

L. 33. 78.

PROTOKOLLE

DES

FÜNFZEHNTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

in Pernau

102,552.
(96,205).

vom 3.—5. Juni 1903.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.
1904.

PROTOKOLLE
DES
FÜNFZEHNTEN ÄRZTETAGES
der
Gesellschaft Livländischer Aerzte
in Pernau

vom 3.—5. Juni 1903.



St. Petersburg.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.
1904.

Доволено цензурою Спб., 3 Августа 1904 г.

Типографія Вишеке, Екатерингофскій просп., № 15.

Est.

331

Verzeichniss .
der Mitglieder des XV. Aerztetages
zu Pernau, 3.—5. Juni 1903.

- | | |
|------------------------------|------------------|
| 1. Apping, G. | Wolmar. |
| 2. Becker, A. | Salisbñrg. |
| 3. Behr, A. | Riga. |
| 4. Bergengrün, P. | Riga. |
| 5. Bosse, H. | Riga. |
| 6. Christiani, A. | Libau. |
| 7. Dehio, C. Prof. | Jurjew (Dorpat). |
| 8. Elbing, R. | Pernau. |
| 9. Engelmann, v. G. | Riga. |
| 10. Etzold, E. , ... | Hallist. |
| 11. Frey, v. E. | Salismünde. |
| 12. Hampeln, P. | Riga. |
| 13. Hammer, G. | Sagnitz. |
| 14. Holst, v. W. | Riga. |
| 15. Hermann, G. | Pernau. |
| 16. Hirschberg, M. | Riga. |
| 17. Hörschelmann, E. | Rappin. |
| 18. Katterfeldt, A. | Waldheim. |
| 19. Keck, E. | Torgel. |
| 20. Keilmann, A. | Riga. |
| 21. Klau, J. | Jurjew (Dorpat). |
| 22. Kiwull, E. | Wenden. |

23. Koppe, O. Pernau.
24. Kroon, K. Anzen.
25. Koppel, J. Jurjew (Dorpat).
26. Kruehl, P. Mitau.
27. Kusmanoff, A. Reval.
28. Kröger, A. Pernau.
29. Kügler, Th. Schönberg.
30. Lane, A. St. Jakoby.
31. Lundberg, L. Grundsahl.
32. Nottbeck, v. F. Weissenstein.
33. Oebius, R. Jurjew (Dorpat).
34. Ohse, A. Wolmar.
35. Pfaff, C. Jurjew (Dorpat).
36. Raue, B. Marienburg.
37. Rosit, E. Salisburg.
38. Rubinstein, S. Mitau.
39. Reichardt, N. Werro.
40. Sadikoff, J. Talsen.
41. Schmähmann, A. Quellenstein.
42. Schneider, H. Jurjew (Dorpat).
43. Schneider, P. Pernau.
44. Schwarz, E. Riga.
45. Sintenis, E. Pernau.
46. Sommer, A. Pernau.
47. Soonets, E. Nennal.
48. Ströhmberg, Ch. Jurjew (Dorpat).
49. Stillmark, H. Pernau.
50. Terrepson, E. Jurjew (Dorpat).
51. Treu, A. Lindheim.
52. Ungern-Sternberg, Baron, P. Jurjew (Dorpat).
53. Vogel, C. Nurmis.
54. Walter, G. Jurjew (Dorpat).
55. Wulffius, E. Riga.
56. Zander, A. Riga.
57. Leoment, H. Pernau.
58. Trahart, H. Ehren.-Mitgl. Jurjew (Dorpat).

Programm
des fünfzehnten Aerztetages
der Gesellschaft livländischer Aerzte in Pernau
vom 3.—5. Juni 1903.

Eröffnung des XV. Aerztetages

Dienstag den 3. Juni 1903.

um 1/2 10 Uhr Morgens.

T a g e s o r d n u n g :

I. Sitzung von 1/2 10—1 Uhr Vormittags.

- 1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.
- 2) Bestimmung des Ortes und der Zeit für den nächsten Aerztetag.
- 3) Wahlen, laut § 8 der Statuten.
- 4) Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose.
- 5) Bericht über die Tätigkeit der auf dem VII. Aerztetage gewählten Kommission in Sachen der Irrenpflege.
- 6) Vorträge und Discussion über folgende Themata:
 - I. Zweck und Wesen der Unterstützungskasse für Witwen und Waisen der Mitglieder der livländischen Filiale der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Hülfe. Dr. Ströhmberg, Jurjew.

II. Ueber Hydrotherapie in der Chirurgie. Dr. K o p p e
Pernau.

III Hydrotherapeutische Rückblicke. Dr. H e r m a n n,
Pernau.

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

Vorträge und Diskussion über folgende Themata:

- 1) Ueber Blutdruckmessungen in der Badepraxis. Dr. S t i l l-
mark, Pernau.
 - 2) Zur Physiologie des Pankreas. Dr. T r u h a r t, Jurjew.
 - 3) Ueber Ileus hystericus. Dr. E d. S c h w a r z, Riga.
 - 4) Ueber die Beschäftigung der Leprösen in den Leproso-
rien: Dr. K o p p e l, Jurjew.
 - 5) Kosmetische Fehler der Hautgebilde und deren Behand-
lung. Dr. M. H i r s c h b e r g, Riga.
-

Mittwoch den 4. Juni.

8—9 Uhr Morgens: Populärer Vortrag in Dr. K o p p e s
Sanatorium.

Ueber physikalische Therapie, Dr. K o p p e, Pernau.

III. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

Vorträge und Diskussionen über folgende Themata:

- 1) Zur Neuronlehre. Dr. P. Baron U n g e r n - S t e r n b e r g,
Jurjew.
 - 2) Zur Differentialdiagnose der extra- und intrapontinen
Erkrankungen. Dr. E d. S c h w a r z, Riga.
 - 3) Ueber Aortenaneurysmen. Dr. H a m p e l n, Riga.
 - 4) Psychiatrische Reiseeindrücke. Dr. B e h r, Riga.
 - 5) Die diagnostische Bedeutung der X. Rippe. Dr. S. R u -
b i n s t e i n, Mitau.
-

IV. Sitzung von 3—6 Uhr Nachmittags.

Vorträge und Diskussion über folgende Themata:

- 1) Organisation des Hebammenunterrichtes (mit Demon-
stration von Lehrmitteln) Dr. A. K e i l m a n n, Riga,

- 2) Prinzipien der Abortbehandlung. Dr. Christiani, Libau.
 - 3) Ueber Angina ulcerosa. Dr. Bergengrün, Riga.
 - 4) Ueber die Indikationen zur Operation der adenoiden Vegetationen. Dr. Koppel, Jurjew.
- 6 Uhr Sitzung des ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe.
-

Donnerstag den 5. Juni.

V. Sitzung von 9—12 Uhr Vormittags.

Vorträge und Diskussion über folgende Themata:

- 1) Die Diagnose des Gebärmutterkrebses. Dr. Pooten, Riga.
 - 2) Myom und Gravidität. Dr. J. Meyer, Jurjew.
 - 3) Hyperämie als Heilmittel im Gebiete der Gynäkologie. Dr. A. Keilmann, Riga.
 - 4) Demonstration von Präparaten. Dr. E. Wulffius, Riga.
- Verlesung des Protokolls.

. Schluss des XV. Aerztetages.

Erste Sitzung.

Dienstag d. 3. Juni, 10 Uhr Vormittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Dr. A. Kröger eröffnet statutenmässig im Auftrag der Medizinalverwaltung den Aerztetag und begrüsst die Versammlung im Namen der Pernauer Kollegen.

2. Das Stadthaupt von Pernau Herr Brakmann bewillkommt den Aerztetag im Namen der Stadt und ladet die Mitglieder mit ihren Damen zu einem von der Stadt arrangierten Dampferausflug auf dem Fluss ein.

3. An Stelle des durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Präses Dr. H. Meyer spricht der Vizepräses Dr. Dehio dem Stadthaupt Herrn Brakmann den Dank des Aerztetages für die gastliche freundliche Einladung aus.

Nach Begrüssung der versammelten Mitglieder des Aerztetages teilt Prof. Dehio der Vewaltung mit, dass der Präses Dr. H. Meyer durch Krankheit veranlasst sei dem Aerztetage fernzubleiben und verliest folgendes Schreiben des letzteren.

An die Gesellschaft Livländischer Aerzte.

Durch Krankheit behindert, an der Versammlung der Gesellschaft Livländischer Aerzte in Pernau mich zu beteiligen, danke ich der Versammlung für das Vertrauen, welches sie mir bewiesen und bedaure es von Herzen als Präsident der Gesellschaft derselben so wenig Nutzen gebracht zu haben.

Ich wünsche dem Vereine ein ferneres glückliches Gedeihen und segensreiche Arbeit.

Dr. H. Meyer.

Bad-Nauheim, d. 3. Juni 1903.

4. Sekretär Dr. Engelmann. Da unser bisheriger Präses Herr Dr. Meyer wie Sie bereits gehört haben leider durch Krankheit verhindert ist auf dem Aerztetage zu erscheinen, auch aus demselben Grunde nicht in der Lage gewesen ist einen Bericht über die Tätigkeit des Vorstandes und den Stand der Angelegenheiten des Aerztetages zu verfassen, so möchte ich mir erlauben soweit mir das möglich ist kurz über diese Dinge zu referieren.

Durch Gründung gesondert'er Gesellschaften, die durch die Initiative des Aerztetages zu Stande gekommen ist, sind die Angelegenheiten des Kampfes gegen die Tuberkulose und den Alkoholismus aus dem unmittelbaren Arbeitsfeld des Aerztetages ausgeschieden.

Da der Aerztetage an der Weiterentwicklung und der Tätigkeit dieser aus ihm hervorgegangenen Vereine natürlich regen Anteil nehmen wird haben sich auf die Aufforderung des Vorstandes hin die Herren Dr. Bosse und Dr. Behr bereit erklärt Berichte über den Stand der Angelegenheiten dieser Gesellschaften Ihnen heute vorzulegen.

In Bezug auf die Frage der Fürsorge für Geistesranke kann ich Ihnen mitteilen dass durch den definitiven Beschluss der Bitterschaft zum Bau einer Landesirrenanstalt in Stackeln zu schreiten, die ganze Angelegenheit in ein anderes Stadium getreten ist und einen bedeutenden Schritt vorwärts gemacht hat, sodass von Projekten weitere provisorische Institute zu errichten Abstand genommen werden kann. Einen genauen Bericht über die Tätigkeit der auf dem VII. Aerztetage gewählten und seitdem in Funktion verbliebenen Kommission, insonderheit über das bisher in Riga bestehende von Herrn Dr. Behr als dem Präses dieser Kommission in das Leben gerufene Asyl für Geistesranke, wird Ihnen Herr Dr. Behr abstaten.

Ferner habe ich Ihnen zu berichten, dass in Anlass des internationalen Kongresses in Madrid, zu welchem dem vorigjährigen Aerztetage in Fellin eine Einladung seitens des Präsidiums des Kongresses zugegangen war auf

Beschluss des Vorstandes eine Adresse verfasst und von Dr. Apping, der an dem Kongresse teilnahm, im Namen des Präsidiums des Aerztetages übergeben worden ist. Dieselbe lautet:

A Monsieur le Président du XIV Congrès international de Médecine

Madrid.

Monsieur le Président.

Vivement touchés de l'invitation que le Comité executif du Congrès international de Médecine de 1903 à Madrid, sous le haut patronage de S. M. le Roi D. Alphonse XIII et de S. M. la Reine Régente nous a fait l'honneur de nous adresser, nous lui présentons, au nom de la Société des médecins de Livonie nos plus chaleureux remerciements.

A cette occasion nous adressons les souhaits les plus sincères au Congrès international de Médecine auquel prennent part, avec les célébrités espagnoles de la science médicale, les coryphées en médecine de tous les pays civilisés: que les succès les plus brillante lui soient réservés dans la tâche élevée de secourir l'humanité souffrante, qu'il ait l'occasion d'ouvrir de nouvelles voies vers le progrès et que tous les médecins de l'univers puissent bénéficier du fruit de ses travaux.

En vous priant de présenter aux membres de l'assemblée les salutions de leurs confrères livoniens veuillez bien agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le secrétaire: G. v. Engelmann.

Le Président de la Société
des médecins de Livonie:

Dr. H. Meyer.

Riga en Avril 1903.

Eine zweite Adresse ist seitens des Präses der Gesellschaft an den zur Zeit in Freiburg i. B. lebenden früheren Professor der Geburtshilfe in Dorpat Prof. emer. Johannes von Holst anlässlich der Feier seines 80. Geburtstages gerichtet worden.

Hochgeschätzter Herr Professor emeritus!

Der Ehrentag, den Sie heute durch Gottes gütige Führung erleben dürfen, weckt in den Herzen aller hrer Ieinstigen

Schüler und auch derer, die nach Ihnen unserer heimatlichen Hochschule in Dorpat angehört haben, den aufrichtigen Wunsch, Ihnen in dankbarer Verehrung und Hochachtung zu Ihrem achzigsten Geburtstage den Festgruss zu entbieten.

Mit der Erinnerung an die Glanzperiode unserer alma mater Dorpatensis ist auch Ihr Name unlöslich verbunden, und eine grosse Zahl der Aerzte unserer Baltischen Lande, besonders Livlands dankt Ihrer führenden Hand die Fähigkeit und wissenschaftliche Grundlage ärztlicher Berufstätigkeit auf dem so überaus wichtigen Gebiete der Gynaekologie und Geburtshilfe.

Die Gesellschaft Livländischer Aerzte erscheint daher mit besonderer Freude am Tage Ihres achzigsten Geburtstages, um in Liebe und Verehrung Ihnen den Ausdruck aufrichtigen Dankes zu überbringen, woran sie den Glückwunsch knüpft es möge die Abendsonne Ihres Lebens ihre erwärmenden Strahlen um Sie verbreiten, indem Ihnen die Liebe und dankbare Erinnerung Ihrer einstigen Schüler in deren Herzen ungeschwächt weiter lebt.

Empfangen Sie hiermit hochgeschätzter Herr Professor emeritus den ergebensten Glückwunsch zu Ihrem achzigsten Geburtstage!

Im Namen der Gesellschaft Livländischer Aerzte der
Präsident: Dr. H. Meyer

Riga im Februar 1903.

Daraufhin ist seitens des H. Prof. v. Holst folgendes Antwortschreiben eingelaufen:

Von Gottes Gnade und Güte war es mir beschert ein seltenes Fest mit Danken und Loben zu begehen. Sie haben dasselbe durch die Beweise Ihrer Liebe, Anhänglichkeit und Treue so reich geschmückt und verschönt. Haben Sie Dank, innigen, wärmsten Dank! Die Hunderte von herzlichen Zuschriften bedauere ich nicht anders als auf diesem Wege durch den Druck beantworten zu können. Haben Sie nochmals Dank, vielen Dank.

Johannes von Holst
Prof. emerit.

Freiburg, März 1903.

An Schriften sind eingelaufen:

1. Das ausführliche Protokoll des II. allrussischen Balneologen-Kongresses, der vom 1.—7. September a. c. in Pjatigorsk stattfindet.

2. Sitzungsprotokoll der Omsker Medizinischen Gesellschaft 1901—1902.

3. Archiv der Biologischen Wissenschaften, herausgegeben von dem Kaiserlichen Institut für Experimentalmedizin. IX. Band, 5. Lieferung und X. Band, 1. Lieferung.

4. Bericht über die Tätigkeit des Bakteriologischen und Antidiphtherieinstituts der Charkower medizinischen Gesellschaft.

5. Protokolle der gynäkologischen Gesellschaft in Kiew.

6. In czechischer Sprache: Revue der slavischen Bibliographie, herausgegeben von Dr. Jan Semerad Prag.

7. Eine Zuschrift der Medizinalabteilung der Livländischen Gouvernementsregierung welche die Aufforderung an die Kollegen enthält, die jährlichen Krankenberichte durchaus (непременно) auf den gedruckten Blanketten neuen Musters einzuliefern.

8. Eine Schrift des Präsidiums der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken Pirogoffs, betreffend den Kampf gegen die Tuberkulose.

Die genannte Gesellschaft hat beschlossen sich ständig mit der Frage des Kampfes gegen die Tuberkulose zu beschäftigen und ist zur Gründung einer besonderen Gesellschaft geschritten, deren Statuten zur Bestätigung bereits vorgestellt sind. Der Vorstand wendet sich in diesem Schreiben an die medizinischen Gesellschaften mit der Bitte sich an dieser Arbeit, durch Einsendung von Aufsätzen die sich auf die Tuberkulose beziehen (Statistiken, Berichte etc.) zu beteiligen; ferner wird dem Wunsche Ausdruck gegeben es mögen örtliche Gesellschaften mit denselben Zielen als Unterabteilungen der Russischen Gesellschaften zum Kampfe gegen die Tuberkulose gegründet werden und bei etwaigen Untersuchungen in dieser Richtung möge das von der Pirogowgesellschaft ausgearbeitete Programm berücksichtigt werden. Ein Exemplar dieses Programmes liegt bei.

Meine Herren! Da wir bereits aus eigener Initiative eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose gegründet ha-

ben proponiere ich diese Schrift derselben zu übergeben (Zustimmung).

Zum Schluss sehe ich mich genötigt eine Mahnung an die Herren Vortragenden und diejenigen Kollegen die sich an der Diskussion beteiligen werden zu richten, dass nämlich die Manuskripte der Vorträge, respektive Autoreferate über dieselben, gleich nach der Sitzung eingeliefert werden, wie das schon in unserer Geschäftsordnung festgesetzt ist, und dass die Diskussionskarten ebenfalls gleich ausgefüllt und abgegeben werden. Durch die nachträgliche verspätete Einwendung verzögert sich die Fertigstellung des Druckes der Protokolle derartig, dass es mir in diesem Jahre nicht gelungen ist den Bericht des vorigjährigen Aerztetages rechtzeitig fertigzustellen. Einige Manuskripte habe ich trotz brieflicher Mahnungen überhaupt nicht erlangen können.

5. Rechenschaftsbericht des Kassaführers Dr. K o p p e über den XIV. Aerztetag in Fellin.

E i n n a h m e n.

Saldo vom XIII. Aerztetage 871 Rbl. 08 Kop.

Davon 100 Rbl. der Kommission für Irren-
pflege gehörig.

51 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl.	255	»	—	»
vom Präses nicht verausgabt.	20	»	—	»
vom Sekretär nicht verausgabt.	15	»	—	»
Zinsen	18	»	—	»

Summa . . 1179 Rbl. 08 Kop.

A u s g a b e n.

Diverse Ausgaben für Ausrichtung des

XIV. Aerztetages 50 Rbl. — Kop.

Herrn Dr. B e h r (Konzession f. Irrenpflege) 100 » — »

Pet. med. Wochenschr. (Druck d. Protokolle) 195 » — »

Dem Sekretär für Inserate, Protokollver-
sendung etc. 60 » — »

Druck der Programme etc. 20 » — »

Summa . . 425 Rbl. — Kop.

Saldo zum XV. Aerztetag 754 Rbl. 08 Kop.

6. Zum V e r s a m m l u n g s o r t für den nächsten Aerzte-
tag wird einstimmig Jurjew (Dorpat) gewählt.

Als Termin die letzte Augustwoche in Aussicht genommen, die genauere Bestimmung jedoch dem Vorstand überlassen.

7. Es finden die statutenmässigen Wahlen statt.
Gewählt werden:

zum Präses: Prof. C. Dehio;

» Vizepräses: Dr. Ströhmberg (Jurjew);

» I. Sekretär: Dr. G. v. Engelmann (Riga);

» II. Sekretär: Dr. P. v. Ungern-Sternberg
(Jurjew).

» Kassaführer: Dr. Pfaff (Jurjew).

8. Dr. Bosse Riga, Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Die Tätigkeit des Vereins ist im verflossenen Jahre, entsprechend den stattgehabten Veränderungen in der Verwaltung, vorwiegend eine administrative gewesen. Anfang des Jahres 1902 machte das Rigaer Lokal-Comité, dem damals noch in Jurjew (Dorpat) domizilirenden Verwaltungsrat der Gesellschaft den Vorschlag, sowohl diesem Lokal-Comité als auch allen sich sonst noch bilden wollenden Lokal-Comités eine legale Existenzberechtigung zu schaffen, sowie denselben Stimmrecht in den Angelegenheiten des Vereins zu gewähren. Das Projekt eines solchen Filialstatuts sandte das Rigaer Lokal-Comité nach Jurjew (Dorpat) ein. Das Resultat dieser Unterhandlungen war, dass der Sitz der Gesellschaft von Dorpat nach Riga verlegt wurde, als dem Zentrum des geistigen und geschäftlichen Interesses des Landes. Die Bestätigung dieser Ueberführung durch den Herrn Minister des Inneren erfolgte gegen Schluss des Jahres 1902, worauf sich der neue Verwaltungsrat konstituirte. Derselbe besteht zur Zeit aus folgenden 12 Gliedern:

Präses: Dr. Max Schmidt, Vicepräses Direktor H. Jensen, Sekretär Dr. Bosse, Kassaführer Dr. Kikuth. Generalsuperintendent Oehrn, Gehilfe des Medizinalinspektors Dr. Alexejew, Kreisdeputirter Baron Wolff, Dr. O. Klemm, Dr. Leepin, Dr. A. Treu — Lindheim, Dr. Kusik — Reval.

Dr. Bosse bittet bei dieser Gelegenheit den früheren Präses des Jurjewer (Dorpater) Verwaltungsrates Prof. Dehio den wärmsten Dank des neu kreirten Verwaltungsrats ent-

gegennehmen zu wollen für die vielfache grosse Mühe die er bei Gründung des Vereines auf sich genommen hatte; diesen Dank wolle Herr Prof. Dehio den bisherigen Verwaltungsratsgliedern freundlichst übermitteln.

Nachdem die Bestätigung des Herrn Ministers eingetroffen war, wurde in zahlreichen Sitzungen das neue Filialstatut einer besonderen Durchsicht unterzogen und sollte dasselbe zur Bestätigung der Generalversammlung vorgelegt werden, als in letzter Stunde ein Schreiben der Revaler Interessentengruppe durch Herrn Dr. Kusik übermittelt wurde, welches sich gegen die Gründung von Filialen aussprach. Ueber die Gegenvorschläge der Revaler Gruppe wurde auf Beschluss der inzwischen einberufenen Generalversammlung auf mehreren Sitzungen beraten und die Einzelheiten der Vorschläge genau geprüft. Schliesslich wurde eine Kommission eingesetzt, deren Gutachten der Revaler Gruppe übersandt wurde mit dem Ersuchen zu dem Entwurf eines Filialstatutes Stellung zu nehmen.

Dr. Bosse verliest den Entwurf, aus dessen Wortlaut hervorgeht, dass den sich bilden wollenden Zweigvereinen viel freies Verfügungsrecht und grosse Selbständigkeit eingeräumt wird.

Der Filialentwurf ist mittlerweile der Generalversammlung vorgelegt und von derselben auf Vorschlag des Herrn Dr. Schmidt angenommen worden, derselbe ist darauf zur Bestätigung nach Petersburg abgeschickt worden.

Das Vermögen des Vereins besteht zur Zeit aus etwa 6000 Rbl.

9. Dr. Albert Behr-Riga: Bericht über die Tätigkeit der auf dem VII. Aerztetage gewählten Kommission in Sachen der Irrenpflege.

Gestatten Sie mir, meine Herren, einige Worte über das Asyl für weibliche Geisteskranken, welches ich unter der Aegide der Gesellschaft Livl. Aerzte in Riga ins Leben rief. Sie erinnern sich, meine Herren, dass hier in unserem Kreise wiederholt der Notstand der bauerlichen Geisteskranken geschildert wurde, und eine Abhilfe dringend erforderlich war. Eine Aenderung dieses Zustandes schien unabsehbar. An massgebender Stelle sowohl in Kurland als auch in Livland

wurde uns mitgeteilt, eine Irrenanstalt könne gegenwärtig nicht erbaut werden und unsere Klagen verhallten. Sollten wir Aerzte teilnahmslos bei Seite stehen und uns allein an dem Proteste begnügen? Es musste auf irgend einem Wege ein Ausweg gesucht werden, und durch beständige Verhandlungen auf den Aertzetagen die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt erhalten werden. So entstand in unserer Mitte der Gedanke Pflegekräfte heranzubilden und den Aerzten durch geschultes Personal die Möglichkeit zu bieten, Geistes- kranke ausserhalb der Anstalt im Hause oder im Land- hospital zu behandeln. Leider erwies sich unsere Hoffnung als trügerisch. Die Kollegen verspürten wenig Lust diesen Weg zu betreten, und die verschiedensten Versuche einen Stamm von Pflegerinnen zu schaffen, misslangen. Einige wenige Pflegerinnen wurden ausgebildet, aber die Nachfrage blieb aus, so dass unsere Bestrebungen im Lande keinen Fuss fassten und unbekannt verliefen. So blieb nichts Anderes übrig, als selbst zuzugreifen und die Behandlung Geisteskranker in die Hand zu nehmen. Im Allgemeinen darf man ohne Uebertreibung sagen, dass die Behandlung Geisteskranker heutzutage ausserhalb einer geschlossenen Anstalt keine unüberwindlichen Schwierigkeiten bietet. Ein Bett, eine Wanne, ein zielbewusster Pfleger und die Trennung von der Familie sind die Bedingungen, unter welchen man im Stande ist auch schwer erregte Kranke zu beruhigen und zu heilen. Die kleinen Mittel, welche uns durch Subventionen von den Ritterschaften zuflossen, benutzten wir zu diesem Zweck. Wir mieteten eine einfache Wohnung und begannen die Behandlung Geisteskranker. Wir nahmen nur solche bäuerliche Kranke in unser Asyl, welche in Alexanderhöhe resp. in der Anstalt Rothenberg keine Aufnahme fanden. Im ersten Jahr musste ich eine schwer tobsüchtige Frau abweisen, weil das Personal noch nicht genügend geschult war. In den folgenden Jahren aber nahm ich jede Kranke auf, die uns zugeführt wurde und siehe da, es gelang in einem primitiven Hause, ohne jeglichen speziellen Ausbauten auch die schwersten Erregungszustände erfolgreich zu behandeln. An die Stelle der beabsichtigten häuslichen Behandlung trat eine Asylbehandlung.

Unser Asyl bestand aus zwei Stuben, welche als Wachsäle gedacht waren, und einem Baderaume. Wir hatten zeitweise

4—5 erregte Kranke in Behandlung. Was diese Zahl bedeutet, wird ein jeder Fachmann ohne Weiteres einsehen. Aufgeregte Kranke, welche sogleich in ärztliche Hände kommen, sind nicht so schwer zu behandeln, wie solche Erregte, welche schon monatelang zu Hanse auf dem Lande in einem Kuhstall oder in einem Pferdestall eingesperrt gelebt hatten. Diese Kranken sind so gereizt und heftig, dass man seines Lebens nicht froh wird, wenn dieselben in Behandlung treten. Eine Kranke, welche an einer katatonischen Erregung litt und die übliche Einsperrung im Stall durchgemacht hatte, wollte gleich am ersten Tage unsere Pflegerin mit einem abgebrochenen Eisenstück erschlagen. Doch allgemach siegt die liebevolle Pflege und der besänftigende Einfluss des Dauerbades beruhigt den Pat. Das Dauerbad in Abwechselung mit der Bettbehandlung erleichtern ungemein die häusliche Behandlung Geisteskranker. Freilich, es ist oft etwas schwer, den Kranken an die Wanne zu gewöhnen, und erfordert viel Umsicht von Seiten des Pflegers. Die Kranken springen immer wieder auf, und ehe man sich's versieht ist man von oben bis unten durchnässt. Ich liess die Kranken tagelang, wochenlang in der Wanne zubringen und kann nur bestätigen, was allorts beobachtet wurde. Die Kranken werden sauberer, ihre Erregung wird geringer und sie werden zugänglicher.

Es kam mir bei der Asylbehandlung im Wesentlichen darauf an, an einem Paradigma zu demonstrieren, wie man sich bei einigermaßen gutem Willen behelfen kann und im Stande ist ohne grossen Aufwand und ohne die technischen Hilfsmittel einer Anstalt Geisteskranke zu behandeln. Ich möchte noch nebenbei bemerken, dass die geschilderten Bestrebungen sich vielfach mit den Ausführungen des Kollegen Koppe über Haussanatorien berühren und innerlich mit denselben vieles Gemeinsame darbieten. (cf. «Das Kirchspiels-Doktorat». St. Petersburger mediz. Wochenschrift Nr. 18, 1903 und die «medizinische Station» Pernaü 1897).

Unsere ganze Hoffnung zielt dahin, dass die Arbeit nicht vergebens und dass der eine oder der andere der Anwesenden von den Herrn Kollegen das Beispiel nachahmt und versucht in seinem Landhospitale Geisteskranke zu behandeln. Der Einwand, dass Geisteskranke körperlich Kranke stören, ist gewiss zu berücksichtigen und in kleinen Verhältnissen

nicht ausser Acht zu lassen, aber nach vielfacher Erfahrung bin ich fest überzeugt, dass gerade das Zusammenliegen mit körperlich Kranken den Geisteskranken beruhigt und zu einem geordneten Verhalten zwingt. Wer sich für diese Frage interessiert sei hier ein kleines Werkchen von Dornblüth empfohlen: «Die Behandlung der Geisteskranken in den Krankenhäusern» (Festschrift f. Th. Thierfelder 1895).

Ein grosser Mangel, welcher nicht verschwiegen werden darf, bestand darin, dass die Verwaltung und Leitung dieses Asyls wesentlich eine Personenfrage war. Dieser Mangel in der Organisation wurde von allen Besuchern unseres Asyls hervorgehoben und von mir selbst schwer empfunden. Das Ganze war zu persönlich ins Leben gerufen und es gelang nicht, das Unternehmen aus dem Rahmen des Persönlichen herauszuschälen. Dieser Mangel wurde nur dadurch aufgewogen, dass das gegründete Asyl einen provisorischen Charakter trug und dazu diente unter gewissen, absonderlichen, ungünstigen Zeitumständen einen vernachlässigten Zweig der Heilkunde auszunutzen und zu zeigen, dass die Irrenpflege mehr auf dem Wege der persönlichen Initiative zu lösen, als durch abwartendes Verhalten auf die Fürsorge des Staates und der Kommunen. Dazu kam noch die moralische Verantwortung, die mit der Verwaltung der Asyle verbunden wäre. Gott sei Dank, uns sind keine Unfälle zugestossen, man musste aber stets auf einen Unfall gefasst sein, und dann wären Vorwürfe nicht ausgeblieben von Seiten derjenigen, welche eine freie Behandlung Geisteskranker für undurchführbar und eine Utopie ansehen. Nur das felsenfeste Vertrauen auf das Pflegepersonal und auf die Erfahrung, dass Geisteskranke in Verhältnissen, welche ihrem gewohnten Lebenszuschnitt entsprechen, sich leicht verpflegen lassen, überwand alle Schwierigkeiten und Hindernisse.

Während wir, meine Herren, im Kleinen nach Kräften strebten und arbeiteten, brachten die letzten Jahre endgiltig eine Entscheidung in der Frage der Fürsorge für Geisteskranke. Ueberall in unseren Landen regt es sich mächtig, in Kurland, in Esthland werden Anstalten erbaut, und wenn nicht besondere Schwierigkeiten eintreten, so wird Livland noch in diesem Jahre einen Neubau erleben. Freilich eine ein-

zige Anstalt kann für Livland nicht genügen. Darüber gebe man sich keine unnützen Hoffnungen hin. Eine Anstalt für 200 Geisteskranken, für diese Krankenzahl ist die Anstalt geplant, wird den Notstand nicht beseitigen.

Das Projekt von Dr. Heinrich Dehio, welches Herrn Dr. Truhart's Initiative seine Entstehung verdankte, verlangte einen Neubau für 600 Kranke.

En bloc hätten die Vorschläge des Herrn Dr. Dehio nicht angenommen werden können. Eine Anstalt für 600 Geisteskranken ist viel zu gross, um sie übersehn zu lassen, und gar zu leicht tritt die Kasernierung an die Stelle der Behandlung. Aus dem Projekt des Herrn Dr. Dehio, welches sich auf sehr sorgfältigen Studien aufbaut, ergibt sich für uns die wichtige Tatsache, dass eine Anstalt für Livland entschieden zu wenig ist. Unzweifelhaft werden sehr bald zwei Anstalten entstehen, eine für den lettisch und eine für den estnisch sprechenden Teil Livlands. Sei dem, wie es wolle, wir stehen jedenfalls am Anfang einer neuen Aera, und der erste Schritt auf dem Wege einer zielbewussten rationellen Behandlung und Verpflegung Geisteskranker, ist geschehen. Die Entwicklung des Anstaltwesens in Westeuropa lehrt, dass in dem Augenblick, wo neue Anstalten erbaut werden, dieselben überfüllt sind. Es wird daher in der neuen livländischen Landesirrenanstalt sehr bald der Wunsch rege werden, die unheilbaren, resp. die ruhigen Kranken ausserhalb der Anstalt zu verpflegen, um Platz zu schaffen für die akuten und heilbaren Krauken.

Die neue Anstalt wird sozusagen ganz von selbst gezwungen sein, die Familienpflege Geisteskranker in irgend einer Form ins Leben zu rufen. Verheiratete Wärterfamilien oder sonst zuverlässige Familien werden chronische Kranke in Verpflegung nehmen, welche von der Zentralanstalt aus besucht und kontrolliert werden. Auf alle Fälle aber werden alle Fragen, welche die Verpflegung Geisteskranker betreffen, von der neuen Anstalt aus ihre Erledigung finden und aller Wahrscheinlichkeit nach an Ort und Stelle der neuen Anstalt geordnet werden. Ich schlage daher vor, dass unsere Kommission sich vorläufig abwartend verhält, sich nicht in neue Unternehmungen einlässt und zusieht, wie sich in nächster Zeit bei uns zu Lande die Frage der Irrenfürsorge gestaltet.

Auch die materielle Seite der ganzen Angelegenheit ist zu erwägen. Unser Unternehmen ist sehr schlecht dotiert. Wieviel Bitten, um nicht zu sagen Betteleien, hat es bedurft nur um die Mittel zu erreichen, welche uns bisher zu Gebote standen. Wie lange werden wir aber diese Mittel noch geniessen! Das Beispiel Kurlands zeigt uns, was wir zu erwarten haben. Kurland hat seine Subvention entzogen und in Mitau bei Tabor ein Pflegerinneninstitut geschaffen. Eine gewisse Befriedigung liegt für uns darin, dass der Mitausche Entwurf zur Heranbildung von Pflegekräften sich direkt an den unsrigen anlehnt. Es ist weiterhin unzweifelhaft, dass die Livländische Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in dem Augenblicke, wo der Neubau der Anstalt beginnt, uns die 500 Rbl. entzieht, und was dann?! Diese meine Ansicht ist keine unnütze Schwarzseherei, sondern basirt auf einer genauen Kenntniss der Verhältnisse. (cf. unsere früheren Protokolle und Verhandlungen).

Ich wiederhole daher meinen Vorschlag die Tätigkeit der Kommission vorläufig einzustellen. Weiter schlage ich vor, die Gesellschaft Livl. Aerzte möge sich direkt an die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in Livland wenden und anfragen, ob die Gesellschaft nicht in der Lage wäre, das von uns ins Leben gerufene Asyl in ihrer eigenen Verwaltung zu übernehmen. Da die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke statutenmässig jede Art der Irrenfürsorge unterstützt, so dürfte es am richtigsten sein, mit dieser Gesellschaft in direkte Verhandlungen einzutreten. Auf diesem Wege allein wäre es möglich, das Asyl seines persönlichen Charakters zu entkleiden und aus der Verwaltung des Aerztetages — was immer sehr misslich war — in die Verwaltung des Landes resp. der Gesellschaft überzuführen. Wenn die Kollegen mit diesem Vorschlage einverstanden sind, so bin ich gern bereit diese Frage mit den ärztlichen Sachverständigen der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke zu besprechen und werde im nächsten Jahr darüber berichten.

Welches auch die Resultate dieser Auseinandersetzungen sein werden, unsere Erfahrungen sind nicht verloren, wir stellen dieselben der zukünftigen Verwaltung des Landesirrenhauses zur Verfügung und hoffen, dass unsere langjährige Tätigkeit nach dieser Richtung nicht unfruchtbar bleiben

wird. Wir sind der Ueberzeugung, dass in der Nähe der neuen Anstalt unsere Asyle wiedererstehen und wir nehmen für uns das moralische Recht in Anspruch, eine Frage mit schwachen Kräften aufgegriffen zu haben, welche für das Land eine grosse Bedeutung hatte.

Zum Schlusse noch einige Angaben: Verpflegt wurden im letzten Berichtjahre 15 erregte Kranke weiblichen Geschlechtes.

Die Einnahmen Subventionen, Rest vom vorigen Jahr etc. betrugen 1909 Rbl. 34 Kop.

Die Ausgaben betrugen 1402 Rbl. 89 Kop.

Somit verbleiben zum heutigen Datum 566 Rbl. 45 Kop., welche der Gesellschaft Livl. Aerzte zur Verfügung stehen.

Riga, d. 1. Juni 1903.

Dr. Katterfeldt: Aus dem Rechenschaftsbericht des Herrn Dr. Behr könnte man folgern dass die Kurländische Ritterschaft ihre Stellung unserem Unternehmen gegenüber geändert hätte. Dazu muss ich hervorheben dass die Kurländische Ritterschaft uns vor 6 Jahren eine Subvention bewilligt hatte «bis zur Begründung einer Irrenanstalt in Tabor und Einrichtung einer Pflegerinnenschule daselbst». Dieser Zeitpunkt ist jetzt eingetreten und kam daher diese Subvention in Fortfall.

Dr. Kusmannoff schlägt vor da die Subsidien seitens der Livländischen Ritterschaft auf ein Gesuch hin bewilligt worden sind und ferner nicht vor Ablauf eines Jahres die Landesirrenanstalt ihre Thätigkeit beginnen wird das Asyl zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker noch wenigstens ein Jahr in derselben Art und Weise wie bisher weiterzuführen, aber schon jetzt die Verhandlungen wegen der Uebergabe zu beginnen.

Dr. Behr: Die von der livländischen Ritterschaft bewilligten Geldmittel wären bei der Uebergabe der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke zur Fortführung des Asyls zur Verfügung zu stellen.

Prof. Dehio spricht sich für die Annahme der Proposition Dr. Behr's aus. Der Aerztetag kann nur die Anregung geben und die Einrichtung der betreffenden Unternehmungen in die Wege leiten, die Durchführung muss den Spezial-Gesellschaften überlassen bleiben.

Dr. Ströhmberg: Die Proposition des Herrn Dr. Behr als desjenigen, welcher das kleine Asyl in das Leben gerufen hat und was die theoretische Frage betrifft für uns als Autorität zu gelten hat ist um so mehr bedingungslos anzunehmen, als mit dem Momente der Uebernahme des Asyls seitens der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke die materiellen Schwierigkeiten aufhören würden welche jetzt seine Leitung erschweren und seine Existenz gefährden.

Die Gesellschaft beschliesst darauf die Proposition des Herrn Dr. Behr anzunehmen und sich an die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in Livland mit dem Ersuchen zu wenden, die Verwaltung und Weiterführung des bisher von Dr. Behr als Präses der Kommission geleiteten Asyls für weibliche Geisteskranke zu übernehmen. Sollten wider Erwarten die Verhandlungen zu keinem Resultate führen, die Kommission aufzufordern noch ein Jahr in der bisherigen Weise weiter zu arbeiten.

Präses Prof. Dehio spricht der Kommission und insbesondere Herrn Dr. Behr für seine Tätigkeit als Leiter des Asyls den Dank des Aerztetages aus.

10. Prof. Dehio legt dem Aerztetag eine Arbeit des verstorbenen Kollegen Dr. Sachsen Dahl vor. Die Arbeit betrifft «Erfahrungen über die Anstaltsbehandlung der Trunksucht» und ist unvollendet geblieben.

11. Dr. W. v. Holst: Zur Frage der Unterbringung Geisteskranker in die Irrenanstalt. (Der Vortrag ist im Druck erschienen).

Dr. Behr: Aus dem interessanten Vortrage möchte ich mir erlauben zwei Punkte herauszugreifen: I. Was die Diagnose der Hebephrenie betrifft (ich spreche nur von den ausgesprochenen typischen Fällen) so möchte ich doch glauben, dass dieselbe sich in ihrem Verlaufe doch schwieriger gestaltet als es nach den Ausführungen des Vortragenden den Anschein hat. Es ist eine eigentümliche Tatsache, dass wir in der Praxis bei Konsultationen nur das voll ausgeprägte Zustandsbild der Hebephrenie antreffen, wie es uns Kahlbaum und Hecker klassisch überlieferten. Wenn ich nicht irre, macht Sommerin seinem Lehrbuch die Bemerkung es sei auffallend, dass die praktischen Aerzte, welche doch mitten im Leben stehen, gar keine Beschreibungen lieferten über

die Entwicklung und Ausbildung der Kahlbaum'schen Hebephrenie sondern dass wir nur Schilderungen besitzen, welche das abgeschlossene Krankheitsbild darstellen. Kollege Holst machte die Bemerkung, dass die Hebephrenen schnell verblöden. Es scheint mir aber, dass die Verblödung in den ausgesprochenen Fällen unendlich schneller vor sich geht, als es unserer gewöhnlichen Erfahrung entspricht. Daher kommt es dass wir Aerzte, wenn wir zu einem einschlägigen Fall gerufen werden, gar nicht in die Lage kommen eine beginnende resp. sich entwickelnde Hebephrenie zu diagnostizieren, sondern dass wir stets das bereits abgeschlossene Zustandsbild vor uns sehen. Die Verblödung muss in diesen Fällen offenbar so schnell vor sich gehen, dass die Angehörigen die psychische Veränderung erst dann bemerken wenn dieselbe bereits einen endgültigen psychischen Ausgangszustand darstellt.

Die Umwälzung, welche das System von Kraepelin in der klinischen Psychiatrie hervorrief, zeigt keine Gruppe so deutlich wie die *dementia praecox*. Während man noch vor zehn Jahren geneigt war eine grosse Reihe von Verblödzuständen als *Dementia post Paranoia* zu bezeichnen und alle chronischen Geisteskranken, welche Sinnestäuschungen Wahnvorstellungen und geistige Schwäche darboten, als *Paranoische* ansprach, so bemerken wir gegenwärtig bei den jüngeren Psychiatern das Bestreben dieselben Fälle der Gruppe der *dementia praecox* zuzurechnen. Freilich ist diese Diagnose nur ein Notbehelf und spiegelt so recht die Unfertigkeit wieder, welche heut zu Tage die klinische Psychiatrie von der klinischen Medizin trennt. Es ist ganz sicher und unterliegt meines Erachtens gar keinem Zweifel, dass derartige Zustandsbilder, wie sie heute der Kollege Holst anführte, und wie wir dieselben *faute de mieux* der *dementia praecox* zuschreiben, über kurz oder über lang, doch eine klinische Selbständigkeit erlangen werden, und sich anatomisch und symptomatisch von der *dementia praecox* unterscheiden werden. Der praktische Arzt muss sich in jeder Beziehung vor Uebertreibung hüten, und sich so viel als möglich bemühen, klinische Charaktere zu finden, welche die verschiedenen Zustandsbilder von einander unterscheiden. Die Diagnose *Paranoia* wnr nachgerade zu einer *Monomanie* ausgeartet.

Selbst Laien scheuten sich nicht, unbequeme Charaktere, wunderliche Menschen, Minderwärtige als Paranoische zu bezeichnen. Diesem Unfug hat Kraepelin ein Ende bereitet. Hüten wir uns aber, in den entgegengesetzten Fehler zu verfallen, und den einen Begriff (Paranoia) durch den anderen Begriff (Dementia praecox) zu ersetzen. Es ist für den praktischen Arzt besser, lieber einen Fall unentschieden zu lassen, als sich selbst mit einem diagnostischen Schlagwort zu betören.

Dr. W. v. Holst glaubt die Schnelligkeit, mit der die Verblödung bei der Hebephrenie bisweilen auftritt nachdrücklich genug betont zu haben. Dass heut zu Tage alles das von den modernsten Psychiatern für Dementia praecox angesprochen würde, was vor etwa zehn Jahren als Paranoia galt mag bis zu einem gewissen Grade zutreffen. Trotzdem handelt es sich bei dieser Tatsache nicht bloss um einen blossen Namenswechsel sondern es läge eine nicht unbedeutende begriffliche Veränderung zum Besseren darin. Bei der Paranoia alter Währung konnte kein junger Psychiater angeben, wie sich im Einzelfall der Ausgang gestalten würde, ob ein Wahnsystem für Lebenszeit ohne jegliche Verblödung geschaffen werden würde, oder ob, wie es damals hiess, früher oder später ein Ausgang in secundären Schwachsinn zu erwarten stände.

Vorausgesetzt, dass wir die Diagnose Hebephrenie richtig zu stellen verstehn, so können wir auch den wichtigsten praktischen Punkt, die Frage der Verwandten nach der Zukunft ihres Angehörigen heute mit weit grösserer Sicherheit beantworten als zu den Zeiten der alten Paranoia, die wenig sagte und zu garnichts verpflichtete.

Dr. v. Ungern-Sternberg stimmt den Ausführungen der Vortragenden, die verwilderten und verblödeten Kranken von der Anstalt fern zu halten von dem Gesichtspunkte aus bei, dass die Leitung der Anstalt im Falle der Aufnahme solcher Kranken von anderen Gesichtspunkten geleitet werden muss, da man dann der Zelle und der Zwangsmittel schwer wird entbehren können, auch die Durchführung des Prinzipes der Heilung erschwert wird, welches die moderne Psychiatrie

in erster Linie, mit Recht, in einer möglichst zwanglosen Behandlung sieht.

12. Dr. P. Bergengruen-Riga. Ueber Angine ulcerosa. (erscheint in dieser Zeitschrift).

Schluss der ersten Sitzung.

Zweite Sitzung.

3. Juni, Nachmittags 3 Uhr.

1. Dr. Ströhmberg (Jurjew): Zweck und Wesen der Unterstützungskasse für Witwen und Waisen der Mitglieder der livländischen Filiale der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Hülfe. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Dr. Kusmanoff proponiert den Vortrag drucken zu lassen und an alle Kollegen auf dem Lande und in den Städten zu versenden.

Die Proposition wird von der Versammlung angenommen.

2. Dr. Koppe: Ueber Hydrotherapie in der Chirurgie.

Hochg. H. H. Kollegen!

Erwarten Sie in meinem Vortrage keine allseitig erschöpfende Behandlung dieses Themas und ebensowenig eine eingehende Berücksichtigung der Litteratur. Dazu sind wir Aerzte der kleinen Stadt nicht im Stande.

Es soll Ihnen nur ein kurzer Ueberblick geboten werden über diejenigen hydropathischen Massnahmen, welche in der chirurgischen Praxis sich bewährt haben. Wenn Ihnen dabei Vieles bekannt ist, so entschuldigen Sie das mit der Erwägung, dass manche Wahrheiten auch wiederholt gesagt werden können.

I. Hydrotherapie in der Wundbehandlung. Es ist von jeher üblich gewesen, Wunden kühl und feucht zu bedecken. Das Volk benutzt dazu Lehm, Kohl- und Wegerichblätter etc. Priesnitz führte seinen berühmten Umschlag ein; auch Winternitz empfiehlt den sog. Longetten-Verband mit kaltem Wasser. In der That tut nichts der Wunde so wohl als eine feuchte kühle Bedeckung; nur wählen wir dazu asept. Marly, in steriles Wasser getaucht und mit asept.

Watte bedeckt und dadurch vor Infektion geschützt. Unter solcher Bedeckung lässt das Brennen und Stechen in der Wunde bald nach; die frische Wunde bleibt reaktionslos, die eiternde reinigt sich rasch, vorhandene Entzündungserrscheinungen schwinden, es beginnt eine lebhafte Zelltätigkeit welche die Heilung einleitet. Ich betone ausdrücklich, dass diese gute Wirkung nur dem Wasser, nicht etwaigen antisept. Zusätzen zukommt. Diese letzteren schädigen im Gegenteil ausnahmslos die Wunden, von der Borsäure an bis zum Sublimat und der Karbolsäure. -- Ich muss diese Art Verband deshalb als Normalverband betrachten. Es ist ein aseptischer reizloser Verband, welcher für jede frische Wunde — auch viele Operationswunden — ausreicht. Er entspricht dem Prinzip der Wundbehandlung unter trockenem Schorf, also dem natürlichen Heilungsprozess. Es ist das kein Paradoxon. Der feuchte Verband, d. h. die Marly, saugt alsbald — und zwar in höherem Grade als trockene Marly — die Wundsekrete an und trocknet unter der schützenden Watteschicht zu einer sehr respektablen Schorflage zusammen, unter deren Schutz die Wundheilung vor sich geht.

