Verzeichniss der Theilnehmer

1.	Abels, Heinrich	Hapsal.
2.	Apping, Georg	Wolmar.
3.	Bätge, Arthur	Reval.
4.	Baumgardt, Friedrich	Schloss Schwaneburg.
5.	v. Bergmann, Adolph	Riga.
6.	Blau, Carl	Loesern.
7.	Braschnewitz, Andreas	Smilten.
8.	v. Brehm, Hugo	Riga.
9.	Bürger, Emil	Schoden.
10.	Dehio, Heinrich	Dorpat.
11.	Dehio, Carl	Dorpat.
12.	Deubner, Carl	Riga.
13.	Dieterich, Julius	Heydeckenshof.
14.	Eckardt, Albert	Wolmar.
15.	Eckmann, Louis	Dondangen.
16.	Elbing, Rudolf	Rudbahren.
17.	v. Engelhardt, Arvid	Peterscapelle.
18.	v. Engelhardt, Roderich	Helmet.
19.	Etzold, Ernst	Quellenstein.
20.	Francken, Ferdinand	Jensel.
21.	v. Frey, Eugen	Salismünde.
22.	Gaethgens, Peter	Wenden.
23.	Gauderer, Ludwig	Riga.
24.	Girgensohn, Hans	Loddiger.
25.	Greiffenhagen, Wilhelm	Reval.
26.	Gröhn, Samuel	Lemsal.
27.	Hampeln, Paul	Riga.
28.	Hartge, Alexander	Dorpat.
29.	Hasenjäger, Ernst	Koddafer.
30.	Helling, Alexander	Riga.
31.	Henko, Albert	Engelhardtshof.
32.	Hess, Nicolai	Riga.

33.	v. Hirschheydt, Ernst	Riga.
34.	Jaesche, Emanuel	Dorpat.
35.	Johannson, Ernst	Fellin.
36.	Jürgens, Magnus	Fennern.
37.	Karp, Alwill	Werro.
38.	Küstner, Otto	Dorpat.
39.	Katterfeld, Adolf	Kandau.
40.	Keilmann, Philipp	Riga.
41.	Kessler, Leonhard	Dorpat.
42.	Kieseritzky, Woldemar	Hallist.
43.	Kitta-Kittel, Georg	Majorenhof.
44.	Koch, Ernst	Walk.
45.	Koch, Robert	Dorpat.
46.	Koppe, Oscar	Pernau.
47.	Krause, Wilhelm	Dorpat.
48.	Kroeger, Sigismund	Riga.
49.	Kroon, Carl	Anzen.
50.	Kruse, Wilhelm	Bauske.
51.	Kügelgen, Arved	Rappin.
52.	Kundrin, Johann	Alt-Pebalg.
53.	Kusik, Julius	Dorpat.
54.	Lenz, Alexander	Sesswegen.
55.	Lezenius, Arthur	Walk.
56.	Lezius, Oscar	Eriwanda.
57.	Liebet, Carl	Drostenhof.
58.	Lutzau, Carl	Wolmar.
59.	Martinson, Johann	Wenden.
60.	Mauring, Robert	Aahof.
61.	Meyer, Carl	Wenden.
62.	Mercklin, August	Riga.
63.	Müller, Johannes	Schujenpahlen.
64.	Otto, Richard	Dorpat.
65.	Pacht, Theodor	Lubahn.
66.	Packiewicz, Miroslaw	Riga.
67.	Pallop, Ernst	Tarwast.
68.	Petersen, Carl	Riga.
69.	Petersen, Oscar	St. Petersburg.
70.	Raue, Bruno	Marienburg.
71.	Sadikow, Iwan	Talsen.
72.	Scheibe, Reinhold	Reval.
73.	Schepilewski, Eugen	Riga.
74.	Schlau, Hermann	Lubbenhof.
75.	Schmidt, Max	Riga.
76.	v. Schröder, Theodor	St. Petersburg.
77.	Schulmann, Eugen	Walk.
78.	Schulz, Friedrich	Riga.
79.	Schwarz, Eduard	Riga.
80.	Semmer, Georg	Tiflis.

81.	Stroehmberg, Christian	Dorpat.
82.	v. Stryck, Nicolai	Riga.
83.	Thielick, Peter	Rujen.
84.	Treymann, Alexander	Allendorf.
85.	Treymann, Matthias	Riga.
86.	Truhart, Hermann	Fellin.
87.	Unverricht, Heinrich	Dorpat.
88.	Vierhuff, Julius	Subbath.
89.	Voss, Friedrich .	Riga.
90.	v. Wahl, Eduard	Dorpat.
91.	Wolferz, Reinhold	Riga.
92.	Wolff, Arnold .	Kürbelshof.
93.	Zwinew, Alexander .	Riga.
94.	v. Zur-Mühlen, Friedrich	Arrohof.

Separatabdruck aus der „St. Petersb. Medicin. Wochenschrift“ 1889/1890.

Protokoll der 1. Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

2. October 1889, 5 Uhr Nachmittags.

---

1) Nach Eröffnung der Sitzung durch Kreisarzt Dr. Eckardt — Wolmar beschliesst die Versammlung einstimmig, dass der nächste Aerztetag der Gesellschaft livl. Aerzte in Wenden tagen soll. Die Zusammenberufung soll früher im Jahre, etwa Ende August geschehen.

2) Durch Zettelwahl wählt die Versammlung zum Präses Dr. Truhart-Fellin, zum Cassaführer Dr. Gaethgens-Wenden, zum Schriftführer Dr. Mercklin-Riga.

3) Auf Antrag des Präses wird Dr. Otto-Dorpat ersucht, den Schriftführer bei Nachschrift der Discussion und Zusammenstellung des Protokolls zu unterstützen.

4) Der Präses ersucht die Collegen, welche auf dem Congress des Jahres 1890 Vorträge zu halten beabsichtigen, rechtzeitig vor Beginn des Aerztetages ihm kurze Inhaltsangaben einzusenden, damit die Gruppirung der Vorträge eine möglichst sachgemässe wird. Die Gruppirung der Vorträge für die einzelnen Tage möge ihm bedingungslos überlassen bleiben.

5) Der Präses schlägt vor, die „St. Petersburger Medicinische Wochenschrift“ als Organ der Gesellschaft anzusehen, dort alle Verhandlungen und Vorträge zu veröffentlichen. Dr. Th. v. Schöder entwickelt im Anschluss hieran die Aufgabe und Bedeutung dieser Wochenschrift. Der Antrag des Präses wird hierauf einstimmig angenommen.

6) Dr. S. Kroeger-Riga spricht über „Hautorgan und Heilkunde“. Vortragender schildert in historischer Entwickelung die Stellung der verschiedenen Culturepochen zur Pflege des Hautorgans. Für den Umstand, dass durch hydropathische Einwirkungen auf das Hautorgan Nervenleben, Blut- und Säftecirculation mächtig beeinflusst werden können, ist das wissenschaftliche

Verständniss erst in der Neuzeit gekommen. Praktisch wird die Pflege, wie die therapeutische Inangriffnahme der Haut zum Zweck einer Beeinflussung des Gesammtorganismus noch zu wenig gewürdigt.

Dr. Packiéwicz erwähnt einen Fall von günstiger Einwirkung der hydropath. Behandlung bei schwerer Diphtheritis. 5-jähriges Kind, Tracheotomie von den Eltern nicht zugelassen, Priessnitz über den ganzen Körper, am nächsten Morgen schon Besserung, kalte Umschläge mit Waschungen von 25° wechselnd. Genesung. Die Schweissbildung war sehr bedeutend.

Dr. Petersen: Von Seiten mancher Dermatologen werde die Haut zu sehr local in Angriff genommen, die Allgemeinbehandlung vernachlässigt. Beispiel: die locale Behandlung des Eczemes der Diabetiker.

Dr. v. Hirschheydt: Bei Diphtheritis sei die protrahirte nasse Einwickelung schon früher empfohlen und günstiger Erfolg constatirt worden.

Dr. Packiéwicz: Er habe nur einen casuistischen Beleg dafür geben wollen.

Dr. Truhart: Er werde später Leiter'sche Kühlapparate demonstriren, die auch bei Diphtheritis sehr brauchbar.

Dr. v. Dietrich empfiehlt ebenfalls nasse Einpackung bei Diphtheritis, gleichzeitig locale antiseptische Behandlung.

7) Prof. v. Wahl- Dorpat spricht „über die Verbreitung der Lepra in den Ostseeprovinzen“ (veröffentlicht in № 42 dieser Wochenschr.) und demonstrirt hierauf Photographien Lepröser in grosser Anzahl.

Dr. A. Bergmann: Bei Lepra nervorum sind Bacillen in der Haut bis jetzt nicht nachgewiesen, doch finden sie sich in anderen Organen, so der Milz. Solcher Befund ist auch bei den im Rigaschen Stadtkrankenhause untersuchten Fällen constant nachgewiesen. Wie hier die Aufnahme der Bacillen stattfindet ist noch nicht klar. In Riga wurde 1887 eine besondere Commission zur Erbauung eines Leprosoriums niedergesetzt — sie hat 2 Jahre getagt, leider viel Opposition gefunden, wird aber ein provisorisches Lepraasyl mit 12 Plätzen gründen. Jetzt sind schon 60 Fälle in Riga bekannt. Die Infection lässt sich besonders gut nachweisen, wo Lepra nicht zu dicht gesät ist. So in Riga. Ein charakteristischer Fall, wie die Leprakranken oft im Verkehr zusammenhängen wird angeführt, ein ganzer Circulus vitiosus konnte aufgedeckt werden.

Dr. Petersen: Kaposi, Gegner der Contagiosität, habe schliesslich auf dem letzten Dermatologen-Congress die Contagiosität zugeben müssen. In Russland habe Münch sich um die Lepraforschung sehr verdient gemacht, 443 Fälle gesammelt.

Petersen interessirt sich für die nördl. Gouvernements. Hier kann durch kartographische Darstellung nachgewiesen werden, dass sich um die Lepraherde so zu sagen Aureolen finden. Die Dichtigkeit der Fälle nimmt vom Herde aus zu den Leprafreien Gebieten allmälig ab. Im Kreise Jamburg fand er 9 Fälle, von denen der erste vor 7 Jahren aus Fennern in Livland eingewandert war. — Infection der Frau durch den Mann sei selten. Vielleicht hafte der Leprabacillus nicht auf jedem Nährboden.

Demonstration von Photographien aus Münch's Sammlung.

Dr. Apping schliesst sich Petersen und v. Wahl in Bezug auf die Contagiosität an, bringt eine Beobachtung, die für Contagiosität spricht.

Prof. Dehio: Ein sicher beobachteter Fall von contagiöser Acquisition der Krankheit beweise mehr als 100 nicht genau beobachtete Fälle. In der Dorpater Poliklinik ist eben ein Fall beobachtet, der sehr für Contagiosität spricht. Der jetzt Leprakranke, in dessen Familie nie Lepra vorkam, hatte einige Monate lang Stiefel getragen, die er von einem Leprösen gekauft hatte, der sie vorher selbst trug.

Dr. Rod. v. Engelhardt: Es sei von mehreren Wegen der Infection die Rede gewesen. Ob es nicht möglich sei, den Weg der Invasion genauer zu fixiren und dann vielleicht locale Prophylaxe zu üben an dem zumeist exponirten Organ?

Dr. A. Bergmann: Hierzu sei die Art der Infection noch zu unbekannt.

Dr. Petersen führt zum Beweise der Contagiosität noch den Fall des Dr. Arning an, welcher einem zum Tode verurtheilten Sandwich-Insulaner mit positivem Erfolg Lepraknoten unter die Haut nähte. Nach 4—6 Wochen zeigte sich leichter Gelenkrheumatismus — später musste die Beobachtung unterbrochen werden — jetzt nach $4^1/_2$ Jahren zeigt der Geimpfte leprösen Marasmus,

Prof. v. Wahl: Ein so locales Exanthem, wie das der Lepra, könne nur durch locale Infection erklärt werden. Der Process geht langsam von den unbedeckten Hautpartien auf die inneren Organe über.

8) Prof. K. Dehio-Dorpat trägt vor: „Ueber die Erkrankung peripherer Nerven bei Lepra“ (veröffentlicht in № 42 dieser Woch.).

Dr. A. Bergmann: Ein Bruder des von Prof. Dehio untersuchten Kranken sei auch an Lepra nervorum erkrankt, die übrige Familie sei gesund.

9) Dr. M. Schmidt-Riga spricht „Ueber den Kampf mit der Lungentuberculose“ (in № 44 dieser Wochenschr. veröffentlicht).

Dr. Pakiéwicz: Immune Orte hören auf immun zu sein,

wenn man schlecht disciplinirte Tuberculöse hinschickt, die ihre Sputa in den Staub der Wege absetzen.

Dr. Schmidt: Cornet habe gefunden, dass der Strassenstaub relativ am wenigsten Tuberkelbacillen enthalte, auf der Strasse sei unsauberes Expectoriren noch am ehesten zu dulden.

Dr. v. Lutzau erwähnt des Taschenfläschchens für expectorirende Phthisiker von Dettweiler.

Dr. Hampeln: Es sei hauptsächlich von tuberculöser Infection durch Inhalation und Ingestion die Rede gewesen, er wolle noch auf die Infection durch Impfung und die praktisch wichtige Entstehung der Genitaltuberculose durch sexuellen Verkehr hinweisen. Hierfür wird ein einschlägiger Fall berichtet: Subcutane Peritonitis (als tuberculös diagnosticirt), Pleuritis, Meningitis, Tod bei einer jüdischen Patientin. Die Section ergab primäre Genitaltuberculose. Der Mann der Pat. war 2 Jahre früher an galoppirender Schwindsucht gestorben.

10) Dr. C. Deubner-Riga spricht über „die Behandlung der Phthisis pulmonum". Vortr. berücksichtigt besonders die auf seiner Abtheilung im Rigaschen Stadtkrankenhause gewonnenen Erfahrungen in der Frage der Kreosot-Behandlung. D. hat vollständige Heilung durch K.behandlung nicht beobachtet, günstige Wirkung, Besserung ist aber evident, wenn das Mittel in nicht zu kleinen Gaben bis 1 Grm. p. die gegeben wird. Von 149 Fällen wurden 89 gebessert. Unter den Besserungen figuriren hauptsächlich die initialen Fälle. Nur 12 Patienten ertrugen das Mittel nicht. Deubner ordinirte:

Rp. Kreosoti 2,0
Glycerini
Tinct. Gentian $\overline{aa}$ 4,0 } 3 Mal tägl. v. 5 Tropfen beginnend allmälig steigend bis zu 12 pro dosi.

oder

Kreosoti 1,5
Succ. liq. q. s. ut fiant pill № 30 } 3 Mal tägl. 1 Pille = 0,05 pro dosi allmälig steigend.

oder nach Seitz:

Kreosoti 2,5
Ol. jec. aselli } zu 1—3 Dessertlöffel am Tage.
Saccharin 0,1

Kreosot sollte bei allen Phthisikern im Anfange versucht werden. Husten, Ernährung, Auswurf werden besser. Wie das Mittel wirkt, ob nur die Magenfunctionen stärkend, also indirect, oder anderweitig, ist noch nicht entschieden.

Dr. Apping bestätigt die günstige Wirkung des Kreosots, empfiehlt grosse Dosen 1,0—1,5 Grm. p. die. Darreichung nach dem Essen. A. beobachtete einen Fall, in welchem aus Versehen, später absichtlich 50—60 Tropfen gegeben wurden 10 Wochen hindurch, ohne dass Nierenreizung eintrat.

Dr. Schmidt: Stoffwechselversuche in Manassein's Klinik ergaben, dass die N-ausscheidung bei Kreosotgebrauch vermindert wird. Kr. ist vielleicht im Stoffwechsel des Phthisikers ein Sparmittel, wie der Alkohol. Klemperer habe dann gefunden, dass die bei Phthisikern in der Regel vorhandene motorische Insufficienz des Magens durch Kr. günstig beeinflusst werde. Cornet habe tuberculöse Meerschweinchen geradezu „kreosotisirt", aber nie Vernichtung der Bacillen erreicht, obgleich die Organe der secirten Versuchsthiere stark nach Kreosot rochen.

Auf Dr. Hartge's Anfrage berichtet Deubner, dass er auch mit Jodkaligebrauch Versuche angestellt habe, doch sei er noch zu keinem abschliessenden Urtheil hierüber gelangt

Dr. Jaesche: Auch die günstige Wirkung des Kumys zeige, dass es hauptsächlich auf Verbesserung der Ernährungsverhältnisse ankomme.

11) Prof. Unverricht-Dorpat spricht über „die Behandlung des Pneumothorax". Die in verschiedenen Lehr- und Handbüchern gegebenen Vorschriften über die operative Behandlung des Pneumothorax sind so divergirender Natur, weil sie nicht mit der nöthigen Schärfe die verschiedenen Formen des P. auseinander halten. Die mechanischen Verhältnisse sind aber bei denselben sehr verschieden. Man muss unterscheiden: 1) den offenen Pneumothorax; 2) den Ventilpneumothorax und 3) den geschlossenen Pneumothorax.

1. Wenn die Fistel für die In- und Exspiration klafft, so strömt die Luft bei der Inspiration in die Pleurahöhle, bei der Exspiration wieder heraus. Der Druck in der Pleurahöhle wird also nie wesentlich von dem Athmosphärendruck abweichen und es werden keine Verdrängungserscheinungen der Nachbarorgane zu Stande kommen, sondern höchstens Retractionserscheinungen bedingt durch die elastische Contraction derselben.

2. Für gewöhnlich klafft die Fistel aber nicht, sondern bei der Exspiration wird die Lunge und damit auch die Fistel comprimirt. Sie schliesst ventilartig, bei der Inspiration strömt die Luft in die Pleura hinein, kann aber bei der Exspiration nicht wieder heraus. Es ist also bei der Inspiration der Druck gleich dem Athmosphärendruck (J=A), bei der Exspiration grösser als derselbe (E > A) und es kommen somit active Verdrängungserscheinungen zu Stande.

3. Der geschlossene Pneumothorax macht das Stadium des Ventilpneumothorax durch. Es werden also zu Beginn dieselben Druckverhältnisse Platz greifen. Wenn aber die Fistel organisch verwächst, dann können sich die Druckverhältnisse ändern durch Resorption der Pleuraluft. Der Druck wird dann

immer kleiner werden und kann unter Umständen, besonders wenn es zur Ausheilung kommt, ebenso stark negativ werden, wie in der normalen Pleurahöhle. Beim Ventilpneumothorax ist das unmöglich, weil sofort wieder Luft aus der Lunge angesaugt wird.

Wenn zur Luft auch Flüssigkeit hinzutritt (Pyopneumothorax), so würden sich bei 1. die Druckverhältnisse garnicht ändern, bei 2. der Druck auch für die Inspirationsstellung positiv werden und damit die hochgradigsten Verdrängungserscheinungen zu Stande kommen: bei 3. wird der Druck ebenso in die Höhe gehen, kann aber bei Resorption von Luft erheblich sinken.

Was die operative Behandlung anlangt, so wird

1. nie Indicatio vitalis darbieten, weil die Verdrängungserscheinungen fehlen;

2. wird sehr häufig Lebensgefahr bedingen, hier ist aber eine Aspiration unzulässig, weil der Druck in der Pleura nicht negativ gemacht werden darf. Ist die Operation nöthig, so darf höchstens mit dem Schlauch soviel Pleurainhalt abgelassen werden, bis J=A ist. Sollte dies nicht genügen, so bleibt als lebensrettendes Mittel nur das Liegenlassen der Canüle, denn dann wird J und E=A, es fallen also die Verdrängungserscheinungen fort;

3. wird eine schwache Aspiration gestattet, denn hier braucht man nicht zu besorgen, dass wieder Luft in die Pleura angesaugt wird. Auch hier wird man forcirte Aspiration vermeiden, weil dabei die Fistel wieder aufbrechen könnte.

Wie die verschiedenen Formen des Pneumothorax diagnostisch zu unterscheiden sind, hofft U. bei anderer Gelegenheit besprechen zu können. (Autorreferat).

12) Dr. R. Koch-Dorpat spricht „Ueber die Diagnostik den Magenkrankheiten" Vortr. giebt eine kritische Uebersicht der jetzt gebräuchlichen Untersuchungsmethoden für die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens. Eine Veröffentlichung des Vortrags steht zu erwarten.

Prof. Dehio: Koch sage, die physikalischen Untersuchungsmethoden seien in Bezug auf die Prüfung der motorischen Functionen des Magens unbefriedigend. Dies könne er nicht zugeben. Er habe mit Taube die Percussionsmethode des Magens mehr auszubilden gesucht und sei zu brauchbaren Resultaten gekommen. Man percutirt nach vorausgehender Wassereingiessung (Trinken) in den Magen und vergleicht mit den Resultaten am gesunden Menschen. Tritt die Dämpfungsgrenze schnell zum Nabel herab, nach Consumirung von nur wenig Wasser, so sei die Magenwand motorisch insufficient.

Auch relative Insufficienz lasse sich bei einiger Uebung von der dauernden durch diese einfache Methode unterscheiden,

Dr. Koch: Seine Ausführungen haben sich auf Dehio's Methode, die er anerkenne, nicht bezogen.

Protokoll der II. Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

3. October 1889, 10 Uhr Morgens.

1. Das Protokoll der vorhergehenden Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2. Prof. v. Wahl wünscht eine Meinungsäusserung der Gesellschaft darüber, ob energische Maassnahmen gegen die Verbreitung der Lepra zu ergreifen sind. Die Versammlung spricht sich einstimmig dafür aus.

3. Dr. H. Dehio-Dorpat spricht über „Statistische Untersuchungen über die Geisteskranken Estlands und Livlands". Dieser Vortrag ist von Demonstrationmehrerer Diagramme und einer Karte, welche die Dichtigkeit der Geisteskranken bei uns angiebt, begleitet. In Livland kommen auf 1000 Einwohner 4,15, in Estland 4,30 Geisteskranke, während in anderen Ländern 3 pro mille das gewöhnliche Verhältniss ist. In Württemberg ist die Ziffer indessen auch 4,22. — Die Anstaltsversorgung bei uns ist durchaus ungenügend, wenn man von der gesonderten Irrenfürsorge Riga's absieht. Dehio schliesst seinen Vortrag mit Thesen über die zukünftige Irrenversorgung. Für Livland sind 2 neue Anstalten mit je 500 Plätzen nach dem colonialen System erforderlich, die mit anfangs je 100 Plätzen eröffnet werden können.

Die Versammlung ersucht Dr. Dehio seinen Vortrag in einem auch den Laien leicht zugänglichen Organ zu veröffentlichen.

4. Auf Ersuchen des Präses führt Prof. Unverricht den therapeutischen Theil seines gestrigen Vortrages näher aus. Ventilpneumothorax mit Luft *und* Flüssigkeit muss am vorsichtigsten angefasst werden, die Entleerung aus dem Pleuraraum muss so lange fortgesetzt werden, bis bei tiefer Inspirationsstellung nichts mehr herauskommt. Indessen kommt man bei ventilartig schliessenden Lungenfisteln hiermit zuweilen nicht aus, wie ein Pat. U.'s bewies, der 2 Tage nach dem Eingriff zu Grunde ging. Retractions- und Verdrängungserscheinungen können hier so gefährliche Symptome machen, dass Schnittoperation oder Liegenlassen der Canüle nothwendig wird. Bei dem sich schliessenden Pneumothorax ist eher eine Aspiration erlaubt. Wie die

Fälle diagnostisch auseinander zu halten sind, wird U. bei anderer Gelegenheit vortragen.

Dr. Hampeln bemerkt, dass für die Beurtheilung des Pneumothorax das von Prof. U. geschilderte Verhalten der Lungenfistel allerdings von der grössten Wichtigkeit sei. Doch würde die Behandlung des reinen Pneumothorax oder des serösen Pneumothorax erfahrungsgemäss meist zu keiner so wichtigen, praktischen Frage. Umsomehr gelte diese vom Pyopneumothorax, mit welchem man es hier zu thun hätte. In diesem Falle aber sei das Verhalten der Lungenfistel, ob offen, ob ventilartig oder definitiv geschlossen, gleichgültig, entscheidend dagegen die Gegenwart des Eiters und die Forderung ihn zu beseitigen. Dieser Pyopneumothorax sei keine seltene Erkrankung, verhältnissmässig oft werde er zu Zeiten nach der croupösen Pneumonie beobachtet. In Bezug auf die Behandlung kämen 2 Gruppen in Betracht. Die erstere, wichtigere werde vorzüglich durch den metapneumonischen Pyopneumothorax repräsentirt. Hierher gehören aber auch die im Verlaufe acuter Infectionskrankheiten, durch Metastase, durch Perforation entstandenen Fälle. Die zweite Gruppe bilden die im Verlaufe der Phthisis tuberculosa auftretenden Fälle. Die zur ersten Gruppe gehörenden Erkrankungen seien im Ganzen günstig zu beurtheilen. Die Radicaloperation ist hier im Allgemeinen indicirt. Dagegen sei in Fällen der zweiten Gruppe die Radicaloperation im Ganzen contraindicirt, wenigstens sobald die Phthise bereits in einem vorgeschrittenen Stadium sich befindet. Dass übrigens auch hier die Operation nicht durchaus verwerflich sei, lehre ein jüngst von Renvers in den Charité-Annalen veröffentlichter Fall. Ist aber die Tuberculose eine localisirte und frühzeitig durch einen Pyopneumothorax complicirt, so erscheine die Chance einer Radicaloperation nicht so ungünstig. In den übrigen Fällen helfe man sich am besten mit wiederholten Punctionen.

Prof. Unverricht ist in Bezug auf die Ausführungen Hampeln's einverstanden. Er habe bei seinem Vortrage die phthisische Form des Pneumothorax vor Augen gehabt. Soll man bei Phthise schneiden? Unverricht möchte dies nicht befürworten, Leyden's Casuistik sei auch nicht ermuthigend. Es giebt indessen Ausnahmefälle, wo man entweder den Troicart liegen lassen oder Schnittoperation machen muss, weil sonst die Kranken an Verdrängungserscheinungen zu Grunde gehen. Vorgeschrittene Phthise sei nicht zu operiren, eher beginnende Fälle.

Prof. v. Wahl schliesst sich aus eigener Erfahrung Unverricht und Hampeln an — bei vorgeschrittener Phthise sei nicht zu operiren. Bei frischen Fällen sei die Thoracotomie gestattet und könne auch der Hampeln'sche Troicart liegen gelassen werden.

Dr. Truhart hat beim Liegenlassen elastischer Drains Abknickung, Retentions- und Fiebererscheinungen erlebt, fragt, ob nicht auch Drains aus Glas schon benutzt seien.

Dr. Hampeln verneint, er kam mit elastischen Röhren aus. Bei starren Röhren können eher Nekrose oder gefährliche Blutung durch Arrosion entstehen.

6. Dr. Mercklin-Riga spricht „Ueber temporäre Asyle für Geisteskranke". Solche kleinere Asyle zur Aufnahme acuter Fälle seien für Livland erforderlich, da der Nothstand in der Irrenpflege durch Errichtung ausreichender, grosser Anstalten voraussichtlich nicht so bald beseitigt werden würde. Belegraum für ca. 20 Kranke und Anschluss an vorhandene Stadt- oder Kreishospitäler sei wünschenswerth.

Dr. H. Dehio: Mit geringen Mitteln könne allerdings auch theilweise geholfen werden, auch die Anzahl von ca. 20 Betten stimme mit der Vertheilung der Irren im Lande. Indessen müsse immer betont werden, dass M.'s Vorschlag nur ein Provisorium bedeute. Auch sei zu befürchten, dass das Landvolk seine Patienten nicht aus dem Asyl abholt und so Füllung der Asyle mit chronischen Fällen, Stagnation der Krankenbewegung eintritt. Die Beaufsichtigung der Pat. würde auf dem Lande viel ungenügender sein, als in der von M. angeführten Rigaschen „Zwischenstation", welche sich ganz an Rothenberg anschliesst. Bei der Anlage der provisorischen Asyle sei also besonders zu betonen, dass sie nur acute Zustände vorübergehend aufnehmen können und dass sie der besseren Aufsicht wegen sich an die Stadhospitäler anschliessen müssten.

Dr. Schultz schildert die Verhältnisse des alten Detentionslocales in Riga, das trotz sehr ungünstiger Einrichtungen einen grossen Nutzen durch temporäre Versorgung von Irren brachte.

Dr. Koppe: Er müsse bedauern, wenn die Kritik etwa Mercklin's Vorschläge als undurchführbar bezeichnen würde. Der Nothstand auf dem Lande sei gross und auch der Gedanke ihm sympathisch, dass der Landarzt acute Psychosen in Behandlung nehmen solle durch Leitung eines temporären Asyls.

Dr. Mercklin: Er habe zweierlei betonen wollen: 1) dass bei den geringen Aussichten für eine grosse Reform unserer Irrenverhältnisse ein Provisorium unabweisbar sei, wenn nicht Alles beim Alten bleiben solle; 2) dass die Schwierigkeiten für die Leitung der temporären Asyle nicht so gross seien, wie sie jetzt Dehio schildere. In Riga zeigte das Landvolk durchaus Verständniss dafür, dass die „Zwischenstation" nur für acute Stadien bestimmt war.

Dr. Schultz: Die Aufsicht im alten Detentionslocal sei keine vorzügliche gewesen und doch kamen in 7 Jahren nur 2 Selbstmorde und 3 Entweichungen vor.

DDr. Truhart, Eckardt und Treymann betonen den Nothstand und führen aus ihrer Landpraxis eine Reihe von Fällen an, in denen die nicht versorgten Geisteskranken der rohesten Behandlung, wie Einmauerung, Anschmiedung an einen Block ausgesetzt waren.

Die Versammlung spricht sich einstimmig für die Dringlichkeit von Schritten zur Abhilfe in der Nothlage aus und richtet an Dr. Mercklin die Aufforderung, seinen Vortrag an für weitere Kreise zugänglicher Stelle zu publiciren.

Dr. Mercklin betont noch den aufklärenden Einfluss zerstreuter Asyle auf die Anschauungen des Landvolkes, wobei ihm Dr. Dehio zustimmt nach Dorpater Erfahrungen und den Wunsch ausspricht, die Asyle möchten an die grossen Verkehrsstrassen placirt werden.

6. Dr. Pakiéwicz-Riga spricht über „Praktisch erprobte Erfolge des Hypnotismus in einzelnen Krankheitsfällen".

Die durch Hypnose resp. Suggestion in letzter Zeit vom Vortr. günstig beeinflussten Krankheitsfälle sind folgende:

1) 32-jährige Kaufmannsfrau, hysterisch (lethargischer Anfall). Eifersuchtswahn in Bezug auf den Mann. Hypnotisirt am 19. März 89. Zahlreiche Beschwerden wegsuggerirt und entsprechend freundliches, entgegenkommendes Verhalten dem Manne gegenüber aufgetragen. Pat. bis jetzt ganz gesund, das Verhältniss zwischen Mann und Frau das beste.

2) 18-jähriges Mädchen hat wegen unglücklicher Liebe in melancholischer Verstimmung am 17. März 89 Phosphorlösung genommen. Von der Vergiftung genesen wird sie 2 Wochen später hypnotisirt, empfängt entsprechende Suggestionen. Bis jetzt völlig gesund, arbeitet fleissig, denkt nicht an Selbstmord. Ihr wurde im hypnotischen Schlafe ein am Halse befindlicher kirschengrosser Naevus maternus ohne Schmerz entfernt.

3) Hedwig T., 46 a. n., ledig, zeigt verschiedene nervöse Beschwerden nach einer stärkeren Gemüthsbewegung (Verlust von 1000 Rbl). Gute Somnambule. Erhält entsprechend Suggestionen. Vollständig gesund, spart von Neuem.

4) 50-jähriger Mann, Tabes incipiens, seit einigen Jahren Sausen im r. Ohr, das nach P.'s Ansicht nervösen Charakter hatte. Ohrensausen durch Hypnose beseitigt.

5) 50jähriger Advokat, seit 7 Jahren mit Unterbrechungen Neuralgie der r. Ohrmuschel. Guter Erfolg der Hypnose liess lange auf sich warten, schwer zu beeinflussendes Individuum. Im August a. c. meldete er Genesung, weiter keine Nachrichten.

Dr. P. macht darauf aufmerksam, dass die nach der Hypnose entstehenden Beschwerden, Kopfschmerz etc. vor dem Aufheben der Hypnose auch wegsuggerirt werden müssen.

Dr. Katterfeld und Prof. K. Dehio fragen, ob P. nicht auch zuweilen schädliche Folgen gesehen habe, wie sie in der Literatur ganz bekannt sind. Die Symptome werden nur auf andere Gebiete verschoben durch die Hypnose, das Grundleiden besteht weiter.

Dr. Packiéwicz verneint, er habe übrigens noch wenig Erfahrung. Bei Dipsomanie hatte er bisher keine Erfolge mit der Anwendung der Hypnose.

Dr. Ed. Schwarz spricht von den Gefahren der Hypnose, warnt vor deren therapeutischen Anwendung. Die Willenskraft des Patienten erlahme. Zweck jeder psychischen Behandlung sei aber im Gegentheil, die Willenskraft des Pat. zu stärken. Daher empfehle sich Suggestion ohne Hypnose.

Dr. Apping spricht sich für Suggestionstherapie aus in schweren Fällen, als ultimum refugium.

Nachdem Dr. Packiéwicz eine psychologische Erklärung der Wirkungen der Hypnose angeführt hat, schliesst

Präses Dr. Truhart die Debatte mit der Bemerkung, dass von maassgebender Seite (Charcot, v. Ziemssen) vor der Verallgemeinerung der therapeutischen Anwendung der Hypnose gewarnt werde. Auch die Majorität der Versammlung schliesse sich wohl dieser Ansicht an.

Protokoll der III. Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

3. October 1889, 3 Uhr Nachmittags.

1. Vor der Tagesordnung stellt Prof. v. Wahl einen Fall von Lepra maculosa vor und recapitulirt kurz einen Theil der Ausführungen seines gestrigen Vortrages.

2. Prof. Unverricht stellt einen Fall von „Paramyoclonus multiplex" aus der Praxis von Dr. Eckardt vor, ca. 20-jähr. Mädchen, das mit 9 Jahren erkrankt ist. Pat. hat 6 Geschwister, von denen 4 an derselben Krankheit leiden, 2 noch gesund sind. Keine Heredität. Eltern gesund.

3. Dr. Th. v. Schröder spricht: „Ueber die bei Herderkrankungen des Gehirns auftretenden Augensymptome".

Vortragender bespricht den Verlauf der Sehnervenfasern im Gehirn, recapitulirt die bei Herderkrankung des Gehirns beobachteten Augensymptome und bringt einen jüngst beobachteten Fall zur Mittheilung, wo bei einen 54-jähr. Feldscher aus den Augensymptomen die Diagnose einer Apoplexie in die vorderen

Vierhügel von ihm gestellt werden musste. Der in vieler Beziehung ein Unicum darstellende Krankheitsfall wird ausführlich in der St. Petersb. Med. Wochenschrift zur Veröffentlichung gelangen.

4. Dr. E. v. Hirschheydt trägt vor: „Zur Syphilis des Centralnervensystems"

Vortr. referirt über einen Fall von spinaler Atrophie auf syphilitischer Grundlage unter dem Bilde der Erb'schen Mittelform der Poliomyelitis chronica. Gutes therapeutisches Resultat nach specifischer Cur. Die wenigen in dieser Richtung gemachten Beobachtungen aus der Literatur werden angeführt, die in ihrer Mehrzahl gleichfalls das Bild der Poliomyelitis chronica boten. Vortr. lenkt die Aufmerksamkeit auf das Erhaltenbleiben der Sehnenreflexe trotz Athrophie der zugehörigen Muskeln. Seiner Ansicht nach steht die Erb'sche Mittelform der Poliomyelitis chronica der progressiven Muskelatrophie nahe

Dr. E. Schwarz fragt. ob der Puls in diesem Falle beschleunigt war.

Dr. v. Hirschheydt: Nein, er zählte 70 Schläge.

Dr. E. Schwarz streitet die Diagnose Poliomyelitis chronica an. 2 Symptome passen nicht zu dieser Diagnose, die anfänglichen Schmerzen und Oedeme des Pat. Erb vermisste sie in seinen 4 ersten Fällen. Ref. habe in Riga dem ärztlichen Verein einen typischen Fall von Poliom. chron. vorgestellt: auch dort fehlten Oedeme und initiale Schmerzen. Beide Symptome sprechen in Hirschheydt's Fall dafür. dass es sich um eine Neuritis handelt.

Prof. Unverricht schliesst sich in Bezug auf die Diagnose Schwarz an. Die Differentialdiagnose zwischen Poliomyelitis und Neuritis stütze sich besonders auf die Sensibilitätsstörungen; ihr Vorhandensein auch in Hirschheydt's Fall spreche ebenso wie die vasomotorischen Erscheinungen (Oedeme) für eine Neuritis. Auch in ätiologischer Beziehung habe er hier Bedenken gegen eine Poliomyelitis. Syphilis führe mit alleiniger Ausnahme der Tabes nie zu Systemerkrankungen, Poliomyelitis sei aber eine Systemerkrankung und könne deshalb hier nicht in Betracht kommen. Einige von H. citirte ähnliche Fälle (Rumpf etc.) waren vielleicht auch Neuritis.

Dr. v. Hirschheydt: Seeligmüller lasse nur bei palpablen Störungen an den Nerven die Diagnose Neuritis zu. Das eigenthümliche Verhalten der Pupillen schien mehr für einen spinalen Sitz des Leidens zu sprechen.

Prof. Unverricht: Früher wurden sensible Störungen allerdings auch in der Symptomatologie der Poliomyelitis aufgeführt — da man die multiple Neuritis als Krankheitsbild noch nicht genügend kannte.

Pupillensymptome sind bei multipler Neuritis häufig, sie wurden z. B. in einem Falle beobachtet, den Fischer in einer unter Unverricht's Präsidium geschriebenen Jenaer Dissertation beschrieben hat.

Dr. H. Dehio berichtet über einen Fall von Arsenik-Neuritis. Bei jeder Verschlimmerung des Leidens zeigten sich auch hier Puppillenveränderungen.

Dr. Lenz: Pupillendifferenz sei überhaupt ein weit verbreitetes Symptom. So habe er noch im Stadtkrankenhause zu Riga bei einseitigen Lungenaffectionen (tuberculöse Spitzenerkrankung) sehr häufig Mydriasis auf der kranken Seite gesehen, die bei Besserungen zurückging.

5. Dr. Helling-Riga hält einen Vortrag: „Ueber die intrauterine Spülung".

Die von Fritsch eingeführten intrauterinen Spülungen errangen sich einen Platz in der Behandlung der puerperalen Blutungen, in der Behandlung der puerperalen Sepsis, bei der Prophylaxe derselben und bei allen intrauterinen Operationen der Gynäkologie. Neuerdings sei noch die Curette für die Behandlung der puerperalen Anomalien empfohlen und kämpfe mit der Spülung um den Vorrang. Bei nicht jauchendem, incompletem Abort darf die Curette nur gebraucht werden, falls Blutungen und die Unmöglichkeit die Pat. stets zu controlliren zu operativem Vorgehen zwingen und die Placentarreste mit dem Finger absolut nicht zu entfernen sind. Die Curette setzt immer Wunden. Bei Zwang zu activem Vorgehen kommt man in den meisten Fällen *ohne* Curette nur mit dem Finger und Uterinkatheter aus. Vorher Dilatation des Cervicaltheiles einfach mit den Fingern. Jeder Manipulation geht Spülung voran und folgt ihr nach. Bei chronischen Blutungen erst Mutterkorn, Massage (nicht Liquor ferri), heisse oder eiskalte Spülungen, ehe man Dührssen's Tamponade versucht. Bei jauchendem Abort methodische Intrauterinspülungen. Curette — welche leicht putride Massen dem angekratzten Gewebe einimpft — nur bei Lebensgefahr durch hohes Fieber, wenn dieses der Spülung nicht weicht.

Bei septischer Endometritis post partum maturum ist die Curette contraindicirt. Hier ist Runge's Allgemeinbehandlung mit Intrauterinspülung zu verbinden. Jodoformstäbchen können ebenfalls mit Vortheil eingelegt werden.

Bei weitgeöffnetem Muttermund genügt ein gebogenes Glasrohr zur Spülung, bei engem ist stets ein doppelläufiger Uteruskatheter anzurathen.

Dr. v. Stryk stimmt im Allgemeinen zu. Es handele sich übrigens hier nicht um den Kampf der Curette mit dem Katheter, sondern man müsse sagen: wo bei der Behandlung die Finger nicht ausreichen trete die Curette in ihr Recht.

Dr. Kessler hält die Ausräumung des Uterus mit dem Finger für nicht so ungefährlich wie Helling. Bei engem Muttermunde ist sogar das Curettement schonender und leichter. Die schabende Curette bringt in den wunden Uterus weniger septische Substanz, als der schmierende Finger. Was die Curette losschabt, spült der Katheter heraus. Bei septischem Abort sucht K. stets mit der Curette auszukommen, dehnt nur im Nothfalle mit Hegar's Dilatatorien. Temperaturen von 40° und 41° werden oft durch einmaliges Curettement nebst Spülung beseitigt.

Prof. Küstner: Curette und Spülung concurriren hier nicht, sondern schliessen sich aus. Curette und Kratzen mit den Fingern haben schon viel Unheil gestiftet. Weniger um der Wunden willen, die die Curette setzt, ist sie gefährlich — Wunden sind im abortirenden Uterus auch schon da. Die Gefahr der Curette liegt darin, dass der Uterus mit ihr zu stark bewegt, gleichsam massirt wird. Dadurch werden putride Stoffe, die in dem Uterus, in den Parametrien liegen, weiter getrieben. Die Temperatur der Pat. entscheidet, ob man gleich kratzt oder milder nur erst desinficirt. Bei hoher Temperatur kommt Kratzen einem Vabanquespielen gleich, es kann auch *schwere* Sepsis darnach eintreten. Daher spült man nur und hat mit zweimaliger Spülung genügend desinficirt. Die Reste überlässt man sich selbst.

Dr. Treymann ist auch der Ansicht, dass bei septisch inficirtem Uterus alle Manipulationen sehr vorsichtig gemacht werden müssen, man könne indessen auch vorsichtig curettiren, dies sei durch die weiche Cervix erleichtert. Aus Besorgniss, Placentarreste zurückzulassen, ist Tr. in der Landpraxis auch bei nicht vorhandener Sepsis mit der Curette vorgegangen, hat jedes Mal ausgeräumt, auf Grundlage der Erfahrung, dass etwaige Reste doch Blutungen erzeugen können. Tr. behandelte über 50 Aborte durch Ausräumung mit Curette und Finger. Meist ist der Muttermund weich, sonst Erweiterung mit Metallsonde. Man braucht später nicht zu spülen. Pat. bleibt 8—10 Tage liegen. Frühgeburten im 5. und 6. Monat bereiten Schwierigkeiten, ohne Narkose kommt man nicht mit der ganzen Hand bis an den Fundus uteri. Polypenzange und Entgegendrücken des Uterus von aussen helfen dann. Nachher Spülung, Spülflüssigkeit von Eiswassertemperatur zwecks guter Contractionen.

Dr. Kessler wollte in erster Linie die Curette bei Aborten in den ersten Monaten befürworten gegenüber dem Auskratzen mit den Fingern. K. nimmt schlingenförmige Curette mit biegsamem Stiel, übt *keinen* Gegendruck von aussen, vermeidet jedes Massiren des Organes, das bei Sepsis natürlich perniciös sein würde.

Dr. Treymann stimmt K. ganz zu, Bewegungen des Uterus sind hier nicht irrelevant. Um den Uterus ganz ruhig zu stellen, zieht er ihn mit der Kugelzange herab und curettirt dann.

Dr. Kesler würde hier principiell die Kugelzange verwerfen, da der septische Uterus mit ihr gezerrt werden könne.

Dr. v. Kügelgen fragt nach der Temperatur der angewendeten Spülungen. Er halte warme nur bei septischem Uterusinhalt für indicirt.

Dr. Treymann: Er wende nach jedem operativen Eingriff antiseptische Flüssigkeit von Eiswassertemperatur an, die Secretion sei darnach bedeutend beschränkt und die Blutung fehle.

Dr. Kessler nimmt 2—3 % Carbollösung, vor der Ausspülung von Körpertemperatur, später etwas kühler. Der Reiz der Auskratzung macht energische Contractionen und das Eiswasser entbehrlich. Wenn der Uterus trotzdem schlaff bleibt und Blutungen eintreten, sei Jodtinctur zu injiciren, danach erfolgen stets Contractionen.

Dr. Treymann empfiehlt ebenfalls Jodtinctur in solchen Fällen.

6. Prof. Küstner spricht: „Ueber die Behandlung der Blutungen unmittelbar nach der Geburt"

Alle Blutungen stammen entweder aus der physiologischen Placentarwunde im Cavum uteri oder aus pathologischen Wunden im Genitaltractus. Auch bei gut contrahirtem Uterus kann tödtliche Blutung aus Damm- resp. Scheidenrissen erfolgen. Für solche Blutungen ist die Naht das Stillungsmittel. Auch Cervixrisse können genäht werden, doch hierzu ist meist schon Herabziehen der Portio und Assistenz erforderlich. Ferner erfolgen Blutungen aus dem atonischen, sich nicht contrahirenden Uterus. Diese Blutungen können durch vorsichtige Leitung der Austreibungsperiode häufig vermieden werden. Nach jeder plötzlichen starken Entleerung seines Inhaltes relaxirt sich der Uterus, muss sich erst an das neue Inhaltsvolumen gewöhnen; ist hierbei die Placenta gelöst, so entsteht Blutung. Nach beschleunigter Geburt sieht man die stärksten Blutungen. Daher kann die Extraction des Kindsrumpfes nicht langsam genug vorgenommen werden, die alte goldene Regel, dass man nur während der Wehe extrahiren soll, besteht zu Recht. Ferner ist in der Leitung der Nachgeburtsperiode nach Ahlfeld zu verfahren, abzuwarten. Küstner wartet auf seiner Klinik fast stets auf die physiologische Austreibung der Placenta. Nach der Ausstossung des Kindsrumpfes überlasse man den Uterus seiner physiologischen Erschlaffung. Glaubt man die Ausstossung der Placenta beschleunigen zu müssen, so thue man es nie eher, als bis eine Anzahl spontaner Nachgeburtswehen aufgetreten sind. — Die Mittel, welche bei atonischer Blutung empfohlen wurden, um Coagulation zu erzielen, wie Liq. ferri, sind zu verwerfen. Von den contractionerregenden Mitteln empfiehlt K. Cornutin, kalte und warme Ein-

giessungen. Massage von aussen und innen. Wo dies nichts hilft, sei die Tamponade des Uterus nach Dührssen ein stets sicher wirkendes Mittel, durch welches tödtliche Nachblutungen verhindert werden können.

K. beschreibt die Methode der Tamponade, empfiehlt sie warm, namentlich auch für die ausserklinische Praxis. Es wird Alles, Cervix und Scheide mit tamponirt, auch klaffende, etwa aneurysmatische Gefässe an der Placentarstelle haben dabei Chance comprimirt zu werden. Das Verfahren hat sich ihm in 8 Fällen ohne jeden Nachtheil bewährt.

Dr. Helling meint, man müsse vor Anwendung der Tamponade die anderen Methoden, Naht etc. versuchen. Er fürchtet, dass bei der noch nothwendigen nachherigen Entfernung des Tampons die bereits thrombosirten Gefässe wieder bluten könnten.

Prof. Küstner: In den oben von ihm berichteten Fällen von Verblutung seien die anderen Methoden versucht gewesen. Die ungefährliche Tamponade, bald angewandt, hätte wohl das Leben erhalten. Der Verblutungstod kommt oft schnell. Eine frisch Entbundene könne nach seiner Meinung — im Gegensatz zur herkömmlichen Anschauung der Lehrbücher — keine grossen Blutverluste ertragen. Er sei entschlossen in Zukunft nicht lange zu warten.

Dr. v. Stryk: Dührssen's Verfahren sei wirksam und ungefährlich. S. hat aber einen Fall gesehen, wo der Tampon nicht half. Er wurde zu einer vorher unterleibsleidenden blutenden III-para gerufen. Befund: Placenta praevia lateralis. Ordinirt: Bettlage und Tampon, der in 2 Stunden von der Hebamme 3 Mal gewechselt wurde. Blutung dauert fort, Einstellung des Kopfes misslingt. Daher wurde Wendung und (leider schnelle!) Extraction ausgeführt und ohne Nachblutung abzuwarten nach Dührssen tamponirt. Dennoch Blutung und trotz Eisirrigation, Aetherinjection ein einmaliger eklamptischer Anfall, von exitus letalis unmittelbar gefolgt.

Dr. Arv. v. Engelhardt fragt, wie man sich zu verhalten habe, wenn bei noch nicht gelöster Placenta starke Blutung eintrete.

Prof. Küstner: Die Placenta sei zuerst zu entfernen, dann folge der Tampon.

Dr. Kessler will noch eine seltene, mitunter tödtliche Art der Blutung erwähnen, die aus kleinen Rissen zwischen Clitoris und Urethra erfolgen könne. Einen solchen Fall fand Kessler in einer Anämie, die selbst blutstillend wirkte; in einem weiteren Falle, wo Naht versucht wurde, erfolgte aus jedem Stichcanal lebensgefährliche Blutung. K. half sich dadurch, dass er einen Katheter in die Urethra einführte und nach Umstechung in weitem Umkreise auf den Katheter zusammen zog. K. fragt, ob sich ein anderes Verfahren bewährt habe?

Dr. v. Lutzau bestätigt, dass die Nähte in einem von ihm gesehenen Fall colossal bluteten, er legte daher recht breite serres fines ein, und liess sie mit gutem Erfolg 24 Stunden lang liegen.

Prof. Küstner warnt vor Umstechungen, jeder Stich blutet colossal aus dem Corpus cavernos. clitoridis. Man müsse zuerst an Digitalcompression denken, die eventuell — durch die Wärterinnen — stundenlang fortgesetzt werden müsse. Kessler's Methode sei neu, erscheine eventuell empfehlenswerth.

7 Dr. M. Treymann-Riga hält den Vortrag: „Zur Anwendung der Breus'schen Zange" (Cfr. № 47 d. Wochenschr.)

Dr. v. Stryk hat einmal Breus angelegt mit gutem Erfolg, fand aber keinen Vorzug vor Naegele-Braun's Zange, womit er immer auch bei hohem Kopfstand Erfolg hatte. Risse kommen bei Breus ebenso vor. Harnverhaltung hat S. nach Zangenoperationen nicht häufiger gesehen, als nach normalen Geburten und gynäkologischen Operationen. Harnverhaltung komme mehr durch die Ungewohntheit des Urinirens im Liegen zu Stande und durch Verminderung des intraabdominalen Druckes; man könne die Patientinnen vor der Operation üben, im Liegen zu uriniren, und Harnverhaltung sei dann selten. Die Empfehlung hierfür komme aus einer Dresdener Klinik.

Prof. Küstner meint, die Definition des hohen Kopfstandes sei in Treymann's Vortrag eine abweichende. Unter 29 Erstgebärenden sei nur 2 Mal von engem Becken die Rede gewesen. Nur wo ein kleiner Theil des Kopfes oder nur der halbe Kopf in's Becken eingetreten sei, könne noch von hohem Kopfstand gesprochen werden, sei der Kopf dagegen mit seinem grössten Umfang in's Becken getreten, so dürfe hiervon nicht mehr gesprochen werden. Hält man an dieser Definition fest, so ist Breus' Zange für hohen Kopfstand vielleicht nicht das beste Mittel, sie fasst leicht vorbei. Hier sind die nach Tarnier construirten Zangen mit starker Dammkrümmung zu empfehlen. Will man bei tiefstehendem Kopf eine modificirte Zange anwenden, so empfehle sich eine gerade Zange ohne jede Beckenkrümmung, wie die von Lasarewitsch — Charkow. Die Empfehlung Patientinnen an das Uriniren im Liegen zu gewöhnen, stammt von Alex. Wilh. Freund — Strassburg.

Dr. Treymann: Bei seinen Erstgebärenden war der Eintritt des Kopfes wohl durch Rigidität der Weichtheile verhindert. Er berufe sich auf eine Definition Winkel's, welcher von einem Hochstande des Kopfes spricht, wenn die Kuppe des Fingers den Kopf 1—2 Ctm. über der Spina ischii fühlt. Aehnlichkeit mit engem Becken zeigte sich auch in der geringen Erweiterung des Muttermundes. Trotz der geringen Anzahl von engen Becken handelte es sich wohl in allen Fällen um hohen Kopfstand. Jetzt

sei Tr. zur Messung geschritten bei ähnlichen Fällen und habe die Conjugata normal gefunden. Breus nenne seine Zange nicht Axenzugzange, sondern Beckeneingangszange, er schützt nur die vordere Beckenwand, durch die in Folge der Gelenke ausweichenden Löffel. Breus hatte Lasarewitsch's Zange versucht und sagt, der hochstehende Kopf könne damit nicht gefasst werden, weil sie zu gerade ist und nur das hintere Segment fasst.

Prof. Küstner: Lasarewitsch's Zange passe durchaus nicht für den hochstehenden Kopf, deshalb hätte Breus sie in solchen Fällen auch garnicht versuchen sollen.

8. Der Vortrag „Zur Hebammenfrage" wird nicht gehalten, da Dr. J. Meyer am Besuch des Aerztetages verhindert ist. Es wird beschlossen, die Verhandlungen über dieses Thema bis auf den nächsten Aerztetag zu verschieben. Es sollen ausser Dr. Meyer zwei weitere Correferenten darüber berichten.

9. Dr. Schulz-Riga trägt vor: „Aus der forensischen Praxis" Es handelt sich um 2 in Riga beobachtete Fälle, die S. zur Begutachtung vorlagen. (Der Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen).

Dr. Ströhmberg fragt, ob das Kind secirt wurde. Die Section desselben hätte vielleicht etwas darüber ergeben, ob es zur Zeit der Geburt gelebt hatte.

Dr. Schulz: Er halte die Unterlassung der Section des Kindes für einen nicht zu grossen Fehler, da es sich um ein eheliches Kind handelte, welches nach den genau ausgeführten Maassbestimmungen 9 Monate alt war. Es lag kein Anhaltspunct vor, in Bezug auf das Kind etwas anderes als Fahrlässigkeit anzunehmen.

10. Dr. Ströhmberg-Dorpat spricht: „Ueber leichte und schwere Verletzungen". (Der Vortrag wird in extenso in dieser Wochenschrift erscheinen).

Dr. Sadikow: Für die Art des Gutachtens gebe ja schon das Gesetz genaue Vorschriften.

Dr. Truhart: ja, im Swod Sakonow seien Kategorien angeführt. Aber die Definitionen seien wenig befriedigend.

Dr. Ströhmberg: Es gebe bis jetzt keine genauen Vorschriften. Ein Zeugniss über Körperverletzung habe nur dann gesetzliche Kraft, wenn es auf Wunsch einer Behörde ausgestellt sei.

Dr. Schulz: Ströhmberg's Angaben seien einfach und selbstverständlich, er stimme damit überein; nur in Bezug auf die Dreitheilung der Körperverletzungen sei er anderer Meinung, könne sie nicht gut heissen wie Ströhmberg. Die Scheidung von schwer und leicht sei schon schwer, die Dreitheilung sei medicinisch garnicht durchzuführen; was ist „minder schwer?" S. hat dem Richter stets die Auskunft verweigert, was leicht sei —

er führte nur die Folgen der Verletzung an und überliess die Einreihung des Falles in Kategorien dem Richter. Er vertrete diesen Standpunct nicht allein, auch Schmelëw, der auf Veranlassung des Medicinal-Departements Kasper's Lehrbuch bearbeitete, ziehe gegen die Dreitheilung zu Felde und notire, dass der XIII. Band des Swod Nichts von der Dreitheilung enthalte. Auch einzelne Medicinalabtheilungen hatten gegen die Dreitheilung sich ausgesprochen, so die von Kostroma 1883. Doch seien die Aerzte durch Circularvorschrift dazu angehalten worden, nach der Dreitheilung zu classificiren. Der neue Gesetzentwurf lag Schulz im Original vor, er verrathe die ernste Absicht, dem Arzt die Begutachtung zu erleichtern, enthalte aber doch das Princip der Dreitheilung.

Neuerdings habe sich auch ein juristischer Kreis ähnlich ausgesprochen; in den Protokollen der Gesellschaft St. Petersburger Juristen sei der Vorschlag enthalten, die Körperverletzungen möchten in Zukunft civilrechtlich behandelt werden.

Dr. Ströhmberg: Die Dreitheilung sei einmal durch das Gesetz gegeben und im Vergleich zu anderen Theilungen noch die bequemste. Sein Vortrag habe dahin gezielt, ein gleichmässiges Verhalten in den Gutachten bei den gegebenen Verhältnissen herbeizuführen.

Auf Antrag des Präses beschliesst die Versammlung, dass dasselbe Thema auf dem nächsten Aerztetage noch einmal zur Discussion gestellt werden soll.

Protokoll der IV Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

4. October 1889, 9 Uhr Vormittags.

1 Vor dem Eintritt in die Tagesordnung fand eine Besichtigung der ausgestellten medicinischen Apparate statt.

Dr. Truhart demonstrirt ein Mieder, das nach Waltuch in Odessa von Dr. Brennsohn in Mitau angefertigt worden ist und von ihm warm zur Behandlung der Scoliose empfohlen wird. Dr. T. demonstrirt ferner die Leiter'schen Kühlapparate, die er häufig an Stelle der Eisblase verwandt, namentlich bei Diphtheritis und Augenaffectionen. Dr. v. Stryk weist auf den hohen Kostenpreis dieser Apparate hin, der ihre allgemeine Verbreitung hindert. Bei Peritonitis sind die Apparate zu schwer.

Prof. v. Wahl demonstrirt Instrumente aus der Werkstatt von Grempler in Dorpat. Die chirurgischen Bestecke in vernickelten Blechkästchen werden empfohlen. Während des Gebrauchs wird das Besteck mit Carbollösung gefüllt, später mit Seife und Wasser gereinigt. Die Owerlach'sche Regulatorspritze ist ebenfalls leicht in allen Theilen zu desinficiren. Der Asbeststempel trocknet nicht ein. Die von Bergmann-Riga und v. Wahl zusammengestellten Tracheotomiebestecke enthalten das gesammte zur Operation erforderliche Instrumentarium. Zu orthopädischen Apparaten benutzt v. Wahl Filz-Wasserglas uud ist mit den Resultaten zufrieden.

Dr. v. Schröder-St. Petersburg demonstrirt eine Collection ophthalmologischer Instrumente.

Selbstregistrirende Perimeter, sowie den leichten, transportablen von Schweigger, ohne Selbstregistrirung. Einen Apparat zur Messung von Augenmuskellähmungen, zugleich zur orthopädischen Behandlung dieser Affectionen bestimmt. Resultate hierbei recht günstig. — Stereoskop für binoculäre Sehübungen nach Schieloperation. — Verschiedene Augenspiegel, insbesondere Refractionsophthalmoskope von Landolt, Hirschberg etc., welche sowohl zur Brillenbestimmung wie zur genauen Untersuchung des Augenhintergrundes im aufrechten Bilde nach Correction der Refractionsanomalien dienen. — Kleiner Galvanocauter für das Auge. Bei Trachombehandlung zum Cauterisiren einzelner Follikel, ferner zur Behandlung des Ulcus corneae. Man braucht zur Anwendung ein grosses Element. Hirschberg's Elektromagnet zur Extraction von Stahlsplittern aus dem Bulbus nach vorhergehender Incision. — Grössere und kleinere Collectionen von Brillengläsern zur Bestimmung der Refraction. — Tichomirow's Taschenbesteck zur Refractionsbestimmung. Durch Combination der wenigen Gläser kann jede Refractionsgrösse bestimmt werden.

Zum Schluss zeigt Dr. v. Schroeder die praktische Anwendung der von ihm erfundenen, *zur Radicalbehandlung des Trachoms dienenden Metallpinsel.* Einem 17-jährigen Mädchen mit starkentwickeltem folliculärem Trachom beider Augen werden nach vorhergehender Anästhesirung mit 5 % Cocainlösung alle vier Lider in wenigen Minuten rein gebürstet, so dass keine Follikel mehr nachzuweisen sind. Dr. v. S. bespricht in Kürze den jetzigen Stand der Trachombehandlung. Die medicamentöse Behandlung des folliculären Trachoms ist oft zu zeitraubend, zieht sich über Monate, oft Jahre hin. Wir brauchen eine chirurgische Methode, welche die Follikel mit einem Mal vernichtet. Die bisher üblichen Methoden (Messer, Löffel, Quetschpincette, Galvanocauter, Excision) sind nicht ausreichend, da durch dieselben die Follikel selbst bei öfterer Wiederholung der Operation nur zum

Theil entfernt werden; sehr ausgiebige Galvanocauterisation, sowie Excision eines grossen Theiles der Conjunctiva entfernen wohl den grössten Theil der Follikel, sind aber entschieden gefährlich durch Narbenbildung. Durch den Pinsel lassen sich alle über die Oberfläche der Conjunctiva hervorragenden Follikel rasch entfernen; Operation leicht von jedem Arzt, auch ambulatorisch ausführbar, bietet keine Gefahren. Blutung gering, Narbenbildung ganz oberflächlich, keine Verkürzung der Conjunctiva. Gegen den Schmerz 5 % Cocainlösung, eventuell Chloroform anzuwenden. Die Methode ist indicirt, wenn noch Trachomfollikel sichtbar sind, in den späteren Stadien des Trachoms nicht mehr; Keratitis pannosa bildet keine Contraindication. S. hat auch das Trachom der Cornea (Pannus crassus) in mehreren Fällen mit Erfolg gebürstet.

Dr. Jaesche-Dorpat ist sehr zufrieden mit den Resultaten der Trachombehandlung mit Quetschung, benutzt dazu die Himly'sche gefensterte Pincette.

Dr. v. Schroeder: Auch mit dieser Pincette lassen sich die kleineren und in der Conjunctiva tarsi sitzenden Follikel ebenso wenig zerdrücken, wie mit den anderen Quetschpincetten, nur bei den grösseren Follikeln gelingt es leicht.

2) Dr. Müller-Schujenpahlen stellt einen Fall von Hemiatrophia facialis bei einem jungen Mädchen vor.

3) Dr. v. Lutzau-Wolmar demonstrirt der Gesellschaft das Extract. filic. Wolmarense, welches einen hiesigen Exportartikel bildet. Wirkt etwa 10 Mal stärker, als das beste von Boxberg in Kissingen dargestellte. Während von diesem Erwachsenen nie weniger als 20 Grm. gegeben werden sollen, genügen von dem Extr. Wolmarense 2 Grm. Die hier hergestellten Präparate sind auf Ausstellungen in St. Petersburg prämiirt worden. Es folgt Vorzeigung der Pflanze, der Wurzel, des groben Pulvers, aus dem das Extract gewonnen wird, und des Extractes selbst.

4) Prof. v. Wahl spricht *über die frühzeitige Diagnose der Darmocclussion*.

Die Congressverhandlungen in Berlin und Wiesbaden seien darauf herausgekommen, dass man die Frage nach der Natur und dem Sitz des Hindernisses bei Ileus mehr bei Seite gelassen und nur die therapeutischen Bestrebungen der Neuzeit einer eingehenden Discussion unterzogen habe. Hierbei sei natürlich sehr Verschiedenes empfohlen worden. Die anatomischen Ursachen der Occlussion würden zu sehr in den Vordergrund gestellt, die pathologischen und klinischen Erscheinungen an dem strangulirten Darmabschnitt selbst noch zu wenig gewürdigt. Und doch muss das Letztere geschehen, wenn man zu einer genaueren Diagnose der Art der Occlussion und damit zu präcisen Indicatio-

nen für die oft lebensrettenden Operationen kommen will. Am meisten ist noch dem Meteorismus unter den klinischen Erscheinungen Aufmerksamkeit geschenkt worden. Aber der angenommene Meteorismus des Colonrahmens bei Dickdarmverschluss und der Meteorismus der Regio mesogastrica bei Dünndarmverschluss entbehren einer thatsächlichen Grundlage, weil der Dünndarm nach oben stets durch Erbrechen entlastet wird und das Colon bei Koth- und Gasanhäufung ganz seine gewöhnliche anatomische Lage verlässt. Nach Beobachtungen von Küttner und Experimenten von Schweninger ist der Meteorismus bei Strangulation und Axendrehung stets ein localisirter, d. h. die incarcerirte Schlinge bläht sich in Folge von behinderter Circulation und fauliger Zersetzung ihres Inhalts gewaltig auf, um den grössten Theil der Bauchhöhle einzunehmen. Infolge des gesteigerten intraabdominellen Druckes kann es in diesem Fall garnicht zu einer stärkeren Gas- oder Kothanhäufung oberhalb der strangulirten Schlinge kommen. Die Klinik muss den Nachweis liefern ob ein Staungs- oder Blähungsmeteorismus vorliegt. Der Nachweis der geblähten Schlinge kann durch sorgfältige Untersuchung geschehen und an das Verhalten derselben knüpfen sich wichtige Schlüsse. v. Wahl hat dieses Verhältniss zuerst berücksichtigt und fasst seine Resultate wie folgt zusammen:

1) Fälle von acuter Darmocclusion, bei denen die Untersuchung des Abdomen geblähte und resistente Darmschlingen nachweist, welche *keine Peristaltik* zeigen und ihre Lage nicht ändern, sind als Strangulationen oder Axendrehungen aufzufassen. Dieselben erfordern schleunigst die Laparotomie.

2) Fälle von subacuter oder chronischer Darmocclusion, bei denen die Untersuchung geblähtere, resistentere Schlingen nachweist, *die peristaltische Bewegungen zeigen* und ihre *Form und Lage ändern*, sind als Stenosen, Knickungen oder sonstige Hindernisse im Dickdarm zu deuten, bei denen meist die Enterostomie indicirt ist.

3) Acute Darmocclusionen mit allgemeinem Meteorismus, bei denen keine geblähte Schlinge herauszupalpiren, bei denen durch das Erbrechen ein sichtlicher Nachlass der Spannung bewerkstelligt wird, können als Stenosen oder Obturationen des Dünndarms aufgefasst werden. Sie indiciren unter Umständen die Enterostomie.

Nach Schluss seines Vortrages verabschiedet sich Prof. v. Wahl von der Versammlung, um die Rückreise nach Dorpat anzutreten. Auf Antrag des Präses erhebt sich die Versammlung, um Prof. v. Wahl und den Gliedern der medicinischen Facultät Dorpat ihren Dank für die anregende Theilnahme am Aerztetage auszusprechen.

Discussion über v. Wahl's *Vortrag.*

Dr. Truhart sah vor 3 Jahren folgenden Fall: 28-jährige Frau, Erscheinungen acuter Darmstenose, Erbrechen, schwacher Puls, kein Meteorismus. Erweiterung der Gallenblase, Retention von Gallensteinen konnte durch Percussion etc. ausgeschlossen werden. Obturation hoch oben im Dünndarm angenommen. Nach 8 Tagen Besserung. Alle Stühle untersucht, keine ausgestossene Darmpartie gefunden. Wegen eines Frauenleidens geht Pat. nachher zu Schröder nach Berlin. Dort neuer Anfall von Darmstenose. Die dort gestellte Diagnose (v. Bergmann und Gerhard) „Gallensteinkolik" bewahrheitete sich nicht, in einem neuerlichen Anfall ging ein Knäul von 34 Bandwürmern ab, der das Hinderniss bildete. In der Literatnr ein Fall bekannt, wo es sich um 55 Bandwürmer handelte.

