-steine in unserer Anstalt münden drei Oefen unter und einer über dem Ventilator, ohne, dass wenn alle ange-heizt, jemals der Zug in den Oefen oder im Ventilator abgenommen hätte; nie ist auch bei windigem Wetter Rauch durch den geöffneten Ventilator ins Zimmer ge-drungen, wenn die Oefen heizten. Ich glaube ver-sichern zu können, dass die Reinheit der Luft seit dieser Einrichtung beträchtlich gewonnen hat; der Speisege-ruch verliert sich rasch. *)

*) Die Vorzüge der Ventilation durch Pulsion dürften wohl erwiesen sein. Vor Allem fehlt dort die Zugluft, die bei uns,

Im Ganzen wurden, wie beifolgende Tabelle genauer angiebt, im Laufe des Jahres 1709 Kranke behandelt; 1469 ambulatorisch, 240 stationär. Von den behandelten Krankheitsformen kamen auf die Bedeckungen der Augen 186, auf die Bindehaut 652, auf die Hornhaut 360, auf die Sclera 2, auf die Iris 62, auf die Gefässhaut 76, auf die Netzhaut 54, auf das Linsensystem 86, auf den Glaskörper 4, auf den Augapfel und Sehnerv, 29, auf die Accomodation 82, auf die Muskeln 63, auf die Thränenorgane 51, auf die Orbita 2.

Die Gesamtzahl der im Hospital ausgeführten Operationen beträgt 205. Im Ambulatorium wurden nur geringfügige Operationen vorgenommen und sind dieselben hier nicht weiter angeführt.

In unserm Klima dürfte das Ambulatorium leider nicht in dem Umfange zu benutzen sein, wie in südlicheren Gegenden. Unsere Winter, der rauhe Frühling und Herbst, gebieten die Aufnahme so mancher Kranken, die anderwärts noch mit Vortheil ambulatorisch behandelt werden könnten. Dauernder Behandlung wurden daher meist, abgesehen von den Fällen einmaliger oder in grösseren Intervallen wiederkehrender Consultanten, nur Leiden der Conjunctiva unterzogen. Dergleichen Leiden sind bei uns sehr häufig, namentlich die chronisch gewordenen Formen catarrhalischer und trachomatöser Processe. Entartungen der Conjunctiva palpebrarum, wie sie im Laufe der Jahre durch Vernachlässigung, schlechte Wohnungen, Schmutz und stets erneute

wenn auch in geringerem Maasse an den Füssen der umhergehenden Kranken sich fühlbar macht, im Bett Liegenden ist sie nicht empfindlich. Dass diese unbedeutende Zugluft schadet, habe ich nicht beobachtet.

Ansteckung sich entwickeln, sind sehr häufig. In solchen veralteten Fällen, wo noch stärkere Secretion vorhanden, wo mehr oder weniger die Cornea mitlitt, habe ich die von Professor von Graefe empfohlene Aqua chlori zuweilen sehr wirksam gefunden, namentlich wo, wie bei der armen jüdischen Bevölkerung unserer Nachbarprovinzen, Unreinlichkeit und Verschleppung Hauptmomente waren.

Einen Fall, dessen Beobachtung schon vor Eröffnung dieser Anstalt begann, will ich hier nicht unerwähnt lassen, da dergleichen verhältnissmässig selten sein dürften.

Abraham H., 40 Jahre alt, hatte im März 1863 durch den Huf seines Pferdes einen Schneeball in's rechte Auge bekommen, der Schmerz war heftig gewesen und das Sehvermögen augenblicklich aufgehoben. Ein Arzt, den er aufsuchte, fand die vordere Kammer voll Blut und verordnete kalte Umschläge. Unter diesen stellte im Laufe einiger Wochen das Sehvermögen sich in etwas wieder her. Im August desselben Jahres stellte Patient zum ersten Mal sich mir vor. Ich fand jetzt eine beträchtliche Erweiterung der Pupille, die Iris an der Nasenseite schmaler, von einer Narbe in der Cornea und Sclera war nichts zu entdecken. Die Linse war nach aussen verschoben, entkapselt, aber noch ungetrübt, so dass man an der Nasenseite den Augengrund sichelförmig sah. Das Sehvermögen war aber verhältnissmässig schlecht, er zählte nur Finger auf einige Fuss und hierin war wohl der Grund zu suchen, dass kein monoculäres Doppelsehn statt hatte. Das äussere obere Drittheil der Linse war durch eine von oben herabhängende Kapselsetze von faltigem Aussehn verdeckt. Auffallend war auf den ersten Blick ein kleines lebhaft rothes Bluttröpfchen, welches in dem klaren Kammerwasser, mitten in der erweiterten Pupille, hin und her schwankte. Bei schiefer Beleuchtung und mit Hülfe einer Loupe zeigte sich, dass von der Nasenseite her, da wo die Iris am schmalsten war, wie es schien, hinter ihr hervorkommend, ein Netzwerk feinsten Fädchen sichtbar wurde, welches letztere sich etwa $\frac{1}{2}$ Linie vom Rande der Iris in zwei feine, nur mit der Loupe erkennbare blutführende Gefässchen vereinigte. Diese

beiden Gefässchen verliefen nach der Mitte der Pupille zu; hier angelangt verschlangen sie sich zu einem schönen gordischen Knötchen, dem erwähnten sichtbaren Blutströpfchen, und von diesem aus gingen dann wieder direct nach hinten und etwas nach aussen, vier feine Gefässchen an den oben erwähnten Kapselsetzen, in den hinein sie aber nicht weiter zu verfolgen waren. Später ist Patient mehrfach wiedergekehrt, zuletzt im Januar 1864. Allmählig waren die schönen rothen Gefässchen zu dunklen Fäden obliterirt. Das erwähnte Netzwerk verschwand und reflectirte später das Licht, als wäre da eine spinnenwebene Membran vor der dislocirten Linse und dem durchscheinenden Augengrund ausgespannt, die Linse hatte sich getrübt und fing an dem sichtbaren Rande an, sich zu resorbiren. Der Kapselsetz wurde immer faltiger, schrumpfte immer mehr und zog sich nach oben und aussen. Das flottirende Blutleckchen färbte sich dunkler; die schöne Form des gordischen Knotens verschwand, es traten verschiedene Ausläufer und zackige Formungen auf; als ich zuletzt dasselbe sah, hatte es die Form eines rothen Eiswölkchens angenommen. Leider ist Patient seit dem Januar nicht wiedergekehrt.

Was nun die Krankheiten betrifft, welche stationär behandelt werden mussten, so hat unter denen der Augenlider zuvörderst die Trichiasis am häufigsten Anlass zur Aufnahme gegeben. Dieses quälende Leiden ist bei uns als Folge der so häufigen Bindehautcatarrhe und trachomatösen Entzündungen sehr verbreitet. Die Methoden, welche zur operativen Beseitigung desselben gewählt wurden, waren die bekannten.