Bildet sich zu viel Sekret, so dass es den Verband durchdringt, oder ist eine Sekretstauung zu befürchten, so werden wir den Verband erneuern. Wir weichen den trockenen Schorf mit sterilem Wasser auf und legen einen neuen feuchten Umschlag, mit Watte bedeckt, auf die Wunde. Um das Losreißen der Wundränder zu verhüten empfiehlt es sich oft, die untersten Lagen des Verbandes, etwa doppelten Marly liegen zu lassen. Das Sekret tritt noch durch sie hindurch — Dieser Normalverband ist, wie gesagt, für alle frischen Wunden ausreichend. Nur bei stark blutenden Wunden werden wir natürlich einen trockenen Druckverband vorziehen. Hier bildet das Blut selbst einen genügenden Schorf. — Sind die Wunden stark eiternd, so zwingen sie uns ein Mittel anzuwenden, welches die Zelltätigkeit noch mehr anregt — das ist die feuchte Wärme — und den Verband so einzurichten, dass er mehr Sekret aufnehmen kann reichlicher feuchte Marly und Watte und die impermeable Bedeckung (Paraffinpapier, Wachstaffet, Guttaperchapapier). Wir können hier die Körperwärme benutzen oder wir führen

dem Körper Hitze zu durch heisse feuchte Umschläge, die wir direkt mit Gummizeug und reichlicher Watte von aussen bedecken. Ein solcher Umschlag, oft erneuert, ist äusserst wirksam und reinigt das schmutzigste Geschwür — ruhige, erhöhte Lage der Wunde vorausgesetzt — in kurzer Zeit (auch von Winternitz empfohlen).

Ich betone auch hier, dass keine Antiseptica, wie man sie als Streupulver. (Jodoform, Salicylsäure Bismuth etc.) oder als Aetzung (Arg. nitr.) anzuwenden pflegt nötig sind, dass sie im Gegentheil oft die Wundheilung aufhalten schwerheilende Eczeme hervorrufen etc. Wir können demnach folgendes allgemeine Schema der Wundbehandlung aufstellen:

1) Trockener Druckverband (Marly und Watte) — bei stark blutenden Wunden;

2) feuchte Marly und Watte — bei allen frischen Wunden;

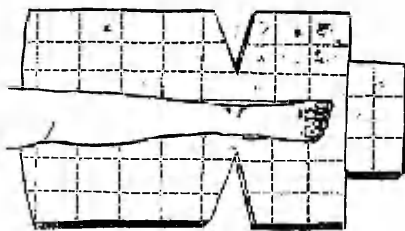
3) feuchte Marly, Watte, Parafinpapier (Wachstaffet, Gutta-perchapapier) — bei frischen grösseren Wunden, die secretiren.

4) heisse Marly, Gummizeug, Watte — bei alten schmutzigen Wunden.

II. Gangraena senilis. Eine besondere Stellung nimmt die gangr. sen. in der Wundbehandlung ein. Hier haben wir eigentlich keine Wunde, sondern eine Mortifikation, eine Verkohlung der Gewebe infolge Obliteration der Arterien. Hier hilft die erhöhte Lage des Fusses nicht die brandige Zehe zur Abstossung zu bringen. Wir sehen den Fuss dabei eine leichenhafte Blässe annehmen und noch kühler werden. Hier haben wir also die Aufgabe trotz obliterirter Gefässe dem Bein Blut zuzuführen. Es kann das nur durch Wärme geschehen, welche die Blutgefässe erweitert, und da feuchte Wärme leicht in den mortifizirten Geweben Eiterung hervorrufen kann — durch trockene Wärme. Ich kann Ihnen auf Grund mehrfacher Erfahrung folgenden Modus empfehlen:

Angenommen es handle sich um eine gewöhnliche gangraena senilis, ausgehend vom Fuss. Sie fertigen sich ein grosses Polster an, welches mit Kleie Fingerbreit hoch gestopft und durchgesteppt wird, damit die Kleie nicht ausweichen kann. Die Länge berechnen Sie reichlich bis an's Knie; denn es gilt viel Wärme zuzuführen und auf die noch

gesunden Gefässe zu wirken. Der Fuss bekommt ein kreuzförmig gestaltetes Polster, von beiden Seiten und von oben den Fuss einzuhüllen, ohne die erkrankte Zehe zu berühren. Das Ganze sieht aus wie ein Grabstein mit einem Kreuz (s. Fig.). Dieses Polster wird im Bratofen erwärmt und so



heiss als es der Patient erträgt (etwa 35° R.) um's kranke Bein gelegt und noch mit Decken zugedeckt. Nach 1—2 Stunden kann man den Verband erneuern. Jetzt können Sie dem Bein unbeschadet eine hohe, sogar sehr hohe Lage geben und werden dann oft die Freude haben neues Leben in dem leichenhaften Bein entstehen zu sehen. Dasselbe äussert sich zunächst durch ein starkes Abschuppen der Oberhaut, unter welcher eine neue zarte und rosig gefärbte Haut zum Vorschein kommt. In gleicher Zeit geht die Demarkation der brandigen Theile vor sich, welche oft mit geringerem Gewebsverlust abschneidet als es anfangs den Anschein hatte. Leichte centripetale Streichungen der oberhalb gelegenen gesunden Partien befördert wesentlich die Heilung.

Als Analogon für die günstige Wirkung der trockenen Hitze bei der Gangraen sei der Breisack erwähnt den Leube bei der Behandlung des ulcus ventriculi in die Praxis eingeführt hat. Auch beim runden Magengeschwür handelt es sich ja um einen gangränöse Prozess, hervorgerufen durch Obliteration der Gefässe der Magenwand.

III. Knochen- und Gelenkleiden. Bei den chronischen Gelenkleiden, der Arthritis rheumatica, urica und deformans spielen, wie Sie wissen, die heissen Badeprozeduren eine Hauptrolle, um die Gelenke geschmeidig zu machen für die nachfolgende Massage und Gymnastik. Es scheint mir daher wichtig, dass letztere sich unmittelbar an das Bad anschlies-

sen oder bereits im Bade vorgenommen werden. Auch die tuberkulösen Gelenkleiden gehören hierher, wenngleich bei der Natur des Leidens die Kräftigung der Natur die Hauptsache bleiben muss und man wohl begreifen kann, dass manche Kinder, die gar nicht baden von ihren tuberkulösen Knochenleiden noch schneller befreit werden, denn es hat keinen Zweck sie baden zu lassen, wenn sie dabei für viele Stunden der frischen Luft und Bewegung entzogen werden und schmerzhaft und angreifende Prozeduren (Verbandwechsel etc.) zu erleiden haben.

IV. Die Erkrankungen der Muskeln und Nerven, sowohl die primären, als die sekundären infolge von Gelenkleiden (Atrophie) verlangen kühlere und erregende Prozeduren (Douchen etc.), denn es handelt sich hier darum die Funktion dieser Organe zu kräftigen. Hier feiern die Bewegungstherapie, die schwedische Gymnastik und die Widerstandsapparate ihre Triumphe.

Die Erkrankungen der Haut lassen Sie mich füglich übergehen. Sie gehören schon in's Gebiet der internen und speziellen Therapie. Die wichtigste Indikation, der die Hydrotherapie gegenüber dem Hautorgan genügen soll, lassen Sie mich nur erwähnen — die Abhärtung gegen Erkältungen. Wie wenig geschieht dafür und wieviel könnte und müsste geschehen!

Dr. Hirschberg (Riga): Wenn Herr Kollege Koppé behauptet, dass unter der feuchten Kompresse der ideale Verband bei aseptischen Wunden zu verstehen ist, so muss ich ihm vom dermatologischen Standpunkt widersprechen. Es wird erstens ein Rückstrom in der Hautzirkulation hergestellt und so eine grössere Sekretion erzeugt als nötig ist. Zweitens ist bei aseptischen Wunden überhaupt keine Kompresse sondern nur ein Trockenverband ohne etwaige Zusätze, nur als Deckmittel nötig.

Dr. Keilmann (Riga): Gegenüber der Voraussetzung dass ein Schorf bei aseptischen Operationswunden nötig ist glaube ich darauf hinweisen zu müssen, dass möglichst Trockenheit der Operationswunde heutzutage angestrebt wird und auch erreicht werden kann.

Der Schutz der Wunde gegen die Aussenwelt geschieht durch trockenes, steriles Verbandzeug. Secernierende Wunden sind

als meist nicht steril anders zu behandeln. Der Vermeidung von Karbol und ähnlichen Mitteln kann ich nur beistimmen, denn Antisepsis ist zu verwerfen wo Asepsis durchführbar ist.

Dr. Sintenis (Pernau), spricht sich für die Anwendung der feuchten Verbände nur bei unreinen secernierenden Wunden aus, aseptische Wunden seien trocken zu behandeln.

Dr. Koppe: Gegenüber dem Einwand, dass ein Schorf überhaupt unerwünscht sei, sei darauf aufmerksam gemacht, dass es ein Verdienst Carl Reyhers war bei Schusswunden den Schorf zu schonen und die Schusswunden nie zu berühren oder zu sondieren.

Dr. Engelmann (Riga): Der feuchte Verband kann unmöglich in seiner Wirkung mit dem Schorf verglichen werden. Eine nicht infizierte Schusswunde kann natürlich unter dem Schorf heilen, die moderne Chirurgie hat aber dafür den aseptischen Trockenverband eingeführt der mehr leistet, da auch geringe Sekretmengen aufgesaugt werden. Secernierende Wunden müssen vor Allem mit einem gut aufsaugenden Verbande versehen werden, wozu auch der feuchte Verband geeignet sein kann; derselbe soll aber dann dem Schorf entgegengesetzt wirken.

Dr. Koppe: Der feuchte Verband wirkt allerdings nicht gleich als Schorf, sondern erst wenn er ausgetrocknet ist, bis dahin aber wirkt er sowohl kühlend als aufsaugend.

3. Dr. Hermann (Pernau): Hydrotherapeutische Rückblicke. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Dr. Hampeln (Riga): Aus dem interessanten Rückblick auf die Vorgeschichte der Hydrotherapie geht doch auch wieder hervor, wie sehr uns in Fleisch und Blut die Vorstellung übergegangen ist, sowohl von der Krankheit, als etwas Persönlichem, einem Wesen, das durch die Natur, das Wasser, gleichfalls als Wesen gedacht, zum Unterschiede von anderen minderwertigen Heilfaktoren bekämpft werden könne. Das sei aber eine zu bekämpfende Auffassung. Das Wasser wirke auch nur chemisch-physikalisch, ob wir daraus etwa eine habituelle Opstipation mit einem der bekannten milden darmreizenden Laxantien oder mit ebenfalls, wenn auch nur durch den Temperaturkontrast, reizenden Klysmen behandeln, sei prinzipiell gleich. In einem wie im anderen Fall werde der

Darm gereizt, in einem wie im anderen Fall könne Abstumpfung gegen diesen Reiz eintreten. Auch könne er so gerne er vom Bade in der Behandlung Typhuskranker Gebrauch mache, nicht so unbedingt in das dem Bade gezollte Lob einstimmen. Allerdings hätte die Mortalität des Abdominaltyphus in den letzten Jahrzehnten erheblich abgenommen, aber nicht dank einer problematischen Wirkung der Bäder, sondern einer natur- und sachgemässen Pflege und Hygiene im allgemeinen. Er glaube es wohl verantworten zu können, an die Behandlung des Typhus ohne das kalte Bad sich zu machen, ohne dass dann schlechtere Resultate zu befürchten wären, wenn nur sonst eine minutiöse Pflege des Kranken stattfindet.

Dr. Hermann: In Erwiderung auf die Einwendung des Herrn Dr. Hampeln sei anzuführen, dass es nicht immer notwendig ist bei Typhus Vollbäder zu geben. Diese seien umständlich und andere Prozeduren seien vorhanden um günstig auf den Verlauf des Typhus zu wirken, z. B. Abwaschungen, Uebergiessungen, Darmeingiessungen. Die soporösen Typhuskranken beruhigen sich danach, bekommen Appetit und fühlen sich bedeutend wohler.

4. Dr. Stillmark (Pernau): Ueber Blutdruckmessungen in der Badepraxis. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Prof. Dehio weist darauf hin, dass, wie aus den Arbeiten von Masing und Moritz hervorgeht, die Leistungsfähigkeit eines gesunden oder kranken Herzeus nach der Grösse der körperlichen Arbeit beurteilt werden kann, die der zu untersuchende Mensch leisten kann, ohne die Symptome einer akuten Herzinsuffizienz zu bekommen. Ähnlich wie körperliche Arbeit wirkt auch das Kohlensäure-Bad blutdrucksteigernd und kann daher gleichfalls die jeweilige Wirkung des Bades auf die Tätigkeit des Herzens, Schlüsse auf die Arbeitsfähigkeit desselben gestatten.

Dr. Hampeln: Aus den Mitteilungen des Vortragenden ergibt sich die Bedeutung der Blutdruckbestimmung zur Entscheidung der Leistungsfähigkeit des Herzens, wozu ja freilich nicht die einmalige Messung genüge sondern wie vom Vortragenden geschehen, die Messung vor und nach körperlichen Anstrengungen erforderlich sei.

Auf diese Art erlange man, wie ja die Versuche von O. Müller, Henne, Dehio ergeben haben, Einblick in das dem Herzen zur Verfügung stehende Kraftmaass und sind danach unsere therapeutischen Eingriffe zu bemessen. Doch glaube er nicht, dass eine sozusagen ungünstige Kurve der Herzarbeit eine Kur in Nauheim etwa kontraindiziere, dass es absolut kontraindizierende Kurven gebe, wenigstens müsse das noch weitere Erfahrung lehren.

Auch in scheinbar desolaten Fällen könne eine richtig dosierte Uebungs- oder Badetherapie doch noch von günstigem Einfluss sein, wenn auch gegen unser Erwarten. Er erinnere sich zweier Fälle aus seiner Praxis, schwerer Insuffizienzerscheinungen bei Aortenklappeninsuffizienz, arteriosklerotischer Form, die gegen seinen Rat, nach Nauheim zu reisen nicht unterlassen konnten, und in der Tat auf das Günstigste von der Kur beeinflusst werden.

5. Dr. E. Schwarz (Riga). Ueber Ileus hystericus. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Dr. Hampeln: Im vorliegenden Fall handelt es sich einerseits um Erscheinungen des Darmverschlusses bei einer Hysterischen, andererseits um die auffallenden Symptome angeblich wirklichen Erbrechens von geformtem Kot. Erstere können auf nervösen Einflüssen beruhen, es kommen, wenn auch selten, Fälle vor in denen eine spastische Darmstenose als Ursache des Ileus per Exclusionem angenommen wird. H. hat 2 Fälle solcher Art beobachtet, einen sehr charakteristischen von fäculentem Erbrechen bei einer Bleivergiftung mit günstigem Ausgang und einen 2. in dem wegen der Erscheinungen des Miserere die Laparotomie erwogen wurde. Patient starb; bei der Sektion fand sich eine Pneumonie des rechten Unterlappens und normaler Darm. In einem dritten Fall wurde wegen Erscheinungen des Darmverschlusses die Laparotomie ausgeführt. Die Sektion ergab keinen sichtbaren Verschluss des Darmes und Verdichtung beider Unterlappen der Lunge. Was das Koterbrechen betrifft, so kommen eine Darmmagenfistel, die hier ausgeschlossen erscheint, und falls sie eben nicht vorliegt, wohl in erster Linie eine absichtliche Täuschung durch eine Simulation in Betracht, worin es ja die Hysterischen zu unglaublicher Virtuosität bringen können. Fäcales Erbrechen in gewöhnlichem

Sinn, auch auf Antiperistaltik beruhend, kann man sich noch ohne Täuschungen und besondere Künste der Kranken denken, schwerlich aber retrogrades Passieren des ganzen Darmes von geformtem Kot.

Dr. v. Ungern-Sternberg (Jurjew). Es wäre vielleicht als Erklärung eine trophoneurotische Störung anzunehmen in der Art wie man diese als akutes Oedem an der Epiglottis beobachtet. Es könnte vielleicht ein solcher Vorgang sich auf den Darm ausdehnen und hier einen zeitweisen Verschluss bedingen.

Dr. Behr (Riga). Es ist möglich dass Kotskybala erbrochen werden, auch Nothnagel hat neuerdings die Möglichkeit des Kotbrechens zugegeben. Wenn man andererseits bedenkt wie gewandt und geschickt Hysterische täuschen, man denke nur an den Blumenapport des Mediums Rote, so ist es nicht ausgeschlossen, dass der Kot doch manuell in den Mund hineingebracht worden ist.

Prof. Dehio glaubt nicht dass Kot in der geballten Skybalaform per vias naturales aus dem Darm in den Magen zurücktreten kann. D. fragt ob konstatiert worden ist dass sich auf dem Kotballen Abdruck von Zeug gefunden hat.

Dr. E. Schwarz. Der angegebene Befund des Zeugabdruckes ist nicht beweisend, eine irrtümliche Deutung ist nicht ausgeschlossen. S. beobachtet zur Zeit im Krankenhause eine Patientin die Blutbrechen simuliert, das Blut war mit Flüssigkeit vermengt. Eine Nachbarin gestand zu, dass die Patientin Nasenbluten hervorrief, das Blut verdünnte und verschluckte um es später zu erbrechen. Bei einem hysterischen Mann, der an Ulcus ventriculi behandelt worden war, konnte im Magen verdünntes Blut nachgewiesen werden. Auf beruhigende Behandlung nahm Patient zu, das Blutbrechen hörte auf.

In diesem Falle waren die vor Zeugen erbrochenen Kotmassen jedoch zu gross um die Annahme des vorherigen Verschluckens gerechtfertigt erscheinen zu lassen.

Dr. Koppe (Pernau) hat eine Hysterische beobachtet, die per rectum eingeführte Milch erbrach.

Dr. Hampeln: Soviel ihm bekannt erkennt Nothnagel wohl eine Antiperistaltik an aber nicht retrogrades Passieren des Darmes von geformtem Kot. Seiner Auffassung nach han-

delt es sich bei solchen Beobachtungen um Kot ähnliche Massen oder es liegt Täuschung vor.

6. Dr. Koppel (Jurjew). Ueber die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Schluss der II. Sitzung.

Dritte Sitzung.

Den 4. Juni 9—1 Uhr Vormittags.

I. Diskussion über den Vortrag: Dr. Koppel (Jurjew) Ueber die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien.

Dr. Hirschberg, Riga. Dem höchst sympathischen Vorschlag des Herrn Kollegen Koppel stehen in praxi viele Umstände entgegen. Arbeitslosigkeit oder Arbeit ohne Entgelt ist für den gesunden Menschen gewiss unerträglich nicht aber ebenso sehr für Sieche. Muss man schon bei Gesunden auf Lebensgewohnheiten und Arbeitsteilung Rücksicht nehmen, so dies um so mehr bei Kranken, wo die Anpassungsfähigkeit noch geringer ist. Man wird Landbewohner und Bauern von Städtern und Sonderhandwerkern trennen müssen; Alle zu einer Beschäftigung anzuhalten, würde viel Unzufriedenheit erregen. Man müsste somit zu mehreren Beschäftigungen greifen. Aber hier gilt dass unter den Insassen, wenigstens in Riga, sehr wenige zur anhaltenden Arbeit tangen, wie sie ein schwerer Industriezweig z. B. Eisenarbeit erfordert. Es würde dann auf leichtere Arbeiten: Stricken, Nähen, Flechten herauskommen wie sie auch heute im Rig. Lepr. betrieben werden — natürlich für den Hausbedarf, denn einem Vertrieb würde trotz des Sterilisierens noch immer das Vorurteil entgegenstehn.

Daher scheint mir der Modus, der in Riga gepflegt wird am rationellsten: Möglichst viele Arbeiten für die Anstalt im Hause von Kranken anfertigen zu lassen und dieselben möglichst in ihrer Sphäre zu verwenden: Schneider, Schuster, Buchbinder, etc. — aber was das Wichtigste ist, für gutes Entgelt und bei guter Verpflegung. Wie die Kranken, speziell

die Männer bei der Nähe der Stadt, die Gelder verwenden, ist eine andere Frage. Mit wenigen Ausnahmen schlecht, besonders gegenüber dem Alkohol.

Trotz dieser Ausstellungen, die ich mir erlaubt habe, wird man doch dem Kollegen K o p p e l grossen Dank wissen müssen für die Anregung nach dieser Richtung. In der Art, wie die Leprösen als ewig Abgesperrte ihr ganzes Leben verbringen müssen, liegt die Wurzel des Uebels — und wenn bis jetzt die Lepra nicht ausgerottet werden konnte, müssen wir wenigstens den Leprösen das Leben erleichtern.

Dr. Kr ö g e r, Pernau, fragt ob die Gegenstände welche in den Leprosorien von den Leprösen verfertigt werden, nach erfolgter Desinfektion ohne Bedenken und ohne Infektionsgefahr in Gebrauch genommen werden können. Im Falle der Verneinung dieser Frage oder bei dem geringsten Zweifel an der Gefahrlosigkeit des Vertriebes dieser Produkte, müsse letzterer unterbleiben.

Dr. K o p p e l. Da die Leprabazillen noch nicht einwandsfrei gezüchtet worden sind, so sind auch ihre Lebensbedingungen uns noch unbekannt, doch hat man allen Grund anzunehmen, dass sie durch dieselben Desinfektionsprozeduren vernichtet werden, wie die anderen pathogenen Bakterien. Hat man nun die Arbeiten der Leprösen einer strengen Desinfektion auf die eine oder andere Weise unterworfen, so kann man sie wohl als ungefährlich dem kaufenden Publikum in die Hände geben. Zweck des Vortrages war die Frage zur Sprache zu bringen um die Ansichten und Erfahrungen der Kollegen darüber zu hören. Es ist die Beschäftigungsfrage in den anderen Leprosorien nicht so gelöst wie Kollege Hirschberg das aus Riga meldet, es ist aber eine sehr brennende Frage und will in Angriff genommen werden. In den livländischen Leprosorien muss man sich zur Zeit noch, viel mehr als es im Interesse der Sache erwünscht wäre durch den Mangel an Geldmitteln beeinflussen lassen. Es müsste da irgendwie Abhilfe gefunden werden.

Prof. D e h i o. In Norwegen werden die Leprösen vielfach mit Netzstricken beschäftigt, die Weiber auch mit der Herstellung von wollenen Strümpfen, die durch Dampf sterilisiert und dann verkauft werden. Da die Produkte der Industrie zum Teil schwer zu desinfizieren sind wäre die Beschäftigung

mit der Landwirtschaft am meisten zu empfehlen, es fragt sich nur wo das Geld zur Bezahlung der Arbeit hergenommen werden soll. Vielleicht wäre es geraten die Beköstigung der Leprösen etwas billiger einzurichten und die Ersparnisse zur Entlohnung der Leprösen zu verwenden.

Dr. Koppel. Die Beköstigung ist in den livländischen Leprosorien schon so wenig kostspielig, dass kaum mehr Abzüge davon zum Besten von Belohnungen für geleistete Arbeiten gemacht werden können. Es befinden sich in jedem Leprosorium eine ganze Anzahl von Kranken, die durchaus einer wirklichen Krankenkost bedürfen und dieselbe lässt sich nicht zu billig beschaffen. Die durchschnittliche tägliche Beköstigung eines Leprösen kostet 15 Kopeken, davon lässt sich wohl nichts abziehen. Jedem Patienten sein Kostgeld in die Hand zu geben, damit er sich davon etwas abzusparen versucht, gäbe noch die einzige Möglichkeit dazu, wäre aber in den Leprosorien undurchführbar.

Dr. Sadikoff, Talsen. Ich schliesse mich Dr. Koppel an. An der Kost kann nicht gespart werden, denn es giebt sehr viele Kranke, welche nicht arbeiten können und gerade diese haben kräftigere Kost nötig. Im kurländischen Leprosorium bei Talsen hat der Brunnen, welcher uns zuerst als eine grosse Kalamität erschien, weil das Wasser mit der Hand 140 Fuss heraufgepumpt werden muss, sich schliesslich geradezu als Segen erwiesen, denn die Leprösen haben durch das Pumpen beständig zu arbeiten. Natürlich muss jede Arbeit im Leprosorium den Kranken einigermaßen bezahlt werden.

Dr. Kiwull, Wenden. Im Wendenschen Leprosorium wird für jede Arbeit gezahlt. Leider wird das Geld nach den gemachten Erfahrungen meist in Näschereien resp. Alkohol umgesetzt. Von der Verwendung der Leprösen zu landwirtschaftlichen Arbeiten ausserhalb des Leprosoriums wäre abzuraten, da wir ja die Leprösen als Infektionsherde ansehen und dieselben deshalb auch in den Anstalten isolieren.

Dr. Koppel. Ich glaube, dass Herr Kollege Kiwull die Gefahr der Feldarbeiten seitens der Leprösen überschätzt. Wie lange die Leprabazillen ausserhalb des menschlichen Körpers lebens- und infektionsfähig bleiben wissen wir allerdings nicht, wir haben aber Grund anzunehmen dass die Dauer der Infektionsfähigkeit nicht allzugross ist. In den

Leprosorien gelangen doch wohl auch bei aller Vorsicht sehr grosse Mengen von den Bazillen durch Speichel und Schleim auf den Boden und werden mit dem Staube in- und ausserhalb der Kraukenräume vom Luftzuge aufgewirbelt, es müsste daher das gesunde Pflegepersonal in den Leprosorien äusserst gefährdet sein. Wir sehen aber keine Erkrankungen eintreten. Wir sehen aus den Berichten der indischen Leprakommission, die über grosse Zahlen verfügt dass von Kindern der Leprösen oder Ehegatten, die lange Zeit mit den Erkrankten zusammengelebt hatten nur c. 5 pCt. Erkrankungen zu konstatieren waren. Die entschieden aktiveren Tuberkelbazillen sind bei den Feldarbeiten kaum als gefährlich bezeichnet worden, also können wir auch die Feldarbeit der Leprösen als ungefährlich ansehen.

Was die Verwendung des verdienten Geldes betrifft so hat dieselbe im Leprosorium Muhli nicht zu irgend welchen unerwünschten Vorkommnissen Veranlassung gegeben.

II. Dr. M. Hirschberg, Riga. Kosmetische Fehler der Hautgebilde und ihre Behandlung. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. Engelmann, Riga. Der Herr Vortragende hat ausser den kosmetischen Fehlern im engeren Sinne, eine so grosse Zahl von Hauterkrankungen und deren Therapie in seine Betrachtungen hineingezogen dass eine Besprechung alles dessen was diskutabel erscheint zu weit führen würde, ich möchte deshalb nur einige Punkte herausgreifen.

Was die Paraffinprothesen betrifft, so liegen über günstige Resultate bei Sattelnasen, Narben etc. schon eine ganze Reihe von Publikationen vor, welche die Methode nachahmenswert erscheinen lassen. Neuerdings ist von Gersuny eine weitere Paraffinprothese proponiert worden die dadurch hergestellt werden soll, dass 1 Teil Paraffin mit 4 Volumteilen Olivenöl gemischt wird. Durch Resorption des Oeles kommen dann später zahlreiche kleinste Paraffindepots in gleichen Abständen zu Stande die durch Bindegewebe abgekapselt sind. Da auf diese Weise keine harte Prothese sondern etwa die Konsistenz des subkutanen Fettgewebes erreicht werden soll wäre es möglich dass diese Methode noch bessere

kosmetische Resultate erzielt als die Anwendung des reinen Paraffins.

Der völligen Verwerfung des Puders möchte ich nicht beistimmen, ich möchte denselben als dermatotherapeutisches Mittel bei akutentzündlichen Zuständen, namentlich bei starker Empfindlichkeit der Haut, nicht missen. Nur muss vor der Anwendung durch Einreibung eines erweichenden Mittels der Verstopfung der Poren vorgebeugt werden.

Bei der Behandlung dauernder Hautröte, beim Ulerythema, Lupus erythematodes und den verschiedenen Formen der Acne rosacea kommt ausser den vom Vortragenden erwähnten Skarifikationen, die kurzdauernde Seifeanwendung in Betracht. Besonders empfehlen kann ich nach mehrfachen günstigen Erfahrungen die leichte, oberflächliche Bestreichung mit dem rotglühenden Flachbrenner.

Dr. Keilmann, Riga. macht auf die Erfahrungen der Gynäkologen bezüglich der Paraffinprothesen bei erworbenen Bildungsfehlern der Vagina und insbesondere bei Inkontinentia urinae aufmerksam. Pfannenstiel hat bei einer solchen Gelegenheit eine Paraffinembolie der Lunge erlebt. Man wird daher vielleicht, trotz der technischen Schwierigkeit dem Paraffin mit höherem Schmelzpunkt den Vorzug geben müssen.

III. Dr. Baron Ungern-Sternberg, Jurjew. Zur Neuronlehre. (Wird in dieser Zeitschrift erscheinen).

D i s k u s s i o n :

Dr. Behr, Riga. Gestatten Sie mir, meine Herren, zu dem Vortrage einige Bemerkungen. Selbstredend liegt es mir vollständig fern, irgend welche kritische Einwände zu erheben, da ich in keiner Weise das anatomische, histologische Detail beherrsche. Meine Bemerkungen zielen nach einer anderen Richtung.

Wenige Fragen der Physiologie und der Anatomie nahmen derart das Interesse der Aerzte gefangen, wie die Neuronlehre. Auf der einen Seite bestand ein Enthusiasmus ohne gleichen, auf der anderen Seite kühle skeptische Ablehnung. Wie ist dieser sonderbare Widerspruch zu erklären?! Offenbar dadurch, dass die meisten Aerzte glaubten, die Neuronlehre enthalte den Schlüssel zum Verständnis des Aufbau's des Nervensystems. Die Einfachheit im Aufbau des Zentralner-

vensystems, wie die Neuronlehre es forderte, ergriff alle mit mächtigem Enthusiasmus. Man glaubte, die Weltformel in Händen zu haben und das berüchtigte Ignorabimus war gesprengt. Es liegt tief in unserer Natur begründet, ein Schema zu konstruieren, um die Naturvorgänge zu erfassen.

Wir streben in allen Dingen unbewusst nach einem System und versuchen die Natur nach menschlicher Weise anthropomorphisierend, zu begreifen und zu modeln. Was ist nun unangenehmer, wenn der süsse Wahn zerstört wird, und kritische Geister uns zurufen: Euer Schema ist nur der Verlegenheitsausdruck für eine unbekannte Grösse, ein Neuron, eine Einheit, welche das Zentralnervensystem baut und zusammensetzt, giebt es nicht, ihr müsst euch klar werden, dass die Anatomie vorläufig noch nicht in der Lage ist, diese Fragen zu lösen, und wir noch nicht einmal am Anfang der Erkenntniss stehn. Was sich im Golgi-Präparat eigentlich färbt, wissen wir garnicht, die Widersprüche in dem Aufbau des Zentralnervensystems, welche zwischen den Wirbellosen- und Wirbeltieren bestehn, sind zu gross um eine Erklärung zuzulassen. Die Widersprüche über die Histogenese des Axenzylinders zwischen His und Bethe sind noch völlig unklar u. s. w.

Es ist ein harter Schluss, eine liebgewordene Vorstellung aufzugeben, und sich sagen zu müssen dass das, was man so eben zu begreifen glaubte in Wirklichkeit ein Phantasma darstellt. Aus diesen inneren psychologischen Gründen erkläre ich es mir, dass immer wieder der Versuch unternommen wird, den Begriff des Neurons zu retten, obwohl logischer Weise dieser Begriff garnicht existiert und nie existieren wird.

Meine Herren! Ich hatte das Glück die grosse Neurondebatte auf dem 72. Kongress der deutschen Aerzte und Naturforscher anzuhören. Es sprachen Verworn und Nissl. Verworn repräsentierte so recht das juste milieu, wer aber Zeuge war, von den lapidaren Ausführungen Nissls, der hatte die Empfindung, einen wahren Naturforscher und einen grossen Denker zu hören. Die Versammlung sass da mit einem Fragezeichen im Gesicht, und nur Professor His versuchte einen schüchternen Einwand. Eine fernere Zeit wird es Nissl Dank wissen, dass er die Aerzte auf's Neue zu ei-

ner nüchternen Naturbetrachtung zurückführte und vor einem Schematismus und Scheinwissen warnte.

Der Aufbau der Rinde, der Zusammenhang von Fasern und Zelle sind unbekannt.

Wir stehen noch heute in Bezug auf den Ausbau des Nervensystems vor dem verschleierte Bilde zu Sais.

Dr. W. v. Holst ist der Ansicht, dass der Vortragende den zuverlässigsten Gewährsmann in dieser ausserordentlich schwierigen Frage Nissl zu wenig berücksichtigt habe. Die völlige Unhaltbarkeit der Neuronlehre im histologischen Sinne wäre Redner von Nissl selbst an der Hand seiner Präparate häufig demonstriert worden. Aus dem gewaltigen einheitlichen Nervensystem unzählige Einzelwesen zu konstruieren wäre nicht weniger willkürlich, als wenn das Gleiche beim Blutgefässsystem vorgenommen würde.

Beides sind grosse Systeme ohne anatomische Grenzen innerhalb ihres Wirkungsgebiets und nur aus didaktischen oder genauer gesagt Bequemlichkeitsgründen dürfe man eine als falsch erwiesene Lehre nicht halten. Die heuristischen Verdienste der Neuronhypothese, speziell für die Klinik sollen nicht bezweifelt werden.

Prof. Dehio. In neuerer Zeit erschienene ausführliche Darlegungen des gegenwärtigen Standes der Ansichten über die Neuronlehre lassen die Frage noch nicht als abgeschlossen erscheinen. Der Standpunkt den Dr. v. Holst eben vertreten hat ist daher ein zu apodiktischer.

Dr. v. Holst. Alle diejenigen Forscher, die an der Begründung oder dem Ausbau der Neuronlehre beteiligt gewesen sind, werden sicher ihr Möglichstes tun um ihre Lehre zu verteidigen. Der Kampf für oder gegen die Neuronhypothese wird daher voraussichtlich noch geraume Zeit fort dauern und für die Klärung der wichtigsten Fragen der Histologie des Nervensystems, kann das nur erwünscht erscheinen.

IV. Dr. E. Schwarz, Riga. Zur Differentialdiagnose der extra- und intrapontinen Erkrankungen. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. W. v. Holst erwähnt, dass die noch selten diagnostizierte seröse Meningitis Lokalsymptome aller Art hervorrufe und wegen der therapeutischen Zugänglichkeit nicht früh ge-

nug erkannt werden könne. Vor allem läge die Gefahr vor, dass diese Erkrankung für einen umgrenzten Tumor gehalten werde und zwar für einen inoperablen.

Dadurch verpasse man die Zeit zu Eingriffen wie Lumbal- oder Ventrikelpunktion oder auch Trepanation die dem Kranken unter anderen die Sehkraft retten könnten. Redner hat im Laufe von 2 $\frac{1}{2}$ Jahren in zwei Fällen leider erst nach Ablauf der Erkrankungen, die anderweitig für einen soliden Tumor cerebri gehalten worden waren, das Nachlassen und Ausheilen sämtlicher Krankheitserscheinungen beobachten können, an der Atrophia nervorum opticorum liess sich natürlich nichts mehr ändern.

Dr. E. Schwarz. Die Trepanation nur zur Herabsetzung des Druckes ist früher von chirurgischer Seite perhorresziert worden. Ernst v. Bergmann soll sich nach einem Bericht von Weyl auf einem der letzten Kongresse nicht mehr dagegen ausgesprochen haben. Eine Trepanation ist bei heftigen Schmerzen und starker Stauungspapille, die Erblindung androht gewiss anzuraten.

Prof. Dr. Dehio hat mit der Lumbalpunktion auch traurige Erfahrungen gemacht. In einem Fall trat Kollaps und Tod in 6 Stunden in Folge von Hirnblutung ein. Bei Meningitis hat D. die Lumbalpunktion häufig und mit gutem Erfolge ausgeführt.

Dr. E. Schwarz hat bei Meningitis, auch eitriger, sehr gute therapeutische Erfolge mit der Lumbalpunktion erzielt, bei allen anderen Affektionen bei denen er dieselbe angewandt hat er nie üble Erfahrungen gemacht.

V. Dr. Hampeln, Riga. Ueber das vulgäre Aortenaneurysma.

Nach einer geschichtlichen einleitenden Betrachtung der über das Aortenaneurysma erschienenen Arbeiten geht Vortragender, gestützt auf Sektionsfälle seiner Kasuistik, des Näheren auf das Wesen und die Entstehung des vulgären Aortenaneurysmas ein.

Er unterscheidet an ihm 3 Haupttypen, erstens das arteriosklerotische Dehnungsaneurysma (Thoma), zweitens das rupturierte Dehnungsaneurysma und drittens das primäre Rupturaneurysma.

Der erste Haupttypus, das arterio-sklerotische Dehnungsaneurysma ist in seiner Kasuistik mit 18 Fällen vertreten, ungerechnet die zahlreichen, sonst dem Anatomikum aus den verschiedensten Abteilungen zugegangenen Aneurysmen dieses Typus, die aber dann nur einen Nebenfund einer tödtlichen Erkrankung anderer Art bilden. Bei allen Aneurysmen dieses Typus lagen die von Thoma bestimmten Merkmale des Dilatations- oder, besser ausgedrückt, Dehnungsaneurysmas in Spindel-, Cylinder- oder Sackform vor. Ihr Sitz war stets der Anfangsteil der Aorta entweder in seiner ganzen Ausdehnung oder auch nur die pars ascendens oder der arcus allein. Die Erweiterung begann meist unmittelbar über dem Ostium Aortae, selten einige Cm. weiter. In der Hälfte dieser Fälle betrug der Querumfang des Aneurysmas 10—12, in der anderen 15—25 Cm. Stets lag ausgesprochene Arteriosklerose im Bereich des Aneurysmas, aber auch weiter in der Aorta vor. In 5 Fällen bestand die Kombination mit einem Truncus-Aneurysma. Das Herz war hypertrophisch und degeneriert, an den Aortenklappen und Mitralklappen bestanden meist Verdickungen und oft Schrumpfungen. Meist war der Sack leer und nur in 3 Fällen von wandständigen Fibrinschichten ausgekleidet. Im Krankheitsbilde dieser Fälle herrschten die Erscheinungen der Herzinsuffizienz vor, während das Aneurysma nur in wenigen Fällen deutlicher hervortrat und die Truncus-Aneurysmen ausgenommen auf den Krankheitsverlauf und Ausgang ganz ohne Einfluss blieb. In 3 Fällen dieses Typus lag Rekurrenslähmung, in einem Kompression eines Bronchus vor. Anamnestiche Anhaltspunkte zur Beschuldigung einer besonderen Veranlassung dieser Fälle fanden sich nicht.

Zum 2. Haupttypus, der pathogenetisch dem ersten, wie auch die zahlreiche Uebergänge beweisen, zugehört, rechnet Vortragender 13 Fälle (darunter 2 Kombinationen mit dem III. Typus) und bezeichnet sie als rupturierte Dehnungsaneurysmen d. h. als Dehnungsaneurysmen mit sekundärer Ruptur. Entstanden wie die Aneurysmen des ersten Typus aus einer Dehnung aller Aortenwandschichten unterscheiden sie sich von jenen durch die schliesslich eingetretene sekundäre Ruptur der Aneurysmenwand, während der Beweis einer primären initialen Rup-

tur der Aortenwand als Grund der Aneurysmenentstehung hier bisher, wie auch Thoma anerkennt nur selten und auch dann nicht mit Sicherheit geführt worden ist. So verhielt es sich auch in den Fällen seiner Beobachtung. Die Aneurysmen dieses Typus zeichneten sich durch oft enormen — «eimergross», wie Eppinger es bezeichnet — Umfang und die klassischen im Krankheitsbilde hier vorherrschenden Perforationssymptome aus. Auch sie hatten, ein spindelförmiges Aneurysma der Thoracica desc. ausgenommen, ihren Sitz im aufsteigenden oder Bogenteil der Aorta und waren, jenes spindelförmige ausgenommen, stets von geschichtetem Fibrin und mächtigen Thrombenmassen erfüllt. In den meisten Fällen war Arteriosklerose der Aneurysmenwand, soweit sie erhalten war, und der übrigen Aorta in weiter Ausdehnung konstatiert.

Auch hier ergab die Anamnese keine auffallenden Daten. 2 Männer waren syphilitisch gewesen, einer hatte an einem Ulcus ven. und Gonorrhoe gelitten, in 4 Fällen wurde jegliche venerische Affektion entschieden negiert.

Den dritten und letzten Typus des vulgären Aortenaneurysmas bildeten die eigentlichen Rupturanenrysmen d. h. die aus einer initialen, primären Ruptur der inneren Aortenschichte entstandenen Aneurysmen, identisch mit dem «traumatischen vulgären» Aneurysma Eppinger's. Die Frage nach der wahren Natur des zur Ruptur führenden Vorganges, ob eines rein traumatischen Risses (Eppinger) oder eines primären nekrotischen Zerfalles der Aortenwand an umschriebener Stelle (Döhle, Puppe) oder eines Risses sklerotischer plaques (Thoma) harrt nach Auffassung des Vortragenden noch der Entscheidung. Die Fälle dieses Typus überwogen an Zahl in seiner Kasuistik. — 30, einige Male multipel auftretende Rupturanenrysmen dieser Art wurden in 22 Todesfällen konstatiert. Sie unterschieden sich durch folgende charakteristische, zum grössten Teil von Eppinger festgestellte Merkmale von den beiden anderen Typen: 1) Wandständigkeit und Sackform des Aneurysmas, 2) enge, meist rundliche, scharf umschriebene Eingangsöffnung, 3) Ausfüllung des Sackes, 2 Fälle ausgenommen, mit Thrombenmassen, 4) neugebildete Innenwand ohne Zeichen der Arteriosklerose, 5) sekundäre, accidentelle Perforation der Sack-

wand an ihrem höchsten Punkte, die nur in 2 Fällen fehlte, 6) Sitz des Aneurysmas am häufigsten im descendierenden Teil der Aorta (in 10 Fällen), dann im arcus (in 8 Fällen mit 12 Rupturaneurysmen) und erst zuletzt im ascendierenden Teil (in 4 Fällen, darunter 3 Sinusaneurysmen).

Die Grösse dieser Aneurysmen war meist eine geringe. Sie erreichten den Umfang einer halben oder ganzen Wallnuss oder eines kleinen Apfels. Nur ein Arcusaneurysma dieses Typus war von «grosser» Ausdehnung, ein zweites von «Faustgrösse». Der Durchmesser der meist runden, zuweilen stehend ovalen Zugangsöffnung betrug 1, 1 $\frac{1}{2}$, 2, meist 3 Cm., einmal 6 Cm.

In 4 Fällen war das Rupturaneurysma einem Dehnungsaneurysma des 1. Typus am Aortenbogen oder im ascendierenden Teil der Aorta aufgesetzt. In den anderen 18 Fällen entsprang das Rupturaneurysma aus einer normal weiten oder doch nur wenig gedehnten, aber auch hier meist Zeichen der Arteriosklerose aufweisenden Aorta, die jedoch in 6 Fällen fehlte. 8 Mal bestand ausser dem Rupturaneurysma noch ein gewöhnliches Dehnungsaneurysma der A. asc., in 2 Fällen ein grosses rupturiertes Dehnungsaneurysma. In der Mehrzahl auch dieser Fälle waren Aorten- und Mitralklappen verdickt, zuweilen auch geschrumpft und verkalkt.

Im klinischen Bilde herrschten die Ruptursymptome vor, 7 Fälle blieben während des Lebens verborgen und wurden erst durch die Sektion aufgedeckt.

Anamnestisch wurde in einem mit Mitralstenose kombinierten Falle akuter Gelenkrheumatismus festgestellt, 6 Männer (c. 30 pCt.) hatten an Syphilis gelitten, Ulcus ven. hat in 1 Fall, Gonorrhoe 3 mal vorgelegen.

In Bezug auf die viel umstrittene Frage nach der Aetiologie des vulgären Aortenaneurysmas glaubt Vortrag, gleichfalls an der Unterscheidung der genannten 3 Typen festhalten zu sollen. Während bei den Aneurysmen des ersten und wohl auch in einigen Fällen des zweiten Typus die Arteriosklerose als massgebender Faktor und demgemäss auch die Aetiologie dieser Aneur. von gleicher Unbestimmtheit wie die der Arteriosklerose überhaupt erscheint, liegt das beim Rupturaneurysma namentlich dem primären ganz anders. Der Zusammenhang mit der Arteriosklerose, die Abhängigkeit von ihr ist hier

nicht erwiesen, wird vielfach sogar entschieden bestritten, so von Köster, Eppinger, Heller. Auch in den Fällen des Vortragenden sprach die Form, Lokalisation, Entstehung und das weitere Verhalten dieser Aneurysmen für einen eigenartigen, von der Arteriosklerose unabhängigen Entstehungsgrund.

Als ein solcher besonderer Entstehungsgrund wird wie schon vor 200 Jahren, so auch neuerdings die Syphilis beschuldigt, und zwar nun auch auf Grund eingehender anatomischer Forschung (Heller und seine Schule). Zur Einigung unter den Fachgenossen ist es aber nicht gekommen. Die Bedeutung mesarteriitischer Vorgänge bei der Ausbildung der Aneurysmen wird allerdings allgemein zugegeben, nicht aber die spezifische Natur dieser Vorgänge, im Gegenteil, hervorragende Anatomen, wie Marchand, stellen das entschieden in Abrede. Infolge dessen erscheint die Aussicht einer auf diesem Wege zu erreichenden Gewissheit überhaupt sehr gering. Somit bleibt man, will man nicht ganz auf die Beantwortung der Frage nach dem besonderen, vorwiegenden Grunde jener Entzündungen verzichten, allein auf die klinische Erfahrung angewiesen.

Nun müsse aber wohl zugegeben werden, dass eine definitive Entscheidung auf dem hier in Betracht kommenden klinisch-statistischen Wege, wie Heller richtig hervorhebt, schon durch die Natur dieses Verfahrens völlig ausgeschlossen ist. Gewissheit bringt allein die anatomische Untersuchung, das Experiment oder eine dem Experiment nahe kommende klinische Beobachtung, aber nicht die Statistik. Dennoch haben, solange es an dieser Gewissheit fehlt auch die Tatsachen blosser Empirie, wenn sie nur als solche feststehn grosse Bedeutung. In Bezug auf die Hauptformen des Aortenaneurysmas, seine Rupturformen, lehrt nun diese Empirie ein sehr auffallendes Vorherrschen der Syphilis resp. Venerie in der Vorgeschichte der also Erkrankten.

Von 56 männlichen Aneurysmenkranken seiner Privatambulanz (die weiblichen bleiben aus leicht einzusehenden Gründen unberücksichtigt) stellte nur einer jegliche venerische Affektion entschieden in Abrede, zugleich freiwillig hervorhebend, dass er in einer Weltstadt «sehr wild gelebt» und sich der

Infektion dem entsprechend häufig ausgesetzt habe. Alle anderen waren bewusst venerisch infiziert gewesen, mehr als die Hälfte hatten sicher an Syphilis gelitten (60 pCt.). Anders lautet das Ergebnis der Hospitalfälle, wo nur in 30 pCt. die venerische Affektion ermittelt wurde. Doch scheine ihm das Ergebnis eines auf diesen Punkt gerichteten Krankenexamens, wie er bereits früher einmal hervorgehoben hat, hier so unzuverlässig zu sein, wie es in der Privatpraxis zuverlässig ist. Die Hospitanten einer öffentlichen Krankenanstalt verstehen sich eben sehr schwer zu offener Besprechung dieser Dinge. Bei Beurteilung der Frage nach der Bedeutung der Syphilis als Ursache irgend welcher Organerkrankungen in späteren Jahren kommt darum zunächst wohl nur die Privatpraxis in Betracht. Dabei scheint in diesem besonderen Falle die Anamnese die Hauptsache zu sein und die objektive Lokaluntersuchung in casu wenig zu bedeuten, denn erstens hinterlässt die veritabele, gut behandelte Syphilis oft genug gar keine sichtbaren Spuren und beweisen andererseits Narben an den Genitalien nicht die Syphilis sondern nur eine vorausgegangene Venerie. Wo aber diese ohnehin zugegeben wird, bietet eine jedesmalige, oft genug peinliche Genitaluntersuchung keine besonderen Vorteile. Jenem tatsächlichen Vorherrschen syphilitischer Antecedentien in der Anamnese der Privatkranken schliesst sich nun aber noch eine andere, sehr auffallende Wahrnehmung an, das ist das Fehlen der Aortenaneurysmen NB. in der Rupturform bei der in Riga sehr stark vertretenen Bevölkerungsgruppe jüdischer Nationalität, obschon Arteriosklerose, sowohl die allgemeine als lokale, Herz- und Gefässerkrankungen und sonst Organerkrankungen jeder Art bei ihnen in gewöhnlichem Verhältnis vertreten sind, Alkohol und Tabak reichlich konsumiert wird und es ebensowenig an Ueberanstrengungen und Traumen fehlt. Und dennoch so gut wie kein Aneurysma bei den Juden in 15 Jahren, weder im Krankenhaus bis 1899 bei einer Krankenziffer der therapeutischen Abteilung von c. 2000 Kranken im Jahr, noch in der Privatambulanz und gleichfalls recht hoher Frequenz gerade aus dieser Bevölkerungsgruppe. In den 2 einzigen Fällen eines Rupturaneurysmas gab der eine Kranke an syphilitisch gewesen zu sein und hatte der andere an einer Gonorrhoe gelitten.

Es liegt die schon von anderen Seiten in einem anderen Zusammenhange ausgesprochene Vermutung nah, dass die jüdische Rasse diese auffallende Abwesenheit der schweren Aneurysmenformen der Seltenheit venerischer Infektionen verdankt, vor denen sie die genaue Befolgung ritueller Vorschriften und die Vermeidung der Rassenmischung schützte.

Alles das beweist aber gewiss nicht einen wesentlichen Kausalzusammenhang zwischen Syphilis und Aortenaneurysma ja ein einziges sicheres einen anderen Zusammenhang beweisendes Ergebnis anatomischer Forschung oder ein einziger Fall eines Aneurysmas dieser Art bei einem ganz sicher nicht infizierten Individuum würde die ganze Syphilishypothese über den Haufen.