Dr. Hampeln: Erfolg der Operation bei Occlusion hinge von präciser Diagnose ab, diese gefördert zu haben, sei v. Wahl's Verdienst. Man dürfe nie versäumen, auf alle, ätiologischen und symptomatologischen, auch die scheinbar geringfügigsten Momente zu achten. Deshalb lege er — nur in scheinbarer Abweichung von Wahl — auch auf die Form des Meteorismus in den späteren Stadien Gewicht, welche unter Umständen für die differentielle Diagnose von Bedeutung werden kann. Ueberhaupt, die Schwierigkeit der Diagnose zugestanden, solle man diese andererseits nicht zu sehr übertreiben und dadurch abschreckend wirken. Haben wir uns erst alle die nothwendige Untersuchungsmethode zu eigen gemacht, so werde es auch gelingen frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen und dadurch manches fast unrettbare Leben zu erhalten. Dass die Laparotomie für viele Fälle die einzige Rettung bedeute, davon sei auch er überzeugt.

Dr. Bergmann: v. Wahl habe dem Chirurgen-Congress den Vorwurf gemacht, dass man keine präcise Diagnose bei Occlusion stelle. Darauf sei betont worden, dass die v. Wahl operirten Fälle für die Diagnose besonders günstig lagen. Unser Landvolk hat ein besonders langes Mesenterium, deshalb hier Axendrehungen häufig, während in Deutschland des Heer sonstiger Ileusfälle überwiege. Auf dem Congress wurde betont: Operation nur bei exactester Diagnose, sonst Prognose besser bei expectativer Behandlung.

Dr. R. v. Engelhardt referirt folgenden Fall: Sommer 1889 kommt ein Pat. mit acuter Darmocclusion in seine Behandlung. Zu beiden Seiten der Lin. alba erstrecken sich vom Processus ensiform. bis zur Symphyse zwei breite, ad maximum geblähte, resistente, paralytische Darmschlingen. In der rechten und linken seitlichen Bauchgegend gleichfalls tympanitischer Schall, doch nicht so ausgeprägte Resistenz. Luft eingeblassen, kommt geruchlos

zurück. Diagnose: Axendrehung der Flexur, die beiden V-förmig geknickten Darmschlingen werden als die beiden Hälften des Colon transversum angenommen. 24 Stunden später, nachdem die Harnuntersuchungen vermehrten Indicangehalt ergeben, Operation in der Dorpater Klinik (v. Zoege). Schnitt in der Linea alba, nicht in der linken Regio iliaca, da jetzt Betheiligung des Dünndarms angenommen wurde. Die resistenten Darmschlingen erwiesen sich als die beiden vollständig gangränösen Schenkel der Flex. sigmoidea, welche an der Basis durch Axendrehung geknickt. Das Dünndarmconvolut lag ganz nach links in der Regio hypochondrica. Resection der gangränösen Darmtheile. Anus präternaturalis links unter dem Rippenbogen. Pat. lebte noch 3 Wochen, starb dann an Perforatio ulc. rotund. ventriculi.

Dr. Hampeln hat den Eindruck, dass in der Mehrzahl seiner Fälle eine rechtzeitige Operation lebensrettend gewirkt hätte.

Dr. Bergmann: Sobald sich Volvulus mit Bestimmheit diagnosticiren lasse, sei zu operiren, bei nicht feststehender Diagnose halte auch er sich an die exspectative Therapie.

Dr. Hampeln: Auch er wolle in ähnlicher Weise unterschieden wissen. Bei unsicherer Diagnose sei er nie für die Operation eingetreten und hätte sich auch manchmal trotz schwerer Erscheinungen die Wegsamkeit des Darmes wieder hergestellt.

In 3 operirten Fällen habe jedesmal vollständige Axendrehung bestanden und in den nicht operirten, sicher als Axendrehung erkannten Fällen sei auch stets der tödtliche Ausgang eingetreten.

5) Dr. Bergmann-Riga spricht „*Ueber die trockene Wundbehandlung*". Vortr. skizzirt kurz die Entwickelung der modernen Wundbehandlung aus dem für die heutige Chirurgie grundlegenden Listerverfahren. Auf die neueste Modification des modernen Wundverfahrens — die Trockenbehandlung Landerer's übergehend, bestätigt Vortr. an einer Reihe von Tumorenexstirpationen (Atherom, Fibrom, Lipom) die minime Wundsecretion, die tadellose Heilung prima intentione, die von Landerer als Vorzüge des Verfahrens geschildert werden.

Ein weiterer, wichtiger Vorzug des Verfahrens besteht in der Vermeidung von Intoxicationen, welche bei jeder Wundbehandlung, bei der die Wunde mit antiseptischer Flüssigkeit irrigirt wird, möglich ist. Vortr. referirt über eine Herniotomie, die an einem 14 Tage alten, 4 ½ Pfd. schweren Knaben ausgeführt worden, wegen Hernia inguin. incarcerata dextra, die durch den Descensus testiculi zu Stande gekommen. Landerer'sches Verfahren. Prima intentio. Nähte entfernt am 4. Tage.

Bei grösseren Operationen, makroskopischen Verunreinigungen der Wunde hält Vortr. Abspülung nicht für einen Verstoss gegen das Landerer'sche Princip. Der Flüssigkeitsstrahl soll hier

nicht desinficiren, sondern mechanisch abspülen. Als einen Fall, bei dem Vortr. in diesem Sinne gespült, führt er eine Unterbindung der Arteria mammaria interna dextra an. Dieselbe erfolgte am 18. August c. bei einem 25-jährigen Arbeiter, etwa 7 Stunden nach der Verletzung (Messerstich). Die Arterie war losgeschält, der laterale Ast am Sternum abgetrennt, die Pleura costarum durchstochen. Ligatur der A. mammaria interna, central und peripher und des Seitenastes. Resection der 7. Rippe in der hinteren Axillarlinie, Einlegung eines Drain, Entleerung von ca. 1 Liter Blut. Spülung mit erwärmter Borsäurelösung. Am 26. August Resection der 8. Rippe nahe der Wirbelsäule, ein Bierglass voll flüssigen, bräunlichen Blutes entleert. Nach dieser Resection keine Spülung, nur Tamponade. Am 30. August Secun därnaht. Am 7. Sept. Entlassung des Kranken nach 20-tägiger Behandlung. (Autorreferat).

Dr. Ströhmberg: Das Sterilisiren des Verbandmaterials erheische einen grossen Apparat, der nur im Stadthospital, nicht in der Landpraxis zu haben. Für diese empfehle sich Sublimat; Sublimatgaze sei auch bei der Trockenbehandlung Bergmann's wohl das Wirksame gewesen. Im angeführten Falle habe wohl die Spülung antiseptisch gewirkt.

Dr. Bergmann hat mit sterilisirter Gaze nicht operirt, weil das Stadtkrankenhaus keinen Sterilisationsapparat besitzt, Sublimatgaze der Billigkeit wegen gewählt, sonst ziehe er Jodoformgaze vor. Für die Hände ist Sublimat gut, mit Wundsecret zersetzt es sich leicht, wirkt nicht dauernd.

Dr. Ströhmberg empfiehlt nochmals Sublimatanwendung.

Dr. Bergmann: Man könne auch Wunden nicht *ganz* sterilisiren, dazu würden enorme Mengen des antiseptischen Mittels nöthig sein.

Dr. Koppe: Das Verfahren Landerer's erinnere an die Heilung unter dem trockenen Schorf. Uebrigens gebe es Fälle wo man die Secretion längere Zeit unterhalten, einen feuchten Schorf erzielen muss. Ein solcher Fall (Gangrän der Haut) aus der Landpraxis wird angeführt. Pat. machte sich aus gekochtem Flachs und Gummipapier seinen Verband selbst, in 6 Wochen aseptischer Verlauf. Landerer's Methode dürfe nicht zu sehr verallgemeinert werden.

Dr. Bergmann: Wundsecretion kommt bei frischen Wunden nach Landerer gar nicht vor.

Dr. Packiéwicz: Bei der operativen Behandlung des Empyems kommen auch manche Chirurgen ohne Ausspülung, d. i. trocken aus.

Dr. Voss: Der Wirkungskreis der trockenen Wundbehandlung müsse abgegrenzt werden, auf dem Lande ist steriles Material oft nicht zu beschaffen.

Dr. Bergmann: Landerer arbeitet *nicht* mit sterilisirter Watte, nimmt Sublimat- oder Jodoformgaze. Diese, wie hygroskopische Watte, sei überall zu beschaffen.

6. Dr. Koppe-Pernau spricht „*Ueber Massage*".

Vortr. betont, dass nur in der Hand des Arztes die Massage ihre volle Wirkung entfalte, giebt ein orientirendes Referat über Geschichte, physiologische Wirkung und Technik derselben, wobei er besonders bei der Massage nach Mezger und der Maschinenmassage nach Zander verweilt. Die Indicationen der Massage, ihre Wirkung bei Krankheiten der Haut, der Muskeln, der Knochen und Gelenke, der Augen und der inneren Organe werden ausgeführt. Die Massage wirkt mechanisch, resorptionsbefördernd, schmerzlindernd, aber auch ernährend. Vortr. glaubt, dass die Mechanotherapie, verbunden mit Hydrotherapie, eine grössere Verbreitung gewinnen müsse, wo uns die medicamentöse Therapie im Stich lässt. Für das Studium ist neben vielen anderen das Lehrbuch von Hünerfauth empfehlenswerth.

Dr. Packiéwicz: Die Lungengymnastik betreffend sei zu bemerken, dass die Apparate schonender wirken würden, wenn sie den Pat. nur zu einer vollkommenen Exspiration zwingen, ihm aber die Inspiration ganz frei geben würden. Passive Gymnastik müsse theoretisch von der Massage getrennt werden. Was die Erfolge anbetrifft, so haben viele Specialisten bei den chronischen Gelenkkrankheiten die schlechtesten Erfolge.

Dr. Koppe: Zander's Apparate seien natürlich nur für begrenzte Leiden und nur unter ärztlicher Controlle anwendbar. Er habe in seinem Vortrag die Contraindicationen der Massage nicht erwähnt: es sei zu selbstverständlich, dass wo eine frische, eitrige Entzündung vorliege (z. B. Parametritis) nicht massirt werden könne, da hier sonst pathogene Keime in die Blutbahn getrieben würden.

Das eigentliche Gebiet der Massage bildeten chronische, torpide Leiden.

7) Auf Dr. Hampeln's Antrag geht die Gesellschaft jetzt zur Berathung *des Projectes einer Spar- und Unterstützungscasse für Wittwen und Waisen der Aerzte* über.

Präses Truhart verliest den ausführlichen, von ihm unter Theilnahme eines bewährten Mathematikers (von Schulmann-Fellin) und Juristen (von Colongue-Fellin) ausgearbeiteten Statutenentwurf und erläutert die Vorzüge einer derartigen, gleichzeitig einer Sparcasse ähnlichen Einrichtung.

Nachdem sich die DDr. Ströhmberg und Koppe sympathisch zu dem Project geäussert und den Dank der Gesellschaft für die mühevolle Vorarbeit Dr. Truhart's zum Ausdruck gebracht haben, entscheidet sich die Versammlung einstimmig dafür:

1) Dass das Bedürfniss zur Gründung einer Spar- und Unterstützungskasse für die Wittwen und Waisen der Aerzte in Livland vorhanden sei.

2) Dass eine Commission zu wählen sei, welche das Project in der von Dr. Truhart ausgearbeiteten Form zu begutachten und einen endgiltigen Statutenentwurf zu entwerfen habe.

3) Dass diese Commission ihren Sitz in Riga habe und hauptsächlich aus in Riga praktizirenden Collegen zusammengesetzt sei.

Zu Mitgliedern dieser Commission werden gewählt:

Dr. Truhart-Fellin, Dr. Otto Girgensohn-Riga und Dr. Stavenhagen-Riga. Falls die beiden Letztgenannten, welche in der Versammlung nicht anwesend sind, die Wahl ablehnen, sollen Dr. Carblom Riga, event. auch Dr. Hampeln und Dr. Mercklin aufgefordert werden, in die Commission einzutreten.

Die Commission soll nach Belieben einen Mathematiker und einen Juristen zur Begutachtung hinzuziehen.

Protokoll der V Sitzung des ersten livländischen Aerztetages.

4. October 1889, 4 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Apping-Wolmar hält einen Vortrag: „Zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica beim Manne".

Der Schwerpunct der Behandlung sei darauf zu legen, dass auch die hintere Partie der Harnröhre behandelt wird. — Mit den landläufigen Trippersprützen sei dies unmöglich, weil der Musc. compressor urethrae sich reflectorisch contrahirt und ein tieferes Eindringen der angewandten Flüssigkeit unmöglich macht. Daher bediene sich Vortr. zur Application flüssiger Medicamente der Ultzmann'schen Irrigations- resp. Capillarkatheter, zur Application von Medicamenten in Salbenform der Urethralantrophore von Stephan. Injectionen werden anfangs täglich, später 1—2 Mal wöchentlich gemacht. Der desinficirte Katheter wird nicht mit Vaselin, sondern mit dem löslichen Glycerin eingeschmiert. Einmal in der Woche Einlegung einer Steinsonde. So werde allmälig der Nährboden für die Gonokokken zerstört. Am häufigsten wandte Vortr. zu Injectionen an:

Zinc. sulf.
Acid. carbol. pur.
Alumin. $\overline{aa}$ 0,2—0,6
Aq. dest. 100

ferner: Tanninlösung 0,2—0,5 %
Argent. nitric. 0,02—0,05 %
Thallin. sulfur. 2—5 %

Hierdurch wurden 3—18 Monate alte Tripper in 1—5 Monaten geheilt. Heilung nur bei Abwesenheit von Gonokokken und Tripperfäden angenommen.

In letzter Zeit hat A. oft die 2% Thallin- und die 5% Tanninantrophore angewandt und bei der Combination beider Behandlungsmethoden viel befriedigende Resultate gesehen.

Die betr. Katheter und verschiedenartigen Antrophore werden demonstrirt.

2. Dr. Jürgens-Fennern spricht: „Ueber Myxoedem"

Vortr. berichtet über eine von ihm gemachte Beobachtung dieser neuerdings beschriebenen Krankheitsform an einer 41jährig. Frau aus den besseren Ständen. Die Kranke steht noch unter Beobachtung. (Cf. Nr. 51, 1889 d. „St. Pet. Med. Wochenschr.")

Dr. v. Kügelgen fragt nach dem Verhalten der Schilddrüse in diesem Falle.

Dr. Jürgens: Sie verhielt sich normal.

Dr. Mercklin fragt nach dem psychischen Verhalten der Patientin.

Dr. Jürgens: Es bestehe auffallende Apathie, auch habe das Gedächtniss abgenommen.

Dr. v. Schroeder fragt, ob Veränderungen an den Conjunctiven, überhaupt Augenstörungen bis jetzt an der Patientin beobachtet seien.

Dr. Jürgens verneint.

3. Dr. Jaesche-Dorpat spricht: „Ueber Lidoperationen".

Die grosse Zahl von Operationsmethoden gegen Entropium, Distichiasis und Trichiasis mit den hinzugefügten Variationen weist schon darauf hin, dass sie nicht in völlig befriedigender Weise allen an sie zu stellenden Anforderungen entsprechen. Einige von ihnen garantiren nicht ausreichend einen dauernden Erfolg, andere erfordern eine sorgfältige Nachbehandlung und sind nicht leicht ausserhalb eines Krankenhauses gut auszuführen.

Nun ist ja aber gerade für die erwähnten Uebel ein Verfahren wünschenswerth, das genügend radical wirkt und sich für eine ambulatorische Behandlung vorzüglich eignet. Denn eine grosse Zahl der an diesen Uebeln Leidenden können oder wollen sich nicht der Behandlung in einem Krankenhause unterwerfen und lassen das Uebel so weit anwachsen, dass ihre Leistungsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigt wird, oder die Augen unheilbare Trübungen davontragen, selbst vollständig erblinden.

Deshalb hat J. ein Instrument construiren lassen, bei dessen Anwendung die Operation dem von Jaesche's älteren Bruder angegebenen Grundsatze gemäss sich mit Leichtigkeit und Sicher-

heit ausführen lässt. Sie besteht in der Bildung einer 2 Mm. breiten Brücke, welche den Lidrand mit den falsch gerichteten Cilien enthält und Verpflanzung dieser Brücke nach oben hin auf die von Haut entblösste Oberfläche des Lides der Art, dass der vorher untere Rand mit den kranken Wimpern nach vorn gerichtet bleibt. Das neue Instrument „*Lidfasser*“ benannt, wird demonstrirt, die Ausführung der Operation durch Zeichnungen erläutert.

Die Discussion über Jaesche's Vortrag soll nach Erledigung des nächsten Vortrages eröffnet werden.

4. Dr. E. Johannson-Fellin spricht: ‹Ueber die Jaesche-Arlt'sche Operation.

Gegen die Zulässigkeit des von Arlt modificirten Jaescheschen Verfahrens seien von mancher Seite Stimmen laut geworden (Burchardt, Jacobson, Wicherkiewicz). Gleichwohl glaubt J. dasselbe wieder empfehlen zu können. In 60 Fällen, die er längere Zeit (bis zu 2 Jahren) nachher beobachten konnte, war der Erfolg ein bleibender. Zum Gelingen der Operation müssen 3 Bedingungen streng erfüllt werden:

1) Die Hautbrücke mit den Cilien darf nicht von dem unterliegenden Gewebe isolirt werden.

2) Der zweite, dem intermarginalen parallele Schnitt muss dicht oberhalb der Cilien ausgeführt werden.

3) Muss auf die erforderliche seitliche Höhe des zu excidirenden Hautstückes besonders geachtet werden, da gerade in der Nähe der Lidwinkel ein Recidiviren der Haare beobachtet wird. Joh. lässt die Seitentheile des Bogens (welcher das zu excidirende Hautstück umgrenzt) etwas steiler abfallen.

Dr. Ströhmberg: Die von Jaesche und Johannson berührten Operationen seien für die Praxis in Livland besonders wichtig, weil Trachom und Folgezustände hier so häufig. Jaesche-Arlt, ein gutes Verfahren, schützt aber ebenso wenig wie andere Methoden vor Recidiven. Storry transplantire auf die intermarginale Wunde Lippenschleimhaut, damit keine Härchen aufschiessen. Chodin ebenso, der sich auf zahlreiche Fälle stützt. Ströhmberg empfiehlt diese Methode. Chloroformnarkose nothwendig, da die Schleimhautexcision an der Lippe schmerzhaft. Anheilung meist gut.

Dr. v. Schröder freut sich ebenfalls, dass der Aerztetag diese local wichtige Operation bespreche, wo so viel Trachom im Lande. Es gebe viele gute Methoden der Lidoperation, ein jeder Operateur habe nach der seinigen die besten Resultate. Schröder's Vertrauen zu Jaesche-Arlt sei durch Burchard. und Wicherkiewicz nicht erschüttert, es komme eben darauf an, wie und wann man Jaesche-Arlt anwendet. Im

St. Petersburger Augenhospital werden hauptsächlich Snellen Hotz und Jaesche Arlt geübt. Ist der Knorpel stark gekrümmt, so muss nach Snellen Keilexcision des Knorpels gemacht werden. Bei Anlegung der Nähte verfährt man nach einer Modification nach Hotz oder Germann. Wo keine starke Krümmung, die Hautoperation nach Jaesche-Arlt. Die Recidive liegen oft daran, dass das Trachom noch nicht abgelaufen, nicht daran, dass die Operationsmethode schlecht war. In der Literatur werde das Jaesche Arlt'sche Verfahren verschieden beschrieben. v. Oettingen-Dorpat habe schon ähnlich wie Johannson operirt. In St. Petersburg wird möglichst hoch hinauf transplantirt, selten aus der Lippe zur Transplantation genommen, weil dies schmerzhaft und Chloroform nöthig, auch schrumpfe die Schleimhaut ziemlich stark. In Deutschland empfiehlt Eversbusch wieder warm Jaesche-Arlt. Bei der Hautentnahme aus dem Arm muss man mit dem Rasirmesser möglichst oberflächlich schneiden, um so die Haarbälge zu zerstören.

Dr. Jaesche hat Snellen nicht erwähnt, weil er beim Thema bleiben wollte und eine Methode angeben, die ohne Assistenz und Krankenhaus durchführbar. Die Recidivfrage würde hier zu weit führen — man muss jedenfalls viele Jahre abwarten, ehe man definitiv urtheilen kann.

Dr. v. Schröder: Der *neue* Vorschlag Jaesche's (Lidfasser) sei interessant — es sei nur die Frage, ob eine solche Modification nothwendig; verdrängen solle sie die anderen Methoden nicht. S. fragt, ob nicht dabei eine Verkürzung des Lides und Lagophthalmus eintrete.

Dr. Jaesche: Nein, obgleich er über 100 Fälle operirt; es giebt übrigens verschiedene Lider, wenn Lagophthalmus schon angedeutet sei, werde er seine Pincette nicht brauchen.

Dr. v. Schröder: Es trete auch wohl keine prima intentio ein, sondern bleibe ein granulirender Rand, der gebeizt werden müsse.

Dr. Jaesche giebt zu, dass mitunter gegen die Regel auch ein etwas breiterer Granulationsstreifen entstehen könne.

Dr. v. Schröder ist dafür, dass die neue Operation versucht wird, auf die Kürzung der Heilungsdauer werde sie kaum einen Einfluss haben, denn auch beim gewöhnlichen Verfahren nach Jaesche-Arlt gehe es schnell.

Für das untere Lid möchte S. nicht die Hotz'sche Naht, wie Jaesche angab, empfehlen. Kein bleibendes Resultat davon. In St. Petersburg wird am unteren Lide die Schneller'sche Methode geübt (Beschreibung derselben), die besonders bei jungen Individuen empfohlen werden kann, wo die Lidhaut den Turgor noch nicht verloren hat.

5. Dr. Lenz-Sesswegen hält einen Vortrag: „Zur Lehre vom Glaucom".

Vortr. führt aus, dass die Rolle, welche die Zonula Zinnii als erste Durchgangspforte des intra-ocularen Ernährungsstromes spiele, in der Lehre vom Glaucom zu wenig berücksichtigt werde. Rheindorf's Arbeit (Zehender 1887), welche dies betonte, habe zu wenig Beachtung gefunden.

Lenz hat einen Fall von Glaucoma simplex absolutum beobachtet, wo er im Anschluss an Rheindorf eine bedeutende Verdichtung der Zonula Zinnii und der vorderen Linsenkapsel annehmen musste, durch vielleicht reflectorisch entstandene Hypersecretion in dem Glaskörperraum war starkes Vordrängen der Linse und Zerrung der Ciliarfortsätze zu Stande gekommen, es folgte der acute Anfall. Sein therapeutisches Resumé geht mit Rheindorf dahin: bei Glaucoma simplex zu extrahiren mit nachfolgendem Glaskörperstich, jedoch mit der Einschränkung dieses Alles nicht in einer Sitzung vorzunehmen, sondern nach Verheilung des Schnittes zu discidiren.

Dr. v. Schröder: Jeder Beitrag zur Glaucomlehre sei dankenswerth, so werde doch endlich eine fundirte Erklärung des Glaucom sich geben lassen. Bis jetzt können wir nur wie vor 100 Jahren sagen: Glaucom ist vorhanden, wenn die Tension des Bulbus erhöht ist. Auch Rheindorf habe nur eine Hypothese gegeben und Lenz' Fall sei interessant, aber nicht beweisend. Er wäre nur dann beweisend, wenn der Glaskörperstich gemacht worden und Abnahme der Tension eingetreten wäre. Aber das Auge vereiterte früher.

Gegen Rheindorf's Hypothese sprechen ferner die Fälle, in welchen bei bestehendem Nachstaar nach Discision die Tension des Bulbus nicht geringer, sondern höher wurde. — Das Auftreten von Glaucom bei anatomisch nachgewiesener Abwesenheit der Linse und ihrer Kapsel sei ein stricter Beweis gegen Rheindorf's Theorie.

Dr. Truhart: Rheindorf schicke immer Iridectomie voraus, mache dann Extraction.

Dr. Jaesche: Es sei ein falscher Weg, wenn man bei Glaucom nach *einer* anatomischen Ursache suche, alle Verhältnisse, welche die Absonderung und Aussonderung innerhalb des Auges verändern, sind in Betracht zu ziehen. Lenz habe angeführt, dass Rheindorf die Linse bei Glaucom entferne, dies könne man bei guten Sehverhältnissen doch nicht thun. Daher Iridectomie.

Dr. Lenz: Die von Schröder angeführten Fälle von Drucksteigerung nach Incision des Nachstaars können dadurch erklärt werden, dass die Fontana'schen Räume schon verschlossen waren. Was den 2. von S. angeführten Fall anbetreffe,

so bleibe ja noch die Hyaloïdea, die verdickt sein könne, Iridectomie helfe da wenig, man müsse die Linse opfern.

Dr. v. Schröder: Man müsse bei constatirtem Glaucom fast in jedem Falle iridectomiren, wie schon Jaesche betont, auch auf die Gefahr eines Misserfolges hin; selten sei die Sclerotomie indicirt.

6. Auf Anfrage des Präses erklärt die Versammlung sich einstimmig dahin, dass sie irgend eine Veränderung der Statuten der Gesellschaft für nicht wünschenswerth hält.

7. Nachdem Präses Truhart die Tagesordnung für erledigt erklärt und sich von der Gesellschaft verabschiedet hat, erklärt Kreisarzt Dr. Eckardt-Wolmar in seiner amtlichen Function den ersten livländischen Aerztetag für geschlossen.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 5. Января 1890.
Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1.	Adolphi, Hans	Kandau.
2.	Apping, Georg	Wolmar.
3.	Baumgardt, Friedrich	Schwaneburg.
4.	Becker, Richard	Grünhof.
5.	Berg, Fritz	Riga.
6.	Berg, Arthur	Nerft.
7	Bergmann, Adolph	Riga.
8.	van Beuningen, Arthur	Riga.
9.	Blau, Carl	Lösern.
10.	Blessig, Ernst	St. Petersburg.
11.	Braschnewitz, Andreas	Smilten.
12.	Braudo, Max	Riga.
13.	v. Brehm, Hugo	Riga.
14.	Brennsohn, Isidor	Mitau.
15.	Carstens, Georg	Arensburg.
16.	Dabbert, Eduard	Rujen.
17.	Dahlfeld, Carl	Riga.
18.	Daraskiewicz, Leo	Dorpat.
19.	Deeters, Gustav	Lemburg.
20.	Dehio, Carl	Dorpat.
21.	Dehio, Heinrich	Riga.
22.	Devrient, Carl	Grundsahl.
23.	Dietrich, Julius	Heydeckenshof.
24.	Dietrich, Justus	Riga.
25.	Dobsmann, Arved	Neuguth.
26.	Eckardt, Albert	Wolmar.
27.	v. Engelhardt, Arved	Peterskapelle.
28.	Erasmus, Ernst	Wenden.
29.	Etzold, Ernst	Quellenstein.
30.	Faure. Jean	Dorpat.
31.	Foerster, Carl	Riga.
32.	v. Frey, Eugen	Salismünde.
33.	Gaehtgens, Peter	Wenden.
34.	Giess, Wilhelm	Sissegal.
35.	v. Grote, Rudolph	Goldingen.

36. Groehn, Samuel	Lemsal.
37. Grünberg, Jacob	Lemsal.
38. Hach, Friedrich	Riga.
39. Halicki, Alexis	Riga.
40. Heintz, Fedor	Windau.
41. Helmsing, Leonhard	Riga.
42. Henko, Albert	Engelhardshof.
43. Heerwagen, Rudolph	Riga.
44. Hoffmann, Friedrich	Adsel.
45. Hohlbeck, Marcus	Tiflis.
46. v. Holst, Valentin	Riga.
47. Huff, Albert	Riga.
48. Jaesche, Emanuel	Dorpat.
49. Johannson, Ernst	Hallist.
50. Israelsohn, Isidor	Jacobstadt.
51. Katterfeld, Adolph	Waldheim.
52. Kessler, Leonhard	Dorpat.
53. Kieseritzky, Walter	Riga.
54. Kiwull, Ernst	Riga.
55. Klemm, Otto	Dorpat,
56. Koch, Ernst	Walk.
57. Koppe, Oskar	Pernau.
58. Koerber, Bernhard	Dorpat.
59. Krannhals, Johann	Riga.
60. Krause, Reinhold	Laudohn.
61. Kroon, Carl	Auzen.
62. Kroug, Emil	Hungerburg.
63. Krüger, Friedrich	Dorpat.
64. Kügelgen, Arvid	Ruppin.
65. Kügler, Theophil	Neuenburg.
66. Kügler, Ernst	Schönberg.
67. Kusmanow, Alexander	Rappel, Estland.
68. Lange, Carl	Riga.
69. Lehmann, Eduard	Reschitza.
70. Lenz, Alexander	Sesswegen.
71. Lenz, Wilhelm	Riga.
72. Lezius, Oskar	Eriwanda.
73. Libet, Carl	Drostenhof.
74. Martinsohn, Johann	Wenden.
75. Mauring, Robert	Aahof.
76. Mercklin, August	Riga.
77. Meyer, Hermann	Poopen, Curland.
78. Meyer, Carl	Wenden.
79. Meyer, Theodor	Schl. Ronneburg.
80. Meyer, Johann	Dorpat.
81. v. Middendorff, Max	Reval.
82. Müller, Johannes	Schujenpahlen.
83. Neuwald. Georg	Erlaa.

84.	Pacht, Theodor	Lubahn.
85.	Pacht, Walter	Kalzenau.
86.	Pander, Harry	Riga.
87.	Petersenn, Carl	Wenden.
88.	Petersen, Oskar	St. Petersburg.
89.	Raue, Bruno	Marienburg.
90.	Raison, Wilhelm	Doblen.
91.	v. Reichard, Wilhelm	Riga.
92.	Reichard, Nicolai	Ringen.
93.	v. Rieder, Woldemar	Werro.
94.	Rücker, Gustav	Wolüschowo (Pskow).
95.	v. Sass, Albert	Arensburg.
96.	Schneider, Alfred	Dorpat.
97.	Schilling, Arthur	Annenhof.
98.	Schlau, Hermann	Lubbenhof.
99.	Schmidt, Max	Riga.
100.	Schönfeldt, Max	Riga.
101.	v. Schrenck, August	St. Petersburg.
102.	v. Schröder, Theodor	St. Petersburg.
103.	Schulz, Friedrich	Riga.
104.	Schwarz, Arnold	Fellin.
105.	Schwarz, Eduard	Riga.
186.	Seiler, August	Dorpat.
107.	Selenkow, Alexander	St. Petersburg.
108.	Soerd, Nikolai	Fellin.
109.	Stadelmann, Ernst	Dorpat.
110.	Stavenhagen, John	Riga.
111.	Strömberg, Christian	Dorpat.
112.	Thielick, Peter	Rujen.
113.	Tiling, Theodor	Riga.
114.	Thoma, Richard	Dorpat.
115.	Treymann, Mathias	Riga.
116.	Treymann, Alexander	Allendorf.
117.	Truhart, Heinrich	Fellin.
118.	Unverricht, Heinrich	Dorpat.
119.	Vierhuff, Julius	Subbath.
120.	Voss, Friedrich	Riga.
121.	Walter, Friedrich	Lackna.
122.	Wagner, Paul	Zabeln.
123.	Westphalen, Hermann	St. Petersburg.
124.	Wolferz, Reinhold	Riga.
125.	Wolff, Arnold	Kürbis.
126.	v. Zoege-Manteuffel, Werner	Dorpat.

Protokoll der I. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 27. August 1890, 1 Uhr Nachmittags.

1. Kreisarzt Dr. Gaehtgens-Wenden eröffnet, von der Medic.-Abtheilung hierzu designirt, die Sitzung und überbringt zugleich der Versammlung den Willkommensgruss der Stadtverwaltung von Wenden.

2. Dr. Gaehtgens verliest als Cassirer den Cassenbericht. Derselbe wird acceptirt.

3. Als Ort für den nächsten Aerztetag wird die Stadt Walk bestimmt.

4. Durch Zettelwahl wählt die Versammlung: zum Präses Dr. Truhart-Fellin, zum Secretär Dr. Mercklin Rothenberg, zum Cassirer Dr. Koch Walk.

5. Auf Antrag des Präses wird zur Unterstützung des Secretärs bei der Schrift- und Geschäftsführung in Riga Dr. Heerwagen-Riga als zweiter Secretär gewählt.

6. Der Präses widmet dem um die Gesellschaft livl. Aerzte hochverdienten verstorbenen Prof. Ed. v. Wahl warme Worte des Nachrufes. Die Versammlung erhebt sich von den Sitzen, um das Andenken des Verstorbenen zu ehren.

7. Berathung über die von Seiten der Gesellschaft zu ergreifenden **Maassnahmen behufs Bekämpfung der Lepra.**

Dr. O. Petersen-St. Petersburg berichtet über die Discussionen, welche in Bezug auf die Lepra in Berlin während des X. internat. medic. Congresses stattgefunden haben. Vortragender referirt weiter ausführlich über die Ergebnisse seiner im Auftrage des Medicinal-Departements unternommenen Reise zur Erforschung der Lepra in Norwegen und Livland. (Der Vortrag ist für den Druck bestimmt).

Speciell für Livland schlägt P. vor, die Leprosorien in Form von landwirthschaftlichen Colonien anzulegen. Auch die auswärtigen Lepraforscher, z. B. Arning, haben sich für diese Form ausgesprochen.

Dr. A. v. Bergmann: Ausser Zambaco's Mittheilung sei der Arning'sche Fall von Lepra eines Neugeborenen der erste constatirte. Dieser Fall würde gegen die lange Incubation sprechen, welche für Lepra sonst in Anspruch genommen werden muss. Lange Incubation würde erklären, weshalb in den Städten, wo die Kranken häufig Wohnungen wechseln, Uebertragung sel-

tener nachgewiesen wird, als auf dem Lande. In Riga werden seit Jahren genaue anamnestische Angaben gesammelt, die zu Resultaten über Ansteckung geführt haben. — In Riga hat das geplante Leprosorium noch nicht eröffnet werden können. Gegen die Benutzung der in Aussicht genommenen Grundstücke zu diesem Zwecke wurde von den (2—3 Kilometer entfernt wohnenden) Nachbarn immer wieder Protest erhoben. Jetzt wolle man das Leprosorium 17—20 Werst entfernt von der Stadt errichten. Dies muss als eine nicht glückliche Idee angesehen werden, denn die Leprakranken müssten ärztlich sehr genau beobachtet und an den Insassen des Asyls müssten durchaus therapeutische Versuche angestellt werden.

Dr. v. Zoege-Manteuffel fragt Dr. Petersen, ob er einige der geheilten Fälle selbst gesehen habe. Redner habe Gelegenheit gehabt Fälle, namentlich von tuberöser Lepra, zu beobachten, die eine scheinbare Heilung vorzutäuschen wohl geeignet waren, insofern die Tubera mitunter rasch schwanden und die Anästhesien abnahmen. Es bleibe aber die allgemeine Atrophie, der Marasmus bestehen und die Kranken siechten, wenn auch langsam, dahin. Sei nun dieser occulte Verlauf bei den Fällen in Moldi sicher auszuschliessen?

Dr. Petersen möchte gerade darauf hinweisen, dass es sich in dem geheilten Falle, den er in Moldi sah, durchaus nicht um einen Marasmus handelte, im Gegentheil machte die Frau einen recht günstigen Eindruck bezüglich ihres Ernährungs- und Gemüthszustandes. Ueberhaupt aber möchte P. darauf hinweisen, dass man nicht vorsichtig genug sein kann bezüglich der Constatirung von Heilung der Lepra, da die Krankheit ja bekanntlich in Form von Recidiven verläuft (ca. 3—5 Recidive jährlich), die bald schnell, bald langsam auf einander folgen, manchesmal eine Pause von $1^1/_2$ Jahren machend. Eine Patientin von P., die er seit $2^1/_2$ Jahren stetig unter Salicylsäure-Behandlung hält, hat trotzdem zahlreiche Recidive aufgewiesen, aber im Grossen und Ganzen geht es ihr gut und sie erholt sich.

Prof. Dr. Dehio macht in Sachen der auf die Anregung des weil. Prof. E. v. Wahl zu gründenden Leproserie folgende Mittheilungen: Nach dem Tode des Prof. v. Wahl cooptirte sich das Comité, welches in dieser Angelegenheit zusammengetreten war, um die einleitenden Schritte zu thun, auf die Zahl von 12 Mitgliedern und besteht gegenwärtig aus folgenden Herren: Landrath A. v. Nolcken als Präses, Prof. Dr. K. Dehio als Vicepräses, Herrn O. v. Samson als Schriftführer, Herrn Baron Stackelberg als Cassameister; ausserdem aus den Herren: G. v. Oettingen, v. Mensenkampf, Prof. Pastor Hörschelmann, Baron E. v. Nolcken, Dr. v. Zoege-Manteuffel, Dr. Truhart-Fellin, Dr. Hellat-St. Petersburg und Red. P. v. Kügelgen-St. Petersburg.

Die Statuten der zu begründenden Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra sind ausgearbeitet und der Entwurf derselben wird in

den ersten Tagen des September d. J. dem Herrn livländischen Gouverneur mit der Bitte um die gesetzliche Bestätigung vorgelegt werden. — Die Geldmittel sind durch freiwillige Beiträge gegenwärtig auf 15,000 Rbl. gestiegen, welche in zinstragenden Staatspapieren angelegt sind. Ausserdem hat die livländische Ritterschaft dem Comité zwei Landstellen, nämlich die frühere Poststation Nennal und ein Landstück in der Nähe von Trikaten zur Verfügung gestellt. — Das Comité hofft auf einen günstigen Fortgang der Geldsammlungen und gedenkt unter der Voraussetzung, dass die Statuten bestätigt werden, im Frühling des nächsten Jahres zur Gründung und Einrichtung ihres ersten Leprosorium schreiten zu können, welches dann voraussichtlich im Herbst des Jahres 1891 von Kranken wird bezogen werden können. Ueber den Ort und die Art der Einrichtung desselben liegen noch keine definitiven Beschlüsse vor.

Präses Dr. T r u h a r t schlägt vor, die Gesellschaft livl. Aerzte möge die Thätigkeit des Dorpater Lepra-Comités in jeder Richtung unterstützen, namentlich auch richtige Anschauungen über Wesen und Bekämpfung der Lepra verbreiten. Präs. schlägt vor, den von Dr. v. Z o e g e - M a n t e u f f e l unlängst in der „St. Petersburger Zeitung" veröffentlichten populären Aufsatz über Lepra auf Kosten der Gesellschaft als Brochüre drucken zu lassen und zu verbreiten.

Die Versammlung stimmt beiden Vorschlägen zu und ist Herr v. Z o e g e bereit seinen Aufsatz zu diesem Zweck einer theilweisen Umarbeitung zu unterziehen. Für den Druck der Brochüre sollen 100—150 Rbl. verausgabt und dieselbe in die landesüblichen Verkehrssprachen übersetzt werden.

Prof. Dr. T h o m a: Die Untersuchungen über die Aetiologie der Lepra sind insofern noch nicht abgeschlossen, als die Bedingungen, welche die Uebertragung der Infection begünstigen, noch im Wesentlichen unbekannt sind. Dass äussere Verhältnisse der Ernährung hierbei eine grosse Rolle spielen, geht auch hervor aus den von Dr. P e t e r s e n berichteten Fällen von Heilung. Die äusseren Verhältnisse sind aber gerade diejenigen, welche bei der Bekämpfung der Seuche Anhaltspuncte geben können. — Es scheint deshalb in erster Linie richtig zu sein, eine allseitige wissenschaftliche Untersuchung der Lepra zu veranlassen. Dazu wäre es in erster Linie wichtig, dass die zu gründenden Leprosorien nahe an die Centra des wissenschaftlichen Lebens, in die Nähe von Dorpat und Riga verlegt werden, zunächst das Leprosorium der Dorpater Gesellschaft in die nächste Nähe Dorpats.

Dr. T r u h a r t schliesst sich den letzten Bemerkungen Prof. T h o m a's ganz an. Auch ihm erscheine Nennal ein zu entlegener Ort zur Anlage zu sein, was auch Dr. A. v. B e r g m a n n hervorgehoben hat.

Dr. v. Z o e g e bemerkt, das Dorpater Comité habe bei Dorpat

einen passenden Ort für ein Leprosorium gesucht, aber zunächst keinen in der Nähe gefunden.

Dr. Kusmanow fragt Prof. Dehio, ob die in Estland vorhandenen Leprakranken (es sind 24—27 Fälle constatirt) Aussicht darauf haben, von dem Dorpater Comité versorgt zu werden.

Prof. Dr. Dehio hält dafür, dass sich für Estland auf Initiative der Aerzte eine eigene Versorgung der Leprakranken entwickeln müsse. In Livland seien 400 und mehr Leprafälle zu versorgen, was den Versorgungsorganen schon Thätigkeit genug gebe.

Dr. Petersen fragt, wie es mit der Versorgung der Leprösen in Curland stehe.

Dr. Katterfeld antwortet, dass man bezügliches Vorgehen demnächst von der Gouvernements-Regierung erwarte.

8. In Bezug auf die **„Pensionscasse für Wittwen und Waisen livländischer Aerzte"** berichtet Dr. Truhart Folgendes: Die vom vorjährigen Aerztetage gewählte Commission, welche den Auftrag hatte, einen definitiven Statutenentwurf zusammenzustellen, hat im Jan. a. c. in Riga getagt und ihre Arbeit beendigt. Der ursprüngliche Plan, eine theils als Unterstützungs-, theils als Sparcasse wirkende Institution in's Leben zu rufen, wurde aufgegeben und die Statuten einer reinen Unterstützungscasse einstimmig angenommen. Um die Angelegenheit zu beschleunigen, ist dieser definitive Statutenentwurf bereits der Gouvernements-Regierung zur Erwirkung der Bestätigung vorgestellt worden. Dr. Truhart's Vorschlag, diese Statuten, sobald deren Bestätigung erfolgt ist, drucken zu lassen und möglichst unter den Aerzten zu verbreiten, sowie die erste Generalversammlung der Casse dann auf den nächstjährigen Aerztetag einzuberufen, wird angenommen.

Protokoll der II. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 27. August 1890, 6 Uhr Nachmittags.

1. Prof. Dr. Thoma-Dorpat spricht: **„Ueber Arteriosclerose"**. Vortr. hat sich seit einer Reihe von Jahren mit den Erkrankungen des Gefässsystems beschäftigt und dabei eine Reihe von Ergebnissen gewonnen, welche er heute in übersichtlicher und kurzer Form zusammenstellen möchte. Dabei werde er jedoch in Anbetracht des sehr umfangreichen Materials durchaus nicht auf alle Einzelheiten eingehen und auch an dieser Stelle keine Beweisführung versuchen. Dagegen habe Vortr., indem er diese Fragen berühre, den Wunsch, zur Mitarbeiterschaft anzuregen,

umsomehr, als zur weiteren Förderung unseres Wissens vielfach langjährige Beobachtungsreihen nothwendig werden dürften, wie sie nur von dem Hausarzte gewonnen werden können.

Die Arteriosclerose findet ihre Ursache in allgemeinen Störungen der Ernährung, welche zum Theil Folge sind von Infectionen, Intoxicationen und anderen pathologischen Vorgängen verschiedener Art, zum Theil auch mit senilen Veränderungen zusammenhängen. Diese allgemeinen Ernährungsstörungen erzeugen indessen nicht nur Erkrankungen der Arterien, sondern auch Erkrankungen der Venen und Capillaren. — In den Arterien äussert sich die Störung zunächst durch eine Schwächung der mittleren Gefässhaut, durch eine Abnahme der Elasticität, das heisst durch eine Abnahme des Widerstandes, welche die Gefässwand der Dehnung durch den Blutdruck entgegensetzt. Das Gefässrohr wird in allen Richtungen gedehnt, es erweitert sich und seine Verlängerung führt zu einer Schlängelung, die bei allen sclerotischen Arterien so leicht nachweisbar wird. Die Erweiterung des Gefässrohres aber hat weiterhin eine Bindegewebsneubildung in der Intima zur regelmässigen Folge, der sich dann weiterhin — als Folge fortschreitender Dehnung — eine Reihe regressiver Veränderungen, Verfettung, Verkalkung, hyaline Degeneration anschliessen.

Aehnliche Veränderungen finden sich im Venensysteme. In den Capillaren dagegen äussert sich die Störung durch eine Zunahme der Durchlässigkeit der Capillarwand und in der Folge durch ödematöse Durchtränkungen der Gewebe.

Unter den bedeutsamen Folgezuständen dieser Angiosclerose seien zunächst die varicösen Erweiterungen der Venen und die Aneurysmen erwähnt. Namentlich die letzteren legen uns die Frage nahe, wie die Arteriosclerose frühzeitig erkannt und auf welchem Wege wenigstens ihren übelsten Folgen vorgebeugt werden könne. — Im Anfangsstadium der Arteriosclerose und in der unmittelbar vorangehenden Zeit findet sich eine Abnahme der Elasticität der Gefässwand, die an der Leiche physikalisch nachgewiesen werden kann, die sich am Leben äussert durch einen weichen, hohen Puls, ausgesprochene Schlängelung der Arterien im Allgemeinen und namentlich der Netzhautarterien, vielfach auch durch Pulsation der Netzhautarterien, die ophthalmoskopisch erkennbar ist. In diesem Stadium besteht namentlich die Gefahr der Aneurysmabildung und der Gefässzerreissungen. — In den späteren Stadien ist die Gefässwand durch die Bindegewebsneubildung gefestigt, derb, zuweilen rigide. Die Diagnose aber ist sowohl durch die Untersuchung des Pulses, wie durch den Nachweis einer Reihe von allgemein bekannten Folgeerkrankungen verschiedener Organe ermöglicht.

Bei der grossen Bedeutung der Erkrankung, deren Gebiet noch viel weiter ist, als es bei der Kürze der Zeit geschildert werden kann, richtet Vortr. an die Collegen die Bitte, dieser Erkrankung

ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Wenn es gelingen würde, durch weitere Entwickelung der Untersuchungsmethoden frühzeitig die Diagnose zu stellen, so wäre eine Prophylaxis gegen die arteriosclerotischen Aneurysmen möglich, da diese bei Schwächungszuständen der Gefässwand zu entstehen pflegen, durch vorübergehende erhebliche Steigerungen des Blutdruckes, wie sie bei körperlichen und geistigen Anstrengungen, bei Athemsuspensionen und bei anderen Gelegenheiten auftreten. Auch würde zugleich dabei den schweren Formen der knotigen Arteriosclerose entgegengewirkt werden, da auch diese durch die gleichen Blutdrucksteigerungen beeinflusst werden.

Dr. Westphalen fragt, ob nicht nach dem ätiologischen Momente der Arteriosclerose auch verschiedene pathologische Erscheinungsformen derselben vorkommen, ob nicht z. B. der luetischen Endarteriitis der Hirnarterien (Heubner's) gegenüber der Arteriosclerose im Allgemeinen eine gewisse pathologisch-anatomische Sonderstellung gebühre? Auch habe es ihm geschienen, als ob die Syphilis auch an den Körperarterien eine besondere Form der Arteriosclerose bedinge. Es schweben ihm 2 Fälle vor, wo bei relativem Intactsein der grossen Arterien der endarteriitische Process mit enormer Petrification des ganzen Arterienrohres hauptsächlich in den Arterien der unteren Extremitäten spielte. In dem einen Falle war es auf dem Boden der atheromatösen Geschwüre zu autochtoner Gerinnung mit consecutiver Gangrän der Extremitäten gekommen.

In klinischer Beziehung glaubt W. noch auf eine Erscheinung aufmerksam machen zu können, welche anscheinend ein frühzeitiges Symptom der Arteriosclerose abgeben würde — verschiedene Hämorrhagien der Haut ohne jede traumatische Einwirkung und ohne hämorrhagische Diathese. Augenscheinlich dürften solche Hämorrhagien auf einer abnormen Durchlässigkeit und Zerreisslichkeit der Gefässe beruhen.

Prof. Dr. Thoma: Die von Dr. Westphalen berührten Beobachtungen bestätigen die Erfahrung, dass die Arteriosclerose häufig einzelne Gefässprovinzen bevorzugt. Bei den syphilitischen Gefässerkrankungen ist aber die gummöse Form, die auf Localwirkungen des Infectionsgiftes beruhen dürfte, wohl zu unterscheiden von den fibrösen Formen, welche als Folge der allgemeinen Ernährungsstörung angesehen werden können. — Was die Erscheinung der Blutung anbelangt, so gehört sie auch n. A. des Vortr. zu den Folgen der zu Arteriosclerose führenden Ernährungsstörungen der Gefässwand. Hierher sind zu rechnen manche cerebrale Blutungen, Epistaxis und andere Schleimhautblutungen. Auch die multiplen Ecchymosen bei acuten Infectionen dürften auf Veränderungen der Gefässe beruhen, die späterhin in Beziehung zur Arteriosclerose treten.

Prof. Dr. Unverricht macht darauf aufmerksam, dass trotz sorgfältiger Verwerthung aller Symptome, welche auf Elasticitäts-

verlust der Arterien hinweisen, dennoch *im Initialstadium* die Diagnose der Arteriosclerose auf grosse Schwierigkeiten stösst. Der Puls wechselt so sehr durch äussere Bedingungen, dass man gelegentlich die Zeichen einer verminderten Spannung findet, während das Individuum zu anderen Zeiten gute Elasticitätsverhältnisse darbietet. *Das Absterben der Extremitäten* ist häufig rein nervös, und dürfte nur gelegentlich ein Vorläufer der Arteriosclerose sein. Der *arteriosclerotische Schmerz* erscheint U. als ein wichtiges Symptom *bei fortgeschrittener Arteriosclerose*, besonders wenn die leicht palpablen Arterien nur wenig verändert sind. Im vorgeschrittenen Stadium lässt sich auch häufig Elasticitätsverlust nachweisen an Gefässbezirken, die noch nicht hart indurirt sind. Es ist dies eine Bestätigung der Thoma'schen Anschauungen.

Dr. A. Schwartz-Fellin fügt in Bezug auf einen von Prof. Unverricht erwähnten Pat., an welchem diese angiosclerotischen Schmerzen im Gebiete des Kehlkopfes beobachtet wurden, hinzu, dass ähnliche Schmerzen bereits 3 und 4 Jahre vorher zu beobachten gewesen waren, welche nach diätetischer Regelung der Lebensweise schwanden und erst wiederkehrten, als Pat. im 61. Lebensjahre zum ersten Mal eine Ehe einging.

Dr. Ed. Schwarz weist im Anschlusse an Prof. Thoma's Vortrag darauf hin, dass in jüngster Zeit auf Bestehen gleichzeitiger Tabes und relativer Aorteninsufficienz aufmerksam gemacht worden ist, das, wenn Vortr. nicht irre, von Leyden als zufälliges Zusammentreffen erklärt wird. Da jedoch sowohl die Tabes, als auch die relative Aorteninsufficienz durch Verhältnisse erzeugt werden können, wie sie Prof. Thoma vorgetragen, so fordert Vortr. die Collegen auf, in der Folge bei ihren Tabeskranken auf Aorteninsufficienz zu achten, da ein genetischer Causalnexus beider Affectionen sehr wohl möglich wäre.

Dr. A. v. Bergmann bemerkt in Bezug auf die Therapie der Gangrän nach Arteriosclerose an den Zehen, dass entweder expectativ zu verfahren *oder hoch* zu amputiren ist. Eine Amputation im oberen Drittel des Unterschenkels ist zu versuchen, sie hat Vortr. 2 Mal einen guten Stumpf gegeben — Amputation oder Enucleation nahe an der Grenze des Nekrotischen ist stets von raschem Weiterschreiten der Gangrän gefolgt, daher entschieden zu vermeiden.

Dr. v. Zoege Manteuffel macht darauf aufmerksam, dass die senile Gangrän doch wohl nicht zu den Anfangssymptomen der Arteriosclerose überhaupt gehört, vielmehr der Ausdruck einer hochgradigen Erkrankung localer Natur ist. In Betreff des Verlaufes und der Indicationen zu operativen Eingriffen könne er seiner Erfahrung nach anführen, dass sich die operativen Maassnahmen auf eine Ablatio femoris oder eine Absetzung im Knie beschränken müssten, weil man nur so das bei der in Rede stehenden Krankheit ergriffene Gebiet ausschalten könne und ein gesundes Gefässgebiet erreiche. Es findet sich nämlich fast stets

Erkrankung der Tibialis postica, peronea und antica, die oft in die Poplitea übergehe. Sobald man in das Gebiet der Glutäa komme, ist die Ernährung des Stumpfes durch die hier gegebenen Collateralen sichergestellt.

Dr. Wolferz fragt Prof. Thoma, ob die Veränderungen im Urin, Spuren von Eiweiss und geringes specifisches Gewicht nicht auch zu den Initialerscheinungen der Arteriosclerose zu rechnen seien.

Prof. Dr. Thoma: Nephritis in verschiedenen Stadien ist eine nicht seltene Begleiterscheinung der Arteriosclerose, doch finden sich durchaus nicht immer bei schweren Gefässerkrankungen auch schwere Nephritiden.

Dr. O. Petersen bemerkt, dass seiner Ansicht nach die Syphilis in der Aetiologie der Arteriosclerose zu häufig als veranlassendes Moment angeschuldigt werde. Häufig sei nur eine Coincidenz beider Krankheiten vorhanden.

Prof. Dr. Thoma stimmt dem zu, dass die ätiologische Bedeutung der Syphilis überschätzt werde. Indessen beweise das Vorkommen der Arteriosclerose nach den übrigen Infectionskrankheiten, dass auch die Syphilis in Betracht gezogen werden muss.

2. Dr. J. Krannhals-Riga spricht: **„Ueber bacteriologische Untersuchungen zur Zeit der Influenza in Riga“.**

Vortr. referirt über eine Reihe von bacter. Untersuchungen, ausgeführt bei verschiedenen Formen von Pneumonie und Pleuritis während der Influenzazeit. In 20 bacteriol. untersuchten Sectionsfällen typischer, fibrinöser, lobulärer Pneumonie fand Vortr. allemal die Fränkel'schen Pneumokokken, welche in 7 Fällen ausserdem durch das Culturverfahren sichergestellt wurden. Sie waren meist vereint mit Eiterkokken und unter diesen am häufigsten dem Streptokokkus pyogenes. Ausserdem wurden Pneumokokken durch Cultur und an Trockenpräparaten zweimal constatirt im Exsudate serös-eitriger Meningitiden.

Den Streptokokkus pyogenes sieht Vortr. als den Hauptschuldigen der in jener Zeit nicht selten vorhandenen, abscedirenden circumscripten Pneumonien an, sowie der acut entstandenen Lungenabscesse ohne bedeutendere pneumonische Veränderungen. Ferner wurde der Streptokokkus in vollkommener Reinheit als einziger pathogener Pilz bei 8 Fällen primären und in 2 Fällen metapneumonischen Pleuraempyems constatirt (durch das Culturverfahren), in einer ganzen Reihe anderer Fälle eitriger Pleuritis durch die Befunde langer Kokkenketten im Eiter wahrscheinlich gemacht. Pneumokokken hat Vortr. in eitrigen Pleuraergüssen nicht constatirt, wohl aber zweimal bei serösen Ergüssen, die sich bei Lungenabscessen fanden. — Die übrigen Eiterkokken, die Staphylokokken, wurden sehr viel seltener als Hauptbefund constatirt. Nur in 4 Fällen bildeten sie die weitaus grosse Mehrzahl der Colonien. Es waren dies 2 Fälle abscedirender Pneumonie, sowie 2 Fälle einer sich anatomisch von der gewöhnlichen fibri-

nösen Pneumonie in manchen Dingen unterscheidenden Lungenentzündung.

Sechs Mal hat Vortr. Mikroorganismen gewonnen aus serös-eitrigen, pericardialen, resp. peritonealen Ergüssen, welche sich mit den bisher bekannten noch nicht sicher haben identificiren lassen. Von diesen sind besonders hervorzuheben: 1) Kurzstäbchen aus einem serös-eitrigen, pericardialen Erguss; 2) Kokken aus einem ebenso beschaffenen peritonealen Erguss; 3) Stäbchen aus einem Leberabscess nach Influenza — welche 3 Arten bei Zimmertemperatur nicht zum Wachsthum zu bringen waren.

Es sind somit bei entzündlichen Erkrankungen der Respirationsorgane während der Influenzazeit keine specifischen Mikroorganismen gefunden worden, die sich von den allbekannten Entzündungs- und Eiterungserregern unterschieden hätten. Somit stimmen die in Riga gewonnenen Resultate bacteriologischer Untersuchungen überein mit den bisher aus Deutschland bekannt gewordenen.

3. Dr. Krannhals demonstrirt eine Collection von Agar-, Gelatine- und Kartoffelculturen folgender **Bacterien:**

1) Staphylokokkus pyogenes citreus.

2) Ein die Nährböden intensiv grün verfärbender Bacillus, die Gelatine verflüssigend.

3) Ein dem Friedländer'schen Mikrokokkus pneumoniae ähnlich wachsendes Stäbchen („Nagelcultur").

4) Kokken, gewonnen bei Empyema pleurae auf Agar und Kartoffeln, in der Wärme nach Art des Staphylokokkus pyogenes aureus wachsend, auf Gelatine bei Zimmertemperatur bis jetzt jedoch nicht cultivirbar.

5) Kokken, gewonnen bei einer fibrinös-eitrigen Peritonitis, auf Agar und Kartoffeln im Brütschrank als kreideweisser glänzender Ueberzug wachsend, auf Gelatine bei Zimmertemperatur jedoch bis dahin nicht gedeihend.

6) Kurzstäbchen, gewonnen bei eitriger Pericarditis, ebenfalls bei Zimmertemperatur bis jetzt nicht gewachsen, auf Agar und Kartoffeln in der Wärme als mattweisslicher körniger Ueberzug.

4. Dr. Koppe-Pernau spricht: „**Ueber den Seeschlamm, seinen Ursprung und seine Verwendung**"

Seeschlamm findet sich in allen flachen und windgeschützten Buchten, wo der vorhandene Thonboden einen Pflanzenwuchs ermöglicht. Der Seeschlamm besteht im Wesentlichen aus Lehm, durchsetzt mit 2% organischer Substanz aus der Verwitterung der auf dem Lehm wachsenden Pflanzen stammend. Der Lehm führt den Pflanzen die Nahrung zu, der Verwitterungsprocess der Pflanzen lockert seinerseits den Thon. Die unleugbaren Erfolge der Seeschlammbehandlung lassen sich nicht auf eine chemische Wirkung des Seeschlammes zurückführen, sondern sind reine Wärmewirkung, indem die Beimischung des heissen Schlammes die Wärmewirkung des Wassers steigert. Als Postulat für den Seeschlamm stellt Vortr. hin: 1) der Seeschlamm muss möglichst

rein, d. h. frei von fremden Beimengungen, Pflanzenresten, Sand, Steinen, Wasserthieren etc. sein; 2) der Schlamm muss geruchlos sein; 3) der Schlamm darf keine hautreizenden Stoffe enthalten; 4) bei der Anwendung muss der Schlamm genügend durchgekocht sein.

5. Prof. Dr. C. Dehio spricht: **„Ueber Blutveränderungen bei verschiedenen Formen der Anämie"** (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersburger med. Wochenschrift erscheinen).

Prof. Dr. Unverricht bemerkt, dass er auf Grund seiner Erfahrungen dem Satze Dehio's nicht unbedingt beistimmen könne, dass überall, wo der Indicatio vitalis durch Abtreibung des Bandwurmes genügt werden könne, ein sicherer Erfolg zu erwarten sei. In einem Falle sah U. bei einem Pat., der andauernd Eier im Stuhle hatte, durch wiederholte Curen keine Proglottiden abgehen; der Pat. starb, bei der Section fand sich kein Bandwurm. Eine zweite Pat., welche 6 Wochen lang nie Eier im Stuhl gezeigt hatte, ging an Anämie zu Grunde. Bei der Section zeigte sich nur ein sich wenig bewegender Botriocephaluskopf.

In einem dritten Falle verschlechterte sich das Befinden der Pat. nach der Abtreibung einer grossen Anzahl von Würmern so sehr, dass von den behandelnden Aerzten die Hoffnung auf Genesung aufgegeben wurde. Erst Ernährung mit der Schlundsonde und subcutane Eiseninjectionen besserten den Zustand.

Wenn also ein Zusammenhang zwischen Anämie und Botriocephalus besteht, so kann man doch nicht sagen, dass in allen Fällen die Erscheinungen der Anämie auftreten und verschwinden ganz gleichzeitig mit der Einwanderung und Ausstossung des Wurmes.

Prof. Dehio betont, dass die fünf von ihm näher untersuchten Fälle ein abschliessendes Urtheil über die therapeutischen Erfolge der Bandwurmcur nicht erlauben, dass aber in den Fällen, wo es ihm gelang, den Bandwurm abzutreiben, die Patienten genasen, in dem Falle, wo solches nicht gelang, der Kranke starb. — Die von Prof. Unverricht angeführte Beobachtung, dass sich trotz des intra vitam constatirten Vorhandenseins von Botriocephaleneiern in den Fäces, kein Bandwurm bei der Section nachweisen liess, ist schon mehrfach und auch vom Referenten gemacht worden.

Dr. Krüger-Dorpat: Das Fleischl'sche Hämometer ist für die exacte Forschung als unbrauchbar zu betrachten, da die Fehler mit steigender Verdünnung des Blutes schwanken und in der Regel grösser werden (bis 23,7%).

Zur Methode der Zählung der rothen und weissen Blutkörperchen ist zu bemerken, dass sie durch Erkenntniss des Verhältnisses derselben zu einander noch keinen Aufschluss giebt darüber, ob thatsächlich im circulirenden Blute eine Aenderung in der Zahl der weissen Blutkörperchen vorhanden sei, oder ob sie nur scheinbar sei, hervorgerufen durch Veränderungen in der

Spaltbarkeit der Leukocythen einerseits, oder der Spaltungsfähigkeit des Protoplasma andererseits.

Bei der perniciösen Anämie lässt sich durch Blutkörperchenzählung und Hämoglobinbestimmung nicht mit Sicherheit feststellen, ob die scheinbar normalen Blutkörperchen eine Aenderung in ihrem Hämoglobingehalt erlitten haben, da auch die Poikilo- und Mikrocythen mitgefällt werden.

Prof. Dehio antwortet hierauf, dass der Fehler, den das Fleischl'sche Hämometer ergiebt, ein constanter ist und leicht festgestellt werden kann, und dass er denselben in seinen Untersuchungen stets corrigirt hat.

Die Blutkörperchenzählungen sind, mit dem Thoma-Zeiss'schen Apparate ausgeführt, für klinische Zwecke genügend zuverlässig; darin stimmen alle Autoren, die sich mit solchen Untersuchungen befasst haben, überein. Das Vorhandensein von kleinsten rothen Blutkörperbröckelchen bei der perniciösen Anämie stört das Resultat der Untersuchung nicht, da dieselben relativ sehr wenig zahlreich und sehr klein sind.

6. Prof. Unverricht spricht: **„Ueber acute Polymyositis".**

U. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Affection, welche erst im Jahre 1887 bekannt wurde. Er selbst hat seine Beobachtung schon 1880 gemacht, aber erst 1887 veröffentlicht, gleichzeitig mit Wagner und Hepp, welche ähnliche Fälle mittheilten. In seinem eigenen Falle handelte es sich um einen 24-jährigen Steinsetzer, welcher mit rheumatoiden Beschwerden in's Krankenhaus kam. Hier stellte sich bald unter Fieber eine ödematöse Schwellung der Extremitäten, des Gesichts und später des Rumpfes ein. Die geschwollenen Theile waren im höchsten Grade druckempfindlich. Im Gesicht zeigte sich ausserdem ein Urticaria ähnlicher Ausschlag. Der Process griff dann auf die Schlingmuskulatur über, so dass Pat. nichts mehr geniessen konnte und schliesslich wurde auch die Thoraxmuskulatur befallen. Pat. ging dann schnell suffocatorisch zu Grunde.

Man dachte an Trichinose, aber weder an einem intra vitam excidirten Muskelstückchen, noch an unzähligen post mortem gewonnenen Präparaten konnten Trichinen nachgewiesen werden. Auch das Fehlen von gastrischen Erscheinungen und das Freibleiben der Augenmuskulatur und des Zwerchfelles sprach gegen Trichinose. U. veröffentlichte deshalb den Fall als Polymyositis acuta progressiva, während Hepp für seine ganz analoge Beobachtung die Bezeichnung Pseudotrichinose wählte.

U. ist der Meinung, dass es sich um ein eigenartiges Krankheitsbild auf infectiöser Basis handelt. Dasselbe charakterisirt sich durch *entzündliches Oedem der Haut, Entzündung der willkürlichen Muskulatur mit Ausschluss der Augenmuskeln, der Zunge und des Zwerchfelles, Fieber, Milzschwellung und Urticaria-ähnliche Ausschläge.* — Dass solche Fälle in Heilung übergehen kön-

nen, wird durch eine Beobachtung aus Fürbringer's Abtheilung von Plehn bewiesen.

U. hat im letzten Jahre Gelegenheit gehabt auch in Dorpat einen hierher gehörigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um eine Gravida, welche mit Fieber, einem verbreiteten prallen Oedem ohne Albuminurie und mit einem Urticaria-ähnlichen Ausschlag am Stamme in die Dorpater Klinik kam. In diesem Falle traten die Erscheinungen von Seiten der Haut so stark in den Vordergrund, dass es vielleicht zweckmässiger ist von Dermatomyositis zu sprechen. Der Fall ging in Heilung über. Mehrere Monate nach der Entbindung war das Oedem der Haut vollkommen geschwunden, aber eine Empfindlichkeit der Muskulatur zurückgeblieben. Die Deltoïdei und Infraspinati zeigten ausserdem eine geringe Abmagerung, aber die elektrische Erregbarkeit war normal.

Pfeiffer hat ähnliche Affectionen des Muskelfleisches und der Haut bei Thieren in Folge von Einwanderung von Gregarinen beschrieben und auch die Präparate U.'s auf Gregarinen, aber mit negativem Resultate untersucht. Dennoch ist es nicht unmöglich, dass die Affection durch die Gregarinen erzeugt wird, dass es sich um eine Dermatomyositis gregarinosa handelt.

7. Dr. W. v. Kieseritzki spricht: **„Ueber seltene Complication beim Abdominaltyphus"**. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. Med. Wochenschrift veröffentlicht werden).

Protokoll der III. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 28. August 1890, 9 Uhr Morgens.

1. Dr. A. v. Bergmann und Dr. v. Zoege-Manteuffel demonstriren die von den Firmen Marggraf-Riga, Vollmer-Dorpat und Grempler-Dorpat ausgestellten Instrumente und Apparate.

2. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen 12-jähr. Patienten, bei dem er am 31. October 1889 die **Resection des l. Hüftgelenkes** nach König ausgeführt hat. Damaliger Status: Vorn am Oberschenkel unterhalb des Lig. Poupartii und nach aussen von den Gefässen besteht Schwellung, derbes Oedem, keine Fluctuation. Ueber dem Lig. Poup. ein paar mandelgrosse Drüsen. Fossa iliaca frei, nicht druckempfindlich, ebenso der Trochanter, welcher nicht über die Roser-Nélaton'sche Linie verschoben ist. Mässige Flexion und Extension können passiv ausgeführt werden, wogegen Rotationsbewegungen unmöglich sind. Tuber ischii bei Berührung schmerzhaft. Rectaluntersuchung ergiebt normalen Befund. Bein abgemagert. Abends Fieber.