Die Jaegersche Abtragung ist nicht geübt worden, denn nur zu oft hatten wir Gelegenheit uns von den schädlichen Folgen dieses Verfahrens zu überzeugen. Wo das Uebel nur partiell war, wurde, je nach der Ausdehnung, Durchziehen eines Fadens, Excision einer Hautfalte horizontal oder vertical, in ovaler oder dreieckiger Form gewählt. Auch die neuerdings von Prof. Dr. v. Graefe empfohlene Methode ist mit gutem Erfolge versucht worden. Wo das ganze obere Lid oder beide

ergriffen waren, wurde das obere nach der Methode von Jäsche-Arlt, mit einigen kleinen Modificationen, wie sie Bd. V. Seite 190 — 192 dieser „Beiträge“ beschrieben, operirt; bei dem untern genügte immer einfache Excision einer Hautfalte. Die Erfolge, die ich mit dieser Methode erzielt, haben mich mit grosser Vorliebe für sie erfüllt, sei es auch nur, um sie sorgfältigst zu studiren und durch stete Prüfung auszubilden. Den Substanzverlust des oberen Lides, nachdem die Brücke mit dem Hohlmesserchen nach innen bis an den Thränenpunkt und nach aussen in den äussersten Winkel hinein, frei präparirt worden, mache ich nach aussen, etwa einen Finger breit über den Orbitalrand hinaus, und erziele so, dass die Cilien des äussern Augenwinkels, den ich nöthigenfalls auch noch durch einen Scheerenschnitt erweitere, sich bei der Vernarbung nicht mehr hineinbiegen, sondern normal stehen bleiben. Hierauf muss, glaube ich, aufmerksam gemacht werden. In dem erwähnten Aufsatz hatte ich, gestützt auf damalige günstige Erfolge, dem Druckverband einen allzu günstigen Einfluss zugeschrieben, indem ich anführte, dass, seit ich ihn unmittelbar nach der Operation anwendete, die Brücke mit den Cilien nicht mehr abstürbe. Der Druckverband wird bis jetzt noch stets angewendet, das Absterben der Hautbrücke kommt indess doch in grösserer und kleinerer Ausdehnung vor, und dürfte der Grund davon, abgesehen vom kachektischen Habitus so manchen Kranken, wohl darauf beruhen, dass der Substanzverlust des oberen Lides zu gross geräth und dadurch die frei präparirte, Cilien tragende Brücke beim Anheften zu sehr nach oben gezogen und somit gezerzt wird. Wie gross man den Substanzverlust machen müsse, darüber will ich mich zur Zeit noch aller Regeln

enthalten. Zu klein nützt er nichts, und zu gross hat er die erwähnten üblen Folgen. Das Absterben der Brücke ist eben kein grosses Unglück, jedenfalls berührt die Narbe, die jetzt entsteht, den Bulbus nicht, und reizt ihn auch nicht wie die nach der Jaegerschen Abtragung, giebt auch keine solche Entstellung und der Lagophthalmus, welcher zuweilen entsteht, verliert sich in nicht allzu langer Zeit von selbst. Von 44 Augen, die im Laufe des Jahres operirt wurden, ergaben 27 vollkommen gute Heilung mit normalem Stand der Cilien. Bei zweien war der Substanzverlust in der überaus schlaffen Haut des oberen Lides zu klein gemacht und der Erfolg unvollkommen. In einem Fall sprossen unter der Narbe, aus durchschnittenem Haarbalge wieder einige Härchen hervor, ein Unfall, der beim Abtrennen der Brücke mit den Hohlmesserchen, wie wir sie brauchen, nur äusserst selten vorkommt. Diese Härchen sind übrigens, wie ich mehrfach erfahren, durch öfteres Ausziehen nicht schwer auszurotten. Bei sechs Augen erfolgte Gangraen der ganzen oder des grössten Theils der Brücke. Der schliessliche Erfolg war, wenn auch die Cilien fehlten, ein guter zu nennen. Sehr störend und die Verheilung verzögernd, ist das Auftreten tieferer Abscesse, auf den schliesslichen Erfolg aber von keinem üblen Einfluss. Die Operation ambulatorisch zu üben, erscheint mir nach den gemachten Erfahrungen nicht rathsam, wohl aber möchte ich glauben, dass sie ohne Chloroformnarcose bessere Erfolge giebt. Die Operation wegen eines Recidivs zu wiederholen, habe ich bis hiezu nicht nöthig gehabt, obgleich ich im Laufe der sechs Jahre, wo ich sie übe, einen grossen Theil meiner Operirten wieder gesehen habe. Klärung der Cornea, die doch grösstentheils zu-

gleich pannös getrübt ist, war jedoch auch nach langer Zeit nicht constante Folge der Operation, wenn gleich recht häufiger.

In einem Falle hatten wir es mit einem Bluter zu thun, dessen Zustand einige Zeit lang lebhafte Besorgnisse einflösste. Patient war ein Handelsjude aus Litthauen, **Benzel Scherr**, 61 Jahre alt. Schon während der Operation, die mit Weglassung des Chloroforms wegen beunruhigender Cyanose, die gleich nach den ersten Einathmungen auftrat, ausgeführt wurde, war die parenchymatöse Blutung auffallend stark. Nach beendigter Operation und Anwendung kalter Schwämme stand sie, so dass die Heftung der Brücke gemacht werden konnte. Kaum war aber Patient zu Bett gebracht, als die Blutung von Neuem anfang, schnell allen Verband durchtränkte und sich unaufhaltsam ins Bett ergoss. Kälte und Druck, soweit er geübt werden konnte, Tannin und verdünnter Liq. ferri sesquichlorati, äusserlich und auch innerlich gegeben, blieben fruchtlos. Zuletzt wurden *Secale cornutum* in grossen Gaben innerlich und *Penjawa Djambi* äusserlich angewandt. Ob nun diesen Mitteln oder der bei stets schwächer werdendem Pulse mit fast völliger Pulslosigkeit nach 10 Stunden eintretenden tiefen Asphyxie es zuzuschreiben war, — die Blutung stand endlich und kehrte nicht wieder. Nach drei Tagen trat Schwellung der Lider und Absterben beider Brücken ein, und die Verheilung wurde durch Abscesse, wohl Folge der angewandten Topica, längere Zeit verzögert, führte indess zu keinem üblen Resultat, denn Patient konnte das Auge gut schliessen. Am Herzen, das erst nach Aufhören der Blutung untersucht wurde, hörte man sausende Geräusche, die sich indess später verloren, etwas Vergrösserung konnte vielleicht angenommen werden; Patient gab an, schon früher nach der kleinsten Verletzung Tage lang geblutet zu haben.

Die ansteckenden Formen der *Conjunctivalleiden* in die Anstalt aufzunehmen, ist möglichst vermieden worden; nur wo Gefahr für das Sehvermögen eintrat, musste alle Rücksicht schwinden (*Diphtheritis* ist nicht beobachtet worden). Aus diesen Gründen haben denn recht viele Hornhautkrankheiten und Geschwüre, die im Gefolge solcher *Conjunctivalleiden* eingetreten waren, Auf-

nahme gefunden. Die Behandlung war die in solchen Fällen jetzt allgemein übliche, und war kein Verlust eines Auges zu beklagen; entlassen wurden eine Anzahl mit der Weisung, wiederzukehren und sich einer Iridectomie zu unterwerfen.

Chalazien und andere Geschwülste der Augenlider wurden theils exstirpirt, theils einfach geöffnet und ausgedrückt, meist ambulatorisch.

Eine Taubenei grosse Cyste des linken oberen Lides wurde heraus geschält und enthielt der dicke und harte Balg eine grützige breiige Masse, in welcher wiederum eine endlose Menge Härchen, zum Theil völlig wohlgebildete Cilien, sich fanden. Die Geschwulst stammte aus frühester Kindheit, hatte sich aber in den letzten Jahren besonders vergrößert. Nach der Verheilung blieb die Augenspalte — das Auge konnte vorher gar nicht geöffnet werden — etwas kleiner, als die des gesunden.

In einem Fall von Hornhautgeschwür trat sofortige Besserung ein, sobald eine Anzahl cariöser Zahnwurzeln aus dem Oberkiefer derselben Seite entfernt war. Mir sind in meiner Praxis bereits mehrfach Fälle aufgestossen, wo bei chronischen Hornhautgeschwüren auf derselben Seite cariöse Zähne im Oberkiefer vorhanden waren und schmerzten.

In diesem Fall war ein tiefes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern im Centrum der Hornhaut mit heftiger Ciliarneurose; Paracentesen waren mehrfach ohne einen andern als vorübergehenden Erfolg gemacht worden, — Atropin, Druckverband und der ganze übliche Heilapparat zur Genüge angewendet, als die immer wiederkehrende Ciliarneurose, die auch auf die Zähne ausstrahlte, mich veranlasste sechs Zahnwurzeln zu entfernen. Sofort trat Nachlass der Ciliarneurose und rasche Besserung ein; gegenwärtig ist das Geschwür in bester Vernarbung und soll nächstens durch eine Iridectomie das Sehvermögen wieder hergestellt werden.