Doch fehle es ihm wenigstens einstweilen an unzweideutigen Erfahrungen dieser Art. Solange müssten aber jene klinischen Wahrnehmungen wenigstens den Verdacht des angenommenen Zusammenhanges erregen und berechtigten zugleich zur praktischen Maxime bei verdächtiger Syphilisanamnese und auf ein Aneurysma hinweisenden Erscheinungen dieses um so intensiver ins Auge zu fassen, sowie bei sicher fehlender Syphilis das Aneurysma im Zweifelfalle für sehr unwahrscheinlich zu halten.

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. K ü g l e r - N e u e n b u r g konstatiert, dass in der Gegend, wo er seit 23 Jahren praktizierte Lues zu den grössten Seltenheiten gehört. Es stimmt mit den Angaben des Vortragenden über die Seltenheit der Aortenaneurysmen bei der jüdischen Bevölkerung überein, dass in seiner Gegend entsprechend der Seltenheit der Lues auch die Aortenaneurysmen zu den grössten Seltenheiten gehören, das scheine den Zusammenhang zwischen Lues und Aortenaneurysma zu bestätigen.

Dr. E. S c h w a r z. Das verhältnismässig seltene Vorkommen bei der jüdischen Rasse welches der Vortragende für das Aneurysma hervorhob, hat Minor in Moskau für die Tabes nachgewiesen. Das Verhältnis der Tabes zur Syphilis ist aber dasselbe wie das des Aneurysma. Gewiss ist die Statistik nur als Notbehelf zu betrachten, doch geben die Zahlen aus der Lang'schen Klinik, die zeigten dass in den gesammelten Fällen, die sicher an Spätformen von Syphilis litten aber ab-

solnt keine anamnestischen Daten über die Acquisition der Syphilis geben konnten, den hohen positiven Zahlen mehr Geltung und stützten so die Vermutung dass Lues die Ursache für die Aneurysmen wie für die Tabes abgebe.

Dr. Rubinstein, Mitau. Nach Beobachtungen in den Gegenden, wo die jüdische Bevölkerung, nicht so sporadisch wie bei uns, sondern dicht gedrängt lebt, kommt einerseits Syphilis, andererseits auch Tabes öfter vor als es bei uns in dieser Bevölkerungsklasse der Fall ist. Diese Tatsache hat R. sowohl selbst während er in Litthauen praktizierte beobachten können als auch aus Mitteilungen von Kollegen aus dortiger Gegend. Ueber das Vorkommen von Aortenaneurysmen bei der jüdischen Bevölkerung kann R. nichts berichten.

Dr. Katterfeld, Waldheim. Die jüdische Bevölkerung hat eine wesentlich andere Lebensführung als die übrigen Bevölkerungsgruppen. Die Juden leben einerseits viel mässiger, andererseits unterziehen sie sich viel seltener körperlich schwerer Arbeit. Diese Momente sind für das seltenere Vorkommen von Aneurysmen bei den Juden auch in Betracht zu ziehen und man darf nicht nur das Fehlen von Syphilis betonen.

Dr. Sadikoff, Talsen. Dr. Hampeln schien die Bezeichnung «traumatische Aneurysmen» für Aortenaneurysmen welche die genannten Autoren gebrauchen, nicht für ganz acceptabel zu halten, weil die Lage die Aorta vor Traumen doch so ziemlich schütze. Ich meine, dass dieser Schutz doch nicht als so sicher anzunehmen wäre. Es wäre doch wohl recht gut möglich, dass durch einen Schlag oder Stoss auf den Thorax durch die plötzliche Druckveränderung ein Einreissen der Aortenhäute verursacht werden könnte, also die Bezeichnung «traumatische Aneurysmen» berechtigt wäre.

Dr. Hampeln erwidert Dr. Katterfeld, dass soweit sich das ärztlicherseits feststellen lässt in den hier hauptsächlich in Betracht kommenden Punkten ein wesentlicher Unterschied nicht besteht, namentlich keine Abstinenz von Alkohol, besonders in Form von Schnaps, und keine Abstinenz vom Tabakgenuss, Arteriosklerose wird häufig beobachtet.

Zu dem von Sadikoff Angeführten bemerkt H. dass sicher traumatische Rupturen auch in der Aorta descendens,

sowie auch aus diesen Rupturen hervorgehende traumatische Aneurysmen vorkommen, auf die er auch hingewiesen hat, die er aber von einer Betrachtung des vulgären Aneurysma ausschliesst. Jene echt traumatischen, aus einer Ruptur hervorgehenden Aneurysmen seien übrigens sehr selten, erreichten in der Regel nur geringen Umfang, zeigen grosse Heilungstendenz und bleiben in der Regel klinisch, soweit sie die Aorta betreffen völlig verborgen. Beim vulgären Aneurysma sei aber die traumatische Entstehung nicht erwiesen.

Gegenüber Dr. Rubinstein hält H. die Seltenheit der Syphilis in der jüdischen Bevölkerung wenigstens seiner Klientel aufrecht. Er habe sie auch hier beobachtet aber als Rarität zum Unterschiede von der nicht jüdischen Bevölkerung. Uebrigens wollte er diese Seite der Sache nicht so sehr betonen, wissenschaftlich lässt sich dieselbe kaum verwerten, wie er selbst hervorgehoben hat. Er halte es nur für eine höchst auffallende und bemerkenswerte Tatsache dass in einer grossen Krankenhaus- und Privatklientel in einer Reihe von 20 Jahren, bei Personen dieser Nationalität, die sonst gerade durch häufige Erkrankungen aller Art ausgezeichnet ist, das Aneurysma so gut wie fehlt, und anscheinend, was schwerer festzustellen ist Syphilis sehr selten vorkommt.

VI. Dr. Rubinstein, Mitau. Ueber die diagnostische Bedeutung der X. Rippe. (Erschienen in dieser Zeitschrift).

Diskussion:

Prof. Dehio weist darauf hin, dass der Vortragende seine Untersuchungen auf Frauen beschränkt habe, dieselben hätten um vollständig zu sein auf die gleiche Anzahl Männer ausgedehnt werden müssen.

Dr. A. Behr. Leider hat der Herr Vortragende nicht angegeben, an welchen Volksgruppen er seine Untersuchungen anstellte. Es bleibt somit der Einwand offen, dass es sich bei diesem Befunde mehr um eine anthropologische Varietät handelt als um ein wirkliches Stigma. Die ganze Arbeit geht in einseitiger Weise von der Lehre von der Degeneration aus. Das Prinzip der anthropologischen Variation ist in keiner Weise angeführt und berücksichtigt, und doch lehrt die Geschichte aller Stigmata, dass es sich bei denselben mehr um Varietäten als um echte Degenerationszeichen handelt.

Dr. Rubinstein. Herrn Prof. Dehio's Bemerkungen möchte ich hinzufügen, dass ich Frauen nur aus dem Grunde untersuchte, weil ich zufällig an der weiblichen Station für innere Krankheiten zu arbeiten Gelegenheit hatte. Im Uebrigen ist von mehreren Autoren daraufhingewiesen worden, dass die Anzahl der Enteroptosen bei Männern und Frauen dieselbe ist. Herrn Kollegen Behr will ich daraufhinweisen, dass Stiller die Frage von der Degeneration in Betracht gezogen hat, aber gegenüber den Angriffen von Tandler und Meinert hat er daraufhingewiesen, dass es noch durch nichts bewiesen sei, dass die bewegliche X. Rippe die Norm und Zeichen der Evolution sei.

(Schluss der III. Sitzung).

Vierte Sitzung.

Den 4. Juni 3 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Behr-Riga. Psychiatrische Reiseeindrücke.

Der Vortragende schildert aus eigener Anschauung die Organisation der Familienpflege Geisteskranker in Gheel, in Gadelegen und Nehtspring. Man versteht unter familärer Irrenverpflegung die Unterbringung von Geisteskranken ausserhalb der Anstalt in fremden Familien. Die Geschichte der Familienpflege ist eine sagenhafte und reicht weit in die Vergangenheit zurück. Angeblich soll um das Jahr 600 nach Chr. eine irische Königstochter Dymfna in der Nähe von Gheel ermordet worden sein, und der Dymfna-kultus war der Ausgangspunkt der Familienpflege Geisteskranker an genanntem Ort, die sich in Europa nur zögernd weiter entwickelt. Dennoch lässt sich mit Sicherheit voraussagen, dass in den nächsten Jahrzehnten die Familienpflege Geisteskranker einen grossen Aufschwung nehmen muss, das nächste Jahrzehnt wird in der Geschichte dieser Frage entscheidend sein. Der internationale Kongress, der in dieser Angelegenheit im Herbst des vorigen Jahres zum ersten Mal, in Antwerpen, tagte, ist in seinen Folgen noch unübersehbar. Auch Livland wird sich diesen Fragen

nicht entziehen dürfen. Sobald die geplante neue Irrenanstalt in Stackeln eröffnet ist, wird sich bei uns zu Lande die familiäre Verpflegung Geisteskranker als dringend notwendig erweisen.

(Der Vortrag ist in extenso erschienen in der «Baltischen Monatsschrift. 1903 Heft 7—8).

2. Dr. A. Keilmann-Biga. **Organisation des Hebammenunterrichtes.** (Mit Demonstration von Lehrmitteln). (In dieser Zeitschrift erschienen).

D i s k u s s i o n :

Dr. Hörschelmann-Rappin. Zur Vermeidung der Gefahr, dass minderwertige Hebammenschülerinnen mit vollem Diplom bald vom Lande in die Städte übersiedeln, schlage ich vor solche minderwertige Schülerinnen nur als Wochenpflegerinnen zu entlassen. Ein zweiter wichtiger Punkt ist die Abhaltung von Wiederholungskursen, die, wenn möglich, gesetzlich geregelt werden müssten.

Dr. Keilmann. Der Vorschlag des Herrn Kollegen Hörschelmann muss dahin beantwortet werden, dass es gesetzlich unzulässig ist, eine nicht mit Diplom versehene Frau als Hebamme praktizieren zu lassen, auch für die Praxis auf dem Lande können keine anderen als die Hebammendiplome zuerteilt werden. Es giebt nur einen Weg diese Verhältnisse zu bessern, indem die gebotenen Lebensverhältnisse aufgebessert werden, damit den besseren Elementen zugemutet werden kann, den Hebammenberuf auch auf dem Lande auszuüben. Der Aertzetag könnte in dieser Frage die Initiative ergreifen, wie er sich bisher stets der Hebammenfrage angenommen hat.

Dr. Christiani proponiert eine Kommission zu wählen, welche Massnahmen zur Hebung des gegenwärtigen und des neu auszubildenden Hebammenmaterials ausarbeitet. Und zwar soll die Kommission einerseits eventuelle Bestimmungen über obligatorische Repetitionskurse, sowie über eine wirksame Kontrolle ausarbeiten, andererseits nach Fühlung mit der Landesvertretung Massnahmen zur pekuniären Besserstellung der Hebammen auf dem Lande vorschlagen.

Die Proposition wird angenommen, die Wahl der Kommission wird auf die nächste Sitzung verschoben.

3. Dr. Christiani, Libau: Zur Therapie des Abortes. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. Hörschelmann. Die Behandlung des Abortes in den ersten Monaten, hat sich danach zu richten, ob der Abort vollkommen oder unvollkommen ist. Während man sich bei dem vollkommenen sehr wohl abwartend verhalten kann, ist es bei dem unvollkommenen ratsam sofort digital auszuräumen. Treten bei abwartendem Verhalten nach Ausstossung des Eies Störungen durch Retention von Dezidua auf so hat das Kurettement noch nachträglich zu erfolgen.

Dr. Keilmann. Bei der Differenz zwischen den Herren Hörschelmann und Christiani handelt es sich nicht um die Frage, ob der Finger oder die Kurette in Anwendung kommen soll, sondern ob die Vera entfernt werden soll oder im Uterus bleiben kann; im ersten Fall muss die Kurette gebraucht werden, da mit dem Finger die Dezidua vera eben nicht entfernt werden kann. In Bezug auf die Anwendung der Tamponade richtet K. an den Vortragenden die Frage, ob er dieselbe auch bei bereits bestehender Retention anwende?

Dr. Christiani: Bei schweren septischen Infektionen tamponiere ich bei Retention von Eiteilen lose auf 12 Stunden den Uterus, um auf diesem Wege die Abstossung der zurückgehaltenen Teile zu bewirken. Meiner Ansicht nach, ist die Gefahr der Aufsaugung des retinierten Sekretes, welches auch höchstens zu einer Intoxikation führen kann, während dieser Zeit geringer, als die eventuelle Zerstörung der Demarkationslinie und Eröffnung frischer Lymphräume, sowie Einpressen septischer Bakterien in dieselben. Für den Ungeübten kommt noch hinzu, dass gerade bei dem septisch veränderten Uterus die Gefahr der Perforation eine sehr grosse ist, andererseits die Kurette doch nur das faulende fremde Gewebe entfernt und niemals den Uterus von seinen Infektionsträgern befreit.

Dr. Keilmann spricht sich entschieden gegen Tamponade eines infizierten Uterus aus. Die Lymphspalten sind offen und die angeregten Kontraktionen pumpen das Infektionsgift in den Kreislauf, was sich in praxi in solchen Fällen auch durch einen ziemlich sicher auftretenden Schüt-

telfrost ausspricht. Wenn schon retinierte Massen entfernt werden müssen, so geschehe das mit zarter Hand alsbald mit der Kurette, eventuell einer stumpfen. Giebt man nachher Opium, so genügt man allen Indikationen. Ob Infektion oder Intoxikation in solchem Falle sich ausbilden kann, ist eine Frage, die sich theoretisch nicht werde entscheiden lassen. In praxi kommt sie jedenfalls nicht in Betracht.

Dr. Christiani: Herr Kollege Keilmann hat mich offenbar missverstanden. Ich habe ja auch gerade in meinem Vortrag darauf hingewiesen, dass ich bei Verdacht auf Infektion, sowie bei saprophytischer Infektion stets den Uterus ausräume; nur bei schweren Infektionen des Endometrium, bei veralteten Fällen, glaube ich durch die Tamponade die Ausstossung des infizierten Gewebes schonender zu bewerkstelligen als durch die Kurette; wofür sich übrigens reichlich Analoga in der Chirurgie finden. — Schüttelfröste können nach jedem intrauterinen Eingriff auftreten ob man kurettiert oder tamponiert, ja häufig selbst nach Ausspülungen.

(Schluss der IV. Sitzung).

Fünfte Sitzung.

5. Juni, 10 Uhr Morgens.

1. Wahl der Kommission in Sachen der Hebammenfrage. Es wird eine 3-gliedrige Kommission mit dem Rechte der Cooptation gewählt, als Glieder:

Dr. A. Keilmann-Riga.

Dr. A. Katterfeldt-Waldheim.

Dr. Hörschelmann-Rappin.

2. Dr. Hörschelmann-Rappin: Demonstration eines tuberosen subchorialen Hämatoms der Dezidua.

Redner weist einleitend darauf hin, dass wir neben der Fleischmole und der Blasenmole seit der Publikation von Breus noch eine dritte Molenform kennen, nämlich die Hämatommole oder das tuberosöse subchoriale Hämatom der Dezidua. Bei der Hämatommole handelt es sich um eine wohlcharakteri-

sierte Form der Molenschwangerschaft, insofern der Embryo im zweiten Monat abstirbt und nun an den Wachstumsvorgängen des Eies nicht mehr teilnimmt; die Eihäute wachsen aber weiter und das Endergebnis der Schwangerschaft ist nicht ein ausgebildeter Foetus, sondern ein pathologisches Gebilde, da der Foetus abgestorben ist, die Eihäute aber weiter wachsen, wobei sie nun nicht mehr durch den Inhalt des Eies ausgespannt werden, so legen sie sich in Falten und wachsen zu divertikelartigen Gebilden gegen die Amnionhöhle aus; hierbei trennen sie sich teilweise von der Decidua, aus der dann sekundär eine Blutung in jene präformierten Falten stattfindet. — Der Hämatommole entspricht ein typischer klinischer Verlauf: die Menses cessieren mehrere Monate: bei ihrem ersten Ausbleiben stellen sich meistens subjektive Schwangerschaftssymptome ein. Die Dimensionen des Uterus gehen aber nicht über eine dreimonatliche Gravidität hinaus. Die Frauen werden daher in ihrer Annahme unsicher. Neben dem auffälligen Misverhältnis zwischen Dauer der Gravidität und Grösse des Uterus ist das Fehlen von Blutungen beachtenswert und besonders differentialdiagnostisch wichtig. Treten dennoch Blutungen auf, so sind sie sehr gering. Selbst die Schwangerschaftsveränderungen können allmählich teilweise wieder rückgängig werden — so besonders die Auflockerung der Portio und die teigig-weiche Konsistenz des Uterus — ohne dass sich durch Wochen oder Monate an der Sachlage etwas ändert. Im ganzen pflegt die Gravidität bei der Hämatommole 5–11 Monate zu dauern, dann erst erfolgt unter erheblichem Blutverlust die Ausstossung des pathologischen Gebildes. Auffallender Weise wird meist der Embryo auch jetzt noch wohl erhalten in einer Länge von $9\frac{1}{2}$ –17 mm. in der Eihöhle angetroffen.

Dem vom Redner demonstrierten Fall ging folgende Geburtsgeschichte voraus: Bei der 45-jährigen Frau blieben die Menses Mitte Oktober 1902 aus, was aber von ihr auf beginnende Klimax bezogen wurde. Im März 1903 erfolgte 1–2 Tage lang ein sehr geringer Blutabgang, der als Periode aufgefasst wurde. Seit Mitte April unregelmässige Blutung. Redner findet am 30. April einen derben, nicht aufgelockerten, anteflektierten und vergrösserten Uterus. Die Grösse ent-

spricht etwa dem Anfang des 3. Lunarmonats. Es fehlen Striae, Veränderungen an den Brüsten und an den äusseren Genitalien. Am 3. Mai treten Wehen auf, nachmittags erfolgt die spontane Ausstossung der Hämatommole.

Beim Aufschneiden des etwa Gänseeigrossen Präparates entleert sich etwas blutig tingierte Flüssigkeit. In die Amnionhöhle ragen die Hämatome als zahlreiche Erbsen- bis Haselnussgrosse Protuberanzen von verwaschener blau-rötlicher Farbe vor. Der gut erhaltene Embryo hat eine Länge von 11 mm., man erkennt an demselben deutlich die Anlage der Bulbi und der Extremitäten. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates steht noch aus.

(Autoreferat).

D i s k u s s i o n :

Dr. Keilmann teilt mit, dass er zwei derartige Fälle gesehen hat, von welchen einer im Vereinsbericht der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur veröffentlicht ist. Das Präparat war bedeutend grösser als das vorliegende, es waren Hämatome bis zu Apfelgrösse vorhanden. Im Uebrigen zeigte der Fall die vom Kollegen Hörschelmann mitgetheilten Charakteristika.

- 3. Dr. E. Wulfius-Riga: Ueber gleichzeitige intrauterine und extrauterine Gravidität.

Vortragender referiert über 2 Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität, die in der Frauenabteilung des Rigaschen Stadt-Krankenhauses beobachtet worden sind. Beide Fälle kamen im 2.—3. Schwangerschaftsmonat zur Beobachtung und wurde in beiden Fällen die ectopische Schwangerschaft per laparotomiam entfernt. Die Entwicklung der intrauterinen Frucht verlief ohne Störungen bis zum Ende der Schwangerschaft.

In der Literatur sind bis jetzt 68 Fälle beschrieben in denen neben einer intrauterinen Gravidität, sich gleichzeitig eine extrauterine entwickelt hat. Derartige Fälle, in denen die intrauterine Gravidität einen ungestörten Fortgang nach Entfernung der extrauterinen durch Laparotomie nahm, finden sich in der Literatur nur 4.

Zum Schluss demonstriert Vortragender die in dem einen Fall exstirpierte Tube in der man deutlich den ganzen Foetus sieht.

Dr. Keilmann teilt mit, dass die Diagnose zuerst auf uterine Gravidität gestellt und die Patientin, einer Mitralinsuffizienz wegen nach Riga geschickt worden war, wo von einem Kollegen die Diagnose «Extrauterin-Gravidität» gestellt wurde. K. konnte seinerseits mit Sicherheit die uterine Gravidität feststellen; neben dem Uterus fand sich ein Tumor, der eine gravide Tube sein konnte. Jedenfalls musste der freibewegliche Tumor exstirpiert werden. Bei der Operation wurde klar, was vorlag. Der Umstand, dass eine insuffiziente v. mitralis vorlag, und der ungestörte Verlauf für Mutter und Kind zeigt ein wie ungefährlicher Eingriff heutzutage eine Laparotomie sein kann.

Prof. Dehio macht darauf aufmerksam, dass wenngleich Frauen mit gut kompensierten Herzklappenfehlern recht oft glücklich gebären, ohne dass durch die Schwangerschaft oder den Geburtsakt eine schwere Schädigung der Leistungsfähigkeit des Herzens bewirkt wurde, dennoch im Allgemeinen gesagt werden kann, dass Frauen, die geboren haben, eher an ihrem Herzfehler zu Grunde gehen, als solche weibliche Individuen, die nicht geboren haben. Es beweist, dass Schwangerschaft und Geburt auch da wo sie unmittelbar nicht wesentlich zu schaden scheinen, doch, namentlich bei wiederholtem Eintreten, die Lebensdauer verringern.

Dr. Keilmann: Wenn etwa aus den Ausführungen des Herrn Prof. Dehio geschlossen werden sollte, dass in unserem Fall auch eine Unterbrechung der uterinen Gravidität hätte in Betracht gezogen werden müssen, so wäre das nicht richtig. Ich entnehme aus den Bemerkungen v. Prof. Dehio nur, dass eine Verhinderung der Gravidität erlaubt oder geboten sein könne, nicht aber die Vernichtung der sich bereits entwickelnden Frucht. Im übrigen sind die Indikationsstellungen bei den drei in Betracht kommenden Krankheiten: Phthise, Nephritis und vitium cordis noch nicht so weit geklärt, dass in diesem Punkte Uebereinstimmung bestände oder kein Zweifel dabei vorhanden wäre. Der Geburtshelfer, hauptsächlich vor die Frage gestellt, bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen, wird sich in solchen Fällen nur bei schweren Symptomen dazu entschliessen.

Prof. Dehio betont die Bedeutung der hygienischen Verhältnisse unter denen die Patientinnen leben. Bei ungünstigen

hygienischen Verhältnissen wird man sich eher entschliessen wegen Phthise die Schwangerschaft zu unterbrechen. D. führt einige Beispiele aus seiner Erfahrung an, die das bisher gesagte illustrieren und beweisen.

Dr. Christiani-Libau weist auf eine Arbeit v. Kammer hin, der zu dem Resultat kommt, dass die Schwangerschaft bei den erwähnten Krankheiten unterbrochen werden soll, falls die Frauen durch die Schwangerschaftsbeschwerden herunterkommen. Nehmen die Frauen normal zu, so braucht nicht eingegriffen zu werden.

4. Dr. Wulffius: Demonstration eines Nabelschnurbruches mit ungewöhnlichem Inhalt: Ausser den Eingeweiden der Bauchhöhle befand sich im Bruchsack noch das Herz. Das Kind wurde lebend geboren, starb jedoch nach wenigen Minuten.

Diskussion:

Dr. Keilmann erwähnt, dass er einen Nabelschnurbruch, der allerdings kleiner war als der vorliegende mit Erfolg operiert hat. Die Schwierigkeit der Operation werde durch Vorfall der Leber geboten, von der einen Teil zu resezieren allerdings nach der von Kusnezow ausgeführten Methode möglich sei. Die Hauptbedingungen für den Erfolg aber liege neben der technischen Möglichkeit in der Wahrung der Asepsis, die gerade in diesen Fällen besondere Schwierigkeiten macht. Das steril geborene Kind muss steril erhalten werden, denn eine Desinfektion des Operationsgebietes lässt sich hier nicht vornehmen.

5. Dr. A. Keilmann-Biga: Hyperämie als Heilmittel im Gebiete der Gynäkologie. (In dieser Zeitschrift erschienen).

Diskussion:

Dr. Sintenis-Pernau: Die Bier'schen Prinzipien und der Apparat sind gut und möchte ich nicht dagegen sprechen, aber neu sind diese Prinzipien nicht. Moor-, Schlamm-, und andere hochtemperierte Bäder und balneotherapeutische Anwendungen, erzeugen auch in erster Linie quasi Hyperämie des ganzen Körpers, also angeregte Zirkulation. Bei Infantilismus habe ich den Apparat oft anwenden sehen mit häufig gutem Erfolg. Doch kamen dabei Fälle vor, wo ohne ersichtlichen Grund die Behandlung erfolglos blieb.

Was die Massage angeht, so bewirkt sie entschieden nicht nur Hyperämisierung, sondern ausser dieser wirkt noch, dass wir die exsudativen Stoffe mechanisch ausbreiten, also dabei gesunde Gewebsteile zur schnelleren Resorption mit heranziehen.

Endlich ist der Vorschlag frische, eitrige mit Fieber verbundene Exsudate mit Heissluft zu behandeln anstatt zum Messer zu greifen nicht zu billigen, da so das chirurgische Prinzip «ubi pus, ibi evacua», partiell nihibiert wird. Bei gonorrhoeischen Eiterungen ist eine Incision allerdings heute verlassen, da sie gänzlich unnütz ist.

Dr. Christiani-Libau: Auch ich habe den Eindruck, dass die mir wohlbekannte Biersche Theorie die wissenschaftliche Grundlage für eine altbekannte und gerade in der Gynäkologie weit und breit geübte Methode bedeutet, dass ferner der Polanosche Apparat, dessen Anwendung auch ich warm empfehlen kann, nur eine handlichere und dosirbarere Anwendung der Wärme in weitester Form bedeutet. Ein Teil unserer Balneotherapie, speziell die Behandlung mit Moor- und Schlammumschlägen, die Fangoanwendung beruht ja auf den oben erörterten Prinzipien. Ebenso ist die Wirkung der von Stratz bereits seit Jahren eingeführten Spülungstherapie mit heissem Wasser bei entzündlichen pelveoperitonitischen Erkrankungen wohl ebenfalls nur auf Hyperaemisierung zurückzuführen. M. H.! vor der Anwendung der Hyperämisierung bei Fieber kann ich, trotzdem auch ich ganz eclatante Resultate und sofortigen Abfall des Fiebers gesehen habe, nur warnen. Bekannt sind die garnicht seltenen Exacerbationen der latent entzündlichen Prozesse in den Bädern bei unvorsichtiger Hitze-Therapie, wo es durch diese eben zur allgemeinen Peritonitis kommen kann. Jedentalls kann ich nur einer strengen Indikationsstellung das Wort reden und aus meiner Erfahrung der Warnung von Polano und Anderen mich anschliessen. Besonders die Parametritis, die ich durchaus in dem Sinne von Keilmann zurückgedrängt wissen möchte, erfordert eine durchaus kritische Anwendung der Wärme, die erst längere Zeit nach Ablauf der akut entzündlichen Erscheinungen angewandt werden darf. Dass der Erfahrene sie auch unter Umständen bei der parametritischen Erkrankung, bei noch bestehender Temperatursteigerung an-

wenden darf und sehr gute Resultate sieht, widerspricht der Einschränkung für die allgemeine Anwendung nicht. Besonders sehen wir manchmal sehr unangenehme Einschmelzung der Exsudate, welche einen chirurgischen Eingriff schliesslich notwendig machen.

Ich möchte Ihnen über einen einschlägigen Fall berichten, es handelte sich um eine, seit 2 Monaten unter Fieberbewegung bis 39° bestehende, Parametritis post. et ant. Die Frau kam in meine Behandlung und da es sich sicher nicht um einen akuten Prozess im Anschluss an Geburt oder Abort handelte, (auch Gonorrhoe war auszuschliessen), so wandte ich heisse Spülungen an. Die Frau wurde prompt fieberfrei fühlte sich ausserordentlich wohl, das Exsudat wurde anfangs etwas kleiner, blieb aber dann auf seinem Status. Ich verlor die Patientin aus dem Gesicht, sie machte ihre Spülungen weiter und als ich sie wiedersah war das Exsudat zur Einschmelzung gekommen und ein Durchbruch in die Blase hatte stattgefunden. Derselbe wurde von anderer Seite unter grossen Anstrengungen geschlossen und die Frau machte ein langes Krankenlager durch. Die Schuld der Verflüssigung ist doch mit zwingender Notwendigkeit auf die Hitzebehandlung zurückzuführen. Bei gonorrhoeischen Erkrankungen der Adnexe ist die Hyperämisierung auch bei Fieberbewegung entschieden weniger von gefährvollen Accidentien gefolgt und dort wohl mit Vorteil zu verwenden.

Dr. Keilmann weist gegenüber den Bemerkungen der Herren Sintenis und Christiani daraufhin, dass durch die Bier'schen Untersuchungen erst möglich geworden ist, die empirisch festgestellten Erfolge der verschiedenen Behandlungsarten bei chronisch entzündlichen Beckenerkrankungen wissenschaftlich und von klaren Gesichtspunkten zu beurteilen. Dabei ergibt sich dann auch, dass die Heissluftbehandlung nicht nur neuer als die bisher üblichen Behandlungsarten, sondern auch bei Weitem korrekter und erfolgreicher ist. Heisse Sitzbäder, Moorbäder und Spülungen lassen sich als unvollkommene Hyperämisierungsmittel erkennen, weil sie die Anwendung hoher Temperaturen unmöglich machen. Wie Bier zeigte, lassen sich Bäder nicht ohne Druck auf die Oberfläche applizieren und daher Temperaturen von höchstens 35—40° anwenden, und auch

diese nicht ohne wesentliche Belästigung der Patientin. Bis zur Schmerzhaftigkeit reizende Heisswasserspülungen der Scheide sind, namentlich bei Anwendung von 6—9 Litern, womöglich 2×täglich, als eingreifende, und dabei fast nutzlose Belästigung anzusehen, die oft sogar für die Genitalnerven nicht ohne schlimmen Folgen bleiben. Herrn Sinentis insbesondere erwidert K., dass die mit der Polano'schen Behandlung erzielbare lokale Hyperämie wesentlich von der Hyperämie des ganzen Körpers zu unterscheiden sei, denn diese bedeute fast eine Anämisierung des Krankheitsherdes.

Hinsichtlich der Massage möchte K. es nicht als einen Vorzug derselben ansehen, wenn durch sie Teile des Exsudats in gesundes Gewebe ausgebreitet werden; sie müsste dann noch mehr eingeschränkt werden, als das ohnehin notwendig ist.

Hinsichtlich der Inzision bestehe keine ausschliessende Konkurrenz mit der Heissluftbehandlung; beide Methoden haben ihre Indikationen und können gelegentlich sogar kombiniert angewandt werden. Nur glaube K. gezeigt zu haben, dass Steigerungen der Körperwärme an sich keine absolute Kontraindikation seien. — In manchen Fällen kann die beschleunigte Einschmelzung des Exsudats als Vorbereitung für eine Inzision direkter Zweck der Heissluftbehandlung sein. — Hinsichtlich der häufigen Erkrankungen gonorrhoeischen Ursprungs im betrachteten Gebiet konstatiert K. die völlige Uebereinstimmung der Herrn Redner mit einander und mit ihm selbst.

Dr. Christiani: Ich weiss nicht warum Herr Kollege Keilmann annimmt, dass eo ipso in so excessiver Weise gespült werden soll. Ein so erfahrener Lehrer wie Fritsch empfiehlt die Anwendung der Spülung in seinen Lehrbüchern z. B. auf das Wärmste, wenn man richtiger Weise mit 3 höchstens 5 Litern täglich spülen lässt, wird man bei der $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde dauernden Prozedur wohl kaum die Patientinnen zu sehr belästigen und erreicht mit dieser einfachen Methode gute Resultate.

Dr. Keilmann bittet Herrn Christiani nicht anzunehmen, dass die Verurteilung der Vaginalirrigationen sich auf die von Herrn Ch. angewandte Methodik stütze, da die-

selbe ihm erst eben bekannt geworden: vielmehr bezog er sich dabei auf die, ihm anderweitig bekannt gewordenen Anwendungen heisser Scheidenspülungen, die sich als übertriebene Polypragmasie bezeichnen lassen und namentlich eine hochgradige mechanische Irritation, der dem hinteren Scheidengewölbe benachbarten Krankheitsherde bedeuten können.

Präses Prof. Dehio: Dankt den Anwesenden für das Interesse mit dem sie den Sitzungen bis zum Schluss gefolgt sind und erklärt die Sitzungen des diesjährigen Aerztetages für geschlossen.

Kreisarzt Dr. A. Kröger schliesst offiziell den Aerztetag im Namen der Medizinalverwaltung.

Sekretär: Dr. med. G. Engelmann.

Zweck und Wesen der Unterstützungskasse für Wittwen und Waisen der Mitglieder der livländischen Filiale der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Hilfe.

Von

Dr. med. C. Ströhmberg,

Stadtarzt in Jurjew.

(Vortrag, gehalten auf dem XV. livländischen Aerztetage, in Pernau.)

Im Gegengsatz zu anderen Berufsklassen ist bei uns Aerzten bisher die Solidarität auf dem Gebiete der Gegenseitigen Hilfe bisher eine ungenügende.

Während z. B. die Pastoren über ein Jahrhunderte altes Standesbewusstsein verfügen, eine Eigenschaft, welcher, neben anderen Vorzügen, auch die mannigfaltigsten, vortheilhaften Unterstützungskassen entsprungen sind, hat sich bei den hiesigen Aerzten erst mit unseren Aerztetagen ein intensiveres Bewusstsein der engeren Zusammengehörigkeit zu entwickeln begonnen. Die Pastoren besitzen gegenwärtig alte, fest fundirte Kassen, welche gegen kleine Beiträge grosse Vortheile in den verschiedensten Lebenslagen gewähren. Wir entbehren einstweilen solcher segensreicher Einrichtungen.

Unser Beruf mit seiner beständigen, grossen Verantwortlichkeit, mit der Nothwendigkeit den grössten Theil unserer Zeit ausser dem Hause zu verbringen und die Stunden am häuslichen Herde zur Vorbereitung für unsere praktische Thätigkeit ausser dem Hause zu verwenden, entfremdet uns der eigenen Familie. In der Sorge um das Wohl Fremder wird nur zu leicht die erforderliche Fürsorge für die Eigenen vergessen, obgleich unsere auf-

reibende Thätigkeit uns eigentlich die Pflicht auferlegen sollte, mehr als Andere an die Versorgung unserer Familien für den Fall unseres Todes zu denken.

Ein grosses Verdienst unserer Aerztetage ist es, dass während der kurzen Zeit ihres Bestehens man auch bei uns begonnen hat, die Kollegialität besser als in alten Zeiten zu pflegen. Unseren Aerztetagen entsprang auch die Anregung zur Gründung der livländischen Filiale der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfe. Wie sehr dieselbe einem bestehenden Bedürfnisse entspricht, geht daraus hervor, dass diese Filiale bereits gegen 255 Mitglieder zählt und dass im Laufe ihres 4-jährigen Bestehens mehr als 10 % der Mitglieder in verschiedenen unangenehmen Situationen die Hilfe der Filiale beansprucht haben. Zu grösseren materiellen Unterstützungen Einzelner vermag sich aber ein Verein mit einem kleinen Mitgliedsbeitrage von 5 Rbl. jährlich nicht emporzuschwingen. Er kann indes der Gesamtheit der hiesigen Aerzte eine recht wesentliche materielle Hilfe zu Theil werden lassen, indem er seine disponiblen Summen in eine ärztliche Unterstützungskasse abfliessen lässt und dadurch zu schnellerem Wachsthum des Kapitals der letzteren beiträgt. Dieser Erwägung entsprang der Beschluss der Filiale 50 % ihres Reingewinnes alljährlich in die zu gründende ärztliche Wittwenkasse abzuführen.

Die Zwecke dieser zu gründenden Kasse lassen sich kurz in folgenden Worten definiren. Durch jährliche, auch bei den bescheidensten Mitteln erschwingliche Beiträge, welche Eigenthum des Mitgliedes bleiben und ihm resp. seiner Wittwe oder seinen Kindern zurückzuerstatten sind, erwirbt das Mitglied selbst nach erreichtem 70. Lebensjahre das Recht auf eine Pension, und im Falle seines Todes erwerben die Frau oder die unmündigen Kinder dasselbe Recht. Die Höhe der Pensionsquoten soll zwar möglichst beträchtlich, indes so bestimmt werden, dass die Summe derselben langsamer wächst als das Pensionskapital, welches aus den Zinseszinsen von den Mitgliedsbeiträgen und den Zuschüssen aus der Kasse der Filiale gebildet wird. Dadurch soll

ein beständiges, allmähliches Anwachsen der Höhe der Pensionsquoten erreicht und eine Verminderung der ein Mal erreichten Höhe vermieden werden.

Neben diesem direkten Unterstützungszwecke hat die Kasse auch einen weiteren Zweck, den der Aufrechterhaltung des Standesbewusstseins und der Solidarität der Aerzte.

Was die Aerztetage in dieser Beziehung begonnen haben, könnte die Kasse bis in eine ferne Zukunft hinein fortführen. Ist sie einst kapitalstark geworden, so wird ihr der Gesamtheit der hiesigen Aerzte gehörendes Kapital ein kräftiges Bindemittel unter den Aerzten bilden. Wir sehen, wie bei mehr als 100 Jahre alten Kassen, deren Mitgliederzahl eine beschränkte ist, die Aspiranten nach Jahre langem geduldigen Warten bei endlich erfolgter Aufnahme in die Kasse froh und zufrieden sind, sich selbst eine Beruhigung für den Todesfall, den Ihrigen aber eine namhafte Unterstützung sichern zu können. Wenn wir auch hoffen wollen, dass der ideale Schwung, welcher die Aerztetage ins Leben rief und sie nun mehr 15 Jahre hat bestehen lassen, stets unter uns bestehen bleiben möge und gerade weil wir solches hoffen, muss uns ein materielles Bindemittel unter uns Aerzten erst recht willkommen sein. Schon im Jahre 1891 erwirkte die Gesellschaft livländischer Aerzte die ministerielle Bestätigung der Statuten einer Pensionskasse für Wittwen und minderjährige Waisen der Aerzte des livländischen Gouvernements. Das thatsächliche Zustandekommen der Kasse scheiterte wohl hauptsächlich daran, dass der Beginn der Thätigkeit an die Bedingung eines Minimums von 100 Mitgliedern geknüpft war, während die Zahl der Aspiranten nur 55 erreichte. Die Rentabilitätsberechnung jener Kasse versprach eine Pensionsquote von der Höhe des 5-fachen des gezahlten Mitgliedsbeitrages. Eine Rückzahlung der Mitgliedsbeiträge sollte aber nicht erfolgen.

Seit diesem nicht zustandegekommenen Projekte sind nunmehr 12 Jahre vergangen. Inzwischen ist die livländische Filiale des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfe ins Leben getreten, und gleich

anderen Filialen desselben Vereins aber ganz unabhängig von denselben, musste sie die Frage der Wittwen- und Waisenversorgung der Aerzte als eines der dringendsten Bedürfnisse und als eine ihrer wichtigsten Pflichten wieder aufnehmen.

Sie war dabei genöthigt die zu gründende Kasse nach anderen Principien als denen der nicht zustandegekommenen Kasse einzurichten und nach Möglichkeit die durch jene Kasse versprochenen Vortheile beizubehalten. Von dem Modus der gewöhnlichen Lebensversicherung musste Abstand genommen werden, da die Zahlungsfähigkeit derselben nur durch eine sehr grosse Zahl von Versicherten garantirt werden kann. Das Princip der gewöhnlichen Sterbekassen war wenig verlockend angesichts der vielen Misserfolge derselben. Die zweckmässigste und erwünschteste Form einer Standeskasse dürfte wohl diejenige sein, bei welcher sich ein stets wachsendes Kapital bildet, aus dessen Zinsen die Pensionen bestritten werden. Als bester Wegweiser für die Organisation einer solchen Kasse konnten anstatt schwieriger theoretischer Berechnungen die praktischen Erfahrungen bereits bestehender Kassen verwerthet werden, da in den Ostseeprovinzen bereits solche Kassen mit gutem Erfolge existiren. Eine solche Kasse zahlt gegenwärtig nach 100-jährigem Bestehen gegen einen jährlichen Beitrag von 20 Rubeln eine jährliche Wittwenpension von 150 Rubeln.

Zu Gunsten der Wittwen und Waisen der Aerzte ein Kapital zu sammeln, welches ähnliche Vortheile verspricht, ist wahrlich keine zu verachtende Aufgabe.

Als Paradigma der zu gründenden Kasse wählte unsere livländische Filiale des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hilfe das Statut der im Jahre 1884 bestätigten Dorpater Wittwen- und Waisenkasse, der so genannten Pfeilschen Kasse.

Herr Pastor Pfeil, cand. theol. und stud. grad. mathem. hat mehrere der bestehenden Kassen auf ihre Erfolge und Misserfolge hin aufmerksam geprüft, die Gründe sowohl der ersteren als auch der letzteren zu ermitteln gesucht und auf Grund dieser Studien seine Kasse ins

Leben gerufen welche im Laufe ihres nun bald 20-jährigen Bestehens die auf sie gesetzten Hoffnungen vollkommen erfüllt hat.

In zwei Punkten weicht die von uns geplante Kasse von der Pfeil'schen ab.

Während bei dieser Kasse die jährliche Mitgliedsquote 10 Rubel beträgt, haben wir die unsrige auf 20 Rubel fixirt.

Ferner verfügen wir über einen Zuschuss von der Filiale der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfe, während die Pfeil'sche Kasse keinen Zuschuss hat.

Wir rechnen daher auch darauf, dass, während Pfeil als anfängliche Pensionsquote dass $1\frac{1}{2}$ -fache der Mitgliedsquote zahlt, wir als anfängliche Pensionsquote das Doppelte der Mitgliedsquote werden zahlen können.

Das Pfeil'sche Princip besteht darin, bei der Berechnung der Höhe der Pensionsquote stets sowohl die Zahl der Mitglieder als auch diejenige der Wittwen in Rechnung zu bringen und die goldene Mittelstrasse zwischen den zwei Extremen einzuhalten, welche bisher bei solchen Kassen beobachtet worden sind.

In den Kassen, welche die verfügbaren Zinsen einfach durch die Anzahl der jeweilig vorhandenen Wittwen dividiren, sind die Pensionsquoten anfangs sehr hoch und vermindern sich mit dem späteren unvermeidlichen Wachsen der Zahl der Wittwen rapid. In den Kassen, in welchen hingegen das allendlich zu erwartende maximum der Wittwen (60 %, bei Kassen mit männlichen Pensionen sogar 90 % der Mitglieder) gleich anfangs als Divisor genommen wird, sind die Pensionsquoten sehr bald so minim, dass solche Kassen aus Mangel an Mitgliedern einzugehen pflegen.

Mit Hülfe einer sehr sinnreich konstruirten Tabelle, in welcher stets sowohl die Zahl der Mitglieder als auch die der Wittwen berücksichtigt wird, und welche Pfeil als seine gleitende Skala bezeichnet, wächst sein Divisor ganz allmählich von $\frac{1}{3}$ der Summe der Mitglieder und Wittwen bis $\frac{1}{2}$ dieser Summe, d. h. bis zu dem Punkte wo die Zahl der Wittwen derjenigen der

Mitglieder gleich ist, oder mit anderen Worten, wo die Wittwen 100 % der Mitglieder betragen. Dieser rechnungsmässige Divisor hat in den ersten 2 Jahrzehnten des Bestehens der Kasse nur einen theoretischen Werth; denn ohne Rücksicht auf denselben wird die statutenmässige Pensionsquote den Wittwen ausgezahlt, welche anfänglich viel höher ist als die rechnungsmässige. Ein Einblick in die sorgfältig geführte Statistik der Pfeil'schen Kasse lehrt, dass schon im Jahre 1900, im 16. Jahre des Bestehens der Kasse die rechnungsmässige Quote höher ist als die faktisch gezahlte. Die Zinsen des Pensionskapitals genügen nun schon, um beinahe einer doppelt so grossen Zahl von Wittwen als der thatsächlich vorhandenen eine höhere Pension zu ertheilen, als die Wittwen in Wirklichkeit erhalten. Das Wachsen des Kapitals lässt hoffen dass schon im nächsten Jahrzehnt trotz des Anwachsens der Zahl der Wittwen die Pensionsquote um 5 Rubel jährlich wird erhöht werden können.

Die Kasse ist nunmehr so kapitalkräftig geworden, dass eine Nichterfüllung ihrer Verpflichtungen kaum denkbar erscheint und sehr bald ein stetiges Steigen der Pensionsquoten zu erwarten ist.

Man gewinnt den Eindruck, dass sie ihre kritischste Zeit überwunden hat. Nach Analogie dieser Kasse dürfen wir erwarten, dass auch unsere Kasse gedeihen wird.

Für die ersten 2 Jahrzehnte, in welchen das Kapital noch nicht gross genug ist, um allen Eventualitäten erfolgreich die Spitze zu bieten, wie etwa Epidemien, denen plötzlich eine grössere Anzahl der Aerzte zum Opfer fallen sollte, hätte die Kasse immer noch einen Rückhalt in den 50 % des Reingewinnes der Filiale, die nicht zum Kapital der Kasse abgeführt werden. Man könnte für dieselben kaum eine bessere und zweckmässigere Verwendung finden, als die Unterstützung der Wittwenkasse in einer kaum zu befürchtenden, jedoch (nicht) unter dem Bereich der Möglichkeit liegenden Nothlage.

Die von uns geplante Kasse ist unabhängig von der Zahl der sich meldenden Mitglieder; der in die Kasse

Eintretende opfert nur die Zinsen seiner an und für sich sehr mässigen Beiträge.

Je älter der Eintretende ist um so beträchtlicher wird das Opfer an Zinsen, welche vom 30. Jahre an in steigender Progression nachzuzahlen sind und vom 56. J. an die Summe der nachzuzahlenden Beiträge übersteigen. Die letzteren können auch in einem zu 5 % verzinslichen Schuldscheine entrichtet werden. In diesem Falle haben die Mitglieder alljährlich ausser ihrem Jahresbeitrage auch die Zinsen für den Schuldschein zu entrichten.

Durch so mässige Opfer erwirbt man sich die Anwartschaft auf eine lebenslängliche Pension für seine Wittve und für sich selbst oder einer zeitweiligen für seine minderjährigen Kinder. Aber sollte man selbst und die Seinigen nicht in die Lage kommen, von einer Pension Gebrauch zu machen, so sind die geopferten Zinsen einem guten Zwecke dargebracht, der Milderung der Noth in Familien von Kollegen, welche uns jetzt leider noch allzuoft in der herbsten Form ungemildert begegnet. Endlich aber tragen die Opfer dazu bei, ein Kapital zu bilden, das eine mit der Zeit wachsende Stütze des ärztlichen Standes zu bilden bestimmt ist.

Man darf es daher wohl als eine Pflicht aller derjenigen Kollegen, deren Mittel den nachzuzahlenden Zinsen gewachsen sind, betrachten, der projektirten Kasse beizutreten, eine Pflicht gegenüber der eigenen Familie und gegenüber dem Stande, welchem wir angehören und den wir stets ohne irgend welche Nebenrücksichten hochhalten sollen.

Hydrotherapeutische Rückblicke.

Von

Dr. med. G. Hermann,

Stadtarzt in Pernau.

(Vortrag, gehalten am 4. Juni 1903, auf dem XV. livländischen
Aerztetage zu Pernau.)

Meine Herren!

Betrachten wir die Geschichte der Medicin flüchtigen Blickes, so sehen wir dass die verschiedensten Ansichten über Kranksein und Gesundwerden in bestimmten Zeitperioden einander ablösen. Es kommen nach einander die verschiedenartigsten Systeme zur Geltung, die einander oft diametral gegenüberstehen. Vom Nihilismus in der Medicin — z. B. des vorigen Jahrhunderts ging man über zur Polypragmasie und Polypharmacie. Wir stehen augenblicklich in der Zeitperiode der physikalisch-diätetischen Heilmethoden, welche sich uns immer mehr und mehr aufdrängen und es zur Nothwendigkeit machen dass sich ein jeder praktische Arzt auf diesem Gebiete gründlich umschaue und mit demselben vertraut mache. Wohl den breitesten Raum unter den physikalisch-diätetischen Heilmethoden nimmt die Hydrotherapie ein. Dieselbe hat sich den ihr gebührenden Platz in der wissenschaftlichen Medicin nur unter schweren Kämpfen errungen, da Spott und Hohn früher diejenigen Aerzte zu treffen pflegte welche sich aus Ueberzeugung der Hydrotherapie widmeten. Wasserdactore, Badstüber, Charlatane wurden dieselben genannt, denn die Hydrotherapie galt ja bis in die neueste Zeit hinein — als unwissenschaftlich. Kein Wunder also, dass sich meist Laien mit Wasserkuren abgaben. Erst Professor Winternitz in Wien erkannte den Werth der Hydrotherapie, studierte

ihre Principien in wissenschaftlicher Art und Weise und rettete diese so überaus alte Heilmethode unserer Aerzte-welt. Das Verdienst aber können und dürfen wir Aerzte den Laien-Empirikern in der Hydrotherapie nicht nehmen, dass sie die Aerztewelt gezwungen haben ihr Vertrauen nicht voll und ganz den chemischen Hilfstruppen der Pharmacie zu überlassen. Ich glaube, wir werden jetzt wohl alle den Ausspruch von Professor K u s s m a u l unterzeichnen können, welcher sagte: «der Glaube an das Recept ist bei den Gebildeten im Niedergange, die Zu-versicht zur Heilkraft des Wassers und zu den diäte-tischen Kurmethoden im Steigen. Auch die unteren Schichten beginnen einzusehen, wieviel sich mit Wasser, Licht, Luft und Regelung der Lebensweise ohne Arz-neien ausrichten lässt. In weiten Kreisen ist sogar das Misstrauen gegen die Arzneimittel, selbst gegen die wirk-samsten und durch nichts zu ersetzenden, herrschend geworden».