Operation: Zuerst Incision vorn am Oberschenkel, tuberculöser Eiter entleert. Resection des erweichten, mit käsigen Massen durchsetzten Femurkopfes, der seines Knorpelüberzuges beraubt ist. Pfanne bis auf das hintere Segment erkrankt und mit schwammigen Granulationen ausgefüllt. Evidement. Abmeisseln des hinteren unteren Segmentes des Pfannenrandes. Incision an der Innen-Hinterfläche, welche eine grosse Eiterhöhle um den Trochanter minor freilegt. — Pat. konnte am 12. Dec. 89 ohne Stützapparat gehend entlassen werden. Die guten functionellen Resultate, welche sich erhalten haben, werden demonstrirt.

3. Dr. Brennsohn Mitau demonstrirt **Corsets zur Behandlung der Scoliose und Kyphose,** die unter seiner Leitung angefertigt sind und bemerkt hierzu: In der Suspension des Pat. wird zunächst ein starkes Gypscorset angelegt, dann wieder entfernt. Nachdem es getrocknet, wird es innen mit in Gypsbrei getauchter Heede ausgepflastert und auf dem so erhaltenen Positiv — dem Modell — werden die Holzbinden geleimt. Dadurch, dass mehrere Lagen über einander und in verschiedenen Ebenen — senkrechte, horizontale und dagegen verlaufende Lagen — angelegt werden, wird trotz grosser Leichtigkeit eine bedeutende Dauerhaftigkeit erzielt. In Bezug auf das Reclinations- resp. Extensionsbett bemerkt Vortr.: dasselbe verbinde die Vortheile der Entlastung der erkrankten Partien der Wirbelsäule mit der Fixirung derselben und der Möglichkeit, dem Pat. den Genuss der frischen Luft zu verschaffen. Dasselbe wird in folgender Weise angefertigt: Der Pat. wird auf den Bauch gelagert, durch unter die Stirn, Schlüsselbeingegend und Oberschenkel gelegte Rollkissen wird eine Lordose der mittleren Partie der Wirbelsäule und hierdurch eine Entlastung der erkrankten Theile erzielt. Nun werden Gypsbinden vom Scheitel bis zu den Afterfalten angelegt und von einem Assistenten an den Körper angedrückt, darüber kommen Querlagen. Hat man eine gewisse Dicke der Lagen erlangt, so wird dieser Rückenschild abgehoben, getrocknet und mit alkoholischer Schellacklösung überzogen. In gleicher Weise wird das Extensionsbett angefertigt, nur befindet sich der Rumpf in vollständig ebener Lage und wird in die obersten Gypslagen ein eiserner Bügel zur Anbringung eines Kinnhinterhauptgürtels eingefügt.

4. Dr. Wolferz-Riga spricht: **„Ueber Ernährnng im Typhus“**. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. med. Wochenschrift in extenso erscheinen).

5. Dr. Stadelmann-Dorpat spricht: **„Ueber Cholagoga und deren therapeutische Verwendung“.**

Die bisherigen experimentellen Untersuchungen über die Cholagoga entsprechen nicht vollkommen allen Anforderungen, die an dieselben gestellt werden müssen, andererseits auch erscheint

es nach den jetzt geläufigen und wohl sicher gestellten Anschauungen über die Vorgänge bei der Gallensecretion in der Leber kaum wahrscheinlich, dass Mittel, welche wir bei Fällen von Gallenstauung in Folge von Gallensteinen, Icterus catarrhalis etc. geben und von denen wir günstige praktische Erfolge bei derartigen Fällen von Resorptionsicterus kennen, als Cholagoga wirken. So haben denn auch die Untersuchungen, die der Vortr. mit seinen Schülern, den Herren DDr. Nissen, Müller, Mandelstamm angestellt hat, ergeben, dass die Alkalien ebenso wenig wie warmes oder kaltes Wasser als Cholagoga wirken können, da diese Mittel die Gallensecretion absolut nicht steigern. Es hat sich aber herausgestellt, dass es trotzdem wahre Cholagoga wirklich giebt, allerdings steigern dieselben fast alle nur die Gallenmenge, nicht dagegen die Absonderung des Gallenfarbstoffes, der Gallensäuren etc., d. h. sie bewirken nur eine vermehrte Absonderung des Gallenwassers. Es hat sich ergeben, dass die Alkalien (auch die Kalisalze) in kleinen Dosen, wie sie bei der Behandlung mit Karlsbader Wasser, Karlsbader Salz therapeutisch zur Anwendung kommen, keinen Einfluss auf die Gallensecretion haben, dass sie dagegen in grossen Dosen die Gallensecretion nicht erhöhen, sondern herabsetzen. Nicht viel anders scheint Aloe, Podophyllin, Rheum sich zu verhalten, nach welchen keine vermehrte Gallensecretion sich ergab. Santonin, Pilocarpin wirken wenig ein, dagegen setzt Atropin auf kurze Zeit die Gallensecretion enorm herab. Antifebrin, Antipyrin, Coffein. natrobenzoic., Ol. Therebinth. steigern dieselbe in geringem Grade; Coffein., Theobromin. natrosalicylic. in höherem Grade. Salicylsäure ist ein äusserst wirksames Cholagogum. In dem Durande'schen Mittel kann der Aether jedenfalls nur narkotisirend wirken. Vielleicht kommt dem Ol. Therebinth. eine gewisse lösende Wirkung auf Gallensteine, resp. Gallensäuren zu. Von dem Olivenöl, dem neuesten Mittel gegen Gallensteine, konnte nicht der geringste Einfluss auf die Gallensecretion gefunden werden.

Das wirksamste Cholagogum ist die Galle selbst und die Gallensäuren, nach deren Eingabe auf 12—36 Stunden eine ausserordentlich vermehrte Gallensecretion eintritt, wobei auch Gallensäuren in stark erhöhter Menge zur Ausscheidung kommen. Bei Gallenstauung ist aber eine Indication für die Application der Cholagoga nicht gegeben, da verstärkte Gallenabsonderung nur verstärkte Gallenresorption zur Folge hat bei der eigenthümlichen Einrichtung, welche in der Leber besteht und wonach, sobald in den Gallengängen ein gewisser niedriger Druck überschritten ist, was beim Icterus jedenfalls schon stattgefunden hat, eine Verstärkung des Druckes nicht eintreten kann, weil derselbe durch eine verstärkte Resorption sofort compensirt wird. Cholagoga sind nur dann indicirt, wenn bei fehlendem Icterus die Leberzellen zu wenig Galle produciren, d. h. etwa bei Fett-

leber, Amyloidzuständen, die vielleicht erkannt werden können durch mangelhafte gallige Färbung der Faeces und starken Fettgehalt derselben.

Dr. Voss wendet sich gegen die Aeusserung des Vortragenden, dass überhaupt keine Drucksteigerung eintrete, weil der vermehrten Secretion eine vermehrte Abfuhr entspreche. Eine Drucksteigerung müsse eintreten, wenn auch nur vorübergehend.

Dr. Stadelmann: Die bisherigen experimentellen Untersuchungen und die günstigen Bedingungen für das Zustandekommen der Gallenresorption in der Leber machen es höchst unwahrscheinlich, dass eine irgendwie erhebliche Steigerung des Gallendruckes im Gallengangsystem für mehr als einen minimalen Zeitraum selbst durch wirksame Cholagoga herbeigeführt werden könnte.

6. Dr. Westphalen-St. Petersburg spricht: **„Ueber die Resorption gewisser toxischer Stoffe vom Magen aus“.**

Vortr. bringt zunächst eine Publication von Dr. Moritz (St. Petersb. med. Wochenschr. 1890, № 16) in Erinnerung, welche die Krankengeschichte zweier von Dr. Moritz und Ref. behandelten Patienten zum Gegenstande hat. In beiden Fällen handelte es sich um die Entwickelung von Hautexanthemen, welche mit Fieberparoxysmen von intermittirendem Charakter verbunden waren und mit der Resorption gewisser toxischer Stoffe — vielleicht von Ptomainen — in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden mussten. Weitere Fälle seiner Beobachtung bestärken Ref. in dieser Auffassung, umsomehr noch, als es ihm gelang in einem Falle von habitueller Urticaria nach Erdbeeren dem Ausbruch des Exanthems durch Darreichung von Salzsäure vorzubeugen. Auf denselben ätiologischen Grund führt Vortr. auch weiter gewisse Formen von meist halbseitigen, mit dyspeptischen Beschwerden verbundenen Kopfschmerzparoxysmen zurück, welche eine gastrische Provenienz verrathen, mit Anacidität des Magensaftes einhergehen und durch Salzsäure fast momentan zum Schwinden gebracht werden. Zum Schlusse weist Ref. noch auf eine gewisse Parallele hin, welche zwischen den besagten pathologischen Zuständen und anderen Krankheiten gezogen werden kann, wie der Tetanie bei Magendilatation (Loeb) und der perniciösen Anämie, die durch einige Magenspülungen (Landoz, Kaufmann, Meyer) und durch die Abtreibung eines Botriocephalus (Reyher, Hoffmann, Schapiro, Botkin u. A.) geheilt wird.

(Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt).

Dr. Krannhals referirt über einen Fall, in dem es sich höchst wahrscheinlich um die **Resorption toxischer Substanzen vom Darme** aus handelte. Derartige Beobachtungen seien selten und habe Vortr., soweit ihm die Literatur zugänglich gewesen, keine ähnlichen Zustände mitgetheilt gefunden. Ein 13-jähr., sonst ge-

sundes Mädchen erkrankte Anfang December 1889 unter den Symptomen eines Ileotyphus. Der plötzliche Abfall der Temperatur am 14. Krankheitstage liess zuerst Zweifel an der Diagnose auftreten. Von nun an gestaltete sich ein ganz eigenthümliches Krankheitsbild, welches bis zu der im April 1890 erfolgten Genesung seinen Charakter nicht änderte. Nach dem ersten Temperaturabfall erfolgte nach einigen Tagen Pause ein abermaliges Ansteigen der Temperatur, welche einige Tage sich auf einer beträchtlichen Höhe hielt, dann wieder abfiel. Solche 2—4 Tage anhaltende, zuweilen mit einem Schüttelfrost eingeleitete Fieberparoxysmen wiederholten sich in der Folge in ziemlich regelmässigen Intervallen, getrennt durch einige vollkommen fieberfreie Tage. Die Diagnose blieb lange schwankend, am längsten hielt sich die Vermuthung einer Tuberculose, obgleich die Untersuchung der Se- und Excrete negativ. Bald jedoch wurde beobachtet, dass der Fieberabfall stets nach einer Entleerung grosser Mengen gelblichen glasigen Schleimes erfolgte; derselbe häufte sich offenbar in der Flexura lienalis coli an, indem leichte, hier bestehende Schmerzen sofort nach der Entleerung des Schleimes schwanden. Die Behandlung richtete sich auf die möglichst schnelle und gleichmässige Entleerung dieses Schleimes, doch blieben alle per os und per anum angewandten Abführmittel und Antiseptica insofern ohne Erfolg, als die Entleerung des Schleimes immer nur spontan erfolgte und die durch jene Mittel verflüssigten Kothmassen an dem angehäuften Schleim *vorbei* ihren Weg zu nehmen schienen, ohne diesen mitzureissen. Behandlung mit Creolin führte schliesslich zum Ziel: allmälige Abnahme der Intensität und Dauer der Fieberparoxysmen, sowie der Quantität der entleerten Schleimmassen, Genesung im April 1890.

Eine chemische Untersuchung der Schleimmassen hat nicht unternommen werden können, wohl aber erscheint bedeutungsvoll, dass diese Massen fast ausschliesslich aus colossalen Mengen grosser Bacillen bestanden, deren nähere bacteriologische Untersuchung aus Zeitmangel leider nicht zu Ende geführt werden konnte.

Dr. Westphalen kann die Beobachtung von Dr. Krannhals auf Grund zweier Fälle vollkommen bestätigen. In beiden Fällen handelte es sich um die Anhäufung von Fäcalien in der Flex. lienalis coli, welche eine Dämpfung des Percussionsschalles dieser Gegend bedingte. In Folge davon kam es regelmässig zu Fieberanfällen von intermittirendem Charakter. Das Fieber schwand stets auf Entleerung der Flexur durch ein Abführmittel. Eine definitive Heilung erfolgte nach prolongirter Anwendung des Darmspülapparates.

Dr. Israelsohn fragt, ob nicht an den Patienten, sowohl denen, die an Erythema multiforme litten, als auch denen mit Kopfschmerzen eine gewisse Disposition, namentlich ob keine neuropathische Belastung zu constatiren war, da sonst bei der

Häufigkeit der mangelhaften Salzsäureproduction, z. B. bei chron. Magencatarrh, Carcinom, die Seltenheit der geschilderten Erscheinungen auffallend wäre. Erythema multiforme kommt ja auch sonst bei nervösen Personen vor, ebenso enden auch manche Formen nervösen Kopfschmerzes mit einem Brechacte.

Dr. Westphalen: Eine nervöse Disposition müsste fast bei allen Fällen in Abrede gestellt werden. Dagegen möchte Ref. namentlich, fussend auf dem eigenthümlichen Auftreten der Urticaria nach gewissen Speisen, eine individuelle Disposition für die in Rede stehenden Krankheitszustände entschieden betonen. In Bezug auf Dr. Krannhals' Beobachtung bemerke er noch, dass er grössere Mengen von Schleim in den Faeces seiner Fälle nicht habe constatiren können, auch habe er eine mikroskopische Untersuchung der Fäcalien nicht ausgeführt. Auch hier stagnirte die Kothmasse in der Flexur, während der übrige Kothstrom an denselben vorbeiging. Eine definitive Entleerung fand erst statt nach Anwendung eines Drasticum.

Dr. M. Treymann theilt mit, dass ein Mann, der jedesmal etwa $^1/_4$ Stunde nach dem Genuss von Erdbeeren ein Urticaria-Exanthem bekam, von dieser Affection verschont blieb, sobald er vor dem Genuss die äussere Hülle der Erdbeeren, speciell ihre Samenkörnchen, die er besonders verdächtigte, entfernt hatte [1]).

7. Dr. A. v. Bergmann-Riga spricht: **„Ueber das Indicationsgebiet der Gelenkresectionen"**. (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersb. med. Wochenschrift erscheinen).

---

[1]) Nachträglich gab Dr. Kroug-Hungerburg folgende Beobachtung zu Protokoll: Patientin, 8 a. n., hat normale Masern durchgemacht, während derselben von einem anderen Collegen Mixtura gummosa 2 Wochen hindurch erhalten, die eine vollständige Obstipation zur Folge hatte. Nach einer fieberfreien Periode plötzlich starke Fieberbewegungen, remittirend, Morgens normal, 3 Uhr Nachm. Höhepunct, Abfall allmälig zum Abend. Höhe schwankt zwischen 39,5 und 41,1°. An den inneren Organen Alles vollständig normal. Milz nicht vergrössert. Im linken Hypochondrium eine druckempfindliche Stelle. Abdomen etwas aufgetrieben. Spontaner Stuhl, nachdem einige Tage Clysmata fortgesetzt waren: schleimige Massen; Abfall der Temperatur, der so lange anhält, als der Stuhl spontan resp. auf Clysma erfolgt. Abermalige Obstipation, abermaliges Fieber, jedoch nicht von solcher Höhe. Dieser Vorgang wiederholt sich drei Mal. Schliesslich wurde zu hohen Darmirrigationen mit Thymollösungen geschritten, dieselben durchspülten den ganzen Darm, was aus den auftretenden Ructus zu erschliessen war. Darauf fiel das Fieber lytisch und Pat. genas vollständig. Der Appetit war ein ganz enormer, auch während der höchsten Fieberbewegungen. Zu bemerken war noch ein Schmerzpunct am Acromio-clavicular-Gelenk, der täglich zu verschiedenen Zeiten auf 1—2 Stunden auftrat. Keine Schwellung. Dauer der Erkrankung 4 Wochen.

Dr. v. Zoege-Manteuffel glaubt darauf hinweisen zu müssen, dass die 11% Mortalität der Dorpater Klinik auch der frühantiseptischen Periode zum Theil angehören und dass die letzten 25 Fälle ebenfalls ähnlich denen von Bruns nur einen Todesfall aufzuweisen hätten. Ferner glaubt er auf Resultate auch ausgiebiger Resection des Fussgelenkes hinweisen zu müssen, die jüngst Kappeler in Münsterlingen veröffentlicht. Auch den Dorpater Erfahrungen nach empfehle sich wohl die frühe operative Inangriffnahme des Fungus tarsi, da hierbei doch eine ganze Reihe von erfreulichen Resultaten zu erzielen sei — während die conservative Therapie namentlich bei Erwachsenen doch wenig leiste.

Dr. A. v. Bergmann weist darauf hin, dass die Resultate bei Fussgelenkresectionen auch häufig im Stich lassen, deswegen empfehle er, die Jodoforminjection zu versuchen. Er speciell habe bei Fussgelenkresectionen Glück gehabt und sogar bei einem ambulatorisch behandelten Falle bestes functionelles Resultat gehabt.

8. Dr. v. Zoege Manteuffel Dorpat spricht: „**Ueber die differentielle Diagnose des Ileus**“ und über die Bedeutung, die die v. Wahl'sche Lehre vom localisirten Meteorismus für die Diagnose des Ileus gehabt.

Die früheren Kliniker versuchten stets die anatomische Ursache der mechanischen Behinderung des Kothlaufes klinisch zu eruiren, oder den ergriffenen Darmtheil vorauszubestimmen. So natürlich diese Bestrebungen auch sind, so wenig hat diese Art der Eintheilung und Betrachtung die Angelegenheit in klinischer Hinsicht weiter gefördert. Auch die von Trewes unter anderen vorgeschlagene Eintheilung in chron. und acuten Ileus, die Poppert wieder aufnimmt, ist, so zweckmässig sie scheint, doch unfruchtbar, weil sie sich auf die Anamnese stützt. Wenn dagegen nach v. Wahl die pathologischen Veränderungen herangezogen und zum Eintheilungsprincip erhoben würden, deckten sich sofort der pathol. Befund mit dem klin. Symptom und ergäbe sich etwa folgendes Schema:

I. Strangulations-Ileus.

Pathologische Veränderung:	*Klinisches Symptom:*
1) Localisirter Meteorismus, Blähung der strangulirten Schlinge.	1) Asymmetrien am Abdomen, localisirte Resistenz.
2) Ischämische Darmlähmung der strangulirten Schlinge.	2) Vollkommene Ruhe unter den Decken des Abdomen, keine Peristaltik sicht- oder fühlbar.

In diese Kategorie sind zu zählen: Knotenbildung, Achsendrehung; Incarceration in präformirte Oeffnungen; Strangulationen; Invagination.

II. Obturations-Ileus.

Pathologischer Befund:	*Klinisches Symptom:*
1) Localisirter Meteorismus, bedingt durch Stauung oberhalb des Hindernisses.	1) Nachweisbare Asymmetrie, palpable Resistenz.
2) a) Keine erhebliche Circulationsstörung; b) Hypertrophie der Darmmuskulatur oberhalb des Hindernisses bei chronischen Formen.	2) Peristaltik sicht- oder fühlbar.

Zu dieser Gruppe gehören: Stricturen; Obstructionen durch Fremdkörper, Tumoren, Fäcalmassen etc.; Compression durch Tumoren von aussen; Knickungen.

Aus der Allgemein-Symptomatologie liesse sich, wie erwähnt, kein Schluss auf die Art des Hindernisses, die Form der Occlusion ziehen. Es seien die Symptome, einzeln auf ihren Werth geprüft, stets inconstant: so das Erbrechen, die *Obsti*pation, Collaps, Schmerz etc. Nur soviel lasse sich sagen: *je stürmischer die Allgemeinerscheinungen, desto mehr Mesenterium sei betheiligt.*

Trete das im 1. Stadium der *reflectorischen Erscheinungen* schon hervor, so beherrsche dies Princip im 2. Stadium neben den Erscheinungen der *mechanischen Behinderung* des Kothlaufes durchaus das Feld und gestatte eine differentielle Diagnose bei Verwerthung des W a h l'schen Symptoms. Im 3. Stadium endlich treten Peritonitis und Autointoxication so sehr in den Vordergrund, dass das Symptomenbild sich verwischt und von dem der Peritonitis verdrängt wird.

Zumeist kommen die Kranken im 2., resp. Beginn des 3. Stadiums zum Arzte. Die Allgemeinsymptomatologie gestattet nur im Grossen die Antwort auf die Frage, ob stürmischer Verlauf oder nicht, ob viel Mesenterium betheiligt oder nicht. Die specielle Diagnose differenzire nach W a h l die oben genannten Ileusarten. Zu erwähnen sei noch, dass von den Allgemeinsymptomen wohl alle inconstant, am wenigsten verwerthbar jedoch wohl der Schmerz sei, auf den neuerdings wieder viel geachtet werde. Der Schmerz sei meist am Nabel und gebe garkeine Anhaltspuncte für den Sitz des Hindernisses. Ebenso hätte die Percussion stets im Stich gelassen. Wenig Werth sei dem diagnostischen Clysma beizumessen. Alle diese Dinge zeigten ja hier und da Uebereinstimmung mit dem Befunde am Sections- und Operationstische, aber seien so wenig zuverlässig, dass man darauf keine Diagnose bauen könne.

Die Diagnose könne bis jetzt die Frage, ob es sich um eine Abschnürung durch ein Band oder ein Divertikel, ob es sich um eine Stenosirung durch einen Tumor oder eine Narbe handelt, nur vermuthungsweise berühren. Eine differentielle Diagnose liesse sich aber stellen *in Bezug auf das pathol.-anatom. Verhalten des*

Darmes. Die Strangulation und Obturation liessen sich klinisch unterscheiden und gebe diese Unterscheidung die Handhabe für die Therapie. (Ausführlicheres wird in Langenbeck's Archiv veröffentlicht werden).

Dr. A. v. Bergmann referirt über folgenden Krankheitsfall-Frau J., 51 a. n., wegen Dementia paral. in Rothenberg befindlich, hat bisweilen an Obstipationen gelitten, deshalb öfters Irrigationen; 28. Juni 90 hat Pat. 2 Mal erbrochen ohne besondere Veranlassung. 29. Juni. Morgens noch Stuhl, jedoch war schon am Morgen der Oberin der Leib der Pat. „hoch" erschienen; Abends Zunahme des Meteorismus. 30. Juni. Vorm. 2 Irrigagationen ohne Erfolg. Abends Ol. ricini 30,0. 1. Juli. Drei massige Entleerungen breiigen Kothes, Leib etwas weicher. 2. Juli. Der Leib ist stärker meteoristisch aufgetrieben und zwar rechts mehr, worauf schon die Wärterin aufmerksam macht, der die Asymmetrie aufgefallen war. Pat. klagt über Schmerzen im Leibe, geht jedoch umher, isst und trinkt. Morgens hatte Pat. 2 Mal erbrochen, kein Singultus, kein Stuhl. Mastdarm enthält nur etwas glasigen Schleim, sonst ergiebt die Rectaluntersuchung nichts. Abends Ol. ricini 30,0 + Ol. Croton. gutt. j. Kein Stuhl. 3. Juli. Nachts Würgen gewesen. Meteorismus nimmt zu, Occlusion besteht fort, Pat. wird in's Stadtkrankenhaus übergeführt, wo Ref. constatirt: Guter Ernährungszustand der kräftigen Pat., Gesichtszüge nicht verfallen, Puls 86, regelmässig, kräftig. Von Zeit zu Zeit Ructus. Kein Erbrechen. Abdomen aufgetrieben, asymmetrisch, stärkere Vorwölbung rechts oben, die stärkste Vorwölbung lässt sich als Kuppe einer Schlinge abpalpiren. Die Schlinge lässt sich jedoch nicht bis zu ihrem Fusspuncte verfolgen, sie ist annähernd in die Gegend des Colon transversum hinaufgerückt, scheint aber ihren Fusspunct links unten zu haben. Leber stark hinaufgedrängt, untere Grenze der Dämpfung beginnt erst an der 4. Rippe. Spitzenstoss im 4. Intercostalraum in der Mammillarlinie. Im Verlauf der Schlinge Tympanie, links unten entlang der Fossa iliaca int. dumpfer Percussionsschall. In beiden seitlichen Partien des Abdomens keine Dämpfung. Diagnose: Volvulus des S romanum. 3. Juli. 12 Uhr Mittags Laparotomie. Schnitt: Symphyse bis Nabel. Colossal geblähte Dickdarmschlinge vorgewälzt, Achsendrehung der Flexur (270°). Zurückdrehen der Schlinge. Erst nach Einführung eines Mastdarmrohres und Entleerung von Gasen und etwas Koth gelingt es den Darm zu reponiren. — Abends Stuhl. 4. Juli. Nachts zwei Mal reichl. Stuhl. Ord.: Tinct. Opii 2-stündlich gutt. V, Lavements. 5. Juli. 1 Mal Erbrechen. L. H. U. grossblasiges Rasseln, etwas Husten, etwas Blut im Sputum. 10. Juli. Suturen entfernt, prima intentio. Pat. mit Heftpflasterverband nach Rothenberg transportirt, wo keine weiteren Störungen der Darmfunctionen beobachtet.

Vortr. betont, dass der Eingriff bei Occlusion dann vorzunehmen sei, wenn der Nachweis möglich, dass an einer Stelle tympa-

nitisch geblähter Darm gegen eine gedämpfte Partie sich abhebe. In einem Falle — 5. Tag der Occlusion — war dieses möglich nachzuweisen für das Ileum, im Bereiche des Colon war dumpfer Percussionsschall. Ein operativer Eingriff wurde contraindicirt durch nachweisbare Perforation in der Ileocoecalgegend und hochgradigen Kräfteverfall des Pat. Ein weiterer Fall lehrte, dass mit Ausbildung der Peritonitis der Darm gelähmt und gebläht werde, wodurch der geblähte, unterhalb der Occlusion gelegene Darm auch zu irrthümlicher Deutung Veranlassung gebe. Die Blähung des Darmes unterhalb der occludirten Stelle ist Symptom der Peritonitis und diese contraindicire die Operation, es sei denn, dass man zu einer eben entstehenden Peritonitis komme.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Die Percussion des Abdomens gebe seiner Ansicht nach nicht oder noch nicht sichere Resultate. Unter den 17 Fällen der Wahl'schen Klinik, in denen ausnahmslos die Diagnose gestellt wurde, ist stets auf das percutorische Verhalten geachtet worden, doch hat dasselbe so wechselvolle Resultate gegeben, dass sich dieselben nicht verwerthen lassen. Neben Bestätigung des palpatorischen Befundes widersprach die Percussion ihm nicht weniger häufig und gab die Section oder Operation stets der Palpation recht.

Dr. A. v. Bergmann: Wenn Occlusion durch Tumor, Invagination und Achsendrehung des Dickdarmes ausgeschlossen, glaube Ref. nicht, dass Palpation bei dem stark gespannten, empfindlichen Leibe Erfolg habe, er halte dafür, dass in denjenigen Fällen, wo man nicht den Nachweis des Sitzes der Occlusion durch Percussion führen könne, künstlicher After anzulegen sei.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Wenn schon die Schmerzhaftigkeit so gross, dass die Palpation wesentlich behindert sei, so sei das eben schon ein Symptom von Peritonitis. Fehle diese, so könne das Abdomen ganz weich sein und die strangulirte Schlinge springe dann deutlich vor, wie in mehreren Fällen von complicirter Knotenbildung (demonstrirt eine Zeichnung). Bei Drehung des ganzen Dünndarmes sei der percutorische Befund ohnehin nicht zu verwerthen. Auch sonst müsse Ref. darauf die Aufmerksamkeit lenken, dass bekanntlich die gewöhnliche Angabe der Anatomen, nach der der Dünndarm in der Mitte vom Dickdarm umrahmt würde, nicht richtig ist, da ja nicht nur sehr oft die Flexur bis zur Leber, sondern das Colon transversum bis zur Symphyse reiche. — In Betreff der Indication zur Operation sei zu achten auf beginnende circumscripte Peritonitis, die die Prognose beeinflusse. Sie liess sich sehr wohl in mehreren Fällen diagnosticiren durch den palpatorischen Nachweis peritonitischen Knirschens.

9. Dr. v. Rieder-Werro spricht: „**Ueber Tetanus traumaticus**". (Der Vortrag ist in № 42 der St. Petersb. Med. Wochenschrift erschienen).

Dr. M. Treymann berichtet aus seiner Consultationspraxis über einen Fall von Tetanus nach manueller Lösung einer Placenta. Es seien nur wenige derartige Fälle aus der Literatur bekannt.

Dr. Selenkow hat vor ca. 9 Jahren in der St. Petersb. Med. Wochenschr. einen in Genesung übergegangenen Fall von Tetanus veröffentlicht. Es war ein sehr schwerer, mit hohen Temperaturen verlaufender Fall von 8—10-tägiger Dauer nach septisch inficirter Wunde am Unterschenkel. Therapie: Morphium und Chloral in grossen Dosen — $^1/_2$ Gran resp. ʒβ 2 Mal täglich. Sehr langsame Convalescenz. Zur Aetiologie hatte er sich damals, als noch die Arbeiten von Batty und Nicolaier nicht erschienen waren, auch auf rein theoretischer Grundlage erlaubt, auf der infectiösen Natur des Tetanus zu bestehen und die Voraussetzung auszusprechen, dass die von Brieger entdeckten und untersuchten Fäulnissalkaloïde bei der Aetiologie eine Rolle spielten.

Dr. Fr. Walter fragt Dr. v. Rieder, warum bei der Behandlung das Chloroform contraindicirt sein solle. Er habe in einem Falle entschiedenen Erfolg gesehen durch Narkose, insofern nach einer solchen es gelang, das ursächliche Moment — einen vor etwa einer Woche unter den Fingernagel gerathenen Splitter, beiläufig bemerkt einen Splitter von einer Mistbeeteinfassung (Pferdedünger) — von der vorher sprachunfähigen Patientin zu eruiren.

Dr. v. Rieder: Besonders französische Aerzte erklären das Chloroform für gefährlich beim Tetanus; auch werden in der Literatur Fälle angegeben von Chloroformtod bei Tetanuskranken.

Dr. H. Meyer: Popen berichtet über 2 von ihm behandelte Tetanusfälle, von denen beide auf demselben Gute innerhalb zweier Jahre gesehen wurden. Fall I: ein Knecht hatte sich einen Holzsplitter beim Sprunge über einen Graben in den Fuss getrieben. Letaler Ausgang. Fall II: ein Schmiedegeselle erkrankte am sog. Tetanus idiopath. nach einem Trunke verdorbenen Grabenwassers in derselben Gegend, wo der erste Pat. sich seine Verletzung zugezogen hatte. Die Schlingmuskeln wenig ergriffen, daher wurde durch 5 Wochen Chloralhydrat ʒβ neben Kali bromat. ʒjjj per os gegeben. Erfolg, Heilung. Fragt Dr. v. Rieder, ob nicht Invasion des Virus auch durch derartige Einführung desselben per os stattfinden könne?

Dr. v. Rieder: Nach Versuchen von Verneuil ist eine Tetanusinfection durch von Pferden verunreinigtes Wasser sehr wohl denkbar, vielleicht auch durch den Intestinaltractus.

Dr. M. Treymann hat selbst Stunden lang beim Tetanus einen Knaben chloroformirt, der zu Grunde ging. Er meint, dass das Chloroform nur palliativ wirke, bei länger dauernder Narkose den Verlauf ungünstig beeinflusse. Die beste Behandlung scheine ihm die mit grossen Dosen Chloral und Morphium.

Dr. Voss tritt für die ätiologische Einheit aller Tetanusformen ein unter Anführung der Versuche von Morisani, welche das Latentbleiben des Giftes in der Wunde experimentell erhärten, führt ferner die negativen Fütterungsversuche an und betont die Tenacität.

Dr. Neuwald hat in einem Falle von Tetanus rheumaticus, nach vergeblicher Anwendung von Chloroform, Morphium subcutan, Morphium und Chloral, eine eclatante Wirkung von subcutanen Einspritzungen einer 50% Antipyrinlösung gesehen.

Prof. Unverricht macht auf die Unterschiede aufmerksam, welche das Morphium und das Chloral, gegenüber krampfhaften Affectionen zeigen. Während man epileptische Zustände mit grosser Sicherheit durch Chloral beseitigen kann, gelingt dies durch Morphium nicht, wenn man nicht zu Dosen greift, die das Leben direct gefährden.

Derselbe Unterschied dürfte auch für den Tetanus gelten. Von Chloroform hatte U. bei dem Studium der experimentellen Epilepsie den Eindruck, dass es wohl epileptische Zustände zum Schwinden bringt, dass aber nach Aufhören der Narkose die Krämpfe vielleicht mit stärkerer Gewalt wieder losbrechen. Chloroform würde er also erst in zweiter Linie empfehlen.

Dr. F. Walter stimmt bezüglich der Nichtrathsamkeit der Anwendung von Morphium bei, weil dasselbe entschieden die Auslösung von Krampferscheinungen begünstige.

Dr. M. Treymann berichtet in Bezug auf die Ausführungen Prof. Unverricht's, dass ausser Chloral ihm Opium und Morphium bei der Behandlung der Eclampsie die besten Dienste geleistet haben; allerdings habe er sehr grosse Dosen gebraucht — nach Veit's Rath 0,12—0,25 Grm. in wenigen Stunden, einmal in einem verzweifelten Falle 0,7 Grm. im Verlaufe von 19 Stunden. Die Frau genas und hat nach Verlauf von ca. 2 Jahren wieder geboren.

Dr. Kusmanow hat einen chronisch verlaufenden (5 Wochen) Fall von Tetanus traumaticus vergeblich mit Kali bromat. und Antipyrin behandelt, während kleine Mengen Morphium ($^1/_4$ Gran pro die) allmäliges Nachlassen der Krämpfe bewirkten. Pat. war 16 Jahre alt.

Protokoll der IV Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 28. August 1890, 5 Uhr Nachmittags.

1. Dr. A. v. Bergmann stellt einen Pat. vor, dem er vor $5^1/_2$ Jahren wegen Larynxcarcinom den ganzen Larynx exstirpirt hat. Der Mann trägt eine Canüle, kann sich mit tonloser Stimme verständlich machen. Kein Recidiv.

2. Dr. A. v. Bergmann spricht: „**Ueber Laryngotomie und Dilatation bei Larynxstenosen**“. (Der Vortrag ist in extenso in № 40 der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen).

3. Dr. Th. v. Schröder-St. Petersburg spricht: „**Ueber Ectropiumoperation mittelst Thiersch'scher Hauttransplantation**“. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden).

Dr. Dahlfeld fragt, wie lange die Nähte, welche das Lid fixirten, gelegen haben und ob und wie lange das zweite Auge verbunden wurde. Ihm scheine das Verbinden des zweiten Auges unbedingt erforderlich.

Dr. v. Schröder: Die Fixationsnaht wurde am 5. Tage entfernt, zu welcher Zeit die Anheilung der transplantirten Lappen schon eine recht feste war. In der ersten Zeit wurden beide Augen verbunden, später nur das operirte.

Dr. A. v. Bergmann: Nach den Erfahrungen im allgem. Krankenhause zu Riga (30—40 Fälle) heilen die Transplantationen am besten, seitdem die Antiseptica fortgelassen werden und physiologische Kochsalzlösung verwandt wird. Für missglückte Transplantationen empfiehlt Ref. Lassar'sche Salicylpasta, deren keratoplastische Wirkung nicht zu unterschätzen ist.

Dr. Jaesche-Dorpat hat schon vor ca. 8—10 Jahren in der Zehender'schen Monatsschrift den Vorschlag gemacht, die blossgelegte innere Lidfläche bei der Jaesche-Arlt'schen Operation mit einem vom Oberarm genommenen, ganz dünnen Epidermisläppchen zu bedecken. Das Läppchen ist nach der Ablösung der Wundfläche entsprechend gut zuzuschneiden. Lässt sich die Wundfläche nicht mit einem Läppchen ganz decken, so muss man ein zweites nehmen, um prima intentio auf der ganzen Fläche zu erzielen und dem Eintritt von Eiterung vorzubeugen.

Auf eine Bemerkung Dr. Braudo's antwortet

Dr. v. Schröder, dass er von dem Gebrauch des Jodoforms bei den Transplantationen am Auge keinen Vortheil gesehen habe. Er spreche nur von der jetzt sogenannten Thiersch-schen Methode und möchte hier auf etwa früher in ähnlicher Weise ausgeübte Operationsmethoden nicht eingehen, da es zu weit führen würde.

Dr. Selenkow meint, dass eine Abspülung der Thiersch-schen Läppchen, sei es mit Sublimat-, Carbol- oder Kochsalzlösung, überhaupt nicht nöthig sei; Dombrowski, Fomin und er haben gerade die Erfahrung gemacht, dass das auf dem Rasirmesser gefaltet liegende Läppchen am besten direct durch Fixirung des Endes mit der Sondenspitze und Zurückziehen des Rasirmessers glatt und ohne Einkrempelung auf der Wundfläche ausgebreitet werde. Etwa an der unteren Fläche befindliche Blutströpfchen werden am besten dnrch Andrücken mit einem Schwamme zur Seite gedrängt.

Dr. v. Schröder: Es bleibt doch beim Schneiden des Lappens an demselben etwas Blut hängen, das zweckmässig durch einige Tropfen Borwasser entfernt werden kann.

Dr. Selenkow: Bei der Nachbehandlung scheint es doch sehr auf einen Schutz des Läppchens gegen Eintrocknen anzukommen, was am besten nach Angabe von Thiersch durch Protectivstreifen geschieht. Eine Jodoformpuderung erscheine unnütz, da doch keine Eiterung zu erwarten sei.

Dr. v. Engelhardt-Peterscapelle fragt, ob nicht das Trocknenlassen der Wundflächen an der Luft 10 Minuten lang eine Gefahr der Infection aus der Luft involvire. 1887 wurde in der Thiersch'schen Klinik sofort mit Kochsalzschwämmen die Blutung gestillt.

Dr. v. Schröder hat bei zahlreichen Transplantationen am Lide darnach keine Eiterung gesehen.

4. Dr. A. Lenz-Sesswegen spricht: **„Ueber Alkoholamblyopie".**

Es finden sich in der Literatur keine Angaben über die Dauer und die Masse des Alkoholmissbrauches, die zur Hervorrufung einer Alkoholamblyopie genügen. Vortr. beobachtete einen Fall, bei dem nach einem Jahre geringfügigen und seltenen Alkoholmissbrauches sich Folgendes constatiren liess: R.: Visus Finger in $1^1/_2$—2 Fuss, absolutes centrales Roth-Grünscotom, relatives Blauscotom. Peripherie des Gesichtsfeldes normal, temporale Abblassung der Papille. L.: + 0,75, Visus $^7/_{10}$. Ophthalmoskopischer Befund normal. Nach drei Wochen stellt Pat. sich wieder vor. Nach einem Excess in Baccho sei das Sehvermögen rapid gesunken. R.: V. Finger in 10 Zoll. Absolutes centrales Farbenscotom. L.: V. Finger in 4 Meter, absolutes centrales Rothscotom, relatives Blau-Grünscotom. Ophthalm. normal. Andere Störungen, speciell Syphilis, Diabetes, multiple Herdsclerose, liessen sich ausschliessen.

5. Dr. Dahlfeld-Riga spricht: **„Ueber die nichtoperative Behandlung des Schielens".**

Vortr. betont die Wichtigkeit der Behandlung des Schielens mit Brillen und stereoskopischen Uebungen. In geeigneten Fällen lasse sich durch diese Behandlung Heilung des Schielens ohne Operation erzielen, aber auch da, wo operirt werden muss, sollten die orthoptischen Uebungen zur Vervollständigung und Sicherung der operativen Resultate nie unterlassen werden. Fälle, welche der orthoptischen Behandlung garnicht zugänglich sind, seien selten. Wenn die Methode bisher nicht die ihr gebührende Verbreitung gefunden, so liege dieses nicht nur an dem Zeitaufwand, welchen sie erfordere, sondern auch an dem Fehlen guter käuflicher Bilder und dem Mangel eines Stereoskops, welches allen Anforderungen der Praxis entspricht und dabei doch so billig ist, dass es von jedem Pat. angeschafft werden kann. Beiden Mängeln glaubt Vortr. nach Möglichkeit abgeholfen zu haben durch die Bilder und das Stereoskop, welche er hat anfertigen lassen. (Demonstration).

Dr. v. Schröder: Das von Dr. Dahlfeld demonstrirte Stereoskop zeigt einzelne Verbesserungen gegenüber den frühe-

ren und kann deshalb gewiss zur nichtoperativen Behandlung des Strabismus empfohlen werden. Leider ist das Gebiet dieser Behandlung in der Praxis ein recht eingeschränktes, da ausser den von D. angeführten, dieselbe ausschliessenden Gründe, wie starke Anisometropie, schlechtes Sehvermögen eines Auges etc., auch noch recht viel Intelligenz, guter Wille und Geduld von den Patienten, resp. deren Eltern dabei verlangt wird, die leider selten vorhanden. Besonders ungünstig ist es, dass wir kein Criterium dafür haben, in welchen Fällen eine nichtoperative Behandlung zum Ziele, zur Beseitigung des Strabismus, führen kann. Dadurch kommt der Arzt in die schwierige Lage, probiren zu müssen und nach allen Bemühungen und Kosten seitens des Patienten oft das gewünschte Ziel nicht zu erreichen. Dieser Umstand schreckt von dieser Behandlungsmethode auch zurück. — Es wäre nützlich in jedem Falle von Strab. convergens erst vor, dann nach Atropingebrauch den Schielwinkel zu messen, um zu eruiren, ob der Strabismus ganz oder theilweise von der Accommodation abhängig ist. Dieser Theil des Strab. müsste sich durch friedliche Behandlung beseitigen lassen. — Nach der Strabismusoperation kann das D.'sche Stereoskop gewiss sehr gute Dienste leisten zur Wiederherstellung des binoculären Sehens und damit zur Fixirung des Effects und wird dazu gewiss noch häufiger Anwendung finden, als zu nichtoperativer Behandlung.

Dr. Dahlfeld giebt zu, dass sich nicht von Anfang an bestimmen lasse, ob man mit der friedlichen Behandlung zum Ziel kommen werde. Zu langes Probiren halte er für unnütz. Wenn sich nach ca. 6 Wochen nicht deutliche Besserung zeigt, so schreitet er zur Operation, um nach derselben die orthoptischen Uebungen wieder aufzunehmen. Zeigt sich aber bald Besserung bei der friedlichen Behandlung, so setzt er dieselbe consequent fort. Seine Resultate seien sehr zufriedenstellende gewesen.

6. Doc. Dr. Kessler-Dorpat hält einen Vortrag: „**Ueber des Ehemannes Veto gegen dringend indicirtes operatives Eingreifen bei seiner Frau**“ (Der Vortrag ist in extenso in № 45 der St. Petersb. med. Wochenschrift erschienen).

Dr. Joh. Meyer berichtet über einen Fall von Eclampsie, in welchem die Mutter unentbunden starb, weil der in Vorschlag gebrachte Kaiserschnitt vom Manne einfach abgewiesen wurde — obschon die Frau einwilligte. M. ist der Ansicht, dass man keine absolute Garantie für den Erfolg übernehmen kann. Es sei daher kaum denkbar, dass man *zwangsmässig* an Unmündigen, an Kreissenden oder sonst in Schmerzen liegenden und daher unzurechnungsfähigen Frauen oder an Kindern schwere Operationen ausführen darf. Es werde ein solches Gesetz sich kaum durchführen lassen.

Dr. Schulz Riga kennt keinen Gesetzespunct, welcher das Veto des Mannes begründete.

Dr. Kessler: So viel ihm bekannt, seien gesetzliche Bestimmungen weder nach der einen, noch nach der anderen Seite hin vorhanden.

Prof. Dr. Küstner knüpft an den von Meyer referirten Fall von Eclampsie an. Er befand sich einmal in diesem Jahre in ähnlicher Lage. Eine eclamptische Kreissende wird in schwer soporösem Zustande in die Klinik gebracht, Cervix noch völlig uneröffnet, ganz schwache Wehen. Es treten bald die ersten Erscheinungen von Lungenödem auf und K. macht, da anders keine Aussichten auf Erhaltung der Kreissenden bestehen, um eine Zeit, wo die Herztöne der Kinder — es handelte sich um Zwillinge — noch hörbar waren, den Vorschlag auf Kaiserschnitt. Entschiedene Ablehnung des Ehemannes. Etwa 2 Stunden später wird dem Ehemanne die Hoffnungslosigkeit des Zustandes seiner Frau ersichtlich und jetzt wünscht er ausdrücklich die vorgeschlagene Operation. Unterdessen sind die Herztöne der Kinder ganz schlecht geworden, entsprechend auch der Zustand der Kreissenden.

Trotz der voraussichtlichen Aussichtslosigkeit sieht sich also K. gezwungen die Sectio caesarea zu machen. Resultat: 2 sterbende Kinder, die nicht wiederbelebt werden konnten, Tod der Mutter an Eclampsie nach etwa 8 Stunden.

Solche und ähnliche Fälle, welche die Unsicherheit des Erfolges einer eingreifenden Operation illustriren, erweisen die Berechtigung des Einspruches von Seiten des Ehemannes und dürfen nicht zur gerichtlichen Verfolgung desselben als Substrat verwendet werden.

Dr. Joh. Meyer schlägt vor, die Frage nicht auf die Frauen allein zu beschränken, sondern auch auf die übrigen unmündigen Glieder der Gesellschaft auszudehnen und fordert auf, dass in dem Sinne auch von anderen Collegen Mittheilungen gemacht würden. Dann sei eine Discussion darüber fruchtbar, welche Schritte man ergreifen solle, um die Aufmerksamkeit der Regierung auf diese Fragen zu lenken.

Dr. Kessler kann die als Einwand geltend gemachte Berechtigung des Vaters, bei seinem diphtheritischen Kinde die Tracheotomie zu verweigern, nicht als ein dem hier in Rede stehenden analoges Verhältniss anerkennen, da eine erwachsene, mit vollem klarem Bewusstsein die Ausführung einer vom Arzt empfohlenen Operation ausdrücklich fordernde Frau bezüglich der Gestattung derselben nicht in derselben Abhängigkeit von ihrem Manne zu denken sei, wie ein schwer krankes Kind von seinem Vater. — K. bittet die Collegen, die Lösung der schwierigen rechtswissenschaftlichen Seite der Frage der bereits dafür interessirten juristischen Capacität zu überlassen, und behufs Beseitigung des besprochenen Nothstandes ihrerseits zunächst nur bei dem von den *Aerzten* zu leistenden Theil der Aufgabe: nämlich Beschaffung des Materials an Thatsachen in der besprochenen Weise behilflich zu sein.

Dr. Koppe: Man könne andererseits Fälle anführen, wo Amputation von den Chirurgen als lebensrettend vorgeschlagen, von den Angehörigen und den Pat. verweigert wurde, und wo Pat. dennoch am Leben blieben. Da der Arzt die Prognose seiner Operation nicht mit unfehlbarer Sicherheit stellen kann, so sei die Furcht des Publicums davor erklärlich. Der Arzt sollte sich bestreben, das Vertrauen des Publicums zu gewinnen, dabei könne die Polizei absolut nichts nützen.

Dr. Kusmanow wünscht, dass der Schutz der Staatsregierung den Aerzten auch für solche Fälle erbeten werden möge, wo zur Zeit der Unzurechnungsfähigkeit jedes beliebigen Pat. (Coma, Delirien im Fieber etc.) die lebensrettende Operation von Seiten der Verwandten und Angehörigen verweigert wird.

Dr. v. Zoege-Manteuffel: Es scheint vielleicht misslich, von einer Operation, die noch eine so zweifelhafte Prognose hat, wie der Kaiserschnitt und die Laparotomie Gesetze abzuleiten. Klarer liegt vielleicht die Situation bei heutzutage gefahrlosen Operationen, wie es die Herniotomie und Amputation sind. Gewiss ist es da unsere Sache, wie Dr. Koppe es ausführt, das Vertrauen des Publicums zu gewinnen. Doch liegt in den in Rede stehenden Fällen die Sache so, dass ein Dolus von Seiten des Mannes angenommen werden kann — da hilft das Vertrauen nichts. Das väterliche Recht ist ferner gewiss nicht gleichzusetzen der Bestimmung des Mannes über die Frau. Der letzteren Selbstbestimmungsrecht über ihr Leben erscheine Redner moralisch zweifellos — es handle sich also nur darum, den Juristen, der nur die Frage entscheiden könne, für dieselbe zu interessiren und ihn mit der Situation bekannt zu machen.

Dr. Eckardt-Wolmar hat mit Dr. Hildebrand zusammen folgenden Fall erlebt: Eine Frau seit 2 Mal 24 Stunden in voller Wehenthätigkeit, kann nicht gebären wegen Verschlusses (Verwachsung) des Os uteri — operativer Eingriff als unabweislich erforderlich, von ärztlicher Seite beschlossen; der Mann der Pat. verweigerte dazu seine Einwilligung. Trotzdem geschah der operative Eingriff und Mutter und gesund geborenes Kind befanden sich in ca. 2 Wochen vollkommen wohl — der Mann verklagte nun beide behandelnden Aerzte, wurde aber von der Behörde mit einem Verweise zurückgewiesen — es scheint somit das Veto des Mannes doch keine gesetzliche Kraft in den betreffenden Fällen zu haben.

Dr. M. Treymann führt einen Fall an, wo das Veto des Vaters die Oberschenkel-Amputation, die wegen Gangrän absolut indicirt war und an dem 14-jährigen Sohn vollzogen werden sollte, durch hartnäckigen Einspruch verhinderte. Er brachte den Knaben aus dem Krankenhause (Fabrikshospital in Kapitanowka, Gouv. Kiew) nach Hause, wo Pat. nach langem Leiden zu Grunde ging.

Dr. F. Schulz: Es könne die Hilfe des Staatsanwalts ange-

rufen werden, der den Untersuchungsrichter requiriren könne. Gesetzlich sei ein Veto des Mannes nicht begründet.

Dr. Joh. Meyer: In der Praxis, namentlich auf dem Lande, sei der Vorschlag von Schulz schwer durchzuführen.

Auch Dr. Hach hält diesen Weg für zu weit. Die Fälle seien zu unterscheiden, je nachdem sie in der Privatpraxis oder in der Klinik vorliegen. Erstere Frage offen lassend, zweifelt H. nicht daran, dass bei Lebensgefahr wir, selbst wenn das Veto des Mannes strict vorliegt, beim Einverstandensein der Frau, oder gar wenn ihre Bitte vorliegt, das vollkommene Recht, ja die Pflicht haben, eine nach dem Ausspruch in genügender Zahl hinzugezogener Collegen lebensrettende Operation, Kaiserschnitt oder überhaupt eine Laparotomie vorzunehmen. Gefahr vom Gericht wegen unnützen Operirens schuldig gesprochen zu werden, liegt nicht vor. Nach Referat des „Wratsch" machte ein College, der nur mit seinem Discipel im Zimmer der Kreissenden anwesend war, trotz Veto von Frau und Mann, den Kaiserschnitt. Die Frau ging zu Grunde. Der Mann verklagte den Arzt, er wurde freigesprochen, da das Gericht die Indication für richtig hielt.

Dr. Truhart: Bei der Vielgestaltigkeit der einschlägigen Momente dürften theoretische Erörterungen wohl schwerlich zu einer sicheren Directive für das Handeln des Arztes im Einzelfalle führen; in praxi bleibt ihm, wie so oft in seinem Berufsleben, nichts anderes übrig, als bei einer derartigen Complication von Pflichten einfach den gordischen Knoten zu durchhauen, trotz aller Hindernisse das Leben von Mutter und Kind zu retten, seine Handlungsweise aber der Beurtheilung des Publicums, event. aber auch der Verurtheilung des Richters anheimzugeben. Dem Manne könne nur dann das Recht des Veto eingeräumt werden, wenn die Frau durch den Krankheitsprocess ihrer Selbstbestimmung beraubt ist, denn soviel ihm bekannt, sei gesetzlich nach dieser Richtung hin dem Gatten keineswegs eine derartige Bevormundung gestattet.

Sollte aber thatsächlich trotz des dringenden Wunsches von Seiten der Frau dem operativen Eingriff des Arztes, welcher, wie angeführt worden, zweifellos das Leben jener gerettet hätte, unüberwindliche Hindernisse in den Weg gelegt werden, das Veto des Gatten überdies, wie gleichfalls hervorgehoben, im concreten Falle den niedrigsten Motiven entsprungen sein, mithin sich der Dolus des Mannes nachweisen lasse, so liege dem Arzt die Pflicht ob, den Gatten zur gerichtlichen Verantwortung zu ziehen. Und schon von diesem Gesichtspuncte aus erscheine es überaus wünschenswerth, dass über derartige Fälle in der Praxis der Aerzte eine genaue Statistik geführt werde.

Prof. Dr. Thoma: Bei der Beurtheilung der vorliegenden Fragen erheben sich, wie die eben stattgefundene Discussion erweist, zahlreiche schwierige juristische Fragen, umsomehr, als dem Ehemann, der den Arzt in das Haus rief, nicht leicht ein

Dolus zugeschoben werden kann, wenn er den Wünschen des Arztes bezüglich einer Operation nicht zustimmt.

Eine endgiltige Beurtheilung der Sachlage, soweit sie vom ärztlichen Standpuncte aus möglich ist, dürfte aber zunächst es wünschenswerth erscheinen lassen, die von Dr. Kessler angeregte Erhebung vorzunehmen. Herr K. wäre dann in der Lage auf dem nächsten Aerztetage zu berichten und damit die Vorarbeit zu schaffen für eine später zu erwählende Commission behufs Beprüfung der Angelegenheit.

Auf Antrag des Präses Dr. Truhart beschliesst hierauf die Versammlung Dr. K. nach Möglichkeit durch Einsendung casuistischer Beiträge zu unterstützen.

Protokoll der V Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 29. August 1890, 9 Uhr Morgens.

1. Dr. Ströhmberg-Dorpat demonstrirt das **Polymeter** von Lambrecht und bemerkt: der Feuchtigkeitsgehalt der Luft, sowohl die relative als die absolute Feuchtigkeit derselben, haben eine ebenso grosse Bedeutung für das Wohlbefinden des Menschen wie die Lufttemperatur. Wir können uns den verschiedenen Lufttemperaturen leicht adaptiren. Zu feuchte und zu trockene Luft wirken auf unseren Organismus ungünstig ein, die erstere erschlaffend, die letztere die Schleimhäute austrocknend. Für einen klimatischen Curort verlangt man einen 15° nicht erreichenden Thaupunct und eine relative Feuchtigkeit von 60% bis 75%, jedenfalls aber nicht weniger als 40%. Dieselbe Forderung gilt für unsere Wohnungen, welche namentlich im Winter meist zu trocken sind und oft Catarrhe der Respirationsschleimhäute veranlassen und unterhalten. Daher ist das Hygrometer ein für Arzt und Familie gleich wichtiges Instrument. Ref. empfiehlt das Lambrecht'sche Polymeter als zuverlässig.

Dr. Baumgart bemerkt zur Empfehlung des Instrumentes, dass das Haarhygrometer, welches der Berechnung zu Grunde gelegt, nicht absolut zuverlässige Resultate giebt, daher die daraus gezogenen Schlussfolgerungen mitunter recht falsch sein können.

Dr. Ströhmberg hat persönlich das Polymeter nicht mit dem Psychrometer verglichen, solches hat aber Wild in St. Petersburg gethan und eine genaue Uebereinstimmung beider Instrumente gefunden. Bei diesen Vergleichen müssen die für das Psychrometer erforderlichen Cautelen beobachtet werden, d. h. Anfeuchtung des Haars im Laufe von 1 bis 2 Wochen einmal. Vermeidung der Einwirkung directen Sonnenlichtes oder des Windes auf das Instrument.

Dr. Neuwald empfiehlt das Strohhygrometer von Wolpert als einfach, wohlfeil und ziemlich dasselbe leistend, wie die theueren und complicirten derartigen Instrumente. Anfeuchtung von Zeit zu Zeit nothwendig.

2. Dr. Selenkow St. Petersburg spricht: **„Ueber Mittelohreiterung und Gehirnabscess"** mit Demonstration eines anatom. Präparates. (Der Vortrag wird in der St. Petersb. Med. Wochenschrift in extenso erscheinen).

3. Prof. Dr. Körber-Dorpat demonstrirt einen nach Angaben von Flügge construirten Apparat zur Desinfection der Oberkleider.

4. Prof. Dr. Körber spricht: **„Ueber Desinfection der Oberkleider".**

Zu diesem Zwecke wird gegenwärtig vornehmlich der strömende Wasserdampf benutzt. Folgende Modification des Kochschen Dampftopfes lässt sich in jedem Bauerhause mit Leichtigkeit herrichten. In jeder Waschküche findet sich ein eingemauerter eiserner Kessel. Zweitens bedarf es eines Fasses, dessen einer Boden ausgeschlagen wird. Ist der Umfang des Fasses kleiner als der des Kessels, so wird aus Brettern ein Zwischenring angefertigt, entsprechend dem Zwischenraume. Im Innern des Fasses werden in den Boden einige Nägel eingeschlagen und umgebogen zum Aufhängen der Kleiderbündel. Die Kleider werden zusammengerollt, geschnürt, über die Haken gezogen und so befestigt. In das Spundloch wird ein mit Watte umwickeltes Thermometer, welches über 100° anzeigt, hineingeschoben.

Um das Fass und die Kleider vorzuwärmen, erfolgt das Verpacken vor dem brennenden Ofen. Sobald das Wasser kocht, wird das mit den Kleiderbündeln beschickte Fass auf den Kessel gestellt. Von dem Moment ab, wo der ausströmende Wasserdampf 100° erreicht hat, wird das Kochen noch eine Stunde lang fortgesetzt, dann wird das Fass rasch abgehoben, die Kleider aufgewickelt und so lange durch die Luft geschwenkt, bis sie völlig trocken sind. Die nach dieser Methode desinficirten wollenen, grell gefärbten Kleider erwiesen sich unverdorben in Bezug auf Form und Farbe. Die in die Kleiderjacken eingewickelten Milzbrandsporen in sterilisirten Reagensgläschen waren abgetödtet.

Dr. Heerwagen begrüsst freudig jeden Beitrag zur Lösung der Desinfectionsfrage und in diesem Sinne auch den Vortrag von Prof. Körber, in welchem er, soweit H. bekannt, zum ersten Mal den Nachweis an die Oeffentlichkeit brachte, dass die Methode (Waschkessel, Fass), welche durch Ministerialerlass allen preussischen Regierungspräsidenten etc. am 14. Juni 1884 empfohlen wurde, thatsächlich Milzbrandsporen zu vernichten im Stande ist.

Die gasförmigen Desinfectionsmittel scheinen H. nicht so absolut verlässlich, wie Prof. Körber meint. In jüngster Zeit sei die Nachricht durch die politischen Tagesblätter gegangen, die

St. Petersburger öffentl. Desinfectionsanstalt desinficire Pelze durch Chlor — das erklärt H. auf Grund eigener Experimente für unmöglich. Es gelang dies nicht selbst bei 50% Vol. Chlor im Glasgefäss.

Dr. Apping macht auf den Budenberg'schen Desinfectionsapparat aufmerksam, der dasselbe leistet, wie der von Flügge angegebene, für den Praktiker und Landarzt aber insofern vortheilhaft ist, als er mit einer Spiritusflamme für ein Billiges in Action gesetzt werden kann und auch selbst weniger theuer ist.

Dr. Hoffmann Adsel: Chlor ist wegen seines schweren specifischen Gewichtes in Procentsätzen nicht anwendbar, indem im Desinfectionsapparate immer zwei Schichten sein werden, die untere schwerere aus Chlor und zwar reinem, also unbrauchbar, weil zu stark wirkend, und die obere aus atmosphärischer Luft bestehend, also wirkungslos.

Dr. Heerwagen: Chlor wurde durch Uebergiessen von Chlorkalk mit Salzsäure im Ueberschuss entwickelt und der Chlorgehalt volumetrisch berechnet. Die Fellproben lagen auf dem Boden des Gefässes. Dass Chlor eher bleiche und die Zerreissbarkeit von Zeug sehr ungünstig beeinflusse, als desinficire, sei theoretisch zu erwarten und von Fischer und Proskauer in praxi nachgewiesen.

Dr. v. Rieder hat vor 3 Jahren in Werro bei Gelegenheit einer Pockenepidemie Versuche angestellt, durch Chlorgas Kleider und Wäsche zu desinficiren, wobei alle Gewebe sehr schnell gebleicht und mürbe wurden.

5. Discussion über den vorigjährigen Vortrag Dr. C. Ströhmberg's: **„Ueber schwere und leichte Verletzungen"** (cfr. St. Petersb. Med. Wochenschr. № 4, 1890).

Dr. Petersenn-Wenden fragt, zu welcher Art der Verletzung unzweifelhaft ernste Fälle, z. B. in die Lunge penetrirender Messerstich, der aber unerwartet glücklich zu vollständiger Heilung in ca. 2 Wochen verlief, zu rechnen wäre. Die Gerichte rechnen nämlich meist glücklich verlaufene Fälle (die ja jetzt unter Antisepsis weit leichter verlaufen als früher) zu den leichten.

Dr. v. Raison Doblen fragt, die Classification ungenügend findend, zu welcher Classe ein Fall zu rechnen, den er vor einigen Jahren erlebte. Bei Gelegenheit eines Marktes erhielt ein Krüger einen Ziegelstein an den Kopf geworfen. Commotio cerebri. Comatöser Zustand von ca. 8 Stunden, Sprachlosigkeit, starre Pupillen, gerissene Wunden, die den Schädel blosslegten. Desinfection der Wunden, Naht, prima intentio nach 4 Tagen, bis auf unbedeutendes Wüstsein des Kopfes Gesundheit. Trotz guten Ausganges gehöre dieser Fall in die Classe der schweren Verletzungen.

Dr. Ströhmberg: Eine Verletzung mit ursprünglich schweren Erscheinungen, die aber in kurzer Zeit ohne schlimme Folgen heilt, würde er als leichte bezeichnen, im Gutachten aber durch einen Zusatz auf das Aussergewöhnliche eines solchen Verlaufes hinweisen.

Dr. Kusmanow proponirt, nur nach dem direct als Folge der rechtswidrigen Handlung hervorgegangenen Status das Urtheil über den Grad der Schwere einer Verletzung abzugeben, ohne Berücksichtigung dessen, ob dieselbe etwa durch rechtzeitige zweckmässige Behandlung in ihren Folgen gemildert, oder durch Vernachlässigung erschwert wird.

Dr. F. Schulz-Riga: Die Kategorien „schwer — minder schwer — leicht" sind in Parallelismus mit der Erwerbsfähigkeit zu setzen „aufgehobene — beschränkte — volle frühere Erwerbsfähigkeit"

Nicht-Amtsärzte thun gut, sich der Kategorisirung zu enthalten. — Der Kategorisirung der Verletzung nach dem Resultat ist eine solche nach dem gebrauchten Instrument und der Art des Gebrauches vorzuziehen.

Dr. Hoffmann: An die Begriffe leichte und schwere Verletzung kann nicht mehr derselbe Maasstab gelegt werden, wie früher, weil das Gesetz zu einer Zeit aufgestellt worden ist, wo die ganze chirurgische Praxis noch auf einem anderen Standpunct sich befand. Durch die vervollkommnete Technik und die Erfolge der Antiseptik kann eine früher schwere Verletzung zu einer leichten geworden sein.

Dr. Ströhmberg: Es giebt sehr verschiedene Gesichtspuncte, von denen aus in den verschiedenen Staaten die Verletzungen beurtheilt werden. Die von Schultz proponirte Eintheilung nach der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist z. B. in Deutschland und Oesterreich gebräuchlich, bildet aber auch hier nicht das einzige Charakteristicum. Ebenso gut könnte Jemand die Eintheilung nach dem Code penal proponiren. Bei uns sind solche Classificationen aber nicht acceptabel, da wir die autoritative Definition der Redactionscommission haben und diese für uns maassgebend sein muss. Zu Dr. Hoffmann bemerke er, die genannte Commission tagte 1883, also zur Zeit der antiseptischen Aera.

Dr. H. Dehio-Rothenberg: Bei Beurtheilung der Verletzungen ist streng auseinanderzuhalten die criminelle und die civilrechtliche Bedeutung derselben. Im ersteren Falle ergeben sich die Gesichtspuncte aus allgemein medicinischen Grundsätzen, in wie weit die Möglichkeit der Gefährdung des Lebens vorliegt, im zweiten Falle ist die ganze Lebensstellung des Verletzten, zusammengehalten mit den Folgen der Verletzung, das Maassgebende.

Dr. Hoffmann: Ein abwartendes Verhalten von Seiten des Arztes, ob der Richter den Fall civil- oder criminalrechtlich ru-

bricirt, ist zur Zeit insofern nicht möglich, als die Polizei dem Arzte zuerst die Frage stellt, ob leichte oder schwere Verletzung vorliege und dann die Sache dem Friedensrichter oder dem Bezirksgericht übergiebt, d. h. als Civil- oder Criminalsache auffasst.

Dr. A. v. Bergmann: Die Erklärung der Pirogow'schen Gesellschaft wäre anzunehmen, allein mit dem Zusatz, dass zu den leichten Verletzungen solche nicht zu rechnen sein dürfen, welche notorisch nach den Grundsätzen der Chirurgie als schwere anzusehen sind. — Kommt eine Mammaria-Verletzung mit dem Leben davon, so kann diese Verletzung, die für gewöhnlich 80% Mortalität oder noch mehr hat, nicht zu den leichten Verletzungen gerechnet werden.

Dr. Hoffmann: Eine Definition, ob leichte oder schwere Verletzung, kann häufig nur durch ärztliches Schiedsgericht ohne Rücksicht auf die im Gesetz gegebenen Puncte gegeben werden.

Dr. A. v. Bergmann: Der Amtsarzt urtheilt — wenigstens ist er dazu berechtigt — nach den Folgen. Die Ungerechtigkeit eines solchen Urtheils ist bei Berücksichtigung des oben angeführten Beispiels der Mammaria-Verletzung eclatant.

Präses Dr. Truhart resumirt, die Wichtigkeit einer principiellen Besprechung der Frage nochmals betonend, den Gang der Discussion dahin, dass wohl darin Uebereinstimmung herrsche, dass der Privatarzt bei Beurtheilung von Verletzungen keine Classification vornehmen, sondern dieselbe ablehnen solle.

6. Dr. Mercklin-Rothenberg spricht: **„Ueber Dementia paralytica bei Frauen".**

Das Vorkommen der progr. Paralyse beim *weiblichen* Geschlecht wird bei uns von den prakt. Aerzten noch nicht genügend gewürdigt. Häufig gelangen solche Fälle in die Anstalt, ohne dass draussen die richtige Diagnose gestellt war. Vortr. bespricht daher kurz die Symptomatologie. In Bezug auf die Aetiologie giebt Vortr. eine Uebersicht über seine Erfahrungen in Rothenberg. Der Einfluss der Lues ist evident, doch ist sie wohl nicht die einzige Ursache. Unter den übrigen ist besonders das Klimakterium von Einfluss. Einen wesentlichen Unterschied der Frauenparalyse von der gleichen Erkrankung bei Männern kann man nicht nachweisen, die Unterschiede sind durch den Geschlechtscharakter bedingt. Von antisyphilitischen Curen hat Vortr. hier noch nie Erfolg gesehen. Für viele Fälle sind dieselben geradezu contraindicirt. Remissionen kommen auch ohne jede specifische Behandlung zu Stande. (Der Vortrag wird veröffentlicht werden).