Fremde Körper der Cornea wurden meist im Ambulatorium entfernt, zweimal erheischten sie stationäre

Behandlung. (Einem Müller war ein Steinsplitter in der Cornea ausserhalb des Pupillargebiets sitzen geblieben und hatte schon in einigen Tagen Iritis mit Hypopium erzeugt. Nach Entfernung des Splitters und einer Paracentese heilte das Auge bald.)

Ein junges Mädchen von 18 Jahren war vor 13 Wochen im Dunkeln gegen einen Holzstapel angerannt und hatte einen Stoss ins linke Auge bekommen, das von da ab nicht geöffnet werden konnte. Nach mehreren Tagen hatte ein altes Weib einen Holzsplitter im Auge gefunden und denselben entfernt. Der Lidkrampf blieb aber, — ab und zu Schmerzen. Beim Umklappen der Lider fand sich im obern Lide eine Narbe etwa von dem Umfange einer Erbse, die Conjunctiva bulbi war nicht geröthet, nur ein Gefässkranz um die Cornea entwickelt, der Bulbus atrophirt und weich. An der Cornea bemerkte man eine längliche Trübung, die von aussen nach innen sich zog; da wo nach aussen die Trübung begann, erschien ein gelber Fleck, der bei schiefer Beleuchtung als ein fremder Körper sich erwies. Mit der Pinçette wurde ein 6 Millim. langer Holzsplitter entfernt, Humor aqueus fliesst nicht ab, etwas Blut ergiesst sich aber in die vordere Kammer. Sofort tritt Erleichterung ein, das Auge kann geöffnet werden, die Lichtempfindung erweist sich aber sehr unbestimmt. Nach 8 Tagen scheint der Lichtschein sich gebessert zu haben. Patientin giebt ziemlich genau den Stand einer Kerze auf etwa 6 Fuss an, auch das Sehfeld scheint nicht gelitten zu haben. Es wurde eine Iridectomie versucht, aber nur ein kleines Colobom in der morschen Iris gebildet, das wieder verwuchs. Patientin musste damals entlassen werden, und hat sich bis hiezu nicht wieder gezeigt.

Die Iridectomien, welche wegen Hornhauttrübungen unternommen wurden, sind als gute Resultate zu betrachten, wenn man in jedem Fall erwägt, was überhaupt zu erlangen war, und ferner, dass man zuweilen eine so gefahrlose Operation wagt, wo auch nur sehr geringe Hoffnung auf Erfolg da ist. Um die Verheilung hartnäckiger chronischer Hornhautgeschwüre zu beschleunigen, ist eine Iridectomie mehrfach mit gutem Erfolg unternommen worden.

Leichtere Formen der Iritis wurden ambulatorisch behandelt, so lange es eben ging. Chronische Formen wurden je nach den Indicationen und ihrer Natur den betreffenden Curmethoden unterzogen, auch wohl einer Iridectomie, worauf einmal eine sehr erhebliche Besserung und Sistirung des Krankheitsprocesses folgte.

Bei einem *Staphyloma corpor. ciliar.*, das noch nicht vorgeschritten war und wo mehrfach hintere Synchchien vorhanden waren, erwies sich der Erfolg als ein besonders guter, denn nicht nur, dass die Erhebung fast verschwand, hob das Sehvermögen von blosser Unterscheidung von hell und dunkel sich so weit, dass Patient sich bequem führen konnte, und ist der Zustand geblieben.

Ein *Staphyloma corporis ciliaris* bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren, das aus frühester Jugend stammte, gebot die Enucleation des Bulbus. Als eine schwarze kugelförmige Masse hatte dasselbe die beiden Augenlider auseinander gedrängt, so dass sie nicht geschlossen werden konnten. Die Hornhaut war in der Mitte dieser dunklen Masse nur mit Mühe zu erkennen. Die Operation bot einige Schwierigkeiten, da der Bulbus die ganze Orbita ausfüllte und wegen der vielen alten Schwarten, die auflagerten, schwer auszuschälen war. Er hatte eine eiförmige Gestalt, war $4\frac{1}{2}$ Centim. lang und hielt 3 Centim. im Querdurchmesser; das schwarze Staphylom erhob sich noch kranzförmig $1\frac{1}{2}$ Centim. über die Sclera. Die Heilung erfolgte rasch. Zum Leidwesen der Patientin war aber ein Glasauge unter den hier vorrätigen nicht aufzufinden; alle stellten sich, sobald sie eingelegt wurden, mit ihrem Längendurchmesser vertieal; denn die enorme Ausdehnung der Entartung hatte die obere Orbitalwand hoch hinauf gedrängt, so dass nach oben eine grosse Höhlung entstanden war.

Von den Glaucomen, die sich vorstellten, lagen viele schon ausserhalb der Grenze, die überhaupt ärztlichem Eingriff gezogen ist, die meisten waren auf der Grenze und dem Erblinden nahe.

Die Erfolge richteten sich wohl zumeist nach der Dauer des Uebels und dem gegenwärtigen Stand des Seh-

vermögens und Gesichtsfeldes ; geringe Besserung wurde zumeist durch Iridectomie erzielt, erhebliche nur selten.

In einem Falle, den ich nach einem Jahr wiedersah, war das Sehvermögen von Unterscheidung von hell und dunkel bis zum Lesen von Jaeger Nr. 8 mit + 10 gestiegen. Der Fall war ziemlich acut aufgetreten, Prodrome aber über ein halbes Jahr vorausgegangen.

In einem Fall bei einer Jüdin, die das linke Auge schon in der Jugend verloren und deren rechtes, bei noch mässigem Gesichtsfeld, Finger auf einige Fuss zählte und wo Ciliarneurose bei subacuten Verlauf vorhanden war, bildete sich nach der Iridectomie, die anfangs guten Erfolg versprach, eine Cataract aus. Nach 8 Monaten wurde der Kernstaar extrahirt, da Lichtschein und Gesichtsfeld mässig gut sich erwiesen. Der Lappen legte sich per primam an, es bildete sich aber eine glaucomatöse wulstige Narbe. Das Sehvermögen war genügend, um sich führen zu können, allein Farben- und Funkensehen, die schon 42 Stunden nach der Operation sich einstellten, wollten nicht aufhören und als Patientin nach 6 Wochen entlassen wurde, klagte sie über Abnahme der Sehkraft.*)

In einem andern Fall war das rechte Auge schon seit Jahren an Glaucom erblindet, auf dem linken war vor zwei Jahren wegen acuter glaucomatöser Erscheinungen anderwärts eine Iridectomie gemacht worden. Jetzt bestand auf diesem Auge eine hintere Synechie und war die Linse cataractös. Der Lichtschein war noch mässig vorhanden, das Auge reizlos. Es wurde eine Auslöffelung nach Waldau versucht, etwas Corticalmasse musste zurückgelassen werden, die auch ohne Reizung schnolz, leider aber nahm das Anfangs gute Hoffnungen bietende Sehvermögen allmählig ab und ohne entzündliche Erscheinungen war Patientin nach 10 Wochen völlig erblindet.

In einem Fall von bereits beiderseits abgelaufenem Glaucom waren auf dem einen Auge Perforation der Cornea, Blutungen und eine fürchterlich quälende Ciliarneurose eingetreten ; hier wurde der Bulbus enucleirt, worauf die Schmerzen sofort aufhörten.