Die Hydrotherapie ist eine sehr sehr alte Heilkunst und Heilmethode; es dürfte nicht uninteressant sein — sich die historische Entwicklung derselben zu verge-genwärtigen.

In Indien lässt sich die Anwendung des Wassers zu Heilzwecken bis in die ältesten Zeiten verfolgen und wird auch jetzt noch in den Tempeln von den Brahmi-nen ausgeübt.

Wie Dr. G r o t e f e n d aus Keilschriften nachgewiesen hat, galt bei den Assyro-Babyloniern das Wasser als Hauptarzneimittel.

Das mosaische Gesetz schrieb den alten Juden be-kanntlich ganz bestimmte Waschungen vor, welche zwar mit religiösen Ceremonien verbunden waren, hauptsäch-lich jedoch wohl gesundheitlichen Zwecken dienten. Im Buche der Könige finden wir geschrieben: «gehe hin und wasche Dich 7 Mal im Jordan, und Dein Fleisch wird wieder gesund und Du rein werden». Doch nicht allein der Jordan sondern auch die Silva-Quelle und der Teich von Bethesda wurden von den Juden wegen ihres angeblich heilkräftigen Wassers aufgesucht.

Die alten Griechen haben seit den ältesten Zeiten die Hydrotherapie gekannt und viel angewandt. Der Philosoph Pythagoras sah streng darauf, dass sich seine Schüler kalt badeten, als Prophylacticum gegen Erkrankungen. Die priesterärztliche Zunft der Asclepiaden in Griechenland, die ihr medicinisches Wissen und Können sehr geheim hielt, hatte in ihren sogenannten Asclepien geschlossene Sanatorien zur Verfügung in denen sehr viel Hydrotherapie getrieben wurde. Diese Asclepien wurden stets in nächster Nähe gesunder Quellen auf hohen, trocken gelegenen Orten errichtet. Der Vater der Medicin, der alte Hippokrates entstammte dem Geschlechte der Asclepiaden. Ihm waren die zünftigen Geheimnisse derselben vollkommen bekannt, deshalb war er auch mit der Anwendung des kalten Wassers zu Heilzwecken ganz vertraut. Hippokrates war ein durchaus hellsehender Kopf, er erkannte den grossen Werth der Hydrotherapie welche er auf ihre Grundprincipien hin zu studiren anfang und auf diese Weise sehr vervollkommnete. Hippokrates hat uns unter seinen vielen anderen Werken ein Buch hinterlassen, betitelt: «über Luft, Wasser und Orte». Hier hauptsächlich finden wir seine Gedanken, Erfahrungen und Theorien über die Wasseranwendung in der Therapie der Krankheiten niedergelegt. Zu bewundern ist die Präcision des alten Collegen Hippokrates beim Verordnen aller hydrotherapeutischen Proceduren, welche er streng individualisirte. Ungern verordnete derselbe kalte Bäder, desto lieber warme Bäder, dann aber auch Uebergiessungen, Aufschläge, Einpackungen, das Wassertrinken, nach bestimmten Regeln. In der Chirurgie wandte Hippokrates das kalte Wasser im weitesten Umfange an zur Behandlung von Wunden, Brüchen, Verrenkungen. Hippokrates fand unter seinen Schülern eine Menge Nachahmer in der Hydrotherapie, welche sich von jetzt ab rasch in Griechenland auszubreiten begann. Eine gewisse Berühmtheit erlangte der Asclepiades von Prusa mit dem Beinamen «psychralutes» (der kalt Badende). Er hatte im Gegensatz zu Hippokrates eine Vorliebe für's kalte Wasser. Dieser Asclepiades von Prusa siedelte nach

Rom über, woselbst er ausschliesslich als Hydrotherapeut wirkte, nebenbei jedoch auch auf strenge Diät bei den Kranken sah und denselben bestimmte Bewegungen vorschrieb also Heilgymnastik trieb. Wir sehen also dass schon 2000 Jahre vor uns ein alter College in den physikalisch-diätetischen Heilmethoden ganz bewandert war. Asclepiades von Prusa in Rom handelte nach der Devise: tuto, cito, jucunde. Er brachte die Hydrotherapie zu einem seltenen Grade der Entwicklung und Vollkommenheit.

Nach dem Asclepiades von Prusa war es der Freigelassene Antonius Musa, welcher alle Krankheiten mit Wasser behandelte. Er muss ein sehr geschickter Arzt und Hydrotherapeut gewesen sein, denn es gelang ihm durch eine sehr energische Wasserkur den Kaiser Augustus vom Tode zu erretten, und ebenfalls den Dichter Horaz erfolgreich zu behandeln.

Musa erlangte hierdurch eine weit ausgebreitete Berühmtheit als Arzt. Wie uns Plinius berichtet war Musa's Bruder Euphorbius beim König Duba von Numidien als Leibarzt angestellt; auch dieser war Hydrotherapeut und es wird ihm eine grosse ärztliche Geschicklichkeit nachgerühmt. Beide Brüder haben für uns deshalb ein sehr grosses Interesse als dieselben den Werth der Reaction in der Hydrotherapie erkannt hatten und Gewicht auf dieselbe legten. Ein Zeitgenosse des Kaisers Nero, der Gelehrte Aulus Cornelius Celsus, hat uns in dem Werke «de re medica» ein sehr gründliches Compendium der damaligen Arzneykunst hinterlassen. Im dritten Buche dieses Werkes beschreibt Celsus sehr genau die Anwendung des kalten Wassers als Getränk, zu Waschungen, Bädern, Abreibungen. Jedoch wurden von ihm auch warme Bäder, sogar Schwitzbäder angewandt, desgleichen verschiedene andere diätetisch-hygienische Procedures. Als würdiger Nachfolger des Celsus ist Claudius Galenus zu betrachten, welcher Leibarzt des Kaisers Commodus war. Er starb 200 n. Ch. Galenus galt für den tüchtigsten Arzt seiner Zeit; er wandte hauptsächlich das kalte Wasser bei der Behandlung seiner Patienten an, scheute sich jedoch keineswegs vor der

Verordnung warmer Bäder, wenn er diese für mehr indicirt hielt, zumal mit Zusatz medicamentöser Substanzen. Galenus verordnete desgleichen nicht selten Sonnen-, Luft-, Sand- und Dampfbäder. Bei gichtisch-rheumatischen Affectionen liess er die leidenden Theile mit Schlamm einreiben und einpacken, analog der jetzt so sehr modernen Fango-Behandlung. Es beginnt jetzt eine Periode des Verfalles der Kaltwasserbehandlung, denn die Römer begannen zu degeneriren, sich dem Luxus und einer üppigen Lebensweise in die Arme zu werfen, sie verweichlichten und bevorzugten infolge dessen die ihnen angenehmeren warmen Bäder. Zu hunderten wurden die berühmten römischen Bäder erbaut, deren Ruinen uns in Rom und Pompeji noch jetzt in Erstaunen setzen. In dem Arzt Oribasius erlebte die Hydrotherapie (um 360 n. Ch.) einen kurzdauernden Aufschwung. Es beginnen allmählig die verschiedenen Badeorte in Mode zu kommen, es gehört zum guten Tone Bajä und andere Heilquellen aufzusuchen, sich daselbst längere Zeit aufzuhalten sowohl zur Heilung von Gebrechen als auch nicht weniger zum Amusement. Auch in den Colonien wurden die Heilquellen aufgesucht, ausgebaut und viel besucht. So kannten und schätzten die Römer die Heilquellen von Aachen, Wiesbaden, Baden-Baden, Baden bei Wien, Baden in der Schweiz, Reichenhall und viele andere. Als das römische Reich zerfallen war, ging die Kenntniss der altrömischen Heilkunst bekanntlich auf die arabischen Aerzte über. Einer der bekanntesten arabischen Aerzte war Avicena († 1037) welcher die Hydrotherapie kannte und dieselbe anwandte, jedoch nur in sehr schweren, verzweifelte Fällen und mit einer gewissen Aengstlichkeit; er theilte diese Aengstlichkeit in der Anwendung des kalten Wassers mit den übrigen arabischen Aerzten. Der Verfall der Hydrotherapie schritt in den folgenden Jahrhunderten immer mehr und mehr fort. Im Mittelalter finden wir die Anwendung nur warmer Bäder ausgebreitet, vor dem kalten Wasser herrschte eine grosse Scheu. Die Kenntniss und die Kunst der Psychrolusia, der Kaltwasserbehandlung, war im Laufe dieser Zeit vollständig verloren gegangen. Es erklärt sich wohl auch

damit, dass die gesammte ärztliche Kunst allmählig verfiel, es hatte eine höchst kritiklose Polypragmasie und Polypharmacie um sich gegriffen, und sich eine grossartige Vorliebe für die Heilquellen entwickelt. Zu Ende des 17. Jahrhunderts erst tauchten wiederum Personen in England und Schottland auf, welche die Kaltwasserbehandlung auszuüben begannen, jedoch waren es keine Aerzte sondern Laien-Empiriker, besonders Geistliche. Der Prediger Hancock gab im Jahre 1712 ein Buch über den richtigen Gebrauch der kalten Bäder heraus, welches einige Verbreitung fand. Ein Zeitgenosse des Hancock war der englische Arzt Floyer, welcher eine grosse Vorliebe für die Hydrotherapie fasste und dieselbe ausschliesslich bei der Behandlung seiner Patienten benutzte. Er veröffentlichte seine Erfahrungen und Anweisungen in einem Werke «Psychrolusia», welches binnen kurzer Zeit 6 Auflagen erlebte. Von jetzt ab sehen wir die Hydrotherapie sich rapide über England, Spanien und Italien ausbreiten, meist jedoch im Kreise von Laien-Empirikern. Auch nach Frankreich und Deutschland schlug der zündende Funke hinüber, die Hydrotherapie erwarb sich begeisterte Anhänger. Der sehr bekannte Arzt Friedrich Hoffmann in Halle war ein tüchtiger, begeisterter Wasserdctor, der alte Dr. Schwertner in Jauer betrieb sehr energisch hydrotherapeutische Kuren. Dieser sammelte die bisher zerstreute Literatur über die Wasserkur in einem Büchlein betitelt: «Medicina vere universalis» In Schweidnitz übte der alte Dr. Sigmund Hahn über 50 Jahre lang ausschliesslich hydrotherapeutische Praxis aus, obwohl er hierbei einen bedeutenden Widerstand des Publicums und seiner Kollegen zu überwinden hatte. Er veröffentlichte im Jahre 1732 ein Werk «der Peterswälder Brunnen» und etwas später seine: «Psychrolusia veterum renovata». Dieser alte College Hahn hatte zwei Söhne. Der ältere war praktischer Arzt in Breslau und hiess Johann Gottfried Hahn, der andere war Stadtarzt in Schweidnitz und hiess Johann Sigmund Hahn. Als in Breslau eine sehr heftige Typhus-Epidemie ausbrach, wandten beide Brüder Hahn ausschliesslich das kalte Wasser

zur Behandlung dieser Krankheit an und zwar hatten sie bessere Erfolge als ihre allopathischen Collegen. Der Doctor Johann Sigmund Hahn legte seine Erfahrungen in der Kaltwasserbehandlung in einem Werke nieder, welches er betitelte: «Die wunderbare Heilkraft des frischen Wassers bei dessen innerlichem und äusserlichem Gebrauche, durch die Erfahrung bestätigt». In den Jahren 1737—1770 erlebte dieses Büchlein ganze fünf Auflagen. Vor 5 Jahren hat Professor Winternitz dieses Büchlein der Vergessenheit entrissen, indem er es von neuem auflegte und mit einem Vorworte versah. Dieses Büchlein hat befruchtend auf den Reorganisator der deutschen Hydrotherapie, auf den schlesischen Bauern Vincenz Priessnitz in Gräfenberg gewirkt. Dieses Büchlein gab dem Pfarrer Sebastian Kneipp in Wörishofen die erste Anregung dazu zuerst sich selbst mit kaltem Wasser von einer angeblich unheilbaren chronischen Lungenkrankheit auszukuriren und später den Segen der Hydrotherapie auch anderen Kranken zu Theil werden zu lassen.

Wir haben gesehen, dass Hancock und Floyer in England Veranlassung gaben zur Ausbreitung der Hydrotherapie. Würdige Nachfolger derselben waren die Aerzte William Wright und James Currie. Diese scheuten sich nicht selbst alle acuten Exantheme, den Scharlach, die Pocken etc. mit kalten Uebergiessungen zu behandeln. Als in Liverpool zu Ende des 18. Jahrhunderts eine schreckliche Typhus-Epidemie ausbrach, wandte Currie nur kalte Uebergiessungen an und hatte mit denselben ausserordentlich günstige Erfolge, viel bessere als die allopathischen Aerzte, die nur pharmaceutische Mittel anwandten. Currie gab 1797 ein grösseres Werk über seine Behandlungsmethode heraus. Ein Zeitgenosse Currie's der Mailänder Arzt Giannini, war in Italien ein begeisterter Vorkämpfer der Hydrotherapie. Sein Werk: «Ueber die Natur des Fiebers und eine verbesserte Methode, es zu behandeln», fand eine bedeutende Ausbreitung. In Deutschland, woselbst die Familie Hahn den Boden für die Hydrotherapie schon vorbereitet hatte, erregten Gianninis und namentlich Currie's Erfolge

ein ungeheures Aufsehen, es erschienen viele Anhänger der Hydrotherapie, besonders der Uebergießungsmethode. Aber auch Gegner derselben fanden sich ein. Es entbrannte ein heftiger, erbitterter Streit dafür und davor. Um Klarheit in diese Frage hineinzubringen, sah sich 1821 die Hufelandsche Medicinische Gesellschaft zu Berlin veranlasst, diese Frage zum Gegenstande eines Preisthemas zu machen. Der Hofmedicus zu Wien Doctor Fröhlich, gewann den Preis zu Gunsten der Hydrotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Currie'schen Uebergießungen. Dr. Fröhlich war ein erfahrener Hydrotherapeut. Im Ganzen und Grossen verhielt sich jedoch die Aerztewelt in Deutschland wiederum recht flau und skeptisch der Hydrotherapie gegenüber. Erst in dem schlesischen Bauern Vincenz Priessnitz erstand der Wasserheilkunst ein energischer Regenerator und Reorganisator. Das Jahr 1826, in welchem Priessnitz in Gräfenberg-Freiwaldau seine später so berühmt gewordene Kaltwasserheilanstalt begründete, ist ein Wendepunkt in der Geschichte der Hydrotherapie, von da ab datirt ein Aufschwung dieser Heilmethode, obwohl im Grossen und Ganzen die Aerzte sich doch noch recht skeptisch verhielten. Zum Glück fand die Hydrotherapie in Winternitz einen Gelehrten, der den bisherigen Standpunkt der Empirie in der Hydrotherapie nicht gelten lassen wollte, und dieselbe wissenschaftlich zu verarbeiten begann. Durch Professor Winternitz ist also uns praktischen Aerzten die Hydrotherapie als wissenschaftliche Heilmethode gerettet worden. Leider aber sind noch immer die Unkenntniss der Technik von Seiten der Aerzte, die Einfachheit des Mittels an und für sich, dabei die Unbequemlichkeit der Anwendung, auch die Gewöhnung des Publicums ans Recept, schwerwiegende Hindernisse für die Mehrzahl der praktischen Aerzte gewesen, sich mit der Hydrotherapie vertraut zu machen, obwohl einzelne Procedures derselben z. B. die sogenannten erregenden Priessnitz'schen Umschläge, allgemeine Verbreitung gefunden haben. Und doch müsste wohl ein jeder Arzt vor allen Dingen ein tüchtiger Hydrotherapeut sein, denn es lassen sich mit der heilenden

Wasseranwendung so günstige Resultate erzielen, wie mit keiner einzigen anderen Methode. Nehmen wir nur ein Beispiel heraus, nämlich die Statistik der Typhus-Behandlung, so ergibt sich nach Glax eine Sterblichkeit im Typhus abdominalis: Bei expectativer Behandlung zwischen 27 pCt. und 10 pCt. schwankend, bei streng durchgeführter Kaltwasserbehandlung jedoch zwischen 9,3 pCt. bis 0 pCt. Diese Zahlen geben uns doch zu denken.

Ueerblicken wir im Fluge die Geschichte der Medicin noch einmal, so sehen wir, dass die verschiedenartigsten Behandlungsmethoden einander ablösen, dass jedoch immer wieder die Hydrotherapie siegreich durchdringt und ihren Platz seit Jahrtausenden nicht aufgibt. Denn es ist, wie der alte College Dr. Schwertner in Jauer sich ausdrückte, eine *medicina vere universalis*.

Ueber Blutdruckmessungen in der Badepraxis.

Von

Dr. med. H. Stillmark.

(Vortrag, gehalten auf dem XV. livländischen Aerztetage,
in Pernau.)

Meine Herren!

Es wird Ihnen gleichfalls aufgefallen sein, wie verhältnissmässig häufig in der neueren medicinischen Literatur Angaben über den Blutdruck sich finden. Auch Sie werden aus diesem Umstande mit Recht auf das grosse Interesse geschlossen haben, das diesem Gegenstande in der Neuzeit entgegen gebracht wird. — Leider werden andererseits auch Sie sich dem Eindruck nicht verschliessen können, dass viele dieser Angaben einander scheinbar widersprechen oder aber noch nicht auf genügend fester wissenschaftlicher Basis beruhen, Vorwürfe, denen eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen ist.

Andererseits dürfen wir aber nicht vergessen, dass die klinischen Blutdruckuntersuchungen überhaupt erst seit relativ kurzer Zeit Gegenstand wissenschaftlicher Forschungen geworden, wir daher also noch weit davon entfernt sind, uns ein abschliessendes Urtheil über den Werth oder Unwerth derselben als diagnostischen Hilfsmittels zu bilden.

Immerhin glauben wir aber auch jetzt schon sagen zu können, dass es den Bemühungen der Forscher gelungen ist, überaus interessante und auch schon in der Praxis verwertbare Thatsachen in dieser Hinsicht festzustellen.

Fragen wir uns nun zunächst, wie es kommt, dass die Resultate der verschiedenen Autoren, an deren Zuverlässigkeit wir ja nicht im Mindesten zweifeln dürfen

so weit auseinander gehen und einander sogar direct widersprechen, so müssen wir, glaube ich, unter Andre m in erster Linie die Beschaffenheit der verschiedenen von ihnen benutzten Apparate dafür verantwortlich machen.

Es ist Ihnen bekannt, dass eine ganze Reihe von Blutdruckmessungsapparaten construirt ist, von denen ich nur die folgenden nenne: Frey, von Basch, Francke, L. Hill und Barnard, Gaertner — eventuell mit der von Hampeln angegebenen Modification desselben — Oliver, Hürthle, Marey, Riva-Rocci, Recklinghausen.

Wohl am meisten sind das von Basch'sche Sphygmomanometer, das Gaertner'sche Tonometer und der Riva-Rocci'sche Apparat im Gebrauch. Besonders eignen sich auch die 3 genannten Systeme zur Anwendung in der Badepraxis.

Ehe wir nun, m. H., zu der Besprechung der Blutdruckmessungen im Bade übergehen, möchte ich mir erlauben, Ihnen in Kürze die Daten aus der Physiologie und Pathologie des Blutdrucks wieder in die Erinnerung zurückzurufen, die bei dem Gebrauch von Bädern von Bedeutung sind.

Was die normale Höhe des Blutdrucks anbetrifft, so giebt es darüber sehr zahlreiche Beobachtungen. Derselbe beträgt nach Hensen¹⁾ 100—160 mm. beim erwachsenen gesunden Manne, mit dem Riva-Rocci'schen Apparate gemessen. Damit stimmen, wie Hensen mit Recht hervorhebt, die Resultate der directen Messungen Alberts gut überein. Letzterer mass an der Arterie tibialis antica eines Amputirten den Blutdruck durch ein Hg.-manometer, das in die Arterie eingesetzt war, und fand die Zahlen 100—160 mm.

Aehnliche Resultate haben auch von Basch, Frey, Zadek, Friedmann und viele Andere gefunden.

Bei Kindern und Frauen erscheint der Blutdruck mehr oder weniger niedrig, etwa zwischen 80—120 mm. schwankend. Bei Greisen ist er gewöhnlich höher.

¹⁾ Hensen: Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutdrucks. Deutsch.

Der Vollständigkeit halber darf nicht unerwähnt bleiben, dass Federn²⁾ eigenthümlicher Weise durch eine mehr als viele Zehntausende betragende Zahl von Untersuchungen zu dem Resultate gekommen ist, dass der normale Blutdruck bei Erwachsenen nur 80—90 mm. Hg., ausnahmsweise vielleicht auch 100 mm. betrage.

Zu den physiologischen Schwankungen des Blutdrucks können wir auch die Erhöhung desselben am Abend, nach Nahrungs- und reichlicher Flüssigkeitsaufnahme, bei gewissen Lageveränderungen rechnen. — Ueber die Wirkung von körperlicher Arbeit auf den Blutdruck, die Prof. Dehio und seine Schüler Masing, Moritz³⁾ einer umfassenden Untersuchung unterzogen haben, werde ich mir erlauben, an anderer Stelle etwas ausführlicher zu sprechen.

Durch den Schlaf wird der Blutdruck erniedrigt, ebenso bei der Inspiration und zwar besonders in Fällen von Schwäche des Kreislaufs (Hensen).

Für den Arzt, der seine Patienten balneo- und hydrotherapeutischen Curen unterwerfen will, ist es absolut unerlässlich, das Verhalten des Blutdrucks bei einigen Krankheiten, die einen Einfluss auf letzteren haben, näher kennen zu lernen. Da eine ausführliche Besprechung dieser Krankheiten aber weit über den Rahmen eines Vortrags hinausgehen würde, kann ich Ihnen in Folgendem einen nur kurzen Ueberblick über sie geben.

Schon lange bekannt ist es, dass die Nephritis und die Bleikolik eine Erhöhung des Blutdrucks bedingen. Laqueur⁴⁾ fand eine grosse Erhöhung des Blutdrucks bei Uraemischen (bis 220). Es war bemerkenswerth, dass der Blutdruck bei jeder Verschlimmerung im Befinden um 15—20 mm. stieg, wenn auch bei seinen

²⁾ Archiv für klin. Med. 1900. Deutsch. med. Wochenschrift 1896.

³⁾ Moritz verdanken wir in seiner Dissertation eine so vollständige Angabe der den Blutdruck betreffenden Literatur, wie sie bisher in derselben Ausführlichkeit noch nicht vorgelegen hat. Daher wäre es sehr wünschenswerth, dass seine Arbeit auch in deutscher Uebersetzung erscheine.

⁴⁾ D. med. Wochenschrift. 1901.

Patienten der Blutdruck ante mortem sank. Ziemssen sah bei der Uraemie gleichfalls eine Steigerung des Blutdrucks.

P. Heim⁵⁾ in Budapest fand bei neuropathischen Kindern den Blutdruck erhöht. Es zeigte sich ganz constant eine beträchtliche Höhe des Werthes, welche von einer momentanen psychischen Erregung unabhängig war. — Federn⁶⁾ constatirte bei Neurasthenikern gleichfalls erhöhten Blutdruck. Da seine Fälle auch zugleich an Obstipation («partieller Darmatonie») litten, glaubte er, dass eine Reizung des Splanchnicus dadurch hervorgerufen würde, was wiederum eine Erhöhung des Blutdrucks zur Folge hätte.

H. Strauss⁷⁾ stellte hohe Blutdruckwerthe bei Personen fest, die an traumatischer Neurose und Hysterie litten. — Féré⁸⁾ fand während der Aura bei Epileptikern eine Erhöhung des Blutdrucks. — Cramer⁹⁾ constatirte im Exaltationsstadium der Manie eine Erniedrigung, im melancholischen eine Erhöhung des Blutdrucks, während Pilecz¹⁰⁾ zu entgegengesetzten Resultaten kam. Letzterer fand bei Paralytikern ein umso grösseres Sinken des Blutdrucks, je länger das Leiden bestand.

Schüle¹¹⁾ constatirte bei Neurasthenikern und Hysterischen gleichfalls hohe Werthe, ebenso bei Arteriosklerose, und zwar auch bei der beginnenden, und Nephritis.

Zu ähnlichen Resultaten ist Neisser gekommen. — Neisser beobachtete bei Influenza, und beginnender Pneumonie ein Sinken des Blutdrucks; beim Typhus sei die Höhe des Blutdruckniveaus pro-

⁵⁾ Heim, D. med. Wchschr. 1900.

⁶⁾ D. med. Wchschr. 1900.

⁷⁾ Neur. Centralbl. 1901.

⁸⁾ Cit. nach Moritz, Diss.

⁹⁾ Münch. med. Wchschr. 1892.

¹⁰⁾ Wiener klin. Wchschr. 1900.

¹¹⁾ Berl. klin. Wchschr. 1900.

¹²⁾ Berl. klin. Wchschr. 1900.

agnostisch wichtig, weil sie uns einen Rückschluss auf die Herzthätigkeit ermögliche.

Federn¹³⁾ hält eine hochgradige Blutdruckerniedrigung bei der Influenza für ein constantes, fast «pathognomonisches» Symptom.

Jarotzky fand den Blutdruck bei einem 17-jährigen jungen Manne während der Krisis bei P n e u m o n i e auf 60 mm. gefallen. Bei Peritonitis fand er 72 mm., bei Anaemia bothriocephalica ebenso viel, bei Nephritis 160 mm., Bleikolik 136.

John¹⁴⁾ glaubt, dass bei Lungentuberkulose der Blutdruck im Anfangsstadium normal sei. Eine Abnahme des Blutdrucks, verbunden mit einer Abnahme des Blutgewichts, deute auf eine Ueberhandnahme des tuberkulösen Processes hin, während eine Zunahme eine Besserung annehmen lasse.

Von grosser Wichtigkeit ist die Untersuchung v. Basch's¹⁵⁾ über den Blutdruck bei Angiosklerose. Fast regelmässig wurde von ihm auch in Fällen, wo andere arteriosclerotische Erscheinungen fehlten, diese Krankheit in Folge der Erhöhung des Blutdrucks als wahrscheinlich angenommen, eine Vermuthung, die sich in den meisten Fällen in späterer Zeit als völlig berechtigt erwies. Uebrigens ist eine Erhöhung des Blutdrucks bei Arteriosklerose einstimmig anerkannt worden.

Bei den verschiedenen Herzklappenfehlern erscheint der Blutdruck in den meisten Fällen erniedrigt, bei der Aorteninsufficienz zuweilen erhöht.

Bei gestörter Compensation ist gewöhnlich der Druck unternormal, doch giebt es Fälle, wo gerade während der Compensationsstörung eine Erhöhung statt hatte, die einer Erniedrigung des Blutdrucks Platz machte, als das Befinden sich besserte (Basch, Hensen, Sahli, Moritz).

¹³⁾ Med. Wchschr. 1901.

¹⁴⁾ Zeitschr. f. diät. und phys. Ther. 1901.

¹⁵⁾ v. Basch: die Herzkrankheiten bei Arteriosklerose.

Interessant ist in dieser Beziehung ein Fall, den Moritz¹⁶⁾ beobachtet hat, bei dem gerade unter gleichzeitigem Schwinden der Compensationstörung unter Digitalisgebrauch eine Blutdrucksenkung constatirt wurde.

Die werthvollen Ergebnisse der Arbeiten von Prof. Dehio und seinen Schülern Moritz und Masing über die Wirkung körperlicher Arbeit auf den Blutdruck bei gesunden und kranken Herzen kann ich natürlich hier nur kurz erwähnen. Hervorzuheben wären an dieser Stelle nur die Facta, die, wie wir sehen werden, in balneotherapeutischer Hinsicht wichtig sind.

Masing¹⁷⁾ gelang es nachzuweisen, dass beim jungen Menschen während der Dauer körperlicher Arbeit der Blutdruck erhöht ist und sich auf einer gewissen Höhe erhält, beim bejahrten Menschen dagegen der Blutdruck bei längerer Dauer der Arbeit sinkt. Es ist dieses eine Erscheinung, die nach Dehios Ansicht auf die von ihm beschriebene Myofibrosis senilis cordis zurückzuführen ist. Das Herz des Bejahrten wird eben leichter insuffizient.

Moritz¹⁸⁾ fand, dass bei der Myodegeneratio cordis der Blutdruck häufig — nach einem vorübergehenden Ansteigen — während der Arbeit fiel, in anderen Fällen dagegen überhaupt nicht oder nur unbedeutend stieg, was er auf eine ungenügende Energie des Herzens zurückführt.

Gehen wir nun zu der Wirkung der Bäder auf den Blutdruck über, so müssen wir zunächst constatiren, dass in erster Linie die Temperatur und erst dann die chemische Zusammensetzung des Bades von Einfluss auf ihn zu sein scheint.

Das kalte Bad steigert den Blutdruck, wie das wohl einstimmig von allen Autoren anerkannt wird¹⁹⁾.

¹⁶⁾ O. Moritz, Inaugural-Dissertation.

¹⁷⁾ D. Archiv. f. klin. Med. Bd. LXXIV.

¹⁸⁾ l. cit.

¹⁹⁾ Glax, Balneotherapie.

Winternitz betont, dass kalte Bäder auch nach dem Aufhören des Kältereizes, also zur Zeit, wo bereits eine Erweiterung der Blutgefäße besteht, noch eine Erhöhung des Blutdrucks zur Folge haben, während heisse Bäder bei gleichzeitiger Gefässdilatation ein constantes Sinken des Blutdrucks bewirken. Mercandino²⁰⁾ glaubt sogar in einigen Fällen constatirt zu haben, dass die Erhöhung des Blutdrucks nach kalten Bädern noch nach 2 Stunden erkennbar gewesen sei.

Kühle Donchen wirken ähnlich, den Blutdruck steigernd.

Wenden wir uns nun zu den warmen, resp. heissen Bädern. Ottfried Müller²¹⁾, dessen Arbeit mir leider nicht im Originale vorlag, fand — übrigens in Uebereinstimmung mit wohl allen anderen Autoren, — dass warme Bäder (bis 40° C.) den Blutdruck erniedrigten, heisse (über 40° C.) dagegen denselben erhöhten und dass Sand- Dampf- Heissluft- und Lichtbäder gleichfalls eine Erhöhung des Blutdrucks bedingten.

Nach Krebs²²⁾ trat bei electrischen Schwitzbädern übrigens in Glühlicht- und Heissluftkasten in der Regel ein Sinken des Blutdrucks ein, was auch den Beobachtungen von Winternitz, Sommefeld, Kluge, Ekgren entspricht. Allerdings war anfänglich eine Steigerung bemerkbar.

Schlamm bäder wirken im Allgemeinen blutdruckerniedrigend.

Bei den hiesigen Schlamm bädern (von einer Temperatur von 28—30° R.) habe ich gewöhnlich ein Sinken des Blutdrucks constatiren können²³⁾.

Aehnliche Resultate fand Abel, der bei Schlamm bädern eine anfängliche Erhöhung und dann eine Erniedrigung feststellte.

Eine besondere Stellung unter den Bädern nehmen die kohlen sauren ein und zwar sowohl wegen des Umstandes, dass während derselben der Blutdruck ein

²⁰⁾ Bl. f. klin. Hydrotherap. 1901.

²¹⁾ Cit. nach Ztschr. f. Diät. u. Phys.-Ther. 1903.

²²⁾ s. D. med. Wchschr. 1901.

²³⁾ St. Petersburg. med. Wchschr. 1897.

nicht ganz der Temperatur des Bademediums entsprechendes Verhalten zeigt, als auch besonders wegen ihrer hervorragenden Wichtigkeit bei der Behandlung von Kreislaufstörungen. — Es hiesse nur Bekanntes wiederholen, wenn wir über die glänzenden Erfolge der Nauheimer Curen hier ein Wort verlieren wollten. Die Zehntausende, die jährlich Nauheim aufsuchen, legen ein beredtes Zeugniß dafür ab, welche Bedeutung diesem Bade beigemessen wird. Ebenso die Bestrebungen für die Patienten, denen aus verschiedenen Gründen eine Cur in Nauheim selbst unmöglich ist, einen Ersatz durch künstliche kohlensäure Bäder zu schaffen. — Die Erfahrungen, die man vielerorts mit ihnen gemacht hat, rechtfertigen vollauf die gehegten Erwartungen. Auch wir hier in Perna u haben seit einigen Jahren wirklich sehr zufriedenstellende Resultate mit ihnen erreicht, besonders seitdem wir die CO₂ (mit dem Keller'schen Apparate) dem Badewasser unter einem Druck von 2 Atmosphären imprägniren. Natürlich muss ja auch beiläufig bemerkt das ganze Regime ein entsprechendes und bis in die feinsten Details ausgearbeitetes sein.

Nun werden Sie aber vielleicht und zwar mit Recht einwenden, dass nach Ihren Erfahrungen die Resultate nicht immer so gute gewesen seien, dass neben glänzenden Erfolgen auch totale Misserfolge zu verzeichnen sind.

M. H.! Es ist ja selbstverständlich, dass wir Aerzte in sogenannten Nauheimer Curen nicht ein Allheilmittel gegen Circulationsstörungen sehen, sondern auch für sie eine strictere Indicationsstellung für unerlässlich halten werden. Wir werden nicht, wie das wohl von Seiten des Publicums vielfach geschah, jeden Kreislaufkranken nach Nauheim schicken wollen, wir werden uns darüber klar zu werden versuchen, ob es sich überhaupt lohnt, ein derartiges häufig mit grossen Opfern verbundenes Unternehmen unseren Patienten zu empfehlen. Dafür werden wir aber auch nicht erleben, dass der Patient auf der Reise oder während der Cur seine Augen für immer schliesst. Vor allem werden wir aber den Fehler vermeiden, der früher wegen noch mangelnder

Erfahrung gewiss auch ärztlicherseits begangen wurde, nämlich an das Circulationssystem durch die CO₂-Bäder Anforderungen zu stellen, denen es nicht mehr gewachsen ist. Um nun über letzteren Punkt möglichst Klarheit zu gewinnen, müssen wir uns die Wirkungsweise der CO₂-Bäder auf den Kreislauf vergegenwärtigen.

Schott u. A. glauben, dass die Anwendung der Nauheimer Bäder eine Uebungstherapie für das erkrankte Circulationssystem bedeute. A. Schott, Stifter, Lehmann, Hensen stellten die Erhöhung des Blutdrucks bei CO₂-Bädern fest. Hensen²⁴⁾ speciell hat sich mit der Wirkung der künstlichen CO₂-Bäder beschäftigt. Er fand fast regelmässig eine Blutdrucksteigerung (von 20—30 m. Hg.). Bald sei sie längere Zeit nach dem Bade — bis zu einer Stunde — nachweisbar, bald zeige sie sich nur im Bade.

Gewöhnlich ist zugleich eine Abnahme der Pulsfrequenz nachzuweisen, sowie eine Verkleinerung der Herzdämpfung. (Schott, Hensen.)

Hensen²⁵⁾ giebt für die Wirkungsweise folgende Erklärung: die sichtliche — zuweilen intensive — Erweiterung der Hautgefässe liesse zwar a priori eine Drucksenkung erwarten. Ihr Einfluss werde aber durch mächtigere Factoren compensirt. Es sind dies Zunahme der Widerstände im übrigen arteriellen Stromgebiete, in erster Reihe des Splanchnicus-Gebietes. Durch den CO₂-Gehalt und die Temperatur des Bades werde ein kräftiger sensibler Reiz der Hautnerven gesetzt, welcher bei der Grösse der betroffenen Oberfläche auch schon bei mässiger Intensität die gesammte Circulation erheblich beeinflusse. Die Erweiterung der Hautgefässe bewirke eine Contraction der Gefässe des Splanchnicusgebietes, wodurch das aus letzterem herausgepresste Blut der allgemeinen Circulation zu Gute käme.

Diese Blutdrucksteigerung in CO₂-Bädern können wir als Norm ansehen. Doch auch von dieser Regel giebt

²⁴⁾ D. med. Wchschr. 1899.

²⁵⁾ l. c.

es. Ausnahmen und zwar für die Praxis überaus wichtige. Nicht in allen Fällen nämlich kommt es im CO₂-Bade zu einer Blutdrucksteigerung. Zuweilen wird eine solche vermisst oder es tritt sogar ein Sinken des Blutdrucks ein. Diese Fälle sieht Schott, dessen grosse Erfahrung in diesen Sachen wohl über allen Zweifel erhaben ist, als Contraindicationen für den Gebrauch von CO₂-Bädern an. Es seien dies, abgesehen von acuten Herzkrankheiten, Fälle von zu weit vorgeschrittener Myocarditis und Arteriosclerose, die letztere besonders auch dann, wenn die Gefahren der Embolie und Apoplexie drohen, sowie Aneurysmen des Herzens und der grossen Gefässe.

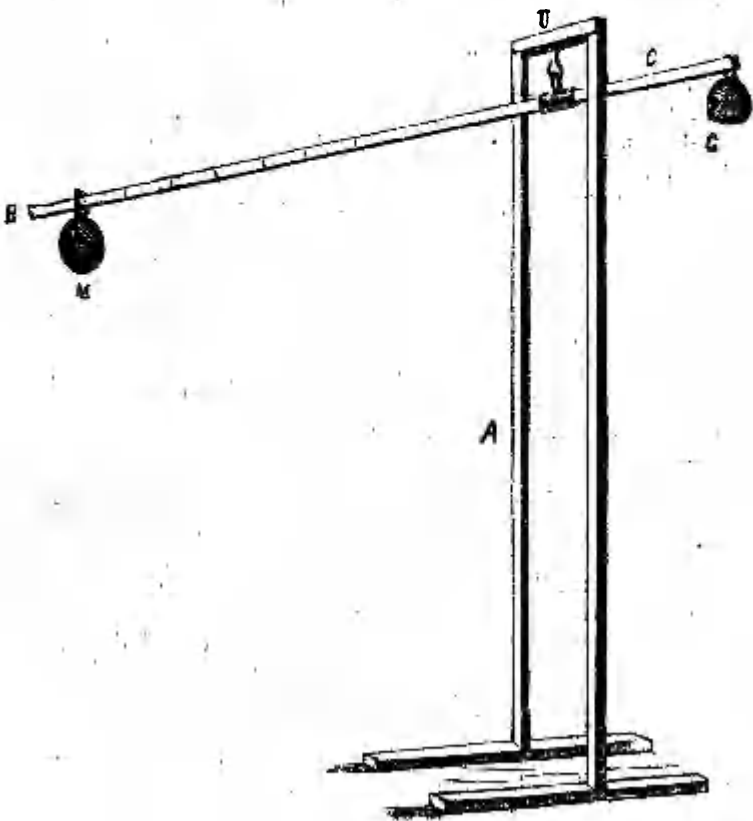
In die Augen fallend sei, wie Schott fortfährt, der oft sehr niedrige Blutdruck, der nicht nur bei vorgeschrittener Myocarditis, sondern auch gerade bei hochgradiger Arteriosclerose vorwaltet. Die niedrigen Blutdruckwerthe liessen diese Fälle als ganz besonders gefährlich erscheinen, ja zeigten sogar den fatalen nahen Ausgang schon genügend lange vorher an. — Auch andere Autoren z. B. Hensen, sind zu ähnlichen Resultaten gelangt.

M. H.! Auch Ihnen wird die Analogie in dem Verhalten des Blutdrucks in den Schott'schen Fällen und den Dehio-Masing-Moritz'schen Versuchen sofort aufgefallen sein. Hier wie dort ist das Nichtansteigen, resp. Sinken des Blutdrucks als ein Zeichen der Insufficienz zu deuten. Sollten wir nicht in diesen Thatsachen, ein gutes Kriterium darüber gewonnen haben, was wir dem Circulationssystem durch balneogymnastische Curen, besonders die CO₂-haltigen Bäder, zumuthen können? — Wir Aerzte müssen daher dieses Zusammentreffen in balneo-therapeutischer Hinsicht zu verwerthen suchen.

Wir werden, um es kurz zu formulieren, Kreislaufkranke, die bei gewissen leichteren körperlichen Leistungen statt der physiologischen Blutdrucksteigerung ein Fehlen derselben oder gar ein Sinken des Blutdrucks zeigen, nicht ohne Weiteres einer gewöhnlichen Cure mit CO₂-Bädern unterwerfen. Wir werden jedenfalls mit der grössten Vorsicht bei solchen Kranken vor-

zugehen haben. Wir werden vielleicht durch systematische Schonung oder in vorsichtiger Weise durchgeführte Uebung (indifferente Bäder, Massage, Gymnastik) die Leistungsfähigkeit des Circulationssystems so weit zu steigern suchen, bis eine CO_2 -Cur uns möglich erscheint,

Falls aber auch diese Massnahmen das besprochene Symptom der Blutdrucksenkung nicht zum Verschwinden bringen, so werden wir lieber von einer sogenannten Nauheimer Cur abstehen.



Die Prüfung der Leistungsfähigkeit der Kreislaufsorgane in obigem Sinne, d. h. in Bezug auf den Blutdruck, können wir am besten wohl mit dem von Dehio²⁶⁾ construirten Apparate ausführen. Aus der Abbildung ist leicht ersichtlich, wie er zu brauchen ist.

Vielleicht kann man zu diesem Zwecke auch den hier abgebildeten Apparat benutzen, dessen Princip und Anwendung ganz einfach ist. Aus der Zeichnung ersehen Sie, dass er im Wesentlichen aus folgenden Theilen besteht: einem Stativ A, an dem eine Stange aus Eisen BC befestigt ist. Diese Stange wird durch einen Unterstützungspunkt U in zwei ungleiche Theile getheilt. An dem kürzeren Hebelarme ist ein Griff G befestigt, an dem anderen ein Laufgewicht, das beliebig weit von dem Unterstützungspunkte angebracht werden kann. Da auch das Gewicht verschieden gross genommen werden kann, wird die Arbeit, die der Patient durch das Auf- und Abbewegen der belasteten Stange ausführt, eine nach Bedürfnissen verschiedene sein können. — Zu der Untersuchung setzt der Patient sich auf einen Stuhl, greift mit der rechten Hand nach dem Griffe des Apparats und bewegt die Stange auf und ab. Der linke Arm ruht, im Ellbogengelenke flectirt, auf einem kleinen Tischchen, auf dem der Riva-Rocci'sche Apparat steht. Am linken Arme wird nun der Blutdruck bestimmt.

Nochmals möchte ich es betonen, dass nur das Nicht-ansteigen, resp. Sinken des Blutdrucks schon bei leichter Arbeit uns als eine Contraindication für CO₂-Bäder zu gelten hat. Vielleicht gelingt es mit Hülfe der Blutdruckmessungen in der Zukunft nach gesammelter Erfahrung durch ein Dynamometer oder einen ähnlichen Apparat in noch mehr objectiver, ja sogar ziffermässiger Weise die Leistungsfähigkeit des Herzens zu balneotherapeutischen Zwecken abzuschätzen.

Natürlich werden wir uns zur Functionsprüfung des Herzens nicht allein der Blutdruckmessungen bedienen.

²⁶⁾ Ueber das Altern des Herzens. *Pet. med. Wchschr.* 1901.

Letztere werden uns aber immerhin dabei ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel sein.

Aus dem Gesagten werden Sie, m. H. ersehen haben, dass die in neuerer Zeit so eifrig betriebenen Blutdruckuntersuchungen nicht allein theoretisch-wissenschaftlich interessant sind, sondern auch für die Praxis werthvolle Ergebnisse zu Tage gefördert haben. Jedenfalls werden wir Badeärzte im Speziellen — besonders bei der Erkrankung der Kreislauforgane — durch sorgfältige Controlle der Blutdruckverhältnisse während einer Bädercur unseren Patienten direct nützen oder doch wenigstens — dem «nil nocere» getreu — in vielen Fällen Schaden verhüten können.

Ueber «Ileus hystericus».

Von

Dr. med. Eduard Schwarz.

Riga.

(Vortrag gehalten auf dem livl. Aerztetag zu Pernau,
3.—5. Juni 1903).

Am 16. Juni 1902 wurde die aus Ponewesch stammende 21-jähr. Chamme Hetz in die I. chirurgische Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses aufgenommen. Pat. ist später in mehrere andere Abteilungen übergeführt worden, und existieren über ihren Zustand sechs ausführliche Krankenbogen. Ich referiere Ihnen m. H. der Kürze wegen auszugsweise.

Die Kranke gab an bis 4 Wochen vor der Aufnahme vollkommen gesund gewesen zu sein. Sie habe nie an Krämpfen, Schmerzen, etc. gelitten, Appetit, Stuhl, Periode seien in Ordnung gewesen, letztere immer stark ohne Beschwerden, 7 Tage dauernd. Der Vater sei herzleidend, die Mutter sei vor 6 Jahren an Darmverschlingung gestorben; eine Schwester von 8 Jahren am Typhus. Vor 4 Monaten sei eine 2. Schwester, wie die Mutter an Darmverschlingung in St. Petersburg gestorben. Diese Schwester hat Pat. die 4 Monate über gepflegt, und ist selbst zugegen gewesen wie diese Kot erbrochen hat. Pat. hat sich, als sie selbst erkrankte, nicht nach Petersburg gewandt, sondern ist nach Riga gekommen, weil sie «Angst vor Petersburg bekommen habe». In den Bogen ist von speziell nervösen Erkrankungen von Verwandten nichts erwähnt, in allen aber besonders hervorgehoben, dass Pat. angegeben habe bis zu ihrer jetzigen Erkrankung kräftig und stets gesund gewesen zu sein.

Im ersten Bogen findet sich unter dem 12. Juli 1902 bei sonstigem normalen Organbefund, ausser einer Retroflexio uteri, die aber symptomtenlos besteht, über den Status Folgendes: «Abdomen aufgetrieben, nicht gespannt; Druckempfindlichkeit in der linken Iliacalgegend, die sich bis in das linke Hypochondrium und Epigastrium erstreckt. Im Abdomen nichts Abnormes zu palpieren. Bei Untersuchung per rectum, welches leer ist, scheint man beim Druck der andern Hand

auf die Inguinalgegend einen Tumor zwischen Hand und untersuchenden Finger zu bekommen.

17. Juli. «Nachts wenig geschlafen. Aufstossen und Uebelkeiten; kein Erbrechen; Schmerzen im Abdomen. In der Inguinalgegend kommt man auf einen annähernd kleinapfelgrossen Tumor, welcher sehr empfindlich und beweglich ist. Bei kokainisiertem Anus wurden bei Spekulumuntersuchung im Rektum spärliche Kotkrümel, aber kein Tumor gefunden. Rektumschleimhaut von normaler Beschaffenheit. Ein Wasserklysma erzielt reines Spülwasser. Heute gelingt es nicht den Tumor zwischen die untersuchenden Finger zu bekommen, während er von aussen ungemein deutlich zu fühlen ist. Nachmittags hat die Auftreibung des Abdomens zugenommen. Nach einer hohen Eingiessung von ca. 1½ Liter Wasser kommt ohngefähr die ganze Menge in kleinen Intervallen zurück. Die letzten Portionen sind vermischt mit dünnflüssigem bräunlichem Kot».

18. Juli. Am Morgen fühlt sich Pat. bedeutend wohler; Abdomen flacher, obgleich noch immer etwas gespannt. Links lässt sich deutlich eine geblähte Schlinge, und am Ende derselben ein harter kleiner Tumor palpieren; am Abend erbricht Pat. stark. Abdomen stärker aufgetrieben. In der Nacht schreit Pat. vor Schmerzen. Abdomen bedeutend mehr aufgetrieben. Nach einer Darmspülung entleert sich kein Kot; die Flüssigkeit kommt völlig klar zurück. Ordin: Opium, Kompressen.

Am 19. Juli wird zur Operation geschritten. Gleich nach Eröffnung des Abdomen wölbt sich ein Stück Dickdarm vor, das der Flex. sigm. angehört. Am Ende dieser geblähten Darmschlinge fühlt man einen kleinen harten Tumor, der sich als Skybalon erweist, und sich leicht hinweg drücken lässt. Der Dünndarm stellenweise kollabiert. Die beiden Flexurschenkel sind einander genähert, eine hochgradige Schrumpfung d. h. irgend welche Narbenstränge sind im Mesenterium nicht vorhanden; das linke Ovarium, welches leicht vergrössert ist, und an einzelnen Stellen einige kleine Cysten aufweist, ist mit seiner hinteren Fläche durch zarte und einzelne festere Adhaesionen an dem Mesenterium flexurae sigmoideae angelötet; nach beiden hin zieht je ein derberer Strang nach deren Durchtrennung das Mesenterium sich deutlich verbreitert. Während der Diskussiou im rigaschen ärztl. Verein hat Herr Dr. v. Bergmann den Befund näher geschildert und sich dahin ausgesprochen, dass diese Veränderungen in keiner Weise als mechanisches Hinderniss gelten konnten. Nach Einführung eines Darmrohres fällt die geblähte Schlinge zusammen, und es gehen Flatus ab. Die Wunde heilt vorzüglich, kein Fieber. Bis zum 4. August ist Euphorie vorhanden.