Discussion vereinigt mit der nach dem Vortrag von

7. Dr. Ed. Schwarz-Riga: **„Zur Aetiologie und Therapie der Tabes dorsalis"**, mit besonderer Berücksichtigung der Lues. (Wird veröffentlicht werden).

Dr. Lenz fragt, ob in den angeführten Fällen die Dem. paralytica eine Folge des Concubinats war, oder umgekehrt das Con-

cubinat als ein Symptom der beginnenden Degeneration des Centralnervensystems angesehen werden konnte.

Dr. Mercklin: Sicher hatte nur das erste Verhältniss statt. Sämmtliche Pat. hatten viele Jahre bereits im Concubinat gelebt, ehe sich die ersten Symptome der Dem. paralytica geltend machten.

Prof. Dr. C. Dehio macht darauf aufmerksam, dass soweit er sich ein Urtheil darüber hat bilden können, auf der Section für innere Krankheiten des diesjährigen internat. medic. Congresses, die allgemeine Ansicht sich *für* die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes entschieden zu heben scheint.

Dr. H. Dehio-Rothenberg: Trotzdem die progr. Paralyse und die Tabes nahe verwandte Krankheiten sind, ist doch die bei dieser oft wirksame Hg-Cur bei der ersteren ohne Erfolg und in einzelnen Fällen direct schädlich. Fragt, ob Dr. Schwarz auch die von Rumpf notirte Thatsache hat beobachten können, dass antiluetische Cur vor Auftreten der secundären Erscheinungen zu Erkrankungen des Nervensystems disponire.

Dr. E. Schwarz: Ja! Verweist auf den Fall B., den er heute ausführlich mitgetheilt. Durch gleich nach Auftreten der Sclerose inscenirte Behandlungen werden die Allgemeinerscheinungen zurückgedrängt oder soweit abgeschwächt, dass sie übersehen werden und in Folge dessen eine gründliche Behandlung unterbleibt.

Dadurch werden Fälle geschaffen, in denen man eben constatirt, dass Syphilitische, welche später an Tabes erkranken, anfänglich sehr wenig ausgiebig behandelt wurden.

Dr. Israelsohn: In der Wien. med. Presse hat sich Prof. Kaposi neuerdings entschieden gegen eine zu frühzeitige antisyphilitische Behandlung, namentlich vor dem Ausbruch der Secundärerscheinungen (in der Idee, dieselben dadurch hintanzuhalten), ausgesprochen. Er motivire diese Warnung damit, dass gerade eine zu überstürzte Behandlung Prädisposition für spätere Erkrankungen des Centralnervensystems schaffe.

Dr. E. Schwarz: Wie schon in der Antwort an Dr. Dehio angeführt, erzeuge eine frühzeitige antisyphilitische Behandlung des frischen Ulcus durum Verhältnisse, wie er sie bei allen seinen Fällen sah, — dass eben die Lues der später an Tabes erkrankten Patienten garnicht oder mangelhaft behandelt worden ist.

Dr. Mercklin wünscht, dass bei der Besprechung der therapeutischen Erfahrungen Paralyse und Tabes getrennt werden. Ueber den Nutzen der antisyphilitischen Therapie bei Tabes besitze er keine genügenden eigenen Erfahrungen. In Bezug auf die Paralyse müsse er aber seine obigen Behauptungen aufrecht erhalten. Was die patholog. Anatomie anbetreffe — die er in seinem Vortrage absichtlich nicht berührt habe — so sei in der neurolog. Section des internat. Congresses immerhin auch jene

Anschauung vertreten gewesen, nach welcher bei der progr. Paralyse nicht ein von den Gefässen ausgehender Process, sondern Degeneration der Nervenfasern selbst das Primäre sei. Wenn diese primäre Degeneration der Nervenfasern wirklich das Wesen der Krankheit bezeichne, wäre es verständlich, warum antisyphilitische Curen keinen Erfolg haben. Man könne eben nicht erwarten, eine bereits in Entwickelung begriffene Degeneration rückgängig zu machen.

Prof. Dr. Dehio macht darauf aufmerksam, dass die Ansichten über das Wesen des pathol.-anatom. Processes bei der progr. Paralyse noch nicht einig sind, und dass daher vom Standpuncte des pathol. Anatomen über die Rathsamkeit einer etwaigen antiluetischen Cur bei dieser Krankheit nichts entschieden werden kann. Er fragt, ob nicht vielleicht, wenn es gelingen werde, die progr. Paralyse frühzeitig zu diagnosticiren, eine im ersten Beginne der Krankheit eingeleitete antisyphilitische Cur bessere Resultate würde erwarten lassen, als sie bis jetzt erzielt wurden?

Dr. Merck lin giebt den ersten Einwand von Prof. Dehio zu. Eben deshalb habe er in seinem Vortrage das interessante Gebiet der patholog. Anatomie nicht berührt und sei nur von empirischen Thatsachen über den Erfolg solcher Curen ausgegangen. M. sind Fälle bekannt, wo die progr. Paralyse Irrenanstaltsärzte betraf und wo die richtige Diagnose von den Anstaltscollegen vermuthlich schnell gemacht wurde, aber auch dort war der Verlauf der Krankheit derselbe perniciöse. In Bezug auf die Beurtheilung des Erfolges der antisyphilitischen Behandlung seien in Zukunft die verschiedenen Arten der Paralyse vielleicht mehr auseinanderzuhalten, insbesondere die Paralyse mit gleichzeitiger Erkrankung der Hinterstränge zu beachten (cfr. Thomsen: Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1890).

Dr. E. Schwarz: Die pathol. Anatomie der Paralyse werde nach Mendel's Referat auf dem X. intern. Congress in einen interstitiellen Process für den Beginn verlegt, der möglicherweise von den Gefässen ausgehe. Dies habe Rumpf in 2 Fällen von Paralyse bestätigt gefunden, die kleinsten Gefässe waren in derselben Weise erkrankt, wie bei anderen luetischen Erkrankungen. Die Ansicht Tuczek's wurde also nicht allgemein anerkannt. — In Bezug auf die Behandlung bekommen Anstaltsärzte Fälle zur Behandlung, in denen in Folge der luetischen Gefässerkrankungen schon so vorgeschrittene Degenerationen des Nervensystems vorliegen, dass eine antisyphilitische Behandlung diese nicht mehr repariren kann. Die Gefässerkrankung heilt wohl aus, aber der Defect bleibt. Daher ist es gerade wichtig, in einer Versammlung von prakt. Aerzten darauf hinzuweisen, dass in den frühesten Stadien eine energische Behandlung einzuleiten ist.

Was die angeblich schlechten Erfolge einer antiluetischen Cur anbetrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass Ref. häufig bei Behand-

lung von Tabischen während der Cur eine sichtliche Verschlimmerung beobachtet habe, dass aber nach beendigter Cur eine bedeutende Besserung eintritt und dass bei wiederholten Curen dasselbe beobachtet wurde. Ref. beobachte augenblicklich einen Tabeskranken, der in einem Jahre 150 Inunctionen à ℥j gemacht habe (jede Cur betrug 20—30 Einreibungen) und der während jeder Einzelcur an Körpergewicht abnahm, später aber an Körpergewicht zunahm und schliesslich in einen sehr guten Zustand gekommen ist. Geht jetzt ohne Unterstützung andauernd, so dass ihm Niemand seinen Tabesgang auf offener Strasse ansehen kann.

Protokoll der VI. Sitzung des zweiten livländischen Aerztetages.

Wenden, 29. August 1890, 3 Uhr Nachmittags.

1. Dr. Truhart lässt das Modell eines empfehlenswerthen Eisbeutels aus Gummi cursiren.

2. Dr. Joh. Meyer-Dorpat trägt vor: „**Zur Hebammenfrage**". Nach eingehender Motivirung der Bedeutung dieser Frage führt Vortragender aus, dass die Leistungen der Hebammen den Anforderungen, welche die moderne Wissenschaft auf dem Gebiet der Antiseptik an sie stellt, in weitaus den meisten Fällen nicht entsprechen. Auf statistische Angaben über Mortalität und Morbidität wird verzichtet, weil die Beschaffung des Materials in den Ostseeprovinzen auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stösst. Der Standpunct, den die Gesetzgebung in den Culturstaaten zu dieser Frage einnimmt, wird kurz gestreift, und die detaillirten zeitgemässen Verordnungen der russischen Regierung eingehend besprochen.

Als Ursachen der trotz aller noch so vollkommenen staatlichen Verordnungen nicht zu läugnenden Mängel des gegenwärtig thätigen Hebammenmaterials bezeichnet Vortragender folgende Puncte:

1) die mangelhafte Vorbildung der Schülerinnen, die sich zu grossem Theil aus unbrauchbarem Material recrutiren;

2) die für die heutigen Anforderungen unzureichende Schulung der zahlreichen noch aus der voraseptischen Zeit stammenden Hebammen;

3) die Nachlässigkeit der zweckmässig geschulten Hebammen, welche ihrerseits veranlasst wird durch die meist fehlende Controlle der Aerzte und des Publikums in Folge persönlicher Indolenz; durch den Mangel jeder Anregung und Belehrung, so dass die nur äusserlich angelernte aseptische Sauberkeit bald als lästiger Ballast bei Seite gelassen wird; und nicht in letzter Linie durch die meist ärmlichen Honorarbezüge;

4) den Mangel sorgsamer Buchführung und der Anzeigepflicht im Falle fieberhafter Erkrankung im Wochenbett.

Nach kurzem Bericht über die in Deutschland angesichts der vorhandenen Uebelstände gemachten Vorschläge stellt Vortr. es als den Hauptzweck seiner Mittheilung hin, diese Frage hier anzuregen und die Herren Collegen zu einmüthiger Arbeit auf diesem Gebiete zu ermuntern. Ziehe man die als Ursachen der Uebelstände herangezogenen Verhältnisse in Erwägung, so liege es auf der Hand, dass zur Bekämpfung der Uebelstände in folgender Richtung vorgegangen werden müsse:

1) das Material für die Hebammenschulen ist möglichst streng zu sichten und gutes Material heranzuziehen;

2) die Hebamme soll von Seiten des Arztes in aseptischer Hinsicht belehrt und angeregt werden; die Verbreitung von Journalen, Kalendern, Gründung von Vereinen und Kassen wären erwünschte Maassnahmen, welche zur Hebung des Standes beitragen dürften;

3) die aseptischen Operationen der Hebammen sind streng zu controlliren und zu kritisiren;

4) die Anzeigepflicht fieberhafter Erkrankungen ist anzustreben;

5) es ist die Einführung einheitlicher Desinfectionsregulative erwünscht, um vor Verwirrung zu schützen;

(Vortragender verliest das Project eines derartigen Regulativs.)

6) endlich sollte für kostenfreie Beschaffung der Carbolsäure in der Armenpraxis Sorge getragen werden.

Die Einführung von Nachcursen und Gründung von Wöchnerinnen-Asylen werden zunächst als unerreichbar hingestellt.

Nur der Vollständigkeit wegen berührt Vortr. zum Schluss die Frage der auf dem flachen Lande anzustellenden halbgeschulten Dorfhebammen. Er hält den Boden für dieses Institut vom Standpunct der Aseptik aus für noch nicht geebnet und fürchtet von der sanctionirten Halbbildung mehr Schaden auf dem Gebiete der Aseptik, als von den gegenwärtig als Geburtshelferinnen thätigen klassischen Gestalten. Mit der grösseren Zahl der Hilfsleistungen wächst die Gefahr der Infection ebenso, wie mit der dreisteren Ausführung der in Folge des Halbwissens plan- und resultatlosen Untersuchungen.

Dr. Katterfeld Waldheim (als erster Correferent): Dr. Meyer habe unstreitig sich ein grosses Verdienst erworben durch die energische Art, in der er die Aufmerksamkeit der Versammlung auf diesen wunden Punct lenkte. Die Zahl der Frauen, die durch Puerperal-Erkrankungen siech werden oder ganz zu Grunde gehen, ist weit grösser, als die medic. Statistik sie angiebt. — Die Verhältnisse in Kurland liegen anders als in den Schwesterprovinzen. Dort ist jede Gemeinde verpflichtet, eine Dorfhebamme zu halten. Meist kommt sie dieser Verpflichtung nach. Das „alte Weib“ spielt daher in Kurland keine so grosse Rolle. Hierin sehe er im Gegensatz zu Meyer einen grossen

Vorzug. Eine gewisse Vorbildung, das Pflegen in einer Anstalt ist unerlässlich, 1) damit bei abnormer Lage der Arzt noch rechtzeitig hinzugerufen werde, 2) damit die Pflegerin in der Aseptik angeleitet worden sei. Dieses letztere kann nur in Anstalten geschehen und darf unter keinen Umständen vom einzelnen Arzt verlangt werden. Nur in Krankenhäusern, die die Möglichkeit zu peinlichster Durchführung der Aseptik bieten, kann diese genügend geübt werden, daher erscheinen Ref. Nachcurse als ein Haupterforderniss. Freilich wird man damit allein nicht auskommen, da das Material, das wir zur Ausbildung erhalten, meist ein mangelhaftes ist. Durchschnittlich erhält die Landhebamme 50 Rbl. und Wohnung. Jede intelligente, zuverlässige Person verdient auf einem anderen Arbeitsfelde mehr. Oft lässt auch die Vorbildung viel zu wünschen übrig. Ref. erhielt noch vor 2 Jahren eine Hebamme aus dem Institut, die nicht zu lesen verstand. Wie soll solch' eine Person repetiren, geschweige denn sich weiter fortbilden. Gegen die absolut unbrauchbaren muss daher mit Strafen, ev. mit Entziehung der Pflegeberechtigung vorgegangen werden. Ausser Aufbesserung der materiellen Lage, sowie sorgfältigerer Auswahl der Schülerinnen erscheinen Ref. daher als wichtigste Forderungen Nachcurse und Strafbestimmungen.

Dr. Hach Riga (als zweiter Correferent für Dr. v. Stryk): Für den abwesenden Collegen v. Stryk eintretend, könne er nichts Fertiges vorlegen, wolle nur kurz seine Wünsche und Ansichten aussprechen. Die Schilderung der Vorredner sei nicht zu schwarz und doch müsse er für die Hebammen eintreten. Seitdem die, vorherrschend von Dr. Worms entworfene, im Auftrage der Ges. prakt. Aerzte zu Riga in Druck gelangten „prakt. Regeln für Hebammen" bestehen und die Collegen in Riga sich verpflichtet, jeden Fall von fieberhafter Erkrankung im Wochenbett anzuzeigen, hat die Zahl der schweren Fälle im Wochenbett abgenommen, die Sauberkeit entschieden zugenommen. Dazu mitverholfen habe auch das Reichsgesetz, das leider noch zu unbekannt.

Alle Regierungen seien mit dieser ungemein wichtigen Frage beschäftigt, allen voraus Deutschland, dieses vorherrschend durch das energische Eintreten des Dr. Brennecke Magdeburg, dem viel angefeindeten.

Mithelfen zur Besserung müssen und können:

1) Der Staat. 2) Die gebildeten Frauen. 3) Die Hebammen. 4) Die Aerzte, und zwar am wesentlichsten.

I. Die Regierung wird sich nicht passiv verhalten, die Frage sei eine brennende. Desideria sind folgende:

a) Die Lehrzeit — im II. Semester ca. 3½ Monate — ist zu kurz. Verlängerung.

b) Strenge Prüfung, besonders was die Lehren der Antiseptik und Asepsis anbetrifft.

c) Wiederholte Prüfung nach einigen Jahren; braucht nicht auf der Universität stattzufinden, sondern durch einen Geburtshelfer in Gegenwart von Medicinalbeamten.

d) Die Hebamme hat unter strengster Controlle der Medicinalbehörde oder des Kreisarztes Buch zu führen über Geburten, Verlauf etc.

e) Die Hebammen sind moralisch zu heben: 1) durch Unterdrückung der nicht examinirten Pfuscherinnen, letztere mit strengen Strafen zu belangen; sie können jetzt machen, was sie wollen; 2) durch strenge Bestrafung bei Einleitung von Aborten. Es muss ihnen vor allen Dingen das Verwerfliche der Handlung klar gemacht werden.

f) Verbot, gynäkologische Behandlung ohne Arzt auszuüben.

g) Druck des Reichsgesetzes in 4 Sprachen.

II. Die gebildeten, der Geburt entgegensehenden Frauen müssen herangezogen werden. Es muss ihnen die Gefahr, der sie durch Unsauberkeit der Hebammen ausgesetzt sind, klar gemacht werden. Sie sollen als Verbündete der Aerzte wirken für sich und ihre Leidensgenossen. Dieses ein sehr wichtiger Factor! In Riga gelingt es. Wenn es nicht gelinge, sei es Schuld der Aerzte.

III. Die Hebamme selbst soll vom Arzt freundlich unterwiesen werden. Ref. wünscht weder Diaconissinnen noch Schwestern des Rothen Kreuzes. Man könne mit den auf jetziger Bildungsstufe stehenden Hebammen viel leisten, es bedarf nur unermüdlicher Anregung und Belehrung von Seiten des Arztes, der Vorbild sein soll. Also

IV der Arzt als Vorbild. — Dieses leider nicht vorhanden. Wie sollen wir von den Hebammen Verständniss für Antiseptik verlangen, wo viele unter den Aerzten diese Begriffe nicht beherrschen? (Viele Aerzte nehmen direct von der Strasse kommend eine gynäkol. Untersuchung vor, ohne sich die Hände zu waschen, Collegen untersuchen Schwangere und Kreissende ohne den Rock abgelegt zu haben, ohne sich die Hände zu waschen!) Wir sollen und müssen scrupulös reinlich sein, sonst ist es mit dem Vorbild schlecht bestellt. Strengste Gewissenhaftigkeit gegen uns selbst schafft uns brauchbare Hebammen.

Dr. Joh. Meyer hält die Drohung mit dem Criminalgesetz in einzelnen Fällen für geboten, von der Verallgemeinerung erwarte er keinen Nutzen und warne davor. Dem Einwand, dass die Beobachtung der Aseptik zu kostspielig sei bei den ärmlichen pecuniären Verhältnissen, erwiedere er, dass die Aseptik nur scheinbar theuer ist, im Grunde aber sowohl an Geld als an Zeit Ersparnisse mit sich bringt. Auch er habe Infectionen durch „alte Weiber" erlebt und stelle dieselben absolut nicht ganz in Abrede. Die „alten Weiber" untersuchen in normalen Fällen doch wohl kaum. Zu Dr. Hach bemerkt M., er selbst habe bei Ausführung einer Embryotomie bei einer septischen Kreissenden sofort an demselben Tage eine schwere Zange mit absolut fieber-

losem Wochenbett anlegen müssen. Hebammen möchte M. die Praxis vor 3 Tagen nicht gestatten. Ihm sei es gleichgültig, welches Regulativ in den 4 Sprachen gedruckt wird — er wünsche nur Verbreitung eines einheitlichen Verfahrens, einheitlicher Vorschriften etwa durch Abfassung eines Hebammenkalenders.

Dr. Koppe warnt vor zu einseitiger Beurtheilung der Hebammen nach dem Grade ihres Wissens in der Antiseptik. Die Hebammen der alten Schule seien oft tüchtiger. Auch reine Laien leisten oft Tüchtiges. Es kommt neben dem Wissen vor Allem auf warmes Interesse und Gewissenhaftigkeit an. Das Publikum macht sich überall seine Aerzte und seine Hebammen. Es erscheint irrationell in eine absolut ungebildete Landbevölkerung eine gebildete Hebamme zu setzen. Sie werde dort schwer Vertrauen erringen und materiell nicht existiren können. Es erscheine daher ganz gerechtfertigt, Bäuerinnen wenn auch nicht zu Hebammen, so doch zu Pflegerinnen heranzubilden, welche auf Reinlichkeit halten und im Nothfalle den Arzt zu Hilfe rufen.

Dr. Wagner-Zabeln spricht sich im Gegensatz zu Dr. Meyer für die Dorfhebammen, wie sie in Curland gesetzmässig angestellt werden, aus. Er glaubt, dass durch Anwesenheit einer Hebamme bei allen Geburten viel Unheil verhütet wird, indem dadurch die rechtzeitige Herbeiholung des Arztes ermöglicht wird. Er glaubt, dass die durch dieselben vielleicht entstehenden Affectionen im Puerperium den bei der Geburt eintretenden Hindernissen und Zufällen gegenüber zurücktreten.

Dr. Joh. Meyer hat sich nie dagegen aussprechen wollen, dass ein Arzt sich eine wirklich brauchbare Gehilfin aus dem niederen Stande heranziehen kann. Auf Dr. Wagner's Ausführungen habe er nur zu erwidern, dass er mit grossem Interesse die Schilderung der in Curland bestehenden Verhältnisse verfolgt habe. In den ihm bekannten Gegenden Liv- und Estlands sei noch kein allgemeines Bedürfniss nach Dorfhebammen vorhanden. Er räume jedoch gerne der praktischen Erfahrung der curländischen Collegen eine zutreffende Beurtheilung der Bedeutung des Hebammenwesens ein.

Dr. Katterfeld: Dr. Meyer mache ihm den Vorwurf, er wolle den Hebammen mit dem Stock drohen. Das sei nicht richtig. Ref. sehe die Hebammen ebenso wie uns Aerzte als Diener der Humanität an. Wenn Ref. aber Strafbestimmungen und vor Allem Ausschluss für die Hebammen verlange, so fordere er für sie nur das, was jeder anständige Stand selbst erstrebt: nämlich, dass unwürdige Glieder aus seiner Mitte entfernt werden. Auch uns Aerzten kann die venia practicandi entzogen werden, wenn wir unseren Verpflichtungen nicht nachkommen. Dr. Meyer citire nochmals Chazau, der die Behauptung aufstellt, dass das „alte Weib" nicht inficire. K. müsse Ch. strict widersprechen. K. habe eine grosse Reihe von Infectionen in den wenigen Jahren seiner Praxis gesehen. Wie sei das auch anders

möglich. Das „alte Weib“ desinficirt sich nie und untersucht stets. Der Anverwandten und der Wöchnerin wegen muss sie das schon, um zu beruhigen. Je weniger Kenntnisse und Vertrauen sie besitzt, desto mehr muss sie durch äusserliche Geschäftigkeit beschwichtigen. Da sie gleichzeitig auch das „Besprechen“ übt, muss sie Phlegmone, Rose etc. übertragen.

Dr. Hach unterstützt den Wunsch der Collegen Katterfeld und Wagner in Betreff der Dorfhebammen, die von den Aerzten gütlich weiter zu erziehen. Gegen Dr. Meyer bemerkt H., dass er Androhung der Anzeige für erlaubt hält. Bei einer Einsichtigen fällt sie entschieden fort, da sie sich keinem Lapsus aussetzen wird.

Dr. Wagner will die Hebammen in 2 Gruppen geschieden und beurtheilt wissen: die aseptisch und antiseptisch gebildeten der letzten Periode, wie sie aus den Hebammenschulen in Dorpat und Mitau hervorgehen, und in die aus älterer Zeit stammenden Dr. Katterfeld schildere die pecuniäre Lage der Hebammen der curl. Dorfgemeinden zu schlimm. Es engagiren mehrere Gemeinden dieselbe Hebamme.

Dr. Joh. Meyer: Die Vermeidung der inneren Untersuchung ist höchst ideal, lässt sich aber zunächst wohl nicht durchführen. Dr. Hach hat es mit gebildeten Clienten zu thun in sehr geordneten Verhältnissen, er bemerkte daher auch in viel geringerem Maasse die Fehler, welche die Hebammen sich auf dem Gebiete der Aseptik zu Schulden kommen lassen, als die Collegen auf dem Lande und in den kleinen Städten.

Dr. Kusmanow betont die grosse Nothwendigkeit der Schaffung eines, wenn auch wenig ärztlich gebildeten Mittelstandes zwischen Hebamme und „altem Weibe“ in Estland und Nordlivland, wo *jede* gebildete Hilfe fehlt, die gebärenden Weiber — sc. der Bevölkerung — auf das „alte Weib“ allein angewiesen sind und dieses nicht im Stande ist, die pathol. Lage zu erkennen und nach ärztl. Hilfe zu schicken, im Gegentheil häufig trotz der drohendsten Gefahr, von derselben sogar abrathe.

Präses Dr. Truhart schlägt vor, die weitere Berathung der „*Hebammenfrage*“, einer Commission zu übertragen, welche auf dem nächsten Aerztetage zu referiren ersucht wird. Der Vorschlag wird angenommen und zu Commissionsgliedern werden gewählt die DDr.: Hach, Katterfeld, Koppe, Meyer und v. Stryk.

3) Dr. Brehm Riga spricht: „**Zur Behandlung der Fehlgeburt (abortus et partus prämaturus)**“. (Der Vortrag ist in № 49 der St. Pbg. med. Wochenschr. in extenso erschienen.)

Der vorgerückten Zeit wegen kann keine Discussion stattfinden, sondern kommt noch die Mittheilung von

4) Dr. Treymann-Riga: „**Ueber Graviditas extrauterina**“ zum Vortrag. (Der Vortrag wird in extenso in der St. Pbg. med. Woch. erscheinen).

5) Die Anfrage des Präses (cf. § 23 des Statuts) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung einstimmig verneint.

6) Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Kreisarzt Dr. G a e h t g e n s den II. livl. Aerztetag für geschlossen.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 21 Декабря 1890.
Buchdruckerei von Isidor Goldberg, Katharinenkanal № 94.

PROTOKOLLE

DES

DRITTEN

LIVLÄNDISCHEN ÄRZTETAGES

IN

WALK

vom 9. bis 11. September 1891.

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. 15.
1892.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 28 Апрѣля 1892 г.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1.	Behse, Eduard	Pernau.
2.	Berg, Fritz	Riga.
3.	v. Bergmann, Adolf.	Riga.
4.	Bernsdorff, Julius.	Riga.
5.	Braschnewitz, Andreas.	Smilten,
6.	v. Brehm, Hugo	Riga.
7.	Brennsohn, Isidor.	Mitau.
8.	Carstens, Georg	Arensburg.
9.	Dobbert, Eduard	Rujen.
10.	Deeters, Gustav	Lemburg.
11.	Dehio, Heinrich	Riga.
12.	Dietrich, Justus	Riga.
13.	Devrient, Carl.	Grundsahl.
14.	Eckardt, Albert	Wolmar.
15.	Eeck, Alexander	Oberpahlen.
16.	v. Engelhardt, Arved	Peterskapelle,
17.	Erasmus, Ernst	Wenden.
18.	Etzold, Ernst	Quellenstein,
19.	Franken, Ferdinand.	Jensel.
20.	Gaehtgens, Peter	Wenden,
21.	Girgensohn, Otto	Riga,
22.	Greiffenhagen, Wilhelm	Reval,
23.	Grünberg, Jakob.	Stürtzenhof,
24.	Hampeln, Paul.	Riga.
25.	Hartge, Alexander	Dorpat.
26.	Hartmann, August	Carolen.
27.	Hasenjäger, Gustav	Palla.
28.	Heerwagen, Rudolph	Riga.

29. Hess, Nicolai	Riga.
30. Hoffmann, Friedrich.	Adsel.
31. Holowko, Anton	Dorpat.
32. v. Holst, Valentin	Riga.
33. Jäsche, Emanuel	Dorpat.
34. Johannson, Ernst.	Hallist.
35. Karp, Alvill.	Werro.
36. Katterfeld, Adolph	Waldheim.
37. Kieseritzky, Woldemar	Dorpat.
38. Kiwull, Ernst	Wenden.
39. Knüpffer, Carl.	Dorpat.
40. Koch, Ernst.	Walk.
41. Koch, Robert	Dorpat.
42. Koerber, Bernhard	Dorpat.
43. Koppe, Oscar	Pernau.
44. Krannhals, Hans	Riga.
45. Kroon, Carl.	Anzen.
46. v. Kügelgen, Arvid.	Rappin.
47. Kusmanow, Alexander.	Rappel.
48. Küstner, Otto	Dorpat.
49. Lenz, Wilhelm.	Dorpat.
50. Lezenius, Arthur.	Walk.
51. Meyer, Hugo	Salisburg.
52. Meyer, Johannes	Dorpat.
53. v. Middendorff, Max.	Reval.
54. Müller, Johannes.	Schujenpahlen.
55. Oehrn, Axel.	Wenden.
56. Orlowski, Eduard.	Warschau.
57. Otto, Richard	Dorpat.
58. v. Raison, Wilhelm	Doblen.
59. Raue, Bruno	Marienburg.
60. Reichardt, Nicolai	Ringen.
61. Reipner, Arthur	Riga.
62. Sadikoff, Johannes	Talsen.
63. v. Samson, Claudius.	Walk.
64. Schilling, Arthur.	Annenhof.
65. Schulmann, Eugen.	Walk.
66. Schwartz, Victor	Riga.
67. Schwarz, Eduard	Riga.
68. Sörd, Nicolai	Fellin.

69. Strauss, Reinhold.	Laudohn.
70. Stillmark, Hermann	Helmet.
71. v. Stryk, Nicolai	Riga.
72. Treu, Armin.	Sennen.
73. Treuberg, Eduard	Odenpäh.
74. Truhart, Hermann	Fellin.
75. Unterberger, Simon	St. Petersburg.
76. Unverricht, Heinrich	Dorpat.
77. Vogel, Carl	Nurmis.
78. Vogelsang, Woldemar	Ampel.
79. Voss, Friedrich	Riga.
80. Werner, Paul	St. Petersburg.
81. v. Zoege-Manteuffel, Werner	Dorpat.

Protokoll der I. Sitzung des dritten livländischen Aerztetages.

Walk, 9. September 1891, 11 Uhr Vormittags.

1. In Vertretung des von der Medicinal-Abtheilung hierzu designirten Kreisarztes Dr. Ulmann, eröffnet Stadtarzt Dr. Koch — Walk den Aerztetag und überbringt den Willkommensgruss der Stadt Walk.

2. Dr. Koch — Walk, verliest als Cassirer den Cassabericht. Derselbe wird acceptirt.

3. Durch Majoritätsbeschluss wird bestimmt, dass der nächste Aerztetag in Wenden in der zweiten Hälfte des September stattfinden soll. Eine eingelaufene schriftliche Einladung der Dorpater medicinischen Gesellschaft, den nächsten Aerztetag in Dorpat abzuhalten, wird mit verbindlichem Dank und dem Ausdruck des Bedauerns darüber, dass schwerwiegende Gründe den Aerztetag zur Ablehnung dieser Aufforderung veranlasst, zu beantworten beschlossen.

4. Durch Zettelwahl wählt die Versammlung:

zum Praeses: Dr. Truhart — Fellin,
zum Cassirer: Dr. Gaethgens — Wenden,
zum Secretär: Dr. Heerwagen — Riga.

5. Auf Antrag des Präses wird zur Unterstützung des Secretärs, namentlich zur Redaction der Protokolle Dr. v. Stryk — Riga als zweiter Secretär gewählt.

6. Dr. Truhart spricht der Versammlung seinen Dank aus, für das ihm aufs Neue durch die Wahl zum Präses gezeigte Vertrauen. Red. hält es für seine Pflicht, an dieser Stelle auf die grosse Entdeckung Rob. Koch's hinzuweisen, welche im Laufe des verflossenen Jahres nicht nur die medicinische Welt in Aufruhr versetzt. Als Ausdruck ehrender Anerkennung der Verdienste des bedeutenden Forschers, fordert Red. die Versammlung auf, sich von den Sitzen zu erheben. (Es geschieht).

Es stehe ferner am 1. (13.) October d. J. ein Gedenktag in

Aussicht, der 71. Geburtstag Rudolph Virchow's. Präses proponirt, den Vorstand mit der Absendung eines Glückwunschtelegramms zu betrauen. (Angenommen).

7. Auf Antrag des Präses votirt die Versammlung dem vom Amte zurückgetretenen bisherigen Secretären Dr. Mercklin (Rothenberg) den Dank der Gesellschaft für seine erspriessliche Amtsführung.

8. Auf Antrag des Präses werden 100 Rbl. für eine Botkinstiftung bewilligt.

9. Präses berichtet: Die zum Statutenentwurfe einer Pensionskasse niedergesetzte Commission bestehend aus den DDr. Girgensohn und Stavenhagen (Riga) und Red. habe im Januar ihre Commission absolvirt, der Gouvernementsregierung die Statuten eingereicht, welche von dieser wie vom Medicinaldepartement durchgesehen und emendirt worden.

Dr. Girgensohn trägt den ursprünglichen Entwurf mit den regierungsseitigen Abänderungen vor.

Da die Abänderungen im Ganzen unwesentlicher Natur seien, stelle die Commission den Antrag, das vom Ministerium abgeänderte Statut zur Bestätigung vorzustellen. (Angenommen).

10. Das Referat der Commission in Angelegenheit der «Hebammenfrage» wird auf Antrag des Präses, wegen noch zu erwartender Ankunft eines Commissionsgliedes, auf eine der späteren Sitzungen vertagt. Statt dieses Punktes erhält Dr. Zoege v. Manteuffel das Wort zu einem Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra». Am 23. März habe das Statut der Gesellschaft die ministerielle Bestätigung erhalten. Die Sammlungen hätten bisher die Summe von 23437 Rbl. erreicht, von denen 1,494 R. 22 K. fur Neubau, Einrichtung, Assecuranz etc. verausgabt worden. Das Comité habe beschlossen, 2 Leprosorien zu eröffnen, eines in der früheren Poststation Nennal, das andere im Mihli-Gesinde bei Dorpat. Letzteres sei schon soweit fertig gestellt, dass nur noch die obrigkeitliche Genehmigung zur Eröffnung ausstehe. Dasselbe könne etwa 20 Kranke beherbergen und solle in Zukunft als Zwischen- und Beobachtungsstation neben der Hauptstation Nennal dienen.

In Nennal seien bisher aus ökonomischen Gründen nur soweit Remonten ausgeführt worden, als die Erhaltung der Gebäude,

die einmal 150—160 Kranken Raum gewähren könnten, es erheischten. Die Instandsetzung des früheren Posthauses für etwa 45 Kranke sei für nächstes Frühjahr in Aussicht genommen.

Es wäre damit die Möglichkeit gegeben 60—70 Kranke zu verpflegen, was freilich nach Hellat nur einem kleinen Theil der Leprösen entspräche, deren Anzahl seit der Publication noch gewachsen sei. (Ref. allein seien 21 noch nicht vermerkte Fälle bekannt). Das Comité wird also verpflichtet sein, das Leprosorium in Nennal bald auf den vollen Bestand einzurichten, wodurch indessen das Kapital soweit aufgezehrt werden dürfte, dass an einen Unterhalt durch dessen Zinsen nicht zu denken wäre.

Es müssten also die Sammlungen weitergeführt werden und wäre namentlich der Beitritt von Jahresmitgliedern [1]) zur Sicherung des Unternehmens erwünscht. Zum Unterhalt eines Leprösen wären die Jahresbeiträge von etwa 25 Mitgliedern erforderlich, oder zur Verpflegung der 1891 und 1892 unterzubringenden Kranken müsste der Verein auf 1500 Mitglieder anwachsen, eine Zahl, die freilich gross, nicht aber unerreichbar erscheine.

Ref. richtet zum Schluss an die Anwesenden die Bitte, in ihren Wirkungskreisen Mitglieder zu werben, um dem unter günstigen Auspicien begonnenen Werke gedeihlichen Fortgang zu sichern.

Protokoll der II. Sitzung des dritten livländischen Aerztetages.

Walk, 9. September 1891, 5 Uhr Nachmittags.

1 a. O. Koppe (Pernau): «Die medicinische Station». Vorschlag zur Reform der Krankenversorgung auf dem flachen Lande.

In weiterer Entfernung von den Städten blieben viel chronische Kranke (namentlich Lungen-, Magen-, Augenleidende,

---

[1]) Jährliche Zahlung nicht weniger als 3 Rbl., resp. einmalige Zahlung nicht unter 50 Rbl. p. Adr. Baron Stackelberg, Dorpat — Creditsystem.

chirurgische Fälle) ohne ärztliche Hülfe sich selbst überlassen und geriethen dadurch in unheilbaren Zustand. Dem Nothstande, der vorzüglich Nordlivland und Estland betreffe, abzuhelfen, hätten sowohl die Gemeinden als auch die Aerzte dringende Veranlassung. Die Kranken wären selten in der Lage, sich in's Hospital aufnehmen zu lassen und ambulatorische Behandlung auf 30 Werst sei illusorisch. Noch schlimmer sei es in dringenden acuten Fällen von Verletzungen, Blutungen und in geburtshülflichen. Transport sei unmöglich, der Arzt erreiche die Hülfsbedürftigen oft zu spät. Diesem Mangel medicinischer Hülfe auf dem flachen Lande stellt Vortr. die übermässige ärztliche Concurrenz in den Städten gegenüber und sucht einen Ausweg, der beide Uebelstände ausgliche.

Im Innern des Reiches habe die Semstwo die Frage zu lösen gesucht. indem sie durch Errichtung von Kreis- und Gouvernements-Hospitälern, von Landapotheken, Anstellung von Aerzten, Feldschern, Hebammen, jedem Bedürftigen unentgeltliche medicinische Hülfe garantirte. Die Institutionen hätten indessen den Erwartungen nicht entsprochen, das Volk habe nur wenig Vertrauen zu den Aerzten gewonnen. Das Personal sei erheblich reducirt worden und die Uebriggebliebenen fristeten ein kümmerliches Dasein.

Abgesehen von Mängeln der Organisation hält Vortr. das System der unentgeltlichen Hülfe nicht für das richtige. Es läge in der menschlichen Natur, unverdiente Geschenke zu verachten. Nach seinen Kräften solle ein Jeder sich seine Lebensbedürfnisse erwerben, dann erst gewönne er die richtige Werthschätzung derselben.

Der Bauer der Semstwo erhalte übrigens die medicinische Hülfe keineswegs gratis, vielmehr würden die Kosten auf die ganze Bevölkerung repartirt. Der Gesunde zahle für den Kranken. Wenn aber der Kranke gar keine Opfer zu bringen hätte, so würden dieselben dem Gesunden zu hoch und es wollte schliesslich Jeder krank sein.

Bei der Armuth und geringen Kultur des russischen Bauern läge ihm die Sorge um das tägliche Brot und die Bekleidung näher, als die um Leben und Gesundheit. Was geschaffen werde, müsse sich dem wirklichen Bedürfnisse anpassen, es müsse preiswürdig, d. h. möglichst billig sein.

Auch bei uns handle sich's darum, das Bedürfniss nach ärzt-

licher Hülfe erst zu entwickeln und die Landbevölkerung daran zu gewöhnen für ihre Gesundheit sich gewisse Ausgaben zu gestatten.

Dieses geschehe, nach Vortr., am besten durch die Landapotheke. Nicht den Arzt, sondern in erster Linie die Arzenei suche der Bauer, der mit der fertigen Diagnose vom Apotheker das geeignete Mittel, wie vom Kaufmann die Waare verlangt. Der erfahrene Apotheker suche sich durch geeignete Fragen über den wahren Zustand des Kranken aufzuklären, richte darnach die Arznei ein, die er mit diätetischen und hygienischen Rathschlägen begleite. In dieser ärztlichen Thätigkeit werde der Landapotheker zweckmässig unterstützt durch einen zuverlässigen Feldscher, der die Kranken zu besuchen und soweit ihm möglich, die Behandlung zu leiten hätte. Ein solcher Feldscher sei billiger zu beschaffen, als ein Arzt und finde sich schneller in die Bedürfnisse des Landvolkes. Weiter wäre eine auf einer geburtshülflichen Klinik oder vom Arzte ausgebildete Pflegerin bäuerlichen Standes für geburtshülfliche Fälle anzustellen. Sie hätte einzig auf Sauberkeit und Fernhaltung von Schädlichkeiten bei normalem Geburtsverlauf zu achten. In allen dringenden Fällen hätte sie, sowie auch der Feldscher, den Arzt zu benachrichtigen. Bei dieser «medicinischen Station» sei ein Krankenzimmer (zugleich Wohnung der Pflegerin) einzurichten. Vortr. vergleicht dieselbe mit der Schule. Hier lerne der Kranke die elementaren Begriffe der Diätetik und Hygiene, die er daheim weiter befolge und verbreite. Andererseits gewähre sie dem Personal Gelegenheit, seine Kenntnisse durch Uebung und Erfahrung zu erweitern und sichere dadurch dem Ganzen gedeihliche Fortschritte.

Diese Station sei der Controlle eines Arztes zu unterstellen, am vortheilhaftesten eines städtischen, der sich während seiner Abwesenheit leicht vertreten lassen könne, wodurch auch dem durch Ueberfüllung der Städte mit Aerzten bedingten Nothstande abgeholfen wäre.

Ausser unvorhergesehenen Revisionen seien Terminbesuche des Arztes erforderlich, zu denen sich die Hülfesuchenden bei der Station einzufinden hätten, um je nach dem Falle, mit medicinischem Rath versehen, oder der Pflege des Feldschers übergeben, oder aber in ein städtisches Hospital dirigirt zu werden.

Vortr. hat die geschilderte Einrichtung an der Hand der praktischen Erfahrung (in Schloss Fickel und Testama) als durchführbar und empfehlenswerth erkannt. Die Kosten seien geringe und von einem grössern Gute allein aufzubringen. Das Landvolk trage keine Garantie, sondern stelle allein durch freiwillige Beiträge die Rentabilität des Unternehmens sicher. Die vollständig unabhängige, auf freier Vereinbarung beruhende Einrichtung werde einzig durch die eigene Zweckmässigkeit garantirt. Sie dränge sich nicht in anderweitig in Anspruch genommene Gebiete, sondern suche sie sich nur zu erschliessen, sie leiste Pionirdienste in der Wildniss für ärztliche und pharmaceutische Thätigkeit, der sie neue Quellen eröffne.

Vortr. schliesst mit den folgenden Thesen:

1. Keine freien Ambulanzen und Apotheken.
2. Keine zu hohe Besteuerung der Landbevölkerung zu medicinischen Zwecken.
3. Kein Doctorat ohne Apotheke und Hospital.

Ib. J. Müller (Schujenpahlen) «Das Lazareth auf dem Lande».

Durch Fragebogen, die Vortr. an die Collegen auf dem Lande versandt, habe er sich Material gesammelt, dessen Zusammenstellung zwar nicht den Werth genauer Statistik beanspruchen könne, wohl aber geeignet erscheine, einen allgemeinen Ueberblick über unsere Lazarethverhältnisse auf dem Lande zu eröffnen. Von den ca. 71 Landärzten in Livland seien 44 in der Lage, Kranke stationär zu behandeln. Diese Krankenstationen theilt Vortr. in 5 Kategorien:

I. Vollständig eingerichtete Hospitäler mit Männer- und Weiberabtheilungen von 2—4 Krankenzimmern mit 6—12 Betten mit Wäsche und Zubehör, Wartepersonal mit eigenem Zimmer. Zum Theil auch ausgestattet mit Operations-Ambulanzzimmer, Küche, Baderaum, Instrumentarium, Krankenkleidern. Es sind ihrer 5, davon 4 von den Besitzern gestiftet, eines vom Kirchspiel gegründet.

II. Stationen mit Männer- und Weiberabtheilung, 2—5 Zimmer, 6—12 Betten, und zum Theil Bettwäsche, Kleidung, Wartepersonal, Küche. Redner führt hier 14 Stationen an, meist von den Kirchspielen gegründet, eine (Fennern) vom Arzte selbst erbaut und eingerichtet.

III. Stationen mit nur einem von der Wohnung des Arztes getrennten Krankenzimmer, versehen mit Bettstellen, zum Theil auch Bettwäsche und Pflege. Ihrer werden 5 gezählt.

IV 15 Doctorate, die einen oder mehr Räume, die sonst andern Zwecken gedient, den Kranken überlassen (mit Bettstellen).

V Aerzte, die ihre stationären Patienten bei benachbarten Privatpersonen unterbringen (5). Ganz ohne Station arbeiten 27 Aerzte.

Nur die grössern Hospitäler beköstigten ihre Kranken, in den kleinern hätten sie sich meist selbst zu versorgen. Die Tageszahlung der Kranken schwanke zwischen 5 und 70 Cop. excl. Beköstigung, zwischen 20 Cop. und 1 Rbl. incl. Beköstigung, erreiche also im Durchschnitt 30, resp. 43 Cop. Arzeneien und Verbandstoffe werden extra bezahlt.

Das grösste Contingent der Lazarethbehandlung bildeten chirurgische Fälle, vor allem acute Verletzungen, aber auch chronische Affectionen, dann weiter Augenkrankheiten und gynäkologische Fälle. Stiefmütterlich bedacht seien innere Krankheiten, allenfalls noch würden Magen- und Lungenleiden aufgenommen. 1 Arzt behandele vorwiegend Kinderkrankheiten, 2 nähmen auch Geisteskranke auf. Infectionskrankheiten seien fast ganz — meist contractlich — ausgeschlossen, wovon nur Stockmannshof und Oberpahlen eine Ausnahme machten.

Die Frequenz anlangend behandelten die Lazarethe.

I.	Ordnung	jährlich	45—133	Kranke, durchschnittlich	77
II.	»	»	30—125	» »	54,4
III.	»	»	10— 40	» »	20
IV.	»	»	25— 50	» »	27
V	»	»	15— 20	» »	17

Diese Zahlen, welche erwiesen, dass je besser die Lazaretheinrichtung, um so grösser die Frequenz, seien geeignet, den Einwand zu entkräften, es sei kein Bedürfniss nach Lazarethen vorhanden, die Kranken gingen nicht hinein. Elende Baracken und Wagenremisen, die als Hospital dienen sollten, würden freilich nur im Nothfall aufgesucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer belaufe sich auf 2—3 Wochen.

Unter den Landhospitälern finde sich keines, das zugleich

Sanatorium für die besser situirten Stände wäre, wohl aber fänden bei einigen Aerzten in deren Privatwohnungen anspruchsvollere Kranke hie und da Aufnahme.

Redn. sieht in der geschilderten Lage der Krankenversorgung auf dem Lande einen Nothstand, für den Abhülfe geschafft werden müsste.

Unter den mancherlei Mitteln, die in Frage kommen könnten, hebt er nur dasjenige hervor, das der Arzt selbst in der Hand halte. Vor Allem sei das Landvolk von der Zweckdienlichkeit der stationären Behandlung zu überzeugen. Um das zu erreichen, müsse der Landarzt soviel als irgend möglich Kranke aufnehmen, ihnen jeden irgend verwendbaren Raum zur Verfügung stellen, die nothwendige Einrichtung selbst schaffen. die Aufgenommenen zu möglichst langem Verbleib bewegen. Vor Allem aber dürfe das Hospital nicht als Einnahmequelle betrachtet werden, vielmehr sollte der Arzt vor materiellen Opfern nicht zurückschrecken, welche dieses wichtigste Hülfsmittel seiner wissenschaftlichen und praktischen Fortbildung ihm auferlege.

l. c. E. Behse (Pernau) «Das Stadthospital in der kleinen Stadt».

In chronischen Krankheitsfällen suchten die wohlhabenderen Bewohner Pernau's mit Vorliebe ärztliche Hülfe in grossen Städten des In- und Auslandes. Vortr. räumt eine gewisse Berechtigung dieser Gewohnheit ein, da die grossstädtischen Aerzte in ihren Lieblingsfächern ein grösseres Wissen und besseres Können repräsentirten. Woher das komme! Wo der Arzt zur Praxis sich niederlasse, hinge nicht von seiner Begabung, seinem Wissen ab, sondern sei wesentlich eine Geldfrage. Auch um ein grösseres Beobachtungsmaterial handle sich's nicht, da der junge Arzt in der Grossstadt nicht früher zur Praxis komme, als der in der kleinen. An Krankenmaterial fehle es in der kleinen Stadt nicht, wohl aber an Hospitälern, dasselbe zu verwerthen. Hierzu komme noch der Zeitverlust durch viele Landfahrten, unfruchtbare briefliche Behandlung und unerquickliche Bauernambulanz. Das seien die Haupthindernisse der gedeihlichen Entwickelung der Aerzte kleiner Städte; während in dem Umstande, dass dieselben sich auf allen Gebieten der Heilkunde bethätigen müssten, Vortr. einen Vorzug sehe. Die

mangelhafte Beschaffenheit unserer Hospitäler zu schildern, sei wohl unnöthig. In allerletzter Zeit erst sei es Red. gelungen, eine Reorganisation des Pernauer Hospitales durchzusetzen, wobei er sich von den folgenden Principien habe leiten lassen:

1. In einem Stadt-Krankenhause sei specialistische Gründlichkeit der Behandlung, soweit es die Geldmittel erlaubten, zu erstreben.

2. Da der einzelne Arzt nicht allen Disciplinen der Medicin gleich gerecht werden könne, seien ihrer zwei anzustellen, die sich in die chirurgischen und internen Fälle zu theilen hätten.

3. Die Verhältnisse der kleinen Städte seien zu enge, um mehr als ein Krankenhaus zu versorgen, weshalb es wünschenswerth erscheine, dass sich die ärztlichen Kräfte auf dieses eine, wohleingerichtete Hospital vereinigten.

Da meist mehr als 2 Aerzte in unseren kleinen Städten prakticirten, wäre mit dieser Einrichtung auch nicht allen geholfen. In Fellin sei die Einrichtung getroffen, dass jeder Arzt den von ihm in's Hospital geschickten Kranken dort weiterbehandle, ein Modus, der aber nur ausnahmsweise möglich und noch seltener durchführbar erscheine. Koppe (Pernau) habe sich dadurch geholfen, dass er sich eine Privatklinik geschaffen, aber der Bestand einer solchen sei nur unter Ausnahmebedingungen in einer kleinen Stadt wahrscheinlich.

Um zu allerseits befriedigenden Hospitalverhältnissen zu gelangen, erscheine Red. nur ein Weg möglich: Durch Zusammentritt der Landgemeinden mit ihrer Kreisstadt in dieser ein grösseres Hospital zu 70—80 Betten zu errichten, in welchem ausser den zwei die Abtheilungen leitenden Primärärzten, die übrigen Aerzte der Stadt als Secundärärzte förderliche Arbeit fänden. Für die Kranken des Kreises wäre damit gut gesorgt. Unter den heutigen Verhältnissen fänden nur wenige Kranke vom flachen Lande im Stadtkrankenhause Aufnahme und zwar deshalb, weil ihnen die Curkosten (in Pernau 65 Cop. tägl.) zu hohe seien. Betheiligten sich nun die Landgemeinden selbst am Unterhalt des Hospitals, dann könnte die Verpflegung für ihre Angehörigen wohl um die Hälfte billiger gestellt werden.

Die Vereinigung von Stadt und Land zu gemeinsamer Hos-

pitalanlage möge ihre Schwierigkeiten haben; trotzdem seien die beiderseitigen Vortheile bei derselben evident.

Red. wünscht, der Aerztetag möge die Initiative ergreifen und zur Gründung derartiger gemeinsamer Kreis-Hospitäler für Stadt und Land anregen.

Discussion.

Herr Werner (Petersburg): Herr Koppe scheine der Ansicht zu sein, dass die Medicinalinstitutionen der Semstwo sich nicht bewährt hätten und dieses Beispiel daher nicht nachahmenswerth erscheine. Abgesehen von Missgriffen, die auch dort nicht gefehlt, sei aus den Institutionen ein unermesslicher Segen für die Bevölkerung erwachsen, namentlich sei das Vertrauen der Bevölkerung zu den Aerzten alljährlich gestiegen, wo nur ein Arzt seine Thätigkeit begonnen. Ferner wolle es Red. erscheinen, als wenn Herr Koppe in seiner Station dem Hülfspersonal (Feldscher und Pflegerin) zu weitgehende Competenzen einräume.

Herr Koppe will die Bedenken gegen den Feldscher nicht gelten lassen, derselbe genüge in der grossen Zahl leichter Fälle den Ansprüchen, zumal der Arzt nicht überallhin selbst kommen könne. Stete Controlle sei freilich die Voraussetzung. Ebenso nothwendig erscheine ihm die Pflegerin, da der Arzt nicht im Stande sei, allen geburtshülflichen Fällen zu assistiren. Er stütze sich auf mehrjährige günstige Erfahrung.

Herr Katterfeld (Waldheim): Vorredner documentire ein feines Verständniss für die Bedürfnisse des Landvolkes, steige aber zu sehr zum Volke hinab, anstatt dasselbe zu seiner Anschauung emporzuziehen. Apotheker brauchten wir nur neben dem Arzte, von den Hebammen werde bei einem weitern Punkte die Rede sein, die Feldschere halte er endlich für absolut schädlich. Als halbgebildete Leute überschätzten die Letzteren ihre Leistungsfähigkeit, nachdem sie sich vom Arzte einige Handgriffe abgesehen. Breche solch ein Mann mit seinem Arzte, dann habe die Welt einen Curpfuscher mehr.

Auch gegen die allzu primitiven Lazarethe des Herrn Koppe müsse sich Red. wenden.

Mit Recht betone Herr Müller, man dürfe dem Kranken nicht zumuthen, eine alte Scheune als Krankenhaus betrachten zu sollen. An 2 Orten habe er nacheinander die Gründung

eines Lazareths mit besten Erfolge versucht. Grosse Mittel seien dazu nicht erforderlich. Der Arzt dürfe sich nur aus dem Krankenhause keine Einnahmequelle schaffen wollen.

Herr v. Holst (Riga) schliesst sich den Aeusserungen des Vorredners an. In der selbstständigen Thätigkeit von Feldschern und Wärterinnen sehe er eine Gefahr, nicht zum wenigsten auch die, dass durch dieselbe das Vertrauen zur ärztlichen Thätigkeit untergraben würde. Apotheker, Feldscher und Wärterin seien nur dort auf dem Lande statthaft, wo ein Arzt sei.

Herr Ed. Schwarz (Riga) hält die Frage, ob Feldscher, ob nicht, für so wichtig, dass er proponirt, durch Abstimmung ein Votum des Livl. Aerztetages über dieselbe zu erzielen. Dagegen, dass Herr Koppe die Feldschere als Pionire der medicinischen Volksbildung bezeichne, müsse er sich verwahren. Eine so wichtige Aufgabe dürfe ungebildeten Leuten nicht anvertraut werden. Durch die zahlreiche Gründung von Landdoctoraten in den letzten Jahren, sei schon der richtige Weg zur Förderung der Volksbildung in praxi angebahnt. Würde dieser Weg weiter verfolgt uud den Doctoraten Hospitäler beigegeben, dann sei der Angelegenheit ihr gedeihlicher Fortgang gesichert. Bei zunehmender Volksbildung in medicinisch-hygienischen Dingen würden sich die Mittel für Aerzte und Hospitäler von selbst finden.

Der Präses ersucht die Discutanten bei der Hospitalfrage um die sich's in erster Linie handle, zu bleiben und sich nicht in die hier unwesentlichen Angelegenheiten der Feldschere und Hebammen zu verlieren.

Herr Körber (Dorpat). Laut Medicinal-Gesetz (Врачебн. Уставъ) sei die Behandlung durch Apotheker, Hebammen, Feldschere verboten. Sollten nach dem Vorschlage Koppe's «Stationen» gegründet werden, so müsste eine Abänderung der Gesetzesbestimmungen zu dem Zwecke erwirkt werden.

Red. wünscht zu wissen, wie theuer, resp. wie gross Landhospitäler gedacht würden. Ob nicht die Döcker'sche Lazarethbaracke, die sich in Berlin auch bei Winterkälte bewährt habe, als Landkrankenhaus Verwendung finden könnte.

Herr Jäsche (Dorpat). Die Erziehung und Verwendung eines Feldschers sei Privatsache des einzelnen Arztes. Nie aber sollte die ärztliche Gesellschaft die Möglichkeit statui-

ren, dass der Feldscher den Arzt vertreten könne, dass ihm ganze Districte zur Behandlung überlassen werden dürften. Es wäre im Gegentheil nur für die weiteste Verbreitung kleiner Hospitäler unter directer ärztlicher Leitung zu plaidiren.

Herr Koppe hat die gegen den Feldscher geäusserten Bedenken in der Praxis nicht bestätigt gefunden. Der Feldscher, mit dem er augenblicklich arbeite, sei bereits 18 Jahre auf einem Gute thätig, habe 2 Majoratsherren und mehrere Aerzte überlebt und es verstanden, sowohl den Bauern wie den Baron zufriedenzustellen. Es liege ja in der Hand des Arztes, sich tüchtige Kräfte auszuwählen und heranzuziehen. Es sei unmöglich, dass der Arzt in einem weiten Kreise alle Kranken selbst besuche; der Feldscher kundschafte die ernsten Fälle aus und führe sie dem Arzte zu. Ebenso unmöglich sei es, bei allen Geburten der Landbevölkerung zugegen zu sein; die bäuerliche Pflegerin übernehme es gegen geringes Entgelt und könne viel abergläubischen Unfug verhüten.

Herr v. Kügelgen (Rappin). Im Pleskau'schen Gouvernement, wo gute Hospitäler existirten, klage ein ihm bekannter College über die unglaublichen Diagnosen der Feldscher. Einer von ihnen habe in einem Jare 180 Fälle von Spinalmeningitis und 80 von Lyssa gezählt. Man beschäftige sich dort mit dem Plane, die Feldscher durch Mehranstellung von Aerzten entbehrlich zu machen.

Herr Meyer (Dorpat) sieht in der Klage des Collegen Behse über die Bevorzugung der Aerzte grosser Städte bezüglich ärztlicher Cosultationen, einen Widerspruch gegenüber dem Wunsche, dass zwei Aerzte sich in die Hospitalthätigkeit theilen sollen. — Die Begründung von Privatheilanstalten begrüsst Red. im Gegensatz zu Behse, der in ihnen Concurrenten der Stadthospitäler sehe, mit Genugthuung, da es ihm wünschenswerth erscheine, dass den Aerzten möglichst häufig Gelegenheit zu stationärer Behandlung geboten und in dieser Hinsicht einer wohlthätigen Concurrenz Terrain geschaffen werde.

Herr Behse befürchtet nicht, wie der Herr Vorredner annehme, die Concurrenz. Er sei nicht Leiter des Pernauer Hospitales. Sein Wunsch gehe dahin, allen Patienten und allen

Aerzten unserer Städte die Wohlthaten der Hospitalbehandlung zu erschliessen; er halte alle seine Aussprüche aufrecht.

Herr Voss (Riga) befürwortet die Einrichtung von Hospitälern bei den Doctoraten auf dem Lande, da sie billiger seien als grössere Kreishospitäler und andererseits die Gefahr ausschlössen, welche das nur zeitweilig controlirte Treiben eines Feldschers auf der «medicinischen Station» dem Volke bringen könne.

Herr Treu (Sennen). Wichtiger als ein erweitertes Kreishospital erscheine es Red., dass jeder Landarzt die Möglichkeit habe, bei sich Kranke aufzunehmen. Nach den Angaben des Herrn Müller hätten $^2/_3$ der Aerzte Livlands diese Möglichkeit; das übrige Drittheil müsse sie sich zu schaffen suchen, was garnicht so schwer falle. Red. habe in seinem Hause mehrere unbenützte Zimmer und Bettstellen, die er den Kranken, die selbst für Bettzeug und Pflege zu sorgen hätten, zur Verfügung stelle. Diese Einrichtung sei zwar nicht ideal, doch aber besser als nichts.

Herr Zoege v. Manteuffel: die Frage, ob Hospitäler zu errichten seien, ob diese gross oder klein sein sollten, lasse sich principiell nicht entscheiden. Einzig das praktische Bedürfniss sei maassgebend, und wo das Bedürfniss nach einem Hospital vorhanden sei, werde ein solches entstehen, je nachdem, gross oder klein. Die andere Frage aber, ob Feldscher als Pionire benutzt werden dürften oder nicht, müsse principiell geklärt werden. Red. giebt zu, dass es möglich sei, eine Gegend durch einen Feldscher medicinisch urbar zu machen; derselbe werde so lange curpfuschen, bis das Bedürfniss nach einem Arzte ein schreiendes geworden. Dieser Modus erscheine ihm möglich, vielleicht auch praktisch — empfehlenswerth aber sicher nicht.

Herr Müller entgegnet Herrn Körber, er sei zunächst nicht in der Lage, über einen genauen Kostenanschlag für ein kleines Landhospital zu verfügen, wolle jedoch die Frage weiter verfolgen und hoffe, dem nächsten Aerztetage Specielleres vorlegen zu können. Red. ist im Gegensatze zu Herrn Treu der Meinung, dass gerade auf die bessere Einrichtung der Lazarethe Gewicht zu legen sei, da die Kranken dann eher zu längerem Bleiben bewogen werden könnten.

Herr Katterfeld (Waldheim) hat mehrfach Hospitaleinrichtungen geleitet und erklärt sich erbötig, Interessenten genauere Daten über den Kostenpunkt etc. zugehen zu lassen.

Herr Koppe: Der Herr Vorredner habe den Nervus rerum getroffen. Natürlich handle sich's bei allen derartigen Einrichtungen in erster Linie um die Kosten. Daher frage er die Collegen vom Lande, ob es ihnen lieb wäre, wenn in den District, der ihn selbst kaum nähre, noch ein College hineingesetzt würde.

Herr Girgensohn (Riga). Herr Körber habe zur Berücksichtigung bei der Anlage von Landhospitälern die «Döcker'sche Baracke» empfohlen. Die Erfahrungen, die mit solchen Baracken im Riga'schen Stadtkrankenhause gemacht worden, sprächen gegen dieselben, da sie im Winter, namentlich bei stärkerem Winde, nicht zu erheizen, im Sommer dagegen zu heiss seien. Ausserdem seien sie für das leicht vergängliche Material aus dem sie beständen, zu theuer.

Herr Meyer stellt den Antrag: Herrn Müller aufzufordern, die Hospitalfrage zum nächsten Aerztetage weiter zu verfolgen und ihm einen Correferenten beizugeben.

Der Präses constatirt aus der Thatsache, dass drei Redner zu der Angelegenheit der Krankenversorgung auf dem Lande gesprochen und mit ihren Vorträgen so lebhafte Debatten angeregt, die brennende Wichtigkeit der Frage. Mit dem allgemeinen Fortschritt seien auch die Ansprüche an den Arzt gewachsen.

Es werden die folgenden Anträge formulirt:

1. Die Versammlung möge Stellung nehmen in der Feldscherfrage.

2. Schritte zu thun in Sachen der Errichtung von Kreishospitälern.

3. Herrn Müller nebst zu designirenden Correferenten mit der Weiterbehandlung der Hospitalfrage zum nächsten Aerztetage zu beauftragen.

Ad. 1. Hält Präses dafür, den Feldscher nur als Gehülfen des Arztes, nicht aber als selbstständigen Helfer gelten zu lassen. (In den Ausführungen des Herrn Koppe handle sich's um Ausnahmefälle).

Die Versammlung drückt ihre Zustimmung aus.

Ad. 2. Die Hospitäler wünschten wir Aerzte selbstredend;

es handle sich um die Geldfrage. An das Land damit zu gehen sei inopportun, so lange die Prästandenfrage der Lösung harre. Im Princip wünsche die Versammlung gewiss geordnete Hospitäler und nicht Zimmer ohne Einrichtung.

Zustimmung.

Ad. 3. Wird der Antrag angenommen und Herr Katterfeld (Waldheim) zum Correferenten erbeten.

2. Herr Unverricht (Dorpat). «Ueber das Fieber». Vortragender hält es für nothwendig, sich die Frage vorzulegen, was man eigentlich unter Fieber zu verstehen habe, denn die Behandlungsmethoden, welche sich auf den modernen Anschauungen vom Fieber aufgebaut, hätten nicht zu dem gewünschten Resultat geführt.

Die frühere Vorstellung, dass das Fieber ein eigenes Krankheitswesen sei, habe man immer mehr fallen lassen. Man betrachte es als Symptomencomplex, der gewisse Krankheiten begleite. Aber dieser Symptomencomplex sei ein sehr vager, es fehle bald dieses, bald jenes Symptom, gelegentlich auch die erhöhte Temperatur. Etwas logischer erscheine schon die Liebermeister'sche Auffassung: Das Wesentliche im Fieber sei die höhere Einstellung der Körpertemperatur, und die übrigen Symptome seien davon abhängig. Aber auch diese Anschauung sei unhaltbar, denn die anderen Symptome begleiteten durchaus nicht regelmässig die Steigerung der Körpertemperatur und seien ihr auch nicht proportional, so dass sie nicht von ihr abhängen könnten. Auch sei die Temperatur nicht auf einen bestimmten Grad eingestellt, sondern man könne ein regelloses Schwanken viel eher als das Gesetz betrachten.

Es bliebe nichts Anderes übrig, als die erhöhte Temperatur schlechtweg als Fieber zu bezeichnen, dann müssten wir auch von dem Gesunden, im Dampfbade, der 39° hat, sagen, er fiebert. Besser wäre es wohl, den Begriff, dem in Folge seiner historischen Entwickelung soviel mystischer Beigeschmack anhafte, ganz fallen zu lassen, denn die Bezeichnung «Temperatursteigerung» erschöpfe alle Erscheinungen und könne nicht zu Missverständnissen führen. — Von antifebriler Behandlung könne demnach nicht die Rede sein, sondern nur von antithermischer. Sollte man die erhöhte Temperatur herabsetzen?

Unsere klinischen und experimentellen Erfahrungen bewiesen nicht die Schädlichkeit erhöhter Körperwärme. Man habe immer den Fehler begangen, der Temperatursteigerung in die Schuhe zu schieben, was der Vergiftung, z. B. bei Infectionskrankheiten, zukomme. — Schliesslich sprächen sogar gewisse Gründe dafür, dass möglicher Weise die erhöhte Temperatur eine zweckmässige Einrichtung sei, insofern, als dabei gewisse Keime schlechter gediehen, gewisse chemische Gifte schneller zerfielen, als bei normaler Körperwärme.

Discussion:

Herr Koppe (Pernau) fragt, ob eine antiphlogistische Wirkung der Kälte durch die klinische Erfahrung erwiesen sei. In Praxi schienen Eisumschläge z. B. die Entwickelung einer Pneumonie zu hemmen, ebenso häufig gewechselte kalte Umschläge die capilläre Bronchitis.

Herr Unverricht hat absichtlich vermieden die Kaltwasserbehandlung zu berühren. Nicht als ob er sie verwerfe, er sei aber der Ansicht, das kalte Wasser sollte nicht als antipyretisches, sondern als diätetisches Mittel verwandt werden. Was die antiphlogistische Wirkung der Kälte anlange, so theile er die Ansicht des Vorredners, dass sie die Entzündung in engeren Grenzen zu halten scheine.

Herr Hartge (Dorpat). Das Suchen nach Mitteln gegen fieberhafte Erkrankungen scheine ihm weniger auf die Theorie Liebermeister's zurückzuführen, als auf die Thatsache basirt zu sein, dass wir schon specifische Mittel, wie Chinin bei Intermittens, besitzen und weitere für andere Krankheiten zu finden wünschen.

Herr Unverricht: Das Suchen nach specifischen Mitteln sei durchaus zu billigen. Er habe nur von der symptomatischen Fiebertherapie gesprochen. Die Intermittens werde natürlich Niemand mit anderen Antipyreticis, als mit dem specifisch wirkenden Chinin behandeln.

Dass die Salicylsäure als Specificum gegen Gelenkrheumatismus anzusprechen sei, erscheine Red. noch nicht ganz erwiesen. Sie habe aber gewisse specifische Beziehungen zu dieser Krankheit, bei der sie mit Erfolg verwandt werde, während sie bei anderen fieberhaften Erkrankungen zu den schlechtesten Mitteln gehöre.