*) Während des Druckes dieses Berichts ist Patientin nach ungefähr einem halben Jahr wieder erschienen und in die Anstalt aufgenommen worden. Die früher erwähnte wulstige Narbe war jetzt verschwunden, die Pupille durch einen Nachstaar verschlossen, Chromopsien und Photopsien waren vergangen. Da Lichtschein noch vorhanden war, Gesichtsfeld desgleichen, so wurde eine Iridectomie versucht. Jetzt — nach 14 Tagen — führt sich Patientin selbst und zählt Finger auf 6 Fuss.

Die Zahl der Staaroperationen ist eine verhältnissmässig geringe, nicht eben weil die Cataract hier seltener ist als anderswo, sondern dürfte der Grund wohl mehr darin zu suchen sein, dass noch eine grosse Schen vor dem Hospital und mehr noch vor dem Messer besteht, welche wohl erst allmählig besserer Anschauung weichen wird.

Extrahirt wurde die Linse an 29 Augen, von denen bei 23 guter Erfolg erzielt wurde; sie lasen mit dem entsprechenden Convexglase bis incl. Nr. 10 Jäger und drei erlangten so viel, dass sie sich ohne Beschwerde führen konnten. Zwei Augen gingen an Hornhautvereiterung und darauf folgender Panophthalmitis zu Grunde; das eine bei einer in Elend verkommenen 73jährigen Frau mit Paralysis nictitans behaftet, die trotz aller Warnung die Operation verlangte. Die Hornhaut war in diesem Fall nach 24 Stunden völlig infiltrirt und vereiterte fast schmerzlos.

Der andere bei einer Frau von circa 50 Jahren, die aber auch mangelhaft genährt war. Hier war die Entbindung der Linse auf einem Auge schwierig. Corticalis musste zurückgelassen werden, und die Unruhe der Patientin machte eine in diesem Falle indicirte Iridectomy unausführbar. Hier ging der Vereiterung der Cornea eine Iritis voraus, welche am siebenten Tage die Zerstörung einleitete. Auf dem andern Auge blieb es bei einer lebhaften Iritis. Einmal musste der Versuch einer Extraction unausgeführt bleiben, weil gleich nach dem Ausstich des Staarmessers, ehe noch der Lappenschnitt vollendet war, Glaskörper in verflüssigtem Zustande unaufhaltsam auf beiden Seiten abfloss und da das Auge collabirte, nichts übrig blieb, als das Messer wieder heraus zu ziehen und die Cataract zu lassen, wo sie war.

Bei einer alten Frau bildete sich, als sie operirt werden sollte, ein Carbunkei auf dem Rücken aus, der die Operation natürlich verschob, der Erfolg der Extraction war später gut.

Meist wurde, nach Angabe von Graefe's, die Eröff-

nung der Capsel der Extraction um einige Tage vorausgeschickt. Die Zahlenreihe, über welche wir hier zu gebieten haben, ist eine zu geringe, als dass ich mir ein Urtheil über den Werth der Methode erlauben dürfte. Nur in einem Falle drohten üble Zufälle. Durch die Unruhe des Patienten war der Schnitt in die Capsel zu gross gerathen (Patient war monocus). Der Kern war klein und bald nach der Operation in die vordere Kammer gefallen, was lebhaftes und die Nacht über andauerndes Erbrechen hervorrief. Morgens früh wurde die Linse durch einen kleinen Lappenschnitt mit der Corticalmasse entfernt, alle Erscheinungen schwanden und die Verheilung ging vortrefflich von Statten.

Discidirt wurde ein Kind beiderseits am Schichtstaar mit gutem Erfolg, bei allerdings sehr langsamem Verlauf.

Eine unabsichtliche Discision ereignete sich bei einem Handelsjuden, ein Fall, den ich nicht unerwähnt lassen will, da auch hier eine Gefässneubildung beobachtet wurde. Patient stellte sich mit beiderseitiger reifer Cataract vor. Auf dem linken Auge hatte sie sich zuerst unter entzündlichen Erscheinungen entwickelt und hier bestanden eine Menge hinterer Synechien, fast eine totale. — Rechts wurde die Cataract extrahirt; es erfolgte durch Unruhe des Kranken ein Glaskörpervorfall, später Entzündungen und das Resultat auf diesem Auge war mittelmässiges Sehvermögen. Patient konnte sich bequem führen. Gleichzeitig wurde links als Vorbereitung für eine spätere Extraction ein Colobom nach unten gebildet; der Kranke presste heftig, doch wurde die Operation ohne Zufälle ausgeführt. Das Auge blieb lange lichtscheu; endlich nach 4 Wochen entdeckte man, dass unten am Rande der Cornea und in der Aequatorialgegend innerhalb des Coloboms die Linse sich resorbirte; es hatte also hier eine Kapselverletzung stattgehört; auf welche Weise bleibt dahingestellt. Die Oeffnung in der Kapsel vergrösserte sich und zugleich sah man zwei neben einander verlaufende Gefässe, die, wie es schien, von der Zonula Zinnii herkamen, den Kapsleinriss um-

kreisten und auf der andern Seite wieder hinter der Cornea hinabstiegen. Nach acht Wochen wurde ein kleines Fleckchen schwarzen Augengrundes sichtbar, das sich immer mehr vergrösserte, in gleichem Maasse, als auch der Einriss in die Kapsel grösser wurde und der Gefässkranz immer höher gegen das Centrum der Linse hinaufstieg. Je mehr der Augengrund sichtbar wurde, um desto dünner wurden auch die Gefässchen und obliterirten nach einigen Monaten völlig. Da, wie es schien, die Resorption der Linse jetzt gleichfalls Stillstand machte, wurden mehrfach wiederholte Discisionen zu Hülfe genommen. Nach der ersten Discision mit der Nadel fiel der bereits sehr verkleinerte und reducirte Kern in die Pupille hinein und benahm dem Patienten zu seiner grossen Beunruhigung das Sehen wiederum, resorbirte sich indess rasch. Jetzt nach neun Monaten ist nur noch nach oben in der erweiterten Pupille (die Synechien sind allmählig ganz zerrissen) einige zerklüftete Corticalsubstanz sichtbar. Die erwähnten Gefässe der Kapsel aber, die, wie bemerkt, bereits vor der ersten Discision obliterirt waren, liegen jetzt als ein Strang queer durch den untern Theil der Pupille und war derselbe nicht mit der Staarnadel zu zerreißen. Patient liest jetzt mit Convex $2\frac{1}{2}$ Nr. 5 Jaeger'sche Schriftprobe.

Bei drei jungen Leuten wurden Staarreste, die als Residuen traumatischer Staare, die sich resorbirt hatten, aus dem Knabenalter nachgeblieben waren, aus dem Auge durch einen lineären Schnitt entfernt. Bei allen dreien adhärirten dieselben sehr fest an der tellerförmigen Grube und waren derb von knorpligter Härte; bei allen wurde die tellerförmige Grube zerrissen und etwas Glaskörper mit dem Nachstaar verwachsen hervorgezogen; der Glaskörper stürzte in die vordere Kammer. Zweimal folgten böse Iriten der Operation, die mit Pupillarverschluss endeten, bei dem dritten hatte die Sache einen guten Verlauf.

Einmal wurde der Versuch gemacht, eine Pupillarmembran, welche sich nach einer anderweitig ausgeführten Operation der Auslöffelung des Staars (Waldau) in der künstlichen Pupille gebildet hatte, zu entfernen, was indess auch nicht vollkommen gelang; auch hier folgten Entzündungen und der geringe Erfolg ging verloren.

Was die Schieloperationen anbetrifft, so ist an 24 Personen 34 mal operirt worden. Die Operation ist

in ihren Erfolgen eine dankbare und so haben auch wir keine Misserfolge zu beklagen gehabt. Einige wurden aus der Behandlung entlassen, bei denen der Erfolg noch kein vollständiger war, einestheils weil an vollkommene Einstellung wegen der Jahre nicht zu denken war, andernteils weil man bei Kindern auch noch bei beträchtlichen Abweichungen unter Umständen Einstellung erwarten darf; und sind wir nicht getäuscht worden.