Am 1. August ist notiert: «Stuhl regelmässig». Am Tage vorher nach einem Bade Uebelkeiten und Erbrechen. Am 4. August traten besonders beim Versuch zu gehen Uebel-

keiten und Erbrechen auf; am 6. August nachts starkes Erbrechen; Abdomen etwas aufgetrieben und gespannt; häufiger Harndrang, alle $\frac{1}{4}$ Stunde; mit dem Katheter werden jedoch $\frac{3}{4}$ Liter Harn entleert. Angeblich keine Flatus; abends mässiges Erbrechen. Magenspülung; Ord.: Valeriana mit Brom. Erbrechen am 7. und 8. August; reichlicher Stuhl nach Klysma am 11. August und 26. August direkt notiert, doch jammert Pat. immer über Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Am 11. August kann auch unterhalb der Narbe eine geblähte Schlinge gefühlt werden.

Am 27. August plötzlich Kotbrechen bei unverändertem objektivem Status.

Am 30. August spontaner Stuhl. Die Anwendung des faradischen Pinsels mit ganz schwachem Strom lässt Pat. sich «wie unsinnig» geberden.

Am 31. August verträgt sie den Strom besser, giebt sogar an, unterhalb der Bauchnarbe auch einen starken Strom gar nicht zu spüren.

Pat. wird am 3. September als «Hysterica» in die Nervenabteilung übergeführt. Ich selbst habe Pat. auf Veranlassung vom Kollegen Bergmann einmal in der chirurgischen Abteilung gesehen, und machte sie auf mich den Eindruck einer «Hysterica».

Pat. verblieb in der Nervenabteilung vom 3.—12. September 1902. Ich selbst habe Pat. damals nicht gesehen, da ich Urlaub hatte. Neben einem vollkommen normalen Organbefund seitens des Nervensystems bestand Obstipation bei gering aufgetriebenem Abdomen; die linke Unterbauchgegend resistenter und druckempfindlicher als das übrige Abdomen; die letzte Notiz über spontan erfolgten Stuhl, findet sich am 30. August; während des Aufenthaltes von 9 Tagen in der Nervenabteilung erfolgte kein Stuhl, stattdessen Kotbrechen und zwar am 5., am 8. und 10. September. Pat. erbrach am 5. September abends $\frac{3}{4}$ nach einem Klysma (von 1 Teelöffel Seife, 1 Glas Wasser) mässige Mengen bräunlich grauer faekulent riechender, dünnbreiiger Massen; dasselbe Erbrechen wiederholte sich mehrere Mal am 8. September wieder im Anschluss an ein Klysma; am 9. September erbrach Pat. «Schleim und Mageninhalt». Alle Klysmata förderten nur ungefärbte Spülflüssigkeiten zu Tage. Am 10. September zwischen 7—10 Uhr abends fast beständiges Erbrechen von dünnflüssigem faekulenten Massen; im Erbrochenen zahlreiche Hasel- bis Wallnuss-grosse bräunlichgraue Konglomerate die stark faekulent riechen, sich leicht zerdrücken lassen und den Eindruck von Skybala machen. Abdomen wenig schmerzhaft.

Pat. wählt während des Erbrechens die merkwürdigsten Posen, «um sich das Erbrechen zu erleichtern», lässt den Kopf aus dem Bette hängen und stellt die Beine in den Knien flektiert im Bett hoch. Pat. scheint durch das Erbrechen nicht erheblich zu leiden, spricht mit lauter Stimme.

Nachts ist Pat. während ihres ganzen Aufenthaltes in der Abteilung «immer recht ruhig» gewesen. Hat sehr wenig gegessen, immer einen ruhigen Puls zwischen 70—80 gehabt, und keine Temperatursteigerung gezeigt. Das massige Kotbrechen ist sowohl in Gegenwart der Wärterinnen als in Gegenwart des damaligen Assistenzarztes Herrn Dr. Bierich erfolgt. Auf dem Bogen ist die Diagnose Ileus, Darmstenose, Hysterie notiert und wurde Pat. am 12. September wieder in die chirurgische Abteilung transferiert.

In der chirurgischen Abteilung, in der Pat. vom 12.—17. Sept. verblieben war, fand man Pat. in ihrer Ernährung stark herabgekommen, Abdomen eher eingesunken als aufgetrieben; absolut nicht gespannt, keine Resistenz, keine geblähte Schlinge. Auch nach hoher Oeleingiessung kein Stuhl. Am 13. September morgens Erbrechen von Kot und geformten kleinpflaumen-grossen Ballen, die in schleimiger Grundsubstanz (Magenschleim) schwimmen. Die Oberfläche eines Skybalon zeigt die Zeichnung die vom Abdruck eines grobmaschigen Gewebes (Gaze) herzurühren scheint.

Eine Magenspülung abends bringt nur reines Spülwasser und etwas reinen Schleim zu Tage, der nicht fäkulent riecht. Sondentütterung; von der eingeführten Eiermilch wird ein Teil sofort wieder Erbrochen. In den nächsten Tagen wird die Sondenfütterung fortgesetzt, kein Erbrechen; am 16. September erbricht Pat. in Gegenwart der Aerzte Kot («kleine Kotbröckel untermischt mit «Speichel»»). Eine sofort vorgenommene Magenspülung fördert reines Spülwasser zu Tage. Pat. sieht, «dass dem Kotbrechen kein Glaube geschenkt wird», dass sie für eine Simulantin angesehen wird, wird unruhig, schreit, und muss in die Zelle übergeführt werden.

In der Isolierabteilung verblieb Pat. vom 17.—27. Sept. Ausser einer geringen Resistenz der linken Unterbauchgegend konnte auch hier ein normaler Organbefund konstatiert werden. Seit dem 30. August kein Stuhl, am 18. September Erbrechen von Mageninhalt, Pat. hatte etwas Bouillon, Ei und Milch zu sich genommen.

Am 20. September nach einem «Probefrühstück» morgens, tritt um ca. $\frac{1}{2}$ 12 Uhr Mittags wiederholtes Erbrechen von stark fäkulent riechenden Massen auf. Im Erbrochenen «neben Resten des Probefrühstücks, kleine Kotpartikelchen». Die ganze linke Abdominalhälfte bis unter den linken Rippenbogen erscheint resistenter als das übrige Abdomen, und gegen das übrige tympanitisch klingende Abdomen gedämpft — tympanitisch. 21. September. Im Erbrochenen fand sich keine freie Salzsäure, keine Milchsäure. Puls 76, kein Fieber. Pat. isst sehr wenig, erbricht das Gegessene gleich wieder; eine Magenspülung bringt reines Spülwasser zurück. Harnmengen gering. Harn: Eiweiss und Zuckerfrei 1028. Kein Indikan.

22. September. Tags über öfter Erbrechen von genossenen Speisen. Abends nach einem Klysma Erbrechen von fäkulent

riechender Flüssigkeit in der Skybala zu sehen sind. Nach einem 2. Klysma breiiger Stuhl. Der erste Stuhl seit dem 30. August (also nach 22 Tagen). 23. September: morgens Kotbrechen, um 12 Uhr Klysma 400 Kubctm., nach 2 Stunden werden 150 Kubctm. desselben wieder entleert. Kein Erbrechen. Um $1\frac{1}{2}$ Uhr nachmittags 2. Klysma. Nach einer Stunde breiiger Stuhl, etwa 200 Kubctm.; doch war diesem kotiges Erbrechen vorausgegangen, in dem Hasel- bis Wallnussgrosse Skybala zu sehen waren. Seit diesem Tage ist weiter in dieser Abteilung kein Stuhl mehr zu erzeugen gewesen, die Resistenz der linken Bauchgegend blieb; der gedämpfte Perkussionsschall in der Milz- und Magengegend gleichfalls. Kotbrechen erfolgte nicht mehr. Hier war vom Kollegen an «eine Gastrointestinalfistel» gedacht worden mit «subakuter circumscripter Peritonitis» wohl der Dämpfung und Resistenz wegen.

Während einer interkurrenten Anwesenheit in Riga, habe ich Pat. einmal in dieser Abteilung zu sehen Gelegenheit gehabt. Pat. imponierte mir als exquisite Hysterika. Ich fand sie im Bett liegend, die Hände auf der Operationsnarbe haltend; schwach, elend und über Schmerzen in dieser Gegend klagend. Auf Aufforderung erhob sie sich aus dem Bett, ging wohl im Krankenzimmer, doch taumelnd in exquisit hysterischer Weise. Pat. war benommen, so dass ich den Eindruck eines hysterischen Dämmerzustandes hatte. Pat. wurde am 27. September wieder in die chirurgische Abteilung transferrt. Hier verblieb Pat. bis zum 5. Oktober; es wurde eine leicht geblähte Schlinge links unten im Abdomen gefühlt, in der Skybala zu fühlen waren, die sich gegen das Rectum verschieben liessen; ein Klysma von $\frac{1}{2}$ Liter Oel fiesst rein ab; kein Stuhl.

Am 28. September finden wir notiert, dass Pat. Urin unter sich lasse: das Bottnässen lasse jedoch nach Androhung eines Tabackklysmas nach. Eine Untersuchung per Rectum findet dasselbe leer, oberhalb desselben kommt man jedoch beim Gegendruck von den Bauchdecken aus auf Skybala, die sich unter Schmerzen mit den Fingern entleeren lassen. Eine erneute gynäkologische Untersuchung konstatiert abermals eine anscheinend fixierte Retroflexio uteri.

Am 29. September und 5. Oktober ist der Abdominalbefund derselbe; eine Darmeingiehung von 1 Liter Flüssigkeit fliessen rein wieder ab. Kein Stuhl, Erbrechen nach dem Essen.

Am 5. Oktober wird Pat. in die Nervenabteilung übergeführt. Von meinem Urlaub zurückgekehrt, fand ich Pat. in ihrem Ernährungszustande stark reduziert; sie gab gute Antworten, behauptete in den letzten Tagen auch noch Kot erbrochen zu haben. Somatisch war keine Veränderung zu konstatieren; von Seiten des Nervensystems keine Ausfallerscheinungen, auch keine Anästhesien etc., auf Gesichtsfeldeinschränkung etc.

ist nicht untersucht worden, weil Pat. zu hinfällig war. Ich liess mir angelegen sein Pat. in erster Linie psychisch zu beruhigen und alle schädlichen Suggestionen ihr fern zu halten. Am 5. Oktober Abend erfolgte nach Klysma reichlicher Stuhl, der 12 Tage ausgeblieben war, trotz Klysma, ebenso am 7. Oktober. Pat. schlief anfangs auch mit Chloral nicht gut, doch bald stellte sich besserer Schlaf und Appetit ein. Am 14. Oktober treten nach Ol. ricini häufige Stühle ein, mit Tenesmen. Am 20. Oktober Anstieg der Temperatur bis auf 39,3. Es wurden vom Assistenzarzte Zweifel an der Richtigkeit dieser Temperatur geäussert, die in Gegenwart eines die Abteilung besuchenden 3. Kollegen am 25. Oktober wiederholt wurden. Pat. wurde unruhig, jammerte, stöhnte; sie liess sich von mir einige Tage lang beruhigen, doch steigerte sich die Unruhe schliesslich so weit, dass Pat., da sie ihre Umgebung zu sehr störte, am 29. Oktober abends auf die Isolierstation transferiert werden musste. Hier verharzt Pat. bis zum Morgen in einem «komatösen Zustand», nimmt nichts zu sich, spricht nicht und lässt Harn unter sich. Als ich Pat. am 31. Oktober in der Zelle besuchte, war sie vollkommen klar; sie gab an, sehr erstaunt gewesen zu sein in der Zelle zu erwachen. «Sie wisse nicht wie sie dort hingekommen sei; auch habe sie keine Erinnerung daran, warum und wie sie das erste Mal aus der chirurgischen Abteilung in die Zelle gekommen sei; dass sie unruhig, und laut gewesen sei, weiss sie freilich».

Seit dem 30. Oktober besserte sich der Zustand schnell, am 7. November hat sich Pat. angeblich «zufällig» eine Nadel in die linke Mamma gestossen, die nur durch Inzision entfernt werden konnte; diesem Intermezzo wird keine Beachtung geschenkt, meinerseits wird keinerlei Notiz davon genommen und bleibt diese Affaire auch ohne Folgen.

Vom 5. Oktober—17 November hatte Pat. 28½ Pfund zugenommen. Pat. wird zu Hilfeleistungen bei andern schweren Kranken benutzt und pflegt die Kranken vorzüglich und unterzieht sich auch andern Arbeiten mit Lust.

Ende Nov. stellt sich die Periode ein, die zuletzt Anfang Sept. eingetreten war; am 12. Dezember 1902 wird Pat. genesen entlassen, nachdem ich sie im ärztl. Verein demonstriert hatte. Sie hat im Ganzen 41 Pfund zugenommen, ist heiter und arbeitsam, hat einen vorzüglichen Appetit und guten Stuhl.

Ich habe Pat. im Mai wiedergesehn; sie hat sich gut gehalten, ist bis jetzt gesund gewesen. Sie hatte, ermuntert durch ihre Heilung der Abteilung eine Verwandte zuführen wollen. Diese litt jedoch an Paranoia und behandelte unsere frühere Pat. schlecht, schlug sie etc. Um Pat. von dieser Plage zu befreien und sie auch im gesunden Zustand zu beobachten, nahm ich Pat. wieder auf.

Wie ist nun dieser sonderbare Fall aufzufassen? Leicht ist es gewiss nicht ein abschliessendes Urteil zu fällen, doch wird es vielleicht möglich sein, „an der Hand der Tatsachen“ allein ohne theoretische Zutaten der Wahrheit am nächsten zu kommen; es wird dann vielleicht möglich sein dieses Urteil durch Analoga zu unterstützen. Einer der begabtesten Schüler Charcots, Pierre Janet, der die Aufgabe erhielt den Seelenzustand der Hysterischen in der Salpêtrière zu studieren hält eine ausdrückliche Verwahrung dagegen für notwendig den alten Streit über das physische und psychische Element wieder auffrischen zu wollen! was vom Standpunkt der Wissenschaft aus ein müssiges Unternehmen sein würde. Er sagt: „Der Arzt stellt einfach die Vorgänge fest, die sich beim Kranken abspielen, er betrachte sie alle als in gleicher Weise vorhanden, die einen wie die andern“, „oder er sehe in ihnen wenigstens die Ausdrucksformen einer unbekannten Tatsache und versuche nun zwischen diesen Erscheinungen das Band einer streng logischen Begriffsbestimmung zu knüpfen. Welcher Art auch immer unsere metaphysischen Anschauungen sein mögen — eines sei sicher, dass die Beobachtung des Seelenlebens eines Kranken zu dessen klinischer Beschreibung gehört, und zu den körperlichen Vorgängen in gründlicher Weise untersucht werden müsse. Nur auf dem hier bezeichneten Wege werden die Medizin die Erkenntniss des gesamten Menschen gewinnen und die Krankheiten, die den Gesamtorganismus befallen, verstehen lernen“¹⁾.

In der eben referierten Leidensgeschichte finden wir ein jüdisches Mädchen, das früher stark und gesund gewesen zu sein angiebt, das keine nervösen Verwandte haben will, deren Mutter aber an Darmverschlingung gestorben sein soll, und deren Schwester 4 Monate vor ihrer Aufnahme „an einer Darmverschlingung“ starb; diese Schwester hat Pat. selbst gepflegt, resp. oft im Hospital in St. Petersburg besucht. Pat.

¹⁾ Einleitung pag. 1. Pierre Janet, d. Geisteszustand der Hysterischen. 1894; zitiert von Martius und zustimmend acceptiert Pathogenese innerer Krankheiten IV. 1903. pag. 310.

wurde selbst unter ähnlichen Symptomen krank, wandte sich nicht nach Petersburg wo ihre Schwester behandelt worden und gestorben war, sondern nach Riga.

Bei der Operation findet man keine Erklärungen, wenigstens keine genügenden Erklärungen für das Symptomenbild. Es tritt nach der Operation Euphorie ein, und erst als Pat. anfängt zu gehen treten Schmerzen in der linken Bauchgegend ein, es tritt Obstipation auf; dazu gesellt sich im weiteren Verlauf Kotbrechen und zwar während hartnäckiger Stuhlverstopfung von 22 und 12 Tagen. Das Kotbrechen erfolgte meist nach einem Klysma; als Stuhl erzielt wurde erfolgte derselbe erst nach einem zweiten Klysma, nachdem das 1. Klysma Kotbrechen produziert hatte. Diese Erscheinungen waren schwer zu erklären, und wurde Pat. während der Beobachtungszeit 2 mal der Simulation beschuldigt, beide mal beantwortete Pat. diese Beschuldigung mit so hochgradig unruhigem psychischen Verhalten, dass ihre Ueberführung in eine Zelle notwendig wurde. Pat. scheint nach dem ersten Anfall längere Zeit in einem benommenen Zustande gewesen zu sein; nach psychischer Beruhigung erfolgte Heilung und zwar wie es bisher den Anschein hat dauernd (jedenfalls Heilung des Kotbrechens).

Dass es sich um eine mechanische Störung gehandelt hat, ist wohl zu verneinen, jedenfalls hat sich das Kotbrechen erst nach Fortschaffung geringer Veränderungen an der Flexur entwickelt. Der chirurgische Eingriff hat jedenfalls uns gezeigt, dass abgesehen von den geringen Veränderungen normale Verhältnisse vorlagen, keine Stränge, keine Striktur etc.

Wenn es eine mechanische Störung nicht gewesen, was auch der ganze Verlauf bestätigt, so entsteht die Frage, wie denn das Kotbrechen zu erklären.

In der Literatur die sehr klein ist, und die in letzter Zeit von Bregmann²⁾ in einer Arbeit zusammengestellt worden ist — ich referiere nach dieser Arbeit — scheinen nur 15—20 ähnliche Fälle beschrieben worden zu sein.

²⁾ Bregmann: Ueber Kotbrechen bei Hysterie. Neurol. Zentralblatt. 1901. pag. 882.

Bregmann fügt einen neuen hinzu. Es handelte sich um junge Leute, Männer und Weiber, die längere Zeit, bis zu 6 Jahren, oder kürzere Zeit an Kotbrechen gelitten haben. Die meisten haben mehrere hysterische Stigmata gezeigt. Die Zustandsbilder haben chronische Peritonitiden, Perityphlitis, Darmstenosen vorgetäuscht, viele sind mehrere mal laparotomiert worden; von den S a u d e r s c h e n Patienten der eine 2 mal, die andere 4 mal; die T r e v e s ' s c h e Patientin ist 3 mal laparotomiert worden. — L e u b e beschrieb einen Fall, in dem er den Darm als Strang vom Coecum bis zum S. Romanum fühlte, Ileus spasticus diagnostizierte, und Pat. heilte. V o i s i n hat einen Fall mit Obduction publiziert, «man fand eine rein spastische Verengung des Darmes.» Eine Sonderstellung nimmt in der Literatur der Fall R o s e n s t e i n ein, wo das Kotbrechen anfallsweise und zugleich mit anderen schweren nervösen Symptomen auftrat — Krämpfe, Bewusstseinsverlust Trismus; R o s e n s t e i n deutet den Fall als Tetanie mit Darmspasmus. B r e g m a n n s 23-jährige Patientin zeigt Tympanie, 10 Tage kein Stuhl, kein Flatus, Erbrechen; in Chloroformnarkose schwand die Tympanie und die Palpation der Bauchhöhle zeigte nichts Abnormes. Während des 6 monatl. Aufenthaltes im Hospital zeigte sie meist nach kleineren Gemütsbewegungen auffallsweise unvollständigen Bewusstseinsverlust — Konvulsionen, Aphonie, Blut — Kotbrechen, schliesslich nach heftigem Drängen — sie hatte von einer ihr bevorstehenden Operation gehört, Prolapsus mit starken Blutungen, die in ihrer Heftigkeit nicht dem wenig veränderten Zustand der Schleimhaut entsprachen. Nach Operation des Prolapsus besserte sich der Zustand schnell, trat jedoch nach einem Jahr wieder von neuem auf.

Für die Frage, ist Kotbrechen durch antiperistaltische Bewegung des Darmes möglich, sind wichtige Experimente von K i r s t e i n und M ü h s a m ³⁾ vorhanden.

³⁾ M ü h s a m : Mitteilung aus d. Grenzgebiete d. Med. und Chir. 1900. VI.

Kirstein hat ein Stück Darm ausgeschnitten und in entgegengesetzter Richtung wieder eingenäht. Mühsam hat fast den ganzen Dünndarm oben und unten getrennt, und wieder verkehrt vereinigt. Beide Experimentatoren überzeugten sich davon, dass der Darm so behandelt doch normal, d. h. den Darminhalt vom Magen zum Rektum befördernd funktionierte; dass er somit antiperistaltisch arbeitete.

Eine 2. Tatsache ist von Hoorweg, Briquet und Treves konstatiert worden. Briquet⁴⁾ injizierte in den Darm Tinct. Litim, die nach 12 Min. ausgebrochen wurde, wobei die Pat. vom Arzte beobachtet wurde.

Hoorweg und Treves injizierten ins Rektum Wis-muth und Amylumlösung, und konnten bald darauf diese Substanzen im Erbrochenen nachweisen⁵⁾.

Diese Tatsachen beweisen, dass eine Antiperistaltik vom Rektum zum Magen und zum Munde heraus nicht zu den Unmöglichkeiten gehört.

Wie ist nun das Krankheitsbild aufzufassen, das ich schilderte? — dass es sich um eine Hysterie im landläufigen Sinne handelt, das unterliegt wohl keinem Zweifel; doch weiss man, dass die Wissenschaft mit dem Begriff Hysterie nicht recht zufrieden sein kann. Möbius hat eine zeitlang das Wort nur in Anführungszeichen geschrieben, und es aus der Wissenschaft «herauskomplimentieren wollen;» es ist ihm nicht gelungen, und er und wir werden wohl noch eine Zeit warten müssen, bis wir wissen, was wir mit diesem oft viel Unglück schaffenden Worten anfangen sollen. Ist es recht und billig eine hochstehende Dame, der man billiger Weise die höchsten psychischen Qualitäten zuzusprechen verpflichtet ist, denn ihre Taten beweisen solches, als Hysterica zu bezeichnen, weil sie nach schweren Gemütsbewegungen nervöse Symptome längere Zeit und interkurrent zeigte, wie sie auch bei weiblichen Wesen vorkommen, die zur Schande und Plage der Menschheit und speziell auch zur Plage der Aerzte von

⁴⁾ Handbuch von Gowers III. pag. 379. 1892.

⁵⁾ Freeres. Deutsch. med. Woch. 1898.

einem zum andern wandernd, Alles verdrehen, klatschen, lügen, betrügen, und die wir gewohnt sind als «hysterische Canaillen» zu bezeichnen.

Die Tatsachen, die wir bei unserer Pat. finden, sind: 1) die Angaben die Pat. in allen Abteilungen und allen Aerzten gemacht hat, dass sie sich bis zur jetzigen Erkrankung kräftig und völlig gesund gefühlt habe; daran dürfen wir wohl nicht zweifeln. 2) Pat. hat eine Mutter und eine Schwester an Darmverschlingung verloren, welche Letztere während 4 Monaten in einem Hospital verpflegt wurde, und bei der sie zugegen gewesen ist, wie diese Kot erbrochen. 3) Gleich oder bald nach dieser aufreibenden und aufregenden Pflege erkrankte Pat. selbst unter ähnlichen Erscheinungen. Ob die Mutter und Schwester wirklich an Darmverschlingung gelitten, ist hier Nebensache, es kommt nur darauf an, was Pat. selbst von den Leiden der Mutter und Schwester für Vorstellungen gehabt hat. 4) die Erscheinungen wurden als Simulation gedeutet. Diese Zumutung erregte Pat. derart, dass sie die übrigen Kranken störte und isoliert werden musste. Eine ähnliche Insinuation bewirkte das Gleiche. 5) durch psychische Beruhigung sistierte das Leiden, und trat schnell weitgehendste Besserung resp. Heilung ein.

Diese Tatsachen drängen unwillkürlich dazu eine direkte suggestive Wirkung anzunehmen. Stoll, der als Erster die Wirkung der Suggestion und des Hypnotismus in der Völkerpsychologie studierte, klagte darüber, dass von Seiten der Aerzte oft fälschlicher Weise dort Hysterie angenommen wurde, wo nur suggestive Vorgänge vorlägen.

Die Suggestibilität ist eine physiologische Eigenschaft des normalen Menschen. Für die Hysterie nimmt man eine gesteigerte Suggestibilität an; doch wo fängt die Steigerung an, wann wird sie pathologisch? Weitere Auseinandersetzungen würden uns zu weit führen. «Die «Suggestion ist mehr als die vom Experimentator ins» «Gehirn einer somnambulen Hysterica getriebene Halu-» «zination, mehr als die Extase eines halluzinierenden,» «halbverrückten Visionärs; die Suggestion ist die Zwangs-»

«jacke des Gedankens, die wir Alle tragen, die unser»
«Tun und Lassen lenkt, und unser Urteil über Wahr»
«und Unwahr, unsre Anschauungen von Gut und Böse,»
«unsre Empfindung von Liebe und Hass gestaltet.»
(Stoll.) Und der Zwang, den eine neue Suggestion
auf unsre Seele äussert, ist nicht etwas pathologisches,
sondern bildet vielmehr das fundamentale und allgemeine
Charakteristikum der psychischen Reaktion überhaupt,
also eine vollkommen normale Eigenschaft.» (Stoll).

Jeder Mensch ist das Produkt seiner natürlich hereditären Anlage und des Milieu in dem er aufgewachsen und in dem er lebt.

Gehört auch zum Menschen die physiologische Eigentümlichkeit der intensiven Beeinflussbarkeit von Aussen her, so müssen wir doch, wie das in vorzüglicher Weise in den letzten Jahren Martius⁶⁾ auseinandergesetzt hat, für die Erzeugung von krankhaften Zuständen einen schon vom physiologischen abweichenden Zustand haben — eine Hyperaesthesia der Hirnrinde; diese ist im Zustandsbilde das Primäre, nicht die Vorstellung, der von Möbius eine direkte Wirkung zugeschrieben wurde.

Bei unsrer Kranken müssen wir 2 Momente nicht ausser Acht lassen: 1) ihre jüdische Abstammung, die überhaupt an sich schon eine exquisite neuropatische Disposition zu allen möglichen nervösen Symptomenkomplexen abgibt.

2) die Aufregungen und Anstrengungen, die die Pflege einer Schwester an einem so furchtbaren Leiden darstellt, und an welchem die Schwester zu Grunde ging.

Besteht nun meine Anschauung, die ich andeutungsweise zu entwickeln suchte, zu Recht? — Ich meine,

⁶⁾ Pathogenese innerer Krankheiten. 1903. Leipzig — Wien. Deuticke.

⁷⁾ Pat. ist, wie ich Ihnen m. H. mitteilte in meine Abteilungen wieder aufgenommen worden. Durch äussere Umstände hat sich der Aufenthalt lange ausgedehnt und hat weitere interessante Daten beobachten lassen. Ich behalte mir vor ein anderes Mal auf diese Kranke und ihren Zustand zurückzukommen.

ein Urtheil über einen Menschen fällen, ehe wir alle Einzelheiten von seiner Geburt bis zu seinem Tode genau kennen, ist schwer und unzulässig; ich meine das spätere Leben müsste erst beweisen, ob wir es mit einer «exquisiten Hysterica» zu tun haben, wie es mir bei meinen consultativen Besuchen in den andern Abtheilungen erschien, oder nicht. Von ihrem früheren Leben erfahren wir nur, dass sie «kräftig und gesund» gewesen sei. Ob es sich nicht um eine Episode im Leben einer sonst nicht krankhaft veranlagten Persönlichkeit handelt, die mit vielen guten Eigenschaften begabt ist, die nebenbei suggestibel ist, vielleicht mehr als manche Andere, noch nicht pathologisch oder schon krankhaft suggestibel; deren Suggestibilität aber durch besonders schwere Schicksalsschläge, die nebenbei auch körperliche Uebermüdung und Ueberreizung mit sich brachte, zeitweilig stark gesteigert wurde, und ein sonderbares, für den Arzt höchst interessantes und lehrreiches Krankheitsbild zu Stande brachte. Dieses würde erst ihr späteres Leben zeigen.

«Es giebt zwischen Himmel und Erde Dinge, von denen sich unsre Schulweisheit nichts träumen lässt». Wer dieses Hamlet'sche Wort immer im Herzen tragen wird, wird sich hüten seine Pat. der Simulation zu bezichtigen, ehe er nicht Solches genau weiss und sich dazu durch ein schwer zu deutendes Symptomenbild verleiten lässt, und wenn Hysterische wirklich simulieren, was ja nur all zu häufig vorkommt, so wird er den Kranken ein Hinterpförtchen auflassen, denn die meisten Hysterischen sind krank und führen ihre Simulationen in einem krankhaft veränderten Bewusstseinszustand aus!

Literatur von Bregmann zusammengestellt.

Brique: Gowers III. 1892.

Bristowe: Brit. med. Journ. 1890, Nr. 22.

Bryart: Med. Record. 1892. S. 726.

Cousot: Bull de la Societé de med. mentale de Belgique 1892.

Cherchewsky: Revue de med. 1883.

- Grützner: Deutsch. med. Woch. 1894.
Hoorweg: Nederl. Weekblad 1896.
Mathieu et Malian: Gazette des hopitaux 1896.
Mikulicz: Deutsche med. Wochensch. 1895.
Mühsam: Mittheil. aus d. Grenzgebiet d. Med.
Chirurg. 1900 VI.
Leube: ref. Neurol. Centralbl. 1899.
Nothnagel: Beiträge zur Physiol und Pathol. des
Darmes 1884.
Rendu: Gazette des hopitaux 1897.
Rosenstein: Berlin. klin. W. 1882.
Saader: Neurol. Centralbl. 1900.
Sklodowski: Mittheilg. a. d. Grenzgebiet der
Med.-Chirurg. 1899.
Schloffer: Beiträge zur klin. Chirurg. 1899 XXIV.
Strümpell: Monatsschrift f. Unfallsheilk. 1897.
Treves: Deutsch. med. Woch. 1898.
Im neuen Werk von Binswanger in der Speciel-
len Pathologie und Therapie herausg. von H. Noth-
nagel werden diesen Zuständen auch 6 Zeilen ge-
widmet und der Fall Bregmanns referirt.
-

Ueber die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien.

Von

Dr. H. K o p p e l,
Jurjew (Dorpat).

(Vortrag, gehalten auf dem XV. livländischen Aerztetag in
Pernau.)

Meine Herren!

Die Lepra gehört zu den äusserst langsam verlaufenden Infectionskrankheiten. Sie lässt die Arbeitsfähigkeit der ergriffenen Individuen meistens lange Jahre ganz uneingeschränkt oder nur unerheblich vermindert fortbestehen. Hat das Leiden seinen Höhepunkt erreicht und kann der Organismus ihm einige Zeit widerstehen, so tritt ein allmähliches Nachlassen der stürmischen Erscheinungen ein, das zuletzt unter Zurücklassung von massenhaften Vernarbungen fast bis zum Schwinden aller Symptome führen kann, wobei unter Umständen die Patienten sogar die Fähigkeit zur Verrichtung verschiedener Arbeiten wiedererlangen können.

Da die Krankheit wie im Alterthum so auch leider noch jetzt als unheilbar angesehen werden muss, so muss auch ebenso jetzt wie früher bei ihrer Bekämpfung der Hauptnachdruck auf die Verhinderung von Neuinfectionen gelegt werden. Zur Erreichung dieses Zieles hat man die Kranken aus der Gemeinschaft der Gesunden entfernt, in eigens dazu errichteten Häusern, in den Leprosorien isolirt. Dass die Methode erfolgreich gewesen ist, zeigt uns die Geschichte der Lepra. Durch diese Massregel ist die Seuche im Mittelalter aus ganz Mitteleuropa ausgerottet worden.

Es unterscheidet sich aber die mittelalterliche Isolierung von der unserer Tage ganz wesentlich. Im rauhen Mittelalter wurde jeder an der Lepra Erkrankte unbarmherzig aus der menschlichen Gesellschaft ausgestossen und durch die strengsten Anordnungen fern gehalten. In unserem humanen 20. Jahrhundert, wo man sich eifrigst mit dem Studium der Eigenthümlichkeiten der Seuche befasst, bemüht man sich nur die für eine Weiterverbreitung der Infection gefährlichsten Kranken in Leprosorien unterzubringen, die weniger und wenig gefährlichen dagegen unter Beobachtung nöthig erscheinender Vorschriften auf freiem Fusse zu belassen, wenn sie diese Vorschriften befolgen können und wollen. Dass man auch auf diese Weise gute Erfolge erzielen kann, zeigt uns Norwegen.

Zur rationellen Bekämpfung der Seuche ist es unbedingt nöthig, eine genaue Uebersicht über die Art und den Stand der Krankheit, sowie über die Lebensweise und Lebensbedingungen jedes in Betracht kommenden Leprösen zu haben. Es kann sonst vorkommen, wenn der Eintritt in die Leprosorien dem Zufalle überlassen ist, dass wohl eine grosse Anzahl Kranker in den Leprosorien unter grossem Kostenaufwande verpflegt werden, von denselben aber viele auch zu Hause sehr geringe Gefahren für die Umgebung bieten würden und sehr gefährliche Fälle ohne jede Beschränkung unter Gesunden weiterleben. Dass die Krankheit in ihren verschiedenen Formen verschieden gefährlich ist, ist eine Ansicht die von Hansen und Looft ausgesprochen und durch Zahlen gestützt, durch Lohks Lepramaterial von der Insel Oesel noch weiter erhärtet ist und jetzt immer mehr Anhänger findet. Theoretisch ist es vollkommen verständlich, dass die Fälle, wo der anerkannte Leprabacillus sehr spärlich vorkommt oder ganz vermisst wird, wie bei der *L. maculo-anaesthetica* und den sogenannten abgelaufenen Leprafällen, auch die Krankheit nicht ebenso leicht weiter verbreiten können, wie die Fälle wo der Organismus von den Bacillen buchstäblich wimmelt. Am gefährlichsten müssen, vom allgemeinen Standpunkte betrachtet, die tuberösen Fälle in ihrem Höhe-

stadium sein, wo der Speichel und der Nasenschleim sehr viel Bacillen enthält, wo aus jeder Wunde unzählige Bacillen an die angefassten Gegenstände gelangen.

Berücksichtigt man aber den Zustand, in welchem die Patienten sich befunden haben, wo sie zur Weiterverbreitung ihrer Krankheit Veranlassung gaben, so scheint sich mir die Sache anders zu verhalten, nämlich, dass dann ihre Krankheit noch nicht besonders weit vorgeschritten war. Leider ist diese Ansicht sehr schwer durch Zahlen zu beweisen. Wissenschaftlich hat sie nur geringes Interesse, praktisch ist sie dagegen, wie mir scheint, von sehr grosser Bedeutung.

Die Incubationszeit der Krankheit ist so verschieden lang, die ersten Krankheitserscheinungen so gering, die zeitlichen Angaben der Patienten über die Krankheitsanfänge äusserst ungenau, so dass sich einwandfreieres Material zur Klärung dieser Frage aus Anamnesen schwer beschaffen lässt, ohne dass man auch den, der zur Infection Veranlassung gegeben hat, besichtigen kann. Selbst die äusserst genaue und sorgfältige Arbeit Lohk's liefert wenige klare Belege. Forschen wir aber nach der Art der Ansteckung, so finden wir immer die Angabe, dass die Patienten bei der Arbeit die Kleider von leprosen Mitarbeitern getragen haben, dass sie mit solchen zusammen geschlafen haben etc., kurz und gut, dass die Leprosen dann sich noch im arbeitsfähigen Zustande befunden haben. Es ist das auch erklärlich. Entweder wissen die Patienten in frühen Stadien noch selbst von ihrer Krankheit nichts und nehmen sich in keiner Weise in Acht oder aber, sie versuchen absichtlich die schon bemerkten Erscheinungen vor der Umgebung zu verheimlichen und unterlassen alle Vorsichtsmassregeln. Ist die Krankheit schon äusserlich deutlich erkennbar, so nöthigt sie durch ihr Aussehen Jedermann zum scheuen Fernhalten.

Alles dieses berücksichtigend, scheint mir die Lepra gerade in ihren früheren Stadien in Bezug auf ihre Weiterverbreitung recht gefährlich zu sein und müssten bei einer rationellen Isolirung auch viele noch arbeitsfähige isolirt werden.

Während früher die Isolirung rücksichtslos, gewaltsam erfolgte und höchstens für ein Obdach und den Unterhalt der Isolirten Sorge trug, versucht man jetzt dabei nach Möglichkeit alles Zwangsmässige zu umgehen. Entsprechend den Anforderungen der Zeit sind die Leprosorien so eingerichtet, dass sie den Kranken ausser Obdach und Verpflegung auch noch verschiedene Bequemlichkeiten bieten. Man begnügt sich nicht mehr damit für die körperlichen Bedürfnisse der Kranken zu sorgen, sondern versucht ihr Loos auf jede Weise erträglicher zu machen, indem durch passende Beschäftigung das Interesse der Unglücklichen von ihren Leiden abgelenkt werden soll.

Als Unterkunftsstelle haben arbeitsunfähige Kranke die Leprosorien schon hochschätzen gelernt und fühlen sich daselbst recht wohl. Auch Patienten mit recht ausgeprägten Krankheitserscheinungen ziehen sich nach mancherlei bitteren Erfahrungen nicht ungern dorthin zurück, schwer sind aber dahin zu bringen und noch schwerer dort zu halten äusserlich relativ gesund aussehende, arbeitsfähige Lepröse, gerade dasjenige Element welches am gefährlichsten ist. Dem müsste man versuchen irgendwie Abhülfe zu verschaffen.

Vom Standpunkte der Gesunden aus gilt jeder Lepröse, der die Schwelle des Leprosoriums überschritten hat, als für die Gesellschaft gestorben, vom Standpunkte der Leprösen aus betrachtet liegen die Dinge aber wesentlich anders. In seinen Gedanken und Vorstellungen weilt der im Leprosorium befindliche Patient noch lange Zeit beständig zu Hause unter den Seinigen und folgt ihnen in ihrem täglichen Thun und Lassen auf Schritt und Tritt. Ist er noch ganz rüstig und arbeitsfähig und hat zu Hause Weib und Kinder oder Eltern und Geschwister zurücklassen müssen, deren Ernährer er gewesen, die ohne seine Unterstützung in sehr bedrängte Verhältnisse gerathen müssen, fehlt ihm noch überdies das Verständniss für den hinreichenden Grund seiner Isolirung, für die gewaltsame Verhinderung an der Erfüllung seiner natürlichen Pflichten, so bildet sich unter Mitwirkung von Heimweh bald ein ganz unerträglicher

Zustand aus und er ist durch keine Mittel länger in der Anstalt zu halten, die für ihn ärger als ein Kerker ist.

Die Leprosorien müssen allmählich in den Augen der Gesunden und Kranken ihren abschreckenden Character verlieren, sie müssen als Zufluchtsstätten erscheinen können sowohl den schon Arbeitsunfähigen als auch den Arbeitsfähigen.

Wird durch Isoliren in einem Leprosorium im Interesse der Allgemeinheit eine Familie ihres Ernährers beraubt, so müsste die Allgemeinheit auch die Pflichten des Isolirten übernehmen oder was noch angenehmer ist es, müsste dafür gesorgt sein, dass solche arbeitsfähige Lepröse auch im Leprosorium ihre Arbeitskraft nutzbringend verwerthen können. Die Arbeit, die bisher in den Anstalten dazu gedient hat, den Unterhalt derselben zu verbilligen und die Aufmerksamkeit der Patienten von ihrer traurigen Lage abzulenken, muss denselben in Zukunft auch noch zur Erwerbsquelle werden können. Das hat eine grosse Bedeutung auch für solche, die keine Verpflichtungen nach Aussen hin haben.

Fast alle unsere Leprösen stammen aus den untermittelsten Schichten, die Wenigsten von ihnen können von Hause zur Befriedigung von persönlichen Bedürfnissen eine Geldunterstützung erhalten und solche Bedürfnisse, die auch von der besten Anstaltsverwaltung nicht befriedigt werden können, giebt es viele. Aeusserst selten dürften derartige Patienten sein deren Ideal es ist nur gesättigt und gekleidet zu sein und dann nichts zu thun zu haben. Da möchten die Einen sich Rauchwerk verschaffen die anderen Dieses und Jenes zur Beköstigung besorgen, die Dritten Bücher kaufen etc. Gerade durch die Möglichkeit ihrer Befriedigung wird der Interessenkreis erweitert und können die Kranken vor unnützem Grübeln desto sicherer gerettet werden.

Die bisherige Hausordnung der Leprosorien verlangt von den Insassen die unentgeltliche Leistung aller Arbeiten, die deren Kräfte nicht übersteigen. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass regelmässig wiederkehrende zu bestimmten Zeiten auszuführende Beschäftigungen nur dann von den Kranken ordentlich geleistet werden,

wenn dafür bestimmte Belohnungen ausgesetzt sind. Im Laufe der Zeit haben sich so in jedem Leprosorium bezahlte Posten ausgebildet für die immer viele Bewerber da sind. Es dürfte wenige Menschen geben, die immerhin ermüdende Arbeiten, ohne dass sie irgend welchen Vortheil davon zu erwarten haben oder dass ein äusserer Zwang mit drohenden Strafen sie dazu zwingt, längere Zeit hindurch ausführen; es ist dieser Umstand folglich auch bei den Leprösen nichts Besonderes.

Im Grossen und Ganzen sind die Leprösen gegenüber körperlichen Anstrengungen weniger widerstandsfähig und ausdauernd als Gesunde. Lange Zeit hindurch geführte Temperaturcurven zeigen, dass auch Patienten mit geringen äusseren Erscheinungen nicht selten an leichten Temperaturerhöhungen, Hand in Hand gehend mit rheumatoiden Schmerzen, leiden. Bei sorgfältiger äusserer Besichtigung findet man dann meistens, aber auch nicht immer, hier und dort am Körper kleine röthliche Hautinfiltrationen, die bald wieder verschwinden. Dass in solchen Fällen die Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist, lässt sich verstehen. Oft wird aber auch über rheumatoide Schmerzen geklagt, ohne, dass sich objectiv überhaupt etwas acutes constatiren lässt, wodurch man die Angaben des Pat. controlliren könnte. Man muss ihm trauen. Hat man auch allen Grund anzunehmen, dass es zur Arbeit nur an guten Willen gebricht, so kann man es doch nicht beweisen und wenn man es auch könnte, so würde es kaum nützen, denn in solchen Fällen helfen Mahnworte wenig. Bei jeder Arbeit muss als Reizmittel der Vortheil vor den Augen stehen, den dieselbe dem Arbeiter bietet, der Lohn lässt auch Lepröse leichtere Unbehaglichkeiten überwinden.

Es fragt sich nun, welche Beschäftigungen, die von den Kranken geleistet werden und auch als Erwerbsquellen dienen können, für die Leprosorien in Betracht kämen? Bei deren Auswahl ist auf recht Verschiedenes zu achten. Jede in einem Leprosorium vorzunehmende Arbeit muss nach ihrer Fertigstellung gründlich desinficirt werden können von eventuell anhaftenden Bacillen, so dass eine Gefahr der Weiterverbreitung der Seuche

durch dieselbe ausgeschlossen bleibt und die Käufer sie ohne Bedenken kaufen können.

Jede Arbeit muss so beschaffen sein, dass ihre Verrichtung für die Gesundheit der Kranken keine Gefahren mit sich bringt, sie muss leicht zu erlernen sein, die hergestellten Gegenstände müssen leichten Absatz finden können, so dass ihr Verkauf nicht viel Schwierigkeiten macht und den Verdienst der Patienten schmälert.

Der Lohn für die Arbeiten müsste nicht Tagelohn sondern Stücklohn sein, da die Leistungsfähigkeit verschiedener Kranker verschieden ist und neben der Arbeit die Möglichkeit sich nöthigenfalls ordentlich zu erhalten gegeben sein müsste.

Die Rohmaterialien zu den Arbeiten sowie die nöthigen Werkzeuge hätte die Leprosorienverwaltung zu liefern und auch den Verkauf fertiger Sachen zu besorgen. Der Rohmaterialwerth wäre beim Verkauf der Sachen in Abzug zu bringen, eventuell auch geringe Procente für die Abnutzung der Werkzeuge. Für Kleidung und Beköstigung dürften den Patienten keine Abzüge gemacht werden. Es würde das mit ein Grund sein, der den arbeitsfähigen Leprösen den Aufenthalt in den Anstalten anziehender macht. Das Erlernen der einzelnen Arbeiten würde nicht unüberwindliche Hindernisse darbieten. In jedem grösseren Leprosorium befinden sich unter den Patienten immer einige, die das eine oder andere Handwerk kennen oder recht geschickt im Erlernen desselben sind und den anderen als Lehrmeister dienen können. Im Nothfalle könnte auch zeitweilig ein sachkundiger Vorarbeiter angenommen werden.

Die Art der Arbeiten würde in jedem Leprosorium je nachdem, wie die häusliche gewöhnliche Beschäftigung der Einwohner in der Umgebung ist, aus deren Mitte sich die Kranken rekrutiren, verschieden sein, da auf die örtlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden müsste.

Diejenige Beschäftigung, mit der sich vor ihrem Eintritt in die Leprosorien bei uns fast alle Patienten befasst haben, ist die Landwirthschaft, die Feldarbeit. Dieses

berücksichtigend hat man gedacht, dass bei grösseren Leprosorien landwirthschaftliche Betriebe sich mit Leichtigkeit führen liessen und den Unterhalt der Leprosorien merklich verbilligen könnten. Beim Leprosorium Nennal konnte ein hierhergehöriger Versuch gemacht werden. Man hegte da die besten Hoffnungen. Man hat sich aber ordentlich enttäuscht gesehen. Wo Arbeiter nöthig waren, hatte man sie nicht. Wer schon einen Tag gearbeitet hatte, meldete sich am nächsten krank. Es mussten Arbeiter von aussen angenommen werden oder die Arbeiten stückweise nach aussen abgegeben werden. Man hat sich endlich genöthigt gesehen, um aus den Ländereien einigen Nutzen zu ziehen, dieselben zu verpachten.

Wollte man aus diesem Versuche den Schluss ziehen, dass die Leprösen zur Feldarbeit untauglich waren, so würde man sich irren. Die Feldarbeit ist besonders für den, der nicht regelmässig sich damit beschäftigt, eine recht anstrengende. Hat man kein persönliches Interesse an derselben, so erscheint jedem bald eine Erholung der Fortsetzung der Arbeit bedeutend vorzuziehen zu sein. Dass Lepröse sehr gut auch Feldarbeiten verrichten können, zeigt der Umstand, dass die meisten derselben vor ihrem Eintritt in die Krankenhäuser Tag für Tag mit Gesunden zusammen dieselben ausgeführt haben und andere sie ausserhalb der Leprosorien andauernd noch ausführen. Es fehlte den Kranken im Leprosorium nicht die Fähigkeit dazu, sondern nur das persönliche Interesse an derselben. Es verhält sich damit wohl ganz ebenso, wie mit dem Wäschewaschen in den Leprosorien. Solange dafür kein Lohn gezahlt wurde, konnten die Kranken ihre Wäsche nicht waschen. Es musste die Wäsche erst desinficirt und dann von Gesunden Wäscherinnen gereinigt werden. Sobald man aber den den Gesunden gezahlten Lohn auch Leprösen zu zahlen bereit war, meldeten sich Wäscherinnen mehr als nöthig und füllten ihren Posten gut aus. Ich glaube fest, dass wenn man in Nennal den Versuch machte, die nöthigen Feldarbeiten für entsprechenden Lohn von Leprösen ausführen zu lassen, es nicht an zuverlässigen Arbeitern fehlen würde. Einen Verwalter oder Bewirth-

schafter von Aussen würde man nicht nöthig haben. Es würde sich schon auch für diese Stellung für geringe Lohnzulage eine passende Kraft unter den Leprösen finden.

Noch eine Stütze für die Wahrscheinlichkeit meiner Annahme. Das Leprosorium Muhli liegt mitten in den Feldereien einer grösseren Gesindestelle, unweit Dorpat, wo die Tagelöhne im Sommer dazwischen recht hoch sind. Der Gesindeseigenthümer hatte jahrelang für das Leprosorium die Milch und einige andere Nahrungsmittel geliefert und sich an den Anblick der Kranken gewöhnt, sowie bemerkt, dass unter denselben mehrere arbeitsfähige Männer sich befanden, die äusserlich geringe Krankheitserscheinungen zeigten. Endlich war er in bedrängter Lage auf den Gedanken gekommen einige Erntearbeiten denselben stückweise für entsprechenden Lohn anzubieten. Die Leute waren willig. Da die Arbeiten neben dem Leprosorium ausgeführt wurden, die Kranken direct aus den Anstalt auf das Feld zur Arbeit und von dort wieder in die Anstalt zurück zu den Mahlzeiten etc. gehen konnten, da eine Weiterverbreitung ihrer Krankheit durch das Korn nicht zu befürchten war, da die Patienten an ihrem Körper überhaupt keine Wunden hatten, so machte ich keine Einwendungen und war, an die Erfahrungen in Nennal denkend, neugierig, wie lange sie bei der anstrengenden Arbeit aushalten würden. Sie haben aber brav gearbeitet, so lange es auf dem Felde noch zu arbeiten gab. Dasselbe hat sich einige weitere Jahre noch wiederholt.