Herr Hampeln (Riga) erklärt sich mit der Theorie des

Vortrgd. und ihrer Begründung einverstanden, hält aber dafür, dass sich daraus sehr wohl auch die Befürwortung der antipyretischen Methode folgern lasse. Die theoretischen Erwägungen befänden sich zudem im Einklange mit der praktischen Erfahrung, welche z. B. zu Gunsten der Kaltwasserbehandlung des Typhus sprächen.

Herr Unverricht: Die schwierige Frage der Kaltwasserbehandlung sei nur auf dem Wege der Statistik oder dem der subjectiven Erfahrung zu beantworten. Die Statistik sei leider nicht überall gleich ausgefallen und auch bezüglich der subjectiven Erfahrung sei man zu keinem einheitlichen Resultate gelangt. Der Wechsel der Schwere gewisser Erkrankungen z. B. des Typhus im Lauf längerer Zeitperioden könne leicht zu Irrthümern führen. Ausserdem läge es nahe, dass der einzelne Beobachter sich durch Besserung gewisser Symptome zu sehr imponiren lasse. Die Klärung des Bewusstseins durch die Kaltwasserbehandlung beweise z. B. noch nicht den Nutzen derselben.

3. Herr Hampeln (Riga). «Die Erkrankung des Herzmuskels». Red. spricht sich zunächst, den Einfluss mechanischer Schädlichkeiten auf die Entstehung von Herzkrankheiten im Allgemeinen wohl zugebend, doch gegen die sog. «Ueberanstrengung des Herzens» als besonderes Krankheitsgenus aus.

Wesentliche Ursache der Herzerkrankungen im eigentlichen Sinne des Wortes seien, wie bei den anderen inneren Organen, Infectionen und Intoxicationen im Allgemeinen. Dafür sprächen die Erfahrungen des Krankenhauses in Riga, welche unter den zur Obduction gelangten Fällen von Herzfehlern keine einzige uncomplicirte Ueberanstrengungshypertrophie des Herzens aufweise. Immer lag nach Ausschluss der Klappenfehler Arteriosklerose, Coronarsklerose oder Emphysem oder Nephritis etc., jedes für sich oder zugleich mit den anderen vor. In Berücksichtigung ferner dessen, dass Frauen fast zur Hälfte an den Myopathien betheiligt sind, hält er eine Ablehnung der Ueberanstrengung als wesentliche Ursache chronischer Herzerkrankungen für geboten.

Demgemäss unterscheidet er folgende bekannte anatomische Kategorien:

1. Herzhypertrophie. Doch handle sich's bei der Stauungs-

hypertrophie nicht um eine Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern um eine physiologisch-anatomische Kategorie.

Als Krankheit im engeren Sinne hätten zu gelten:

1. Die chronische Myocarditis.
2. Die fettige Degeneration und das Fettherz.

Charakteristisches Merkmal beider sei die Dilatation; Ursache der Dilatation am häufigsten die Myocarditis, in seltenen Fällen die fettige Degeneration.

Die Myocarditis bestehe als parenchymatöse und interstitielle, oft bereits makroskopisch an sehnigen und fettigen Herden erkennbar. Selten fehlten dabei endocarditische und endarteritische Processe. Die Myocarditis entwickele sich als secundäre oft auf dem Boden einer Stauungshypertrophie, trete aber ausserdem sehr häufig als primäre auf. Dabei komme es natürlich zur compensirenden Hypertrophie des rechten, in anderen Fällen zur ausgleichenden, vicariirenden Hypertrophie des gleichen, meist linken Ventrikels.

Die Thatsache, dass bei chronischer Myocarditis Aorta und Nieren meist normal, bei primärer umgekehrt fast immer als erkrankt angetroffen würden (Arteriosklerose, interstitielle Nephritis) spräche gegen die wesentliche Identität der anatomisch scheinbar gleichartigen Vorgänge.

Diffuse fettige Degeneration käme im Ganzen selten zur Beobachtung (im Ganzen 10 Fälle unter 1400 Leichen). Red. verfüge dazu über keinerlei charakteristische klinische Merkmale. Höchstens liesse sich die isolirte fettige Degeneration des rechten Ventrikels beim Lungenemphysem erkennen.

Das eigentliche Fettherz, die Fettumwachsung stehe an Bedeutung, wenigstens in Bezug auf die Gefahr, erheblich hinter den anderen zurück. Im Todesfall lägen gewöhnlich die anderen, schwerer wiegenden Veränderungen des Herzmuskels neben der möglicherweise unschuldigen Fettauflagerung vor.

Zur differentiellen Diagnose.

Red. hält es für wichtig, zunächst die Vorfrage nach der Gegenwart oder Abwesenheit eines Klappenfehlers zu erledigen. Sowohl Aorten- als Mitralklappenfehler könnten ohne Geräuschbildung bestehen, doch spräche das Fehlen von Geräuschen im Ganzen gegen den Klappenfehler.

Schwieriger sei die Ausscheidung eines Klappenfehlers, trotz

bestehenden Geräusches. Relative Insufficienz werde recht häufig sowohl an den Aortenklappen als an der Mitralis beobachtet, erstere wesentlich bei Aortendilatation, letztere bei Lungenemphysem, Morbus Brightii, gelegentlich bei Myocarditis. Bei bestehendem Emphysem oder Morb. Brightii sei die Insufficienz fast immer eine relative. Für relative Stenose am Aortenostium spreche das Auftreten systolischer Aortengeräusche bei bestehender Aorten- od. Ventrikeldilatation trotz normalen Klappenbefundes. Man sei daher mit der Diagnose einer anatomischen Aortenstenose sehr zurückhaltend, da diese selten, die Geräusche aber sehr häufig angetroffen würden.

Nach Ausschluss der Klappenfehler wäre das Verhältniss zu etwaigen anderen Organerkrankungen festzustellen.

Fassförmiger Thorax spräche für Emphysem, gegen primäres Herzleiden. Die Erkennung universeller Arteriosklerose, der genuinen Schrumpfniere bereite keine besonderen Schwierigkeiten, wohl aber die versteckte Arteriosklerose, welche oft die Ursache einer Herzerkrankung werde. Uebrigens sei immer zu bedenken, dass alle diese Erkrankungen oft neben einander, gleicher Ursache entsprungen, ohne causalen Zusammenhang beständen. Die pericardialen Synechien endlich meint Red. nicht in den Kreis differenzirender Betrachtung ziehen zu sollen, da ihr Einfluss auf Herzbeschwerden zu unsicherer Natur sei.

Nach Ausschluss der auch secundären Herzmuskelerkrankungen gelange man zur Diagnose der primären Myocarditis resp. fettigen Degeneration, für welche kein directes, charakteristisches Merkmal existire, und auf die nur aus den allgemeinen klinischen Erscheinungen geschlossen werden dürfe.

Myocarditis und fettige Degeneration liessen sich endlich, zunächst wenigstens, noch nicht differenziren,

Die Diagnose des Fettherzens stosse auf keine Schwierigkeiten. Sie erscheint berechtigt, wenn neben allgemeiner Lipomatose Herzbeschwerden und Herzvergrösserung nachweisbar waren. Zum Schluss recapitulirt Red. kurz seinen Vortrag.

Discussion:

Herr Unverricht wendet sich an Vortrgd. mit der Frage, ob er häufig eclatante Fälle von Insufficienz gesehen, in welchen das diastolische Geräusch gefehlt.

Die Entscheidung der Frage, ob eine Insufficienz vorliege oder nicht, sei deshalb so schwierig, weil kein strenger anatomischer Beweis für die Schlussfähigkeit der Aortenklappen existire. Die Klappen könnten recht stark geschrumpft sein und doch beim bedeutend kleineren lebenden Ostium schliessen wenn an der Leiche auch die Probe negativ ausfalle.

Herr Hampeln diagnosticire aus dem systolischen Geräusche über dem Sternum eine relative Aortenstenose. Red. halte dieses Geräusch im Allgemeinen für ein arteriosklerotisches: die entartetsten Arterien brächten statt des Tones ein Geräusch, hervor. Die Aorta könne dabei dilatirt sein, so dass eine relative Stenose am Klappenostium — im Sinne Hampelns — vorliege, es brauche sich aber um keine Erweiterung zu handeln.

Herr Hampeln hat Fälle von Insufficienz der Aortenklappen beobachtet, die während des Lebens längere Zeit keine Geräusche veranlasst. Trotzdem habe die anatomische Untersuchung Klappenschrumpfung und fehlenden Schluss constatirt.

Red. betont, dass, seiner Auffassung nach, nie Schwingungen der Gefässwand sondern des Blutes Geräusche erzeugten. Diese entstünden am Aortenostium bei Erweiterung der Aorta ascendens oder des Ventrikels. Sie würden häufig am unteren Sternalende oder an der Herzspitze gehört, was für die Unabhängigkeit von der Aorta spreche. In jedem Fall, wo auch die Geräusche entstehen mögen, warne er davor, auf das systolische Geräusch hin anatomische Stenose zu diagnosticiren.

Herr Brennsohn (Mitau). In einer vor mehreren Jahren erschienenen Arbeit schildere Leyden Herzerkrankungen, welche sich direct an eine Ueberanstrengung angeschlossen. Aus eigener Praxis erwähnt Red. eines Falles, in dem sich unmittelbar an eine Ueberanstrengung schwere Herzsymptome angeschlossen, die sich zwar nach einigen Wochen gebessert, doch aber ein Herzleiden hinterlassen hätten.

Herr Hampeln giebt zu, darin von Leyden abzuweichen, dass er (Red.) chronische Ueberanstrengung des Herzens als Krankheitstypus nicht gelten lasse. Acute Ueberanstrengung dagegen komme gewiss vor und sei auch von ihm beobachtet worden. Man müsse indessen nicht vergessen, dass bis dahin latente Herzleiden durch irgend welche mechanische Schädlich-

keit offenbar werden und zur Annahme einer Ueberanstrengungskrankheit verleiten könnten.

4. Herr Heerwagen (Riga). «Blatternsterblichkeit und unentgeltliche Impfungen in Riga» (abgedruckt in der Zeitschrift für Hygiene. Bd. X, 1891).

Vom Jahre 1882 an liege brauchbares statistisches Material über Blatternsterblichkeit vor. Von 1882 bis 87 hatte Riga durchschnittlich 108 Todesfälle an Blattern jährlich, von da an nur etwas über 7. Im December 1886 bis 87 liess sich ein epidemisches Auftreten der Krankheit constatiren.

Die von der Stadtverwaltung besorgten unentgeltlichen Impfungen hätten bis 1885 incl., wo eine liberale und bequeme Neuordnung der Gratisimpfung stattgefunden, nie die Zahl 500 erreicht, seien 1886 auf 2000, ja 1887 unter dem Druck einer Blatternpanik auf 8188 gestiegen. In den letzten Jahren seien durchschnittlich 2700 Gratisimpfungen vollzogen worden. Das Verhältniss der Blatternsterblichkeit zur Impffrequenz demonstrirt Vortr. an einer graphischen Tafel.

Aus der Vergleichung beider Zahlenreihen ergebe sich, dass die Zahl der Blatterntodten in Riga gross sei, so lange die Zahl der unentgeltlich Geimpften klein bleibe. Nachdem Massenimpfungen vollzogen worden und auch weiterhin die Impfung ihren regelmässigen Fortgang genommen, seien Todesfälle an Blattern fast zur Seltenheit geworden.

5a. P. Werner (Petersburg). «Ueber Chloroformbehandlung des Darmtyphus» (hält den angekündigten Vortrag, der demnächst in der St. Petersburger medic. Wochenschrift erscheinen wird).

5b. A. Eeck (Oberpahlen). Correferat.

Die Erkenntniss, dass es neben der erhöhten Temperatur beim Darmtyphus namentlich die toxische Einwirkung der Ptomaine der Bacillen sei, welche die Gefahr der Erkrankung mit sich bringe, habe der antipyretischen Behandlungsmethode einen argen Stoss versetzt und zur Anpreisung specifischer Mittel geführt. Red. nennt die «graue Salbe», das Sublimat, Naphtalin, Carbol, Eukalyptol, Jod, die alle, namentlich die drei letzten, mehr oder weniger Fiasco gemacht. So lange keine sichere Aussicht vorhanden sei, mit den Stoffwechselproducten der Mikroben selbst im Sinne Koch's gegen diese mit absoluter Sicherheit zu Felde zu ziehen, wäre der

praktische Arzt genöthigt, mit der diätetisch-hygienischen Methode unter Zuhilfenahme symptomatischer Mittel den Infectionskrankheiten zu begegnen.

Von diesem Gesichtspunkte aus erlaube sich Red. einem Heilmittel das Wort zu reden, das, in Vergessenheit gerathen, jetzt erneute Beachtung verdiene.

Auf die Methode der Chloroformbehandlung des Typhus sei Red. durch ein Referat über Stepp's Aufsatz (Allg. Medicin. Central-Ztg. Novb. 90) aufmerksam geworden, und sei sie ihm durch ihre Einfachheit und Billigkeit für den Landarzt geeignet erschienen.

Sein Material im Kirchspielshospital habe aus 8 jungen, kräftigen Leuten (Arrestanten) bestanden. Nach Stepp gab Red. 1,0 Chloroform pro die in 3 Portionen (Schüttelmixtur mit Zuckerwasser oder Fruchtlimonade). Bei hohem Fieber wurde der Kopf des Pat. mit dem Eisbeutel gekühlt; sonst keine Therapie. Diät: anfangs Milch, später gekochte Eier, Fleischsuppe, Zwieback. Chloroform wurde 8—14 Tage, bis zur Entfieberung gegeben, und gern und ohne übele Nebenwirkung genommen. Das Fieber sank schnell und erheblich; nach Aufhören desselben bekamen die Kranken 3 Mal täglich zu 5 Tropfen Acid. muriat. dilut. Gehirnerscheinungen seien sehr mässig gewesen, nur in einem Falle haben wegen Delirien Chloral gegeben werden müssen. Die Patienten hätten den Eindruck gemacht, sich im Allgemeinen wesentlich wohler zu fühlen, als es sonst bei Typhösen der Fall sei, namentlich hätte Somnolenz der Behandlung nicht lange getrotzt. Puls und Respiration seien der Temperatur entsprechend gewesen, die Zunge wäre bald feucht und reiner geworden. Die Stühle seien nicht frequent und schon sehr bald kothig geworden.

Der wesentlichste Vorzug der Chloroformbehandlung des Typhus sei im vollkommenen Fehlen von Complicationen und in der kurzen Dauer des Processes, welche auch nur eine sehr kurze Reconvalescenz bedinge, zu sehen. Nach 3 Wochen hätten die meisten Kranken das Hospital verlassen, gestorben sei keiner.

So zufrieden Red. mit seinen Erfolgen sei, so könne er nicht umhin zu betonen, dass er ein sehr geringes Krankenmaterial in Beobachtung gehabt, dass vielleicht auch die Epidemie eine leichtere oder doch nur mittelschwer gewesen sein möge, die

einer anderen Methode gegenüber sich nicht renitenter gezeigt hätte, und dass auch die Naturheilung des Typhus abdominalis immerhin nur 20% Mortalität aufweise.

Discussion:

Herr Krannhals (Riga) fragt Herrn Werner, ob bakteriologische Untersuchungen der zur Section gelangten Fälle stattgefunden. Er halte dieselben für absolut nothwendig, da nur durch den positiven Ausfall solcher Untersuchung sichergestellt werden könne, dass es sich bei den vom Vortrgd. geschilderten Krankheitszuständen wirklich um «Typhus abdominalis» gehandelt und nicht etwa um irgend welche andere, uns vielleicht noch unbekannte Erkrankung.

Herr Werner hält den Einwand des Vorredners nicht für wesentlich, da es sich einerseits doch bei allen Leichenbefunden herausstellte, dass der Dünndarm, wenn auch wenig ergriffen, dennoch die charakteristischen Merkmale des Darmtyphus: die Infiltration, mindestens der Peyer'schen Plaques, darbot, es sich also unmöglich um eine «neue» Krankheit handeln könne, — Red. aber andererseits den von Herrn Krannhals verlangten Untersuchungen keine Ausschlag gebende Bedeutung für die Diagnose beizumessen vermöge.

Protokoll der III. Sitzung
des dritten livländischen Aerztetages.

Walk, 10. September 1891, 9 Uhr Morgens.

A. Demonstration von Dampf- und Heissluft-Sterilisirungsapparaten, spec. auch für chirurgische Zwecke, Desinfection von Instrumenten, Verbandstoffen etc., Demonstration von Präparaten der Malaria-Plasmodien durch P. Werner-Petersburg.

B. Vorträge und Discussion über folgende Themata:

1) «Die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben». — A. v. Bergmann. (Correferenten: W. Zoege v. Manteuffel und O. Petersen).

Herr v. Bergmann (Riga); »Es wäre eine sehr dankenswerthe Aufgabe für unseren Aerztetag, wollte derselbe seine

Mitglieder veranlassen, nach einem näher festzusetzenden Modus Erhebungen über die Zahl der Luetischen in Livland anzustellen und zwar nicht nur derjenigen noch augenblicklich manifester Lues, sondern sämmtlicher Individuen, welche sich einmal eine luetische Infection zugezogen haben. Nur eine derartige Erhebung würde uns ein genaues Bild der Luesverbreitung geben, sie wäre die Basis, auf der man Stellung nehmen könnte zu Fragen, deren definitive Lösung auf Grund einer grossen Sammelforschung zur Zeit noch aussteht; so vor allem der Frage nach der Tragweite der hereditären Lues, die von den Autoren sehr verschieden beurtheilt werde (z. B. Pileni, Tarnowsky u. A. einerseits, Neumann, Kassowitz u. A. andererseits). Die Bedeutung der hereditären Lues sei allerdings sehr verschieden je nach dem Stande und Bildungsgrade der Kranken, im Ganzen erscheine es jedoch geboten, in dieser Beziehung nicht allzu optimistisch zu urtheilen. — «Wollen wir die Mittel zur Abwehr der Luesverbreitung discutiren, so müssen wir zunächst und vor Allem ein klares Bild über ihre Grenzen haben. Der officielle Bericht des Medicinaldepartements ergiebt pro 1886 — 350,719 Erkrankungen an Lues oder 2,4% sämmtlicher Erkrankungen im Reich. 1887 giebt es 3,23%, 1888 bereits 3,41%.

1886 kamen in Livland auf 1,219,007 Einwohner — 2725 Lues d. h. 2,24 pro Mille der Bevölkerung überhaupt

1887	1,229,000	Einw.	2361	Lues	= 2,0	p. M.	
Rigascher Kreis	316,000	»	1622	»	= 5,1	»	»
Wendenscher »	133,000	»	161	»	= 1,2	»	»
Dorpater »	188,009	»	190	»	= 1,0	»	»
Werroscher »	97,000	»	75	»	= 0,8	»	»
Pernauscher »	100,000	»	84	»	= 0,8	»	»
Fellinscher »	100,000	»	78	»	= 0,7	»	»
Wolmarscher »	119,000	»	89	»	= 0,75	»	»
Walkscher »	118,000	»	46	»	= 0,4	»	»
Oeselscher »	59,000	»	16	»	= 0,2	»	»
1888	1.239,758	»	2595	»	= 2,0	»	»
Rigascher Kreis	318,258	»	1782	»	= 5,6	»	»
Wendenscher »	133,617	»	110	»	= 0,9	»	»
Dorpater »	188,960	»	235	»	= 1,3	»	»
Werroscher »	98,087	»	102	»	= 1,0	»	»

Pernauscher Kreis	100,835 Einw.	93 Lues	= 0,92 p.M.
Fellinscher »	100.628 »	55 »	= 0,54 » »
Wolmarscher »	120,582 »	87 »	= 0,72 » »
Walkscher »	119,000 »	119 »	= 1,0 » »
Oeselscher »	59,722 »	12 »	= 0,2 » »
1890		2804	

Im Riga'schen Stadtkrankenhause waren:

1884	von 2240 Kranken	— 193 Luetische	= 8,62 %
1885	» 2178 »	— 172 »	= 7,9 »
1886	» 2369 »	— 217 »	= 9,16 »
1887	» 2402 »	— 264 »	=10,99 »
1888	» 2534 »	— 181 »	= 7,14 »
1889	» 2696 »	— 192 »	= 7,12 »
1890	» 2585 »	— 224 »	= 8,66 »

Diese Zahlen geben an, wie viel frische Erkrankungen resp. Recidive in jedem Jahre zur Behandlung gekommen sind. Wollen wir aber die verschiedenen Formen der visceralen Lues, ferner die Tabes, die Paralyse nach ihrem aetiologisch gemeinschaftlichen Ursprung gleichfalls unter die Rubrik Lues stellen, so müssen die statistischen Erhebungen in erster Linie von Aerzten angestellt werden, die abgegrenzte Bevölkerungsgruppen zu ihrer Praxis zählen, also von Krankenkassen-, Arbeitervereins-, Fabriks-, Eisenbahn- und Gemeindeärzten. Die Daten der freipraktizirenden, namentlich städtischen Aerzte können nach gründlicher Sichtung des Materials erst in zweiter Reihe in Betracht kommen, denn die städtische Bevölkerung, soweit sie aus Luetischen besteht, wechselt mit Vorliebe ihren Arzt.» — «Sicher stehen die officiellen Daten weit zurück hinter der Wirklichkeit» (extragenitale Infection, Lues infantium). — «Haben wir eine Sammelforschung über die Luesverbreitung in Livland abgeschlossen, dann müsste unser Bestreben dahin gehen, für die wenigst inficirten Kreise am durchgreifendsten die Separirung der Kranken von den Gesunden zu verlangen und zwar durch Errichtung von Hospitälern, durch welche das Ambulatorium allmälig zu ersetzen wäre». — Für das einzelne Individuum haben die Schutzmaassregeln im Grossen und Ganzen ihre Erfüllung gefunden, sobald es gelingt der Prostitution die Gefahren zu nehmen. Allein alle Vorschläge

— und es giebt deren keinen, der nicht schon gemacht worden wäre — scheitern daran, dass nur der eine, der weibliche Theil, überwacht wird, während der männliche thun und lassen kann was er will. Es ist nicht mehr als recht und billig, dass eine verschärfte Controle der Toleranzhäuser verlangt wird, worunter ebenso eine Controle der Besucher verstanden sein soll, wie die tägliche Visitation der weiblichen Insassen. Endlich ist zu verlangen, dass dort, wo viel Lues vorhanden, ganze Gruppen lediger Männer — nach Analogie des Militärs in aller Herren Länder — in gewissen Zeiträumen sich einer festgesetzten sanitätsärztlichen Untersuchung zu unterwerfen haben. Unter unseren Verhältnissen wäre z. B. zu erwägen, ob nicht für unsere Hochschulen eine derartige Maassregel dringend wünschenswerth geworden.» — «Ueber den vom sanitären Standpunkte aus geforderten Massnahmen darf nicht vergessen werden, welche gewaltige Aufgabe zur Lösung der uns beschäftigenden Frage dem Hause und der Schule gegeben ist, heute wo die Verführung in stetem Wachsen begriffen, wo eine anschwellende Schandliteratur durch gewissenlose Colportage Jedermann zugänglich ist — die Aufgabe meine ich, in den Knaben den sittlichen Kern zu legen, der ihn an allen diesen Gefahren vorüberzuleiten im Stande ist. Es darf nicht ausser Acht gelassen werden, welchen Segen die Fabrikherren, Handwerkermeister etc. bringen können, wenn sie mit vollem Ernst und ganzer Hingebung in den Kampf eintreten wollten gegen die stetig wachsende sittliche Verwahrlosung. Es ist ein Kampf, an dem die ganze Gesellschaft theilzunehmen die Pflicht hat und den sie mit Erfolg aufnehmen kann, sobald sie ihn richtet zunächst gegen den Alkoholismus, der neben all dem Unheil, den er in den höheren Schichten unserer Gesellschaft anrichtet, für den Arbeiter, den kleinen Handwerker die Quelle bedeutet der Verarmung, der sittlichen Verwahrlosung und der Prostitution.

A. v. Bergmann stellt hierauf folgende Thesen zur Discussion:

1) Die Diagnose «Ulcus molle» ist nur gestattet, wenn die charakteristischen Merkmale desselben vorhanden sind: Multiplicität kleiner kreisrunder speckiger Geschwüre.

2) Ein unitarischer Standpunkt in Bezug auf die Infection ist heute nicht mehr berechtigt.
3) Vor Ablauf von 3 Jahren seit der Ansteckung ist jedes Individuum als infectiös anzusehen.
4) Ambulatorische Behandlung recenter Lues ist zu verwerfen.
5) Aborte und Frühgeburten in einer Ehe, deren einer Theil Lues durchgemacht hat, indiciren specifische Behandlung beider Theile.
6) Statistische Erhebungen über die Luesverbreitung sind in erster Linie durch Gemeinde-, Genossenschafts- und Krankenkassenärzte anzustellen.

Um die Syphilisverbreitung einzuschränken sind folgende Postulate zu erfüllen:

7) Verschärfte Ueberwachung der Prostitution, tägliche ärztliche Visitation der Toleranzhäuser; Visitation der Besucher.
8) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der syphilitischen Infection in Magdalenenasyle, Arbeitshäuser oder dergl.
9) Obligatorische ärztliche Controle des Ammenwesens.
10) Ausschliessliche Verwendung animaler Lymphe zur Vaccination.
11) Sanitäre Controle aller Genossenschaften und Arbeiter-Vereine und der unverheiratheten Männer nach Analogie des beim Militär gehandhabten Usus.
12) Aerztliches Attest, welches erst zur Eheschliessung berechtigt.

Correferent Herr Zoege von Manteuffel (Dorpat) schliesst sich in allen wesentlichen Punkten dem Referenten an, wünscht jedoch die Aufmerksamkeit der Collegen auf einige durch die localen Bedingungen der ländlichen Verhältnisse gegebene Fragen zu richten. Vor allen Dingen sei die Cardinalfrage zu beantworten: In welcher Weise inficirt sich unsere ländliche Bevölkerung? Soviel Redner sich entsinnt, ergaben die klinischen Journale in Dorpat fast 50% Lues infantium. Noch jüngst entdeckte Ref. ein Nest Luetischer in einer Arbeiterwohnung: Männer, Frauen, Kinder, im Ganzen 32 Individuen fanden sich im condylomatösen Stadium,

alle bis auf 2 augenscheinlich frisch und gleichzeitig erkrankt und bei allen ohne Ausnahme liess sich die Infection per os nachweisen. — Gegen diese Art der Infection sei unser Landvolk bei dem gemeinsamen Essen aus einer Schüssel schutzlos. Was liesse sich nun hiergegen thun? Mit Isolirung und Behandlung sei noch nicht Alles gethan, auch hier sei Prophylaxe nöthig. Zu dem Zweck sei Kenntniss der Infectionsquellen von grösster Bedeutung. Beurlaubte Soldaten (wie auch in dem angeführten Beispiel) seien nur zu oft der Ausgangspunkt der Ansteckung gewesen.

Eine zweite Form der Infection der Landbevölkerung sei gegeben durch gelegentliche Benützung der städtischen Prostitution seitens der anwohnenden ländlichen Jugend.

Drittens käme die vom Gesetz geforderte [1]) Maassregel in Betracht, welche es den Polizeiorganen vorschreibt passlose vagabundirende etc. Individuen den betreffenden Gemeinden zuzuschicken. Solche Individuen würden ja allerdings ärztlich untersucht und im Krankheitsfalle auch auf ihre etwaige Lues hin behandelt — aber oft genüge eine einmalige ärztliche Visitation nicht und eine etwaige Behandlung würde doch nur bis zum Schwinden augenfälliger Symptome fortgeführt werden.

Die Prophylaxe der Lues auf dem Lande falle so ziemlich zusammen mit der der grösseren und kleineren Landstädte. Die Principien, die uns hier leiten sollen, habe Vorredner in These 7, 8 und 11 formulirt.

Wenn Ref. mit einem anderen Vorschlage komme, so geschehe es, weil er der Ueberzeugung sei, dass hier ein praktisch durchführbarer Vorschlag Nutzen bringt, selbst wenn er auch als Compromiss gelten muss. Es hilft nichts, wenn wir uns hier Gesetze wünschen, so z. B. die Internirung der Prostituirten auf 3 Jahre; wohl aber sei die Polizei in der Lage, die Prostituirten jeden Augenblick zur Beobachtung etc. ins Lazareth zu schicken. Wenn diese Machtbefugniss ausgenutzt würde, könne — soweit Dorpater Verhältnisse in Frage kommen — recht Vieles geleistet werden. Wir wissen ja, in welchem Typus annähernd

[1]) Сводъ законовъ (Gesetzsammlung). Bd. XIV, § 158 (Vorbeugung von Verbrechen etc.).

die Recidive einander folgen; es gelte schon lange die Regel, mit einer geeigneten Cur dem Recidive zuvorzukommen und somit in bestimmten Intervallen, nach festgesetztem Typus die Kranken zu mercurialisiren. Dieser Grundsatz müsste auch bei Behandlung luetischer Prostituirter festgehalten werden. Es wäre jede Prostituirte, die Lues aquirirt hat, in vorzuschreibenden Intervallen einzuberufen und einer gründlichen antisyphilitischen Cur zu unterziehen, gleichviel ob sie gegenwärtig frische Symptome von Lues aufweist oder nicht. Durch eine solche Maassregel wäre die Prostituirte zudem im ersten Jahre ca. 5 Monate, im zweiten ca. 3 Monate dem Verkehre entzogen. Da diese Entziehung zum Zwecke der Cur geschehe, würde sich die Prostituirte in dieselbe viel eher finden, als in eine Internirung auf 3 Jahre in einem Magdalenenasyl oder drgl. — Nachdem sich Ref. mit maassgebenden Persönlichkeiten in Relation gesetzt, habe er die Zusicherung erhalten, dass eine derartige zwangsweise Einberufung der Prostituirten gesetzlich sehr wohl durchführbar sei.

Das Correferat des Herrn Petersen (Petersburg) wird, da derselbe nicht anwesend, vom Vorsitzenden verlesen: Es sei ganz besonders erfreulich, dass der livländische Aerztetag, nachdem er sich eingehend mit der Leprafrage beschäftigt, nun auch einer anderen Volksseuche, der Syphilis, seine Aufmerksamkeit schenken wolle und sei Ref. fest überzeugt, dass auch auf diesem Gebiete der Verein das Volkswohl fördern werde, wenn auch zum Kampfe gegen die Lues Maassregeln gehören, deren Durchführung zu den schwierigsten Aufgaben des Sanitätswesens zu zählen seien. Auch er halte vor Allem eine sichere Kenntniss der Ausbreitung der Krankheit für nöthig. Von grosser Bedeutung für statistische Erhebungen halte Ref. eine einheitliche Nomenclatur und proponire er die Unterscheidungen in:

1) Syphilis recens.
2) Syphilis recidiva.
3) Syphilis tardiva.

Als 4. Rubrik könnte dann noch die «Syphilis hereditaria» notirt werden.

Was die Thesen des Herrn A. v. Bergmann anbetreffe,

sei Ref. mit These VI vollkommen einverstanden, glaube jedoch, dass man auch auf diesem Wege nur relative Daten erhalten werde. Ebenso einverstanden sei er mit These VII und VIII. Von These XI glaube er, dass dieselbe sich praktisch nicht werde durchführen lassen, wie These XII. Ref. glaubt, dass man hier nicht Gesetze erlassen könne, sondern individualisiren müsse. Ganz besonders warm möchte Ref. die These IV befürworten. Es sei die Pflicht jedes Arztes bei frischer Syphilis auf Hospitalbehandlung zu dringen, sobald Pat. seine Cur nicht systematisch durchführt. In Bezug auf These I bemerke Ref., dass es durchaus nicht selten sei, dass sich nur ein einziges Ulcus molle finde. Andererseits käme auch das Ulcus induratum nicht allzu selten multipel vor. Die Multiplicität dürfe nicht als Charakteristicum des Ulcus molle angesehen werden, charakteristischer sei die Scharfrandigkeit (resp. Unterminirung) der Ränder, der gelbweissliche Belag. «In zweifelhaften Fällen hilft die mikroskopische Untersuchung des Geschwüreiters, in welchem man stets 4–5 Arten Bacillen und mehrere Kokkenarten vorfindet. Specifisch erscheint eine Art kurzer Bacillen, mit deren Reinculturen ich mich seit einiger Zeit beschäftige. Denselben Bacillus hat Primo-Ferrari bereits 1879 beim Ulcus molle nachgewiesen».

Discussion:

Herr Hampeln (Riga) meint im Allgemeinen, bevor in die Specialdebatte eingegangen wird, darauf hinweisen zu sollen, dass zum Unterschiede von allen anderen Erkrankungen die Behandlungsfrage der Syphilis zwei Seiten hat, ausser der medicinischen noch eine und zwar die wichtigere pädagogische, und die Betrachtung lediglich nach einer Richtung ohne Berücksichtigung der anderen nothwendig die Nachtheile einer Einseitigkeit aufweisen müsse. Ihm scheint nun das gänzliche Ausserachtlassen der pädagogischen Seite, wie es von dem Referenten und den Correferenten geschehen, namentlich in Rücksicht auf die vorgeschlagenen prophylaktischen Maassregeln eine wichtige Versäumniss, um so wichtiger als alle vorgeschlagenen staatlichen und medicinischen Mittel zur Vorbeugung der Syphilis, wie eine vielhundertjährige Geschichte, die Natur der Seuche und der Menschen deutlich lehrt, nie etwas fruchten können und werden. Und doch dürfe der

Kampf um das Ideal, Beseitigung der Syphilis, nicht aufgegeben werden. Nur seien die wesentlichen Mittel dagegen, von welchen allein etwas erhofft werden kann, nicht medicinisch-hygienischer sondern pädagogischer Natur. Auf die Hinweisungen ärztlicherseits zu Eltern, Erziehern und Lehrern komme es an und gemeinsam mit ihnen die geeigneten Schutzwehren gegen die Seuche zu errichten. Diese Seite der Frage dürfe daher unter keinen Umständen völlig übergangen werden, müsse wenigstens als eine besondere anerkannt werden.

Herr Zoege v. Manteuffel. Die sociale Erschwerung der Eheschliessung wird den Termin derselben weit hinausschieben. Durch pädagogische Maassregel wird es nie und nimmer gelingen das Einzelindividuum unter bestimmte Moralgesetze zu zwingen, wo dem der mächtigste Trieb, der Geschlechtstrieb gegenübersteht.

Herr A. v. Bergmann: Die Ausführungen Hampelns betreffen die Prostitution, nicht die Syphilis, welche eine rein medicinisch zu besprechende und zu behandelnde Beigabe der Prostitution ist.

Herr Hampeln: Es sei ja nicht blos von der Behandlung der manifesten Syphilis, welche freilich eine rein medicinische Frage ist, sondern ebenso von der Prophylaxe die Rede. Auf die von ihm hervorgehobene Seite der Frage, über die viel zu reden wäre, wolle er sich ja nicht weiter einlassen, sondern lasse er sich daran genügen, ihrer überhaupt Erwähnung zu thun. Seinerseits erkläre er allerdings diese pädagogische Seite für die bei weitem wichtigere. was freilich nicht ausschliesst, sich einmal lediglich der medicinischen zuzuwenden; doch immer mit ausdrücklicher Anerkennung auch der anderen Seite. Letzteres habe er in den Referaten vermisst.

Herr Ed. Schwarz (Riga) führt gegen die Ausführungen des Vorredners Zoege an, dass die psychische Behandlung, resp. die Erziehung eines der schwierigsten Probleme unseres Wissens sei. Eine bekannte Thatsache sei es, dass die Psyche einen eminenten Einfluss auf den Geschlechtstrieb besitze. Bei umfassenderen Kenntnissen in der psychischen Erziehung unserer Kinder, namentlich der Knaben, würden wir vielleicht doch ein Verhalten derselben erzielen können, wie es Herr Hampeln angedeutet.

Der Vorsitzende leitet die Discussion über die Thesen des Herrn v. Bergmann mit dem Bemerken ein, dass eine Debatte über These II (Aufgeben des unitarischen Standpunktes) als von rein akademischem Interesse wohl kaum nöthig erscheine. Was These I betreffe, halte er Multiplicität der Ulcera nicht für beweisend, er sah auch nach multiplen Geschwüren Sklerose auftreten.

Herr v. Bergmann: Sehr häufig findet man die Diagnose Ulcus molle nur auf die Abwesenheit der Infiltration eines solitären Geschwüres gegründet. Noch mehr als bei Multiplicität sei bei Abwesenheit der Sklerose eines solitären Geschwüres Reserve nöthig.

Herr Zoege v. Manteuffel ist ebenfalls der Ansicht, dass man sich in Betreff der Diagnose des Ulcus molle sehr reservirt halten müsse, schon im Hinblick auf den Chancre mixte, der in Dorpat sehr häufig sei.

Herr v. Bergmann bemerkt in Bezug auf These III, dieselbe solle nur eine Art von Richtschnur für ärztliches Handeln andeuten, da in der That in den ersten 3 Jahren die häufigsten Recidive nachgewiesen seien.

Herr Unverricht ad These V: Hat Herr v. Bergmann beweisende Erfahrungen, dass die Mutter eines syphilitischen Foetus immer oder wenigstens in der Mehrzahl der Fälle inficirt ist? Im Allgemeinen nimmt man doch an, dass das Syphilisgift die Placenta nicht so leicht überschreitet. In solchen Fällen die Mutter zu schmieren, würde natürlich keinen Zweck haben.

Herr v. Bergmann: Frauen werden hin und wieder symptomlos inficirt. Eine Schmiercur der Männer allein genügt nicht zur Erzielung eines gesunden Kindes. Die praktische Erfahrung lehrt, dass erst sobald die Frau geschmiert worden, eine Reihe gesunder Kinder zur Welt kommt.

Herr Zoege v. Manteuffel bestätigt diese Ausführungen Bergmanns.

Herr Dehio (Riga) erwähnt in Bezug auf These V, dass in den in der Irrenanstalt Rothenberg beobachteten Fällen progressiver Paralyse beim Weibe sehr selten Spuren von Syphilis bei der Kranken zu finden seien, während dieselbe der Anamnese nach mit höchster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Oft leugnen die Pat. jede frühere Erkrankung,

während sonst die Erinnerung an eine überstandene Infection sehr fest haftet. In der Anamnese spielen die Aborte eine sehr grosse Rolle.

Herr Heerwagen (Riga) bemerkt, dass Mütter syphilitischer Kinder immun gegen Syphilis seien.

Herr Unverricht: Es ist wohl möglich, dass die Behandlung der Mutter auch bei Fehlen der Erscheinungen Erfolg hat, aber dann ist die Syphilis nicht erkannt worden; das dürfte die Ausnahme, nicht die Regel sein. Die Lues der Frauen entgeht uns häufig in der Anamnese, weil die Männer es möglichst zu vertuschen wissen, wenn sie ihre Frauen inficirt haben. Ausserdem ist der Primäraffect so schwer nachzuweisen wohl in Folge anatomischer Verhältnisse. Als geheilt ist Syphilis nur dann zu betrachten, wenn ohne Quecksilber ein gesundes Kind erzeugt wird. Quecksilber macht sie nur latent. Die Nervenerkrankungen, z. B. die Tabes, sind wohl nicht als Beweis zu betrachten, dass das Individuum noch syphilitisch ist, sondern sie sind wohl nur als Nachkrankheit anzusehen, wie die Arteriosklerose und die Schrumpfniere.

Herr Ed. Schwarz: So interessant ihm eine eingehendere Discussion über die Frage, ob die Tabes als Nachkrankheit oder als syphilit. Product anzusehen sei, erscheinen würde, so ziehe sie doch zu weit vom Thema ab. Bewiesen sei weder die eine, noch die andere Auffassung, obgleich für die zweite pathol.-anatom. Erfahrungen (Rumpf, Krause) sprächen, sowie ein Krankheitsfall, den genauer zu beschreiben Red. auf dem letzten Aerztetage Gelegenheit genommen.

Herr Brennsohn (Mitau). Es wäre wünschenswerth, dass die Frau, welche, nachdem der Mann zu wiederholten Malen einer energischen antisyphilitischen Behandlung unterzogen ist, fortfährt, blos Aborte und Frühgeburten zu produciren, nun allein eine Cur durchmache. Dieses Verfahren könnte zur Klärung der Frage beitragen, ob die Frau trotz vollständig mangelnder luetischer Symptome doch syphilitisch inficirt sein kann. Die Geburt gesunder Kinder nach einer derartigen Schmiercur der Frau allein würde alle Zweifel heben.

Herr Zoege v. Manteuffel: Zu These VII und VIII möchte ich bemerken, dass es mir unzweckmässig erscheint, eine These aufzustellen, die den Keim der Unerfüllbarkeit in

sich trägt. Ideale Thesen schaden, weil man damit sein Gewissen beruhigt. Wenn Bergmann These VIII aufstellt, so thut er es, weil These VII wenig nützt. Wenn die Verkehrsentziehung der Prostituirten auf 3 Jahre aber möglich wäre, wäre die Untersuchung sehr einfach. Es ist aber die Internirung auf drei Jahre nicht möglich, gesetzlich undenkbar. Wohl aber ist es möglich, die Kranke auch zwangsweise in Behandlung zu nehmen, sie in bestimmten Typen zu behandeln, so dass dadurch erstens einmal die Infectionsfähigkeit durch Mercurialisation herabgesetzt wird, auf 14 Tage, 4 Wochen fast vernichtet wird; zweitens werden die Prostituirten dadurch auf ca. 5 Monate im Jahr dem Verkehr entzogen und die ärztliche Controle wird wesentlich erleichtert.

Herr v. Bergmann: These VII und VIII fixiren nur die theoretischen Gesichtspunkte, von denen man auszugehen hat; die praktische Lösung derselben steht noch aus; der Sanitätsarzt hat Vorschläge zu machen. Die Empfehlung Zoege's ist gefährlich, da unterschiedsloses Schmieren eventuell provocatorisches Moment sein kann.

Herr Zoege v. Manteuffel schlägt vor, ein Reglement zur Untersuchung der Prostitution auszuarbeiten.

Dieser Vorschlag wird von der Gesellschaft angenommen und durch Acclamation die Herren Truhart (Fellin), v. Bergmann (Riga), Zoege v. Manteuffel (Dorpat) und Heerwagen (Riga) erwählt, um ein derartiges Reglement auszuarbeiten.

In Bezug auf Syphilisstatistik wird beschlossen: die Stadt- und Kreisärzte zur Sammlung statistischen Materials, besonders frische Infectionen betreffend, zu veranlassen. Dieses Material soll nach etwa 3 Jahren der Gesellschaft vorgelegt werden.

Herr v. Bergmann will hiermit Erhebungen über die Ehen Syphilitischer verknüpfen, welcher Vorschlag jedoch als undurchführbar nicht acceptirt wird.

2. Herr J. Brennsohn (Mitau): «Ueber Myositis ossificans multiplex (progressiva)».

Bis zum Jahre 1887 sind nur 26 Fälle von Myositis oss. mult. mitgetheilt worden, seitdem, soweit dem Vortragenden die Literatur zugänglich gewesen, kein einziger. Der uns interessirende Fall verhielt sich folgendermaassen: Ans Gram-

kau, 20 a. n. stammt aus gesunder Familie Kurlands. Pat. ist von 8 Geschwistern in der Reihenfolge der dritte. Mutter an Phthise gestorben, die beiden älteren Geschwister in jungen Jahren; die übrigen Geschwister und der Vater leben und sind gesund. Kein derartiges Muskelleiden in der Familie gewesen, auch sonst keine hereditäre Beanlagung. Pat. ist bis zu seinem gegenwärtigen Leiden gesund gewesen, ebenso wie seine Geschwister. Bereits im frühen Kindesalter fiel eine gewisse Schwerfälligkeit seiner Bewegungen auf, dann ein Höherstand der rechten Schulter und endlich eine seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule. Vor 3 Jahren trat Pat. als Arbeiter in eine Fabrik ein (Wolltockerei). Weder hier noch auch sonst in seinem früheren Leben hat er Entbehrungen, Misshandlungen, Stösse oder Schläge zu erdulden gehabt. Zu der Zeit bemerkte Pat. eine Steifigkeit zuerst des rechten, dann auch des linken Armes, weiterhin des Rumpfes und der Beine. Die Zunahme dieser Erscheinungen machte ihm das Weiterarbeiten in der Fabrik unmöglich. Die Functionen der inneren Organe blieben gut.

Stat. praesens: Aengstlich-blöder hilfloser Gesichtsausdruck, unsichere Haltung, bleischwerer Gang. Pat. ist nicht im Stande, sich allein an- und auszukleiden, er setzt sich mühsam und nur mit Hilfe einer anderen Person. Der Thorax ist unbeweglich starr. Abdominaler Respirationstypus.

Die Untersuchung der inneren Organe und der Sinnesorgane ergiebt keinerlei Abnormitäten.

Die Beweglichkeit des Kopfes ist auf ein Minimum reducirt, nur ganz geringe Neigung ist möglich, Drehbewegungen vollständig aufgehoben. Die Arme am Thorax fixirt, können nicht vom Rumpfe abducirt werden, Beweglichkeit in den Schultergelenken gleich Null; linkes Ellbogengelenk ankylotisch, rechts sind unvollständige Beugungen und Streckungen möglich. Hand und Fingergelenke sind frei. Die Bewegungen an den unteren Extremitäten (Hüft-, Knie-, Fussgelenke) sind möglich, werden aber zögernd, langsam und mit grosser Steifigkeit ausgeführt.

Die Wirbelsäule ist mit der Convexität nach rechts skoliotisch verkrümmt und zwar in den mittleren und unteren Partien. Auch dem Laien fällt neben dieser Skoliose sofort eine Unebenheit des Rückens auf, es wechseln Erhöhun-

gen und Vertiefungen mit einander ab, etwa wie bei einer plastisch dargestellten Gebirgskarte. beim Palpiren fühlt man eine unebene höckerige harte Masse, welche an Stelle der Rückenmuskulatur getreten ist. Die Unbeweglichkeit der Oberarme hat ihren Grund in einer Verknöcherung der Wandungen der Achselhöhlen, des Latissimus dorsi und des Pectoralis major. An den letzteren finden sich noch hier und da fingerkuppengrosse weiche Stellen. Das Gleiche gilt von den Musc. deltoïdei. Aehnliche Verhältnisse findet man an den Musc. serrat. ant. maj. und den Intercostalmuskeln; desgleichen sind die Nackenmuskeln vollkommen verknöchert. An der Vorderseite des Halses fühlen sich alle Muskeln rigid an besonders der rechte Sternocleidomastoideus; unter dem linken Unterkiefer, dem Musc. mylohyoïd. entsprechend fühlt man eine knöcherne Wucherung, die sich deutlich mit den Fingern umgreifen lässt. stalaktitenförmig senkrecht zur Haut hinzieht. Die Muskeln des Bauches fühlen sich ebenfalls hart an, am oberen Drittheil des rechten Musc. rectus abdom. fühlt man eine 3—4 Cm. im Durchmesser haltende rundliche teigige, jedoch nicht schmerzhafte Stelle (6 Wochen später war diese Stelle bereits härter und fester geworden). Ebenso fühlen sich die Muskeln der Oberschenkel rigid an. An der Streckseite des linken Oberschenkels, etwa in der Mitte derselben, ist eine dicke korallenartige knöcherne Wucherung, die senkrecht zur Haut zieht, vorhanden. Alle übrigen nicht namentlich genannten Muskeln sind fester und straffer, als in normalem Zustande. Vollständig frei sind die Gesichtsmuskeln, namentlich ist das Kauen noch vollständig ermöglicht; ebenso die Muskeln der Vorderarme, der Hände und ist die motorische Kraft derselben ungeschwächt.

Zum Unterschiede von den bisher beobachteten Fällen ist dieser Fall ganz ohne jegliche schmerzhafte Empfindungen verlaufen. Ebenso haben Röthung und vermehrte Wärme sich nicht gezeigt.

Die Krankheit hat wahrscheinlich nicht erst vor 3 Jahren, sondern bereits in früher Kindheit ihren Anfang genommen.

Ueber die Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit giebt auch dieser Fall keinerlei Aufklärung.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen liegen von mehreren Autoren vor: nach diesen handelt es sich um eine Um-

wandlung der Muskeln in wirkliches Knochengewebe. Neben den verknöcherten Muskeln fanden sich fibrös degenerirte und einfach atrophische.

Der Verlauf der Krankheit ist ein durchaus chronischer, die Therapie ohnmächtig.

Im August 1891 war Gelegenheit zu einer erneuten Untersuchung des Patienten geboten. Das Leiden hatte weitere Fortschritte gemacht. An den Halsmuskeln ist noch die Verknöcherung der Scaleni hinzugekommen, die beiden Musc. rect. abdom. springen als straffe fibrös sich anfühlende Wülste vor; von den beiden Crist. oss. il. ziehen leistenförmige stark verzweigte Knochenspangen den Glut. magn. entsprechend hin, die sich an ihren Ansatzpunkten federnd bewegen lassen. Am linken Oberschenkel ist der Vastus externus vollständig verknöchert. Pilzförmige dicke Exostosen finden sich auch an der Crista des linken Schienbeines. Die Lage des Pat. ist eine noch hilflosere geworden.

Discussion:

Herr Ed. Schwarz (Riga) erwähnt, dass die Aetiologie dieses sonderbaren Leidens dunkel sei. Wenn man jedoch einigen Symptomen, die der Vortragende weniger berücksichtigte, näher tritt, so wird es möglich, in dieses Dunkel einzudringen. Red. habe im Jahre 1885 Gelegenheit gehabt, einen einschlägigen Fall zu beobachten und erlaube sich denselben in photographischen Bildern vorzulegen. Dieselben stellten einen damals 11jährigen Judenknaben, Zemach Herr, aus Kurland dar, der das Bild der Myositis ossificans progr. in typischer Weise zeigte. Die Uebereinstimmung der einzelnen Fälle sei meist eine sehr grosse. So könnte es z. B. den Anschein haben, dass zu den Photographien, die dem Zemach Herr entstammen, ein Kranker gesessen hätte, den Herr Dr. Gerber in seiner Dissertation beschrieben (die Gerber'sche Zeichnung wird zum Vergleiche demonstrirt). Bei der Myositis ossif. progr. sei von aetiologischer Bedeutung zunächst eine Missbildung; bei genauerer Betrachtung der Photographien des Zemach Herr falle der überaus kleine Daumen und eine noch rudimentärere grosse Zehe auf. Diese atavistischen Bildungen seien von den meisten Autoren beobachtet worden und deuteten auf eine fehlerhafte congenitale Anlage.

Weiterhin sei eine grosse Regelmässigkeit im Befallensein

der einzelnen Körperregionen zu erkennen. Die Erkrankung beginnt meist an den Schultermuskeln, in zweiter Linie würden Rücken-, Brust- und Halsmuskeln befallen, schliesslich die Oberarme und Oberschenkel; Unterschenkel und Unterarme blieben meist frei. Das Befallenwerden dieser Gegenden finde sich in auffallendster Weise wieder bei der Dystrophia musculorum progr. Herr Müller sei so freundlich gewesen, einen typischen Fall dieser Krankheitsform mitzubringen und erlaube sich Red. an dem Kranken diese Verhältnisse zu demonstriren. Hier sei schon die Rücken-, Brust,- Schulter-, Oberarm- und Oberschenkelmusculatur hochgradig atrophisch; die Unterschenkel sind, wie häufig in diesen Fällen, hypertrophisch und contrastiren dadurch noch besonders zu den dünnen Oberschenkeln. Ein ähnliches Verhältniss zeigten die oberen Extremitäten; die Ausbreitungsbezirke beider Erkrankungen seien dieselben; auch einige andere Symptome wurden bei beiden Erkrankungen gefunden. Bei der Myositis oss. prog. finden sich, wie auch Herr Brennsohn referirt, einfache Atrophien von Muskeln, die in anderen Fällen ossificirt gefunden und die auch bei der Dystrophia musc. progr. befallen würden; beide Erkrankungen bevorzugten jugendliche Individuen, sonderbarer Weise meist Knaben. Die Dystrophia musc. progr. beruht auf fehlerhafter congenitaler Anlage, was an dem Befallenwerden ganzer Familiengenerationen gut studirt werden könne. Somit sei es wohl kaum zu weit gegangen, wenn man auch die Myositis ossif. progr. als auf fehlerhafter congenitaler Grundlage entstanden auffasse. Ganz dunkel sei die Pathogenese der Myositis oss. progr. Die Erkrankung träte in einzelnen Schüben auf und sei der Hergang meist ein gleicher; an einer oder der anderen Schulter zeigte sich eine Beule, die wenig schmerze, sich ein wenig wärmer anfühle, als die Umgebung; diese schwinde allmälig in 1—2 Wochen und aus ihr entwickele sich direct knochiges Gewebe; dann entständen nach einiger Zeit in der Umgebung andere Beulen, aus denen sich wieder direct Knochenmassen entwickelten. Ausnahmsweise vereiterten diese Beulen, wie das an einem Kranken an einer Beule unter dem Kinn zu beobachten gewesen sei. Diese eigenthümlichen Verhältnisse zu erklären, sei man heut zu Tage ausser Stande.

Was die pathol. Anatomie anlangt, so weise Red. auf die

Sectionen hin, die in dem Arnold'schen Institute in Heidelberg gemacht worden. Die von Münchmeyer und Gerber beschriebenen Kranken kamen in Heidelberg zur Section und seien die Befunde in einer Dissertation von K. Mays niedergelegt worden. Hier werde betont, dass die Erkrankungen der Muskeln secundärer Natur seien, theils in einfacher Atrophie, theils in lipomatöser Entartung beständen. Der pathologische Process nähme seinen Ausgangspunkt vom Bindegewebe und die Muskelerkrankungen kämen durch Compression und veränderte Ernährungsverhältnisse zu Stande.

3. Herr V. v. Holst (Riga): «Die therapeutische Verwerthung der Hypnose». Vortragender will in erster Reihe die Frage beantworten: Wie soll sich der praktische Arzt zu dieser Behandlungsmethode verhalten? Hierzu sei es nöthig sich über folgende Punkte: «1) Welche Gefahren schliesst die Hypnose in sich im Allgemeinen und im concreten Falle? 2) Welchen curativen Werth haben die durch die Hypnose erzielten Erfolge? 3) Können wir nicht dieselben Erfolge auch ohne Hypnose auf einem anderen Wege erreichen?»

Die erste Frage: welche Gefahren für den Patienten schliesst die Hypnose in sich?» wird von denjenigen Collegen, die die Hypnose in umfangreichem Maasse benutzen, einfach dahin beantwortet: von einem gewissenhaften Arzte ausgeübt — gar keine. Sie stützen sich dabei theils auf die theoretischen Erwägungen, welche die Hypnose als einen dem normalen Schlafe durchaus analogen Zustand ansehen, theils auf die praktischen Erfahrungen, dass sie bei vielen hypnotischen Sitzungen niemals eine unmittelbar schädliche Folge beobachtet haben.

«Dieser Auffassung kann ich nicht ganz beipflichten, wenn ich auch zugeben muss, dass in vielen Fällen von einer schädlichen Wirkung garnicht die Rede sein kann. Möglich ist aber eine solche doch und gehört, wenn man nicht die Fälle sehr vorsichtig sichtet nicht zu den grossen Ausnahmen». Die Hypnose sei nicht ein Analogon des normalen Schlafes und häufige Wiederholung von Hypnose bleibe sehr oft nicht ohne schädliche Folgen. Vortragender hat schwere Hysterien zu beobachten Gelegenheit gehabt, die ihre Entstehung nur in leichtsinnigen hypnotischen Experimenten hatten. Aehnlich

könne eine zu therapeutischen Zwecken angewandte Hypnose wirken bei vorhandener Disposition.

Der curative Effect der Hypnose basire auf der Suggestivtherapie in der Hypnose. Erfolge lassen sich nur beziehen auf Symptome functioneller Natur, resp. auf Complicationen functioneller Natur. Das Grundleiden könne durch Hypnose nicht beeinflusst werden. Der curative Werth sei demnach ein relativ geringer. Eine schwere Hysterie oder dgl. könne durch Hypnose nicht geheilt werden, wenn auch dieses oder jenes Symptom vorübergehend oder bleibend zum Schwinden gebracht werden kann.

Die dritte Frage: «Können wir nicht denselben Erfolg auch ohne Hypnose auf einem anderen Wege erreichen?» müsse bejaht werden und zwar sei dieser andere Weg die «Suggestivtherapie» ohne Hypnose, welche zwar nicht so überraschende aber bleibendere und radicalere Erfolge aufweise. — Die Berechtigung der Hypnose für einzelne Fälle solle hierdurch aber durchaus nicht bestritten werden.

Zum Schluss fasst Vortragender seine Ansichten über die Verwendbarkeit der Hypnose in folgende Thesen zusammen:

1. Die Benutzung der Hypnose zu therapeutischen Zwecken ist wissenschaftlich durchaus berechtigt; sie muss aber mit grosser Vorsicht gehandhabt werden, denn sie kann unter Umständen auch schlimme Folgen haben.
2. Die Verwendung der Hypnose zu therapeutischen Zwecken darf immer nur eine beschränkte sein nach wohlüberlegter strenger Indication.
3. Namentlich ist sie zu vermeiden, wo man die Möglichkeit hat, auch auf einem anderen Wege dasselbe Ziel zu erreichen. Hierbei ist besonders die Suggestivwirkung ohne Hypnose zu berücksichtigen.
4. Bei der therapeutischen Verwendung der Hypnose soll man sich dessen bewusst sein, dass es sich dabei immer um eine symptomatische Behandlung handelt, nie aber um eine radicale.
5. Die Hauptindication für die Methode bildet darum auch die vorwiegende oder alleinige Bedeutung eines Symptomes in einem Krankheitsbilde, vorausgesetzt, dass nicht ein der Hypnose nicht zugängliches ursächliches Moment dieses einen Symptomes nachweisbar ist. Bei den zeit-

weilig eine wesentliche Rolle spielenden einzelnen Symptomen der Hysterie hat die oft leicht zu erzielende Fortschaffung desselben durch die Hypnose keinen Werth, weil die Hysterie eben dieselbe bleibt.

6. Je leichter der hypnotische Zustand hervorzurufen ist, um so vorsichtiger muss man sein, denn die Möglichkeit der schädlichen Folgen steht im geraden Verhältniss zur Leichtigkeit der Hypnotisirbarkeit. Darum sind häufige Wiederholungen der Hypnose, da mit denselben die Hypnotisirbarkeit zunimmt, besonders zu vermeiden.
7. Nervöse Constitution, hereditäre Belastung, ohne schon gerade ausgesprochene Neurose scheint mir eine Contraindication gegen die Anwendung der Hypnose zu bieten, weil durch die letztere die allgemeine Neurose, namentlich die Hysterie zum Ausbruch kommen kann.
8. Schon vorhandene Hysterie dagegen bietet keine Contraindication, weil die zu befürchtenden schädlichen Folgen schon ausgebildet vorhanden sind und eine Verschlimmerung derselben im Allgemeinen nicht zu befürchten ist. Dagegen bietet aber wieder die vorhandene Hysterie keine Aussichten für eine bleibende Wirkung der angewandten Hypnose».

Discussion:

Herr Dehio (Rothenberg): Ob die Hypnose nur bei functionellen Störungen Erfolge erzielen kann, muss dahingestellt werden im Hinblick auf die bekannte experimentelle Erzeugung von Blasen, Blutungen etc. in der Hypnose. — In Bezug auf die therapeutische Anwendung bedarf es einer grossen Erfahrung, um alle schädlichen Folgen mit Sicherheit zu vermeiden; ebenso ist eine genaue Kenntniss des Seelenlebens des Kranken erforderlich, daher die Hypnose im Sprechzimmer des Praktikers sich nicht einbürgern wird; endlich gehört eine besondere psychische Constitution des Hypnotisirenden selbst zum Erfolge. Dieses letztere Moment wurde im Beginn von Bernheim zu wenig gewürdigt, wird aber von Forel betont.

Herr Ed. Schwarz (Riga) spricht gegen die Behauptung, dass die curative Bedeutung gleich Null und führt als Beweis die Erfolge bei conträrer Sexualempfindung an.

Herr v. Holst hebt hiergegen hervor, dass diese gerade

als vorwiegendes und einziges Symptom die hypnotische Behandlung indicire; dass es sich bei dieser aber doch gerade um eine functionelle Störung reinster Art handelt und darum die curative Bedeutung der Methode durch dieses Beispiel nicht bewiesen ist, weil die Ursache der functionellen Störung nicht gehoben werde. Herrn Dehio könne er nur beistimmen, wenn derselbe behauptet, dass die Persönlichkeit des Hypnotiseurs eine sehr grosse Rolle spiele. Hierauf seien auch die sehr auseinandergehenden Angaben der Autoren über den Procentsatz der Hypnotisirbarkeit zurückzuführen, indem gewisse Persönlichkeiten, die so zu sagen schon von einem hypnotischen Nimbus umgeben seien, schon durch ihre Persönlichkeit allein die Suggestion, hypnotisch beeinflusst zu werden, hervorrufen. Dass zu diesem Zwecke von einzelnen Aerzten noch allerlei äussere Hilfsmittel mitbenutzt werden, halte er für unwürdig eines Arztes.

Herr Unverricht (Dorpat): Ich möchte meine grosse Befriedigung über die von nüchterner klinischer Beobachtung zeugenden Auseinandersetzungen des Herren Collegen Holst aussprechen. Hoffentlich nehmen die Herren die Ueberzeugung mit, dass es besser ist, wenn der praktische Arzt die Hypnose garnicht anwendet. Wenn, wie gelegentlich in den Zeitungen behauptet worden ist, schwere Epileptiker durch die Hypnose geheilt worden sein sollen, so liegt in diesen Angaben, wenn sie von Aerzten ausgegangen sind, ein Abgrund klinischer Vermessenheit.

Herr v. Holst (Riga) dankt Herrn Unverricht für die Anerkennung seiner Anschauungen. Er sieht die Schlussfolgerung: «die praktischen Aerzte sollten ihre Hände fern halten von der Hypnose» nur als ein weiteres Resumé seines ganzen Vortrages an, zudem auch er ein grosses Gewicht darauf lege, dass die Hypnose praktisch benutzt werde nur von Personen, die sich lange eingehend und gewissenhaft mit dem Studium dieser Frage beschäftigt haben.

Herr Dehio spricht dafür, geeignete Fälle lieber zu Specialisten in dieser Heilmethode zu senden,

Herr Meyer (Dorpat) meint, dass die Hypnose bei strenger Auswahl der Fälle und Beobachtuug aller Vorsichtsmaassregeln nicht als so gefährlich bezeichnet werden könne, dass der praktische Arzt völlig auf dieses wichtige Heilmittel verzich-

ten sollte. Er habe den von ihm Hypnotisirten nie geschadet, weil er sich nie an Hysterische gewagt habe.

Herr v. Holst. Diese Sicherheit, nicht geschadet zu haben, kann täuschen, weil die Schädigung nie unmittelbar zu beobachten ist, sondern sich immer erst nach mehr oder weniger langer Zeit herausstellt. Hysterische zu hypnotisiren halte er nicht für besonders gewagt, weil bei ihnen die als Folge der Hypnose zu befürchtende Neurose bereits ausgebildet ist. Dagegen scheinen ihm nervös disponirte belastete Individuen vielmehr der Gefahr ausgesetzt zu sein, dass man ihnen durch die Hypnose schaden kann, weil bei ihnen durch die Hypnose die Hysterie zum Ausbruch kommen kann.

Der Vorsitzende schliesst die Debatte mit dem Bemerken, dass die Hypnose jedenfalls ein zweischneidiges Schwert sei, dessen Handhabung ganz besondere Geschicklichkeit, Vorsicht und Erfahrung bedürfe.

4. Herr F. Behse (Pernau): «Aus der gerichtsärztlichen Praxis». Aus den letzten 5 Jahren sind mir 3 Fälle erinnerlich, bei denen die Frage an mich herantrat, ob der gelegentlich der forensischen Leichenöffnung in den Athmungsorganen gefundene Speisebrei mit dem Tode der betreffenden Personen in Zusammenhang zu bringen sei oder nicht; denn bekanntlich kann ja auch nach dem Tode in der Leiche Speisebrei in die Luftwege gelangen.

Wie unterscheidet man nun, ob der Speisebrei durch die Athmung aspirirt worden oder ob wir den Befund als Leichenerscheinung aufzufassen haben.

Die gebräuchlichen Handbücher geben hierüber keine differenzialdiagnostischen Momente an, wir können uns jedoch die Sache etwa folgendermaassen vorstellen: Erfolgt der Eintritt des Speisebreies in die Luftwege durch Aspiration erbrochener Massen während des Lebens, so wird derselbe wohl meist die Luftwege bis tief in die Lungen hinein anfüllen, besonders in den Fällen, wo der Tod durch Erstickung darauf zu beziehen ist. Im anderen Falle können die treibenden Kräfte nur sein: äusserer Druck auf den Bauch oder Gasdruck vom Darm aus und die Schwere des Speisebreies, der ihn in die Lunge hinabfliessen lässt. Hierbei kommt es sehr wesentlich auf die Lage der Leiche und die Consistenz des Speisebreies an. Bei horizontaler Lage der Leiche auf der

Vorderfläche des Körpers kann z. B. von einem tieferen Herabfliessen kaum die Rede sein. Finden wir jedoch unter solchen Umständen Speisebrei auch nur in den tieferen Theilen der Trachea oder den primären grossen Bronchien, so werden wir Aspiration durch Athembewegungen annehmen müssen. Das Gleiche gilt von der Seitenlage der Leiche, überhaupt von allen Lagen, bei denen sich der Kehlkopf tiefer befindet als die peripheren Theile des Bronchialbaumes.

Viel leichter wird in der Leiche der Eintritt des Speisebreies in die Luftwege erfolgen, wenn die Leiche auf ihrer Vorderfläche mit stark erhöhtem Oberkörper und Kopf sich befindet, besonders wenn der Cadaver in dieser Stellung bewegt, getragen, gerüttelt, gefahren worden. Aber in keinem Falle werden die secundären Bronchien der Lungen sämmtlich mit Speisebrei gefüllt werden können, denn ein Theil derselben wird immer höher liegen, als andere dem Kehlkopf näher gelegene Partien des Bronchialbaumes, die daher früher total gefüllt werden müssten. Ist aber einmal ein Theil der Luftröhre ganz gefüllt, so hört das weitere Einfliessen von Speisebrei in die Lungen auf.

Treffen wir Speisebrei in sämmtlichen secundären Bronchien oder sind gar Luftröhrenäste dritter Ordnung in allen Lungenlappen gefüllt, so müssen wir Aspiration als Ursache bezeichnen und bei einigermaassen horizontaler Rückenlage werden wir schon die vollständige Füllung der primären grossen Bronchien so deuten müssen.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass wir bei gehöriger Berücksichtigung der Lage der Leiche, der Consistenz des Speisebreies und der Tiefe, bis zu welcher derselbe in die Luftwege eingedrungen ist, wohl fast immer zu einer Entscheidung der Frage kommen werden, ob wir eine Leichenerscheinung vor uns haben, wenn wir Speisebrei in den Luftwegen vorfinden, oder ob wir diesen Befund auf einen vitalen Act, Aspiration durch Athmung beziehen müssen.