Eine Entartung der Thränenkarunkel, wohl krebsiger Natur, bei welcher die Gewebsveränderungen sich bis auf die innere Fläche des oberen Augenlides erstreckten, wurde exstirpirt. Bereits vor 5 Jahren hatte Patient, ein Unteroffizier von 40 Jahren, sich mir vorgestellt mit einer erbsengrossen pigmentirten Geschwulst auf der Mitte der Uebergangsfalte des untern Lides. Sie sass gestielt auf und hatte ein blumenkohllartiges Aussehn; die Operation wurde vorgeschlagen, Patient hatte sich aber an einen andern Collegen gewendet, der die Geschwulst entfernte. Seitdem war er frei gewesen, bis vor 6 Wochen, wo sich von der Karunkel aus eine Geschwulst zu entwickeln begann, die jetzt bohnergross, gestielt und auf der Oberfläche gelappt, den innern Augenwinkel füllte. Beim Umklappen des oberen Lides zeigte sich im innern Winkel desselben eine zweite kleinere gestielte Geschwulst von der Conjunctiva palpebrae ausgehend, das Gewebe zwischen beiden Geschwülsten war gelockert und krank. Zur Entfernung beider Geschwülste wurde das obere Lid im innern Drittheil bis oben zu gespalten, hierauf beide Geschwülste und alles krankhafte Gewebe mit der Hakenpinzette gefasst und durch Scheerenschnitte sorgfältigst entfernt, wobei man in dem innern Augenwinkel tief hinein zu dringen genöthigt war. Eine grössere Arterie, die hierbei verletzt wurde, zog sich bald zurück. Soviel möglich wurde die Conjunctiva bulbi geschont und nach Entfernung alles Verdächtigen das Colobom des oberen Lides durch Carlsbader Nadeln sorgfältig geheftet. Die Verheilung ging gut von Statten, natürlich verwuchs aber, so sehr man auch die Conjunctiva bulbi zu schonen gesucht hatte, das innere Drittheil des oberen Lides mit dem Bulbus fast ganz. Anfangs konnte das Auge nur wenig geöffnet werden und die Doppelbilder waren bei

jeder Seitenstellung des Auges sehr quälend. Später wurden die Bewegungen des Bulbus freier, so dass jetzt das Doppelsehen wenig störend und nur bei ganz seitlichem Blick hervortritt. Bis hiezu hat sich nichts gezeigt, was Verdacht auf ein Recidiv gegeben hätte. Das Aussehn des Patienten ist gesund und kräftig.

Uebersicht

über die im Jahre 1864 in der Wittve Reimers'schen Augeneilanstalt behandelten Krankheitsformen.

Name der Krankheit.	Anstalt.	Am- bula- to- rium.	Summa.
<i>I. Augenlider.</i>			
Blepharitis angularis	—	13	13
Eczema palpebrae	—	8	8
Blepharadenitis	2	24	26
Trichiasis	27	57	84
Hordeolum	—	14	14
Abscessus palpebrae	—	14	14
Vulnus palpebrae	—	2	2
Blepharospasmus	—	2	2
Chalazion	1	7	8
Atheroma palpebrae	—	1	1
Oedema palpebrae	—	2	2
Phlegmone palpebrae	—	2	2
Ptosis palp. sup.	—	2	2
Tumor cysticus palp.	1	—	1
Symblepharon	—	1	1
Sugillatio palpebrae	—	1	1
Entropium spasticum	2	2	4
Blepharophimosis	1	—	1
	34	152	186

Name der Krankheit.	An- stalt.	Am- bula- to- rium.	Summa.
<i>II. Bindehaut.</i>			
Combustio conjunctivae	—	3	3
Conjunctivitis chronica	—	359	359
" " acuta	—	60	60
" " trachomatosa	7	93	100
" " blennorrhoeica	4	26	30
" " phlyctaenulosa	3	42	45
" " gonorrhoeica	—	1	1
Conjunctivitis traumatica	2	1	3
Blennorrhoea neonatorum	—	4	4
Catarrhus epidemicus	2	29	31
Pterygium	1	3	4
Sugillatio conjunctivae	—	8	8
Corpus alienum in conjunctiva	—	2	2
Vulnus conjunctivae	—	1	1
Abscessus conjunctivae	—	1	1
	19	633	652
<i>III. Hornhaut.</i>			
Keratitis superficialis	4	43	47
" parenchymatosa	5	22	27
" pannosa	10	29	39
" phlyctaenulosa	—	44	44
Hypopium-Keratitis	3	—	3
Ulceræ corneae periph.	4	34	38
" " centr.	5	12	17
Ulcus corneae perforans	3	8	11
Vulnus corneae	2	7	9
Staphyloma corn. pellucid	1	10	11
" " opacum	8	3	11
Kerectasia	1	4	5
Corpus alienum in cornea	2	18	20
Leucoma	15	29	44
Eczema corneae	1	2	3
Trachoma corneae	1	—	1
Abscessus corneae	2	6	8
Macula corneae	—	15	15
Leucoma adhaerens	—	3	3

Name der Krankheit.	An- stalt.	Am- bula- to- rium.	Summa
Combustio corneae	—	3	3
Xerosis corneae	—	1	1
	67	293	360
<i>IV. Sclera.</i>			
Vulnus sclerae	—	1	1
Excrescentia sclerae post. strabotomiam	1	—	1
	1	1	2
<i>V. Iris.</i>			
Iritis idiopathica	4	21	25
„ specifica	1	2	3
„ traumatica	—	3	3
Irido-Choroiditis	5	3	8
Kerato-Iritis	1	6	7
Hyperaemia iridis	—	1	1
Synechia posterior	2	6	8
Synicesis pupillae	—	3	3
Pupilla duplex	1	—	1
Mydriasis	—	3	3
	14	48	62
<i>VI. Gefäßhaut.</i>			
Choroiditis	7	6	13
Kyklitis	—	1	1
Staphyloma posticum	2	19	21
Glaucoma chronicum	4	10	24
„ subacutum	14	7	21
Staphyloma corpor. ciliar	2	—	2
Hyperaemia chorioideae	—	4	4
	29	47	76
<i>VII. Netzhaut.</i>			
Retinitis	3	1	4
„ pigmentosa	—	3	3
Neuro retinitis	2	2	4
Atrophia retinae	—	1	1

Name der Krankheit.	An- stalt.	Am- bula- to- rium.	Summa.
Amblyopia cerebralis	1	9	10
Amblyopia ex anopsia	—	2	2
Amaurosis cerebralis	—	10	10
Hemeralopia	—	3	3
Dialysis retinae	—	5	5
Hyperaemia retinae	—	12	12
	6	48	54
<i>VIII. Linsensystem.</i>			
Cataracta incipiens	—	12	12
„ matura	23	20	43
„ traumatica	2	8	10
„ capsularis	2	—	2
„ pyramidalis	1	1	2
„ glaucomatosa	—	3	3
„ congenita	2	1	3
„ calcarea	—	1	1
„ secundaria	3	—	3
Dislocatio lentis	1	6	7
	34	52	86
<i>IX. Glaskörper.</i>			
Flocculi corporis vitrei	1	3	4
<i>X. Augapfel und Sehnerv.</i>			
Contusio bulbi	3	2	5
Haemophthalmus externus	—	1	1
Hydrophthalmus	1	1	2
Exophthalmus	—	3	3
Atrophia bulbi	2	7	9
Excavatio pap. n. opt.	—	7	7
Atrophia nervi optici	—	2	2
	6	23	29
<i>XI. Accommodation und Refraction.</i>			
Presbyopia	—	38	38
Hyperopia	1	19	20

Name der Krankheit.	An- stalt.	Am- bula- to- rium	Summa.
Myopia	—	15	15
Hebetudo visus	—	9	9
	1	81	82
<i>XII. Augenmuskeln.</i>			
Strabismus divergens	5	4	9
„ convergens	19	13	32
Nystagmus	—	4	4
Paresis rect. interni	—	11	11
„ „ externi	—	3	3
„ „ trochlearis	—	1	1
Paralysis n. oculomotorii	1	2	3
	25	38	63
<i>XIII. Thränenorgane.</i>			
Stenosis canalis lacrymalis	1	24	25
Dacryocystitis	—	18	18
Dacryocystoblennorrhoea	1	4	5
Hypertrophia carunc. lacrym.	—	1	1
Carcinoma caruncul. lacrym.	1	1	2
	3	48	51
<i>XIV. Orbita.</i>			
Periostitis ossis zygomatici	—	1	1
Caries ossis frontis	—	1	1
	—	2	2
Summa	240	1469	1709

Uebersicht

der im J. 1864 im Hospital ausgeführten Augenoperationen.