Ich glaube daher, dass Lepröse wohl landwirthschaftlich beschäftigt werden können, wo passende Arbeit in der Nähe der Krankenhäuser zu finden ist. Eine der Bedingungen müsste allerdings die sein, dass die Patienten für die Nacht wieder in die Leprosorien zurückkehren.

Sind in der Nähe der Leprosorien solche Arbeitsmöglichkeiten nicht vorhanden, so wäre zu erwägen, ob dieselben nicht beschafft werden könnten, indem die Krankenhausverwaltung eine günstig gelegene benachbarte Landstelle arrendirt und in oben angedeuteter Weise durch

Kranke bewirthschaften lässt. Es müsste die Wirthschaft so eingerichtet werden, dass sie an das Leprosorium dasjenige liefert, was dort verbraucht werden kann, wie Milch, Butter, Kartoffeln, Kohl, Mehl etc.

Lässt man die Bedingung des nächtlichen Aufenthaltes in den Leprosorien fallen, so wären dadurch grosse Complicationen geschaffen. Wir wären zu einer Wirthschaft gelangt, wo lepröse Wirthe mit lepröser Bedienung sich zu gemeinsamer Wirthschaft vereinigen oder wo eine Genossenschaft von Leprösen sich zu einem gemeinsamen Unternehmen unter dem Schutze und der Aufsicht der Verwaltung eines Leprosoriums und unter Beobachtung gegebener Vorschriften zusammenthäten. Da die einzelnen Gründe contra und pro erörtern zu wollen, würde zu weit führen. Ins Gebiet des Unmöglichen würde aber auch das nicht gehören.

Dass Lepröse unter sich auskommen können davon kann ich aus Muhli ein kleines Beispiel anführen. Die einzige Gesunde in der Anstalt lebende Person ist daselbst die Oberin, die zugleich Feldscherin und Oeconomin ist. Bei einer Krankheit der beliebten Oberin versuchten die Kranken selbst ohne deren Anordnungen alles Nöthige zu thun, dass die Oberin in keiner Weise belästigt werden sollte. Trotz der Bettlägrigkeit derselben merkte man in der Wirthschaft ihre Abwesenheit kaum. Sie starb an ihrer Krankheit. Ich wollte eine Probe machen, ob man auch ohne eine Oberin auskommen könne. Ein Patient, ein gewesener Wirth, wurde zum Verwalter ernannt und bekam alle Schlüssel und die nöthigen Vollmachten. Siehe da, es ging auch so ganz gut. Volle 7 Monate wurde so gewirthschaftet, bis bei den Weibern allmählich die Sehnsucht nach einer Oberin, der sie ihre Sorgen und Angelegenheiten mittheilen könnten, so gross wurden, dass ich ihren Wünschen nachgab und wieder eine neue Oberin anstellten.

Die Landwirthschaft hat den Uebelstand, dass sie nicht das runde Jahr hindurch genügend Arbeit bietet und andererseits aus der Zahl der Patienten eines grösseren Leprosoriums nur einen kleinen Theil beschäftigen kann. Es muss daher an Arbeiten gedacht werden, die unab-

hängig von den Jahreszeiten und auch von einer grösseren Anzahl von Kranken ausgeführt werden könnten.

Für die Weiber ist die Lösung dieser Frage nicht allzu schwierig. Die weiblichen Handarbeiten sind fast alle der Art, dass sie einfach und gut durch Kochen desinficirt werden können. Ein grosser Theil derselben kann im Leprosorium selbst Verwendung finden. Wenn man die nöthigen Rohmaterialien kauft, die Werkzeuge anschafft und entsprechenden Arbeitslohn zahlt, so könnten fast alle Kleidungsstücke in den Leprosorien selbst hergestellt werden, ebenso wie jetzt schon die Strümpfe und Handschuhe. Die Stoffe zu den wollenen Winterkleidern für Frauen und Männer, zu Sommerkleidern, zur Leib- und Bettwäsche, die Decken etc. werden jetzt noch von den Bauern selbst hergestellt für den eigenen Bedarf, könnten also auch für die Leprosorien an Ort und Stelle sehr gut hergestellt werden. Die Anfertigung der einzelnen Kleidungsstücke könnte in der Anstalt geschehen. Sind die Anstaltsbedürfnisse befriedigt, könnte auf Bestellung oder für den Markt gearbeitet werden. Entweder nur Garn, wollenes oder leinenes oder fertiges Gewebe, oder Strümpfe oder Handschuhe gestrickt oder Spitzen könnten gehäkelt werden. Alles dieses würde wohl nach gehöriger Desinfection ohne Zweifel Absatz finden.

Weit schwieriger steht es mit den Männerarbeiten. Dieselben finden in der Anstalt weniger Verwendung, sind schwieriger zu desinficiren und auf dem Markte abzusetzen. Am leichtesten ginge es noch mit der Seilerei. Sie wäre nicht schwer zu erlernen, bedürfte nicht theurer oder complicirter Hilfsmittel, die Erzeugnisse wären leichter zu desinficiren und dürften als Stricke verschiedener Stärke schon Absatz finden. Bei wachsender Geschicklichkeit könnten die Stricke schon weiter verarbeitet werden zu Hängematten, Netzen etc. Schade, dass bei uns der Bedarf an Fischernetzen im Allgemeinen ein recht geringer ist. In dem Bergener Leprosorium soll die Hauptbeschäftigung der Leprösen im Netzestricken bestehen,

Die Korbflechtereı erfordert schon eine viel grössere Uebung und Geschicklichkeit. Die Beschaffung von gutem Material ist nicht leicht und der Absatz umständlich.

Einfachere Tischlerarbeiten, wie Gebrauchsgegenstände, Ackergeräthe etc. kämen in Betracht. Die bei der Heuernte so nothwendigen Harken würden entschieden Abnehmer finden. Was an Schmiede-, Eisen- oder Drahtarbeiten hergestellt werden könnte, entzieht sich meiner Kenntniss. Ueber die Einführung der verschiedenen Beschäftigungsarten und ihre Rentabilität liessen sich in den Gefängnissen und Arbeitshäusern nützliche Daten erhalten, wo ja auch ganz ungeübte Arbeiter zu verschiedensten Handwerken herangezogen werden.

Dass bei Patienten ihre Krankheit während ihres Aufenthaltes zu Hause im Vergleich zum Aufenthalte in den Leprosorien ganz unverhältnissmässig schnellere und erschreckendere Fortschritte macht, ist eine Beobachtung, die in jedem Leprosorium beständig gemacht werden kann. Es fragt sich nun, was ist der Grund dazu? Im Leprosorium pflegen die Kranken sich sehr wenig abzumühen, zu Hause müssen sie sich an allen möglichen Beschäftigungen betheiligen, ist es nicht die Austrengung die ihrem Leiden so zum Fortschreiten verhilft und wird die Arbeit, wenn sie in den Leprosorien eingeführt wird auch daselbst nicht ebenso gefährliche Folgen haben? Ich befürchte es nicht. Es besteht doch ein grosser Unterschied zwischen der Arbeit in den Leprosorien oder von den Leprosorien aus, und der Arbeit zu Hause. Jede Arbeit bringt verschiedene kleinere Verletzungen mit sich. Der Lepröse, der oft nicht mal den Schmerz fühlt, vernachlässigt solche kleine Wunden zu Hause fast regelmässig. Bald entstehen aber aus kleineren Wunden grössere Eiterungen. Jeder länger dauernde Eiterungsprocess schwächt den Organismus bedeutend und schwächt, abgesehen vom localen Leiden, auch die Widerstandskraft des ganzen Organismus gegenüber der Seuche. In den Leprosorien lassen sich bei stetiger ärztlicher Controlle und geeigneter Behandlung eingetretener Verletzungen grössere Ulcerationsprocesse

fast stets vermeiden. Auch dieser Gegengrund würde wegfallen.

Einen bis in's Einzelne ausgearbeiteten Arbeitsplan für die Leprosorien hier vorzulegen lag nicht in meiner Absicht. Ich habe nur versuchen wollen, die Gründe ausfindig zu machen, warum viele Lepröse so schwer zu veranlassen sind in die Leprosorien einzutreten und dort zu verbleiben. Ich habe ferner versuchen wollen, Mittel und Wege ausfindig zu machen, wie dem abzu- helfen wäre, und bin zu dem Resultat gekommen, dass jedem noch erwerbsfähigen Patienten in den Leprosorien die Möglichkeit gegeben sein müsste, seine Arbeitskraft nützlich zu verwerthen, was ihn in den Stand setzt für seine persönlichen Bedürfnisse und Interessen zu sorgen oder seine Pflichten seinen Angehörigen gegenüber zu erfüllen ohne stetig befürchten zu müssen, durch sein Leiden denselben gefährlich zu werden.

Lässt sich das erreichen, dann würden die Anstalten Vieles von ihrem Schrecken für die Leprösen einbüßen, ihre Verwaltung würde um ein Bedeutendes erleichtert werden und sie könnten ihre Aufgabe vollkommener erfüllen.

Kosmetische Fehler der Hautgebilde und deren Behandlung.

Von

Dr. Matthias Hirschberg.

(Riga).

(Vortrag, gehalten auf dem Livländischen Aerztetag. Pernau. 1903).

Meine Herren! Jeder praktische Arzt wird aus der Mitte seiner Klientel um Rat im Bezug auf kosmetische Fehler der Hautgebilde angegangen. Es ist daher ratsam, dass wir auch diese kleinen Leiden nicht dem sogenannten niederen Heilpersonal oder gar Kurpfuschern jeglicher Art überlassen. Die Entwicklung der modernen wissenschaftlichen Dermatologie und einer zielbewussten Technik machen es uns sogar zur Pflicht, sich auch dieses Gebietes anzunehmen. Nur muss jeder Arzt zu diesen Fragen Stellung nehmen, wie weit er den hier ins Unermessliche sich steigenden Wünschen des Publikums entgegenkommen darf, um einer ideellen Auffassung der Heilkunde treu zu bleiben, die darin besteht, alle wissenschaftlichen Erfahrungen nach bestem Wissen und Gewissen zur Heilung von Krankheiten oder krankhaften Zuständen anzuwenden. Gerade in der Entscheidung von Fragen so delikater Natur, wie sie die Kosmetik der Hautgebilde manchmal vorstellt, bedarf es grosser Vorsicht. Bedenkt man, dass hinsichtlich vieler Schönheitsfehler die gegenseitigen Beziehungen der Geschlechter vielfach eine grosse Rolle spielen, und dass zugleich Perversionen des Geschmackes und krankhafte Moderichtungen hier zahlreich mitunterlaufen, dann wird man oft natürlich nicht nur nicht helfen wollen, sondern gewisse Bestrebungen geradezu

zu verhindern suchen müssen, welche der gesunden Ethik und Aesthetik zuwiderlaufen. Man denke z. B. an das auffallende, höchst schädliche Strohgelbfärben der Haare, an gewisse Schminken, Haarmittel und reklamenhafte, leider oft auch von Aerzten angepriesene Verjüngungstränken. Um gegen diese Dinge energisch Front machen zu können, muss man freilich sich auch ihnen gegenüber nicht blind stellen.

Unter den Alten wusste schon Ovid in seiner «Kunst zu lieben, und sich repräsentabel zu machen» einer Kunst *de medicamine faciei* ¹⁾ und «ornatrix» eine «fucatrix» hinzuzufügen. Auch Martials Satyre schont diese Art der Kosmetik nicht. Dass diese schon im Altertum blühte, ist kein Wunder bei der Raffiniertheit der Ueberkultur unter den ersten Zaesaren der Römer ²⁾, deren tonangebende Erben die Romanen Italiens für das Mittelalter und die Französen für die Neuzeit geworden sind.

In den Kreis unserer heutigen Betrachtung werden wir nur jene kosmetischen Fehler der Hautgebilde ziehen, welche wirkliche Krankheiten vorstellen, und als solche zu Entstellungen führen oder sonstwie die ästhetischen Gesichtseindrücke der Umgebung unangenehm berühren, so dass sie den damit Behafteten auch sozial schädigen können.

Da die hier in Betracht kommenden Leiden unendliche Kombinationen vorstellen, so können hier nur die am häufigsten anzutreffenden betont werden, und zwar anatomisch in erster Reihe begrenzt als Krankheiten des schönheitlich auffallendsten Theiles des menschlichen Körpers, nämlich des Antlitzes. Eine Ausnahme möchte ich mir mit der genaueren Schilderung eines physiologischen Zustandes erlauben. D. i. die Altersinvolution der Haut, welche freilich als *Atrophia cutis praematura senilis idiopathica* auch eine Krankheit *sui generis* vorstellt. Die senile Degeneration der Haut, welche den absteigenden Teil der Entwick-

¹⁾ Bruchstücke c. 100 Verse. *ars amatoria* s. *Remedia amoris* (Ovid).

²⁾ cf. James, *Toilette d'une Romaine* etc. (sehr interessant).

lungsgeschichte derselben ausmacht, ist für die Beurteilung vieler kosmetischen Fragen sehr wichtig ³⁾ ⁴⁾ ⁵⁾ ⁶⁾ ⁷⁾ ⁸⁾).

Die einfachen Gewebsverhältnisse der Haut in den ersten Monaten des fötalen Lebens ersehen Sie aus der Zeichnung nach von mir selbst angefertigten Hautpräparaten. Die Epidermis besteht aus zwei Zelllagen auf einer wenig differenzierten zellreichen Cutis und Subcutis ohne Fett, Drüsen etc. — In den ersten Jahren nach der Geburt ist, abgesehen von der zarten Epidermis und den epidermalen Bildungen das sogenannte Hautskelett, das fibrilläre kollagene Bindegewebe und elastische Fasernetz wenig ausgeprägt. Beim Neugeborenen fehlen noch die elastischen Fasern. Das verhältnissmässig reichliche Fett, welches wenig traubenförmig angeordnet ist, macht den Eindruck diffus injizierter Massen. In Folge dieser Verhältnisse bietet das Niveau der kindlichen Haut etwas Monotones, Charakterloses, grosse Polstermassen, tiefe Furchen, keine feinere Felderung, Behaarung etc. — Die Jahre um Zwanzig bilden in der Hautentwicklung den Höhepunkt der Fülle, Elastizität, Kraft und Blüte. Feste Züge kollagenen Gewebes, ein elastisches Fasernetz, selbst bis an die Epidermis reichend, kräftige Muskelbündel halten die polsternden Fettmassen stramm zusammen und bewirken die rasche Beweglichkeit. Auf dem Hautrelief sieht man die ausgeprägte feinlinige Felderung, Porenbildung und sonstigen Organisationen einer gesunden jungen Haut. — Aber früher als man denkt, ungefähr mit 25 Jahren beginnt schon die senile Degeneration, was sich nicht allzuschwer mikroskopisch-färberisch nachweisen lässt. Die elastischen Fasern erscheinen dicker, vielleicht hyalin gequollen,

³⁾ Andry, Prof. Journal des maladies cutanées par Fournier Nr. 12. December 1901.

⁴⁾ J. Neumann. Lehrbuch der Hautkr. 1880.

⁵⁾ Schmidt. M. B. Virch. Arch, Band 125. 1891.

⁶⁾ Reizenstein. Monatsh. f. pr. Dermatologie. 1894. Bd. 18. Seite 1.

⁷⁾ Unna. (Orth. Sp. Pathol.). Hautkrankh. 1894. S. 988.

⁸⁾ Himmel J, M. Archiv f. Derm. 1903. Bd. 64. 1, 2.

weniger intensiv färbbar. Das kollagene Gewebe zeigt auch degenerative Färbeverhältnisse. Es färbt sich in der Kontrastfärbung mit Fuchsin nicht durchweg rosa, wie normale junge Haut, sondern weist methylenblaufärbte Kollazinschollen auf, wie sich sonst nur elastisches Gewebe färbt (Unna). Allmähig tritt auch Verdünnung, geringere Kohäsion und vermehrte Pigmentation an den Zellen der Epidermis auf, desgleichen variköse (sklerotische) Veränderungen an den kleinen Gefäßen, wahrscheinlich als Folge geringerer Widerstandsfähigkeit von Seiten des degenerierten elastischen Gewebes. Die Gesamtelastizität der alternden Haut, ihre Beweglichkeit und Mimik wird herabgesetzt. Infolge dessen kann sich auch das erste klinische Symptom der Altersinvolution der Haut — die Runzel etablieren, an welche sich dann kontinuierlich das übrige Welkwerden anschliesst.

Für die ärztlich kosmetische Behandlung sollten nur die praematuren Degenerationen in Betracht kommen. Natürlich werden wir uns nicht gerne dazu hergeben, das wahre Alter durch Empfehlung von Farben, Emaillierung, Pflasterchen (Schönheits-, Mouches) u. A. kachieren zu helfen. Auf einen Versuch müsste man es ankommen lassen, seinen Patienten die Ueberzeugung beizubringen, dass im Verständnis für das Altwerden eine grössere Kunst läge, als in der Kunst, nicht altern zu wollen. Freilich ist die Erziehung seiner Patienten zur Resignation eine der schwierigsten Aufgaben des Arztes.

Von pharmazeutischen Mitteln gegen frühe Falten und das Welkwerden sind verschiedene Tonika, Alkoholika und Essige, empfohlen worden, besonders da, wo Erschöpfungszustände, Nerven- und geistige Anstrengungen (Denkerfalten) mitspielen. Bestehende Falten sucht man mit Oel oder Lanolin weich zu machen, sie dann zu glätten und durch Collodium elasticum glatt zu erhalten⁹⁾. Auch Faradisation, Massage, erweichende Kompressen erweisen sich bei solchen Inanationsstadien

⁹⁾ Pasch kis. Kosmetik f. Aerzte. Wien 1895.

¹⁰⁾ Kaposi. Lehrbuch.

der Haut wirksam. Auf die prophylaktische Massage komme ich noch gelegentlich der Aknebehandlung zurück.

Zeigt uns so schon die normale Wachstumsgeschichte der Haut, dass neben lokalen Bedingungen allgemeine Körpereinflüsse auf die Schönheit und Gesundheit der Hautgebilde direkt oder indirekt einwirken, um wieviel mehr wird es bei allgemeinen Erkrankungen ersichtlich. Ja, es ist nicht übertrieben, wenn man behauptet, dass jede Krankheit, besonders chronischer Natur, kosmetische Veränderungen im Gesicht hervorrufe. Kann man nicht ebenso wie von einem Bierherzen von einem Biergesicht reden? Die Blausucht bei angeborenen Herzfehlern, die Gefässschlängelungen und Varikositäten bei Arteriosklerotikern und Emphysematikern sind hierher gehörige Beispiele; ebenso die polstrige Haut Myxödematöser, der blassweisslich-gelbliche Ton Nierenkranker, der gelbgrüne Ikterischer, der graugrüne Chlorotischer der kachektische Karzinomatöser, der Gesichtsausdruck Herzleidender u. s. w. So interessant diese Erscheinungen sind, so gehört ihre klinische Beobachtung und Behandlung eher dem Internisten und Chirurgen als dem Dermatologen. Wir werden daher von ihnen ebenso wie von der kosmetischen Beeinflussung des Gesichtes, infolge von Nerven- und Gehirnkrankheiten absehen müssen.

Von akuten exanthematischen Infektionskrankheiten lassen die Variola vera am häufigsten und die Varicellen in sehr seltenen Fällen und in vereinzelt Exemplaren kosmetische Fehler und Stigmata zurück. D. h. die bekannten Pockennarben. Das akute oberflächliche Erysipel bewirkt manchmal eine Verschönerung des Teints. Tadelnswert ist jedenfalls das Experiment, oberflächliche bösartige Tumoren, den Lupus u. A. durch Erysipelimpfung bekämpfen zu wollen, wie es geschehn ist. Die Kenntnis der Narbenbildung bei Variola klärt auch Manches über Narbenbildung und Heilung überhaupt auf. Hier und da tauchen Methoden auf, welche Variola, Verbrennungen und andere tiefere Eiterungsprozesse der Haut ohne Narben zu heilen versprechen. Eitriger Zerfall oder Pustelbildung mit alleiniger Be-

teilung der Epidermis werden nie Narben machen, Nekrosen mit Teilname der Cutis stets. Kaposi¹¹⁾ meint: «Darnach können Sie den Wert jener Anpreisungen ermessen, nach welchen das Auflegen oder Einschmieren dieser oder jener Salbe oder Tinktur, oder das Abhalten des Lichtes und vieles Andere z. T. Abenteuerliche die Pockennarben verhütet habe. Die günstigere oder ungünstigere anatomische Anlage der Pocken ist imvoraus in dieser Beziehung bestimmend».

Als Kaposi so schrieb, war die Finsen'sche¹¹⁾ Rotlichtbehandlung, d. h. die Abhaltung chemischer Lichtstrahlen, noch nicht bekannt. Dass dieselbe in der Verhütung tieferer Eiterungen gute Resultate zeitigen kann, haben Sie unter anderen Arbeiten auch aus einer Demonstration von Dr. Berkholz auf dem livl. Aertzetag 1901 ersehen können. Der Mangel chemischer Strahlen schwächt wahrscheinlich die Virulenz ab, und die Eiterbildung beschränkt sich auf die epidermoidalen Teile. Ist aber einmal die Cutis ergriffen, so wird auch diese Methode nicht Narbenbildung verhindern können. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Brandnarben. Ein Trost ist es, dass mit der Zeit alle Narben flacher werden. Durch Schrumpfung des Narbengewebes wird das gesunde Gewebe näher gezogen und so das Niveau mehr weniger ausgeglichen. Welcher Narbenbehaftete und Pocken-narbige möchte aber seine Fehler gerne der Zeit zur Reparatur überlassen? Bei vereinzelt ungeschönen Narben kann oft die chirurgische Plastik viel Nutzen schaffen. Von pharmazeutischen Mitteln ist dem Thiosinamin (Allylthioharnstoff) das Wort geredet worden, welches nach Hebra junior¹²⁾ Narbengewebe erweicht und flexibel macht. Zu den ursprünglichen spirituellen Injektionen (10—15 pCt.) kamen durch Unna¹³⁾ Thiosinaminpflastermuller «gegen fibröse Tumoren verschie-

¹¹⁾ Protokolle d. Livl. Aertzetages. Riga 1901.

¹²⁾ H. Hebra. Monatsh. f. pr. Derm. (Unna) Bd. XV. S. 337.

¹³⁾ Unna. Monatsh. f. pr. Derm. Bd. XXIX. II. S. 560.

dener Art, Keloide von Schnittwunden und Aetzungen, fibröse Stränge auf dem Boden von Varicen, Lepromen, Syphilomen, Lupus . . . und sogar Pockennarben». Für diese Thiosinaminwirkung trat noch eine ganze Reihe von Autoren ein (Sinclair, Tonsey u. a.), von anderen wurde sie aber auch angefochten (Berliner ¹⁴⁾). *) Vereinzelte Pockennarben können kosmetisch durch subkutane Paraffininjektionen gehoben und repariert werden — nach der Gersuny'schen Methode, wie sie in neuester Zeit mit vielem Erfolg bei der Reparatur von Nasendifformitäten gleichviel obluetischen, leprösen oder andern Ursprungs angewandt wird, wo durch Nekrose des Knochens oder Knorpels die Haut eingesunken oder sonstwie verzerrt ist. — Ob das Paraffin mit der Zeit resorbiert und aus dem Körper eliminiert wird, das zu beurteilen, dazu ist die Zeit seit der Entdeckung dieses Verfahrens zu kurz.

An zwei Moulagen sehen Sie eine von mir nach dieser Methode korrigierte Nase vor und nach der Korrektur. Ich benutzte Paraffinum solidum vom Schmelzungsgrad 45° C. und eine einfache Punktionspritze mit breiter Nadel. Leichter zu injizieren ist ein Gemisch von Paraffinvaselin.

Da es bei Operationen im Gesicht und an den sonst unbedeckt getragenen Teilen auf schöne Narben ankommt, wird man sich jedes mal die Vidalschen und Langerschen Spaltrichtungen ¹⁵⁾ ¹⁶⁾ der Haut ins Gedächtnis zurückrufen müssen.

Die lokalisierten Leiden, welche zu kosmetischen Fehlern im Gesicht führen, wird man bekanntlich in bösartige und gutartige scheiden. Bei den bösartigen Tumoren und dem Lupus im Gesicht haben die zu treffenden Massnahmen natürlich ernstere Motive als die kosmetischen, diese kommen erst in zweiter Reihe

¹⁴⁾ Berliner Monatsh. f. pr. Derm. Bd. XXXIV 1902. S. 321.

*) Verhandlungen der deutschen dermat. Gesellsch. IV. Congr. 1894 von H o o m. Klin. u. bakter. Erfahrungen über Thiosinamin.

¹⁵⁾ cf. v. B r u n n «Haut». Bardeleben Anatomie 1897.

¹⁶⁾ R a u b e r, Haut. Anatomie 1902.

in Betracht. Die Fragestellung heisst hier, mit welchen Radikalmitteln setzen wir hier die geringsten kosmetischen Defekte. Sie wissen, meine Herren, wie sich ursprünglich um die Behandlung des Lupus dank Finsen und Röntgen fast ein ganz neues Spezialgebiet, die Licht- und Radiotherapie herauskrystallisiert hat, die in ihren Kreis bald alle Hautkrankheiten hineinziehen möchte; Epitheliome, chron. Ekzeme, Mykosen etc. Eine neue Panacee!

Wenn wir hier von den Uebertreibungen absehn, und man auch objektiv-kritisch daran noch festhalten muss, dass die Finsen- und X-Strahlen bisher ihres Rätselhaften noch nicht entkleidet sind (Jarisch¹⁷⁾) und noch im Zeichen des Experiments stehn, so wird man dennoch der Lichttherapie in kosmetischer Beziehung viele Heilerfolge zusprechen müssen. Interessant sind die statistischen Berichte Finsens für das internationale Zentralbureau über seine Heilerfolge bei Lupus vulg. (Gustav Fischers Verlag, Jena). Die näheren Details der Radio- und Finsentherapie klärt das Buch von Freund¹⁸⁾ auf.

Die längsten Dauererfolge in kosmetischer Beziehung haben bis jetzt beim Lupus vulgaris unzweifelhaft die chirurgischen Eingriffe aufzuweisen (Auslöffeln, Sticheln, plastische Operationen) und zwar in erster Reihe die Transplantationen gestielter Lappen nach Thiersch und ungestielter nach Krause¹⁹⁾. Andere physiko-therapeutische Behandlungsweisen gegenüber dem Lupus v. werden mit dem Paquelin, der Elektrolyse, dem Mikro- und Heissluftbrenner²⁰⁾ vorgenommen. Die

*) Deutsch. Med. Wochenschr. Nr. 1903. A. E. Stein. Ueber Verwendung von hartem und weichem Paraff. (Dasselbst ausführl. Literaturangaben).

¹⁷⁾ Jarisch. Hautkrankheiten 1900. S. 519.

¹⁸⁾ Leopold Freund. Grundriss der gesamten Radiotherapie für prakt. Aerzte. Berlin—Wien 1903. Urban Schwarzenberg (cf. Seredde et Pantrier. Phototherapie etc. Paris — Naud).

¹⁹⁾ Lang. Lupus und dessen operative Behandlung. 1898 Wien.

²⁰⁾ Holländer. Internat. med. Kongr. Moskau, D. med. Wochenschr. 1897.

Zahl und Applikationsweise pharmazeutischer Mittel ist Legion (äusserlich: Pyrogallussalbe von elektiver Wirkung, Spickmethode nach Unna mit in Liquor stibii chlorati getauchten Buchenstäbchen, Kreosot, Arsenpasten, Kaliseifen und vieles Andere sogar Tuberkulinseife nach Unna — intern: Kreosot, Fluornatrium, Injektionen mit Kochschem und Klebschem Tuberkulin und Tuberkuloidin, kantharidinsaurem Kali nach Liebreich, mit Eiweiss nach Dehio ²¹⁾ etc.) — Erwähnt darf es werden, dass dieselben Methoden auch beim Hautkrebs und Epitheliom im Gesicht häufig zum Schaden der Kranken verwandt worden sind, wo das Messer als vorzüglichstes, ja einziges Mittel in Betracht kommt.

Der Lupus erythematoses, welcher seinen Lieblingssitz im Gesicht hat und in seiner bekanntesten Schmetterlingsform einen auffallenden kosmetischen Defekt vorstellt, bildet einen gewissen Uebergang zwischen den bös- und gutartigen Hauterkrankungen im Gesicht. Der Streit zwischen den deutschen und französischen Dermatologen über die Zu- respektive Nichtzugehörigkeit des Lupus erythematoses zur Tuberkulose ²²⁾ hat auf die Therapie schon insofern Bezug, als wir darauf bedacht sein müssen, dass trotz des auffallenden histologischen Unterschiedes zwischen L. vulgaris und erythematoses ein grosser Prozentsatz Lup. erythematoses Kranker auch, abgesehen von der Haut, sonstwo tuberkulös sein kann. Neben dem Lupus erythematoses steht eine Hautaffektion, die ihrem Träger oder ihrer Trägerin schönheitlich peinlich sein kann — eine leicht schuppende Röte um die Haare der Augenbrauen und Stirn, welche seit der frühesten Jugend kontinuierlich besteht. Unna-Taenzer bezeichnen diese als Ulerythema. Ich glaube in mehreren Fällen eine familiär-erbliche Anlage dazu bemerkt zu haben.

²¹⁾ Livl. Arztetag 1902. Vortrag und Demonstration. Prof. Dehio.

²²⁾ cf. Literatur bei Jarisch. Hautkr. S. 551.

Die Behandlung sowohl dieses Zustandes als auch des L. erythematodes muss eine möglichst reizlose und schonende sein. Sie ist schon insofern eine gegensätzliche gegen die Lupus vulgaris-Behandlung als man bei vulgaris Hyperämisierung, beim erythematodes Anämisierung erstrebt. Von mechanisch operativen Eingriffen sind die Skarifikationen nach Vidal, die Nadelpunktionen und die Elektrolyse die wichtigsten. Finsen- und Röntgenkuren scheinen mir schon theoretisch insofern nicht am Platze, als sie hyperämisierend wirken.

Die Skarifikationen, Akopunktur, Mikropaquelin, Mikrobrenner-Unna und die Elektrolyse sind gegen hyperämisierende Zustände der Haut, richtig angewandt, häufig zu verwendende kosmetisch-therapeutische Methoden. Die Ausführung der Skarifikationen ist äusserst leicht und deswegen besonders empfehlenswert. Man legt mit einem leichten (Star-)Messerchen seichte parallele und sich kreuzende Schnitte an, so dass die Schnittfigur einem sehr feinmaschigen Netze gleicht. Die Tiefe der Schnitte muss ungefähr der bei der Pockenimpfung gleich sein. Die meist geringe Blutung wird durch Aufdrücken von Watte gestillt. Narben werden bei aseptischer, sachgemässer Ausführung nie entstehen.

Pharmazeutisch-therapeutisch kommen beim Lupus erythematodes neben dem von Kaposi warm empfohlenen Emplastrum Hydrarg. ciner. schwach reduzierende Mittel in Betracht — Schwefel, Resorcin u. a., welche am besten der Lassarschen Zinkpasta inkorporiert werden können.

Dass für die Behandlung der bösartigen und ernsteren Erkrankungen der Hautgebilde des Gesichts — Epitheliom, Lupus vulgaris und erythematodes — ernstere Massregeln, Zeit und Geduld nötig sind, ist selbstverständlich; und dass trotz gründlicher Hingabe hier oft die erwünschten Erfolge ausbleiben ist auch nicht neu.

Ein Verdienst der neueren Zeit ist es, die kosmetische Behandlung der angeborenen oder jedenfalls embryonal beanlagten Pigment-, Warzen- und Gefässmäler ausgebildet zu haben ²³⁾. Der Volksmund

hat schon in seinen Bezeichnungen für diese Erscheinungen, Maus, Kainszeichen, Feuermal etc., einen gewissen Horror vor ihnen ausdrücken wollen. Um so unverständlicher erscheint es, wie zu einer gewissen Zeit die Frauen, auch wenn ihr Gesicht rein war, sich künstlich solche Pigmentnaevi in Gestalt der bekannten Schönheitspflästerchen und Mouches anlegten. Freilich konnte man unter ihnen Vieles verbergen!

Heute sind wir wohl zumeist diese Unsitte losgeworden und wir können sowohl die epidermoidalen Warzenmäler, als auch die angiomatösen Gefässmäler kosmetisch gut beeinflussen, wegschaffen oder korrigieren. Hinsichtlich der Prognose wäre zu bemerken, dass sehr ausgedehnte, multiple und multilokuläre Mäler sich von vornherein einer erfolgreichen radikalen Behandlung entziehen (Froehlich), und dass Naevi verschiedenster Provenienz der Ausgangspunkt bösartiger Erkrankungen werden können.

Die einfachen Warzenmäler werden wie andere kleinere Tumoren abgetragen. Weit mehr Schwierigkeiten machen die Gefässmäler wegen der Gefässverhältnisse. Die Gefässe zeigen neben der Vermehrung an sich auch in ihrer Reaktion auf Reize sich anders als normale. Die gegen Gefässmäler zu ergreifenden Methoden werden auch durch den Sitz, durch die Form und Grösse beeinflusst werden. Es kann nicht gleichgültig sein, ob man es mit einem kleinen ganz flachen Naevus telangiectodes oder einem grossen kavernösen Angiom, ob mit einem diffus ins Gesunde übergehenden oder einem gestielten Tumor zu tun hat.

Chirurgisch kommen totale und partielle Entfernung der Mäler durch Ligatur der Gefässgeschwulst im Ganzen, die Exstirpation mit dem Messer, das Ausschälen mit dem scharfen Löffel und das Abbrennen mit dem Paquelin oder durch Galvanokaustik in Anwendung.

²³⁾ cf. Beiträge zur Behandlung der Mäler. Dr. Wilh. Froehlich — Leipzig. Naumann. Mediz. Bibl. f. prakt. Aerzte.

Als leichtere chirurgische Eingriffe sind bei flachen Naevi die schon früher erwähnten Skarifikationen und Stichelungen mit dem Unnaschen Mikrobrenner sehr wirksam.

Zur Verödung der Gefäße ist eine Menge von Methoden herangezogen worden, selbst nach unserer heutigen Auffassung unmedizinische, einerseits Aetzmittel, welche unschöne Narben erzeugen (auch die Vaccination!), andererseits Blutgerinnung erzeugende Mittel welche gefährliche Thromben erzeugen können. Die gebräuchlichste Methode ist heute die Elektrolyse, welche bis hierzu bezüglich der kosmetischen Narbenbildung die besten Erfolge hat. Es werden Stromstärkemaxima bis 50 Milliamp. angewandt. Man beginnt mit schwächeren und lässt stärkere Ströme allmählich, ja nur nicht ruckweise, einschleichen. Als Batterie ist schon eine 20elementige tragbare mit Chromsäure oder Leclanché — Elementen in den meisten Fällen ausreichend.

Ohne Galvanometer soll man nichtelektrolytische Kuren machen. Die Wirkung liegt am negativen Pol — an der Katode. Hier befindet sich die mit einem Unterbrecher versehene Elektrode mit einer oder mehreren Nadeln welche in die zu behandelnde Partie eingestochen werden. Als Anode wird eine biegsame Platte, Kugel oder Handelektrode genommen. — Es ist gut, sich mit dieser Methode vertraut gemacht zu haben, weil sie auch zum Epilieren z. B. bei angeborener Trichiasis (Mannweiber) die einzig erfolgreiche Behandlung darstellt. (Anode in der Hand, Nadel in die Follikel, c. $1\frac{1}{2}$ Milliamp., 15. Sek.).

Gehen wir nach dieser kleinen Abschweifung zu den gutartigen Hauterkrankungen im Gesicht über, welche kosmetische Beeinträchtigung hervorrufen, so beanspruchen die Akneformen mit ihren Begleiterscheinungen den ersten Platz. — Auf dem 6. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft ist die Akne als eine der Programmfragen diskutiert worden. Dort hat Touton-Wiesbaden als Referent eine komplette Zusammenfassung der Aetiologie und Pathologie gegeben. Nach ihm wird die Akne definiert als ent-

zündliche, zur Eiterung tendierende primäre Affektion der Haartalgfollikel, mit vorwiegender Beteiligung der Talgdrüsen, Affektionen, deren Einzelelemente einen akuten Verlauf haben. Obgleich an einigen Gegenden des menschlichen Körpers (Lippenrand, labia minora, glans und præputium penis, Tysonsche Drüsen) auch haarlose Talgdrüsen vorkommen gehören zur Aknebildung besonders Lanugohaare mit relativ grossen Talgdrüsen, wie sie am Gesicht, Rücken und der Brust vorkommen. Wo es sich um eine Entzündung der Haarbälge selbst handelt, müsste man eher von Follikulitiden im engeren Sinne sprechen. Im Ganzen spielt sich aber bei beiden Prozessen eine Entzündung sowohl des epithelialen, als auch des dazu gehörigen bindegewebigen Teiles, des Blutgefässmantels des Follikels ab.

Die Akne vulgaris, disseminata, juvenilis (inflammatoria) ist die Hauptrepräsentantin der so definierten Aknegruppe. Darunter hat man aber nicht die Knötchen allein, sondern den gesamten aknösen Zustand zu verstehn. Diese setzt sich aus der Seborrhoea oleosa (Schmeerfluss, Fettglanz), den Kommedonen (Mittessern), den entzündlichen Akneknötchen und Pusteln (Finnen), den Milien (Hautgries), sowie einigen Begleit- und Folgezuständen-Atherom (Molluscum atheromatosum), Pigmentflecken, Narben und Doppelkommedonen zusammen. Die häufige, aber nicht konstante Hyperämie wird hier im Symptomenkomplex absichtlich weggelassen, um nicht die Akne vulgaris mit der Akne rosacea und telangiektodes zusammenzuwerfen.

Barthelemy meint, dass jeder Akne die fettige Seborrhoe (Acné sebacé fluante Cazenave, Schmeerzfluss) vorhergehen muss. Der Fettermguss entstammt zum allergrössten Teil aus den Talgdrüsen. Unnas hyperhidrosis oleosa, deren Namen von der Auffassung entsprang, dass das meiste, auf die Haut sezernierte Fett von den Schweissdrüsen geliefert würde, hat sich als unhaltbar erwiesen. Die Seborrhoe des Gesichtes tritt vorwiegend an der Stirn, Nase, Schläfe, am

Kinn besonders bei brünetten Individuen während der Pubertätsjahre auf (K a p o s i). Nähere Angaben über den Grad, die Entwicklung und die lokale Verteilung der Fettsekretion macht Arnozan²⁴⁾. Beim Neugeborenen findet sich keine Fettsekretion, beim Mannbarwerden das Maximum; mit dem Altwerden vermindert es sich sukzessive. Im Entwicklungsgange bildet die Nase das Zentrum der Ausbreitung der Fettabsonderung; es folgt das übrige Gesicht etc. Auf dem behaarten Kopfe bewirkt die Seborrhoe jenen hässlichen und oft zur Alopecia pityrodes führenden Zustand, den man Pityriasis capitis, Schelfer, Schinnen nennt (wohl zu unterscheiden von den Kopfnissen — Pedikulosis). Der Unterschied im klinischen Bilde zwischen der Seborrhoea oleosa und sicca (Ekzema seborrhoicum Unna) scheint darin zu bestehen, dass bei der sicca zur gesteigerten Fettsekretion noch Verhornungsanomalien und entzündliche Vorgänge sich hinzugesellen. Wir sind hier auf einem in der Dermatologie noch sehr strittigen Gebiete, ebenso wie in der Frage, ob Mikrokokken die primäre Ursache der Seborrhoe (Unna, von Hoorn, Sabourand) abgeben, oder sich nur als unliebsame Gäste hinzugesellen²⁵⁾. Dass es sich bei der Seborrhoe oft um reine Innervationseinflüsse ohne Bazillen handeln kann, dafür scheint mir die Tatsache zu sprechen, dass ein fettiger Erguss bei Neurasthenikern und Chlorotischen plötzlich auftreten kann.

Das nächste Symptom der Akne vulgaris sind die Komedonen (Mittesser), in Folge des schwarzen Kopfes als Akne punctata bezeichnet. Das pathologisch-anatomische Zustandekommen ist noch nicht völlig geklärt. Erschlaffung der muscoli arrectores pili (Pospe-low), chemische Abnormitäten, mangelhafte Fettumwandlung sind beschuldigt worden. Touton und Unna sehen im Komedo eine gemischte Horn- und Talgzyste. Der herausgedrückte, wurmförmliche Mittesser setzt sich aus Talg, Talgzellen und Membranen und Hornzellen zusammen. Der schwarze Kopf ist nicht schwarzer

²⁴⁾ Arnozan. De la repartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau. Annales de dermat. 1892. (Jarisch S. 974).

Staub oder Schmutz, sondern ein Umwandlungsprodukt des Kreatins der Hornzellen (Unna). Diese Komedonen können zur Atrophie der Follikel führen oder sich euzündlich in typische Akneknötchen transformieren (Akne papulosa, pustulosa, nodosa, indurata, tuberkulosa, phlegmonosa). Bemerkt sei, dass das papulöse Knötchen sich nicht immer erst aus dem Komedo entwickeln muss, sondern auch spontan als solches auftreten kann. Das Akneknötchen als Entzündung der Talgdrüse und ihrer Umgebung setzt sich anatomisch aus den bekannten Elementen der Entzündung zusammen: Exsudat, strotzende Gefäße, erweiterte, ödematöse Maschenräume im Corium, Rundzellen u. s. w. Die weiteren Folgen der entzündlichen Neubildung von Bindegewebe, Induration, Narben-Abszessbildung, Unnas Plasmom (Riesen-, Rund- und Plasmazellen) komplizieren das Bild der Akne vulgaris.

Häufig vergesellschaftet sich mit ihr noch die Milien um Lider, Wangen und Schläfe — kleine Epithelialgeschwülste als Retentionsformen in einer präformierten Talgdrüse oder als Abschnürungen ins Corium hinein. Tumorbildungen ähnlicher Art sind auch die Aterome und Molluska ateromatosa. Einfaches Aufschlitzen hilft gegen sie nicht, sie müssen in toto mit dem Sack ausgeschält werden.

Obgleich noch Vieles in der Aetiologie der Akne hypothetisch ist, so kann sie doch nicht ausser Acht gelassen werden.

Während der Pubertät ist die gesammte physiologische Tätigkeit, also auch des Hauttalgapparates gesteigert. Einer angeborenen Neigung zur stärkeren Hornproduktion mit festzusammenhängenden Hornzellen steht Missverhältnis zwischen Produktion und Ausscheidung des Talges gegenüber. Diese Verhältnisse oder eine schon an und für sich dickere Haut präparieren einem eindringenden Virus den Boden (Touton). So kommen wir gegenüber der rein mechanischen Wertheimischen Theorie zur bakteriellen, zu welcher die jüngeren Dermatologen immer mehr und mehr neigen. Neben Unna (Flaschenbakterien) sind es besonders französische Dermatologen, die den bakteriellen

Akneerreger das Wort reden. Barthelémy war der erste (Sabourand²⁵): — Die andern ätiologischen Momente: Magenkrankheiten, Darmfäulnis, reflektorische Beeinflussung von Seiten der Genitalsphäre, Chlorose, Skrophulose, Arthritis, Diabetes, chronische Rhinitis. chronischer Genuss von Alkohol, Kaffee sind vielleicht nur Gelegenheitsursachen, die aber bei der Therapie nicht vernachlässigt werden dürfen. In neuester Zeit mehrt sich die Kasuistik der Chlor-, Brom-, Theer-, Phenazetin- und sonstiger chemischer Akneformen. Ob solche chemische Produkte, trotz vieler Studien über die Ausscheidung derselben, mittelbare oder unmittelbare Wirkung ausüben, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Bei der Behandlung wird man einschlägigenfalls diese Stoffe natürlich zu vermeiden haben.

Die Therapie der Akne vulgaris, der häufigsten kosmetischen Erkrankungen der Gesichtshaut, erfordert neben grösster Objektivität bedeutende Energie von Seiten des Arztes,

Die Objektivität vermisst man beim Studium der Litteratur über diese Frage leider zu oft. Der Eine behandelt die Akne nur von innen, der Andere nur von aussen; der Eine massiert, der Andere massiert nicht, weil er die Bakterien fürchtet; der eine desinfiziert den Darm mit Hefe, Menthol, Ichthiol und Urotropin, der andre die Haut mit Schwefel, Naphtol, Resorcin etc.; der eine hat chirurgische Neigung, sticht, löffelt und skarifiziert, der andre elektrolysiert, röntgent und flüssigt. Die Amerikaner (Biffard, Robinson, Scherwell, Denslow, Winfield) fassen die Akne als Reflexneurose von der Urethra, resp. Vagina auf und behandeln lokal von dieser Stelle aus. Wo von Heilmitteln soviel geboten wird, wird man bezüglich des Erfolges gewöhnlich etwas misstrauisch. Tatsächlich kann man aber bei der Aknebehandlung gute Erfolge erzielen. Nur muss man sein Heil kritisch auf dem Wege, der in der Mitte zwischen allen diesen Hypothesen liegt suchen. Eine richtige Rücksichtnahme auf den Allgemeinzustand

²⁵) Sabourand. Les Maladies du cuir chevelu. Paris 1902. Masson A. C. (Seborrhoe, Acné, Calvitie).

auf eventuelle Chlorose, Syphilis, Tuberkulose, Magen-
darm oder Genitalkrankheiten wird selbstverständlich an-
gebracht sein. Häufiges Wechseln von Körper- und Bett-
wäsche vom bakteriellen und Meiden von Käse,
Fetten, Alkoholicis, Kaffee vom autotoxischen Ge-
sichtspunkt müssen empfohlen werden. Das Hauptaugen-
merk wird aber auf die äussere Behandlung gerichtet
sein müssen, und da werden wir schwerlich mit einer
Salbe oder Seife oder mechanischen Manipulation durch-
kommen, sondern uns nach dem Ueberwiegen des jedes-
maligen prädominierenden Symptoms der Seborrhoea
oleosa, der Komedonen, der Papel oder Pustel, Indura-
tionen etc. richten. Gegen die Seborrhoea oleosa werden
Kalisaponate und sonstige spirituöse, fettlösende oder
fettverseifende Mittel in Anwendung kommen. (Aehnliche
Gesichtspunkte sind auch bei der Behandlung der Se-
borrhoea der behaarten Kopfhaut, z. B. der Lassar'-
schen Haarkur, massgebend). Auf die Zirkulationsver-
hältnisse wird man mit heissen Lokalbädern,
Tupfungen und Dämpfen, (Saalfelds Dampfapparat)
und Skarifikationen (cf. oben) einzuwirken suchen.

Vereinzelte Aknepusteln, Abszesse, Milien wird man
chirurgisch beseitigen. Als Nachkur, speziell nach der
Schäl- oder Desinfektionskur mit Salben, wird die Ge-
sichtsmassage sicher gutes leisten. Die beste Me-
thode scheint mir die nicht instrumentälle nach Pospe-
low²⁶⁾ zu sein. Ein Schema wird herumgereicht. Zum
momentanen Bleichen und Entfärben der schwar-
zen Comedonenköpfe werden dieselben Mittel wie gegen
Epheliden, Chloasma, kleine Pigmentnävi gebraucht (Hy-
drargyrum bichloratum, Bism. oxychloratum etc. Vor-
sicht bei Akne). In neuester Zeit wird als vortreffliches
Bleich- und Sommersprossenmittel Wasserstoffsuperoxyd-
lösung-Merk Salben zugesetzt *).

²⁶⁾ Dermatol. Zeitschrift 1894.

*) Rp. Vaselini 10,0

Lanolini 5,0

Terendo adde paullatim

Hydrog perox-Merk 30 pCt. 20,0

Bism. oxychl 0,5—1,0

Hg bichl. corr. 0,03

Poudres wird man bei weiten Poren, möglichst vermeiden. Röntgenstrahlen haben kein spezifische Wirkung, aber helfen wahrscheinlich wie die Schälpasten, oder indem sie vielleicht den Nährboden verschlechtern. Darin muss man Kaposi Recht geben, dass schon geschält wurde, bevor es noch Schälpasten gab. Freilich sind die modernen Schälpasten sehr praktisch und vereinigen in sich viele ätiologische Bekämpfungsmittel gegen die Akne. Sie desinfizieren, saugen auf, wirken gegen die Hyperkeratose und Entzündung im Corium und sind bequemer als die früheren Quecksilber-Salicylseifen und (sogar!) modernen Pflaster und Mulle. Verwandt werden Resorzin, Naphtol, Schwefel in stärkerer oder schwächerer Konzentration, je nachdem ob klinisch oder ambulatorisch vorgegangen wird. Beim Eintritt etwaiger Reizungen treten die bekannten mildernden Ekzemmittel in ihr Recht, auf die einzugehn, zu weit führen dürfte.

Von den anderen fälschlich als Akne bezeichneten kometischen Verunstaltungen des Gesichtes möchte ich noch zum Schluss die Akne rosacea und die Akne Mentagra oder Sykosis hervorheben. Es giebt ja noch eine ganze Masse als Akne bezeichneter Krankheiten, z. B. die Akne varioloformis auf der Stirn, die syphilitische Akne (Corona veneris), welche differential-diagnostisches Interesse erheischen.