Gesetzt nun, dass wir in einem gegebenen Falle uns mit Berücksichtigung aller dieser Verhältnisse überzeugt haben, dass Aspiration des Speisebreies in die Luftwege vorliegt, so folgt daraus selbstverständlich noch nicht, dass die Todesursache darin liegt. Erstickung durch den Speisebrei werden wir nur dann annehmen dürfen, wenn keine andere Todes-

ursache zu entdecken ist, wenn der Speisebrei ziemlich consistent ist und die Bronchien bis tief in die Lungen hinein anfüllt, und auch dann ist zu bedenken, dass diese Erstickungsart nur möglich ist, wenn Bewusstlosigkeit mit tiefer Herabsetzung der Reflexerregbarkeit vorliegt, etwa durch einen schweren Rausch, oder durch Gehirncommotion etc., oder wenn das Erbrechen mechanisch, etwa durch Druck auf Mund und Nase gehindert worden ist.

Zur Illustration des vorstehend Gesagten führt Vortragender 3 Fälle aus seiner gerichtsärztlichen Praxis an. In dem ersten handelte es sich um Tod durch Ersticken in Folge Aspiration von Milch in die Luftwege. Diese war einem schwer betrunkenen, bewusstlos daliegenden Manne als Gegengift eingeflösst worden. Der zweite Fall betraf eine Frau, welche gestürzt war, eine Commotio cerebri erlitten hatte, während der Bewusstlosigkeit erbrochen und Speisebrei aspirirt hatte. In dem dritten Falle musste der Befund von Speisebrei in den obereren Luftwegen als Leichenerscheinung gedeutet werden.

Discussion:

Herr Körber (Dorpat): «Prof. Liman's Versuche mit künstlichem Morast, in welchem die Leichen vergraben wurden, ergaben dasselbe Resultat: Je durchsichtiger die eingedrungenen Massen, je grösser ihre Menge und je weiter in die feineren Verzweigungen der Bronchien dieselben vorgedrungen waren, desto sicherer liess sich eine bei Lebzeiten stattgehabte Aspiration annehmen.

Herr Behse habe zwei Momente, auf die Liman bei seinen Versuchen aufmerksam macht, nicht berücksichtigt: Die Annahme der Aspiration bei Lebzeiten wird um so wahrscheinlicher, je frischer die Leiche. Zweitens müsse die Möglichkeit einer postmortalen Aspiration bei Druck und Nachlass derselben auf den Thorax unter Wasser, eine Bedingung an die beim Herausziehen von Leichen aus einer Flüssigkeit gedacht werden kann, zugegeben werden.

Punkt 5 der Tagesordnung: Vortrag «Forensisches» des Herrn F. Schultz (Riga) konnte nicht erledigt werden, da Vortragender verhindert war am Aerztetage theilzunehmen.

Protokoll der IV Sitzung des dritten livländischen Aerztetages.

Walk, 10. September 1891, 3 Uhr Nachmittags.

1. R. Otto (Dorpat) «Ueber die Paracentese des Trommelfells».

Vortrgd. behandelt geflissentlich dieses an und für sich nicht neue Thema, um eine hier zu Lande noch überaus selten geübte Operation in ihrer ganzen, für den Verlauf der Otitis media acuta entscheidenden Bedeutung zu besprechen. — Wie ein jeder Abscess nach chirurgischen Principien eröffnet werde, so sei die Incision zur Entlastung der Paukenhöhle ebenso, wenn nicht dringender indicirt, zumal es sich hier um Vermeidung der ernstesten Gefahren für den Kranken handle.

Eine durchaus nicht schwierige und oft geradezu lebensrettende Operation dürfe unter keinen Umständen zum Monopol der Specialisten erhoben werden. Ein gewisser Grad otiatrischer Kenntnisse müsse von einem jeden Arzt verlangt werden: erst die sichere Diagnose einer Otitis media und die Technik der Paracentese werde vor diagnostischen Irrthümern am Krankenbett schützen, die oft darin bestehen, dass gewisse Symptome mit der Allgemeinerkrankung in Zusammenhang gebracht werden, die einzig und allein der begleitenden Ohrenaffection angehören; erst dann wird die grosse Zahl chronischer Ohrenkrankheiten gebührend eingeschränkt werden können.

Discussion:

Herr I. Müller (Schujenpahlen) erkundigt sich, ob Vortgd. bei der Operation Cocain zur Anästhesie verwende.

Herr Otto: Anfangs sei von ihm häufig Cocain verwandt worden. Mit der Zeit habe sich's indessen gezeigt, dass dem Mittel hier wenig Werth beizulegen sei, weshalb er es verlassen.

Herr v. Middendorff bestätigt die relative Schmerzlosigkeit der kleinen Operation; Red. sei selbst von Herrn Otto um die Anästhesie betrogen worden.

2. F. Voss (Riga). «Ueber adenoide Vegetationen».

Ein Zusammenhang zwischen Verlegung der Nasenathmung und Ohrenkrankheiten sei schon lange bekannt gewesen, als Wilhelm Meyer in Kopenhagen 1868 eine Arbeit veröffent-

lichte, welche von immenser Bedeutung für die Ohrenkrankheiten werden sollte. Es war dies die Erkenntniss und vollständige Beschreibung dessen, was wir nach ihm adenoide Vegetationen nennen. Diese Arbeit war eine so vollständige, dass wir auch jetzt noch sie jeder Beschreibung zu Grunde legen und im Laufe von über 20 Jahren nur im Stande gewesen sind, weniges ihr hinzuzufügen. Es folgten ihm 1875 Guye in Amsterdam, 1876 Michel in Köln, 1879 Solis Cohen in New-York und Löwenberg in Paris, alle bestätigend. Auf den Verhandlungen der otologischen Section der Brit. med. Assoc. in Glasgow 1888 konnte der Präsident Barr mit Recht sagen, mit Meyer, Guye und Löwenberg beginne eine neue Epoche der Ohrenheilkunde. — Schon 1842 hatte Mayer (Bonn) eine anatomische Beschreibung des Rachendaches gegeben, namentlich aber sind hier Tourtual (1846), Lacauchie (1853), Kölliker (1859) und Luschka (1868) zu nennen. Redner legt nun an der Hand eines Medianschnittes die anatomische Lage der sogenannten Tonsilla pharyngea klar und zeigt, wie Vergrösserungen derselben die Nasenathmung behindern, ja ganz aufheben können. Das Wichtigste sei jedoch nicht die mechanische Verlegung sondern der Umstand, dass die adenoiden Vegetationen oder die hypertrophische Rachentonsille die Ursache abgeben für die hartnäckigen, jahrelang dauernden Katarrhe des Nasenrachenraumes und von hier aus stets recidivirend auf die Nase und das Ohr übergingen. Erst die Beseitigung dieser Ursache schaffe Erfolg bei der Behandlung der von ihr abhängigen Folgezustände.

Unter den Symptomen könne man 2 Reihen auseinander halten: 1) diejenigen, welche auf der mechanischen Verlegung der Nasenathmung beruhen (Gesichtsausdruck bei offenem Munde und schmaler wenig bewegter Nase, von Meyer sog. todte Sprache, Unvermögen ordentlich oder überhaupt zu schnäuzen, Schnarchen, Fehlen oder Verminderung des Geruches, ja auch Hühnerbrust, Spitzbogenform des harten Gaumens, Enuresis) und 2) solche, welche durch die Katarrhe hervorgerufen würden (stetig recidivirender Schnupfen und Husten im Sommer und Winter, sogenannte leichte Erkältbarkeit, verschieden lang dauernde Herabsetzung des Hörvermögens bis zu fast völliger Taubheit, abwechselnd mit guter Function, Ohrenschmerzen, recidivirende Otorrhöen). In Ländern, wo, wie bei uns, den ade-

noiden Vegetationen bisher wenig Beachtung geschenkt worden, brächte meist erst die zunehmende Harthörigkeit die Pat. zum Arzte. In welchem Grade aber letztere mit den Wucherungen in Zusammenhang stände, bewiesen Aussprüche wie von Wolston (Edinburgh), welcher 75% der Schwerhörigkeit in England auf adenoide Wucherungen zurückführt (1888). Jedenfalls seien dieselben ausserordentlich häufig die Ursache sowohl der Tubenmittelohrkatarrhe als auch der Mittelohreiterungen mit allen Folgezuständen bei Kindern bis zu 15 Jahren. Sie seien ein Leiden der Kindheit, würden aber hier sehr häufig beobachtet. Wie häufig, darüber gäben folgende Zahlen Aufschluss: Meyer selbst fand in Kopenhagen unter 2000 Schulkindern 1%, doch waren dabei nur die, welche auffällige Symptome machten, untersucht worden. Später fand Schmiegelow unter 581 Kindern 107, darunter 28 Mal in höherem Grade. Ferner berichtet Schmiegelow, dass 84% dieser mit Ohrenleiden behaftet waren. Bronner in Bradford fand unter 250 Schulkindern 8%, und unter 152 mit Wucherung behafteten Kindern 85% mit Mittelohrleiden (1888). Derselbe fand bei Ohrenkranken unter 15 Jahren unter 198 Fällen 101 Mal Vegetationen. Bei 151 Vegetationen 125 Mal Symptome einer Mittelohraffection (1889). Walb (Bonn) giebt an, er operire jährlich 300 Mal. Kafemann (Königsberg): Unter 1100 Knaben 86 = 7,8% mit hypertrophischer Rachentonsille, unter 1102 Mädchen 117 = 10,6%, und in 74% der Hypertrophie bestände Schwerhörigkeit.

Während anfangs die Berichte betonten, nur im Norden und an der Seeküste seien die Wucherungen häufig und gross, mehrten sich jetzt die Publicationen, welche angeben, dass sie in allen Gegenden (z. B. Basel, welches doch unmöglich Seeklima besitzen könne) eine sehr häufige Erkrankung abgäben. Zu betonen, dass dies auch bei uns zu Lande der Fall, sei der Zweck dieses Vortrages gewesen, und wolle Redner diese Thatsache mit Demonstration einer grossen Anzahl von Präparaten beweisen, welche ganz bedeutende Dimensionen aufwiesen. Erst die Operation schaffe Klarheit, und bewahre so und soviele Kinder vor Schwerhörigkeit.

Discussion:

Auf die Frage des Herrn Kieseritzky (Dorpat), wie Vortrgd. die Vegetationen operire, antwortet Herr Voss: mit einer von vorn nach hinten schneidenden gefensterten Curette.

Zangenförmige Instrumente, die viel mehr Schmerz verursachten, liebe Red. nicht. Die Schlinge, durch die Nase eingeführt, habe er nur einmal angewandt, weil ein anderer Weg nicht möglich gewesen.

3. E. Jaesche (Dorpat) demonstrirt «ophthalmoskopische Bilder einiger Netzhauterkrankungen».

Retinitis albuminurica.

Das rechte Auge einer seit längerer Zeit an Nierenaffection leidenden Frau, gegen 30 J. a. Die Netzhaut in weiterem Umkreise um die Papille aufgelockert, geschwollen, in derselben sehr zahlreiche, kleinere und grössere, ganz weisse Flecken, unregelmässiger Form. Die Blutgefässe, zumal die Venen, der Tiefe und der Breite nach geschlängelt und deshalb stellenweise durch das trübe Netzhautgewebe stark verdeckt, wohl auch ausgedehnt. Fettige Degeneration der Netzhautzellen, Wucherung des Stützgewebes, Durchsetzung mit Körnchenzellen.

Das Sehvermögen stark herabgesetzt.

Retinitis luetica.

Linkes Auge eines an Lues secund. leidenden, ca. 25j. Mannes. Die Netzhaut getrübt, aufgelockert, um die Sehnervenpapille eine ausgedehnte, mehr gleichmässig verbreitete nach der Peripherie zu unregelmässig begrenzte, weissliche Verfärbung. Die Netzhautgefässe der Breite und Tiefe nach geschlängelt, stellenweise durch das trübe Gewebe verdeckt. Fettige Degeneration von Ganglienzellen; Sklerosirung der Gefässe.

S: Finger werden auf einige Fuss hin gezählt.

Neuro-retinitis ex causa centrali.

Das rechte Auge einer an Gehirnaffection leidenden, gegen 47 J. a. Dame. Wahrscheinlich hat Entzündung der Hirnhäute stattgefunden (Pachymeningitis) und in Folge davon Neuroretinitis descendens. Die Sehnervenpapille nicht deutlich abgegrenzt, mit der umgebenden, weisslich getrübten Netzhaut verschwommen. Die Netzhautgefässe der Tiefe und Breite nach geschlängelt, stellenweise durch die Trübung verdeckt.

Sehvermögen aufgehoben.

Apoplexia retinae Nr. 1.

Linkes Auge eines 77 Jahr a. Fräuleins, mit M-$^1/_8$ (5,0 D.) Vor einer Woche war ein Blutextravasat in der Gegend des

gelben Fleckes der Netzhaut eingetreten. An dieser Stelle befindet sich ein über Papillengrösse ausgedehnter schwarzrother Fleck, unten von einem weissen Streifen umsäumt; zwischen ihm und der Papille ein ähnlich grosser, aber heller rother Fleck. Der ganze Augengrund stark verschleiert. Das Sehvermögen im Centrum des Gesichtsfeldes aufgehoben, in der Peripherie stark herabgesetzt.

Atrophia retinae circumscripta post sclerectasiam et apoplexiam retinae. Nr. II.

Dasselbe Auge nach Jahresfrist. Das Blutextravasat völlig resorbirt, an seiner Stelle eine umfangreiche, ganz weisse Fläche unregelmässiger Form, in der nur zwei ausgedehntere Anhäufungen schwarzen Pigmentes auffallen. Diese Fläche erscheint glänzend weiss, weil die Sclera blosgelegt ist in Folge von Schwund der Chorioidea und wohl auch der Netzhaut. Die früher bestandene Sclerectasie mit Conus hat sich mit der neu entstandenen Atrophie vereinigt.

Das Sehvermögen bis auf Handbewegungen herabgesetzt.

Ablatio retinae cum ruptura.

Rechtes Auge eines Weibes, bei dem nach überstandenem Typhus eine Netzhautablösung eingetreten ist. Die Netzhaut ist in vielen kleinen Falten abgehoben und mit einer Menge zerstreuter weisser, glänzender Punkte besetzt. Die Abhebung betrifft die ganze äussere Hälfte der Netzhaut bis nahe an die Papille und ganz nach aussen oben findet sich ein Riss in derselben, der länger erscheint, als der Durchmesser des Sehnervenquerschnittes und etwas weniger breit. Im Grunde des Risses sieht man die dunkelrothe Chorioidea, die auffällig absticht von der grau scheinenden Fläche der abgehobenen Haut.

Das Sehvermögen ist nur in der äusseren Hälfte des Gesichtsfeldes mangelhaft erhalten.

Discussion:

Herr Truhart (Fellin) knüpft an die vom Vortrgd. demonstrirte Retinitis albuminurica in vorgerücktem Stadium die Mittheilung über einen von ihm beobachteten Fall:

Red. beobachtete bei einem Nephritiker an den feinsten Verzweigungen der Retinalgefässe die kleinen weissen Flecke, die in der Literatur als signum pessimum hingestellt würden.

Ebenso wie von ihm wurde auch von Dorpater Collegen die Prognose sehr ungünstig gestellt. Trotzdem lebe der Mann noch heute, nach 13 Jahren.

Herr Jaesche berichtet, gleichfalls Genesung und volle Wiederherstellung des Sehvermögens in einem Fall erlebt zu haben.

4. A Eeck (Oberpahlen) «Die Behandlung des Trachoms».

Da das Trachom vielleicht mehr als 50% aller dem Landarzte zur Behandlung kommenden Augenaffectionen ausmache, erscheine es für diesen von Wichtigkeit, sich über Diagnose und Behandlung dieser Krankheitsform genügende Specialkenntnisse zu erwerben, namentlich aber sich diejenige Therapie zu eigen zu machen, die bei möglichst kurzer Behandlungsdauer vollständigen Erfolg garantire.

Die «Kupferbehandlung» sei als langwierig und unsicher nicht zu empfehlen. Das «β-Naphtol» wirke auf den Pannus garnicht und verursache durch Aetzung der Cornea zu grosse Schmerzen. Letztern Vorwurf müsse Red. auch dem von Frankreich her empfohlenen «Plumb. aceticum in 20% Glycerinlösung» machen, wie er es an den eignen Augen erfahren.

Besser bewähre sich das «Sublimat». Man mache täglich Pinselungen der Conjunctiva palpebrarum mit einer Lösung von 1 : 500—300 nebst 2tägiger Irrigation des Auges mit 1:7000. Namentlich bei Kindern, bei denen chirurgisches Vorgehen unmöglich, empfehle sich diese Therapie. Der Behandlung mit «Borsäurepulver» mit «Creolin» 1—2% mit «rohem Petroleum» nach Trousseau gedenkt Vortrgd. in kurzen Worten. In letzter Zeit habe die medicamentöse Therapie der chirurgischen mehr und mehr weichen müssen. In Betracht kämen die folgenden Methoden: 1) die Schröder'sche Ausbürstung der Trachomkörner mit dem Drahtpinsel; 2) die Auslöffelung, von Sattler dahin modificirt, dass vor Anwendung des scharfen Löffels die einzelnen Follikel mit der Staarnadel geritzt werden; 3) die Quetschmethode — Ausquetschung der Granulationen zwischen den Fingernägeln; 4) die Excision — wegen zu starker Verkürzung des Bindehautsackes fast ganz verlassen. Endlich habe man versucht, mit dem Galvanokauter oder durch Elektrolyse die einzelnen Follikel zu zerstören.

Von diesen Methoden, die alle in kürzerer Zeit, bis zu 8 Tagen, zum Ziele führten, giebt Red. der «Ausquetschung» für

den Landarzt den Vorzug, weil sie die am wenigsten angreifende, technisch am leichtesten zu beherrschende sei und mit einer Sitzung vollständigen Erfolg ergebe.

Die kleine Operation, die vorzugsweise bei chronischem Trachom im Stadium der Follikelbildung indicirt sei, wird in ihrer Technik vom Vortrgd. geschildert. Gelänge am untern Lide die Ausquetschung mit den Fingernägeln nicht, so nehme Red. eine Cilien-Pincette zu Hülfe, zwischen deren Branchen er die Schleimhaut durchquetsche. Auch letzterem Verfahren stelle der äussere Augenwinkel oft Schwierigkeiten in den Weg; in dem Falle seien die letzten Follikel mit dem Galvanokauter zu zerstören, der überhaupt da am Platz sei, wo es sich um wenige vereinzelte Follikel handle. — Die Schleimhaut erhole sich von diesem Eingriff in 48 Stunden schon so weit, dass man dann höchstens hier und da einen kleinen Blutaustritt, der auch bald schwinde, noch antreffe.

Am meisten eigne sich zu dieser Behandlung das «sulzige Trachom», aber auch, wo die Schleimhaut ein mehr schwieliges Aussehen hat, mache er von der Quetschmethode erfolgreichen Gebrauch. Ebenso sei sie am Platz bei den mit Blennorrhoe complicirten Fällen; Hyperaemie und Secretion liessen nach dem Eingriff überraschend schnell nach. Der Pannus schwinde meist nach Entfernung der Follikel spontan. In hartnäckigen Fällen wende Red. Massage mit Pagenstecherscher Salbe an. — Den Vorwurf der Begünstigung von Narbenbildung, der wohl den chirurgischen Methoden gemacht werde, weist Red. zurück. Selbst wenn sie einträten, wären sie an der Uebergangsfalte für die Lidstellung belanglos.

Discussion:

Herr v. Middendorff (Reval) kann sich dem Verdammungsurtheil des Vortrgd. über den Cuprumstift nicht anschliessen. In frischen Fällen verdiene die chirurgische Behandlung des Trachoms den Vorzug, allein in vorgeschrittenen Stadien, wo es nichts zu quetschen gebe, sei der Cuprumstift unentbehrlich und leiste vorzügliche Dienste namentlich dort, wo Cornealaffectionen im Vordergrund ständen.

Man scheue sich nicht den Stift anzuwenden bei bestehendem Reizzustande des Auges mit aufschiessendem Pannus oder Cornealgeschwür, wofern die Conjunctiven nur einen Angriffspunkt gewährten und das atrophische Narbenstadium

noch nicht erreicht sei. Von den chirurgischen Methoden habe das Quetschen den Vorzug der sicheren Wirksamkeit und Einfachheit. Obgleich man mit den Fingernägeln oder der Cilienpincette wohl zum Ziel gelange, erscheine Red. doch noch geeigneter ein Instrument, das er in Petersburg habe anwenden sehen. (Vorgezeigt: Pincette mit über die Kante halbmondförmig gebogenen Branchen zu haben bei: Schaplygin — Petersburg, Grempler — Dorpat, Marggraf — Riga).

Red. schildert eingehend die Operation, bei der er sich ausserdem noch zum Fassen der Conjunctiva einer chirurgischen Hakenpincette bediene. Meist sei es nicht erforderlich, den ganzen Tarsus mitzuquetschen; Follikel an seiner Unterfläche liessen sich mit dem Schröder'schen Pinsel leicht zerstören. Das Verfahren hinterlasse keine makroskopischen Narben. Wo Narbenretraction eintrete sei sie durch zu späte Operation, zu vorgeschrittenes Leiden bedingt.

Herr Koppe (Pernau) tritt gleichfalls für den Kupferstift ein. Die Quetschmethode sei ihm nicht immer gelungen, in den Fällen habe er mit dem Messer scarificirt. Dem Sublimat gegenüber verhalte er sich abwartend.

Herr Eeck meint mit den Fingernägeln doch sicherer die Granulationen, namentlich von der obern Uebergangsfalte, entfernen zu können. Im Uebrigen betont Red., dass die chirurgische Behandlung der medicamentösen vorzuziehen sei, ohne zu leugnen, dass der Cuprumstift, der als Specificum gegen Trachom nicht zu betrachten, wohl in veralteten Fällen hin und wieder von Nutzen sei.

Herr Jaesche zieht für die Ausquetschung die Himly'sche Fensterzange vor. Die nachbleibenden einzelnen Follikel, namentlich in den Falten der Conjunctiva, entferne er mit der Scheere. Kinder bis 10 Jahren seien durchaus zur Operation zu chloroformiren.

Herr v. Middendorff: das Zurückbleiben einzelner Follikel werde durch Hervorheben der Uebergangsfalte mit der Hakenpincette sicher vermieden. Dass das Himly'sche Instrument dieselben Dienste leiste, wie das von ihm demonstrirte Instrument wolle Red. nicht bezweifeln. Bei Kindern rathe er ebenfalls, das Verfahren in Narkose auszuführen. Für die Schröder'sche Methode seien nicht, wie Herr Eeck annehme, wiederholte Sitzungen erforderlich; es sei sehr wohl möglich

in einer Sitzung sämmtliche Follikel zu zerstören, nur sei die Technik eine schwierigere und die geursachten Schmerzen nicht gering.

Herr Truhart erwähnt, dass in Deutschland das Trachom wegen Infectiosität vom Militärdienst ausschliesse, bei uns merkwürdiger Weise nur vom Marine-Dienst. — Ob chirurgische oder medicamentöse Behandlung des Trachoms das Richtige sei, lasse sich nicht a priori entscheiden: es sei dabei die oft schwierige Differenzialdiagnose und das Stadium der Erkrankung von Wichtigkeit. Daher das verschiedene Urtheil über die therapeutischen Erfolge. Bei folliculärem Katarrh könnten Aetzmittel nur schaden, bei Betheiligung der Cornea wende man lieber Lösungen (Sublimat) an. Wo die Cornea frei, da sei und bleibe der Kupferstift ein ausgezeichnetes Mittel. Die wegen Narbenbildung gefürchtete Excision der Uebergangsfalte eigne sich dennoch für chronisch-hyperplastische Processe. Quetschung, Pinselung, Ausschneiden mit der Scheere sei zu individualisiren je nach der Fertigkeit des Arztes und der Art des Falles. Man komme mit einer Methode nicht für alle Fälle aus. Das von Middendorff empfohlene Aufheben der Schleimhautfalte erscheine praktisch.

Herr Eeck hat nicht behaupten wollen, die Quetschmethode sei in allen Stadien des Trachoms anzuwenden, im Gegentheil habe er die Indicationen für das Verfahren namhaft gemacht. Den Kupferstift wende er gleichfalls in veralteten Fällen, im Narbenstadium an.

5. E. Johannson (Hallist): «Cataractoperationen in ausserklinischer Behandlung». So wünschens- und erstrebenswerth bei der operativen Behandlung der Cataracta der Aufenthalt des Kranken in der Klinik sei, so wolle Red. doch über die von ihm (1886—90) ohne klinische Controle operirten Fälle berichten, da eine grosse Anzahl von Kranken durch materielle Hindernisse von der Aufnahme in eine Anstalt ausgeschlossen bliebe oder die Furcht vor der Klinik sie von ihr fernhalte. — Vorbereitung zur Operation: Desinfection des Zimmers, der Instrumente (3% Carbol) und des Conjunctivalsackes (1:5000 Sublimat). Anästhesie durch Cocain 2%. Lidhalter. In wenig Fällen Lappenschnitt nach Jacobsohn, meist peripherer Linearschnitt nach Graefe. Nach Abfluss des Kammerwassers Iridektomie, Eröffnung der Linsenkapsel

durch Kreuzschnitt und Extraction der Linse mit einem oder zwei Daviel'schen Löffeln. Extraction meist nach oben; bei einzelnen Kranken, die nicht im Stande waren die Augen nach unten zu bewegen, musste nach unten extrahirt werden. Nach Abnahme des Lidhalters leichte Massage zur Entfernung etwa noch vorhandener Reste der Corticalis. Ausspülung mit Sublimat. Verband für beide Augen. Nach je 2—3 Tagen Verbandwechsel, Einträufelung von Atropinlösung 1%. Vom 8. Tage an wurde das Auge nur noch mit einem schwarzen Läppchen vor Blendung geschützt.

Uebele Zufälle bei der Operation seien nicht häufig gewesen: Vorfall des Glaskörpers 3 Mal, 2 Mal nach Austritt, einmal vor Austritt des Kernes, der in diesem Fall mit der Drahtschlinge entfernt wurde. Eine Cataract sei mit sehr befriedigendem Resultate in toto mit der Kapsel extrahirt worden.

Die Kranken hielten mit wenig Ausnahmen 2—3 Tage die Rückenlage ein, dann 2 Tage zeitweilige Seitenlage. Diät Anfangs flüssig, vom 4. Tage an frei. Doppelseitige Operationen habe Vortrgd. in 2 Sitzungen in Pausen von 10—14 Tagen ausgeführt; in 2 Fällen, bei denen beide Augen gleichzeitig operirt wurden, traten trotz regelmässiger Heilung bei der definitiven Verbandabnahme Schwindel, Kopfschmerzen und Erbrechen auf.

Die in einem Fall auf dringenden Wunsch des Kranken eingeleitete Chloroformnarkose habe die Operation störendes, wenn auch nicht beeinträchtigendes Erbrechen zur Folge gehabt. In allen übrigen Fällen sei durch Cocain genügende Anästhesie erziehlt worden. Behandlungsdauer: bei einem Auge 2½—3, bei doppelseitiger Operation bis zu 6 Wochen. In allen Fällen, 45 Augen an 33 Kranken, habe sichs um Cataracta senilis gehandelt. 2 Kranke standen im 48. u. 49. Lebensjahr, 4 im 56.—59., 6 hatten das 70. Jahr überschritten, die Uebrigen waren in den Sechzigern. In 2 Fällen keine Trübung im 2. Auge nachgewiesen, sonst immer doppelseitige Erkrankung. Geringe pannöse Trübung der Cornea (abgelaufenes Trachom) 2 Mal beobachtet. Bei doppelseitiger Erkrankung habe Vortgd. in einem Fall das 2. Auge, das bei Cat. hypermatura Strabismus convergens aufwies, aus diesem Grunde nicht operirt. Bei einem andern Kranken habe die Operation doch relativ gutes

Resultat ergeben: Fingerzählen auf 20 Fuss, obgleich operirt wurde bei erhöhter Tensio bulbi und träger Pupillenreaction, nachdem das andre Auge an Glaucom zu Grunde gegangen war. In 3 Fällen sei die Operation des Auges unterlassen worden wegen zu herabgesetzter Function der Netzhaut. Bei 40 Fällen handelte sich's um reife, bei 5 um überreife Cataracte.

Complicationen seitens der Thränenwege seien nicht beobachtet worden, wohl aber Trachom und Conjunctivitis, die geeigneter Behandlung unterzogen wurden. Leichter Katarrh der Conjunctiva habe die Operation nicht contraindicirt. Ueber Dauererfolge fehlten Vortrgd. leider von vielen Operirten die Nachrichten. Bei der Entlassung lasen mit der corrigirenden Brille:

J. 1 — J. 2: 8 Kranke, Sehschärfe f. d. Ferne $^1/_2$—$^2/_3$
J. 3 — J. 6: 15 » » » $^2/_7$=$^2/_5$
J. 7 — J. 11: 10 » » » $^1/_5$—$^2/_7$
Fingerzählen auf 20—30 Fuss: 6 Kranke
» » 8—20 » 5 » (Cat. hypermat. resp. Hornhauttrübung).

Absoluten Misserfolg habe Vortrgd. nur einmal zu verzeichnen gehabt. Nach gut gelungener Operation sei der Verband von den Angehörigen des Kranken aus Neugier entfernt worden. Das Auge ging an Infection zu Grunde.

Die Herren Jaesche und Truhart sprechen ihre Befriedigung darüber aus, dass diese segensreiche Operation, die nicht nur an Kliniken gebunden sein sollte, auch auf dem Lande ausgeführt werde.

Protokoll der V Sitzung des dritten livländischen Aerztetages.

Walk, 11. September 1891, 9 Uhr Morgens.

1. O. Küstner (Dorpat) «Ueber einige Indicationen zur Laparotomie».

An der Hand seines aus 129 Dorpater Fällen bestehenden Materials beleuchtet Red. einen Theil der Indicationen zur Laparotomie. Ueber eine ganze Reihe der Anzeigen zur Ope-

ration bestehe ja heute keine Meinungsverschiedenheit mehr, was namentlich von den Neoplasmen der inneren Genitalien gelte. Die Myome betreffend fehle allenfalls noch die Einigung. Seine Stellung zu dieser Frage charakterisire am Besten die Thatsache, dass die Myomotomie unter seinen Laparotomien mit der Zahl 30 figurire.

Die Laparotomie sei keine lebensgefährliche Operation mehr bei richtiger Indicationsstellung und Technik. Trotzdem dürfe man den Eingriff nicht als ungefährlich hinstellen; die Entstehung peritonealer Adhäsionen sicher zu vermeiden, sei man noch nicht im Stande. Die Frage, wodurch die Adhäsionen entständen, bleibe noch offen. Die letzten Versuche, dieselbe zu lösen, seien von Red's. Klinik ausgegangen. Im Gegensatz zu Dombrowsky habe Red. bei wiederholten Laparotomien erfahren, dass weder Brandschorfe noch auch Ligaturfäden in jedem Falle Adhäsionen bedingten.

Kelterborn und Thomson seien auf experimentellem Wege zu demselben Resultat gekommen. Ersterer stelle als einzige Entstehungsursache die Sepsis hin, während Letzterer nachgewiesen, dass auch bei absoluter Asepsis Adhäsionen entstehen könnten. Lange nach der Operation brächten solche Adhäsionen noch Gefahr durch Incarceration (ein von Red. durch die Operation geheilter Fall von Achsendrehung) oder Blutung (Dr. Holowko: tödtliche Blutung aus der Adhäsion bei einer Entbindung).

Derartige Unglücksfälle seien indessen selten und deshalb die Laparotomien trotzdem wegen nicht lebenbedrohlicher Leiden erlaubt, ja selbst zur Vervollständigung der Diagnose. Diese sog. Probeincision, der letzte Schritt auf dem Gebiete der Diagnose, zugleich der erste auf dem der Therapie, mache Red. recht ausgiebig, bis zur Einführbarkeit der ganzen Hand. Der Bardenheuer'sche Explorationsschnitt, blos auf's Peritoneum dringend, habe für einen geübten Explorator keine Bedeutung.

Von den 132 Fällen sei die Laparotomie 4 Mal wegen Peritonealtuberculose gemacht worden (alle Fälle bakteriologisch sichergestellt). Makroskopisch der Tuberculose täuschend ähnliche Fälle chronischer Peritonitis kämen vor, wie ein von Bruttan 1890 in der Dorpater Klinik operirter Fall beweise. Das Koch'sche Mittel werde die klinische Diagnose sicherzu-

stellen geeignet sein. Red. spricht sich wenig günstig über die Heilwirkung der Laparotomie bei Tuberculose aus und meint, es könnte sich in vielen der geheilten Fälle um Pseudotuberculose gehandelt haben.

Unter den das Leben nicht bedrohenden Affectionen, die als Indication zur Laparotomie gelten, ständen an erster Stelle die entzündeten Tuben u. Ovarien und die Lageveränderungen des Uterus. Die Exstirpation der erkrankten Adnexe, von einigen Operateuren enorm häufig ausgeführt, figurirten in der Statistik Red. nur mit 6 Fällen. Gonorrhoe-Salpingitiden heilten oft ohne Operation, welch letztere doch den status quo ante nicht wieder herstelle. Septische Salpingitiden, meist früher als parametritisches Exsudat angesprochen, erforderten weniger die Laparotomie als die Incision von den Bauchdecken oder der Vagina aus. Die chronische Salpingo-Oophoritis mit starker Betheiligung des Peritoneums kehre weder spontan noch durch Therapie zur Norm zurück; die grossen Beschwerden der Kranken drängten oft zum operativen Vorgehen. Dieser Indication gehörten 3 Fälle an, ohne Todesfall aber auch ohne befriedigendes Resultat.

Wegen Lageveränderung des Uterus mache Red. die Laparotomie bei fixirten Retroflexionen und bei mobilem Uterus.

Bei fixirter Retroflexio sei das Wesentliche die operative Trennung der fixirenden Adhärenzen. Das beweglich gemachte Organ werde dann entweder an die vordere Bauchwand genäht oder, bei jüngeren Frauen, eventuell mit Pessaren behandelt. Red. trennt die Stränge mit dem Paquelin, um dem Wiederentstehen derselben sowie einer Nachblutung oder sonstigen Complicationen vorzubeugen.

Die Ventrofixation des beweglichen Uterus habe Red. nur dann ausgeführt, wenn die Lagecorrectur auf die sonst übliche Weise nicht erzielt wurde. Es handele sich hier nur um seltene Fälle, in diesen aber verdiene die Ventrofixation den Vorzug vor jedem andern Verfahren (Schücking; Freund-Frommel-Stratz). Bei sogenanntem Totalprolaps des Uterus ventrofixirt Red. das Organ und macht in derselben Sitzung eine ausgedehnte hintere Colporrhaphie. Portioamputation und Ausschabung sei dabei überflüssig; am reponirten Organ bildeten sich Portio und Schleimhaut in wenig Wochen

zurück. Bei einer Operirten sei der Prolaps nach Jahresfrist recidivirt, sonst habe Redner günstige Nachrichten über Dauererfolge erhalten.

Discussion.

Herr Meyer (Dorpat) giebt der Thure-Brandt'schen Methode, als dem Normalverfahren, den Vorzug vor der Ventrofixation. Die Ventrofixation bei fixirter Retroflexio setze an Stelle des alten einen neuen pathologischen Zustand mit viel subjectiven Beschwerden und grossen Gefahren im Falle eintretender Gravidität. Gegen die Ventrofixation bei Prolaps seien dieselben Gründe anzuführen, wozu noch die Möglichkeit des Recidives unter Elongation der Pars supravaginalis cervicis käme.

Herr Küstner kennt Th. Brandt und meint dessen Leistungsfähigkeit beurtheilen zu können. Dieselbe sei allerdings staunenswerth, habe aber auch ihre Grenzen (was Red. an Beispielen erläutert).

Dass er mit der Ventrofixation einen pathologischen Zustand setze, dessen sei sich Red. klar bewusst. Bei jugendlichen Frauen ventrofixire er nicht, nur bei solchen, die wenigstens im 4 Lebensdecennium ständen. Uebrigens häuften sich in letzter Zeit die Publicationen, welche die Möglichkeit des Austragens nach Ventrofixation bewiesen.

Herr Koppe (Pernau) Nach den Erfahrungen, die Red. in den letzten Jahren mit gynäkologischer Massage gemacht, glaube er behaupten zu dürfen, dass Stränge und Adhäsionen der Massage nur selten wiederständen, besonders wenn man die Kur durch warme Bäder und heisse Scheidenspülungen unterstütze. Mindestens könne man die Adhäsionen so weit dehnen, dass die Zerrung des Uterus fortfalle und nöthigenfalls ein Pessar vertragen werde. Bei mehr flächenhafter Verklebung, etwa mit dem Kreuzbein, möge die Massage machtlos sein; doch dürfte hier das Glüheisen ebensowenig ausreichen, sondern im Gegentheil eine vielleicht noch schlimmere Narbe setzen.

Herr Kusmannoff (Jewe) richtet an Herrn Meyer die Frage, wie die letzten Resultate Thure-Brandt's beschaffen wären.

Herr Meyer hält die Angabe Th. Brandt's «über 75 pCt. Heilung bei Prolaps» für zuverlässig; die Behandlungsmethode sei 30 Jahre geübt. Die lange Dauer der Behandlung und

die unermüdliche Energie, die dieselbe beim Arzte veraussetzte, seien gewiss schwere Hindernisse. Red. gebe gerne zu, dass Th. Brandt durch die Macht seiner Persönlichkeit auf suggestivem Wege einen grossen Theil seiner subjectiven Erfolge erzielen möge.

2. Herr v. Stryk (Riga). «Zur Therapie der Metrorrhagie».

Vortrgd. betont die Nothwendigkeit der Diagnose zu erfolgreicher Behandlung der Gebärtmutterblutung. Die Diagnose aber lasse sich unmöglich ohne exacte Exploration stellen. Warum trotzdem so häufig die gynäkologische Untersuchung unterlassen werde, könne er sich nur aus dem Widerstande erklären, auf den der Arzt seitens der Kranken in solchen Fällen stosse. Hier müsse die Gesammtheit der Aerzte auf's Publikum erzieherisch wirken; ganz ausgeschlossen sollte die Möglichkeit sein, sich ärztlichen Rath zu holen, ohne sich vorher einer eingehenden Untersuchung unterworfen zu haben. So lange diese Forderung nicht allgemein sei, könne der Einzelne, der sie stellt, nicht in jedem Falle durchdringen. Dass, wie jede Regel, auch diese Ausnahmen zulasse, wolle Red. nicht unerwähnt lassen. Bei der Virgo intacta, bei welcher die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten bedeutend eingeschränkt und als Ursache der Blutung auch Constitutionsanomalien anzusprechen seien, könne und müsse man der Genitalexploration oft entrathen.

Red. gedenkt einestheils der einzelnen Untersuchungsmethoden, anderentheils der möglichen Quellen und Ursachen ausserpuerperaler Metrorrhagien.

Nach sichergestellter Diagnose ergebe sich die Therapie mehr oder weniger von selbst. Blutende Läsionen seien durch die Naht (Catgut) zu schliessen, kleinere eventuell zu verschorfen. Chronisch entzündlichen Zuständen des Uterus, die zu Menorrhagien disponirten, suche man durch Regelung der Circulation des kleinen Beckens und des Uterus speciell zu begegnen. Entlastung des Darmes, Vaginaldouche, Sitzbäder, locale Behandlung des Endometriums. Ob diese letztere mit Adstringentien, Desinficientien, der Cürette oder Elektrode geschehe — Eines hätten die Methoden gemein, und darauf schiene Red. ihre Wirksamkeit zu beruhen, dass sie auf das muskulöse Organ einen Contractionsreiz ausübten und durch

solche Uterusgymnastik die Circulation günstig beeinflussten. Auch die Wirkung des Glycerintampons sei auf diese Weise zu verstehen. Acute Metritis dagegen und Endometritis erforderten Ruhe, zu erzielen durch Bettlage, Eis und Opium. Dieselben Maassnahmen hätten für drohenden Abort Geltung, während gegen das gelöste Ei activ vorzugehen sei: Scheidentamponade, Ausräumung.

Ergäben sich Neubildungen als Ursache der Blutung, dann seien sie, wenn irgend erreichbar, eventuell mit dem sie tragenden Uterus, zu entfernen. Bei inoperabelen Myomen bleibe die Zuflucht zum Ergotin oder der elektrischen Behandlung nach Apostoli.

Das Carcinom und Sarkom des Uterus indiciren die Totalexstirpation des Uterus, so lange diese noch Erfolg verspreche. Bei inoperabelen Fällen gewähre Ausräumung und Verschorfung immerhin Erleichterung. Zum Schluss weist Red. darauf hin, dass, wie bei den geschilderten, so auch bei allen andern gynäkologischen Eingriffen die erste und dringendste Anforderung an gedeihliche Therapie die Asepsis ist.

3. A. Holowko. Ueber das Einpressen des hochstehenden Kindskopfes in's Becken.

Bekanntlich hat zuerst Hofmeier[1]) das Einpressen des noch über oder im Beckeneingange stehenden Kindskopfes durch einen direct auf den Schädel von aussen einwirkenden Händedruck empfohlen, besonders für die Fälle von engem Becken, wo die Wehenthätigkeit nicht genügte, das durch die Beckenverengerung gesetzte räumliche Hinderniss zu überwinden und wo bei der langen Dauer der Geburt die gefürchtete Dehnung des unteren Uterinsegmentes eintrat. Sowohl die hohe Zange, wie auch die Wendung auf die Füsse. war hier contraindicirt und die Perforation im Interesse des lebenden Kindes verwerflich. — Hofmeier gelang es unter diesen Umständen bei engem Becken mit einer Conjugata vera von durchschnittlich 8 Cm. in 10 Fällen den Kopf durch die verengte Stelle hindurchzupressen und die Geburt entweder spontan verlaufen zu lassen oder durch eine leichte Zange zu beenden. In 9

[1]) Hofmeier: Ueber Contractionsverhältnisse des kreissenden Uterus. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. VI.

Fällen war es möglich das kindliche Leben zu erhalten. Trotz so guter Resultate scheint doch das Hofmeier'sche Verfahren die ihm gebührende Verbreitung bei den Geburtshelfern nicht gefunden zu haben. In der neueren Zeit tritt sehr warm für die Hofmeier'sche Methode Muret[1]) ein, der seine sehr günstigen Erfahrungen mit dem genannten Verfahren veröffentlichte und die Indicationen zur Vornahme desselben auf Asphyxie des Kindes und lange Dauer der Geburt ausdehnte.

In der Dorpater Frauenklinik wurde die Hofmeier'sche Expressionsmethode in 9 Fällen angewandt: in 4 Fällen von mässig engem Becken mit einer Conjugata vera von durchschnittlich 9 Cm. und in 5 Fällen von normalem Becken. — In 3 Fällen von engem Becken gelang das Einpressen des Kopfes vollständig: der hochstehende, wenig configurirte, bewegliche Kopf wurde durch kräftigen Druck von aussen ins Becken eingepresst; die bestehende Vorderscheitelbeineinstellung schwand, das Hinterhaupt trat tiefer, das Hinderniss war häufig mit einem fühlbaren Ruck überwunden und jetzt konnte leicht die Zange applicirt werden. Im 4. Falle von engem Becken handelte es sich um eine Ipara, mit einer Conjugata vera von 8,5 Cm. Der Kopf stand in Hinterscheitelbeineinstellung über dem Beckeneingange und bot gar keine Configurationserscheinungen dar. Es gelang das Einpressen trotz kräftigen Druckes nicht und es musste die Wendung auf die Füsse mit darauf folgender Extraction vorgenommen werden. — In sämmtlichen Fällen gab die Indication zum Eingreifen die Asphyxie des Kindes ab.

In weiteren 5 Fällen wurde der hochstehende Kopf beim normalen Becken eingepresst. Auch hier war der Kopf noch beweglich, so dass eine Wendung auf die Füsse in Frage kommen konnte, das Einpressen des Kopfes wurde als ein geringerer Eingriff vorgezogen. Die Indication zur Vornahme der Expression bildete auch hier die Asphyxie des Kindes, in 2 Fällen Wehenschwäche in der Austreibungsperiode; die Geburt wurde darauf durch den Forceps, einmal spontan, beendet. — Als Bedingung zur Vornahme der Expression nach

---

[1]) Muret: Ueber das Einpressen des Kindskopfes ins enge Becken. Berliner klin. Wochenschrift 1890.

Hofmeier muss, ausser dass die Blase gesprungen, eine gewisse Configuration des Schädels bestehen, die Cervix muss vollständig entfaltet, der äussere Muttermund braucht dabei nicht vollständig erweitert zu sein. Was die Technik der Operation anbetrifft, so wurde vor Allem eine tiefe Narkose eingeleitet, da ohne dieselbe ein zweckmässiger Druck sich nicht ausführen lässt. Nach der Empfehlung von Fehling wurde der Druck mit beiden Händen ausgeführt, wobei die eine Hand auf das Hinterhaupt, die andere auf den Unterkiefer einwirkten. — Ein schädlicher Einfluss von der Anwendung des Verfahrens wurde nicht beobachtet.

Das Hofmeier'sche Verfahren wird daher empfohlen bei engem Becken, besonders in den Fällen von Cervixdehnung (Hofmeier), bei lange andauernder Geburt (Muret) und überhaupt in allen Fällen, wo Indication zur Vornahme der Entbindung besteht und die Bedingungen dazu erfüllt sind. Ferner wird sich das Verfahren anwenden lassen bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, wo der kleine Kopf sich leicht ins Becken einpressen lassen wird. Auch bei normalem Becken empfiehlt sich die Hofmeier'sche Expression besonders in Fällen von Wehenschwäche beim zweiten Zwilling u. s. w.

Ungeachtet des grossen Aufschwunges der Antisepsis sind noch immer Misserfolge gerade in der geburtshilflichen Praxis zu verzeichnen; man muss daher bestrebt sein gefährlichere geburtshilfliche Eingriffe möglichst zu vermeiden; daher empfiehlt Vortragender die Expression nach Hofmeier als einen viel geringeren Eingriff gegenüber der hohen Zange und der Wendung auf die Füsse in allen geeigneten Fällen anzuwenden. (Autorreferat).

Discussion:

Herr Koppe (Pernau) begrüsst mit Freuden diesen Vorschlag, mit manueller Hülfe in der Praxis auszukommen, vermisst aber eine genauere Beschreibung des Handgriffes. Anschliessend erlaube er sich auf einen Vorschlag seines Bruders Robert Koppe (Moskau), die Expression des nachfolgenden Kopfes betreffend, hinzuweisen. Von der Beobachtung ausgehend, dass ein elastischer Körper, etwa ein Gummiball, durch eine enge Oeffnung vermittelst eines Druckes von oben sich nicht durchpressen lasse, im Gegentheil das Missverhält-

niss nur vergrössert werde, eine seitliche Compression dagegen zum Ziel führe, empfehle R. Koppe für den nachfolgenden Kopf einen Druck von vorn nach hinten, das heisst, auf's Promontorium gerichtet. So, meine Red., müsste auch bei vorangehendem Kopfe ein länger andauernder seitlicher Druck geeignet sein, dem Schädel die gewünschte Configuration zu geben, in welcher er von den Wehen fixirt werden könnte.

Herr Holowko: Misserfolge beim Einpressen des Kopfes würden nicht immer zu vermeiden sein, so lange sich der Kopf noch nicht configurirt habe. Am vorangehenden Kopf lasse sich der äussere Druck kaum anders anwenden, als von vorn nach hinten und unten.

4. Herr H. v. Brehm (Riga). «Ueber Dammschutz».

Nachdem Red. die Wichtigkeit der Erhaltung des Dammes und seine Gefährdung bei physiologischen wie pathologischen Geburten eingehend gewürdigt, wendet er sich zur Prophylaxe der Perinealruptur. Eine Hinterhauptslage vorausgesetzt solle der Kopf des Kindes:

1) mit seiner niedrigsten Stelle, der Nackengrube, im graden Durchmesser unter den Arcus pubis treten;

2) sich nur langsam über den Damm schwingen, damit die Elasticität der Weichtheile möglichst ausgenutzt werde;

3) nur in einer Wehenpause austreten.

Den ersten Anprall habe der Levator ani auszuhalten. Einfache Vermehrung der Widerstände direct gegen den Kopf gerichtet, lasse den Muskel langsam auseinander weichen. Dann sei das Hinterhaupt bis zum Nacken unter die Schamfuge zu bringen: zu dem Zweck übten 2 unter die Symphyse geschobene Finger der einen Hand einen Druck nach unten aufs Hinterhaupt, während die andere Hand die Scheitelbeine nach hinten dränge.

Jetzt erst handle sich's um den Dammschutz im engeren Sinne. Red. unterscheidet drei Methoden derselben: 1) Druck auf den Damm, 2) Druck auf den Kopf des Kindes, 3) Handgriffe, vom Mastdarm und Hinterdamme aus wirkend. Die beiden ersten kämen nur in Frage bei Drangwehen und Mitpressen der Kreissenden, während die unter 3 angedeuteten Maassnahmen allein allen Anforderungen genügten, weshalb nur diese Gegenstand der folgenden Besprechung sein sollen.

Vortrgd. schildert ausführlich den Ritgen'schen Mastdarmhandgriff, der ihm stets ausgezeichnete Dienste geleistet. Was er an ihm aussetze, sei die mit der Asepsis schwer vereinbare Einführung der Finger ins Rectum und die Nothwendigkeit völliger Entblössung der Kreissenden. Verletzungen des Darmes, vor denen Fritsche gewarnt, habe er nie erlebt.

Als «Ersatz für den Ritgen'schen Handgriff» empfehle Fehling (87) den «Steissbeinhandgriff», zuerst gleichfalls von Ritgen ausführlich beschrieben (Citat: Monatsschrift für Geburtskunde Bd. 6, pg. 339).

von Brehm benutzt nach Löhlein's Vorgang zur Ausübung des Druckes die ganze Vola manus, statt der bald ermüdenden Fingerspitzen. An Vorzügen dieses Verfahrens seien zu nennen: weil in Seitenlage ausführbar, geringere Entblössung der Kreissenden, bei Ausschaltung der Bauchpresse; ferner grössere Sauberkeit sowie vollständiges Unberührtbleiben des Vorderdammes. Endlich gestatte dieser Handgriff, die Zange vor dem Durchschneiden des Kopfes abzunehmen.

Bei anderem Schutzverfahren zählte Schröder 15—20 pCt. Dammrisse, während Löhlein bei diesem Handgriffe nur 7 pCt. geringeren Werthes berechnete.

Zur Episiotomie, die er meist doppelseitig 1½—2 Cm. von der Rhaphe entfernt in der Richtung auf die Sitzknorren ausführe, habe Red. nur selten gegriffen.

Mehr noch als der Kopf gefährdeten die Schultern den Damm. Die meist geübte Art, die Schultern zu entwickeln: zuerst durch Senkung des Kopfes die unter dem Arcus pubis befindliche, drauf durch Heben und Anziehen die zweite über den Damm schneiden zu lassen, erscheine nicht praktisch.

Der Apex acromialis bohre sich in die Ausbuchtung der hinteren Commissur und zerreisse diese und oft noch einen grossen Theil des Dammes. Vortrgd. lasse die Schultern nicht in gradem sondern in schrägem Durchmesser durchschneiden. Sofort nach Austritt des Kopfes, ehe sich der Damm retrahirt oder eine neue Wehe eingetreten, leite er durch Heben des Kopfes zuerst die hintere Schulter über den Damm, lasse drauf den Kopf sinken, dann werde durch die Schwere des kindlichen Körpers der Damm soweit gedehnt, dass die vordere Schulter unter dem Schambogen hervortrete.

Diese Methode des Dammschutzes empfehle Red. nach eigener Erfahrung aufs Wärmste.

Discussion:

Herr Küstner (Dorpat) kommt auf die Episiotomie zurück. Aus der Thatsache, dass die typischen Dammrisse immer seitlich erfolgten, ergebe sich die Unzweckmässigkeit der seitlichen Entspannungsschnitte, Red. lege den Entspannungsschnitt, wie es Michaelis zuerst gethan, in die stärkste Stelle des Dammes in die Rhaphe, und könne dieses Verfahren nur dringend empfehlen.

5. Der Präses theilt der Versammlung mit, dass es aus mehrfachen Gründen inopportun erscheine, die Verhandlung der «Hebammenfrage» auf diesem Aerztetage in Angriff zu nehmen. Im Einverständniss mit der zum Referate erwählten Commission schlage er vor, die Angelegenheit auf ein Jahr zu vertagen. Angenommen.

6. Die Anfrage des Präses (cf. § 23 d. Stat.) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung verneint.

7. Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Stadtarzt Dr. Koch den III. livl. Aerztetag für geschlossen.

PROTOKOLLE

DES

VIERTEN

LIVLÄNDISCHEN ÄRZTETAGES

IN

WENDEN

vom 14. bis 16. September 1892.

ST. PETERSBURG,
Buchdruckerei von Wienecke. Katharinenhofer Prosp. 15.
1893.

Дозволено цензурою. Спб., 15 Марта 1893 г.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1. Apping, Georg	Wolmar.
2. Berg, Friedrich	Riga.
3. v. Bergmann, Adolf	Riga.
4. Blau, Carl	Loesern.
5. Blessig, Ernst	Petersburg.
6. Braschnewitz, Andreas	Smilten.
7. Dabbert, Eduard	Rujen.
8. Dehio, Carl	Dorpat.
9. Dehio, Heinrich	Riga.
10. Deeters, Gustav	Lemburg.
11. Eckardt, Albert.	Wolmar.
12. v. Engelhardt, Roderich	Riga.
13. Erasmus, Ernst	Wenden.
14. Fischer, Elmar	Schloss Sagnitz.
15. Fowelin, Walter	Goldingen.
16. v. Frey, Eugen	Salismünde.
17. Gaehtgens, Peter	Wenden.
18. Gernhardt, Eugen	Dorpat.
19. Grabe, Eduard	Goldingen.
20. Grünberg, Jakob	Stürzenhof.
21. Hach, Friedrich	Riga.
22. Hampeln, Paul	Riga.
23. Hermann, Gottlieb	Wellan.
24. v. Hirschheydt, Ernst	Riga.
25. Johannson, Ernst	Hallist.
26. Katterfeld, Adolf	Waldheim.
27. Kessler, Leonhard	Dorpat.
28. Kieseritzky, Woldemar	Dorpat.

29. Kiwull, Ernst	Wenden.
30. Knorre, Georg	Dorpat.
31. Koerber, Bernhard	Dorpat.
32. Kroeger, Alexander	Pernau.
33. Krüger, Friedrich	Dorpat.
34. v. Kügelgen, Arvid	Rappin.
35. Kundsin, Johann	Alt-Pebalg.
36. Kusmanoff, Alexander	Rappel.
37. Leeping, Reinhold	Palzmar.
38. Lenz, Alexander	Sesswegen.
39. Lezius, August	Dorpat.
40. Lezius, Oskar.	Kannapaeh.
41. Liebet, Carl	Neu-Drostenhof.
42. Martinson, Johann	Wenden.
43. Mercklin, August	Riga.
44. Meschak, Emil	Alt-Karkeln.
45. Meyer, Carl	Wenden.
46. Meyer, Johann	Dorpat.
47. Mühlenbach, Johann	N.-Schwanenburg
48. Müller, Johannes	Schujenpahlen.
49. Oehrn, Axel	Wendau.
50. Otto, Richard	Dorpat.
51. Pander, Harry	Riga.
52. Petersen, Oscar	Petersburg.
53. Raue, Bruno	Marienburg.
54. Reisner, Arthur	Riga.
55. Reusner, Georg	Lemsal.
56. Rosen, Hermann	Neuenhof.
57. Sadikoff, Iwan	Talsen.
58. v. Samson, Eduard	Reval.
59. Schilling, Arthur	Annenhof.
60. Schneider, Alfred	Lubbenhof.
61. Schwarz, Eduard	Riga.
62. Seeberg, Hugo	Serben.
63. Stillmark, Hermann	Helmet.
64. v. Stryk, Nikolai	Riga.
65. Treu, Armin	Sennen.
66. Thielick, Peter	Allendorf.
67. Treuberg, Eduard	Odenpaeh.
68. Truhart, Hermann.	Fellin.

69. Utt, Ernst.	Camby.
70. Voss, Friedrich	Wesenberg.
71. Vierhuff, Julius	Subbat.
72. Vogel. Carl	Ligat.
73. Wagner, Paul	Zabeln.
74. Walter, Wilhelm	Tschorna.
75. Wiedemann, Carl	Petersburg.
76. Zoege v. Manteuffel	Dorpat.

Vorträge, gehalten auf dem vierten livländischen Aerztetage zu Wenden.

I. Sitzung.

Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra»	K. Dehio.
«Ueber die Thätigkeit des Leprosoriums der Stadt Riga»	A. Reisner.
«Die Hospitalfrage» (Correferent: A. Katterfeld).	J. Müller.

II. Sitzung.

«Ueber Hypochondrie» (Correferent: Ed. Schwarz).	A. Mercklin.
«Ueber fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie»	A. Treu.
«Ueber traumatische Neurosen»	Ed. Schwarz.
«Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anaemie»	F. Krueger.
«Ueber Rheumatismus»	W. Zoege v. Manteuffel.
«Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten» (Correferent: P. Hampeln).	K. Dehio.

III. Sitzung.

«Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage»	K. Dehio.
«Ueber Schulze'sche Schwingungen»	B. Koerber.
«Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis»	A. v. Bergmann.

«Ueber die Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens» W. Zoege v. Manteuffel.

«Behandlung von Gangrän verdächtigen Hernien» , , E. Kiwull.

«Ueber Skiaskopie». H. Truhart.

IV. Sitzung.

«Zur Trachomstatistik in Livland» A. Oehrn.
(Correferent: H. Truhart).

«Ueber das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand» R. Otto.

«Referat der Commission betreffend die Hebammenfrage». Referent N. v. Stryk.

«Zur Frage über die Ernährung des Säuglings» F. Krüger.

«Ueber die Behandlung der normalen Geburt» N. v. Stryk.
(Correferenten: L. Kessler und J. Meyer).

«Thure Brandt und seine Methode» J. Meyer.

Verzeichniss der bei der «Gesellschaft livländischer Aerzte» eingelaufenen Druckschriften.

1. Протоколы Омскаго медицинскаго общества 1890/1 № 6, 7 1891/2 № 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10.
2. Протоколы и Труды русскаго хирург. общества Н. И. Пирогова за 1890—91 г. Годъ IX.
3. Протоколы засѣданій общества Невропатологовъ и Психіатровъ при Московск. Универс. за 1890—91 г.
4. Сообщенія, сдѣланныя 21. Октября 1890 г. въ первомъ публичномъ засѣданіи общества Невропат. и Психіатр. въ Москвѣ.
5. Отчетъ о дѣятельности общества русскихъ врачей въ Ригѣ за 1890/1.
6. Archives des sciences Biologiques publ. par l'institut Impérial de Médicine experimentale à St. Petersbourg. Tome I, № 3.
7. Снегиревъ, Новый способъ образованія искуственнаго влагалища. Губаревъ Sphincter ani tectius
8. Auszug aus den Protokollen der «Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga» XXX, 1892.
9. Plan und Kostenanschlag eines Landkrankenhauses zu 6 Betten.

Protokoll der I. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 14. Sept. 1892, 1½ Uhr Nachmittags.

1. Herr Kreisarzt Dr. Gaethgens-Wenden eröffnet im Auftrage der Medicinalverwaltung den Aerztetag und überbringt zugleich der Versammlung den Willkommengruss der Stadt Wenden.

2. Derselbe verliest als Kassirer den Kassenbericht, welcher von der Versammlung gutgeheissen wird.

3. Zum Versammlungsort für den fünften livländischen Aerztetag wird durch Majoritätsbeschluss Dorpat bestimmt und die Festsetzung des Termins dem Vorstande überlassen.

4. Bei der statutenmässigen Wahl werden gewählt:

zum Praeses: Dr. Truhart-Fellin,
zum Kassirer: Dr. Strömberg-Dorpat,
zum Secretären: Dr. Dehio-Riga.

5. Herr Dr. Truhart übernimmt das Praesidium, indem er der Versammlung seinen Dank für das ihm wiederum geschenkte Vertrauen ausspricht und zugleich der Stadt Wenden für den Willkommengruss und die zum zweiten Mal geübte Gastfreundschaft dankt. Dann gedenkt er des Verlustes, welchen die Gesellschaft durch den Tod mehrerer Mitglieder erlitten hat, des Dr. Carl Petersen Stadtarzt zu Wenden, Dr. Fr. Schultz, Stadtarzt zu Riga, namentlich aber des livländischen Medicinalinspectors, Dr. N. Hess, welcher ein besonderes Interesse am Zustandekommen und der Thätigkeit des Vereins livländischer Aerzte bekundet hatte. Der Praeses fordert die Versammlung auf, sich als Ausdruck der Anerkennung des Verdienstes der Verstorbenen um den Verein, sich von den Sitzen zu erheben (geschieht).

6. **Referat über die Thätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra,** — vorgelegt von Prof. K. Dehio-Dorpat, Vicepraeses des Comités zur Bekämpfung der Lepra.

Im Anschluss an den der Generalversammlung vom Januar c. vorgelegten Bericht lässt sich über die Thätigkeit der Gesellschaft im verflossenen Jahre folgendes mittheilen:

1. Die Generalversammlung hat beschlossen die Thätigkeit der Gesellschaft auch auf Estland auszudehnen in Berücksichtigung des Umstandes, dass auch dort die Lepra recht verbreitet ist und die Gesellschaft auch aus Estland Beiträge erhält. Nach eingetroffener Obrigkeitlicher Genehmigung lautet nunmehr § 1 des Statuts: «Der Zweck der Gesellschaft besteht darin, das Umsichgreifen der Lepra in Livland und Estland durch Errichtung von Leprosorien zu bekämpfen».

2. Ueber die Leprosorien ist folgendes zu berichten:

Am 25. September wurde das Gesinde Muhli bei Dorpat vom ersten Leprösen bezogen. Am 1. Januar 1892 befanden sich schon 14 Lepröse in demselben und seitdem ist es permanent von 17—20 Kranken besetzt gewesen. Im Ganzen sind 25 Kranke mit 4500 Krankentagen verpflegt worden. Von diesen sind gestorben — 3, verliessen das Leprosorium — 4. und befinden sich gegenwärtig in demselben — 18. Die meisten Kranken, im Ganzen — 14, stammen aus dem Fellin'schen Kreise, von den Uebrigen gehören 3 dem Pernau'schen, 3 dem Wolmar'schen Kreise, 2 der Stadt Walk an. 4 Kranke stammen aus Estland. Die Zahlung beträgt laut Beschluss der Gesellschaft 5 Rbl. monatlich, doch ist nahezu die Hälfte der Kranken unentgeltlich behandelt worden. Die oekonomische und ärztliche Leitung ist Dr. Gerlach, Assistent an der medicinischen Klinik, übertragen worden. An mehreren Photographien erläutert Vortr. die innere Ausstattung des Leprosoriums. Im Garten desselben ist ein granitner Gedenkstein errichtet, dessen Inschrift an den intellectuellen Gründer der Gesellschaft, Prof. Ed. v. Wahl errinnert.

Das zweite Leprosorium in der von der livländischen Ritterschaft geschenkten ehemaligen Poststation Nennal ist so weit eingerichtet, dass dasselbe in den nächsten Tagen belegt werden kann. Die vorhandenen Räumlichkeiten lassen sich mit geringen Aenderungen vorzüglich den Zwecken eines Leprosorium an-

passen. Schwierigkeiten machte nur der hohe Grundwasserstand des Grundstücks. Vortr. demonstrirt einen Situationsplan des Leprosoriums zu Nennal mit dem dazugehörigen aus Heuschlag, Acker und Gartenland bestehenden Terrain, sowie detaillirte Pläne der Gebäude.

Das Hauptgebäude enthält im unteren Stockwerk Raum für 40 Kranke und die Küche, im Bodenraume sind Ablege- und Vorrathsräume, die Wohnung der Oberaufseherin und zwei Zimmer vorhanden, welche als Apotheke, Verband- und Schreibzimmer des Arztes benutzt werden können. Im Nebengebäude ist noch Raum für 10 Kranke. In einem dritten nahegelegenen grossen steinernen Schuppen ist der Baderaum und die Waschküche eingerichtet. Im Hof befindet sich noch ein Schuppen für Holz und Heu, sowie Stallraum für ein Pferd und ein paar Kühe. Die Abtritte besitzen Senkgruben. Zur oekonomischen Leitung ist in Nennal selbst eine Oberaufseherin stationirt, während die medicinische Versorgung der Anstalt durch W. Walter, Arzt in Tschorna, geschieht, welcher wenigstens zweimal wöchentlich die Anstalt zu besuchen hat. Es wird beabsichtigt, in Nennal die älteren noch arbeitsfähigen Kranken unterzubringen, welche im Sommer mit Garten- und Feldarbeiten, im Winter mit Korbflechten und mit Holzschnitzerei, die Frauen mit Spinnen und Stricken beschäftigt werden sollen. Die schweren Kranken und die neuaufzunehmenden werden in Muhli untergebracht, letztere werden erst nach Feststellung der Diagnose nach Nennal übergeführt. Demgemäss sind sämmtliche Anmeldungen an Dr. Gerlach medicinische Klinik zu richten. Für Nennal sind schon 21 Lepröse aus Oesel angemeldet.

3. Die financielle Lage der Gesellschaft ist folgende, (in runden Summen).

Kapital am 1. Januar 1892	27,424	Rbl.
Ausgegeben für Errichtung und Einrichtung von Muhli	3,685	»
von Nennal	9,120	»
Betrieb von Muhli	2,105	»
Kleinere Ausgaben	240	»
Der Summe der Ausgaben von	15,150	Rbl. stehen
an Einnahmen gegenüber	3,150	» mithin
beträgt das Kapital gegenwärtig	15,424	R. u. 22 Kop.

Die Zahl der Mitglieder beträgt augenblicklich 354. Im Hinblick auf die für weitere Pläne ungenügende finanzielle Situation der Gesellschaft fordert Vortr. die versammelten Collegen auf, ihrerseits möglichst für die Werke und Zwecke der Gesellschaft zu werben.

7. Herr Reisner-Riga berichtet über **die Thätigkeit des Leprosoriums der Stadt Riga.**

Nach vielen Bemühungen konnte der Bau des Leprosoriums endlich im Frühjahr 1891 in Angriff genommen werden, und schon im Herbste desselben Jahres begann dasselbe seine Thätigkeit. Allen Anforderungen der Krankenhaushygiene in baulicher Hinsicht entsprechend, ist dasselbe inmitten eines Kieferwaldes auf trockenem Landboden, 4 Werst von der Stadt Riga und ½ Werst von der Petersburger Chaussée, auch durchaus günstig gelegen. Das gesammte Areal misst 7 Loofstellen, von denen ein Theil zu Haushaltungszwecken urbar gemacht worden ist. Bei der inneren Einrichtung ist allem vorgesehen; ein Desinfectionszimmer mit einem grossen Apparat zum Desinficiren des Verbandzeugs, das Sectionszimmer und das Laboratorium mit den vorzüglichsten Apparaten zur bakteriologischen Untersuchung seien besonders erwähnt.

Am 15. Oktober 1891 wurde die Anstalt mit den ersten 11 Patienten belegt. Seitdem sind im Ganzen 41 Patienten verpflegt worden; davon traten aus 7, starben 2, so dass der augenblickliche Bestand 32 beträgt, d. h. ungefähr ⅛ der in Riga lebenden Leprösen. Die Anstalt ist auf 40 Betten berechnet, doch kann im Bedarfsfall ein dem bestehenden gleicher Flügel angebaut werden, wodurch die Bettenzahl aufs doppelte erhöht wird. In therapeutischer Beziehung lässt sich schon mancherlei erwähnen. Der Allgemeinzustand der Patienten bessert sich im Anfang des Anstaltaufenthaltes auffallend, das Körpergewicht nimmt bedeutend zu, um dann mit geringen Schwankungen auf demselben Niveau zu verharren. Fast jeder Patient wird ausser der chirurgischen Behandlung der Ulcera und häufigen Bädern mit Kaliseife noch specifisch behandelt. In Anwendung kamen Tuberculin, Salicylsäure, Ichthyol, Kreosot und in letzter Zeit Gurjunbalsam.