Benennung der Operation.	Anzahl der ope- rirten Augen.	Erfolg*).		
		gut	mässig	ohne
I. Staaroperation				
a) durch den Lappenschnitt	29	23	4	2
b) durch lineäre Extraction	6	4	2	—
c) Discisionen	2	2	—	—
d) Operationen d. Nachstaars	3	1	—	2
II. Iridectomien				
a) zur Verbesserung des Sehvermögens	41	17	17	7
b) bei Glaucom und Iritis	20	3	15	2
III. Lidoperationen bei Trichiasis (Jaesche-Arlt)	44	37	5	2
IV. Strabotomia	34	24	10	—
V. Operatio staphylomatis	6	6	—	—
VI. Operatio pterygii (durch doppelte Ligatur)	1	1	—	—
VII. Exstirpatio carcinomat. carunc. lacrym.	1	1	—	—
VIII. Exstirpatio bulbi	5	5	—	—
IX. Abcisio prolapsus iridis	5	2	3	—
X. Exstirpatio tumoris palpebrae	2	2	—	—
XI. Neurotomia nervi supraorbitalis	1	—	1	—
XII. Schlitzung der Thränenkanälchen nach Weber	3	2	1	—
XIII. Extractio corp. alien. corneae	2	1	—	1
Summa	205	131	58	16

*) Guten Erfolg rechnen wir bis zum Lesen mittlerer Schrift (8—9 Jägers Schriftproben); mässigen bis zur Selbstführung.

VII. Miscellen.

(S. Seite 185.)

3) Ein Fall von Arthrogryposis.

Ein uneheliches elfmonatliches, mit Kuhmilch genährtes Mädchen von anämischem Aussehen, mit blondem spärlichem Haar und mässiger Körperfülle, 2 Schneidezähnen im Ober- und 4 im Unterkiefer — erkrankte an Darmcatarrh mit häufigen serösen Ausleerungen ohne Erbrechen, Fieber und Schmerzhaftigkeit des Unterleibes. Nach kleinen Gaben Calomel, Salep-schleim und Fleischbrühe statt der Milchkost stand der Durchfall schon am dritten Tage; ausser leichtem Husten war kein Krankheitssymptom vorhanden. Am 4. Tage bemerkte man tonische Contracturen in den Muskeln der rechten Hand und des rechten Vorderarmes. Das Kind war unruhig, schlaflos, wimmerte, zeigte im Gesicht einen schmerzhaften Zug, die Augen waren weit geöffnet, Pupillen normal. Der rechte Arm war erhoben, im Ellenbogengelenk flectirt, mehr noch die Hand im Handwurzelgelenk, der Daumen fest in die Handfläche eingeschlagen, die Finger in den Metacarpalgelenken stark gebeugt, der Zeigefinger in der 2. und 3. Articulation stark extendirt, der 3. u. 4. Finger mehr gebeugt, der 5. mehr gestreckt. Die Hand selbst war geschwellt, auch gegen die leiseste Berührung sehr empfindlich.

Die Muskeln des Vorderarmes fühlten sich hart und rigide an, die gebeugten Gelenke liessen sich nur schwer aus ihrer Stellung bringen. Das Gehirn, die Digestionsorgane, die Lungen waren intact, kein Fieber vorhanden. (Verordn.: Chamillenbad, Einreibung mit Chloroform und Oel, Einhüllen in Watte, innerl. Ferr. lact. und Chinin.)

Am 5. Tage wurden ähnliche Contracturen auch an der linken Hand bemerkt, am 6. zugleich an den Füßen. Die Hacken waren herabgezogen, die Plantae hohl, die Zehen stark flectirt. Bereits am 7. Tage bemerkte man (bei Fortsetzung der Medication) Besserung des Zustandes, die am 10. noch weiter vorgeschritten war. Die Contracturen waren jetzt geschwunden; nur die rechte Hand beharrte noch in der früheren Stellung, obgleich alle ihre Gelenke passiv beweglich erschienen, ohne dass sich dabei schmerzhaft empfindungen bemerken liessen, Am 12. Tage wiederholten sich die Contracturen an beiden Händen und Füßen; am 13. waren im Bade bald vorübergehende allgemeine Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins eingetreten, die Referent jedoch nicht beobachten konnte, vielmehr fand er sehr bald nach dem Anfall keine objectiven Krankheitserscheinungen und war geneigt, die Eclampsie, die sich auch weiter nicht einstellte, dem Einfluss eines zu heissen oder zu lange protrahirten Bades zuzuschreiben. Vom 14. Tage an trat beim Fortgebrauch von Chinin und Eisen allmählig Besserung ein. Schmerzhaftigkeit und Anschwellung liessen nach, das Kind wurde heiter und ruhig. Zuerst schwanden die Contracturen der Füße, sodann die der linken, zuletzt der rechten Hand. Am spätesten verschwand die Affection des rechten Daumens, welcher starr in die Handfläche eingeschlagen war, so

dass sich durch den Druck ein kleines oberflächliches Geschwür gebildet hatte. Nach und nach liess sich der Daumen passiv nach allen Richtungen bewegen, fiel aber immer wieder in die Handfläche zurück, bis nach etwa 14 Tagen auch dieses Symptom verschwand und das besser aussehende Kind für genesen gehalten werden musste.

Doch war diese Genesung nur scheinbar, denn eine Woche nach dem Zurücktretten aller Krankheitserscheinungen zeigten sich zuerst nur zwei Stunden lang anhaltende tonische Contracturen der Extremitäten, am folgenden Tage aber wieder anhaltende schmerzhaft Contracturen aller Extremitäten, wobei jedoch der linke Zeigefinger nicht allein, wie früher, stark extendirt, sondern auch straff abducirt war. Ref. verordnete Zinkoxyd und täglich ein Chamillenbad, kehrte aber nach 10 Tagen, da der Zustand sich nicht änderte, zum Gebrauch des Chinins und Ferrum lacticum zurück; später gab er Ferrum carbonicum. — Erst nach etwa 20 Tagen liess die Gliederstarre allmählig und sehr langsam nach; auch jetzt wich sie wieder zuletzt in der rechten Hand. Noch ungefähr durch zwei Monate zeigten sich hin und wieder leichte Contracturen in mehreren Fingern; am längsten blieb der rechte Daumen afficirt; er wurde, obgleich passiv leicht beweglich, in die Handfläche eingeschlagen gehalten. — Die ganze Dauer der Krankheit betrug 4 Monate.