Anatomisch stellt die Sykosis barbae eine Folliculitis und Perifolliculitis der dickeren Haarfollikel dar, bei der Sykosis trichophytica findet noch ausserdem eine Durchwucherung des Haares selbst mit Pilzfäden statt. Nach unsern heutigen Anschauungen können wir überhaupt nur von einer mikroparasitären Ursache der Bartflechten reden. Die Krankheitserreger sind entweder Kokken, weswegen Unna diese Form die alte Sykosis vulgaris — staphylogenes nennt, oder Trichophytonarten (Sykosis trichophytica, Herpes tonsurans barbae) — Sykosis parasitaria. Fabry hat die Sykosis sogar zur Tuberkulose in Beziehung gebracht, weil er einigemal säurefeste, den Koch'schen ähn-

liche Stäbchen gefunden hat. Es kann sich hier auch um Diphtherideen, Smegma ähnliche Bazillen gehandelt haben, zumal keine Kulturen angelegt worden sind.

Bei der Behandlung hat man streng die Sykosis vulgaris und die parasitica auseinander zu halten²⁷⁾. Die vulgaris liegt verwandtschaftlich dem Ekzem sehr nah und wird gleich diesem in möglichst schonender Weise angefasst werden. Sie ist jedenfalls, wenn auch zu Rezidiven sehr geneigt, eine leichte Sykosisform und Krankheit.

Die Therapie der abszedierenden und granulierenden Sykosis trichophitica (Bläschen, Kreise, Knoten Abscesse, abgebrochene Haare) ist eine viel schwieriger. Im Auge hat man hier folgende Gesichtspunkte zu behalten:

1) Die Eröffnung der kleinen Follikelabszessen und die Wegbarmachung für den Eiterabfluss und

2) Die Desinfektion und Eliminierung der Pilze, welche auch ohne Mischinfektion mit Kokken das Bild der schweren Sykosis machen können.

Der ersten Indikation entspricht am allerbesten das Epilieren vermittelt der Zilienpinzette, mit dem man nicht früh genug anfangen kann. Mit dem Rasieren muss man vorsichtig sein; am besten ist das Kurzschneiden mit der Maschine. Bei den sonst notwendigen chirurgischen Eingriffen (auch bei Röntgenstrahlen) muss man an die kosmetischen Effekte und die eventuell sich einstellenden Narben denken. — Der zweiten Indikation entsprechen die bekannten Parasytika Resorcin, Salicyl, Schwefel, Epicarin, Chrysarobin in flüssigen oder festen Vehikeln.

Das mit Vorsicht angewandte Röntgenverfahren hat bei der Bartflechte gute Heilerfolge aufzuweisen gehabt.

Da wir nun einmal mit der Sykosis oder Akne Mentagra das Gebiet der fälschlich mit Akne bezeichneten

²⁷⁾ cf. Lessner's Dermatol. Vorträge für Praktiker. Bartflechten und Flechten im Barte. (Auch die andern Lessner'schen Vorträge sind f. d. Praktiker sehr empfehlenswert!)

Formen betreten haben, so ist es auch nötig der kosmetisch wichtigen Rosacea einige Worte zu widmen.

Sie wird nur von den wenigsten Autoren (z. B. Schütz) als eine Haarbalgentzündung im Sinne der Akne vulgaris aufgefasst. Leloir, Vidal und Brocq lassen sie als eine Kongestion zur Basis der Vulgaris-elemente hinzutreten (n. Tautou). Unna hält sie für ein Stadium seines künstlich konstruierten Ekzema seborrhoicum. Die Grundkrankheit ist nach Tautou und den meisten neueren Dermatologen eine Gefässstörung mit konsekutiver Hypertrophie und Hyperplasie aller Gewebsbestandteile, die zu jenen enormen Bildungen führen können, die man als Wein-, Kupfer-, Schnaps- und horrible dictu, Pfundnasen bezeichnet.

Die Therapie wird neben der medikamentösen eine chirurgisch-physikalische sein müssen, ähnlich wie wir sie schon oben für andere kongestive Zustände angedeutet haben. Um die chirurgisch-kosmetischen Methoden haben sich Josef und Lassar verdient gemacht²⁸⁾. Erwähnt muss werden, dass die Rosacea ebenso wie viele andere kosmetische Erkrankungen des Gesichtes, Skosis vulgaris, Ekzeme, chronisches Erysipel etc. von Nasenerkrankungen abhängen, und daher diesen eine gewisse Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

M, H! Die gemessene Zeit erlaubt es mir nicht auf die für die kosmetischen Krankheiten der Haut so wichtigen Erkrankungen der Anhangsgebilde derselben — der Haare und Nägel einzugehen. Ich möchte mir erlauben mit folgenden Worten zu schliessen²⁹⁾.

«Die Zeiten sind vorbei, wo die Aerzte Aknepatienten — und ähnliche — mit leeren Worten abspeisten oder ihnen sagten, dass die Zeit oder Gewohnheit das Leiden bessern werde. — Unsere Zeit mit ihren hohen

²⁸⁾ Dermatol. Zeitschr. 1895.

²⁹⁾ Isaac. D. Dermatol. Gesellsch. 1899.

Anforderungen an Kosmetik und Toilettenkunst lässt es nicht mehr zu, dass auffallende Gesichtsverunstaltungen auf die Dauer mit Gleichmut ertragen werden. Auch hier können wir Aerzte Erfolge und Dankbarkeit ernten».

Zur Differenzial-Diagnose der intra- und extra-pontinen Erkrankungen.

Von

Eduard Schwarz,

Ordinator der Abtheilung für Nervenranke des Rigaschen
Krankenhauses.

(Vortrag, gehalten am 4. Juni 1903, auf dem XV. livländischen
Aerztetage zu Pernau.)

Meine Herren!

Bei den Fortschritten, die die Hirn-Chirurgie macht, hat der Neurolog die Aufgabe die Sicherheit seiner Diagnose, speciell der Local-Diagnose der Hirntumoren so weit als möglich auszuarbeiten. Nach der jüngsten Zusammenstellung von Weil, in den Alt'schen Vorträgen, lassen überhaupt nur etwa 80 pCt. der Hirntumoren eine Localdiagnose zu. Nur 32 pCt. sind so gelegen, dass sie sicher localisirbar und zugleich chirurgisch angreifbar sind. Diese 32 pCt. sind jedoch noch lange nicht operabel; erst bei der Operation ergibt sich oft die Unmöglichkeit einer Radicaloperation; es bleiben so 8 pCt., nach Oppenheim nur 6 pCt. übrig; schliesslich sind mit vollem Erfolge zu operiren nur 4 pCt. (Oppenheim-Bruns) wenn die Misserfolge abgerechnet werden, die durch ungünstige Erfolge der Operation und deren Verlauf entstehen. «Die Mortalität bei 371 Schädeleröffnungen, die Oppenheim zusammenstellte; betrug 37,7 pCt.; von den 166 Radicaloperationen sind 82, nahezu 50 pCt. zur Heilung oder wesentlichen Besserung gelangt. Bruns hat in seinen 7 Fällen schlechte Resultate erzielt. Weil von seinen 4, 2 vorzügliche Heilungen; im dritten Falle fand man

den Tumor nicht, im vierten Falle wurde er gefunden und exstirpiert; Patient starb jedoch in der vierten Woche durch Infection von der Wunde aus.

Die meisten Fälle, die sich für die Exstirpation eignen, sind Tumoren der Convexität und zwar der motorischen Region.

Tumoren der Basis, speciell des Kleinhirns hielt Oppenheim in der ersten Auflage seines Werkes noch für inoperabel. Die Kleinhirntumoren sind jedoch in den letzten Jahren operativ angegriffen worden und berichtet Oppenheim, dass von 45 Tumoren $32 = 71$ pCt. an den Folgen der Operation zu Grunde gingen, während aber doch $7 = 15,5$ pCt. Heilung bis weitgehende Besserung erreichten; eine bei der Schrecklichkeit und der letalen Prognose des Leidens nicht zu verachtende Zahl. Bruns referirt, dass es Horsley einmal gelungen ist von der Schläfe aus an einen Tuberkel des Chiasma zu gelangen. In die mittlere Schädelgrube kann man nach der Methode Krause's gelangen, die er für die Exstirpation des Ganglion Gasseri angegeben hat.

Tumoren, die in der Gegend des Pons sitzen und extrapontin liegen, daher leicht zu entfernen sein dürften, wären gewiss einer operativen Behandlung zugänglich, wenn nur erst die Diagnose sicher gestellt wäre.

In vorigem Winter hatte ich Gelegenheit aus meiner Abtheilung meinen Collegen des Krankenhauses eine Serie von Ponserkrankungen zu demonstrieren, die sich zufällig in der Abtheilung zusammengefunden hatten und so ziemlich alle die Typen der Symptomenbilder darstellten, die von intrapontinen Erkrankungen hervorgebracht werden.

Unter diesen Patienten war eine ältere Frau aus Bauske, von 60 Jahren, deren Symptomenbild nicht uninteressant war und für die oben berührte Frage nicht unwichtig erscheint. Zeichen von Lues waren nicht vorhanden, sie hatte stramme, blühende Kinder, hatte wohl seit 10 Jahren an Schmerzen im Bein und im Kreuz gelitten, die aber bei Beginn der jetzigen Erkrankung geschwunden waren. 7 Wochen vor der Aufnahme am 4. April 1902 begannen Kopfschmerzen in der linken Stirn und der linken Gesichtshälfte,

Der Status der inneren Organe ergab, ausser deutlichen Zeichen einer Arteriosklerose (2. Aortenton betont und rigide Arterien) einen negativen Befund; sie zeigte aber:

- 1) **Linksseitig:** Facialisparese.
- 2) » Abducensparalyse.
- 3) » Paralyse des musc. masseter und des musc. temporalis mit Atrophie und Entartungsreaction, (hochgradige Atrophie des masseter, die wohl länger als 7 Wochen bestand).
- 4) **Linkssaitig:** Hyperaesthesia mit Hypalgesie der Gesichtshaut und Hypalgesie der Schleimhaut der Wange.
- 5) » Herabsetzung des Gehörs mit Rechts verglichen.
- 6) » Lichtstarre der Pupille, sowohl consensual, als direct, bei normaler Reaction auf Convergenz. Myosis.

Rechtsseitig: reagirt die Pupille auf Licht sowohl als auf Convergenz vollkommen normal. Keine Myosis. Pupille normal weit; ophthalmoscopischer Befund — n. (Dieser Status durch Herrn Dr. Zwingmann bestätigt).

Keine Parese der Extremitäten.

Dass der Process hier in der Gegend des Pons sitzen muss, ist klar, doch wo? sitzt er im oder am Pons? die heftigen initialen Schmerzen lassen daran denken, dass die Meningen in erster Linie betheiligt waren also extrapontin, an der Basis, wofür ja auch die Einseitigkeit der Lähmung und die Betheiligung so vieler nahe zusammen liegender Nerven sprächen. Ich meine jedoch, dass wir gezwungen sind eine intrapontine Erkrankung anzunehmen. Vorher ein anderer Fall aus meiner früheren Praxis.

Der Sohn eines alten Collegen aus Thüringen, Ingenieur in Riga 30 a. n. hatte früher Lues gehabt (1883) Ulcus durum, Mundaffection («Feuchtwarzen») Narbe am Frenulum] erkrankte 1888 an heftigen Kopfschmerzen, die er dem Lärm auf der Fabrik, in der er arbeitete, zuschrieb (Eisenhammer).

10. April 1889 sah ich Patient zum ersten Mal. Seit 4—5 Wochen bestand Doppelsehen, das auf eine rechtsseitige Abducensparalyse zu beziehen war; es bestand Stauungspupille, bei gutem Sehvermögen [$\frac{5}{6}$ = links, und $< \frac{5}{6}$ = rechts]. Die Pupillen-Reaction war rechts und links auf Licht und Convergenz vollkommen normal. Rechtes Ohr hört sehr schwach, linkes Ohr gut; Rechter Facialis paretisch, namentlich in der Oberlippe; die oberen Aeste zeigen gute Function. Da Patient

— 4 —

Lues gehabt hatte, nahm ich ihn nach Kemmern; eine Schmierkur besserte wohl den Allgemeinzustand bedeutend, doch die nervösen Symptome blieben bestehen, es gesellte sich im Gegentheil eine Parese und Ataxie des linken Beines dazu, die Kniephaenomene wurden sehr lebhaft, namentlich links; Gang taumelnd, Nystagmus.

Mit diesem Resultat reiste Patient zum Vater nach Deutschland; dass es sich um eine Ponsaffection handelte, war klar; doch was war es für eine, eine extra- oder intrapontine? Der Beginn mit starken Kopfschmerzen, dieser Abducenslähmung konnte für eine extrapontine Erkrankung sprechen, doch die gekreuzte Lähmung sprach für eine intrapontine Erkrankung, sie trat aber erst in späterem Verlauf auf, und war somit nicht direct für eine intrapontine Erkrankung ins Feld zu führen.

Erkrankungen des Pons sind oft sehr leicht oft nur bei fortlaufender genauer Beobachtung, oft aber unmöglich zu diagnosticiren; so war auch hier aus dem Verlauf eine extrapontine Erkrankung wahrscheinlich zu folgern, aber nicht sicher; es können direct grosse Tumoren im Pons fast symptomlos verlaufen, wie ein in diesem Winter in meiner Abtheilung beobachteter Fall lehrt.

Otto K. Kaschkin (aufgenommen den 22. Februar 1903, † den 27. Februar 1903) zeigte die Zeichen einer allgemeinen Tuberculose und einer Meningitis tuberculosa ausgehend von einer wenig Localerscheinungen auf der rechten Lungenspitze machenden Lungenaffection.

Seit 4 Monaten Kopfschmerzen, Erbrechen, seit $1\frac{1}{2}$ Monaten näselle Sprache und Schluckbeschwerden; leichte linksseitige Extremitätenparese, die am Tage nach der Aufnahme nicht mehr zu constatiren war; keine deutliche Facialis- oder Hypoglossusaffection; erst sub finem Blicklähmung; die Section ergab im oberen Theil des Pons einen hasselnussgrossen Tuberkel, eine Seltenheit!!

Die für die Ponserkrankung charakteristische gekreuzte Lähmung war nicht vorhanden; es ist bekannt, dass im oberen Theil des Pons Läsionen Hemiplegien erzeugen, die genau den capsulären Hemiplegien gleichen. Es bestand nur das so genannte Bild der Pseudobalbirparalyse, das auch durch doppelseitige Herde im Grosshirn erzeugt werden kann.

Meine Diagnose hatte auf tuberculöse Meningitis mit 1 oder mehreren Herden im Hirn gelautes; eine Ponsaffection war nicht zu diagnostiren.

Das weitere Geschick des oben geschilderten Kranken, der vom Vater nach Aachen dirigirt wurde, war nach einem Bericht des Collegen Schuster aus Aachen folgendes: Es trat allmählich Paraplegie ein und als der Tod endlich dem qualvollen Leiden ein Ende gemacht hatte, fand sich bei der Obduction ein extramedullärer Tumor an der rechten Seite des Pons, der sich als Spindelzellensarcom erwies.

Die Differenzial-Diagnose zwischen basalen und medullären Tumoren der hinteren Schädelgrube ist nur möglich, wenn man den Verlauf der Symptome, ihre Entstehung und Reihenfolge kennt, daher an die Collegen immer wieder die Bitte gerichtet werden muss, bei verdächtigen Erkrankungen genaue Notizen zu machen.

Bruns sagt, sicher kann man nur einen intrapontinen Tumor diagnostiren, wenn als erstes Symptom Blicklähmung nach der einen Seite aufgetreten ist. Einen basalen Tumor kann man nach Gowers am ehesten annehmen, wenn Schwerhörigkeit als erstes Symptom auftritt; Tumoren die von den Scheiden des Acusticus ausgehen, sind nicht so gar selten. (Fibrome, Sarkome, Neurofibrome.) Charakteristisch für basale Tumoren seien auch einige Combinationen von Hirnnervenlähmungen, wenn sie primär entstehen, so Facialis und Acusticus, oder Trigeminus und Acusticus und Facialislähmungen. Also die Combination, die wir auch bei unserer ersten Patientin gesehen haben. Nach diesen Fingerzeigen müssten wir eine basale Erkrankung diagnosticiren, denn das Symptomenbild zeigte primäre Schmerzen und Lähmung des V, VI, VII und VIII Hirnnerven; wahrscheinlich, und zwar zuerst vor allen anderen, ist die motorische Wurzel des V dann der Facialis, der Abducens und endlich der Acusticus ergriffen worden; und doch meine ich hier eine intrapontine Erkrankung annehmen zu müssen.

Sie hörten, Meine Herren, es bestand einseitige reflectorische Pupillenstarre. Ueber reflectorische Pupillen-

starre habe ich nur bei Oppenheim¹⁾, als gelegentlich bei Ponserkrankung vorkommendes Symptom eine kurze Bemerkung gefunden; Monakow²⁾ u. Bruns³⁾ erwähnten derselben, als eines Ponssymptomes garnicht. Es mag sein, dass früher auf die reflect. Pupillenstarre weniger geachtet wurde oder wenn vorhanden man sie nicht als Brückensymptom aufgefasst hat; man konnte sie sich auch als Brückensymptom nicht erklären; das Zwischenglied, dessen Läsion das Bild der reflectorischen Pupillenstarre hervorrief, war unbekannt; man setzte es in der Gegend des Oculomotoriuskernes voraus zwischen diesem und dem corp. geniculatum ext. Jedenfalls werden die Schemata so gezeichnet.

Durch Untersuchungen von Bach⁴⁾ und Wolff⁵⁾ ist der Läsion, die die reflectorische Pupillenstarre hervorruft, erneutes Interesse zugewandt worden.

Diese Studien stützen die Rieger-Forster'sche Hypothese, die die reflectorische Pupillenstarre auf eine Läsion des oberen Halsmark bezogen. Durch diese Untersuchungen kommt «als **absteigende Pupillarreflexbahn** von den primären Opticusganglien zu der Medulla obl. oder dem obern Halsmark wahrscheinlich die Schleife in Betracht und als **aufsteigende Pupillarreflexbahn** zum Oculomotoriuskern oder Gangl. ciliare ist ziemlich sicher das hintere Längsbündel anzusehen. Besteht solches zu Recht, so ist bei einer halbseitigen Läsion des Pons bei Läsion dieser Bahnen das Bestehen einer reflectorischen Pupillenstarre leicht verständlich.

Sie hörten, Meine Herren, dass beim Kranken, der in Aachen zur Section kam, schon in weit vorgeschrittenem Stadium seiner Erkrankung beide Pupillen prompt

¹⁾ Oppenheim. Die Geschwulst des Gebeins. 1896 pag. 183.

²⁾ Monakow. Gehirnpathologie, Nothnagel IX.

³⁾ Bruns. Geschwülste des Nervensystems.

⁴⁾ Bach. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkund. 1900. XVII. pag. 428. ff.

⁵⁾ Wolff. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. XXI. pag. 247 ff.

reagirten. Die erste Patientin gab an, erts 7 Wochen krank zu sein; wenn ich auch aus dem Bestehen einer fast vollkommenen Atrophie ihres linken Musc. masseter glaube, den Beginn ihres Leidens weiter zurück datiren zu können, so war das Leiden jedenfalls im Beginn; wenn die Einseitigkeit, die Combination der Hirnnervenläsion für einen basalen Beginn sprachen, was auch die starken Kopfschmerzen noch wahrscheinlicher machten, so meine ich doch, dass das Bestehen der linksseitigen reflectorischen Pupillenstarre, die früh im Krankheitsverlauf auftrat, dieser Anschauung widerspricht.

Hätte hier nun sich die Frage im späteren Verlauf ergeben, operiren oder nicht operiren, sitzt der Tumor so, dass an eine Operation überhaupt gedacht werden könnte, so hätte diese Frage mit Entschiedenheit verneint werden müssen. Ich meine, dass diese Beobachtung im Lichte obiger Darlegungen geeignet erscheint den Satz aufzustellen, dass die einseitige reflectorische Pupillenstarre in einem Symptomenbilde, das auf die Gegend des Pons hinweist eine Unterscheidung, ob die Läsion von der Basis oder im Pons ihren Ursprung hat, ermöglicht und für einen intrapontinen Sitz spricht, wenn sie im Beginn des Leidens auftritt.

Die diagnostische Bedeutung der zehnten Rippe.

Von

Dr. med. S. Rubinstein.

(Mitau).

(Vortrag, gehalten auf dem XV. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Pernau).

Meine Herren! Seit altersher sind wir gewöhnt in den Rippen — als Begrenzung des Thorax — einen Schutzwall für den Oberkörper und seine Eingeweide gegen äussere Gewalten zu sehen und wohl wir Alle suchten — und fanden in den Rippen in diagnostischer Beziehung nur Anhaltspunkte für die Bestimmung der Lage der Brust- und teilweise auch der Bauchorgane.

Dem ist aber in den letzten Jahren anders geworden; die Erkenntnis von der Bedeutung der Rippen für Aetiologie und Diagnose mancher Erkrankungen ist gewachsen.

Ich will in dieser Beziehung nur kurz auf die Untersuchungen von Freund hinweisen. Dieser Forscher hat auffallend verschiedene Längen- und Breitenentwicklung des ersten Rippenknorpels nachgewiesen und hat gezeigt, dass die Verkürzung desselben eine ganz scharf gezeichnete Thoraxdeformität hervorbringt, die als Habitus phthisicus genau zu differenzieren ist und einen funktionshemmenden Einfluss auf die obere Brustapertur hat. Dadurch werde die Lungenspitze in einen krankhaften Zustand versetzt und zur Aufnahme von Bazillen geeignet. Finde man aber eine angeborene Gelenkbildung zwischen I Rippenknorpel und manubrium sterni, so scheine dies einen gewissen Schutz gegen Phthise zu gewähren, ebenso wie man bei erworbener

Gelenksbildung an dieser Stelle oftmals Heilungsvorgänge in der tuberkulös gewordenen Lungenspitze wahrnehme.

Sehen wir hier somit dem Verhalten der ersten Rippe eine wichtige ätiologische Bedeutung zugeschrieben, so hat andererseits die jüngsthin mehrfach klinisch beobachtete und anatomisch beschriebene überzählige, sogenannte Halsrippe ziemliches diagnostisches Interesse erweckt.

Am meisten Anlass zu Diskussionen sowohl in ätiologischer als auch in diagnostischer Beziehung hat jedoch in letzter Zeit die zehnte Rippe gegeben, deren Verhalten vielfach eine stigmatistische Bedeutung beigelegt worden ist.

Bevor wir jedoch auf diese Dinge näher eingehen, wollen wir in kurzen Zügen die normalen anatomischen Verhältnisse der Rippen, mit besonderer Berücksichtigung der zehnten, skizzieren.

«Jede Rippe», sagt Küster, «besteht aus einem grösseren, hinteren, knöchernen und einem kleinen, vorderen, knorpeligen Teile, deren Verhalten zum Brustbeine und untereinander erhebliche Verschiedenheiten darbietet. Die 7 oberen Rippen, welche man wahr nennt, erreichen den Seitenrand des Brustbeines, mit dem sie — mit Ausnahme der ersten — durch ein Gelenk in Verbindung stehen. Die fünf unteren Rippen erreichen den Brustbeinrand nicht und werden deshalb als falsche Rippen bezeichnet. Die Knorpel der 8. bis 10. Rippe legen sich an den unteren Rand der höchst oberen Rippe an, mit welchem sie artikulieren, während die beiden letzten mit ihrem Knorpel freienten; man hat sie deshalb freie oder fluktuierende Rippen genannt». Nach Rauber legen sich die vorderen Knorpel der 8., 9. und 10. Rippe zugespitzt je an den Knorpel der vorangehenden Rippe an und werden durch Bindegewebe damit verbunden, während die Knorpel der 11. und 12. Rippe frei zwischen den Muskelblättern der Bauchwand endigen. Doch ist — nach Rauber — auch die 10. Rippe hier und da eine costa fluctuans.

Und damit sind wir an den springenden Punkt der Lehre von der diagnostischen Bedeutung der 10. Rippe gelangt, einer Lehre, um deren Auf- und Ausbau sich Stiller in Budapest die grössten Verdienste erworben hat.

Auf Grund vielfältiger Beobachtungen lenkte dieser Forscher in mehrfachen Publikationen die Aufmerksamkeit darauf, dass in den allermeisten Fällen von Enteroptose die 10. Rippe — im Gegensatz zum eben skizzierten Normaltypus — mobil, beweglich, fluktuierend das heisst, dass der Knorpel derselben mehr weniger defekt sei. Die 10. Rippe endet dann, gleich der 11. und 12. frei zwischen den Muskelblättern der Bauchwand. Die 10. Rippe könne ganz frei endigen, resp. durch einen fibrösen Strang mit der 9. verbunden sein; in extremen Fällen endige auch die 9. Rippe frei.

Die Bedeutung dieses Vorkommnisses fasst Stiller folgendermassen zusammen:

Da die mobile 10. Rippe so häufig bei Enteroptose — und zwar angeboren — vorkomme, so ist sie ein *Stigma enteroptoticum*. Da sich ferner in fast allen Fällen ein paralytischer oder atonischer Habitus vorfinde — charakterisiert durch einen dürftigen panniculus adiposus, graziles Skelett, durch langen, schmalen Thorax, spitzen epigastrischen Winkel, breite, schlaaffe Interkostalräume, sowie Lockerung des Rippengürtels — so ist das Kostalstigma in erster Linie auch ein *Stigma atonicum*. Da weiter diese atonisch-enteroptotischen Fälle von allgemeiner Neurasthenie begleitet sind, so findet er in der 10. Rippe auch ein *stigma neurasthenicum*. Da er endlich dieses sein Kostalzeichen auch in den meisten Fällen von nervöser Dyspepsie, die mit der Enteroptose im Grossen und Ganzen einen identischen Krankheitsbegriff ausmache, vorfand, so ist es auch ein *stigma dyspepticum*.

Diese vier Elemente: die Atonie, die Neurasthenie, die Dyspepsie und die Enteroptose — zu erkennen an dem Stigma der 10. beweglichen Rippe — bilden also die Grundzüge eines Krankheitsbildes, einer weitverbrei-

teten nosologischen Gruppe sui generis, welche nach dem Zeugnis des kongenitalen Stigma und des ebenso kongenitalen Organisationstypus auf einer angeborenen Grundlage beruht. Stiller ist auf Grund vielfältiger Beobachtung — über 7000 Fälle — von der Feinheit des Stigmas der 10. beweglichen Rippe so überzeugt, dass ihm der Grad der Motilität und des Defektes in den meisten Fällen einen Schluss auf den Grad der Krankheit, entweder der Neurasthenie, der Dyspepsie oder Enteroptose erlaubt. Nach Stiller muss man diese Krankheitsspezies, die man bisher je nach dem hervortretendsten Symptom im Einzelfalle als Enteroptose, nervöse Dyspepsie, Neurasthenie, Magenatonie, essentielle Obstipation angesprochen hat, unter einen gemeinsamen Begriff und mit generellem Namen zusammenfassen. Er bezeichnet dieses gemeinsame Krankheitsbild als *Asthenia universalis congenita*.

Weiter legt Stiller einen Hauptwert darauf, dass die Magenatonie das erste und konstanteste Zeichen der Enteroptose sei und hält das sogenannte Magenplätschern für das erste, einfachste und beste Reagens auf die Magenatonie. Magenplätschern, wo und wann es auch auftrete, sei stets pathognomonisch und deute immer auf eine Atonie des Magens hin. Jeder Magen, der gesunken sei, stelle eo ipso auch einen Fall von Atonie vor. «Jeder ptotische Magen ist eo ipso atonisch», äussert er sich kurz.

Es ist ihm also das sogenannte Magenplätschern neben der beweglichen 10. Rippe eines der wichtigsten Anzeichen jener grossen Krankheitsgruppe, der angeborenen, allgemeinen Asthenie, deren Teilerscheinung eben die Enteroptose ist.

So weit in Kürze die Lehre Stillers.

Bei der sich nun naturgemäss anschliessenden Frage, welche Beurteilung diese so prononzierte, zum Teil von den allgemeinen Anschauungen abweichende, zum Teil manches interessante Neue bringende, unzweifelhaft aber auf grossen Gesichtspunkten beruhende Lehre gefunden hat, müssen wir zwei Dinge auseinanderhalten: Einmal

die Beurteilung der angeborenen allgemeinen Asthenie als Typus, als Krankheit sui generis und dann die kritische Beleuchtung der Auffassung des Symptomes des Magenplätschern als solches sowie als Teilerscheinung des genannten Typus. Eine absolut scharfe Trennung beider Gesichtspunkte lässt sich bei ihrem vielfachen innigen Zusammenhang nicht durchführen, wie dies am Besten aus folgenden kurzen Angaben zu ersehen ist.

Als Erster hat wohl Kuttner der oben gekennzeichneten Lehre Stillers seine Zustimmung ausgesprochen. Auch er hat die 10. bewegliche Rippe sehr oft gefunden; er hält sie ebenfalls für ein stigma neurasthenico-enteroptoticum, das er oft bei Enteroptose und Magenatonie gefunden hat. Bei diesen Zuständen, besonders bei letzterem ist das bei oberflächlicher Berührung entstehende Plätschergeräusch ein pathognomonisches Phänomen, besonders wenn es während der Zeit der Verdauung hervorzurufen ist.

Pariser erkennt Stillers Lehre im Grossen und Ganzen an sowohl in Bezug auf das Kostalstigma als auch hinsichtlich des Plätschergeräusches.

Auch Rosenbaum (in einer aus der Poliklinik von Albu hervorgegangenen Arbeit) giebt an, dass er das von Stiller aufgestellte und durch die drei Kardinalsymptome: zehnte fluktuierende Rippe, leicht zu erzeugendes Magenplätschern und Viszeralptose charakterisierte Krankheitsbild der Asthenia universalis-congenita sehr oft gesehen habe. Ebenso hat Strauss den nach Stiller aufgestellten Typus der Gastroptosen auf konstitutioneller Grundlage mit ihren Nebenerscheinungen beobachtet und hat in einer Dissertation seines Schülers Rudolf Meyer es aussprechen lassen, dass die von ihnen konstatierte Häufigkeit der Costa 10. fluctuans mit einem bestimmten Organisationstypus des Rumpfes und mit Gastroptose zusammenfalle.

Nach Rose gehen konstitutionelle Defekte und Anomalien, die sich in paralytischem Thorax und Gastroptose manifestieren, häufig mit Stiller's Stigma der 10. beweglichen Rippe und abnormen Plätschergeräu-

schen einher. Westphalen erkennt das Stiller'sche Bild der Splanchnoptose und der Costa 10. fluctuans vollkommen an und erklärt deren Zustandekommen durch ein Verharren im fötalen Zustand.

Aber die Lehre Stiller's ist auch nicht ohne Gegner geblieben. Auf die rein anatomischen Angriffe kann ich hier nur kurz hinweisen: Tandler hat auf Grund von Leichenuntersuchungen behauptet, dass die freie 10. Rippe tatsächlich den Normalzustand darstelle; ebenso sagt Meinert, dass die fibröse Verbindung der 10. mit der 9. Rippe das Normale sei. Den schärfsten Sturm auf die Stiller'sche Lehre hat aber die Boas'sche Schule ausgeführt. Zweig, ein Assistent von Boas, fand in 50 von 100 untersuchten Fällen eine mobile 10. Rippe und zwar war diese in 65 pCt. bei nervöser Dyspepsie und in 67 pCt. bei Enteroptose vorhanden; dagegen waren 34 pCt. seiner mit einer beweglichen 10. Rippe behafteten Patienten frei von allen nervös-dyspeptischen. Beschwerden. Auf Grund dieses seines Befundes kommt nun Zweig zur Schlussfolgerung, dass die Costa 10. fluctuans zur Diagnosestellung eines nervösen Magenleidens mit herangezogen werden könne, ohne aber ein sicheres Stigma neurasthenicum zu sein. Auch Klaus tritt dem entgegen, dass die 10. bewegliche Rippe an eine bestimmte äussere Körperform geknüpft ist, er hat sie sicher unabhängig von Splanchnoptose gesehen, die freilich in vielen Fällen das vorstechendste Symptom einer konstitutionell-kongenitalen Schwäche der Gewebe sein könne.

Sehen wir schon in Bezug auf die 10. Rippe keine Einhelligkeit herrschen, so ist der Streit um die Bedeutung des Magen-Plätscherns ein noch grösserer. Während Stiller jedes Plätschern, wann und wo es auch auftritt, für pathologisch erklärt, hält es ein so erfahrener Beobachter wie Kraus in diagnostischer Beziehung für wenig zuverlässig. Nach Rosenheim findet es sich auch bei ganz Gesunden, nach Riegel kann es am normalen Magen hervorgerufen werden, nach v. Meiring können, derartige Geräusche auch beim Gesunden

vorkommen, wenn auch weniger intensiv. Sternberg hält den Nachweis von Magenplätschern allein für ungenügend zur Diagnose der Atonie. Am striktesten hat sich in dieser Frage Elsner, ein anderer Assistent von Boas, geäußert. Nach ihm ist Plätschergeräusch eine an und für sich gleichgültige Erscheinung. Bei Gastropse hat das Plätschergeräusch niemals irgend einen Wert.

Neben diesen Autoren legen andere wieder Wert auf Zeit, Ort und den Grad des Plätschergeräusches; doch würde ein näheres Eingehen auf diese Punkte uns von unserem Thema zu sehr entfernen.

Einen vermittelnden Standpunkt in allen diesen Fragen nimmt Cohnheim ein, der sich selbst als zur Boas'schen Schule gehörig betrachtet. Die von Stiller aufgestellte Lehre vom habitus enteroptoticus und der Bedeutung der 10. mobilen Rippe für die Diagnose der Enteroptose und der funktionellen nervösen Magen- und Darmaffektionen erkennt er vollkommen an; dagegen hält er das Plätschergeräusch für die Diagnose der Atonie für gleichgültig, da es einmal bei ganz gesunden Magen vorkommen könne und dann sich durch Ptose und Vertikalstellung des Magens bei erschlafften Bauchdecken — wie ja auch Elsner das Zustandekommen der Plätschergeräusche deutet — hinreichend erklären lasse. Das schliesst freilich nicht aus, dass er in jedem irgendwie erheblichen Plätschern im Epigastrium ein Zeichen der Asthenia universalis congenita, des habitus enteroptoticus sieht.

Da in diesen auch praktisch sehr wichtigen Fragen noch keine Einhelligkeit erzielt ist und da jeder Beitrag zur Klärung derselben von einem gewissen Wert sein dürfte, habe ich mich auf Anregung von Prof. Rosni in Berlin an dem Material der unter Leitung von Geheimrat Senator stehenden Universitätspoliklinik eingehender mit diesen Fragen beschäftigt, wobei freilich der Schwerpunkt meiner Untersuchungen nach anderer, als der heute hier behandelten Richtung lag.

Jedoch betreffen dieselben zum grossen Teil auch die uns interessierende Frage, so dass ich aus der genauen

Beobachtung meines nicht ad hoc ausgesuchten Krankenmaterials zu eruieren vermute, wie oft man eine bewegliche 10. Rippe finde, bei welchen Krankheitsfällen man sie antreffen könne, wie oft mit dieser *Costa decima fluctuans* das Symptom des Magenplätscherns kombiniert und ob das Magenplätschern wirklich in allen Fällen ein Zeichen der Atonie sei.

Ich untersuchte 101 Fälle — aus äusseren Gründen nur Frauen — auf ihren Ernährungszustand, die Anzahl der durchgemachten Partus, den Stand der Leber und Niere, auf Plätschergeräusche und auf das Vorhandensein einer 10. beweglichen Rippe; ferner wurden Lage und Grösse, sowie sekretorische und motorische Funktion des Magens bestimmt. Auf die ausführlichere Schilderung der Untersuchungsmethoden kann ich hier nicht näher eingehen, alle Einzelheiten werden in einer die Bedeutung des Magenplätscherns behandelnden Arbeit an anderer Stelle genau veröffentlicht werden¹⁾.

Die Patientinnen standen im Alter von 15—70 Jahren und litten an allen möglichen Krankheitsformen: Anämie und Chlorose, Tuberkulose in verschiedenen Stadien, Hysterie, Myalgien, Gastralgien, Cholelithiasis, Gastropotose, Enteroptose, Atonie des Magens, Gastropotose plus Atonie u. s. w. Von diesen 101 untersuchten Patientinnen hatten nun eine bewegliche 10. Rippe 59, d. h. 58,4 pCt., während bei 42, d. h. 41,5 pCt. dieses Symptom nicht zu finden war.

Ein genaues Urteil können wir uns über die Bedeutung dieser Zahlen nur dann bilden, wenn wir das Verhältniss der *Costa 10. fluctuans* zum Plätschergeräusch ins Auge fassen. Da finden wir, dass beide Symptome in 50,5 pCt. aller Fälle zusammenfielen; in 33,7 pCt. war Plätschern ohne bewegliche 10. Rippe, in 7,9 pCt. war letztere ohne Plätschern vorhanden. Was die Häufigkeit des Plätschergeräusches an sich anlangt, so hatten wir in 82,4 pCt. der von uns untersuchten

¹⁾ Die Arbeit erscheint in Kurzem in der «Zeitschrift für klinische Medizin».

Fälle ein Plätschergeräusch konstatieren können, während nur 17,6 pCt. ein solches nicht aufwiesen.

Interessant ist auch ein Blick darauf, bei welchen Krankheitsfällen wir eine bewegliche 10. Rippe gefunden haben. Wir sehen, dass dieselbe in 52,9 pCt. bei den von uns untersuchten Fällen von Anämie und Chlorose, in 45,4 pCt. bei Tuberkulose der Lungen, in 55,5 pCt. bei Hysterie, in 44,4 pCt. bei Myalgie, in 80 pCt. bei Gastralgie, in 40 pCt. bei Cholelithiasis vorkam; am wichtigsten scheint mir aber der Umstand, dass wir bei Gastropse in nur 70 pCt, bei Atonie des Magens in nur 50 pCt., bei Enteropse in 83,3 pCt. der Fälle eine bewegliche 10. Rippe fanden, während sie bei Gastropse plus Atonie in allen Fällen zu finden war.

Wenn wir natürlich bei der Kleinheit unseres Materials uns durchaus nicht unterfangen, zu behaupten, dass nur in 50 pCt. von Atonien und in 70 pCt. von Gastropsen eine bewegliche 10. Rippe zu treffen sei, so weisen doch andererseits diese unsere Zahlen darauf hin, dass die Ausnahmen von der Regel auch hinsichtlich des Kostalstigmas nicht selten sind und dass gerade dadurch auch die Bedeutung dieses Symptomes vermindert wird.

Ebenso lehrreich ist das Verhalten des Plätscherns; dasselbe liess sich — bald mehr, bald weniger oft — bei allen erwähnten Krankheitsfällen nachweisen, war aber bei Gastropse, Atonie, Enteropse, sowie bei Gastropse plus Atonie zu finden. Hervorzuheben ist noch, dass wir bei 4 von 5 untersuchten völlig gesunden Individuen Plätschergeräusche nachweisen konnten.

Was lehren uns nun diese von uns gefundenen Zahlen?

Vor Allem, dass bei einem nicht ausgesuchten, sondern beliebigen poliklinischen Krankenmaterial eine 10. bewegliche Rippe in 58,4 pCt. aller Fälle vorgekommen ist. Diese Zahl entspricht mehr den von Zweig gefundenen 50 pCt., als der Stiller'schen Angabe von 90 pCt. Dieser scheinbare Widerspruch wäre aber dadurch zu erklären, dass einmal Stiller seine Zahl aus einem sehr viel grösseren Beobachtungs-

material ableitet und dann, dass er eben nur über Fälle von angeborener allgemeiner Asthenie berichtet, während unserer Schlussfolgerung Krankheitsfälle aller möglichen Art zu Grunde lagen. Zu erwägen wäre noch, ob nicht auch Rasse und Nationalität des untersuchten Materials eine Rolle spielen und so die Differenz erklären. (Zweig und ich arbeiteten in Berlin, während Stiller seine Schlüsse aus dem Material der Budapestester Klinik zog).

Weiter sehen wir, dass wir in unserem Material nur wenige Fälle von Atonien (8 im Ganzen) haben, sowie dass wir — im Gegensatz zu Stiller — von einer Gastropse per se und einer mit Atonie verbundenen Gastropse sprechen. Der Grund dazu lag in Folgendem: Die ungeheure Mehrzahl, 82,4 pCt. der von uns untersuchten Fälle hatte ein mehr weniger deutliches Magenplätschern, das in 50,5 pCt. der Fälle mit dem Kostalstigma zusammenfiel. Wir begnügten uns aber nicht mit diesen Symptomen allein, um die Diagnose Magenatonie zu stellen, sondern zogen noch die Prüfung der sekretorischen und motorischen Funktionen des Magens heran und diese lehrte uns eben, dass das Magenplätschern und das Kostalstigma allein nicht hinreichen, um die Diagnose Magenatonie zu stellen. Wir sahen, welch eine Menge von Individuen das Magenplätschern verbunden mit dem Kostalstigma, aufweisen. Nun etwa annehmen, dass alle diese Individuen jahrelang mit einer verkappten, latenten Atonie des Magens umherliefen, hiesse doch den Tatsachen etwas Gewalt antun! Zumal noch fast alle diese Patienten auf mehrfaches ausdrückliches Befragen angaben, sie hätten nie irgend welche Magenbeschwerden und vertrügen selbst schwere Speisen ausgezeichnet! Und gerade auch Gastropotiker, die eo ipso atonisch sein sollten, zeigten mehrfach dieses Verhalten! Ein so erfahrener Beobachter und Meister der Diagnostik wie Stiller — der oft aus dem Exterieur der Patienten allein, ehe sie noch den Mund geöffnet, diese Zustände erkennt — ein so geübter Beobachter kann es sich ja erlauben, auf Grund des Kostalstigmas und des Magen-

plätscherns allein die Diagnose Magenatonie zu stellen. Dem praktischen Arzt aber, dessen diagnostischer Scharfblick nicht so durchgebildet und ausgeprägt ist, ist die Costa 10 fluctuans ein wichtiger Fingerzeig, andere Methoden zu Rate zu ziehen, ehe er eine so schwerwiegende Diagnose, wie die der Magenatonie ausspricht.

Damit haben wir aber auch auf die grosse Wichtigkeit der 10. beweglichen Rippe in diagnostischer Beziehung hingewiesen. Sehen wir uns doch die Fälle an, wo wir sie gefunden haben. Wir finden da Tuberkulose, Anämie und Chlorose, Gastropse, Enteropse, Atonie, das heisst Fälle, die einen geschwächten, inferioren, mit einem Makel behafteten Organismus betreffen; einen Organismus, der eine gewisse Neigung zu Schwächezuständen und sogenannten nervösen Zuständen besitzt, ohne dass sie im gegebenen Augenblick ausgesprochen vorhanden zu sein brauchen.

Und hierin liegt, wie ich, meine Herren! nochmals zum Schluss betonen will, die diagnostische Wichtigkeit des Stiller'schen Kostalstigmas. Wenn es uns auch in manchen Fällen erlaubt, eine nervöse Dyspepsie, eine Atonie oder Enteropse für sich oder als Teilerscheinung eines allgemeineren Leidens, einer angeborenen allgemeinen Asthenie zu diagnostizieren, so braucht nicht jeder damit behaftete Mensch auch wirklich an diesen Uebeln zu leiden. Es ist in vielen Fällen ein Warnungszeichen, das uns zuruft auf der Hut zu sein und den mit diesem Stigma behafteten Organismus im Auge zu behalten, ihm besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Mit einem Wort, es weist uns nur auf eine eventuelle Disposition des Organismus zur digestiven Neurasthenie und allgemeinen Asthenie hin. Gerade aber der Hausarzt kann dann in geeigneten Fällen durch rechtzeitiges Eingehen und Aufmerken auf diesen Wink der Natur manches dazu beitragen, die «stigmatisierten Kinder» zu stählen und zu kräftigen und er dürfte dann durch geschicktes Begehen dieses Pfades es erreichen, dass die heranwachsende Generation ein corpus sanum

trotz einer *Costa decima fluctuans* mit auf den Lebensweg nimmt.

Litteratur:

- 1) Cohnheim: Berl. Klin. Wochenschr. 1903. Nr. 14.
- 2) Elsner: Berl. Klin. Wochenschr. 1901. Nr. 16
- 3) Elsner: Berl. Klin. Wochenschr. 1902. Nr. 22.
- 4) Freund: Therapeutische Monatshefte. 1902. H. 6.
- 5) Kraus: Wiener Klinische Rundschau 1900. Nr. 25.
- 6) Küster: Art. Rippe in Eulenburgs Realencyklop. III Aufl. Bd. XX.
- 7) Kuttner und Dyer: Berl. Klin. Wochenschr. 1897. Nr. 20 ff.
- 8) Kuttner: Art. Magenverlagerung in Eulenburgs Realencykl. III. Aufl. Bd. XIV.
- 9) Kuttner: Berl. Klin. Wochenschr. 1901. Nr. 50.
- 10) Meinert: Wiener Mediz. Wochenschr. 1900. Nr. 2.
- 11) v. Mering: Lehrb. d. Inner. Mediz. Jena 1901. pag. 408.
- 12) Rud. Meyer: Aetiologisches über Gastropse. Inaug. Dissert. Berlin 1898.
- 13) Pariser: Deutsche Medizinalzeitung. 1902. Nr. 29, 30.
- 14) Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Bd. I. Leipzig 1902.
- 15) Rosè: Deutsche Praxis. 1901. Nr. 17, 18.
- 16) Rosenbaum: Deutsch. Med. Wochenschr. 1902. Nr. 25.
- 17) Rosenheim: Art. Magenuntersuchung in Eulenburgs Realencykl. III Aufl. Bd. XIV.
- 18) Riegel: Magenkrankheiten. Wien 1897.
- 19) Sternberg: Deutsche Medizinalzeitung 1900. Nr. 36, 72.
- 20) Strauss: Berliner Klinik. H. 131.
- 21) Stiller: Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. II.
- 22) Stiller: Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. VII.

- 23) Stiller: Berl. Klin. Wochenschr. 1899. Nr. 34 ff.
 - 24) Stiller: Berl. Klin. Wochenschr. 1901. Nr. 39.
 - 25) Stiller: Berl. Klin. Wochenschr. 1901. Nr. 50.
 - 26) Stiller: Deutsch. Mediz. Wochenschr. 1902.
Nr. 21.
 - 27) Tandler: Wien. Klin. Wochenschr. 1900. Nr. 8.
 - 28) Westphalen: Petersb. Mediz. Wochenschr.
Sitzungsber. 1903. Nr. 13.
 - 29) Zweig: Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. VII.
-

Organisation des Hebammenunterrichts.

(Vortrag, gehalten auf dem XV. livl. Aertzetage zu Pernau
am 5. VI. 1903.)

Von

Dr. med. A. Keilmann.

Wiederholt ist in dieser Gesellschaft die Hebammenfrage auf der Tagesordnung gewesen und stets ist ein dringendes Bedürfnis nach geschulten Hebammen, die mit der Bevölkerung unsres Landes und deren Sprachen vertraut sind, anerkannt worden, da geeigneter Zuzug in den letzten Jahren nicht mehr möglich war. Zur Befriedigung dieses Bedürfnisses sah die Gesellschaft livländischer Aerzte als erste Bedingung die Gründung einer Hebammenschule in unsrer Provinz an und leitete diesbezüglich Verhandlungen ein. Wenn diese auch direkt zu keinem realen Resultat geführt haben, so haben sie doch der nun vollendeten Gründung einer Schule den Boden geebnet und dieselbe durch die Vorarbeiten wesentlich erleichtert.

In Deutschland und Oesterreich regt sich's mächtig auf dem Gebiete der Wochenbetts- und Geburtshygiene und die Revision der auf Hebammenschulen bezüglichen Gesetze in Russland legt Zeugnis davon ab, dass auch hier das Bestreben besteht Mängel in der Hebammen-Organisation zu korrigieren. Die am 10. August 1901 bestätigten neuen Gesetze boten die Gelegenheit in Riga die vom Aertzetage ausgegangene Anregung wieder aufzunehmen; im Gegensatz zu dem von der hier gewählten Kommission eingenommenen Standpunkte glaubte ich mich

dafür aussprechen zu müssen, dass die neu zu gründende Hebammenschule durchaus mit der bestehenden städtischen Entbindungs-Anstalt vereinigt werden müsse, die über ein reiches Unterrichts-Material bereits verfüge, während dessen Neuschaffung neue Schwierigkeiten und Kosten machen müsste. Bei den Institutionen der Stadt Riga, sowie bei der livl. Medizinalbehörde fand der Plan weitgehendes Entgegenkommen und so konnte es nicht fehlen, dass alsbald die obrigkeitliche Bestätigung der Schule erfolgte. Ueber diese Thatsache hat der Herr Präses auf dem vorigen Aertzetage berichtet.

Am 21. Oktober konnte ich mit 8 Schülerinnen den ersten Lehrkursus eröffnen und habe am 21. April bereits den zweiten begonnen.

M. H. Ich nehme nach den bisherigen Verhandlungen in dieser Gesellschaft an, dass Sie nicht nur dieser Thatsache Interesse entgegenbringen, sondern auch Kenntniss zu nehmen geneigt sind von der Organisation des Unterrichts und von den Bestrebungen und Zwecken der Schule.

Die Gründung geeigneter Schulen und die Art der Ausbildung der Schülerinnen steht natürlich im Vordergrund aller Reformprogramme, deren Zahl sich in neuerer Zeit beträchtlich mehrt. Hat Brenneke noch immer die Führung in der ganzen Reformbewegung, weil er zuerst mit am weitblickendsten die Frage theoretisch und praktisch in Angriff genommen, so sind für uns die Ausführungen von Fritsch, Freund, Fehling, Runge nicht weniger beachtenswert.