Mit Tuberculin wurden im Ganzen 20 Fälle nach der von Dr. Libbertz angegebenen Methode behandelt. Anfangs wurden grössere Dosen genommen 0,001—0,01, da aber die

allgemeine Reaction sehr heftig und früher als die Localreaction auftrat, wurden später kleinere Dosen 0,0005—0,001 verabfolgt. Es folgen 3 Krankengeschichten, deren einzelne Stadien durch Photographien erläutert werden.

Kirill G. 40 a. n. 13. December 1891. Tuberculini 0,001; da keine Reaction eintritt, wird bis 0,002 gesteigert. Am 8. Tage heftiges abendliches Fieber mit Gliederschmerzen, Mattigkeit; die Injectionen werden noch 2 Tage fortgesetzt, die Symptome nehmen zu, es entwickeln sich neue Knoten; diese fühlen sich weicher an als die alten, sind geröthet und zeigen genau denselben Bacillenbefund wie die alten Knoten. Einzelne der letzteren erweichen, vereitern oder werden kleiner; die meisten neuentstandenen verschwinden im Laufe weniger Wochen fast spurlos. Während dieses ganzen Processes, welcher ca. einen Monat dauert, ist ständiges Fieber mit morgendlichen Remissionen. Patient hat im Laufe von 6 Monaten 5 mal den besprochenen Process durchgemacht, sein Allgemeinbefinden ist reducirt, die Menge der Knoten hat sich nicht verringert.

Katharina K. 54 a. n. erhielt vom 16. bis 21. November, dann vom 1. December 1891 alltäglich Tuberculini 0,001, und, da keine Reaction eintrat, in allmählicher Steigerung bis 2,5 Mg. Am Abend des 7. Januar 1892 Schüttelfrost, 39,6° Schmerzen im ganzen Körper, Unbehagen und Mattigkeit; Tuberculin ausgesetzt. Am 26. Januar der erste fieberfreie Tag nach Temperaturen von 40°. Im Laufe dieser Zeit vereitert ein Knoten im unteren Theil der linken Backe; im Eiter zahlreiche Leprabacillen.

Jula L. 16 a. n. bekam vom 13. Mai bis 3. September Tuberculin von 0,0005—0,002 mit einigen kurzen Unterbrechungen. Die anfangs andeutungsweise vorhandenen Flecken im Gesicht wurden immer lebhafter und schliesslich verliess Pat. missvergnügt die Anstalt.

Dem Tuberculin bedeutend vorzuziehen ist die in ihrer Wirkung demselben ähnliche Salicylsäure, welche in Verbindung mit Soda 3 mal tägl. zu 1,0 genommen sehr lange Zeit hindurch gut vertragen wird. Auch hier entzünden sich und vereitern die leprös infiltrirten Partien unter mässigem Fieber, aber man hat die Wirkung vielmehr in der Hand; es kommt zu keiner Accumulation. Mit Salicylsäure wurden im Ganzen 9 Fälle behandelt.

Ichthyolsalbe 25 pCt. bewirkte bei langem Gebrauch ein Abblassen der stark pigmentirten Haut und geringes Schrumpfen der infiltrirten Partien.

Kreosot in die Knoten injicirt lässt diese vereitern. Ueber den in neuester Zeit in Indien angewandten Gurjunbalsam (zuerst von Dougall vorgeschlagen) sind die Erfahrungen noch zu gering. In der kurzen Beobachtungszeit liess sich aber doch constatiren, dass die sonst aller Behandlung spottenden knorpelharten Geschwürsränder weicher und flacher wurden.

Zum Schluss ist noch die kosmetische Bedeutung des Paquelins zu erwähnen. Auffallend erscheint, dass beim Brennen auch nur weniger Knoten, die ganze Umgebung oedematös wird, hohes Fieber auftritt, und nach Ablauf des Processes die in der Nähe liegenden Knoten bedeutend abgeflacht erscheinen.

Discussion:

Herr Gernhardt-Dorpat, richtet an Prof. Dehio die Frage, ob die von den Kranken während der Winterzeit angefertigten Gegenstände nur zum Bedarf des Leprosoriums verwandt werden oder auch auf den Markt gelangen.

Herr Dehio Dorpat: Die in den Leprosorien producirten Gegenstände sollen nicht zum Verkauf zugelassen werden.

Herr Meyer-Wenden, wirft bezugnehmend auf die grosse Zahl der Entlassungen die Frage auf, wie weit es möglich sei, die Leprösen zwangsweise in den Asylen zurückzuhalten.

Herr Dehio: Eine zwangsweise Internirung Lepröser in Leprosorien ist bei uns gesetzlich nicht gestattet und hätte nur dann einen Sinn, wenn genügend Betten vorhanden wären, um wirklich alle Lepröse des Rayons, für den das betreffende Leprosorium bestimmt ist interniren zu können.

Herr Bergmann-Riga: Als zu erstrebendes Ziel für die baltischen Provinzen ist ein Isolirungsgesetz zu betrachten. Ein solches Gesetz besteht bereits für das Dongebiet (Leprosorium zu Nowotscherkask) Сводъ законовъ XIII. Уставъ прик. общ. призрѣнія, ст. 1310 и пр.

Herr Petersen-Petersburg: M. H.! Auf jeder Versammlung, wo bisher die Lepra-Frage zur Discussion gelangte, ist

auch immer wieder der Einwurf erhoben worden: was helfen die Leprosorien, wenn wir nicht alle Leprösen in denselben unterbringen, wenn wir sie nicht zwangsweise hineinschaffen und nicht wieder hinauslassen können. So schlimm stehe es denn doch nicht. Lehrreich ist dafür die Beobachtung in Norwegen, wo auch nur ⅓ der Leprösen internirt ist, und trotzdem die Anzahl derselben systematisch abnimmt.

Als demokratisches Volk mit sehr ausgeprägtem Gefühl der persönlichen Freiheit ist Norwegen im Allgemeinen gegen jede Zwangsmassregel, doch ist das dort erlassene Gesetz derartig formulirt, dass man den Leprösen gestattet in ihren Häusern zu bleiben, sobald nachgewiesen wird, dass die Isolirung im eigenen Hause genügend gehandhabt wird; sobald aber die häusliche Isolirung nicht durchgeführt wird, tritt Zwangsisolirung ein. Nach diesem Princip wird auch für Russland beabsichtigt, einen Erlass zu effectuiren.

Was die bestehenden Gesetze betrifft, so haben wir wohl im XIII. Bande des Свод законовъ eine Verordnung, die besagt, dass Infectionskranke in Hospitäler geschafft werden müssen, wobei freilich Lepra nicht besonders angeführt ist. Bisher konnte aber dieser Punkt nicht benutzt werden, da es an Hospitälern zur Isolirung mangelte.

Bezüglich der Leprosorien in Livland freue ich mich hier hervorheben zu können, dass namentlich das Leprosorium in Riga in jeder Beziehung als musterhaft zu bezeichnen ist und Riga die Ehre gebührt, gegenwärtig das beste Leprosorium in Europa zu besitzen.

Herr Bergmann: Norwegen befindet sich der Lepra gegenwärtig auf demselben Standpunkt wie wir hier etwa der Syphilis gegenüber. Die Seuche ist eben derart angewachsen, dass weder Staat noch Gemeinde die Mittel zur radicalen Bekämpfung aufbringen können. Die Zahl der Leprösen in den baltischen Provinzen ist noch eine derart kleine, dass ein mit allen Mitteln aufgenommener Kampf auch die baldige Unterdrückung der Lepra bringen muss. Haben wir erst ein Zwangsgesetz, so müssen das Land, die Städte und Gemeinden, die sich meist recht lau zur Subsidienfrage verhalten, für die Raumbeschaffung Sorge tragen.

Herr Eckardt-Wolmar: Auf dem Gute Zarnau habe ich im Jahre 1891 eine Besichtigung von 11 Gesinden unternommen,

wobei ich constatiren konnte, dass sich dort 9 Lepra-Kranke in verschiedenen Lebensaltern befanden, unter andern eine dort über 20 Jahre practicirende Hebamme, die freilich jetzt nicht mehr amtirte, jedoch nachweislich seit über 20 Jahren krank war und bis vor wenigen Jahren ihrer Beschäftigung als Hebamme nachgegangen war. Unter den von ihr empfangenen Kindern konnte ich einen 17jährigen Jüngling als leprös feststellen, dessen Familie (Vater, Mutter und Geschwister) gesund war.

Herr Wagner-Zabeln, macht auf die Anzeigepflicht in Kurland aufmerksam, wo die Aerzte der Polizei und der Medicinalverwaltung die Leprösen anzuzeigen haben.

Herr Sadikoff-Talsen: Im Talsenschen Kreise Kurlands waren nach officiellen Erhebungen vor 3 Jahren als die Lepra-Frage angeregt wurde, einige 30 Kranke; jetzt giebt es, obgleich viele der früher gezählten unterdessen gestorben sind, ungefähr 48 Lepröse.

Herr Zoege-Dorpat, schlägt vor, jährlich am Aerztetage eine Liste der bekannten Leprösen anzulegen, der jeder College am genannten Tage die von ihm neugefundenen Leprösen hinzuzufügen hätte. Dieser Modus dürfte einfacher sein als eine Zählung mit Karten. Die klinische Beobachtung würde der bakteriologischen Forschung in die Hand arbeiten in der Weise, wie es bisher Hellat und Bergmann gethan, und mit dem Ziele, die Infectiosität der Lepra zu erweisen.

Herr Petersen: Mit Errichtung von nunmehr 3 Leprosorien in kurzer Zeit sind wir in der Leprafrage einen wichtigen Schritt vorwärts gegangen. Nun giebt es aber noch einen Punkt, der ganz besondere Beachtung verdient; um einen Feind zu bekämpfen, muss man seine Zahl kennen und daher erscheint es sehr wichtig zur Herstellung eines Registers sämmtlicher Leprösen zu schreiten. Dann kann man erst sehen, ob infolge der Isolirung der Patienten eine Abnahme der Zahl der Leprösen eintritt oder nicht. Daher möchte er der Versammlung vorschlagen, darüber zu discutiren, in welcher Weise die Sammlung am praktischsten auszuführen sei. Redner selbst würde dafür sein, bei der livländischen ärztlichen Gesellschaft oder bei der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra eine Centralstelle zu errichten.

Herr Zoege: Bei der langen Dauer des Leidens und dem

nur langsam sich zeigenden Erfolge der Bekämpfung der Lepra ist es nicht sehr wesentlich, die Meldung neuer Erkrankungen besonders zu beschleunigen und dürften daher die jährlichen Mittheilungen genügen.

Herr Sadikoff macht die Mittheilung, dass für Kurland, welches nicht in das Gebiet der Thätigkeit des Vereins zur Bekämpfung der Lepra aufgenommen ist, ein besonderer Verein gegründet werden soll, dessen Bestätigung vom Ministerium in nächster Zeit zu erwarten ist.

Herr Mercklin-Riga, steht der Sammelforschung über Lepra durchaus sympathisch gegenüber. Der Verein müsse dieses Unternehmen fördern. Die Methode der Zählkarten, welche umhergesandt und einverlangt werden, erscheine ihm praktischer als Zoeges Vorschlag von Listen, die auf dem Aerztetage jährlich ausgelegt werden. Einer der Collegen von den Leprosorien möge die Zusendung, Einverlangung und Zusammenstellung der Zählkarten in die Hand nehmen. So werde ein Generalregister der Leprösen in Livland zusammengestellt werden können.

Herr Truhart: Im Verwaltungsrath der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra ist die Gründung eines Centralbureaus für die Statistik der Lepra proponirt worden, und zwar sollten jährlich Zählkarten umhergesandt werden. Dass von Seiten des Aerztevereins ausserdem noch eine Sammelforschung angeregt werde, ist nicht angezeigt, da die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra das natürliche Centrum bilde. Die Statistik den Aerzten der Leprosorien zu überlassen erscheint nicht angemessen, da das ärztliche Personal derselben wechselt. — Zur Zwangsisolirung der Leprösen kann Redner noch hinzufügen, dass diese Frage in dem Medicinal-Departement eingehend discutirt worden ist. Der Medicinalrath hat aber sein Votum dahin abgegeben, dass, da die Statistik der Lepra noch keinen epidemischen Charakter derselben nachgewiesen habe, der Erlass eines extraordinären Gesetzes zunächst inopportun sei; die Polizeibehörden haben aber jederzeit in Grundlage des Gesetzes das Recht, die zwangsweise Internirung infectiöser Kranken durchzuführen. Die Frage der zwangsweisen Besteuerung der Gemeinden, resp. Heranziehung der Landeskasse kann vor Regelung der Prästandenordnung nicht erledigt werden.

8. a) Herr Müller-Schujenpahlen: **Referat über die «Hospitalfrage»** (cf. Beschluss des III. livl. Aerztetages, Sitzung I, p. 2).

Auf dem III. livländischen Aerztetage erhielt ich die Aufforderung, Pläne und Kostenanschläge für Landhospitäler zu liefern. Ich bin dieser Aufforderung mit um so mehr Interesse nachgekommen, als es sich hierbei um eine für die Landärzte höchst wichtige Angelegenheit handelt.

Ist es doch gerade die Hospitalfrage, welche geeignet ist, dem Landarzte die Möglichkeit zu schaffen sich selbst wissenschaftlich fortzubilden, und seinen Patienten die modernen therapeutischen Hilfsmittel in zweckentsprechender Form zukommen zu lassen.

Die Bedingungen, welche ein brauchbares Landhospital erfüllen soll, sind etwa folgende:

1. Raum für 6—8 Betten mit getrennten Abtheilungen für Männer und Weiber.
2. Erweiterungsfähigkeit dieser Räume.
3. Wärterzimmer, Küche, Wasch- und Badeeinrichtung.
4. Operationszimmer.
5. Billigkeit.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich nichts Zweckentsprechendes gefunden; die Pläne sind meist zu gross, die Kostenanschläge lassen sich nicht ohne Weiteres auf hiesige Verhältnisse übertragen.

Ich habe mich deshalb auf eine Auswahl der augenblicklich in Livland bestehenden Lazarethe, welche etwa den obigen Bedingungen entsprechen, beschränkt, und lege die Pläne resp. Kostenanschläge derselben hier vor.

1. Das Hospital zu Sesswegen.

Das Hospital ist vor 2 Jahren vom Besitzer des Gutes erbaut. Plan und Kostenanschlag hat Herr Bauunternehmer Häusermann in Riga geliefert. Holzgebäude, Corridorsystem.

42 Fuss lang, 21 resp. 35 Fuss breit; der Corridor durchsetzt das ganze Haus der Länge nach. Auf der einen Seite desselben liegen: Operationszimmer, Ambulanzzimmer, Wärterzimmer, Küche (zugleich Speisezimmer) Handkammer. Auf der anderen 2 Krankenzimmer zu 4—6 Betten und 2 Abtritte.

In der Recapitulation des Kostenanschlages sind sämmtliche Handwerkerarbeiten z. Th. incl. Material

veranschlagt auf	2148,97 Rbl.
sämmtliche zu liefernde Baumaterialien ca.	2350,00 »
Pläne und Anschläge	135,00 »
Die Gesammtkosten mithin ca.	4635 Rbl.

2. Das Hospital zu Grundsahl.

Mit der Apotheke verbunden vor ca. 3 Jahren, von dem Besitzer des Gutes erbaut. Holzhaus, einstöckig 77 Fuss lang, 42 Fuss breit. Corridor mit Küche und Abtritt. Auf der einen Seite desselben Operationszimmer, auf der anderen 2 Krankenzimmer mit je 3 Betten.

Zimmer für Wartepersonal und Baderaum nicht vorhanden.

Die Kosten für die Handwerkerarbeiten ca.	1500 Rbl.
Baumaterialien veranschlagt auf ca.	500 »
Pläne und Anschläge gratis.	
Gesammtkosten ca.	2000 Rbl.

3. Das Hospital zu Hallist.

Von dem Kirchspiel erbaut vor ca. 3 Jahren. Holzhaus, 49 Fuss lang 28½ Fuss breit einstöckig. Enthält folgende Räume:

Vorhaus mit Abtritt (Tonnensystem).
Küche mit Badeeinrichtung und Waschapparat.
Wärterinzimmer.
2 Krankenzimmer mit je 5 Betten.
1 Erkerzimmer, zu Operationen benutzt.
1 kleines Dachzimmer.
Mehrere Dachkammern.
Baukosten: ca. 2000 Rbl.

Von Herrn Collegen Katterfeld-Waldheim wurde ferner mir der Plan des Krankenhauses zu Kandau zugestellt.

Tuffsteinbau, einstöckig, 88 Fuss lang 43 Fuss breit. Von der Giebelfront aus gelangt man in einen ⊤förmigen Corridor an dessen Längsstück Operationsraum und Zimmer der Dia-

konissin einerseits, Badezimmer, Auskleideraum und Küche andererseits gelegen sind. Vom Querstück aus gelangt man durch 2 Thüren in 2 Krankenräume, an welche sich 2 andere durch Thüren mit denselben verbunden anschliessen. Dann folgt eine Brandmauer und jenseit derselben die Infectionsabtheilung, welche 2 Krankenräume, 1 Wärterinzimmer und die nöthigen Nebenzimmer mit separatem Ausgang enthält. Abtritt und Vorrathskammer für die allgemeine Abtheilung befinden sich an einem Ende des Quercorridors.

Baukosten ca. 6000 Rbl.

Zum Schluss erlaube ich mir dann noch Plan, Modell und Kostenanschlag eines Landhospitales vorzulegen, welche nach meinen Angaben von Herrn Architect Lessel in Riga entworfen sind.

Holzbau, einstöckig, 40 Fuss lang, 37 Fuss breit. Durch das an der Giebelfront gelegene Vorhaus gelangt man in einen Corridor, der das Gebäude zur Hälfte durchsetzt. An der linken Seite desselben liegen Operationsraum und Ambulanzzimmer; an der rechten ein grosses Zimmer in dem sich der Kochherd, der Speisetisch, der Baderaum und der Raum für die Wärterin, beide durch Scherwände abgetheilt befinden. Am Ende des Corridors führen 2 Thüren in die Krankenräume, welche durch eine Scherwand getrennt sind.

Jeder Raum enthält 3—4 Betten und einen Abtritt mit Heidelberger Fass.

Ventilation durch einen gemeinsamen Dachreiter und einen Mantelofen.

Die Baukosten belaufen sich incl. Material auf ca. 3100 R.

Wird das Material geliefert und kostenfrei angeführt — auf ca. 1700 Rbl.

(Plan und Kostenanschlag sind dem Archiv der Gesellschaft übergeben und stehen Interessenten durch Vermittelung des Secretairs jederzeit zur Verfügung).

b) Correferat des Herrn A. Katterfeld-Waldheim.

(Ein Referat dieses Vortrages ist nicht eingegangen).

Protokoll der II. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 14. Sept. 1892, 6 Uhr Nachmittags.

1. a) Vortrag des Herrn A. Mercklin-Riga: **Ueber Hypochondrie** (der Vortrag ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift veröffentlicht).

b) Herr Ed. Schwarz-Riga als Correferent:

Die Eintheilung der Krankheiten könne nach verschiedenen Principien geschehen. Die üblichen nach der Topographie, den Geweben etc. hätten alle ihr Missliches; die richtigste Eintheilung wäre die nach den Ursachen. Alle Krankheiten nach diesem Principe etwa bei Abfassung eines neuen Handbuches zu ordnen, wäre wohl kaum möglich, da die Medicin in besondere Fächer zerfallen sei, was seinen Grund darin habe, dass die gesammte Medicin in dem Kopfe eines Menschen nicht mehr Platz habe.

In der Neurologie, mit der Vortragender die Psychiatrie zu einem Ganzen verschmolzen wissen wolle, liesse sich eine Eintheilung nach den Ursachen wohl anbahnen, durchführen wohl noch nicht, da unsere heutigen Kenntnisse noch zu mangelhaft sind.

Ein solcher Versuch sei sehr lehrreich. Ursache heisse die Gesammtheit der Bedingungen. Spreche man einfach von der Ursache, so sollte man die «conditio sine qua non» bezeichnen; es sei bei der Tabes z. B. die Syphilis als «conditio sine qua non» zu bezeichnen, die erbliche Belastung, Ueberanstrengung etc. erst in zweiter Linie. Alle Krankheitsursachen könne man in zwei Gruppen theilen, in äussere und innere; darnach zerfielen die Krankheiten in exogene und endogene je nachdem die Hauptursache eine äussere oder eine innere sei.

Bei den exogenen Erkrankungen kämen qualitativ die verschiedensten Ursachen in Betracht, die Krankheitsbilder seien scharf von einander geschieden. Bei den endogenen Erkrankungen käme nur eine Ursache in Frage, die individuelle nervöse Schwäche — die Entartung; die Krankheitsbilder gingen eines in das andere über.

Wenn man nach diesen Principien vorgehen wolle, so würden einige Erkrankungen, die heute noch als selbstständige Erkrankung gelten und in besonderen Capiteln der speciellen Pathologie der neuesten Lehr- und Handbücher abgehandelt würden, als solche ausscheiden müssen. So finde man noch überall ein Capitel über Epilepsie.

Die Epilepsie sei jedoch ein Symptomencomplex, ein Syndrom, wie die Franzosen sagten, das bei den verschiedensten Krankheiten vorkäme und als Syndrom in der allgemeinen Pathologie abgehandelt werden müsste; in der speciellen Pathologie würde es wieder bei der Degenerescenz, bei den Tumoren des Hirns, beim Alkoholismus, bei acuten Hirnerkrankungen, bei Hirnlues, bei der progr. Paralyse Erwähnung finden. Aehnliche Beispiele findet man in der Psychiatrie: die hallucinatorische Verwirrtheit oder Amentia werde in allen Lehrbüchern als besondere Krankheit beschrieben; sie komme bei den verschiedensten Processen vor; bei Entarteten nach verschiedenen Ursachen, nach Traumen, bei Wöchnerinnen, bei Säufern; auch sie sei ein Syndrom und gehöre in die allgemeine Symptomatologie.

In der speciellen Pathologie müsste sie bei der Degenerescenz, bei den infectiösen Psychosen, bei dem Alkoholismus erwähnt werden. So werde die allgemeine Pathologie umfangreicher aber auch interessant werden.

Von den exogenen Erkrankungen wolle Vortragender für heute absehen. Die endogenen Erkrankungen hätten nur eine allgemeine Ursache, die Entartung; wolle man eine speciellere Eintheilung, so gäbe der Grad der Entartung eine passende Stufenfolge. Es kämen in Betracht: 1) der Blödsinn, 2) der Schwachsinn, 3) die Instabilität; die letzte sei die überaus wichtigste.

Treffe den Instabilen, den Belasteten im Leben kein Leid, sei er auf Rosen gebettet, so bliebe er gesund; doch könnten die verschiedensten Schädlichkeiten die in ihm schlummernde Disposition wecken.

Ein Trauma, Vermögenverlust, eine acute Erkrankung, können bei vorhandener hysterischer Veranlagung hysterische Anfälle erzeugen und bestehen lassen.

Bei vorhandener melancholischer Veranlagung können Kummer, Climacterium etc. eine Melancholie erzeugen. Man habe

also zu unterscheiden den stabilen Zustand und die hinzutretenden Symptome, die Syndrome. Als solche sind zu bezeichnen die Manie, die Melancholie, der Grössenwahn, der Stupor; in der Neurologie die Hysterie, die Hypochondrie, die Nervosität, die Migraine, die Neuralgie.

Die Hypochondrie sei also keine selbständige Krankheitsform, sondern ein Syndrom, ein Symptomencomplex, der sich in den verschiedensten Zuständen wiederfinden könne.

Die Erfahrung habe gelehrt, dass sich das Syndrom vielfach ändere, nach dem Grade, der Stufe der Entartung; Schühle, Magnan hätten versucht solches durchzuführen.

Die heute vorgeführten Betrachtungen seien von Möbius zu verschiedenen Malen in ausführlicher Weise besprochen worden.

(Autorreferat).

2. Vortrag des Herrn Treu-Sennen **«Ueber fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie»**.

Nachdem Vortragender das gesammte Krankheitsbild nach der Darstellung desselben in Eichhorst's «Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie» (Ausgabe von 1885) kurz geschildert hat, demonstrirt er der Versammlung seine mitgebrachte Patientin:

Es handelt sich um ein estnisches Bauernmädchen K. P., 30 a. n. wohnhaft unter Hahnhof, das in seiner frühen Jugend immer gesund gewesen ist. Vor ca. 6 Jahren bekam Patientin beim Warten eines ausgelassenen Kindes mit dem Kopfe desselben einen Schlag auf die linke Wange en sprechend der Vorderfläche des Jochbeines. Die Wange schwo stark an und nach einigen Wochen bemerkte Pat. an der oben bezeichneten Stelle einen hellen weisslichen Fleck von der Grösse einer Fingerkuppe, der im Laufe der nächsten Jahre schwand. Vor ca. 4 Jahren hat Patientin eine allmähliche Verkleinerung ihrer linken Gesichtshälfte bemerkt. Um dieselbe Zeit litt sie an Zuckungen in den Hals- und Unterkiefermuskeln. Ausserdem hatte Pat. zeitweilig einen druckempfindlichen Punkt an der linken Schläfe. Jetzt fühlt sie sich vollkommen wohl und kräftig.

Beim Besichtigen der Pat. fällt schon von Weitem eine deutliche Atrophie der linken Gesichtshälfte auf; in der Mittellinie, besonders von der Nase an abwärts, schliesst die Atrophie mit einer scharfen Linie ab. Nach unten erstreckt

sich die Atrophie bis zur Clavicula. Die Haut erscheint im erkrankten Gebiet verdünnt, vollständig des Unterhautfettgewebes beraubt und von zahlreichen Furchen durchzogen. Am Halse finden sich eigenthümliche, jetzt schon etwas bräunlich gefärbte und confluirende Flecken. Die Gesichts- und Halsgruben sind tief eingesunken. Die Lippen sind auf der linken Seite verdünnt und verschmälert, so dass der Mund auf dieser Seite nicht vollständig geschlossen werden kann. Die Contur des Kinnes lässt eine deutliche Verkleinerung des Unterkieferknochens erkennen. Die Alveolarfortsätze stehen linkerseits mehr zurück; ebenso die Zähne. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links hin ab. Der ursprünglichen Mittellinie entsprechend findet sich eine bogenförmige mit der Convexität nach rechts verlaufende Linie, von welcher aus nach links die Zunge eine beträchtliche Abmagerung und Verkleinerung aufweist. Im Rachen ist eine deutliche Asymmetrie bemerkbar, indem der linke vordere Gaumenbogen bedeutend höher steht, als der rechte. Das linke Ohr ist etwas verkleinert und fühlt sich etwas rigider an, als auf der rechten Seite. An der Nase, am Haupthaar ist kein auffallender Unterschied zwischen der linken und rechten Seite zu constatiren. Sensibilität, Motilität, specifische Sinnesfunctionen und secretorische Vorgänge weisen keine Abweichung von der Norm auf.

Ueber das Wesen der fortschreitenden halbseitigen Gesichtsatrophie geben die spärlichen Sectionsbefunde den sichersten Aufschluss, indem sie eine «trophoneurotische» Grundlage bei dieser Krankheit unzweifelhaft machen. Pisling fand 1850 «an der grössten Convexität der Hirnhemisphäre ein Neugebilde». Ein von Jolly 1872 secirter Fall war mit multipler Herdsclerose combinirt. Mendel endlich fand eine an verschiedenen Stellen verschieden intensive Neuritis interstitialis prolifera (Virchow) in den Aesten des Trigeminus und Radialis: ferner war die absteigende Trigeminuswurzel atrophisch, ebenso die Substantia ferruginea der kranken Seite; endlich fand sich partielle Atrophie in den Ganglienzellen der Vorderhörner im cervicalen Theil des Rückenmarks. (Der Fall betraf eine Frau mit linksseitiger Atrophie des Gesichts und Armes ohne Knochenschwund, cf. Berl. klin. Wochenschrift 1888 p. 383).

Zum Schluss stellt Vortragender folgende Hypothesen auf, durch deren Annahme sich sämmtliche Erscheinungen der

fortschreitenden halbseitigen Gesichtsatrophie vollauf erklären lassen.

1. Die Existenz eines specifischen, die Ernährung sämmtlicher Gewebe regulirenden nervösen Apparates ist unzweifelhaft.

2. Es giebt ein besonderes im Gehirne belegenes trophisches Centrum.

3. Die fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie ist auf eine Localerkrankung des Gehirns, durch welche ein bestimmter Theil des trophischen Centrums ausser Function gesetzt wird, zurückzuführen. (Vortragender beabsichtigt die fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie demnächst einer eingehenden casuistischen Bearbeitung zu unterziehen).

(Autorreferat).

3. Vortrag des Herrn Ed. Schwarz-Riga: «**Ueber traumatische Neurosen**».

An einem Beispiel aus seiner Praxis, das einen Weichensteller der Riga-Dünaburger Eisenbahn betraf, den der Chefarzt obiger Bahn, Dr. Worms, Vortragendem zur Begutachtung und Behandlung überwiesen hatte, bespricht Redner die traumatische Neurose. Er hätte dieses Vielen wohl schon zum Ueberdruss behandelte Thema nicht gewählt, wenn nicht in Landen, wie in unserem ein objectiveres Urtheil möglich wäre, da bei uns ein ähnliches Unfallversicherungsgesetz wie in Deutschland nicht existirt und eine wichtige Veranlassung zur Simulation fortfallt.

An dem vorgeführten Beispiele könne man das von Oppenheim beschriebene Symptomenbild in voller Klarheit sehen. Simulation sei nicht dabei, da Pat. nie Entschädigungsansprüche erhoben, da er nur den lebhaften Wunsch hatte gesund zu werden, da er das ganze Symptomenbild höchstens bei genauer Kenntniss hätte simuliren können, solche ihm aber seinem Bildungsgrade und der hiesigen Verhältnisse wegen absolut abginge.

Wenn auch Vortragender zugeben wolle, dass einige Symptome simulirt, andere übertrieben werden könnten, so halte er es für höchst unwahrscheinlich, dass der ganze Symptomencomplex simulirt werden könne. Auch sei es kaum denkbar, dass eine Einschränkung des Gesichtsfeldes, die ein hiesiger absolut ungebildeter Weichensteller bei der ersten Untersuchung

darbiete, nun genau so simulirt werden solle. wie sie in Deutschland und Frankreich gezeichnet werde.

Mit der Anästhesie verhalte es sich ähnlich; wenn man nach einigen nicht energischen Pinselungen eine Besserung resp. Wiederherstellung der Schmerzempfindung beobachte, so sei doch solches nie ein Beweis für Simulation, in analogen Symptomencomplexen finde man das Gleiche.

Weder sei der faradische Pinsel ein Mittel. mit dem man Simulation entlarven könne (Hoffmann) noch würde etwas damit bewiesen, dass man nachweise. dass jedes Symptom simulirt werden könne. (Wichmann).

Kein einziges Symptom sei für die traumatische Neurose charakteristisch, sondern die charakteristische Verknüpfung von Symptomen, die in anderen Krankheitsbildern auch vorkämen.

Weiter erörtert Vortragender die Frage. wie das Symptomenbild der traumatischen Neurose aufzufassen sei. Als Hysterie es aufzufassen wie Charcot es thue, sei misslich: die Hysterie wäre Vortragendem häufig als grosser Sack erschienen, in den alles mögliche Unbekannte hineingeworfen werde. Nach den in Anschluss an Herrn Mercklin's Vortrag «über Hypochondrie» vom Redner gegebenen Betrachtungen befinde man sich in Bezug auf die Oppenheim'sche traumatische Neurose vielleicht in ähnlicher Lage, wie bei der Neurasthenie.

Vollkommen normal veranlagte Männer können durch riesige Ueberbürdung mit Arbeit das reine Bild der Neurasthenie, der Uebermüdung darbieten, wie es Vortragender mehrmals beobachtet hat; die schädigende Ueberbürdung sei dann immer eine sehr gewaltige gewesen: man sei gezwungen diese Zustände als exogene Erkrankungen aufzufassen; die Symptome der «Nervosität» der Neurasthenischen, kämen ja bei Instabilen täglich zur Beobachtnng, wären somit als endogene Zustände aufzufassen. Der Schlüssel für den auf den ersten Blick erscheinenden Widerspruch liege in dem Unterschiede in der erworbenen, individuellen und angeerbten Entartung. — Lasègue habe gesagt, man könne auch von sich selbst erben; es sei doch sehr die Frage ob dieses richtig; es sei ein grosser Unterschied zwischen dem Zustande eines Trinkers und dessen degenerirten Nachkommen.

Derselbe Unterschied bestehe im Symptomenbild der Neurasthenie, den man an einem absolut nicht belasteten Individuum beobachtet, das sich lange stark überanstrengte, und den neurasthenischen Beschwerden, die ein belastetes Individuum zeigt, das nur sehr geringe Schädlichkeit erduldet oder auch garkeine.

Aehnliche Verhältnisse walten bei der traumatischen Neurose ob.

Weiteres Studium werde noch mehr Klarheit in die Sache bringen.

Zum Schluss erörtert Vortragender das Verhältniss der traumatischen Neurose zum Shok; es sei eine weitgehende Analogie vorhanden.

Groeningen schliesses ein vorzügliches Werk über den Shok mit der Bemerkung, dass es der Zukunft aufbewahrt bleibe für das Wort Shok «den die zu Grunde liegende Veränderung bezeichnenden Namen zu finden». Vortragender meint, man käme dem Verständnisse dieser dunklen Dinge näher, wenn man den Shok als acute traumatische Neurose bezeichne.

(Autorreferat).

Discussion:

Herr v. Bergmann-Riga: Chirurgischer Shok und traumatische Neurose sind nicht ohne Weiteres in Parallele zu stellen. Der chirurgische Shok folgt doch immer den schwersten Verletzungen, die traumatischen Neurosen betreffen in auffallender Weise vorherrschend leichte Verletzungen; der Shok wird sofort durch die Verletzung ausgelöst, die traumatischen Neurosen entwickeln sich allmählich.

Herr Zoege v. Manteuffel-Dorpat ist anderer Ansicht und stimmt Oppenheim bei, der gerade den Shok in ein gewisses Verhältniss zur traumatischen Neurose setzt. Redner könne nicht zugeben, dass sich Shok und traumatische Neurose so trennen lassen, indem man den einen durch ein grosses, die andere durch ein geringeres Trauma entstehen lasse. Die Neurose trete ebenso nach schweren wie der Shok nach leichten Traumen auf und grade protrahirte Fälle von Shok mit Tremor etc. bilden einen Uebergang zu beiden Formen der Nervenerschütterung. Der Goltz'sche Klopfversuch und jene wiederholten, namentlich rhythmischen Traumen, seien nach ihren aetiologischen Qualitäten nicht zu trennen.

Herr Dehio-Dorpat, macht darauf aufmerksam dass die factische Existenz derartiger nervöser Erkrankungen wie sie in neuerer Zeit als «traumatische Neurosen» beschrieben werden, wohl nicht geleugnet wird, und wohl auch kaum geleugnet werden kann. Wohl aber liegt die Thatsache vor, dass gegenwärtig in Deutschland bei der dort herrschenden publicistischen Oeffentlichkeit jeder Arbeiter mit dem Symptomencomplex der traumatischen Neurose vertraut ist, und dass daher die Simulation dieser Krankheit viel leichter ist und näher liegt als früher.

Die Vermuthung, dass ein grosser Theil der sog. traumatischen Neurosen, die zur ärztlichen Begutachtung kommen, simulirte Krankheiten sind, ist daher leicht zu verstehen; die Schwierigkeit besteht darin, dass die Simulation manchmal sehr schwer, vielleicht auch garnicht von einer echten wirklichen traumatischen Neurose unterschieden werden kann. Daher das Misstrauen der Aerzte gegen Jeden, der die in Rede stehenden Symptome angiebt, und daher das Suchen nach sog. «objectiven Zeichen» der traumatischen Neurose.

Herr Ed. Schwarz-Riga: Gegen die Ausführung des Collegen Bergmann ist anzuführen, dass man die Erscheinungen des Shoks von denen der traumatischen Neurose nach den Argumenten, die College Bergmann anführt, nicht trennen kann. Traumatische Neurosen kommen sowohl nach geringeren, als auch nach sehr gewaltigen Einwirkungen zu Stande. Andererseits kommen die Erscheinungen des chirurgischen Shoks mit tödtlichem Ausgang auch nach sehr geringen «Verletzungen» chirurgischer Natur vor. Man muss die Einwirkung, die wir Trauma nennen in ihre Factoren zerlegen. Meist ist mit dem körperlichen Trauma ein psychisches verbunden, oft ist dieses als das hauptsächlich wirkende anzusehen, und die Betheiligung dieses Factors ist in allen Fällen schwer zu beurtheilen. Als praegnantes Beispiel eines «Shoks», bei dem der somatische «Schlag» ein sehr geringfügiger, der psychische «Schlag» ein grosser, erzählt Redner die Geschichte des Portier's des Kings College in Aberdeen, welcher bei einer von Studirenden improvisirten Scheinhinrichtung durch den Schlag eines nassen Handtuches auf den Nacken sein Leben verlor.

Wie wenig Shok und traumatische Neurosen von einander

zu trennen sind, lässt sich an den localen nervösen Erscheinungen bei Verwundungen erkennen die von Pirogoff als Localtorpor, von Fischer als localer Shok bezeichnet werden und dieselben Symptome darbieten, wie sie sich bei den traumatischen Neurosen finden. Sie sind als Bindeglied zwischen beiden aufzufassen und erleichtern das Verständniss dieser schwer zu fassenden Störungen.

Was die Simulationsfrage anbelangt, so möchte Redner anführen, dass nervöse Störungen nach Traumen in Deutschland nicht geleugnet werden, dass man aber die Bezeichnung «traumatische Neurose» als specifisches Krankheitsbild bestreitet. Wenn Vortr. die traumatische Neurose auch nicht als eine selbstständige Krankheitsform, sondern als ein Syndrom aufgefasst wissen will, so hat doch dieses Symptomenbild etwas specifisches, den anderen Syndromen nicht zukommendes. Das Suchen nach untrüglichen Symptomen objectiver Natur ist ein müssiges, das Charakteristische liegt in der specifischen Verbindung von Symptomen, die bei vielen anderen Neurosen und nervösen Erkrankungen auch vorkommen.

Herr Mercklin — Riga hat in den letzten 10 Jahren eine Reihe von traumatischen Psychosen in der Anstalt Rothenberg beobachten können. Hierbei zeigte sich, dass allerdings ein kleiner Theil derselben (meist Fälle nach schwerer Kopfverletzung) etwas Besonderes an sich hatten, es wurden Krankheitsbilder der Art beobachtet, wie sie Wille (Arch. f. Ps. VIII) durch die Art des Erinnerungsdefectes und dessen Rückgang als typische charakterisirt hat. Eine zweite, grössere Gruppe zeigte in Symptomengruppirung und Verlauf nichts Abweichendes von Psychosen anderen Ursprungs.

Aehnlich verhält es sich auch mit den in Bezug auf die psychischen Symptome leichteren Fällen, die Schwarz im Auge hat. Wie Eisenlohr noch jüngst in einer Hamburger Discussion hervorgehoben hat, zeigt ein Theil der Neurosen nach Trauma ganz den von Oppenheim geschilderten Symptomencomplex, doch können häufig auch andere z. Th. leichtere nervöse Störungen dadurch verursacht werden, die sich in Nichts von gewöhnlicher, nicht traumatischer Neurasthenie unterscheiden. Nach psychischem und physischem Trauma kann also sehr Verschiedenartiges entstehen und es ist des-

halb nicht richtig, von einer specifischen traumatischen Neurose oder von traumatischem Irresein zu sprechen. Man kann nur im Plural von traumatischen Neurosen oder Psychosen reden. — Der Verdacht dass die Zahl der Simulanten eine grosse sei wird immer wieder dadurch belebt, dass es vielen durch Traumen nervenkrank Gewordenen eigenthümlich ist, die bestehenden Beschwerden zu übertreiben, zu aggraviren.

Aggravation und Simulation müssen aber streng auseinander gehalten werden.

Herr Ed. Schwarz schliesst sich seinem Vorredner vollkommen an. Dass durch Traumen die verschiedensten Dinge erzeugt werden können lehrt die tägliche Erfahrung; er möchte noch auf die localen Neurosen z. B. der Gelenke hinweisen, welche praktisch von der grössten Bedeutung sind.

Herr Truhart weist auf die Bedeutung der Gesichtsfeldeinschränkungen hin. Die auch von Oppenheim vertretene Anschauung, dass concentrische Gesichtseinschränkungen bei negativem ophthalmoscopischem Befunde als characteristisches objectives Kennzeichen für traumatische Neurose als solche anzusehen sei, werde in allerjüngster Zeit von vielen Autoren nicht getheilt. Man neige gegenwärtig mehr der Anschauung zu, dass durch den traumatischen Insult (resp. aber auch nur durch den heftigen Schreck allein) in den Fällen, bei welchen schon eine Disposition dazu vorhanden, «traumatische Hysterie» ausgelöst werde und dass die Gesichtsfeldeinschränkungen mehr als zufällige Theilerscheinungen aufzufassen seien. Sie kämen dann zur Beobachtung, wenn der reflexhemmende Einfluss des Centralorgans auf die Gefässnerven an und für sich abgeschwächt und in Folge dessen die locale Gefässerregbarkeit erhöht sei.

Durch den traumatischen Insult werde alsdann local Erweiterung der Gefässe (locale Reflexneurose) herbeigeführt, welche letztere die Sehnervenfasern drücken und vorübergehend, ohne dauernde trophische Störungen herbeizuführen, die centripetale Nervenleitung derselben erschweren oder aufheben. Manchmal von längerer Dauer schwinden solche Gesichtsfeldeinschränkungen bei Hysterischen häufig ebenso plötzlich, wie sie auftauchen. Da nun dieselben bei dem Syndrom der Hysterie fast ausnahmelos doppelseitig aufzutreten pflegen, so wäre es von Interesse zu erfahren, ob in dem von Dr.

Schwarz referirten Falle der traumatischen Neurose es sich um einseitige oder doppelseitige Gesichtsfeldeinengungen gehandelt habe.

Herr Schwarz: Die Gesichtsfeldeinschränkung entsprach dem bei Hysterie gewöhnlichen Typus und war auf beiden Augen gleich. Nach 14tägiger Behandlung mit dem faradischen Pinsel war das Gesichtsfeld um einige Grade weiter.

Herr Grabbe-Goldingen: Bei Frankl-Hochwart in Wien habe ich Gelegenheit gehabt, eine Reihe von traumatischen Neurosen zu untersuchen. Als objectives Symptom der traumatischen Neurosen kann man Gesichtsfeldeinschränkungen nicht ansehen. Letztere finden sich ausschliesslich bei den Formen, die unter dem Bilde der Hysterie einhergehen und zeigen dann ebenfalls eine Uebereinstimmung mit Störungen der Hautsensibilität. Wie Mercklin hervorhebt, verläuft ein Theil der traumatischen Neurosen unter dem Bilde der Neurasthenie und in den Fällen finden sich keine Gesichtsfeldeinschränkungen. Eine Untersuchung mit dem Chromatometer ergab stets dasselbe Resultat wie der Perimeter.

4. Herr Kiwull-Wenden demonstrirt die **electrische Durchleuchtung des Magens.**

5. Vortrag des Herrn Krüger-Dorpat: **«Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anaemie.»** (Der Vortrag ist in der St. Petersb. medic. Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion.

Herr Dehio-Dorpat: Es wäre interessant zu erfahren, ob bei den experimentell zu erzeugenden Anaemien, welche Herr Krüger im Auge hat, auch Normoblasten und Megaloblasten im Blute vorkommen, da diese Gebilde allein für den schweren, perniciösen Charakter der Erkrankung sprechen, während die Poikilocytose auch bei secundären Anaemien und Kachexien vorkommt, die nicht so bösartig sind. Was die Pathogenese der essentiellen und schweren Anaemien anbelangt, so ist für einen grossen Theil derselben anzunehmen, dass sie durch chemisch und toxisch wirkende Substanzen hervorgerufen werden, die zerstörend auf die Blutkörperchen wirken und aus dem Darm und vielleicht auch aus den übrigen Körpergeweben ins Blut resorbirt werden könnten. Eine genaue Kenntniss solcher Substanzen besitzen wir bis jetzt freilich

nicht, und daher lässt sich über die Provenienz und Entstehung derselben nichts Sicheres aussagen.

Herr Rosen-Neuenhof fragt an, ob Herr Krüger seine Theorie nur auf Fälle von eigentlicher essentieller Anaemie bezogen wissen will, oder auch auf die Fälle von anaemischen Zuständen bei Malariakachexie ausdehnt, oder ob er hier eine chemische Pathogenese durch Wirkung auf die rothen Blutkörperchen annimmt.

Herr Krüger: Die Anaemie bei Malariakachexie gehört nicht in die angeführte Gruppe; hier handelt es sich um eine Erkrankung der Milz selbst.

Die Ausführungen Herrn Dehios betreffend, erwähnt Vortr., dass reine Milzzellen im Stande sind, in der vorher durch andere Milzzellen entfärbten Haemoglobinlösung Blutfarbstoffe wieder aufzubauen. Das Auftreten von Megaloblasten spricht eher für, als gegen die vom Vortr. angeführte Hypothese, es erscheint secundär als gesteigerte Regeneration und Neubildung rother Blutkörperchen durch das Knochenmark.

6. Vortrag des Herrn Zoege v. Manteuffel-Dorpat: **«Ueber Rheumatismus».**

Eine Reihe von gleichartigen Erkrankungen der unteren Extremität, die unter der Diagnose Rheumatismus, Hysterie, Neuralgie, Gelenkleiden zur Beobachtung kamen, veranlassten Redner, bei der Analogie der Symptome dieser Fälle mit den Prodromalerscheinungen spontaner Gangraen jüngerer Leute, seine Aufmerksamkeit auf die Circulationsverhältnisse zu richten. Dabei fanden sich in der That stets Störungen im arteriellen System bis zur Pulslosigkeit.

Daneben auffallende Blässe der Füsse und locale Oedeme.

Immer entsprachen die gefundenen Circulationsstörungen in ihrer topographischen Vertheilung den subjectiven Beschwerden. Die zugehörigen pathol Veränderungen ergaben sich aus dem Befunde bei wegen arteriosclerotischer Gangraen amputirten Extremitäten.

Verengerung der Arterien durch Endothelwucherung, Gefässverschluss durch organisirte Thrombose bis in die Art. digitales seien die hauptsächlichsten Veränderungen, die sich hier fänden. Die Capillaren zeigten normales histologisches Verhalten. Diese pathologisch-anatomischen Bilder erklärten die Symptome bei der Erkrankung, Herabsetzung oder Feh-

len des Pulses, locale Oedeme, durch Verlangsamung des Blutstromes in den Capillaren. Wenn der Gewebstod als Schlussact den Rheumatikern erspart bleibe, so sei das wohl zurück zu führen auf eine geringere Schädigung der Collateralcirculation und der vis a tergo, des Herzens.

Die in Rede stehenden Erkrankungen fänden sich vorwiewiegend beim weiblichen Geschlecht, während wiederum die Gangraen hauptsächlich bei Männern vorkomme.

Die Symptome des Rheumatismus, der Arteriosclerose der unteren Extremitäten liessen dieses Leiden scharf umgrenzen gegenüber der Phlebosclerose, mit der jedoch wohl auch Combinationen vorkommen könnten. Irrthümer in der Diagnose seien in dem oben angeführten Sinne nur möglich, wenn man die Untersuchung der Circulationsverhältnisse vernachlässige.

Prophylaktisch seien als Schädlichkeiten alle jene Momente zu berücksichtigen, die nach Thoma die Elasticität der Gefässwand alteriren. Alcohol, Witterungswechsel etc., ebenso alle Schädigungen der Herzaction seien zu meiden. Bilden sich Thromben, was mit subjectiver Exacerbation und Oedemen einhergehe, so sei Ruhe und Hochlagerung nicht zu umgehen. Das Sitzen und Stehen müssen solche Kranke wegen der hier stattfindenden Belastung der Gefässwand meiden Zu empfehlen sei Gehen und Liegen. Direct warnen müsse Redner vor warmen Umschlägen, die diese Kranken garnicht vertragen und namentlich vor der hier so beliebten Massage, im Anschluss an welche sich sofort Verschlimmerung, ja erneute Thrombose zeige. Therapeutisch seien Nauheim und Kissingen zu empfehlen. Auch der Schlamm unserer baltischen Bäder empfehle sich in vielen Fällen.

Imitationen der oben erwähnten Soolbäder beeinflussten die Oberflächencirculation ebenfalls günstig, wenngleich sie natürlich lange nicht die Wirkung der Orginale zeigten. — —

(Autorreferat).

(Der Vortrag ist in extenso im Langenbeck'schen Archiv für klin. Chirurgie erschienen).

7. a) Vortrag des Herrn Dehio-Dorpat: **«Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten».**

In einer früheren Arbeit über Bradykardie (Petersb. medic. Wochenschr. 1892 Nr. 1) hat Redner nachgewiesen, dass die Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens, welche bei schwe-

ren organischen Erkrankungen des Herzens, besonders bei Aortenklappenaffectionen und bei Coronararteriensclerose beobachtet werden, als eine Ermattung des automatisch motorischen Apparats des Herzens aufgefasst werden müssen und nicht durch eine Erregung der die Herzthätigkeit verlangsamenden Vagusfasern bewirkt werden; denn wenn man in solchen Fällen durch eine subcutane Atropininjection die Vagusendigungen im Herzen lähmt, so lässt sich dadurch keine Beschleunigung der Herzfrequenz erzielen. Es war nun von Interesse auch diejenige Form der Bradykardie, welche als vorübergehende Störung zuweilen nach acuten fieberhaften Infectionskrankheiten zurückbleibt, und als Bradykardie der Reconvalescenten bekannt ist, nach derselben Richtung zu untersuchen. Dabei ist Redner zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Die Bradycardie der Reconvalescenten ist häufig mit grösseren oder geringeren Erscheinungen der Herzschwäche, elendem Puls, allgemeiner Prostration und mit Arhythmie der Herzthätigkeit verbunden. Durch geistige und körperliche Anstrengungen, (Kopfrechnen, Aufsitzen, Aufstehen), welche beim Gesunden nur eine geringe Beschleunigung der Herzthätigkeit bewirken, wird im Zustande der Bradykardie eine weit über das Normale hinausgehende Steigerung der Pulsfrequenz bewirkt. Das bradycardische Herz ist also abnorm erregbar und deshalb können wir die Bradycardie der Reconvalescenten als reizbare Schwäche des Herzens definiren.

2. durch Atropin wird die Bradykardie der Reconvalescenten wenig oder garnicht beeinflusst; sie beruht mithin nicht auf einer Erregung des Vagus, sondern ist cardialen Ursprungs. Die Ursache derselben muss in einer directen Schädigung des automatischen Bewegungsapparates des Herzens durch den vorhergegangenen infectiösen Krankheitsprocess gesucht werden.

3. Die Frage, ob anatomische Veränderungen des Herzens (Myocarditis?) der Reconvalescentenbradycardie zu Grunde liegen, oder ob es sich blos um giftige, das Herz afficirende Wirkungen und Nachwirkungen der specifischen Toxine handelt, die durch den infectiösen Krankheitsprocess erzeugt wurden, muss dahin gestellt bleiben, da bei der günstigen Prognose der Affection eine Entscheidung durch die anatomische Untersuchung des Herzens nicht erwartet werden kann.

(Autorreferat).

(Der Vortrag erscheint in anderer Form in der «Deutschen Zeitschrift für klinische Medicin»).

b) Herr Hampeln Riga, als Correferent.

(Der Vortrag ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion:

Herr Dehio: Wenn der Vorredner die Bradykardie der Reconvalescenten als eine «physiologische» bezeichnet, so kann das vielleicht auf die leichten Fälle ohne sonstigen Störungen passen, aber wohl nicht auf die schweren mit Symptomen der Herzschwäche verbundenen Fälle Anwendung finden.

Herr Hampeln constatirt zunächst mit Befriedigung, dass beide Vortragenden bei verschiedenem Ausgangspunkt zu dem gleichen Resultate von der Abwesenheit irgend welcher peripherer extracardialer Hemmungswirkungen gelangt seien.

In Betreff der Frage, ob die Bradycardie der Reconvalescenten physiologischer oder pathologischer Natur sei, hat er für einige Fälle letzteres zugestanden. Uebrigens sei zu bemerken, dass Herr Dehio den Begriff der Reconvalescenten-Bradycardie, und zwar ganz richtig, enger auffasse, als üblich sei und wie etwa seitens Riegel's und Grob's geschehe. Auch nach seiner Beobachtung ist die Bradykardie der Reconvalescenten im eigentlichen Sinne ein seltenes Symptom und wo sie vorkam, schien die Annahme berechtigt, es sei das erkrankte Individuum nach dieser Richtung veranlagt, wofür die Bradycardie im ganzen Krankheitsverlauf in einzelnen Fällen sprach.

Protokoll der III. Sitzung
des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 15. Sept 1892, 9½ Uhr Morgens.

1) Herr Kiwull-Wenden, demonstrirt ein von ihm operirtes Kind mit **Pes calcaneus**, bei dem ein amniotischer Strang zwischen der Spitze der grossen Zehe und dem Unterschenkel bestanden hat. Die Mutter giebt an, auffallend wenig Fruchtwasser bemerkt zu haben. Das Kind hat ausserdem vier Brust-

warzen, eine auffallende Asymmetrie des Thorax und unterhalb der Inguinalfalten eine ungewöhnlich starke Entwicklung des subcutanen Zellgewebes.

Derselbe legt der Versammlung Photographien eines Mannes mit **totalem Defect des Vorderarmes** vor. Eine 5 Cm. lange Knochenbrücke, welche in einem Winkel von c. 140° vom Humerus abgeht, verbindet denselben mit der etwas kleinen Hand, deren Muskulatur atrophisch ist. Trotz des Defectes schreibt Pat. eine gute Handschrift und hebt ein Pud.

Herr Zoege-Dorpat stellt einen von ihm **trepanirten Patienten** vor. Nach einer Verletzung der rechten Stirn (Impressionsfractur mit nachfolgender Extraction der Knochensplitter) traten typische Anfälle von Jacksonscher Epilepsie auf, welche vom linken Stirnfacialis ausgehend erst die linke, dann die rechte Körperhälfte ergriffen. Da status epilepticus drohte, wurde die trichterförmig eingezogene Narbe mit einem Stücke des Hirnes entfernt. Gleich nach der Operation der letzte epileptische Anfall, nach 24 Stunden maniakalische Exaltation.

(Der Fall wird veröffentlicht).

2) Herr Müller legt der Versammlung die **Pläne und Beschreibungen der Landkrankenhäuser** zu Rappel, Dago-Kertell und Merjama in Estland vor.

Herr Kusmanoff-Rappel fügt einige Worte zu dem hier demonscrirten Plane des Rappelschen Hospitales hinzu.

Auch macht er darauf aufmerksam, dass dem Hospitale dadurch, dass die Wärterin zu verschiedenen häuslichen Arbeiten verpflichtet werden kann, natürlich nur für die Zeit, wo sie mit Patienten nichts zu thun hat — Mittel erspart werden. So gelingt es, das Hospital in Rappel mit einer Zahlung von 15 Kop. pro Tag und einer Subsidie von 80 Rbl. jährlich zu unterhalten; es bestehen 6 Betten, welche im Jahre von ca. 40 Patienten benutzt werden.

3) Der Präses stellt die Proposition, die Versammlung möge jetzt endgültig entscheiden, ob der nächste Aerztetag zu Dorpat im Frühjahr oder im Herbste stattfinden solle. Nach längerer Discussion wird beschlossen, den Aerztetag Ende August resp. in der ersten Hälfte des Septembers stattfinden zu lassen, und die genauere Bestimmung des Termins dem Vorstande zu überlassen.

4) Vortrag des Herrn Dehio-Dorpat «**Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage**».

(Der Vortrag ist in der St. Petersb. medicin. Wochenschrift veröffentlicht).

Vortragender charakterisirt zunächst die Anschauungen, welche R. Koch auf Grund seiner grossartigen Entdeckung des Cholera-Bacillus und der biologischen Eigenschaften desselben über die Entstehung und Verbreitungsweise der Cholera aufgestellt hat. Am präcisesten hat er diese seine Ansichten auf den berühmten Conferenzen deutscher Mediciner und Epidemiologen zu Berlin in den Jahren 1884 und 1885 formulirt. — Vortragender setzt sodann den Gegensatz zwischen dieser modernen Koch'schen Lehre und den früheren, namentlich von Pettenkofer begründeten Theorien über die Entstehung der Cholera auseinander. In ihren Grundzügen hat jetzt wohl die Koch'sche Lehre, dass der Cholerabacillus in der That die Ursache und der Träger der Choleraerkrankung ist, vollkommene Anerkennung gefunden, wenngleich derselben auch jetzt noch heftige Gegner aus der Pettenkofer'schen Schule entgegenstehen. Die modernen Schutzmaasregeln gegen die Cholera basiren sämmtlich auf der Koch'schen Lehre. In einzelnen Punkten ist dieselbe jedoch noch erweiterungsfähig, wie die Untersuchungen Hüppe's lehren, welcher gezeigt hat, dass es biologische Wuchsformen des Cholerabacillus giebt, denen eine grössere Widerstandskraft gegen die ungünstigen Einflüsse der Aussenwelt eigen ist, als Koch sie bei seinem Kommabacillus zu finden glaubte. Die Möglichkeit, dass der Cholerapilz sich länger ausserhalb des Menschen und auch im Erdboden zu erhalten vermag als ursprünglich angenommen wurde, ist jetzt nicht mehr in Abrede zu stellen. Wir dürfen daher die von Pettenkofer so sehr urgirte Bedeutung der Bodenbeschaffenheit für die Entstehung der Epidemien nicht mehr so radical leugnen, wie das Koch gethan hat. Die Erfahrungen, die bei der diesjährigen schweren Epidemie in Hamburg gemacht worden sind, sprechen sehr dafür, dass solcher Boden, in dem das Grundwasser nur ein schwaches Gefälle hat und deshalb nur langsam wechselt und erneut wird, für die Einnistung der Epidemie besonders günstig ist.

Die Dorpater Epidemie von 1872, welche von Prof. Weyrich in der Dorpater medicinischen Zeitschrift eingehend ge-

schildert worden ist und deren Localisation vom Vortragenden an einem Plan von Dorpat demonstrirt wird, zeigt gleichfalls, dass die Cholera nur in solchen Stadtgegenden sich eingenistet hatte, die tief gelegen sind und den jährlichen Frühlingsüberschwemmungen des Embach ausgesetzt waren.

Natürlich darf man aber nicht einseitig nur die Bodenbeschaffenheit allein verantwortlich machen. Dass sonst noch tausend Verbreitungswege der Cholera bestehen können, hat ja Koch bewiesen, und unter diesen letzteren dürfte namentlich die Uebertragung des Cholerabacillus durch das Trink- und Nutzwasser eine Hauptrolle spielen. Dafür spricht die Infection mancher Ortschaften in der Bannmeile von Paris, sowie die Ausbreitung der Erkrankung in Petersburg, die in der heurigen Epidemie beobachtet worden ist und sich nur durch Verunreinigung der Kanäle und Flussläufe erklären lässt. Auch durch Verunreinigung von Wasserleitungen mit Cholerakeimen können sicherlich Massenerkrankungen verursacht werden. Ein Beispiel für diesen letzteren Modus der Krankheitsverbreitung bietet die letzte Epidemie in Reval (v. J. 1872), in der nur solche Personen erkrankten, welche das Wasser einer nur einen kleinen Theil versorgenden Leitung getrunken hatten. Alle übrigen Einwohner und Stadttheile, welche durch eine andere Wasserleitung versorgt wurden oder ihr Wasser aus Privatbrunnen bezogen, blieben gesund. Durch die sanitätsärztliche Untersuchung konnte überdies die Verunreinigung der inficirten Leitung direct nachgewiesen werden.

Discussion.

Herr Zoege meint, dass die topographische Verbreitung der Cholera in Dorpat nicht nothwendig im Sinne Pettenkofer's gedeutet werden müsse. Die Ueberschwemmung des Embach überfluthet auch die flachen Brunnen, so dass eine directe Infection derselben durch eventuell oberhalb in den Embach gebrachte Dejectionen wohl möglich sei.

Herr Mercklin: Auch er habe beim Anhören der Mittheilung Prof. Dehio's über die Dorpater Epidemie den Eindruck gehabt, dass die Beschuldigung der Bodenbeschaffenheit für die Localisation der Seuche auf die genannten Bezirke noch nicht genügend begründet sei. Davon könne man sprechen, nachdem die Wasserversorgung der Einwohner jener Stadttheile auf das genaueste untersucht und in aetiologischer Beziehung frei-

gesprochen sei. Bis dahin sei der Einwand noch berechtigt, dass vielleicht gerade in jenen Stadttheilen die Infection des Trink- und Gebrauchswassers leichter möglich war. Würde z. B. das Wasser des Malzmühlenteiches zu häuslichen Zwecken von den Umwohnern benutzt wie das früher wohl der Fall war, so erklärt sich die Propagation der Seuche in der Umgegend, vorausgesetzt, dass das Teichwasser einmal inficirt war.

Die gegenwärtig in Riga vorkommenden Cholerafälle lassen sich nach einer mündlichen Mittheilung von Dr. Heerwagen auf eine Infection durch Trinkwasser beziehen. Fast alle Fälle betreffen Arbeiter, die Dünawasser, besonders solches aus einem durch Dämme von der Strömung abgeschnittenen Theile des Flusses getrunken haben.

Herr Dehio antwortet auf die Einwürfe der Vorredner, dass die Art der Einschleppung der Epidemie in Dorpat wohlbekannt sei und dass die ersten Fälle sich nicht stromab sondern stromaufwärts verbreitet haben, sodass von einem Transport der Infectionsträger durch das Embachwasser nicht die Rede sein kann.

Wenngleich die Cholerabezirke Dorpats im Ueberschwemmungsgebiete der Stadt gelegen seien, so habe die Epidemie doch im Herbste stattgefunden, während die Ueberschwemmungen im Frühjahr vorkommen, wo von Cholera nicht die Rede sein konnte. Die Ueberschwemmungen können also nicht den Transport etwaiger Cholerabacillen auf dem Wasserwege vermittelt, sondern nur den Boden derart verändert haben, (ob durch stärkere Durchfeuchtung oder durch Ablagerung von Schlamm und sonstigen organischen Stoffen, bleibe dahingestellt) dass er für die Existenz, resp. die Vermehrung der mit den Choleradejectionen auf und in den Boden gelangten Kommabacillen günstigere Bedingungen bot als der Boden der höher gelegenen trockenen Stadttheile. Der in der Malzmühlenstrasse gelegene Cholerabezirk bezieht sein Trink- und Nutzwasser nicht aus dem Mühlenteich, sondern aus eignen Brunnen, die durch Grundwasser gespeist werden.

Herr Körber-Dorpat: In Dorpat hat sich die Cholera 1870, wie auch sonst beobachtet ist, in den relativ tiefer gelegenen Stadtvierteln verbreitet, also in den Theilen, wo sich das mit Abfallstoffen verunreinigte Abwasser sammelt und mit

eine Verunreinigung des Bodens mit organischen Stoffen bedingt. Die Brunnen in diesem Theil Dorpats werden gegenwärtig durch Herrn Wolosinsky bakteriologisch untersucht.

Aus dessen Zusammenstellung scheint hervorzugehen:

1) dass das Wasser in den Quartalen, wo die Cholera geherrscht hat, bakterienreicher ist, als in den höher gelegenen Stadttheilen.

2) dass in dicht nebeneinander gelegenen Grundstücken die Keimzahl in den Brunnen bedeutend abweichen kann.

3) In den meisten Fällen endlich scheint die Tiefe der Brunnensohle das entscheidende Moment zu sein.

In den schlechten Brunnen mit grosser Keimzahl steht der Wasserspiegel c. 1 Meter unter der Erdoberfläche, in den guten 4—5 Meter. Die Sohle der ersteren liegt im wasserführenden Sande unter dem Torf; bei letzteren ist der Brunnenschacht durch die darunterliegende undurchlässige Thonschicht bis zur nächstfolgenden wasserführenden Sandschicht getrieben und durch undurchlässige Fütterung des Brunnenschachtes dafür gesorgt, dass das Grundwasser der oberflächlichen Schichten seitlich nicht in den Brunnen gelangen kann.

Herr Rosen-Neuenhof: Bei der Choleraepidemie in Genua 1884 wurde nachgewiesen, dass die Erkrankungen nur im Gebiete einer Wasserleitung auftraten, die von einem inficirten Gebirgsbache gespeist wurde, sodass in diesem Falle die Bodenverhältnisse jedenfalls absolut keine Rolle haben spielen können.

Herr Dehio bemerkt zum Schluss, dass er die von Koch aufgedeckten und verfolgten Verbreitungswege der Cholera und die Möglichkeit der Verbreitung der Epidemie sowie die Uebertragung der Krankheit auf diesen Wegen gern anerkennt. Er will nur betont haben, dass neben diesen Verbreitungswegen auch die Bodenbeschaffenheit für die Existenz und die Vermehrung der Cholerabacillen, falls sie einmal in den Boden hineingelangt sind, von grösserer Wichtigkeit ist, als Koch ursprünglich angenommen hat.

Herr Petersen. M. H.! Ich möchte Ihnen kurz über die noch gegenwärtig in Petersburg herrschende Cholera-Epidemie berichten. Wenngleich ja erst nach Beendigung derselben sich ein richtiger Ueberblick geben lässt und die Mortalitätsver-

hältnisse festzustellen sind, so hat sich doch schon manches Lehrreiche ergeben, was der Erwähnung werth ist.

Im allgemeinen ist die Epidemie entschieden als milde anzusehen, dank den rechtzeitig ergriffenen umfassenden Sanitätsmassregeln.

Der erste sicher constatirte Fall ist bereits Mitte Juli vorgekommen und beweist, wie rechtzeitiges Isoliren wirksam ist. Derselbe hat nicht zur Verbreitung der Epidemie geführt, sondern erst ein gleichzeitiger oder etwas späterer, offenbar nicht zur Behandlung gekommener Fall. Beim ersten Fall handelte es sich um einen in die Reserve entlassenen Soldaten der gleichzeitig mit 6 andern aus Turkestan in die Heimath zurückkehrte und auf der Reise einen Tag im verseuchten Samara verbrachte; ca. 2 Tage darauf erkrankte er zwischen Moskau und Petersburg mit Erbrechen. Durchfall und Krämpfen, jedoch nicht hochgradig. In Petersburg wurde er sofort ins Semenow-Militairhospital gebracht, wo die Untersuchung der sehr übelriechenden, schwärzlichen (also nicht reiswasserähnlichen) Dejectionen die charakteristischen Kommabacillen nachwies, wie auch die von Dr. Besser hergestellten Culturen positiv ausfielen.

Die Seuche ist offenbar durch die Kanalsysteme aus der Wolga auf dem Wasserwege eingeschleppt. Die Erkrankungen kamen anfangs gerade an den Flussarmen vor.