Das geschilderte Nervenleiden wurde zuerst im Jahre 1832 von Tonnelli als eigne Kinderkrankheit beschrieben und seitdem, wie es scheint, nicht allzuhäufig beobachtet. Rilliet und Barthez entnehmen ihre Beschreibung der Beobachtung von 28 Fällen, von denen 18 auf das Alter von 1–3 Jahren fallen, 1 auf das von

9 Monaten, die übrigen sich auf das Alter von 4—15 Jahren fast gleichmässig vertheilen. Von den 28 Kranken waren 20 Knaben. In der kalten Jahreszeit ist die Krankheit häufiger beobachtet, als in der warmen. Vollkommen gesunde Kinder werden nur sehr selten befallen; gewöhnlich sind es Individuen, die schon in Folge vorhergehender Krankheiten in Schwächezustand versetzt waren. Gerhardt (im Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1861) giebt eine detaillirte Schilderung der Symptome. — Nach Rilliet und Barthez erstreckt sich die Contractur sehr selten auf die Muskeln des Oberschenkels und Rumpfes, wo dann, bei einseitigem Auftreten, Verwechslung mit Coxitis stattgefunden haben soll. Während Gerhardt geringe Schmerzen beobachtete, sind sie nach R. und B. in den intensiveren Fällen sehr bedeutend. Fieber fehlt immer. Nach Beseitigung der Contractur erhalten die Extremitäten ihre frühere Beweglichkeit vollkommen wieder. Die symptomatischen Contracturen, die namentlich Hirntuberkeln und Meningeal-Apoplexien begleiten, sollen sich von den primären und sympathischen nach R. und B. dadurch unterscheiden, dass bei ersteren die Hirnsymptome den Contracturen vorangehen oder sie begleiten, der Puls häufig unregelmässig ist, die Contracturen gewöhnlich partiell sind, meist im Ellenbogen- und Kniegelenk beginnen, sich auf eine einzige Extremität beschränken und fast stets permanent sind. Bei den idiopathischen Contracturen sind Hirnsymptome nur ausnahmsweise vorhanden und gehen ihnen nie vorher, der Puls ist nicht unregelmässig, die Contractur befällt beide Seiten, ist intermittirend und beginnt an den Fingern und Zehen.

Während ein Theil der Beobachter (namentlich Delpech, Niemeyer, Hennig) die Krankheit für eine

Form des Rheumatismus erklärt, geben andre zwar zu, dass es rein rheumatische Fälle gäbe, leiten aber die meisten von einer rein functionellen Störung des Nervensystems ab (Rilliet und Barthez). Gerhardt zählt die tonischen Gliederkrämpfe der grossen Reihe jener Neurosen zu, die weder anatomischen Nachweis, noch physiologische Begründung exacter Art zulassen.

Sehen wir von den, nach allen Autoren mit Ausnahme Niemeyer's, sehr seltenen primären, bei bisher gesunden Kindern, auftretenden Fällen ab, so finden wir in der Schwächung durch vorhergehende Krankheiten einen wichtigen Factor für das Zustandekommen der sympathischen Form der Arthrogryposis. Die fast immer symmetrische Anordnung der Contracturen dürfte auf eine, allerdings unbekannte, Störung in den motorischen Nervencentren hinweisen, während die vereinzeltten Fälle mit einseitiger Contractur und geringerer Ausdehnung derselben auf einen peripherischen Ursprung deuten mögen.

Der Ausgang ist nach Gerhardt ein durchaus günstiger; nach R. und B. verursacht die Contractur allein nie den Tod, wohl aber kann ein eclamptischer Anfall ihn herbeiführen.

Man kann Gerhardt nur beistimmen, wenn er die wesentlichen Indicationen für die Behandlung in der Körperschwäche der Befallenen und in der Beseitigung des Krampfes findet, mithin tonisirend und antispasmodisch zu verfahren rath.

(Grüner.)

4) Ruptur des Uterus und Laparotomie.

Die Frau eines Arbeiters, 36 Jahre alt, von kleinem Wuchs und zartem Körperbau (der rechte Oberarm war steif im Ellbogengelenk) hatte zweimal nach langer Geburtsarbeit faultodte Früchte zur Welt gebracht; einmal war sie unter grossen Beschwerden mittelst der Zange entbunden worden (das Kind lebte nur 14 Stunden). Während der letzten Schwangerschaft hatte sie sich vollkommen wohl befunden. Am Morgen des 28. Januar hatten die Wehen begonnen, Abends um 10 Uhr, war der Blasensprung erfolgt, wobei nach der Aussage einer Winkelhebamme ein reichlicher Blutabfluss stattfand, der sich im Laufe der Nacht bei sehr stürmischen Wehen ein paarmal wiederholt hatte. Am 29., um 8 Uhr Morgens, hatte ein Arzt den Versuch gemacht, die Zange anzulegen, wobei, nach der Aussage der Hebamme, wieder eine grössere Quantität Blut sich ergossen haben soll*).

Um 9 Uhr hatten die Wehen plötzlich aufgehört; bald darauf war wiederholt Erbrechen dunkler Massen erfolgt und heftige Schmerzen im Unterleibe waren eingetreten, dazwischen etwas Schlaf.

Um 5 Uhr Abends (die Kranke wohnte sehr ent-

*) Der bezügliche College erzählte, dass er nur den rechten Zangenlöffel eingeführt habe, dass es ihm nicht möglich gewesen sei, ihn im graden Durchmesser zu erhalten und dass er theils deshalb, theils weil er sich bei dem sehr hohen Stande des Kopfes vor einer schweren Zangenoperation ohne Assistenz gescheut, die Zangenapplication aufgegeben habe. Dass bei dem Anlegen des Zangenlöffels Blut aus dem Uterus geflossen sei, stellte er entschieden in Abrede.

fernt von der Stadt und Ref. war nicht gleich aufzufinden gewesen) fand er den Zustand derselben sehr bedrohlich. Die Augen waren eingesunken, die collabirten Gesichtszüge drückten die grösste Angst aus, die Sprache war tonlos, der Puls klein, fadenförmig c. 100 in der Minute, der Körper gleichmässig warm. Pat. klagte über heftigen Praecordialdruck, Aufstossen und grosse Schmerzen im Unterleibe.

Bei der äussern Untersuchung des Bauches, die wegen der grossen Schmerzhaftigkeit desselben nur sehr oberflächlich angestellt werden konnte, fiel zuerst das Fehlen der gleichmässigen Wölbung desselben auf, wie man sie doch meist auch nach längst abgeflossenem Fruchtwasser findet. Dagegen traten an dem Unterleibe verschiedene Erhöhungen und Vertiefungen besonders markirt hervor, die kleinen Kindestheilen entsprachen, welche nur von den Bauchwandungen bedeckt schienen. Die Lage derselben liess sich nicht mit Gewissheit bestimmen, da jede energischere Betastung grosse Schmerzen erregte. Bei der innern Untersuchung gelang es weder im Muttermunde, der bis auf etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser eröffnet war, noch im Scheidengewölbe einen Kindestheil zu erreichen. Der untersuchende Finger war mit zersetztem Blut bedeckt. Ueber das Leben des Kindes konnte man sich keine Gewissheit verschaffen. Am Morgen wollte die Kranke noch deutlich Kindesbewegungen gefühlt haben, doch liess sich wohl mit Wahrscheinlichkeit der Tod des Foetus vermuthen.

Bei der nun auf dem Querbett und in tiefer Chloroformnarkose der Kreissenden vorgenommenen Manualuntersuchung fand sich der Uterus vollkommen leer; nach links hin fühlte man eine eingerissene Stelle der

Gebärmutterwand, durch die man mit den Fingerspitzen in die Bauchhöhle gelangte. Der Kopf des Kindes lag der untersuchenden Hand zunächst. Bei einer spätern Untersuchung per vaginam kurz vor der Operation gerieth Ref., wie er glaubte, in der Uterus-Höhle, plötzlich unmittelbar auf den Kopf des Kindes, der sich leicht hin und her bewegen liess, wobei die kleinen Kindestheile unter den Bauchdecken weite Excursionen nach rechts und links machten. Für einen Augenblick musste dieser Befund Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose erregen, da man doch unmöglich annehmen konnte, dass der Kopf durch den Riss der Gebärmutter wieder in die Höhle derselben zurückgetreten sein könne. Bald klärte sich dieser Umstand auf, indem neben dem Kopf eine grosse Darmschlinge in die Hand glitt und dieser beim Zurückziehen folgte. Später fand die Darmschlinge sich in der Scheide. Die untersuchende Hand war mithin unmittelbar durch den Muttermund in die Ruptur und durch diese in die Bauchhöhle gedrungen.