Als Endziel jeder Bewegung in den Hebammenfragen müssen wir mit Brenneke eine Ordnung der geburtshilflichen Verhältnisse in Stadt und Land ansehen, die jeder Frau, auch der ärmsten den Schutz der Wissenschaft für Leben und Gesundheit bei Geburt und Wochenbett garantiert. Je augenscheinlicher die Erfolge gerade dieses Zweiges unsrer Wissenschaft sind, um so deprimierender ist die Feststellung der Thatsache dass wir von diesem Ziel bei uns zu Lande noch weit entfernt sind.

Um uns nun aber dasjenige Hilfspersonal zu erziehen, das uns beisteht im Kampf um jenes hohe Ziel, müssen wir schon der Auswahl unserer Schülerinnen besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Die Hebammenkunst können wir allenfalls beibringen, die Pflichttreue, Selbstkritik und das Verantwortlichkeitsgefühl aber können wir erst in geeignetem Maasse wecken, wenn die Schülerin einen gewissen Fond an intellektueller und sittlicher Bildung mitbringt. Unter denjenigen, die für die städtische Praxis sich ausbilden wollen finden sich nun schon reichlich bessere Elemente, der die bei dem grossen Zudrang der sich Meldenden leicht ausgewählt werden können. Habe ich doch schon die Freude gehabt trotz der bei uns herrschenden Vorurteile Töchter von Litteraten unter die Aspirantinnen verzeichnen zu können. Anders steht es mit den für das Land bestimmten Hebammen. Brennecke fordert aus demselben Grunde die Aufhebung des Präsentationsrechts der Gemeinden und wie das für Deutschland gilt, so gilt das auch für uns. Ich komme noch darauf zurück. Unsere Schule ist sich entsprechend dieser Auffassung der Pflicht bewusst Unterricht und Lebensbedingungen der Schülerinnen so zu gestalten, dass gebildeteren Elementen der Aufenthalt in der Schule auch möglich wird; nach dieser Richtung wird schon in diesem Herbst, wenn die städtische Entbindungsanstalt den stattlichen Neubau bezogen haben wird, ausgiebig gesorgt sein. Die Schülerinnen werden bei Verpflegung I. Klasse einzeln und zu zweien, höchstens zu dreien ihre Schlafräume haben, die entsprechend ausgestattet sein werden. Auch ist für einen besonderen Speiseraum und geeigneten Lehrsaal gesorgt.

Fordert Fritsch eine Verbesserung des bisherigen Unterrichts, so erscheint das gegenüber der bisherigen 5—6 monatlichen Dauer gewiss berechtigt; wir haben vorläufig als Minstdauer des Kurses 9 Monate angenommen und nehmen, um genügend Unterrichtsmaterial zu haben nur soviel Schülerinnen auf, dass mindestens 20 Geburtsfälle auf eine Schülerin kommen; in Rücksicht darauf dass bei einem Partus aber stets mehr als eine

114

Schülerin beschäftigt ist, ruht die praktische Erfahrung auf einer viel grösseren Zahl; dazu kommt dann noch die Poliklinik, die von allen Autoren ausser Fehling als eine notwendige Ergänzung der klinischen Tätigkeit gefordert wird. Denn leicht steht eine in der Anstalt gut geübte Hebamme den schwierigen Verhältnissen der Privatpraxis ratlos gegenüber, wenn sie nicht vorher in dieselbe eingeführt ist. Hierzu giebt es nur ein Mittel, dass ist die geburtshilf. Poliklinik. Obgleich offiziell erst vom 1. Januar 1904 von der Stadt Riga Mittel zur Verfügung der Kreissenden in der armen Bevölkerung bewilligt sind, ist unsere Poliklinik doch schon im Gang und sind bereits alle Schülerinnen des 1. Kursus poliklinisch beschäftigt gewesen. Unter steter Aufsicht eines spezialistisch geschulten Kollegen werden sie hier namentlich darin geübt, die in der Anstalt leicht durchführbaren Massnahmen der prophylaktischen Asepsis auch in der Wohnstube der armen Frau durchzuführen und sich die dazu nötige Technik anzueignen.

Dass die geburtshilf. Poliklinik auf diese Weise auch eine Wohlfahrtseinrichtung hervorragender Art ist, braucht nicht erst betont zu werden.

Um den poliklinischen Dienst im Laufe des Jahres nicht zu unterbrechen ist die Einteilung der Kurse derart organisiert worden, dass der Unterricht je 3 Monate mit dem vorhergehenden und 3 Monate mit dem folgenden parallelgeht. Alljährlich werden im April und im Oktober neue Schülerinnen aufgenommen, die 3 Monate theoretisch und propädeutisch vorgebildet vom 4. Monat an praktisch tätig sind; wenn diese im Januar und Juli entlassen werden, sind in den letzten 3 Monaten die neuen bereits soweit gestellt, dass nun diese den praktischen Dienst weiter versehen können. Der theoretische Unterricht umfasst die Grundzüge der Anatomie, Physiologie und Hygiene, die allgemeine Krankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege neben der gesamten Geburtshilfe; ergänzend werden einzelne Lehrstunden der experimentellen Physik, einer berechtigten Forderung Runge entsprechend sowie bakteriologische Vorführun-

gen zur lebhafteren Weckung des Verständnisses der Infektion und deren Verhütung eingeschoben. Letztere werden von einem Fachbakteriologen (Herrn Dr. Kierseritzky) in elementarer Weise dargestellt und möchte ich, so wenig auch davon nur geboten werden kann, dieselbe im Unterricht nicht missen so sehr auch Freund, der dafür eintritt, darin Widerspruch erfahren hat. — Zu dem theoretischen Unterricht kommen oft recht ausführliche Erläuterungen mit Demonstration bei der Gelegenheit der Visite in der Wochen- und Kinderstation. Auch in den Lehrstunden wird von Präparaten, Bildwerken, von denen alle in Betracht kommenden vorhanden sind, sowie Apparaten der ausgiebigste Gebrauch gemacht. Von der Gynäkologie wird nur das gelehrt, was das obrigkeitlich bestätigte Programm verlangt, ausführlicher wird nur das Uteruskarzinom behandelt. Jedenfalls wird jetzt Anweisung zu gynäkolog. Therapie aufs sorgfältigste vermieden, wie denn die gesammte Kritik das Walter'sche Lehrbuch der Frauenkrankheiten für Hebammen verurtheilte. Als Lehrbuch der Geburtshilfe dient das Schultze'sche, das in nächster Zeit auch in's Lettische übertragen werden soll, wozu jedoch pekuniäre Unterstützung nötig ist. Für die vom Lande stammenden Schülerinnen, wie sie eben noch sind, lässt sich obiges Programm nicht in vollem Umfange durchführen. Da aber, um den ganzen Zweck eines erfolgreichen Unterrichts erreichen zu können dieses doch unerlässlich ist, so wird es die Aufgabe der Zukunft sein die Qualität der für's Land bestimmten Hebammen zu bessern. Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass gerade hierin die Ges. liv. Aerzte Wandel zu schaffen in der Lage sein wird. Die städtische Hebammenschule hat sich in gebührender Rücksichtnahme auf die bestehenden Verhältnisse für verpflichtet gehalten sich zur Ausbildung weiterer Schülerinnen für das Land zur Verfügung zu stellen und hat darauf hin die livl. Ritterschaft beschlossen 8 Schülerinnen jährlich unterrichten zu lassen; nach den bisherigen Erfahrungen jedoch scheint es mir, dass dieser Gruppe zukünftiger Hebammen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden sein wird; erstens lässt sich aus

dieser Art Frauen wie sie bisher von den Gemeinden geschickt worden sind keine auf die Dauer ausreichende Kraft bilden und dann kommt hinzu, das die Landhebammendiplome nicht mehr ausgereicht werden können, daher diese auf der allerniedrigsten Stufe der Bildung stehenden Frauen mit ihren Diplomen das Recht der freien Praxis auch in allen Städten des Reiches gewinnen und im Laufe der Jahre das Proletariat unter den Hebammen in den Städten noch vermehren können. Endlich ist es, wie ich eingangs erwähnte, von absoluter Notwendigkeit intellektuell und sittlich höher stehende Frauen allmählich in den Hebammenberuf zu entsenden um die eigentlichen Aufgaben der Geburts- und Wochenbettshygiene verwirklichen zu können. Mit der Qualität der Hebammen auf dem Lande hängt ausserdem noch die Lösung der Fragen zusammen die im Februar 1899 vom Landtage aufgeworfen aber bisher ungelöst sind.

Das ist die Organisation des Hebammenwesens im ganzen Lande hinsichtlich einer allgemeinen Kontrolle der praktizierenden Hebammen und Regelung ihrer Rechte und Pflichten. Hierbei ist auch schon damals die Frage der Ermittlung geeigneter Schülerinnen, die für das Land ausgebildet werden sollen gestreift worden.

Doch hierin liegt die Aufgabe der Zukunft nachdem wir im Lande nun eine mit allen Mitteln ausgestattete Hebammenschule haben, die auch etwaiger Nachfrage nach Repetitionskursen statutenmässig entsprechen kann. Es würde mich zu weit führen, wenn ich hier die einzelnen Forderungen nach dieser Richtung hin darlegen wollte, doch möchte ich dem Wunsch Ausdruck verleihen, es möge die Ges. livl. Aerzte ihre erfolgreiche Arbeit wiederum in den Dienst der Entwicklung und Lösung der Hebammenfrage für unser Land stellen, nachdem durch Gründung der Hebammenschule am Stadtkrankenhause zu Riga vielleicht eine geeignete Operationsbasis geschaffen ist. Im Namen der Schule kann ich versichern, dass diese zu jeder Mithilfe mit aller Kraft bereit sein wird.

Literatur.

- 1) Fritsch: Archiv für Gynäkologie Bd. 49, 1895.
- 2) Derselbe: Denkschrift über die Hebammenreform in Preussen.
- 3) Brennecke: Kritische Bemerkungen zur Reform des Hebammenwesens, Halle, 1900.
- 4) Derselbe: Die Geburts- und Wochenbettshygiene — ein offenes Arbeitsfeld für Deutschlands Frauen.
- 5) Freund: Vorschläge zur weiteren Reform des Hebammenwesens, Leipzig, 1902.
- 6) Eckstein: Geb. Neuorganisation in Oesterreich, Stuttgart, 1902.
- 7) Verh. der XVI Hauptversamml. der Medizinalbeamten in Berlin.
- 8) Runge: Zur Hebammenfrage. Mon. für Geb. u. Gyn. 1903.

Zur Therapie des Abortes.

Von

Dr. med. A. Christiani,

Libau.

(Vortrag, gehalten auf dem XV. livländischen Aerztetag in
Pernau 1903.)

Meine Herren!

Indem ich mich anschicke Ihnen über die von mir geübte Therapie des Abortes zu berichten, bin ich mir wohl bewusst Ihnen keine wesentlich neuen Gesichtspunkte bringen zu können, sondern möchte mir nur erlauben Ihnen die Principien zu schildern, nach denen handelnd ich meine Patientinnen am schnellsten und vollkommensten herzustellen glaube.

Die Erfahrung lehrt uns zwar, dass der Abort in der grossen Mehrzahl der Fälle kein das Leben des Individuums direkt bedrohendes Leiden ist — die Verblutungsgefahr ist äusserst gering, schwerere Infectionen müssen wir beim vorher nicht inficirten Abort mit einiger Sicherheit ausschliessen können, Kunstfehler des Arztes bei der Behandlung sind wohl kaum zu den Gefahren des Leidens selbst zu zählen — und doch möchte ich andererseits dem schweren Irrthum, besonders auch unter dem Publikum, entgegentreten, die Behandlung des Abortes erheische gar keine oder nur geringe Sorgfalt und Erfahrung. Wenn ich mein Ambulanzjournal durchsehe, so finde ich darin, dass jede 4. oder 5. Pat. ihr Leiden auf eine überstandene Frühgeburt zurückdatirt. Ja Eckstein behauptet sogar, die Prophylaxe der Frauenkrankheiten gipfele in der lege-artis-Behandlung des Abortes, und hat damit nicht so ganz Unrecht. Subinvolutio uteri, Endometritis, Placentarpolyp, Parametr.

post., selbst Retroversio-flexio sind neben der Anaemie und diversen nervösen Störungen, und verbunden mit Sterilität diejenigen Leiden, welche die Frau noch lange nach Ueberwindung der Fehlgeburt am Lebensgenuss und an der Erfüllung ihrer ehelichen Pflichten verhindern. Dass selbst das Deciduoma malignum Folge eines nicht entfernten Placentarpolypen sein kann, scheint erwiesen zu sein.

Welches ist nun aber die lege artis Behandlung der Frühgeburt? Der eine behandelt conservativ mit inneren Medikamenten, der andere mit Tamponade; jener schwört auf die Curette, dieser auf seinen Finger. Einzelne wollen auch heute nicht auf die Kornzange verzichten. Im Allgemeinen habe ich den Eindruck, dass gerade auf die Therapie des Abortes die Errungenschaften der Aseptik der letzten 15 Jahre wenig Einfluss geübt. Der noch aus vorantiseptischer Zeit stammende Grundsatz, dass jeder intrauterine Eingriff möglichst zu meiden und die Ausstossung der Eireste möglichst nur durch äussere Massnahmen zu befördern sei, scheint heute noch vielfach befolgt zu werden, so lehrt z. B. Winkel noch jetzt, man solle selbst die Entfernung von Placentarpolypen der Natur überlassen. Relative Heilung d. h. die Beseitigung der drohenden Symptome erreichen wir ja auch durch conservatives Verhalten; doch dürfte die Frage nicht unberechtigt sein, ob nicht eine bedeutend activere Therapie auch bessere Spätresultate ergiebt und besonders auch, wie weit überhaupt die anatomischen Verhältnisse eine Spontanheilung begünstigen.

M. H.! Ich möchte mir nur erlauben hier an diesen beiden Abbildungen, von denen die 1. einen graviden Uterus der 4. Woche, die 2. eine Schwangerschaft der 13. darstellt, die anatomischen Verhältnisse in Ihre Erinnerung zurückzurufen.

Abgesehen von den verschiedenen Grössenverhältnissen des Uterus sowohl als der Frucht fällt Ihnen sofort ein bedeutender Unterschied in dem Verhalten der Eihüllen auf.

Während am 1. Bilde die Decidua gleichmässig in 8—10-facher Dicke der normalen Schleimhaut die Gebärmutterwand auskleidet, hat sich hier am 2. Bilde bereits durch mächtigeres Wuchern der Decidua serotina und des kindlichen Chorion die Placenta als dominirender Theil der Eihüllen gebildet. Die Placentarentwicklung beginnt ja bereits in der 5. Woche, differenzirt sich aber erst am Beginn des 3. Monats so deutlich gegen die übrigen Eihäute, dass auch der Ungeübte sie leicht erkennen und, was besonders wichtig, ihre Integrität feststellen kann. Ungefähr zu demselben Zeitpunkt beginnt das Wachsthum der Decidua vera in Folge Verödung der Blutgefässe erst stillzustehen, dann sich zurückzubilden.

Aber nicht allein die Entwicklung der Placenta zu einem selbständigen Gebilde, sondern auch die Wachstumsverhältnisse des Uterusparenchyms lassen eine Unterscheidung des frühen Abortes gegenüber der Fehlgeburt nach der 10. Woche als durchaus zweckentsprechend erscheinen. Die Dickenzunahme der Uteruswand erfolgt nämlich in der 1. Zeit der Schwangerschaft, weniger durch Vermehrung der contractilen Elemente, als durch Wucherung der bindegewebigen und zwar des Perimysium; erst am Ende des 3. Monats tritt eine Auflockerung der muskulären Gebilde und dann Neubildung derselben ein. Zu dieser Zeit beginnt auch, wie besonders Iwanow nachgewiesen, die Bildung von elastischem Gewebe.

Während also nach Ausbildung der Placenta und nach beginnender Neubildung der Muskulatur und des elastischen Gewebes der Abort sich immer mehr dem Typus des regelrechten Geburtsvorganges nähert, wir somit nach Ausstossung des Foetus und der Placenta auf Elimination der bereits der Involution anheimfallenden Decidua vera durch die kräftigen und gleichmässigen Uteruscontractionen rechnen können, fehlen den frühen Stadien der Schwangerschaft gleichmässige Zusammenziehungen der ganzen Uteruswand einerseits, andererseits hat das Decidualgewebe in Folge reichlicher Durchwachsung mit Blutgefässen gar nicht die Tendenz sich von seinem Mutterboden zu trennen. Besonders auch an

der Placentarstelle kommt es in Folge der noch gar nicht oder unvollkommen ausgebildeten intervillösen Räume und der noch vorhandenen primären Verwachsung der Zotten mit dem mütterlichen Gewebe zu keiner so vollkommenen Trennung, wie späterhin. Wie häufig bildet nicht selbst beim Abort im IV. und V. Monat noch die Retention der Placenta Indication zum intrauterinen Eingriff, weil eben auch dann noch die lösenden Kräfte unvollkommen wirken. Und schliesslich müssen wir nicht vergessen, dass der Abort in einer Anzahl der Fälle Ausdruck entzündlicher Erkrankung und damit abnormer Verwachsung der Eihäute untereinander und mit der Uteruswand ist. Nun hat zwar Winter behauptet, dass nach Fehlgeburten der 1. Monate die Decidua sich wieder in normale Uterusschleimhaut zurückbilde; dem widersprechen aber sowohl die praktischen Erfahrungen als auch neuerdings die Untersuchungen D'Eschias, welcher ausnahmslos entzündliche Processe in der zurückgebliebenen Decidua nachweisen konnte.

M. H.! Ich glaube nun, dass die eben besprochenen Unterschiede welche der schwangere Uterus vor ausgesprochener Placentation und nach derselben, bietet, auch bei der Therapie weit mehr berücksichtigt werden müssten, als es bis jetzt zu geschehen scheint. Es ergeben sich aus einer derartigen Zweitheilung eine ganze Reihe practischer Vorthelle.

Wenn ich mich jetzt der Beantwortung der Frage über die Zweckmässigkeit activer Therapie zuwende, so glaube ich auf Grund der anatomischen Verhältnisse für den Abort der frühen Monate dieselbe bejahen zu müssen. Falls die Lösung und Ausstossung des Eies nicht so vollständig erfolgt, wie es auf vorstehendem Bilde¹⁾ dargestellt ist, sondern der Fötus blos im Amnionsack oder ohne denselben mit mehr weniger grossen Fetzen von getrennter Decidua entleert wird, so sind die Verhältnisse für Rückbildung oder Ausstossung der retinir-

¹⁾ Die Abbildung ist dem Aufsätze von Sellheim *Munch. Medic. Woch.* 1902. Heft 8 entnommen.

ten Theile äusserst ungünstige, auch ist die Beurtheilung, wie viel retinirt, häufig sehr schwer. Aus diesen Gründen schliesse ich auch nach jedem Abort, falls derselbe nicht einen vollkommenen Ausguss der Uterushöhle darstellt, ein Curettement an. Selbstverständlich eurette ich erst recht, falls das Schwangerschaftsproduct mir nicht vorgewiesen werden kann und die Beurtheilung über Retention von Decidua eine noch vagare ist.

Ich habe mein actives Vorgehen niemals zu bereuen gehabt, weder in Bezug auf momentanen Misserfolg noch in Bezug auf den späteren Zustand der Patientin. Ich habe mehr weniger grosse Deciduarestes oder kleinere Zotten stets gefunden und habe nur immer wieder bereut, wenn ich aus äusseren Gründen keine Ausschabung machen konnte. Während nach der vollkommenen Entleerung des Uterus alle objectiven Symptome (Blutungen, Schmerzen, nervöse Depression) mit einem Schlage beseitigt waren, die Pat. am 5. oder 6. Tage das Bett verlassen konnten, die Periode zuerst zwar schwächer, doch regelmässig eintrat, ja eine Reihe der Frauen nach der 2. Menstruation concipirte, dauerte schon das Wochenbett bei den nicht curetirten Wöchnerinnen gewöhnlich viel länger.

Hier M. H. ist die Abbildung eines Eies, welches ich von einer Frau aufbewahrt, wo ein Abrasio aus äusseren Gründen inopportun war. Wie Sie sehen, ist der Amnionsack vollkommen erhalten, zum grossen Theil von Chorion und Reflexa bedeckt, blos der untere Pol ist von Reflexa entblösst, welche offenbar bei der initialen Blutung zertrümmert und entleert worden ist. Hier oben und hinten sehen Sie wie einen Mantel die Placentaranlage und Decidua vera das Ei umziehen, also kann nur wenig Decidua zurückgeblieben sein. Trotzdem dauerte das Wochenbett 11 Tage, die Frau blutete 2 mal nicht unerheblich, hatte starke Schmerzen, litt unter nervöser Depression und erst als am 10. Tage 2 Deciduaefetzen sich entleert hatten, war alles wieder in Ordnung. Ob späterhin es nicht doch noch zur Entwicklung einer Endometritis oder Sabinvolutio gekommen, kann ich aber nicht versichern, da ich die Pat. aus den

Augen verloren. Leider konnte ich an meinem Material, da dasselbe an verschiedenen Orten behandelt, keine Nachuntersuchung zwecks Controlle anstellen; jedenfalls habe ich in den 4 Jahren in Libau bei den curettierten Pat., falls dieselben nicht schon vorher inficirt waren, so weit ich sie zu Gesicht bekommen, niemals ein durch das Curettement hervorgerufenen Leiden feststellen können.

Auch habe ich niemals Anhaltspunkte für die Befürchtung O h l s h a u s e n s, auch die Spongiosa deciduae werde durch die Curette so weit zerstört, dass sie nicht mehr regenerationsfähig ist, gefunden. Ich glaube übrigens, dass eine so hochgradige Zerstörung der Regenerationsschicht der Mucosa nicht durch die Curette, sondern durch die auch nach Abort fälschlich gebrauchten Aetzmittel hervorgerufen wird. Wie schon hervorgehoben, habe ich niemals auch nur leichtere Functionsstörungen, wie sie bei conservativer Therapie recht gewöhnlich, constatiren können, sondern ich bin überrascht gewesen, wie häufig und wie bald nach dem Abort die Patientinnen wieder concipirten. Auch Sch ä f f e r macht, wie ich aus seinem Bericht über 200 activ behandelte Aborte ersehe, gerade auf die baldige vollkommene Functionsfähigkeit der Generationsorgane aufmerksam.

Ist also nach spontanem Abort der I. Periode aus eben angeführten Gesichtspunkten mit geringer Ausnahme, eine künstliche, vollkommene Ausräumung des Uterus das Zweckentsprechende, so bleibt bei den Aborten der späteren Schwangerschaftsmonate nach Ausstossung des Fötus und der Placenta die conservative Therapie in ihrem Recht bestehen. Ja selbst bei Retention der ganzen Placenta soll man nicht zu voreilig mit der Ausräumung sein, da bei Zuwarten dieselbe häufig sich durch den H o h l s c h e n Handgriff auspressen lässt. — Ich sage mit Absicht der ganzen, da Retention von Theilen wohl stets eine intrauterine Ausräumung verlangt. Es dürfte Ihnen, meine Herrn, wie ein Widerspruch erscheinen, dass ich in einem Fall selbst geringe Reste von Decidua entfernen will, in anderen sogar den Lösungsprocess der ganzen Placenta ruhig abwarte. Abgesehen davon, dass

je ausgebildeter die Placenta, sie desto vollkommener sich löst, leiten mich hauptsächlich bei meinen Erwägungen die in beiden Fällen benutzten Instrumente. Die Curette, die ich in Folge der derben Beschaffenheit des Uterus zur Ausräumung der Eirste der 1, 8—10 Wochen bei einiger Vorsicht und Controlle durch die Bauchdecken jedenfalls ohne Gefahr der Perforation verwenden kann, darf meiner Ansicht nach besonders von Ungeübteren in Folge der Auflockerung und bedeutenderen Weichheit des Uterusparenchyms vom 3. Monat ab nicht mehr verwandt werden und ist das einzige ungefährliche Instrument der Finger. Dass aber der Finger des vielbeschäftigten Praktikers nicht so einwandsfrei zu sterilisiren, wie die auskochbare Curette, ist wohl nicht discutabel. Ich glaube, dass auch bei diesem praktisch sehr wichtigen Punkt uns die eingehendere Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse die Verwerthung beider Ausräumungsmethoden gestattet, denn ebenso wie der Finger bei dem älteren Abort vorzuziehen ist, so hat die Curette entschiedene Vorzüge bei den Fehlgeburten. Wir können häufig ohne Narcose auskommen, brauchen keine excessive Dilatation und wie gesagt, sie lässt sich absolut sterilisiren.

Noch einen weiteren Vorthail finde ich in der Trennung der Fehlgeburt der 1. Periode von den späteren darin, dass wir bei gegebener Indication (zu heftige oder langdauernde Blutung, Verdacht auf Infection d. h. auf kriminelle Manipulationen, saprophytische Zersetzung des Uterusinhalts) in einer Sitzung dilatiren und ausräumen können. Der höchstens 7 Cm. lange Foetus setzt keine Schwierigkeiten, entgegen.

Wir umgehen damit die früher stets angewandte Tamponade, an welche sich am nächsten Tag die Ausräumung anschliessen musste. Anstatt zweier für die Pat. häufig sehr unangenehmer Eingriffe setzen wir einen, sparen Blut, bei den Infectionen auch Zeit, und was die Hauptsache, vermeiden die Infectionsgefahr eines doppelten Eingriffs.

Bei den Aborten der II. Periode lässt sich die bruske Dilatation nicht anwenden, da wir bei der erforderlichen

Erweiterung auf mindestens 2 Finger schwere Läsionen der Cervix bis ins Parametrium riskiren würden. Falls Dilatation erforderlich hat sich mir hier die Dilatation des Gebärmutterhalses mit Jodoformgaze am besten bewährt. Falls ich bei Retention von Placentarzotten oder Decidua nach Fehlgeburten d. I. Periode in die Lage kommen sollte in Folge zu grossen Widerstandes von Seiten der rückgebildeten Cervix auf bruske Dilatation verzichten zu müssen, würde ich ebenfalls Tamponade mit Jodoformgaze der von Winternitz empfohlenen Dilatation mit Laminaria vorziehen. Uebrigens sei hier nebenbei bemerkt, dass in frischen Fällen von Retentio secundinarum, gewöhnlich die unzweckmässige reichliche Verabfolgung von Secale, wie sie z. B. auch Dührssen befürwortet, zu so hochgradiger Stenose des Orif. int. führt, dass die Erweiterung und Ausräumung auf erheblichere Schwierigkeiten stösst. Ich kann daher vor der Ordination von Secale vor Ausstossung aller Eihäute nur warnen.

Gestatten sie mir noch mit ein paar Worten die Therapie des inficirten unvollkommenen Abortus zu berühren.

So activ ich beim reinen Abort in meinem Handeln bin, so zurückhaltend verhalte ich mich, sobald die Infection den Character der saprophytischen Zersetzung überschritten hat. Je schonender man den Uterus seines Inhalts entleert, je weniger neue Lymphräume man eröffnet, je weniger man den Demarcationswall zerstört, desto mehr wird man erreichen. Lässt sich bei den leichteren saprophytischen Zersetzungen die Curette entschieden mit Nutzen verwenden, so halte ich bei schwereren Infectionen des Endometrium den Finger selbst bei jüngeren Aborten für schonender. Ja häufig begnüge ich mich bei letzteren mit blosser Tamponade nach Spiritusausspülung. Hat die Infection den Uterus überschritten, soll man überhaupt höchstens eine vorsichtige Spiritusausspülung riskiren um in Zersetzung befindliche eventuell schon gelöste Eihauttheile aus der Uterushöhle zu entfernen und die Intoxication zu verringern, doch soll auch diese Manipulation nur vorgenommen werden, falls keine Erwei-

terung und Dislocation des Uterus mit derselben verbunden ist.

Wenn B u m m in seinem neuen vorzüglichen Lehrbuch der Geburtshülfe eine activere Therapie des Abortes den Kliniken resp. der Anstaltsbehandlung reservirt wissen möchte, so möchte ich dagegen aus oben erörterten Gründen derselben eine viel allgemeinere Verbreitung wünschen. Und zwar glaube ich, dass nicht nur die Spätergebnisse nach Abort sich bessern, sondern dass auch die Infectionen nicht zunehmen, sondern abnehmen werden. Ich glaube aber, dass auch der practische Arzt, der sich mit Geburtshülfe beschäftigt, die Technik einer sterilen Abortausräumung nicht nur beherrschen soll sondern auch unter den desolatesten äusseren Verhältnissen d. Pat. beherrschen kann.

(Aus der gynäcolog. Abth. des Stadtkrankenhauses zu
Riga).

Hyperämie als Heilmittel in gynäkologischem Gebiete.

Vortrag, gehalten auf dem XV. livl. Aerztetage zu Pernau
am 5. VI. 1903.

Von

Dr. med. A. Keilmann.

M. H.! Nachdem Professor August Bier in Greifswald im Laufe der letzten 11 Jahre ausgiebige Erfahrungen über die Behandlung verschiedenartiger chirurgischer Erkrankungen mit künstlich erzeugter Hyperämie gesammelt, hat derselbe Autor in diesem Jahre eine umfangreiche Monographie unter dem Titel: «Hyperämie als Heilmittel» erscheinen lassen und in ihr eine ausführliche wissenschaftliche Begründung seiner klinischen Beobachtungen und Erfolge niedergelegt. Angeregt durch dieselben und mit Unterstützung des Assistenten der Greifswalder chirurg. Klinik Dr. Klapp hat vor etwa 2 Jahren Polano an der Greifswalder Frauenklinik Versuche mit künstlicher Hyperämie, erzeugt durch heisse Luft, in einigen gynäkologischen Fällen gemacht und überraschende Erfolge gesehen. Eine wertvolle Bestätigung fanden die Greifswalder Mitteilungen seitens des Kollegen Thomson in Odessa, der darauf hinwies, dass von ihm, in etwas anderer Weise zwar, doch im Wesentlichen auch durch Hyperämisierung der Organe unter der Einwirkung der Wärme entzündliche Erkrankungen der Beckenorgane schon seit längerer Zeit mit Erfolg behandelt wurden. Polano, der in der Folge aus Greifswald an die Pfannenstiel'sche Klinik in Giessen

übergang, setzte dort seine Versuche fort und beharrt in einer neulich erfolgten Publikation bei der Empfehlung des Verfahrens zur Behandlung entzündlicher Zustände der Beckenorgane. Des Weiteren ist aus der Greifswalder Frauenklinik des Prof. Martin von Dutzmann eine ausführliche Mitteilung erschienen, die nicht minder warm für diese Behandlungsmethode eintritt. — Nachdem ich in mehrjähriger eigener Erfahrung die geringen Erfolge und vielfachen Misserfolge der operativen Therapie insbesondere bei entzündlichen Adnexerkrankungen kennen gelernt hatte und mich deshalb der in der Litteratur mehr hervortretenden konservativen Richtung auf diesem Gebiete aus guter Ueberzeugung angeschlossen hatte, schien das Bier-Polan o'sche resp. Thomson'sche Verfahren eine willkommene Bereicherung unsrer Behandlungsmöglichkeiten zu sein, zumal dasselbe eine vollkommenere und zum Teil exaktere Form der bisher schon geübten und vollauf bewährten Wärmeapplikation durch heisse Sitzbäder und Priessnitz'sche Umschläge darstellt. Die hier in praxi noch in Betracht kommende gynaekologische Massage, die trotz ihrer konservierenden Tendenzen als durchaus aggressive Methode bezeichnet werden darf, kann im Allgemeinen mit der Wärmeapplikation weder in ihrer wissenschaftlichen Begründung noch in ihrer Leistungsfähigkeit konkurrieren und ist auch in den zitierten Abhandlungen mit Stillschweigen übergegangen.

. Bier weist zunächst darauf hin (pag. 13), dass bei keiner Reaktion auf fremdartige Stoffe Hyperämie fehle, möge jener Stoff ein grober Fremdkörper oder winzige Bakterien, die schärfsten chemischen Gifte oder abgestorbene Teile des eignen Leibes sein. Er glaube behaupten zu können: «es giebt keinen einzigen Krankheitsherd, welchen der Körper selbst beseitigen oder unschädlich zu machen sucht und vermag, der Anämie erzeugt — er ist stets von Hyperämie durchsetzt oder umgeben. Fassen wir deshalb die Reaktionen des Körpers als nützliche Heilbestrebungen der Natur auf, so müssen wir sagen, dass Hyperämie das verbreitetste Selbstheilmittel von allen ist».

Dass arterielle Hyperämie als Reaktion auf Einwirkung hoher Wärmegrade eintritt fasst Bier als Schutz gegen Verbrennung auf, indem der schnell durch das erhitzte Gebiet fließende Blutstrom als Kühlstrom wirke. Wenn der Autor am seinem Arm nach kurzdauernder Esmarchscher Blutleere die sog. reaktive Hyperämie eintreten liess und den stark hyperämischen Arm heisser Luft aussetzte, so konnte er eine Erhitzung auf 145° vertragen; ohne vorherige Hyperämisierung ertrug er 114—115°; verlangsamte er den Blutstrom in seinem Arm durch eine locker sitzende Stauungsbinde, so hatte er schon bei 98° das Gefühl des Brännens und verlangsamte er den Blutstrom durch eine stramme Binde so ertrug er nur noch eine Temp. von 78°. Objektiv wies er die Erscheinungen von Verbrennung nach wenn auch bei niedriger Temp. der Blutstrom künstlich verlangsamt wird. Es ist kein Zweifel, dass die referierten experimentellen Versuche genügen, um obige Auffassung zu stützen.

Auf die wichtige Frage, ob die vielfach gehegte Annahme, dass die Einwirkung von Hitze oder anderer hyperämisierender Mittel nur die Oberfläche des behandelten Körperteils positiv beeinflusse und die tieferen Teile «decongestioniere» geht Bier ausführlich ein und verneint dieselbe. Erwähnt sei hier nur von den Argumenten das Experiment Klapp's, der durch Erhitzung der Bauchhaut eines Kaninchens Hyperämie nicht nur der Bauchdecken bis zum Peritoneum, sondern auch der Darmwand so wie des sehnigen Zentrums des Zwerchfells erzeugte. Auch weist Bier auf die Erfahrung der Chirurgen hin, dass bei Laparotomien ungewöhnliche Blutfülle der Bauchdecken sich findet bei Entzündungen in der Tiefe der Bauchhöhle und wie ich hinzufügen möchte bei blutreichen malignen Neubildungen an den Abdominalorganen.

Für das praktisch brauchbarste Mittel die lokale Hyperämie zu erzeugen erklärt Bier die Wärme und fügt hinzu: «Sie war seit Jahrtausenden in der Heilkunde angewandt, ohne dass man sich indessen bewusst ist, dass die dadurch hervorgerufene aktive Hyperämie

die vornehmste und häufig wohl die einzige heilende Eigenschaft dieses Mittels darstellt. Unter den Vehikeln, die zur Wärmezufuhr dienen, kommen heisse Luft, heisses Wasser, Schlamm, Breiumschläge und andere in Betracht. Die aktive Hyperämie mit allen wirksamen Eigenschaften lässt sich nun am vollkommensten vielleicht überhaupt nur durch heisse Luft erzeugen, ein Medium, an das die Gefässe des Körpers sich am ehesten anpassen können; Schlamm, Breiumschläge Thermophore lassen sich, wie Bier ausführt, nicht ohne Druck auf die Oberfläche anwenden und verlangsamen in einem gewissen Gebiet den Blutstrom, wirken also gerade dem erstrebten Effekt entgegen und werden, um es zunächst im Allgemeinen anzudeuten schlechter vertragen. Einen sehr eklatanten Unterschied in der Hyperämisierung durch heisse Luft und durch heisses Wasser zeigte Bier dadurch, dass er einen Arm in Luft von 105° den anderen in Wasser von $44\frac{3}{4}^{\circ}$ (heisser wurden nicht vertragen), legte der mit heisser Luft behandelte Arm zeigte hellrote Farbe, der andere bläulichrot — es ergeben sich also 2 verschiedene Arten von Hyperämie.

Von den speziellen Wirkungen der durch heisse Luft erzeugten Hyperämie hebt Bier an erster Stelle den eklatant schmerzstillenden Effekt hervor. Es giebt kaum eine Wirkung der Hyperämie sagt Bier, welche mehr in die Augen fällt, als die Linderung der Schmerzen bei schmerzhaften Krankheiten. Wollte man eine günstige Beeinflussung der Krankheitsursache und daraus resultierende Schmerzstillung annehmen, so bleiben die Fälle in denen schmerzstillende Erfolge der Wärmeeinwirkung beobachtet wird ohne Erklärung, die in Bruchteilen einer Stunde eintreten, ehe die Krankheit im Ganzen ernstlich beeinflusst sein kann, man müsse daher annehmen, dass die Herabsetzung der Empfindlichkeit eine allgemeine Eigenschaft der Hyperämie sei und die sog. thermischen Schmerzlinderung wirke im Wesentlichen durch Hyperämie und nicht etwa durch Decongestionierung. Dass die Pleura anämisch wird bei Applikation des Senfteiges auf die kranke Brustseite kann in der Tat nach Klapps Untersuchungen nicht angenommen werden und

die schmerzstillende Wirkung in solchen Fällen ist doch nicht zu leugnen.

In der schmerzstillenden Wirkung der Hyperämie liegt aber ein grösser Vorzug der entsprechenden Behandlungsmethode, weil dieselbe dem Pat. auf diese Weise sehr angenehm ist; bei versteiften Gelenken erkennt Bier aber der Schmerzstillung eine besondere Bedeutung zu hinsichtlich der Mobilisierung. Dass jede Form von Hyperämie Schmerzempfindung im Gewebe herabzusetzen vermag, hat Ritter experimentell bewiesen.

Eine weitere bedeutsame Wirkung der Hyperämie ist die Bakterien tötende oder abschwächende. Bier würdigt ausführlich eine grosse Reihe für diese Frage in Betracht kommender experimenteller und bakteriologischer Arbeiten (so von Buchner, Heller, Cornet, Richter, Hamburger, Behring, Metschnikoff) die ich übergehen muss. Von hoher praktischer Bedeutung aber sind und müssen hier erwähnt werden die Experimente von Nötzel, der 67 Kaninchen mit sicher tödlichen Dosen von Milzbrand und virulenten Streptococcen infizierte, nachdem er die Injektionsstelle hyperämisiert hatte und 51 dieser Kaninchen blieben am Leben, während alle Kontrolltiere starben; einige Wochen später wurden dieselben Tiere, die ganz gesund waren, wiederum infiziert und zwar ohne dass Hyperämie an der Injektionsstelle erzeugt worden war und starben sämtlich. Was nun im Einzelnen den entwicklungshemmenden oder vernichtenden Einfluss auf die Mikroorganismen hat, lässt sich mit absoluter Sicherheit noch nicht erkennen, jedoch weist Bier (pag. 106) mit Recht darauf hin, dass das einzige, was beim Warmblüter allen Entzündungen ohne Ausnahme von den einfachsten bis zu den schwersten gemeinsam ist und allen anderen Erscheinungen vorausgeht, eine Veränderung der Zirkulation sei, die stets zur Hyperämie führe. Wir werden daher, sagt Bier, diesen gesetzmässigen Vorgang, aus welchem sich alle anderen Erscheinungen erst nachher entwickeln, als den bedeutendsten und wichtigsten anerkennen müssen. Deshalb sei es auch nur eine Nachahmung eines natürlichen Heilungsverganges, wenn wir

gegen gewisse bakterielle Erkrankungen die vorhandene Hyperämie verstärken und besonders sie da einleiten wo sie nicht genügend vorhanden ist.

Eine für die Therapie sehr bedeutsame Eigenschaft der Hyperämie ist endlich die resorbierende und auflösende. Zahlreiche von Bier ausführlich berücksichtigte Untersuchungen von Heidenhain, Orlow, Sterling, Acher, Munk und insbesondere von Klapp beweisen, dass alle wässrigen und wasserlöslichen Stoffe nicht durch die Lymphbahnen sondern durch die Blutbahnen resorbiert werden die von Recklinghausen in erster Reihe erwiesene Abfuhr durch die Lymphbahnen (insbesondere des Zwergfells) gilt nur für corpusculäre Elemente und Fett. Es ist demnach die Resorption wässriger und wasserlöslicher Stoffe um so grösser, je stärker die Blutdurchströmung des Krankheitsherdes ist d. h. aktive Hyperämie ist ein die Resorption wesentlich fördernder Vorgang. Die zur wirksamen Resorption notwendige Auflösung von Gewebs-Exsudat und anderen Massen wird nun gleichfalls in augenfälliger Weise von der hyperämischen Blutfülle vermittelt, wie Bier dieses an klinischen Vorgängen und Resultaten experimenteller Untersuchung nachweist.

Die 2. letzten Kapitel über die ernährende Wirkung der Hyperämie und ihren Einfluss auf die Regeneration, bedeutsamen Inhalts, darf ich im Hinblick auf mein vorliegendes Thema übergehen.

Zur Erzeugung der Hyperämie der Beckenorgane durch heisse Luft, konstruierte Polano einen Holzkasten, der Ausschnitte für die Taille und Oberschenkel hatte. Meine Absicht Ihnen einen solchen Polano'schen Heizapparat zu zeigen ist dadurch vereitelt, dass die Grenzschwierigkeiten den Transport verzögert haben; ich habe den Apparat vor längerer Zeit aus Greifswald bestellt. In Giessen hat Polano Glühlampen die an einem Bettreifen angebracht und in wollene Decken eingedeckt werden zur Bestrahlung des Beckens benutzt. Thomson in Odessa hat nun, wie schon eingangs erwähnt, längere Zeit vorher mit Erfolg den Dehio'schen Apparat benutzt und bin ich zunächst dem Thomson's-

schen Vorschläge folgend in derselben Weise verfahren. Den Dehio'schen Apparat brauche ich wohl hier nicht zu beschreiben. Seine Anwendung für das Becken geschieht in der Weise, dass ein Bettreifen über das Becken gelegt wird, mit einem Lacken dann einer Lage Billrothbattist und darüber mit einer wollenen Decke bedeckt wird, derart, dass Oberkörper und Beine möglichst frei bleiben. Die Temp. die ich hierbei erreicht überstieg selten 80° , während Polano um die Hyperämie nachwirken zu lassen, Temp. von $100-105^{\circ}$ anwandte und der Durchhitzung feuchtwarme Einpackung des Becken anschloss.

In dieser Weise habe ich seit $1\frac{1}{2}$ Jahren 65 Fälle verschiedener Art behandelt und möchte nur kurz hierüber berichten.

Hauptsächlich kamen Entzündungen der Tuben, des Beckenperitoneums und der Parametrien in Betracht, in einigen Fällen habe ich diese Methode wesentlich zur Schmerzstillung benutzt und in einem Falle zur Behandlung der Amenorrhoe bei einer 16-jährigen Patientin.

Akutere Erkrankungen der Tuben gehen meist mit Perisalpingitis und auch ausgedehnterer Pelviperitonitis einher und geben nicht selten Veranlassung zur Ausbildung grosser intraperitonealer Exsudate; die Schmerzen bei Tubenerkrankung gehen wohl ausnahmslos von der begleitenden Peritonitis aus. Es ist daher berechtigt diese einzelnen Localisationen klinisch als stets kombiniert und vom diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkt gemeinsam zu betrachten. Die respektiven Symptome dieser Krankheitsgruppe sind Schmerzen und sonstige Folgen der Beckenperitonitis, die anfangs auch universell sein kann, häufig Temp.-steigerungen, die im Anfang der Erkrankung auch hohe sein können, dann längere Zeit subfebril bleiben; nicht selten bestehen dabei vermehrter Fluor und sekundäre Uterusblutungen. Objektiv lässt sich oft nur eine diffuse Resistenz neben und hinter dem Uterus nachweisen, manchmal entzieht sich auch diese der Tastung, gelegentlich lässt sich der Herd der Erkrankung d. h. die kranke Tube als solche erkennen. Aetiologisch kommen hier

Gonococcen, Streptococcen und *Bacterium coli* in Betracht. Zu dieser Gruppe gehören die meisten nach der beschriebenen Methode behandelten Fälle. 18 Mal habe ich bei Aussicht die Erkrankung dadurch näher zu bestimmen die Probepunktion gemacht und 14 Mal Eiter, 2 trübseröses Exsudat erhalten, 2 Mal war es *Punctio sicca*. Der Eiter enthielt 4 Mal Gonococcen, 4 Mal Streptococcen 1 Mal Stäbchen, die für *Bacterium coli* gehalten werden konnten, 5 Mal war es Eiter, in dem keine Mikroorganismen mehr nachgewiesen werden konnten. 5 Mal stammte der Eiter aus der Tube in den übrigen Fällen aus dem peritonealen Exsudat. Unter den nicht tubären Erkrankungen sind zu nennen: 6 intraperitoneale Exudate nach Aborten, 5 Fälle von Perimetritis, bei dreien von diesen konnte Appendicitis als primäre Ursache erkannt werden, 3 Fälle von Parametritis, 2 Fälle von Oophoritis, 1 Stumpfxsudat von Kindskopfgrösse nach (nicht von mir) Operation einer Tubargravidität, eine Ischias bei bestehender mobiler Retroflexion, eine metastatische Erkrankung des Ischiadicus bei Choroepithelioma, eine Neuritis nach Sepsis, eine Amenorrhoe. Vaginale Inzisionen habe ich zur Entleerung des Eiters nur bei peritonealen Exsudaten gemacht; bei Pyosalpingen unterlasse ich sie prinzipiell.

Der Erfolg der Wärme-Behandlung war bis auf einen Fall von Salpingitis duplex chronica in allen Fällen schnelle Besserung des subjektiven Befindens d. h. meist vollständige Schmerzfreiheit schon nach 4—5 maliger Behandlung. In 8 Fällen, die 4 Tage bis zu 3 Wochen behandelt waren konnte im Tastbefunde keine Veränderung nachgewiesen werden, während das Befinden sehr günstig beeinflusst war; 2 von diesen Frauen baten nach 4—resp. 5-tägiger Behandlung um Entlassung, weil sie sich vollkommen wohlfühlten. In den übrigen mehr als 50 Fällen war der Befund in auffallender Weise gebessert, so schwanden in 2—3 Wochen kindskopfgrösse Exsudate und hinterliessen normalen Tastbefund. Der Wärmeeinwirkung wurden die Patientinnen täglich ca. 1 Stunde (mit $\frac{1}{2}$ Stunde beginnend) ausgesetzt,

Von besonderer Bedeutung ist der diagnostische Wert dieser Behandlungsmethode, der in 11 Fällen sehr eklatant hervortrat; auch Polano hat auf denselben hingewiesen: wo frische Exsudate die Lokalisation der Erkrankung verdecken und das Tastbild zu einem diffusen im Detail nicht erkennbaren machen und wo andererseits die Empfindlichkeit ohne Narkose die genauere Palpation unmöglich machen, da erscheint der Befund oft nach kurzer Zeit (nach 2—8 Tagen) klar und eindeutig.

Eine günstige Beeinflussung des Pulses oder der Temperatur habe ich in keinem Falle feststellen können; was letztere betrifft, so habe ich mich aus theoretischen Gründen der Ansicht Polano's, dass fieberhafte Temp. als Kontraindikation angesehen werden müssen, nicht anschliessen können und dem entsprechend auch noch fiebernde Kranke — zunächst mit Vorsicht, dann dreister, dieser Behandlung unterzogen. Subfebrile Temperaturen schwinden bald vollständig und auch hohe Steigerungen der Temp. wurden wie mir schien schneller unter der täglichen Hitzebehandlung, schneller von normaler Eigenwärme abgelöst, als das sonst geschehen wäre. Während der Hitzeeinwirkung auf das Becken stieg regelmässig die Allgemeintemperatur um $0,4—0,8^{\circ}$ (dieses sowohl wie auch eine Reihe von Fällen, die fiebernd behandelt waren, wird an Kurven demonstriert).

Als Kontraindikationen hat mir nur uterine Blutung gegolten; durch einige zufällige Beobachtungen habe ich jedoch den Eindruck gewonnen, dass auch diese günstig (indirekt!) beeinflusst werden können, dementsprechend kann ich uterine Blutung bei frischer und chronischer Entzündung in der Nachbarschaft des Uterus nicht mehr als unbedingte Kontraindikation anerkennen. Als Indikation, die bisher nicht zur Diskussion gestanden hat, habe ich in einem Falle (funktionelle) Amenorrhoe bei einem 16-jährigen Mädchen, das bereits regelmässig menstruiert war und dann die Regel verloren hatte, genommen. Der Befund war normal bei virginalen Verhältnissen. Nach 2-maliger Behandlung trat die Periode ein — das einzige was die Kranke wünschte.

Nachsatz: bis zum Druck obiger Mitteilung habe ich eine weitere grosse Reihe von Frauen mit dem Polanoschen Apparate mit Anwendung von Temperaturen bis 100° behandelt und haben sich die günstigen Erfahrungen vollauf bestätigt. Einen ausführlichen Bericht über dieselben zu publizieren hat Herr Kollege Hammer freundlichst übernommen.

L i t t e r a t u r.

A. Bier: Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903.

Ritter: Die natürlichen schmerzlindernden Mittel.

A. f. klin. Chirurgie. B. 68.

Klapp: Ueber die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft. Münch. med. W. 1900.

Polano: Centralblatt für Gynaekologie, 1902. № 37.

Derselbe: Centralblatt für Gynäkologie, 1901, № 30.

Duzmann: Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1903, Bd. 16, H. 1.

Thomson: Centralblatt für Gynäkologie, 1901, № 52.