Die Diagnose des Falls war somit zweifellos festgestellt und von der Laparotomie, so wenige Aussicht auf ein günstiges Resultat unter den vorliegenden Umständen auch vorhanden war, doch noch allein möglicherweise Rettung zu erwarten*).

*) Es ist mir wohl bekannt, dass über die Zulässigkeit des Bauchschnittes bei Ruptur des Uterus und sicher constatirtem Tode der Frucht die Meinungen der bedeutendsten Geburtshelfer getheilt sind. Scanzoni und Hohl sprechen sich entschieden dagegen aus, während Kilian und G. Braun die Operation verlangen. Am Ende kann nur die Erfahrung ein vollkommen gültiges Urtheil in dieser Angelegenheit sprechen. In der Monatschrift für Geburtskunde finden sich Fälle ähnlicher Art beschrieben mit günstigem Ausgang der Operation.

Ueber die Operation, welche Hr. Dr. A. Haken am 29. Januar Abends ausführte, hat derselbe folgendes aufgezeichnet:

Die Kranke klagte über heftige Schmerzen im Unterleibe und über grosses Schwächegefühl, der Puls war klein und schwach, zwischen 120 und 130, das Gesicht kühl mit angstvollem Ausdruck, die Augen glanzlos, matt, die Stimme schwach, klanglos, die Respiration oberflächlich und schnell, die Zunge trocken. Unter Chloroform-Anaesthesie wurde der Schnitt mit einem gebauchten Scalpell in der Linea alba, 1" oberhalb und links vom Nabel beginnend, bis zur Symphyse hinabgeführt und in der Mittellinie alle Schichten der Bedeckungen bis auf das Peritoneum getrennt. Das Bauchfell, welches auf einer Hohlsonde eröffnet und angeschnitten werden sollte, wurde in der Höhe des Nabels von der eingeführten Hohlsonde mit verletzt. Aus der Oeffnung floss eine grosse Menge einer braunroth gefärbten Flüssigkeit (dem Anschein nach zersetztes Blut) rasch ab. Von der bezeichneten Oeffnung aus wurde nun das Peritoneum unter dem Schutz zweier Finger, der ganzen Länge nach gespalten. Nach Reposition der vorgefallenen Dünndarmschlingen und Hinwegräumen derselben innerhalb der Bauchhöhle wurde der Nacken des Kindes zwischen den Darmconvoluten sichtbar. Die Frucht mit ihren Annexen wurde mit der Hand aus der Unterleibshöhle entfernt, die Bauchwunde nach Reposition der Darmschlingen durch 11 Knopfnäthe bis auf einen kleinen, im untern Wundwinkel gelegenen Theil sorgfältig geschlossen. Starkes Erbrechen und Prolabiren der Dünndarmschlingen erschwerte sehr diese Manipulation. Der Verband wurde mit Charpie, Compressen und mit sich über der Wunde kreuzenden und

den ganzen Unterleib umfassenden Heftpflasterstreifen beendet. — Pat. verblieb auf dem Operationslager.

Mit dem Schluss der, ungefähr 15 Minuten lang dauernden, Operation kehrte das Bewusstsein bald wieder; die Kranke hatte keine Schmerzen empfunden. Jetzt fühlte sie grosse Erleichterung, die früheren Schmerzen im Leibe hatten aufgehört und einem heftigen Brennen Platz gemacht. Der kleine und weiche Puls schlug 108-mal in der Minute, die Respiration war ruhiger, die Körpertemperatur gleichmässiger, Gesicht und Füsse warm.

Verordnung. Absolute Ruhe, Eispillen, 10 Tropfen Tr. Opii, im Fall des Erbrechens, Theelöffelweise Wein, Eisblasen auf den Unterleib.

30. Jan. Morgens. Pat. hat abwechselnd geschlafen, Sensorium intact, Puls 96, Temperatur gleichmässig, Zunge feucht, Durst gesteigert, Allgemeinbefinden gut. Zweimal Erbrechen von galligten Massen.

Abends. Pat. hat sehr gut und anhaltend geschlafen, Allgemeinbefinden noch besser als am Morgen, Puls 118, die Haut mit leichtem Schweiss bedeckt, freiwillige Harnentleerung (20 Stunden nach der Operation), aus den Genitalien kein Ausfluss. Es wird eine Tasse Thee getrunken, ohne dass Erbrechen erfolgt.

Dieselbe Verordnung.

31. Jan. Morgens. Leichte Schmerzen im Unterleibe, Aufstossen und Uebelkeiten, 6-mal Erbrechen, leichter Meteorismus intestinalis, Puls 106, Temperatur der Haut befriedigend, Appetit, freiwillige schmerzfreie Urin-Entleerung, fleischwasserähnlicher Abfluss aus den Geschlechtstheilen.

Verordnung. Auf den Wunsch der Kranken werden die Eisblasen entfernt. Warme Umschläge auf den

Unterleib. Kein Wein. Eispillen und Opium beim Erbrechen werden fortgesetzt.

Abends. Puls klein, schwach, 124. Sensorium frei, leichter Schlaf, Urin-Entleerung und Abgang von Flatus, Gesichtsausdruck matt, Augen glanzlos.

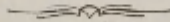
1. Febr. Puls 146, einmaliges Erbrechen nach dem Genuss von Thee, Urin-Entleerung und Abgang von Winden, Schlaf von zwei Stunden mit leichten Delirien. Klagen über Schmerzen im Kreuz und über Athemnoth (60 Respirationen in der Minute). Der Leib leicht aufgetrieben, links unten Percussions-Dämpfung.

Am Nachmittag starb die Kranke leicht und bei vollem Bewusstsein. Vor dem Tode fühlte sie sich ganz schmerzfrei und wie gesund, nur in den letzten Augenblicken klagte sie über schmerzhaftes Herzklopfen.

Bei der Section fand sich, dass das Becken schräge verengt war mit Ankylose der rechten Synchondrosis sacra-iliaca und fast messerscharf vorspringender Linea innominata. Der Riss befand sich an der hintern Wand des Uteruskörpers gleich über dem innern Muttermunde.

(G. Hollander.

A. Haken.)



Berichtigungen.

Seite 209, Zeile 5 von unten statt „indem“ lies „dass“.
„ 212, „ 11 „ „ „ „stets“ „ „meist“.
„ 231, „ 1 „ „ „ „wenigen“ „ „keinen“.
„ 238, „ 5 „ oben „ „llatin“ „ „llutin“.

A n z e i g e.

Im Laufe des Juli-Monats d. J. wird Herr Carl Appelius aus Mainz (Inhaber eines seit 40 Jahren bestehenden renommirten Geschäfts) in Riga (Haus der Steuerverwaltung in der Scheunenstrasse) eine Niederlage chirurgischer Instrumente und Maschinen, Bandagen und optischer Apparate eröffnen; — zugleich eine Werkstatt, in der auch Bestellungen jeder Art in diesem Fach ausgeführt werden. Wir hoffen, dass den Herren Collegen in den Ostseeprovinzen ein Etablissement dieser Art sehr willkommen sein werde; es kommt gewiss einem oft und lebhaft gefühlten Bedürfniss entgegen.

Die Redaction.

I n h a l t.

	Seite
IV. Die Klinik für Frauenkrankheiten an der Universität Dorpat, 1860—1862 von Prof. J. Holst	197.
V. Das Schwefelbad Kemmern in Livland von Dr. Koffsky	296.
VI. Jahresbericht über die Leistungen der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt für Unbemittelte von Dr. Waldhauer	326.
VII. Miscellen:	
3. Ein Fall von Arthrogryposis	351.
4. Ruptur des Uterus und Laparotomie	356.