Bis zum 1. September sind erkrankt 3210, gestorben 920, genesen 7572. Es hat sich wiederum erwiesen, wie an so vielen Orten, dass die Akme der Epidemie in der 3. Woche erreicht wird und dann die Abnahme erfolgt. Es scheint 2 Typen der Verbreitung der Cholera an einem Orte zu geben. Steigt die Epidemie rasch, so nimmt sie ebenso schnell wieder ab. Steigt sie langsam oder erhält sie sich auf einer geringen Höhe, dann dauert sie lange, wie z. B. jetzt in Kasan. Wenn man die Petersburger Erkrankungen nach Wochen ordnet, so erweist sich ebenfalls die Akme in der 3. Woche.

	Erkrankt.	genesen	gestorben.
I. Woche	486	83	83
II. „	666	312	190
III. „	911	389	291
IV. „	786	529	239

Bezüglich der Diagnose muss man sagen, dass eher zu viel, als zu wenig als Cholera gerechnet worden. Die Diagnose ist eben in leichten Fällen durchaus nicht leicht. Referent hat gerade zum Beginn der Epidemie selbst einen Pat. ins Hospital aufgenommen, der alle Erscheinungen der Cholera darbot und behauptete erst 24 Stunden krank zu sein. Die Section ergab Pylorus-Carcinom mit Durchbruch und Peritonitis.

Bezüglich der Therapie ist hervorzuheben. dass alle vorgeschlagenen Mittel, Hypodermoclyse, Enteroclyse. Creolin, Jodoform, Salol etc. versucht worden, jedoch den Erwartungen nicht entsprochen haben; Referent gewann den Eindruck, dass die schweren Fälle alle sterben, während man bei den leichteren mit den verschiedensten Mitteln Erfolg erzielt.

Die Hauptsache bleibt doch möglichst frühe Behandlung und Transferirung in's Hospital. Selbst unter guten Verhältnissen giebt die Krankheit in Privathäusern eine viel höhere Mortalität.

5) Vortrag des Herrn Körber-Dorpat: **Ueber Schultze'sche Schwingungen.**

(Der Vortrag ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift veröffentlicht).

In Anschluss an den Vortrag stellt Vortragender folgende Fragen zur Discussion:

1) «Wie häufig werden Schultze'sche Schwingungen von Hebammen resp. Aerzten auf dem Lande ausgeübt?

3. Sind Fälle von Verletzungen resp. Tod den Herren Collegen bekannt geworden?

3. Ist ausser Knochenverletzungen ein grosses Körpergewicht als eine Contraindication gegen die Anwendung Schultze'scher Schwingungen anzusehen, oder soll man nur als ultimum refugium zu denselben greifen, nachdem die übrigen Wiederbelebungsversuche zu keinem Resultat geführt haben?

Discussion.

Herr Stillmark-Helmet hat wohl einige Male Schwingungen ausgeführt, aus der Praxis der Hebammen sind ihm aber keine bekannt; auch sind bei uns auf dem Lande überhaupt fast garkeine Hebammen. Schlimme Zufälle hat er nicht beobachtet.

Herr Fischer-Sagnitz hat von einer Hebamme einige Male Schultze'sche Schwingungen mit gutem Erfolge ausführen sehen.

Herr Sadikoff: «Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen sind mir nicht bekannt. Hebammen selbst führen die Schwingungen nicht aus. Meinen persönlichen Erfahrungen nach kann ich nicht behaupten, dass grade die Schwingungen das Belebende gewesen sind, weil ich dabei stets kaltes und heisses Wasser angewandt habe.

Herr Meyer-Dorpat hält das Verfahren für das beste Mittel bei Asphyxie, welches sich in der Praxis weitaus am meisten eingebürgert hat. In einer nicht ganz kleinen Zahl von Fällen sah Meyer nie schlimme Folgen.

Herr Gäthgens-Wenden schliesst sich dem Vorredner an, ebenso

Herr Truhart, welcher in den letzten Jahren dieselben häufig und zwar nicht als ultimum refugium angewandt hat, und auch in seiner gerichtsärztlichen Praxis (c. 700 Sectionen) keine schlimmen Folgen, welche auf Schultze'sche Schwingungen zurückzuführen wären, gesehen hat.

b) Vortrag des Herrn Bergmann-Riga **«Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis»**.

(Der Vortrag ist in der St. Petersb. med. Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion:

Herr Hampeln-Riga: Nach seinen Erfahrungen und in Uebereinstimmung mit der neueren Auffassung besitzt die Typhlitis stercoralis als genuine Krankheit lange nicht die Bedeutung, welche man ihr bisher beizulegen geneigt war. In den meisten, überwiegenden Fällen dieser Art, handelt es sich, mit wenigen Ausnahmen, eben nicht um Typhlitis stercoralis, sondern um Erkrankung des Proc. vermiformis und Perityphlitis allein, oder erst mit secundärer Betheiligung des Typhlon in bekannter Form. Das Wesentliche bleibt aber immer die Erkrankung des Wurmfortsatzes.

Direct lässt sich dieses Praevaliren des Proc. vermiformis auch in diesen Fällen scheinbar einfacher Typhlitis freilich nicht erweisen, da die Kranken meist durchkommen, aber zu berücksichtigen ist doch, dass im Sectionsfalle sich fast immer Erkrankung des Proc. vermiformis findet. Sodann ist zu be-

rücksichtigen, dass diese eigenthümliche Darmerkrankung gerade nur an dieser Stelle auftritt, welche durch den Processus ausgezeichnet ist, während die Flexuren z. B. ganz ebenso geeigneten Boden dafür abgeben, während sie doch nur höchst ausnahmsweise in solcher Weise erkranken. Freilich ist nicht zu vergessen, dass das Typhlon die erste Station bildet und zuerst der Krankheitsgefahr ausgesetzt ist. Aber auch dieses Zugeständniss reicht nicht aus seine Ueberzeugung von der klinischen Bedeutungslosigkeit der Typhlitis zu erschüttern für die auch gewisse Verlaufsdifferenzen sprechen, langer fieberhafter Verlauf in einem Falle, rascher günstiger nach Beseitigung der Verstopfung im andern Falle; letztere Fälle bilden aber die Ausnahmen.

In Bezug auf die Behandlung der ausgebildeten Perityphlitis steht er ganz wie Bergmann, nur glaubt er vor der Untersuchung in der Chloroform-Narkose, ohne sie für unerlaubt zu halten, wenigstens warnen und auf die Gefahr traumatischer Ruptur von Adhaesionen und des Proc. vermiformis aufmerksam machen zu müssen.

Dahingegen scheint ihm die prophylaktische Beseitigung des Proc. vermiformis eine Frage von grosser Zukunft und Bedeutung. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Gegenwart eines erkrankten Proc. vermiformis stets eine grosse und zwar plötzlich auftretende Lebensgefahr bedeutet, die so gross ist, dass falls die prophylaktische Operation nur als gefahrlos bezeichnet werden kann, er unbedingt für diese eintreten würde.

Herr Lenz-Seswegen wendet sich gegen den Satz des Vortragenden «Jeder perityphlitische Abscess muss eröffnet werden» denn erstens lehrt die Erfahrung, dass grosse Abscesse z. B. peri- und parametritische, zur Aufsaugung gelangen, zweitens ist die Operation eine unsichere und involvirt grössere Gefahren als die Erkrankung selbst.

Jedenfalls würde er nur das zweizeitige Verfahren anempfehlen.

Herr Bergmann: Eine abwartende Therapie bei sicher diagnosticirtem Abscess wäre ein Rückschritt und ein Verlassen des alten chirurgischen Princips, den Eiter wo man ihn findet zu entleeren. Eine besondere Gefahr liegt in der Eröffnung nicht; findet man Darmschlingen vorgelagert, so

tamponirt man die Wunde nach der Bauchhöhle hin. In wenigen Tagen ist dann durch Adhaesionen die Bauchhöhle abgeschlossen und die secundäre Eröffnung kann gefahrlos vorgenommen werden.

7. Vortrag des Herrn Zoege von Manteuffel: «**Ueber die Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens**».

(Der Vortrag ist in Extenso in der St. Petersburger medicin. Wochenschrift veröffentlicht worden).

Es sei bei der Therapie der Abdominalverletzungen ein praeciser Standpunkt zu fordern. Die Hauptfragen seien:

1. ist das Peritoneum eröffnet?

2. ist der Darm nicht verletzt?

Die erste Frage sei im Kriege bei der Durchschlagskraft moderner Kriegswaffen leicht a priori zu beantworten. Nicht so im Frieden, wo dieser Factor wegfällt und ebenso wenig bei Schnitt und Stichwunden. Allerdings sei bei den Schnittwunden oft ein Eingeweide vorgefallen und dadurch die Ausdehnung der Verletzung sofort klargelegt. Schuss- und Stichwunden des Leibes seien in ihrer Ausdehnung oft schlechterdings nicht zu erkennen, wenn man von Gefässverletzungen absehe und nicht zu diagnostischen Hülfsmitteln greife. Als solche sei die «aseptische» Sonde empfohlen. Gegen dieselbe liesse sich dreierlei einwenden.

1. sie rege unter Umständen die Blutung wieder an.

2. sie könne den Darm verletzen und bei Verletzung desselben ominöse Peristaltik anregen — ausgetretenen Darminhalt verschieben.

3. sie könne in der Wunde sitzende Keime in die Tiefe stossen.

Gegen eine bis aufs Peritoneum dringende diagnostische Incision sei nichts einzuwenden. Die diagnostische Laparotomie käme nur im Hospital in Frage. Bevor wir uns hierzu entschliessen, hätten wir Statistik und Experiment zu befragen. Während die Schnittwunden ceteris paribus ziemlich gleiche Mortalitätsprocente aufwiesen, zeigten die Schussverletzungen bei Vertretern der conservativen Richtung und bei Interventionisten ganz verschiedene Prognose.

Amerikaner und Deutsche hielten sie an sich für fast absolut tödtlich und empfehlen unbedingt die Laparotomie, die Franzosen, namentlich Reclus expectatives Verhalten da hier-

bei mehr Kranke am Leben bleiben, auch bei sicher constatirter Complication. Dem widersprechen wiederum die Experimente. Diese zeigen stets complicirende Darmverletzung und ohne Operation Tod an Peritonitis.

Die Ansichten stehen sich unvermittelt gegenüber. Die Frage sei also noch nicht gelöst. Der Klinik verbliebe das Recht und die Aufgabe, die diagnostisch-therapeutische Laparotomie zu üben. Für den praktischen Arzt sei die Intervention nur absolut indicirt bei Blutung, klinisch constatirter Darmverletzung und Prolaps.

Das Netz will Redner resecirt wissen, sobald es mit Kleidern und Oberhaut des Kranken in Berührung kam, da es nach Reichel und gegen König nicht zu desinficiren ist. In dem Falle sei es lieber zu reseciren oder als Tampon in die Wunde zu fixiren.

Nie aber sei die Abdominalwunde durch Nähte zu schliessen. Im Gegentheil empfehle sich in allen Fällen Tamponade eventuell mit darüber angelegten Spannnäthen.

Es widerspräche chirurgischen Grundsätzen eine Wunde die nicht unter aseptischen Cautelen gesetzt sei als aseptisch anzusehen und demgemäss zu behandeln. Autorreferat.

8. Vortrag des Herrn Kiwull-Wenden: «**Behandlung von der Gangraen verdächtigen Hernien**».

(Der Vortrag ist in der St. Petersb. medicin. Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion.

Herr Bergmann: Einen wunden Punkt hat diese Behandlungsmethode auch: wann soll man nämlich den Darm reseciren und reponiren? — Nach 8 Tagen habe ich in einem Fall resecirt, weil die Kothpassage durch die vorgelagerte Schlinge nicht recht vor sich gehen wollte. Beim Lösen der Schlinge riss eine etwa 6—8 Zoll höher gelegene Stelle des Darmes ein, wo sich eine Perforation durch feste Adhaesionen mit dem parietalen Peritonaeum verlöthet hatte; der Darm musste hier längs genäht werden und sein Lumen wurde dadurch beträchtlich verengert. Der Tod erfolgte wegen einer noch höher oben gelegenen Perforation. Noch frühere Operationen geben schlechte Prognose wegen der weichen, schlaffen Beschaffenheit der ihren normalen Tonus verloren habenden Wand des zuführenden Darmes, auch dafür habe ich einen Beleg durch

einen letal verlaufenden Fall. Dass ich den Versuch gemacht die Anlegung eines Anus praeternaturalis zu umgehen, beruht darauf, dass mir fast alle Fälle mit Anus praeternaturalis zu Grunde gegangen sind. Allerdings handelte es sich um alte oder decrepide Individuen, welche meist an septischer Pneumonie oder Peritonitis zu Grunde gingen. Alle wurden spät eingebracht und waren zum Theil vorher irrationell behandelt worden.

Herr Kiwull: verweist auf die ungünstige Statistik: bei Anus praeternaturalis 80 pCt., bei primärer Resection 87,5 pCt. (nach Angaben aus der Kocher'schen Klinik). Er wendet sich nur gegen die Resection bei blossem Verdacht auf Gangraen, wie Miculicz vorschlägt.

Herr Zoege will nicht, wie Bergmann, bei Vorlagerung und Gangraen schon früh nachoperiren, sondern erst, wenn die Adhaesionen um den Anus praeternaturalis fest geworden seien. Mann müsse bedenken, dass Manipulationen, wie Naht bei der bestehenden Darmwanderkrankung innerhalb der ersten 14 Tage immer bedenklich seien, wie auch die Spontanperforationen zeigen.

Allerdings sei auch der spätere Schluss des Anus praeternaturalis nicht ungefährlich. Doch handle es sich darum den Kranken über die erste Klippe hinwegzuführen. Die Mortalitätsprocente, die aus der Kocher'schen Klinik und von Andern gegen den Spätschluss angeführt würden, seien von geringerem Werth, wenn man die Grundverschiedenheit der Fälle berücksichtige. Redner habe nur einen Fall unglücklich ausgehen sehen; er bevorzuge allerdings die ältere Methode der Anfrischung, was vielleicht auch von Bedeutung ist. Jedenfalls aber glaube er, dass für den praktischen Arzt Frühoperationen in dem von Bergmann angeführten Sinne nicht zu empfehlen seien, und wenn Mikulicz alle Hernien resecire so sei das weder in der Klinik, noch in der Praxis nachzuahmen.

9. Vortrag des Herrn Truhart-Fellin: «**Ueber Skiaskopie**».

(Der Vortrag wird demnächst in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Von den beiden Methoden der Refractionsbestimmung steht dem praktischen Arzte eigentlich nur die subjective Methode zur Verfügung, bei welcher mit Hülfe des Brillenkastens nach

den Angaben des Patienten die Brechkraft des Auges bestimmt wird, denn die Handhabung des Ophthalmoskops zu diesem Zweck erfordert ein Maass von Uebung, das nur dem Specialisten zu Gebote steht. Aber in manchen Fällen lässt diese letztere Methode auch in der Hand des Specialisten im Stich, (Nystagmus, hochgradige Myopie). Hier tritt die neuerdings in Frankreich ausgearbeitete Skiaskopie oder Schattenprobe ergänzend ein. Dieselbe bietet dem Specialisten die Vortheile grosser objectiver Sicherheit und allgemeiner Anwendbarkeit, dem Praktiker empfiehlt sie sich durch geringes Instrumentarium, leichte Erlernbarkeit und schnelle Ausführbarkeit. Vortragender erläutert an mehreren Tafeln die Gesetze der Dioptrik, auf welche sich das Verfahren stützt, und leitet aus denselben die dabei zur Beobachtung gelangenden hauptsächlichsten Phaenomene ab.

Wird mittelst eines durchbohrten Spiegels Licht in das auf die Ferne eingestellte Auge der zu untersuchenden Person geworfen, wobei der Beobachter durch die Spiegelöffnung hindurch die Pupille des Pat. fixirt, so zieht bei Drehung des Spiegels um eine beliebige Axe ein Schatten über die roth leuchtende Pupille hin, welcher sich gleichsinnig mit der Drehung des Spiegels bewegt, wenn der Fernpunkt des Auges hinter der Irisebene des Beobachters sich befindet, in entgegengesetzter Richtung, wenn er vor derselben liegt; fällt der Fernpunkt mit der Irisebene des Beobachters zusammen, so tritt plötzliche Verdunkelung der Pupille auf, während etwas weiter diesseits oder jenseits dieses Punktes der Schatten in entgegengesetzter Richtung sich bewegt (Stelle des Schattenwechsels). Zur Bestimmung des Grades der Refraction genügt es nun, denjenigen Abstand des Auges des Pat. vom Auge des Arztes zu messen, in welchem der Schattenwechsel auftritt, d. h. der Fernpunkt des Pat. sich befindet.

Liegt dieser Punkt zu nahe vom Auge des Pat. (hochgradige Myopie) oder zu weit (sehr geringe Myopie, Emmetropie, Hypermetropie), so verlegen wir denselben durch Vorhalten von Concav- resp. Convexgläsern in die passende Entfernung, worauf eine einfache Rechnung den Grad der Refraction ergiebt. Der Astigmatismus verräth sich meist schon dadurch, dass der Schatten nicht senkrecht zur Axe der Spiegeldrehung, sondern in einem mehr oder weniger spitzen Winkel zu der-

selben sich bewegt, wenn man nicht zufällig in einem Hauptmeridian prüft.

Zur Bestimmung des Astigmatismus genügt die Ausführung die Schattenprobe in den beiden Hauptmeridianen. Diese Methode ist also die einzige, welche uns eine objective Bestimmung des Gesammtastigmatismus eines Auges gestattet.

Zum Schluss weist Vortragender nochmals darauf hin, dass die Skiaskopie durch die Einfachheit ihrer Anwendung und ihre leichte Erlernbarkeit dem Arzte von grossem Nutzen sein kann, namentlich aber werde sie durch die schnelle und bequeme Ausführbarkeit bei objectiver Sicherheit unschätzbar für die Untersuchung vor der Wehrpflichtscommission.

Protokolle der IV Sitzung

des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 16. Sept. 1892, 3/4 10 Uhr Vormittags.

1. Die Versammlung beschliesst auf Antrag des Präses, die veröffentlichten Vorträge dem Protokoll in Separatabdrücken beizufügen.

2. a) Vortrag des Herrn A. Oehrn-Wendau: «**Zur Trachomstatistik in Livland**».

(Der Vortrag ist in der St. Petersburger med. Wochenschrift veröffentlicht).

In Anschluss an diesen Vortrag stellt Vortragender folgende Propositionen:

1. Da die Resultate der bisherigen Enquête noch sehr lückenhaft sind, indem sie etwa nur den 3. Theil Livlands umfassen, so wolle der Aerztetag die Anstellung einer nochmaligen allgemeinen livländischen Trachomenquête beschliessen und dieselbe einer dazu zu erwählenden Commission übertragen. Die Enquête solle sich auch über Est- und Kurland erstrecken.

2. Der Aerztetag möge gehörigen Ortes die Anstellung der Kirchspielsärzte als Schulärzte anregen, etwa mit der Verpflichtung, einmal jährlich die Schulen zu besuchen und für Behandlung aller Trachomkranken zu sorgen.

3. Der Aerztetag möge ein ständiges Comité ernennen, dessen Aufgabe es wäre, durch die Presse event. auch durch Brochüren und Flugblätter hygienische, diätetische, allgemeinpathologische und therapeutische Kenntnisse unter dem Volke zu verbreiten, und so den verbreiteten Vorurtheilen und abergläubischen Vorstellungen in medicinischen Fragen wirksamer als bisher möglich entgegenzutreten.

b) **Correferat** erstattet von Herrn H. Truhart-Fellin.

Bei der weiten Verbreitung des Trachoms unter unserer Landbevölkerung erscheint es nicht so ganz ungerechtfertigt, wenn dasselbe im Westen Europa's häufig als ein in den russischen Ostseeprovinzen «endemisches» Augenleiden gekennzeichnet wird. Die Thatsache, dass das Trachom zufolge der mannigfaltigen für das Sehorgan so sehr verderblichen Folgezustände nur zu oft selbst zu völliger Erblindung der mit ihm behafteten Personen führt, sowie der Umstand, dass dieses Augenleiden zufolge seiner contagiösen Natur bei ungehinderter Weiterverschleppung auch weit über die Grenzen unserer engeren Heimath hinaus ernste Gefahren in sich birgt, legt die Pflicht nahe, dass auch der livländische Aerztetag zur Trachomfrage Stellung nimmt und ernstlich die Schritte erwägt, welche geeignet erscheinen zu erfolgreichem Kampf gegen diesen Feind im eigenen Hause.

Von Erfolg kann aber ein Kampf nur gekrönt sein, wenn zunächst die wesentliche Vorbedingung erfüllt ist: die richtige Schätzung der Stärke des Gegners.

Es ist daher als überaus dankenswerth anzusehen, dass mein geehrter Herr Vorredner sich der grossen Mühwaltung unterzogen hat, durch eine diesbezügliche Enquête das Terrain zu recognosciren; um so dankenswerther seine fleissige Arbeit, da seit nahezu 3 Jahrzehnten umfassendere statistische Erhebungen über die Verbreitung des Trachoms nicht angestellt worden und die mannigfaltigen Schwierigkeiten zu bekannt sind, auf welche man beim Sammeln statistischer Daten selbst in Aerzte-

Kreisen unseres Landes auch heutigen Tages leider immer noch stösst.

Das von Oehrn gesammelte und zusammengestellte Material ist, wenn es auch nicht auf absolute Vollständigkeit Anspruch erheben kann, immerhin umfassend genug, um in anschaulicher Weise die Thatsache zu illustriren, dass trotz der culturellen Fortschritte und trotz der mit letzteren Hand in Hand gehenden Verbesserung der hygienischen Wohnungsverhältnisse die Verbreitung des Trachoms unter der Landbevölkerung immer noch eine erschreckend grosse ist, dass wie früher so auch jetzt die Esten weit mehr, wie die Letten zur Trachominfection disponirt sind, dass dem entsprechend im estnischen Theile Livlands ein weit stärkeres Prävalirendieser contagiösen Augenkrankheit zu Tage tritt und dass die Verbreitung des letzteren im Dörptschen, besonders im Fellin'schen Kreise ihren Höhepunkt in Livland erreicht.

Für die objective Richtigkeit dieser von Oehrn gemachten Schlussfolgerungen lässt sich auch auf anderem Wege gewonnenes Beweismaterial anführen und zwar an der Hand der Blindenstatistik, welche in geradezu überraschender Weise, wenigstens was den Dörptschen und Fellinschen Kreis anlangt, mit jenen übereinstimmt.

Es wird Sie daher, meine Herren, interessiren, die diesbezüglichen Daten zu erfahren.

Im Jahre 1886 wurde auf Veranlassung des unter dem Protectorat Ihrer Majestät der Kaiserin stehenden «Marienvereins zur Fürsorge für die Blinden» die erste Blindenzählung im Europäischen Russland ausgeführt und das gesammelte Material vom statistischen Centralbureau in Petersburg bearbeitet. In 50 Gouvernements, in Polen und im Kaukasus ergab die Zählung das Vorhandensein von 189872 Blinden.

Auf Livland entfielen 2635 Blinde; die kleinste absolute Blindenzahl hatte Astrachan mit nur 732 Blinden.

Die relative Blindenzahl schwankte zwischen dem Maximum 1 Blinder auf 238 Sehende in Kasan und dem Minimum 1 : 1429 in Bessarabien und Polen. Das Verhältniss der Blinden zu den Sehenden betrug in Livland 1 : 474; mithin ein ganz selten ungünstiges Verhältniss. Auf die einzelnen Kreise vertheilen

sich die Blinden in Livland in aufsteigender Reihenfolge folgendermaassen:

1.	Der Oeselsche	Kreis	163 Blinde.
2.	» Pernausche	»	163 »
3.	» Rigasche	»	186 »
4.	» Walksche	»	190 »
5.	» Wendensche	»	192 »
6.	» Werrosche	»	255 »
7.	» Wolmarsche	»	336 »
8.	» Fellinsche	»	350 »
9.	» Dörptsche	»	436 »
In allen Kreisen Livlands			2271 Blinde

(+ 364 Blinde in den Städten = 2635).

Unter den 9 Kreisen des Livländischen Gouvernements nimmt der Fellinsche Kreis nächst dem Dörptschen bezüglich der absoluten Blindenzahl die zweit-ungünstigste Stellung ein und was die relative Zahl der Blinden betrifft, so kann der Fellinsche Kreis nur mit Kasan, nur mit dem ungünstigsten Gouvernement des ganzen Europäischen Russlands, in welchem, wie oben angeführt, das Verhältniss der Blinden zu den Sehenden sich verhielt wie 1 : 238, verglichen werden; denn bei der Einwohnerzahl von nicht ein Mal voll 100,000 Einwohnern ergiebt sich bei 350 Blinden das Verhältniss von 1 : 285. Ich muss mich in meinem Correferat auf den Fellinschen Kreis beschränken, da mir detaillirte Daten aus den übrigen Kreisen nicht zur Hand sind, während ich im Fellinschen Kreise auf eine 20jährige eigene praktische Erfahrung zurückschaue. In meiner Stellung als Kreisarzt bin ich nur zu häufig in der Lage, Personen zu besichtigen, welche in Folge mangelhaft oder gar nicht behandelter Augenleiden halb oder ganz erblindet sind und dann in Grundlage meiner, ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigenden Zeugnisse ihren resp. Gemeinden zur Last fallen. Dass es sich hierbei aber nicht nur um Personen handelt, welche in hohem Alter stehen, sondern selbst um ganz junge Leute, deren Arbeitskraft ein für alle Mal verloren geht, dürfte aus der Thatsache hervorgehen, dass beispielsweise von den im letzten Jahre (1891) in der Fellinschen Wehrpflichtscommission für zum Militärdienst wegen körperlicher Leiden untauglich befundenen 170 jungen Leuten 12

Personen, also 7,05% wegen Blindheit, resp. wegen schwerer Augenleiden brakirt werden mussten: eine für dieses jugendliche Alter doch enorm hohe Zahl!

Aber nicht nur aus der Blindenstatistik, auch noch auf anderem Wege lassen sich Daten heranziehen, welche für die Richtigkeit der von Oehrn gemachten Schlussfolgerungen speciell für den Fellinschen Kreis, weiteres Zeugniss ablegen.

Aus den officiellen Jahresberichten der Aerzte, betreffend die von ihnen im Laufe des Jahres behandelten Kranken ist ersichtlich, dass die Augenkrankheiten im Fellinschen eine ganz prävalirende Rolle spielen; ja aus meinen der Medicinal-Abtheilung alljährlich einzureichenden kreisärztlichen Jahresrechenschaftsberichten geht hervor, dass unter den 21 in denselben aufgestellten Krankheitsgruppen die Augenleiden in jedem Jahre entweder die erste oder zweite Stelle einnehmen. Während des letzten Jahrzehnts von 1882 bis 1891 (incl.) wurden im Fellinschen Kreise insgesammt 62545 Kranke ärztlich behandelt, unter diesen sind 10825 Augenpatienten verzeichnet: es waren mithin 17,3 pCt., also ungefähr der 6. Theil aller Kranken augenleidend.

Dass es sich bei diesen Augenleiden vorwiegend um Trachom oder deren mannigfaltige Folgezustände handelt, ist jedem in unserem Kreise practisirenden Arzte wohlbekannt und nur zu oft habe ich im Verlauf von 17 Jahren von den zu der hiesigen Wehrpflichtscommission abdelegirten Militärärzten das Erstaunen über das häufige Vorkommen des Trachom hier zu Lande, sowie aber auch die Klage laut werden gehört, dass die aus den Osteeprovinzen stammenden Rekruten nicht nur die ganze Armee, sondern das ganze Reich allmählig mit dieser perniciösen Augenkrankheit inficiren würden.

Es ist Ihnen wohl bekannt, dass in den übrigen europäischen Staaten das Trachom wegen der grossen Ansteckungsgefahr, und der für das Sehorgan schwerwiegenden Folgen eo ipso von der Ableistung der Wehrpflicht dispensirt, während bei uns solches leider bisher noch nicht der Fall ist; denn laut den Instructionen für die Wehrpflichtsärzte (Lit. B. Punkt 7) sind die mit Trachom behafteten Rekruten zum Frontedienst, nur nicht für die Flotte zu empfangen. Es wäre eine dankenswerthe und für die Trachomstatistik in den Ostseeprovinzen sehr interessante Arbeit, wenn die Herren Wehrpflichtsärzte

alljährlich das Recrutenmaterial nach dieser Richtung einer sorgfältigen Prüfung unterwerfen würden. Im vorigen Jahre habe ich in der Fellinschen Wehrpflichtscommission meine Aufmerksamkeit darauf gelenkt und möchte beispielsweise hier anführen, dass abgesehen von den schon zu Anfang aufgezählten 7,05 pCt. der der Wehrpflicht unterliegenden jungen Leute, welche wegen Blindheit oder anderweitiger schwerer Augenleiden vollständig dienstuntauglich befunden wurden unter anderen im I. Canton, welcher als solcher und das Fellin-Köpposche und Gr. St. Johannis'sche Kirchspiel umfassend, dieses Mal 103 Recruten zu stellen hatte, von letzteren 28, also 27.18 pCt. mit Trachom behaftet waren.

Erwägen wir nun, dass in Familien, in welchen ein Glied an Trachom leidet, bei der unter den Bauern üblichen Lebensweise Niemand auf die Dauer verschont bleibt — und es gehört, wie ich solches aus eigenster Erfahrung weiss, nicht gerade nur zu den Einzelheiten, dass in ein und derselben Familie die Alten gänzlich erblindet, die jüngeren Familienglieder in hohem Grade schwachsichtig sind und die kleinen Kinder an trachomatöser Affection der Augenlider leiden, welche sie unter den bisher obwaltenden, mangelhaften, sanitären Verhältnissen, unfehlbar dem gleichen Schicksal entgegengeführt —, ziehen wir fernerhin in Betracht, dass alle Jahre von Neuem unsere jungen Soldaten den Infectionskeim in die denkbar verschiedensten Richtungen des Reichs hinaustragen, dann erscheint bei der erwiesenen Contagiosität des Leidens in der That die Furcht nicht unbegründet, dass durch das Zusammenleben in den Kasernen zunächst die Kameraden in der Armee angesteckt werden, diese wiederum den Krankheitsstoff auf ihre Familien übertragen und so allmählig die Krankheit im ganzen Reiche die weiteste Verbreitung findet.

Lediglich um die Stärke und Zähigkeit des in unserem eignen Lande sich eingenistet habenden Feindes festzustellen, bedarf es, wie mir erscheinen will, weiter nicht mehr trachomstatistischer Forschungen, Ihnen gegenüber aber, meine Herrn Collegen, bedarf es erst recht nicht noch weiterer Schilderung des Ernstes der Gefahr, welche die ungehinderte Weiterverschleppung dieser Krankheit mit sich bringt, noch auch in's Detail ausgeführter Illustration des Elends, welches das vernachlässigte Trachom nicht nur für den Einzelnen, sondern

für ganze Familien im Gefolge hat. Es erheischt vielmehr die Pflicht der hier versammelten Aerzte Livlands der gewordenen Erkenntniss entsprechenden Ausdruck zu verleihen und ernstlichst Maassnahmen in Erwägung zu ziehen, welche geeignet wären, dem unter unserer Landesbevölkerung herrschenden Elend zu steuern und der Weiterverschleppung dieses Leidens über die Grenzen des Landes hinaus Einhalt zu gebieten.

Bevor ich jedoch an die Besprechung dieser Frage herantrete, sei es mir zunächst gestattet, in Kürze noch die Momente hervorzuheben, welche der bemerkenswerthen Erscheinung zu Grunde liegen, dass in Uebereinstimmung der von Oehrn und mir angestellten Untersuchungen gerade der Fellinsche Kreis, dessen Einwohner bekanntlich keineswegs zu der materiell besonders ungünstig situirten Bevölkerung in Livland gehört, den wenig rühmlichen Vorrang besitzt, den grössten Procentsatz an Trachompatienten zu liefern. Es sind das meiner Ansicht nach folgende:

1. Der Fellinsche Kreis ist nahezu ausschliesslich von Esten bewohnt und letztere sind erfahrungsgemäss besonders zur Trachominfection disponirt.

2. Die weite Entfernung von den grossen Verkehrsadern und von den Centren der Provinz ermöglicht es nur in Einzelfällen den bemittelteren Bewohnern des Kreises sich einer andauernden, rationellen Behandlung in Kliniken zu unterziehen.

3. Der Mangel an Aerzten und Hospitälern speciell in unserem Kreise macht eine rationelle Therapie unmöglich; bei einer Bevölkerung von gegen 100,000 Einwohnern gab es bis vor 2 Jahren nur an zwei Orten Kirchspielsdoctorate.

4. Die zahlreichen im Fellinschen Kreise vorhandenen, jedoch jeglichen ärztlichen Beiraths oder schulärztlich-sanitärer Controle entbehrenden «landschen» Schulen liefern zufolge des Zusammenwohnens von Massen einen besonders fruchtbaren Boden für die Weiterverbreitung des Trachoms.

Was nun den Kampf gegen das Trachom anlangt, so könnte meines Erachtens ein rascher Erfolg und eine radicale Beseitigung der Gefahr der Weiterverbreitung nur erreicht werden, wenn das Uebel an der Wurzel gefasst wird und die competenten Organe vor tiefgreifenden und energischen Maass-

nahmen nicht zurückschrecken. Als solche wären aber zu bezeichnen:

1) die Exportirung eines Gesetzes. laut welchem mit Trachom behaftete Individuen überhaupt nicht zum Militärdienst angenommen werden dürften.

2) Die Gründung grosser Krankenanstalten auf Staatskosten behufs Internirung, Isolirung und Behandlung aller Trachomkranken.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so bin ich davon überzeugt, dass über kurz oder lang, sobald nur die thatsächlichen Verhältnisse in dieser Beziehung genügend bekannt sind, auch unsere Staatsregierung analog den übrigen Europäischen Staaten von sich aus ein dementsprechendes Gesetz erlassen wird. Die versammelten Aerzte ersuche ich durch Abstimmung im Princip bezüglich dieser Frage Stellung zu nehmen.

Der zweite Punkt hingegen ist bei der Massenverbreitung des Trachoms unter unserer Landbevölkerung auch abgesehen von allen übrigen, unüberwindlichen praktischen Schwierigkeiten schon wegen der ganz enormen und unerschwinglichen Kosten undurchführbar. Um so mehr verlangt es aber daher die Pflicht mit voller Energie und Opferfreudigkeit, wenn auch zunächst nur in kleinem Maassstabe den Kampf gegen diesen hartnäckigen Feind zu beginnen. Als geeignete Kampfesmittel wären zu bezeichnen:

1) Aufklärung des Landvolkes über das Wesen und die Gefahren des Trachoms und seiner Folgezustände durch populäre Abhandlungen in der Presse.

2. Vor allem eine rationelle Therapie des Trachoms in jedem einzelnen Falle. Da nun aber eine solche den neueren wissenschaftlichen Erfahrungen gemäss in frühzeitigem operativem Eingreifen, welchem eine andauernde vom Arzte selbst zu leitende locale Nachbehandlung zu folgen hat, besteht, so ist bei den bisherigen durchaus unzureichenden, sanitären Verhältnissen bei uns zu Lande, wo gehörig dahinzuwirken, dass

a) die Zahl der Landärzte, welche gleichzeitig obligatorisch verpflichtet wären als Schulärzte die Volksschulen einer sanitären Controle zu unterziehen, um ein Wesentliches vermehrt werde und

b) bei jedem Doctorate auf dem Lande zugleich auch ein kleines Hospital errichtet werde, damit den Aerzten die Mög-

lichkeit geboten würde, in wirksamerer Weise, wie bisher, gegen die Krankheit zu Felde zu ziehen.

Discussion.

Herr Lenz-Sesswegen: «Bevor zu der vom Vortragenden proponirten Trachomenqête geschritten wird, müsste eine Einigung über den Begriff des Trachoms erzielt werden, um die Differential-Diagnose zwischen Trachom, Conjunctivitis follicularis und chronischer Blennorrhoe stellen zu können».

Herr Mercklin schliesst sich Truhart darin an, dass der livl. Aerztetag nicht zu viel auf seine Schultern nehmen solle. So könne die Besorgung einer aufklärenden Literatur über Trachom etc. auch der privaten Initiative der Aerzte überlassen werden. Eine besondere Monatsschrift hierzu zu gründen würde sich kaum empfehlen, da sind die politischen Zeitungen lettischer und estnischer Sprache der richtige Ort hierzu. Hier müssen belehrende Artikel über Trachom, Lepra, Geisteskrankheiten u. s. w. veröffentlicht werden.

Auf Vorschlag des Präses wird die 1. und 3. Proposition Oehrns von der Versammlung abgelehnt, jedoch erklärt sich dieselbe bereit, jede private Bemühung in dieser Richtung ihrerseits unterstützen zu wollen.

Die 2. Proposition wird im Princip angenommen. Die Frage ob es wünschenswerth sei, dass Trachomkranke nicht zum Militärdienst zugelassen würden, wird einstimmig bejaht.

3. Vortrag des Herrn Otto—Dorpat:

«Ueber das perforirende Geschwür der knorpeligen Nasescheidewand». (Der Vortrag ist in der St. Petersburger med. Wochenschrift veröffentlicht).

4. Vorlage und Discussion der Anträge, vorgelegt von der vom II. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte niedergesetzten Commission der Hebammenfrage». (Referat v. Stryk—Riga).

Die Versammlung beschliesst, über jeden Punkt der Vorlage gesondert zu discutiren.

P. 1. Bei der Aufnahme in die Hebammenschulen möge das Schülerinnenmaterial eine strengere Sichtung erfahren, sowohl die moralische, als auch die körperliche Qualification betreffend. Die Function der Sinnesorgane, namentlich Gesicht und Gehör wäre zu prüfen, und als Altersgrenze für den Eintritt das 20. und 35. Lebensjahr zu proponiren».

Herr Knorre—Dorpat: Ueber die Moralität können die Hebammenschulen nur durch ein Zeugniss, das die Polizei ausstellt, etwas erfahren. Letzteres ist aber häufig lückenhaft und mangelhaft; daher müssten die Daten hierüber von anderer Seite geliefert werden, etwa von den Aerzten, unter denen die betreffenden Hebammen später zu arbeiten gedenken.

Die untere Altersgrenze ist durch ein Reichsgesetz schon auf 20 Jahre fixirt, mithin ist diese Proposition überflüssig.

Herr v. Stryk: Aus der praktischen Erfahrung ist es den Commissionsgliedern bekannt, dass öffentliche Dirnen nach kurzer Abwesenheit von Riga als geprüfte Hebammen sich niederlassen konnten. Ebenso praktisirten schon vor einigen Jahren Hebammen, die das 20. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten.

Herr Sadikoff kann in Betreff der Frage über die Sittlichkeit der Hebammen mittheilen, dass nach dem für Kurland bestehenden Hebammengesetz die Candidatinnen von den betreffenden Gemeinden selbst gewählt werden und dem Kreisarzt vorgestellt werden, welchem auch das Recht zusteht, die Candidatinnen nicht zu acceptiren. Dadurch scheinen alle Bedenken hinfällig zu sein, da die Gemeinde, welche für die Ausbildung der Hebamme zahlt, auch die Candidatinnen, deren gewöhnlich recht viele sind, gewiss genau kennt und sicher die Besten sich aussuchen wird.

Herr Knorre bestätigt auf die Anfrage Katterfeldts, dass die Hebammenschülerin bei ihrer Aufnahme an der Dorpater Klinik ein Zeugniss über ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen, wie speciell über die Leistungsfähigkeit der Augen beizubringen hat.

Der Punkt 1 wird in der Fassung der Commission angenommen.

P. 2. Die Hebammenschulen mögen durch verlängerte Lehrzeit auf gründlichere Ausbildung ihrer Zöglinge namentlich im aseptischen Verfahren und der äusseren Untersuchung hinwirken.

Herr Katterfeldt weist darauf hin, dass die Unterrichtszeit für Landhebammen in Kurland, welche gesetzlich nur 6 Wochen beträgt, ohne dass besondere Verfügungen erlassen seien auf ein Jahr ausgedehnt wird.

P. 2 wird angenommen.

P. 3. Es möge für den estnischen Theil Livlands

eine Schule für «Landhebammen» ins Leben gerufen werden, wie eine solche in Kurland besteht.

Herr Kessler erwähnt, dass für den estnischen Theil Livlands in den 70-ger Jahren wiederholt in der Dorpater Universitätsentbindungsanstalt Bäuerinnen durch die Anstaltshebamme ausgebildet worden sind; dieselben sind vom Landvolk so wenig benutzt worden, dass weiterhin keine derartigen Schülerinnen mehr sich eingefunden haben.

Herr Katterfeldt: Im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte hat unser Landvolk sich doch wesentlich verändert. Vieles kann jetzt durchgesetzt werden, was früher undenkbar war. In Kurland wird die Mehrzahl der Geburten von Hebammen geleitet und was in Kurland möglich ist, wird sich in Livland auch erreichen lassen.

Herr Vierhuff kann den Ausführungen Katterfeldts nicht beistimmen, und führt entgegengesetzte Erfahrungen an.

P. 3 wird angenommen.

P. 4. In Livland mögen, wie es in Kurland seit längerer Zeit geschieht, die Landgemeinden, resp. Güter verpflichtet werden Landhebammen anzustellen.

Herr Fischer hält es nicht für möglich, dass jede Gemeinde eine Hebamme anstellt, da manche Gemeinden zu arm sind, praktischer wäre es, nach der Einwohnerzahl die Hebammen zu vertheilen, d. h. event. eine Hebamme für mehrere Gemeinden zu wählen.

Herr Katterfeldt: Einige Collegen berufen sich darauf, dass die Hebammen vom Volk nicht benutzt werden. Das Volk muss aber erst an die Hebammen gewöhnt werden. Gewöhnt es sich nicht an sie, so liegt die Schuld meist am Arzt, der nicht müde werden sollte, zu ermahnen und aufzuklären.

Herr Wagner: Der Einwurf, die Hebamme auf dem Lande habe nichts zu thun, ist zurückzuweisen. Der Arzt hat unbedingt die Anwesenheit einer solchen zu verlangen und wird solches gewiss erreichen. Die Stellung derselben muss unabhängig sein, so dass dieselbe nicht auf ihre Praxis angewiesen ist. In Kurland wenden sich jetzt wohl die meisten an die Hebammen und verschwinden die «weisen» Frauen immer mehr, was wohl am meisten den Aerzten zu danken ist, die immer auf die Anwesenheit einer Hebamme dringen.

Herr Fischer: Der Arzt kann im gegebenen Falle nicht

erst nach einer Hebamme schicken, sondern muss gleich selbst hin. Die Hebammen klagen viel darüber, dass sie nicht bestehen können.

Herr Sadikoff: Im Talsen'schen Kreise Kurlands waren vor 2 Jahren von 1400 Geburten 720 durch Hebammen empfangen. Aus diesem Resultate geht zur Genüge hervor, dass die Landbevölkerung dazu gebracht werden kann, bei Geburten Hebammen zu brauchen.

Herr Vierhuff: Es ist nicht der Fall, dass überall in Kurland die Mehrzahl der Geburten von geschulten Hebammen geleitet werden; sie werden meist hinzugezogen, wenn sich die Geburt in die Länge zieht. — In Bezug auf den Einfluss der Aerzte ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die Aerzte auf dem Lande meist nur in einem geringen Procentsatz der Geburten zu Rathe gezogen werden, daher nur selten darauf dringen können, dass eine Hebamme hinzugezogen wird.

Herr Kessler bittet um Belege für die Existenzmöglichkeit für Landhebammen. Nach dem, was ihm bekannt geworden sind die Fixa sowohl, als auch die Einnahmen aus der Praxis bisher durchaus ungenügend.

Herr Wagner: In Kurland erhält eine Landhebamme laut Gesetz 50 Rbl. baar, Wohnung und Deputat, also einen ihrer Lebensweise entsprechenden Lohn.

Herr Truhart proponirt den Punkt in folgender Fassung anzunehmen:

«In Livland möge, wie es in Kurland seit langer Zeit geschieht, wenigstens jedes Kirchspiel, nach Möglichkeit jede Gemeinde eine Landhebamme anstellen.

P. 4 wird in dieser Fassung angenommen,

P. 5. An den Hebammenschulen mögen facultative unentgeltliche Repetitionscurse eröffnet werden.

Herr Lenz: Bei einer Betheiligung der Hebamme an einem Repititionscursus muss sie ihre Thätigkeit unterbrechen, was mit vielen Misslichkeiten verbunden ist. Er proponire daher, dass die betreffenden Kirchspielsärzte mit der Abhaltung der Repetitionscurse betraut würden.

Herr Katterfeldt: Wichtig ist die Ausbildung der Hebammen in der Asepsis; diese lässt sich aber nur in guten Hospitälern lernen. Gute Hospitäler existiren aber nicht in jedem

Kirchspiel. Ferner gehört zum Unterricht der Hebammen doch auch eine besondere Begabung und Uebung. Diese Eigenschaften lassen sich nicht bei jedem Kirchspielsarzte voraussetzen und es erscheint daher als durchaus zweckmässig hier zu centralisiren und die Repetitionscurse den Hebammenschulen zu überweisen.

P. 5 wird angenommen.

P. 6. Der Verein möge sich bemühen, die der Gründung von Hebammenvereinen entgegenstehenden Hindernisse aus dem Wege zu räumen.

Herr Kessler bittet den Aerztetag sich nach Möglichkeit für das Zustandekommen der für die Fortbildung der Hebammen voraussichtlich ausserordentlich nützlichen Hebammenvereine zu interessiren resp. die Erlaubniss zur Constituirung solcher erwirken zu wollen.

Herr Truhart proponirt folgende Fassung:

«Die Constituirung von Hebammenvereinen ist bei dem vorhandenen Bedürfniss nach solchen zu unterstützen.»

P. 6 wird in dieser Fassung angenommen.

P. 7. Der Aerztetag wolle beschliessen, die in «Prawitelstwennuy Westnik» 1887, Nr. 111—113 veröffentlichten «Verhaltungsmaassregeln für Hebammen bei der Beschickung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen» in den vier landes-üblichen Sprachen drucken und an die Hebammen unentgeltlich vertheilen zu lassen, eventuell dieselben auszugsweise in Form eines Anhanges zu einem im Auftrage der Gesellschaft herauszugebenden Hebammenkalender erscheinen zu lassen.

Nach Verlesung der angeführten Verhaltungsmaassregeln etc. beschliesst die Versammlung, dieselben auszugsweise in einem in vier Sprachen herauszugebenden Hebammenkalender drucken zu lassen.

Herr J. Meyer—Dorpat erbietet sich, die Herausgabe des Hebammenkalenders zu übernehmen.

P. 7 wird angenommen und Herr J. Meyer—Dorpat mit der Herausgabe des Hebammenkalenders betraut.

In Anbetracht der Wichtigkeit der Hebammenfrage be-

schliesst die Versammlung, einen besonderen motivirten Bericht über die einschlägigen Verhandlungen der Medicinalverwaltung vorzustellen.

Mit der Ausarbeitung dieses Berichtes wird Herr Hach-Riga betraut.

Zum Schluss wird den Gliedern der Commission zur Berathung der Hebammenfrage der Dank der Versammlung für ihre Bemühungen votirt.

5. Vortrag des Herrn F. Krüger Dorpat: «**Zur Frage über die Ernährung des Säuglings.**

(Der Vortrag ist in der St. Petersburger med. Wochenschrift veröffentlicht).

6. a) Vortrag des Herrn N. v. Stryk Riga: «**Ueber die Behandlung der normalen Geburt.**»

Durch den immer mehr zunehmenden löblichen Gebrauch, schon vor der Geburt sich ärztliche Hülfe zu sichern, ist dem Geburtshelfer meist die Möglichkeit gegeben, frühzeitig seine Massregeln zu treffen. Beckenmessung, äussere und innere Untersuchung der Schwangeren lassen die Chancen der Geburt abwägen; durch zweckmässige Einrichtung des Kreisszimmers Beschaffung der erforderlichen Pflegeapparate und der Desinfectionsmittel, sowie die Hautpflege der Schwangeren selbst durch Bäder wird der Erzielung möglichster Asepsis bei der Geburt vorgearbeitet.

Am Kreissbett muss sich immer der Arzt bewusst bleiben, dass er hier die volle Verantwortung trägt, daher strenge Controlle der Hebamme, namentlich in Bezug auf Asepsis, daher auch das Recht, ja die Pflicht, eine ungeeignet scheinende Hebamme durch eine andere zu ersetzen. Zur Beurtheilung des Standes und der Prognose der normalen Geburt genügt vollkommen die äusserliche Untersuchung.

Kehrer gestattet bei physiologischer Geburt eine dreimalige innere Untersuchung, bei syphilitischen Gebärenden kommt er aber ohne jede Exploration aus!

Die gründliche Desinfection der Hände, event. des ganzen Körpers, und der Instrumente des Arztes hat nach den allgemein üblichen Desinfectionsvorschriften zu erfolgen. Derselben Reinigung sind Genitalien und Umgebung derselben bei der Kreissenden zu unterziehen. Im Vaginalsecret hat Winter bei 50 pCt. der Untersuchten Strepto- und Staphylococcen ge-

funden; die Möglichkeit einer Selbstinfection läge also vor und damit die Nothwendigkeit einer Desinfection, auch der Vagina. In der Praxis verhält es sich aber anders. Der gesunde, in allen Functionen normale Organismus ist als immun gegen die Mikroorganismen zu betrachten, indem er dieselben durch seine Lebensfunctionen tödtet, resp. ihr Eindringen durch den Strom der Se- und Excrete verhindert. Bei den Bemühungen durch Ausspülung und Ausreibung die Vagina zu desinficiren, wird die Schleimhaut derselben verletzt, im besten Falle nur des sie schützenden Schleimes beraubt, welcher aber bei der Geburt eine wichtige Aufgabe zu erfüllen hat. Also keine Ausspülung.

Bei einer normalen Geburt hat weder die Hand des Geburtshelfers, noch irgend ein Instrument den Introitus zu überschreiten.

Ueber den Schutz des Dammes ist schon auf dem vorigen Aerztetag berichtet worden.

Für die Nachgeburtsperiode ist nur der Credé'sche Handgriff zu erwähnen, welcher neuerdings von vielen Seiten angegriffen wird. Nur Blutung sollte ein actives Vorgehen rechtfertigen. Damit ist man sicher zu weit gegangen. Ein intermittirendes, sanftes Reiben, ja eine kleine Nachhülfe von den Bauchdecken aus auf dem Höhepunkt der Wehe hat sicher keine schädlichen Folgen.

b) Herr Kessler-Dorpat (als **Correferent**) betont zunächst die praktische Wichtigkeit des in Rede stehenden Themas, unter Hinweis darauf, dass von der richtigen oder falschen Leitung der Geburt, der Wochenbettverlauf direkt abhängig sei; mit letzterem aber stehe es zur Zeit noch schlecht; es sterben immer noch 40—50 mal so viel Mütter im Wochenbett als eigentlich sterben dürften.

Da die wesentliche Ursache der hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer nach Geburten die Infection der von aussen in die Genitalien hineingelangten Mikroorganismen ist, so muss auf die Vermeidung resp Ausschliessung dieser bei der Leitung der Geburt das Haupt-Augenmerk gerichtet sein. Darüber sind Alle einig. Auf 2 verschiedenen Wegen wird dieses Ziel zu erreichen gesucht.

Von den Einen, durch Unterlassung jeglicher Berührung oder Manipulation an den inneren Genitalien intra et post

partum; eine innere Untersuchung dürfe nur auf ganz strict für jede Geburtsperiode aufgestellte Indicationen (detaillirte Aufzählung derselben) hin und dann nur unter peinlichster Asepsis, vorgenommen werden; in der Regel genüge bei gehöriger Uebung die äussere Untersuchung. Dies Verfahren sei in der Praxis durchführbar, die Resultate gut (u. A. Veit-Berlin).

Die Anderen verwerfen eine derartige Beschränkung der inneren Untersuchung und betonen die Nothwendigkeit reichlicher Einübung derselben einerseits, ihre Unschädlichkeit andererseits sobald nur die prophylaktische Desinfection des Genitalcanals in ausreichender Weise vorhergeschickt werde; Hofmeyer hat dabei glänzende Resultate bezüglich des Wochenbettverlaufs erzielt trotz weitestgehender Verwendung seines klinischen Materials zur Einübung der inneren Untersuchung durch Studenten, Hebammen, Examinanden und Feriencursisten (statist. Angaben). Die prophylaktische Desinfection des Genitalcanals entspräche durchaus den allgemein anerkannten chirurgischen Grundsätzen und werde ausserdem in schwierigen und namentlich operativen Fällen von jedem Geburtshelfer in derselben Weise angewandt, wie von ihm vor jeder inneren Untersuchung; warum soll ein Verfahren, welches nach allgemeiner Erfahrung in schweren Fällen Ausgezeichnetes leistet in leichten und einfachen verwerflich sein?! (Hofmeyer-Würzburg).

Welche dieser beiden empfohlenen Methoden sollen wir wählen?

Die zuerst genannte ist die einfachere; erzielt man mit ihr befriedigende Resultate, so kann die Frage nur sein: ist die zweite nothwendig? — — —

Das Scheidensecret Schwangerer und Gebärender enthält immer Mikroorganismen in grosser Menge, pathogene nach Döderlein's Untersuchungen aber nur in ca. 46 pCt. seines klinischen Materials; davon nur in 9,2 pCt. Sepsis erzeugende Streptococcen. 9,2 pCt. riskiren also event. auch bei spontanem Geburtsverlauf auch ohne innerlich untersucht worden zu sein, die schwersten Formen puerperaler Erkrankung (Angabe der verschiedenen Möglichkeiten der «Selbstinfection»). Die übrigen 46 minus 9,2 pCt. mit pathologischem (Staphylococcen- etc. haltigen) Vaginalsecret veranlassten entzündliche Processe

von den Wunden des Genitalcanals aus, und nur die 55,3 pCt. mit «normalem Scheidensecret» haben bei Unberührtbleiben der inn. Genit. inter partum die Sicherheit normalen Wochenbettverlaufs. — —

Nimmt man noch dazu, dass das normale und das pathol. Scheidensecret auch schon makroskopisch sich unterscheiden lasse (Charakterisirung beider nach Döderlein), so kann es nur rationell erscheinen, wo letzteres sich findet, stets sofort prophylaktisch zu desinficiren, für die Privatpraxis ist dies indess zu widerrathen; denn erstens werden im Privathaus jene Procentzahlen aus naheliegenden Gründen sich viel günstiger gestalten, als in dem von Döderlein ausschliesslich benutzten Anstaltsmaterial; zweitens ist die Möglichkeit einer Abschwächung der Virulenz der im pathol. Secret enthaltenen pathogenen Keime, durch welche letztere sehr an Gefährlichkeit für die resp. Gebärenden verlieren, zu Gunsten des exspectativen Verhaltens mit in Rechnung zu ziehen; drittens wird im Privathause in vielen Fällen die exacte Durchführung und die erforderl. öftere Wiederholung der Desinfection auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. (Döderlein).

Daraus ergiebt sich als Regel für die Leitung der normalen resp. spontan verlaufenden Geburt in der Privatpraxis: prophylaktische Desinfection (aber auch diese dann ganz exact und energisch) nur bei sicher als pathologisch erkanntem Scheidensecret, namentlich wenn ein protrahirterer Geburtsverlauf zu erwarten steht; in allen anderen Fällen möglichste Unterlassung jeder vaginalen Manipulation resp. inneren Untersuchung.

Mit letzterem Verfahren werden die Aerzte auch den Hebammen das in dieser Beziehung so nothwendige gute Beispiel und Vorbild geben. (Autorreferat.)

c. Herr J. Meyer (als **Correferent**): kann sich den alle wichtigen Punkte der Frage berührenden Ausführungen seiner Vorredner in vollem Umfange anschliessen und hat nicht viel zu denselben hinzuzufügen. Er weist darauf hin, dass der Aerztetag durch Behandlung der Hebammenfrage sein Interesse dem wichtigsten, die Therapie der normalen Geburt betreffenden Gegenstand bereits zugewandt hat. Die soeben acceptirten Anträge der Commission wären geeignet eine Verbesserung des Hebammenstandes herbeizuführen, und namentlich die Begrün-

dung einer estnischen Hebammenschule wäre von durchschlagender praktischer Bedeutung.

Redner halte es für seine Pflicht, an diesem Orte darauf hinzuweisen, dass in erster Linie von den Aerzten und deren Verhalten den Hebammen gegenüber die Leistungsfähigkeit letzterer abhängig sei. Wenn die Hebamme nichts leiste, so schlage der Arzt sich an die Brust, und suche nicht nur durch gutes Beispiel, sondern auch durch Belehrung und Aufmunterung namentlich die Handhabung der Antiseptik in den Händen der Hebammen auf ein besseres Niveau zu heben. So werde am erfolgreichsten für die Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen gesorgt!

Meyer formulirt seinen Standpunkt in der viel umstrittenen Frage über Zulässigkeit der inneren Untersuchung folgendermaassen. In der Stadt, wo der Arzt stets zu erreichen ist oder gar selbst die Geburt leitet, soll die innere Untersuchung den Hebammen nur auf die vom Vorredner gezeigten Indicationen hin gestattet werden.

Auf dem flachen Lande jedoch soll die Hebamme, um rechtzeitig zu einem möglichst sicheren Untersuchungsresultate zu kommen, die innere Untersuchung unter allen Cautelen nur einmal, aber gründlich ausführen.

Eine Desinfection der Vagina, wie Steffeck sie empfahl, in der Praxis durchzuführen ist nicht zu empfehlen, weil die Technik der Desinfection keine ganz einfache ist und nur von geübten Händen zweckentsprechend ausgeführt werden kann. Ebenso ist das Rasiren der Pubes, so nothwendig es wäre für aseptische Leitung der Geburt und für die Aseptik des Wochenbettes, heute aus Achtung vor dem Schamgefühl noch nicht durchzuführen.

Redner erinnert ferner daran, dass die an kreissenden narkotisirten Frauen ausgeführten Druckmessungen eine directe Herabsetzung der Energie der Wehen durch die Chloroformnarkose beweisen, somit dieses Mittel bei der normalen Geburt nur angewandt werden darf, sobald in einer Verzögerung der Geburt absolut keine Gefahr zu sehen sei. — Die Hypnose sei in der Praxis kaum durchzuführen, schon wegen der Nothwendigkeit, vorher durch eine Reihe von Sitzungen den genügenden Grad der Hypnose erzielen zu können.

(Autorreferat).

7) Der Präses theilt der Versammlung mit, dass die constituirende Generalversammlung der «Pensionskasse für Wittwen und minderjährige Waisen des livländischen Gouvernements» nicht stattfinden könne, da sich statt der vom Statut verlangten 100 nur ca. 30 Mitglieder gemeldet hätten.

Er proponirt daher um das Zustandekommen der Kasse zu ermöglichen, gehörigen Orts um eine Aenderung des Statuts in dem Sinne nachzusuchen, dass auch in anderen Gouvernements ansässige Aerzte beitreten können.

Die Proposition wird angenommen und die Ausführung derselben dem Vorstande übertragen.

8. Vortrag des Herrn J. Meyer-Dorpat.

«Thure Brandt und seine Methode».

Vortragender motivirt die Wahl des Themas mit der hohen praktischen Bedeutung, welche die conservirende Methode Brandts gegenüber der praevalirenden operativen Richtung der modernen Gynaekologie beansprucht. Nach kurzem Bericht über die dauernden, gewichtigen Eindrücke, welche Vortragender in Schweden gewonnen, führt letzterer aus wie Thure-Brandt, ermuthigt durch den glänzenden Erfolg einer bei Mastdarmvorfall ausgeführten Mastdarmhebung zunächst durch Uterushebungen Prolapse und andere Deviationen des Uterus behandelte darauf zur Beseitigung die Reposition hindernder Adhaesionen durch Dehnungen schritt; wie später «Zitterdrückungen» bei entzündlichen Schwellungen hinzukamen, welche schliesslich bimanuell ausgeführt zur eigentlichen Massage, kleinen Zirkelreibungen führten. So wurde von Brandt im Laufe der Jahre dank seiner scharfen Beobachtungsgabe und meisterhaften Dexterität ein abgerundetes System einer aus Massage und Gymnastik bestehenden gynaekologischen Therapie geschaffen. Er fand jedoch wenig Beifall bei seinen Landsleuten bis er sich endlich 1886 überreden liess nach Jena zu gehen, wo B. S. Schultze die Methode prüfte und anerkannte. Seither hat sich die Zahl der Freunde der Methode von Jahr zu Jahr vermehrt.

Vortragender musste bei seinen Fällen aus Zeitmangel die Gymnastik vernachlässigen. Nur bei 6 Fällen von Amenorrhoe wandte er an: 1) Fussbeugen- und Strecken, 2) Unterschenkelbeugen, beides als Widerstandsbewegungen: 3) Oberschenkel-

rollen, 4) Rumpfrollen, 5) Lendenhackung und Kreuzklopfung. Der in keinem Falle ausbleibende Erfolg ist der beste Beweis für die thatsächlich vorhandene, von vielen Seiten angestrittene Wirksamkeit der gymnastischen Proceduren.

Hierauf werden 8 mit unbefriedigendem Resultat behandelte Fälle aufgezählt. 1) Ein Fall von Prolapsus vag. ant. wurde lange erfolglos mit Hebungen behandelt. Die später sehr ausgiebig ausgeführte tadellos gelungene Operation hat auch nicht vor dem Recidiviren geschützt. Brandt selbst hält diese Fälle für wenig dankbar. 2) Eine acute Parametritis, im Anschluss an die intrauterine Therapie einer gonorrhoischen Endometritis entstanden, reagirte auf die erste Massagesitzung mit Fieber, so dass die Therapie nicht durchgeführt werden konnte. 3) Eine chron. Metritis bei einer hochgradig nervösen Patientin wurde erfolglos behandelt. Bei den Beschwerden der Frau spielte jedoch die gynaekol. Affection wohl nur eine secundäre Rolle. 4) Eine chron. Parametritis bot wegen Fettreichthum der Bauchdecken zu grosse technische Schwierigkeiten für die Therapie. 5) In einem Falle von chron. Parametritis wurde nur vorübergehend Besserung der subjectiven Beschwerden erzielt trotz der Besserung des palpatorischen Befundes. 6) die Massage einer chron. Oophoritis bei einer Hysterica blieb ganz resultatlos, 7) ein Fall von chron. hochgradiger Metritis mit Retroversio bei einer von Brandt selbst lange mit nicht ganz befriedigendem Resultat behandelten Dame blieb unverändert. 8) In einem Fall von chronischem Beckenexsudat wurde aus Furcht vor möglicherweise vorhandenem Eiter trotz der rasch erzielten objectiven und subjectiven Besserung Abstand genommen von der Fortsetzung der Massage.

In 9 Fällen wurden günstige Erfolge verzeichnet:

9. In einem Fall von fixirter Retroversio wurde (in 29 Sitzungen) gute Lage im Pessar und subjectives Wohlbefinden erreicht. 10) Bei einer chron. Perimetritis mit Hyperaesthesie wurden in 28 Sitzungen die Beschwerden beseitigt. 11) Eine Retroversio uteri mit beiderseitiger Perimetritis wurde nach 35 Sitzungen mit Hülfe eines Pessars corrigirt unter Nachlass der ausserordentlichen Empfindlichkeit, welche vorher jeder Behandlung trotzte. 12) Ein sehr grosses linksseitiges und kleineres rechtseitiges Exudat wird in 71 Sitzungen bis auf kaum nachweisbare Reste zum Schwinden gebracht; 13) Eine

durch vielfache Fixationen complicirte Retroversio mit Attaquen peritonealer Reizung und hochgradiger Empfindlichkeit wird in 31 Sitzungen ausgeglichen, (Pessar), die Beschwerden gehoben. 14) Eine Retroversio mit linksseitigem perimetritischen Process ist in acht Sitzungen beseitigt. 15) Eine Perimetritis wird in 17 Sitzungen völlig schmerzfrei; 16) Ein retrofixirter Uterus mit Schmerzhaftigkeit der Ligg. lata wird in 20 Sitzungen mobilisirt. 17) Eine Retroversio uteri mit linksseitigem, frischen, aus einem Wochenbett herstammenden perimetritischen Process wird in 30 Sitzungen beseitigt.

Vortragender zieht aus der Summe dieser Fälle den Schluss, dass die Therapie meistens zu kurze Zeit geübt worden, so dass der Erfolg vielleicht nicht auf die Dauer garantirt erscheint. Bei der Ausführung der Dehnungen namentlich mag der Mangel an Geschicklichkeit den guten Erfolg beeinträchtigt haben. Die Misserfolge dürften daher nicht der Methode selbst, sondern ihrer zu kurze Zeit hindurch und nicht fehlerfrei durchgeführten Ausübung zur Last gelegt werden. Fast alle Fälle wären für jede andere Therapie schwierige Objecte gewesen; zum Theil (Nr. 3, 6, 7 und 8) waren dieselben als ungeeignet für diese Behandlung zu bezeichnen.

Die Ausführung der Methode ist leider schwierig und stellt an die Ausdauer von Patienten und Arzt aussergewöhnliche Ansprüche. Die Ausführung der Gymnastik selbst scheitert am Mangel tüchtiger, gründlich ausgebildeter Gymnastinnen; auch die vielfach aufs lebhafteste angefochtenen «Lyftungen» können ohne Hülfe einer solchen kaum geübt werden.

Doch auch nach Brandts eigener Ansicht liegt in der Massage, verbunden mit Dehnungen, der Schwerpunkt der Methode. — —

Als absolute Contraindication betont Vortragender jegliche Neubildung sowie das Vorhandensein von Eiterherden Katarrhalische Affectionen sowie Menstruationsanomalien können durch gymnastische Proceduren günstig beeinflusst werden. Selten bieten chron. Oophoritiden bei dieser Methode günstige Chancen. Ihre schönsten Triumphe feiert dieselbe bei Blutergüssen. Exsudaten, Para- und Perimetritiden und deren Folgezuständen, den Adhaesionen und Verlagerungen der Organe im kleinen Becken, endlich bei Erschlaffungen der muskulösen und bindegewebigen Stützapparate. Dem Beispiele B. S.

Schultze's folgend glaubt Vortragender mit grossem Vortheil die Pessar-Therapie mit der Brandt'schen Methode in geeigneten Fällen combiniren zu dürfen.

Vorsicht ist natürlich unerlässlich! Brandt sagt, er habe niemals durch Massage geschadet; damit ist bewiesen, dass bei genügender Vorsicht die Methode nicht mehr, sondern weniger Gefahren bietet, als beispielsweise jede intra-uterine Therapie.

Vortragender schliesst mit dem Wunsche, dass Brandts Methode bald die gebührende Verbreitung finden und allerorts vielen siechen Frauen zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit verhelfen möge. (Autorreferat.)

Discussion:

Herr v. Rosen-Neuenhof: Thure Brandt verbindet stets die active und passive Gymnastik mit der Massage; manche Misserfolge der Methode sind darauf zurückzuführen, dass die Gymnastik fortgelassen wird.

Herr Meyer stellt die Anführungen des Vorredners dahin zurecht, dass Brandt die Gymnastik wol für keinen integrirenden Bestandtheil der Methode in jedem Falle halte, dieselbe jedoch wegen der günstigen Beeinflussung des Allgemeinbefindens aufs Wärmste empfehle.

Herr Hach macht auf die Gefahren bei der Massage mancher Exsudate aufmerksam, deren event. eitrige Natur nicht sicher diagnosticirt werden kann.

Herr Meyer: Brandt gestattet vorsichtige Massage auch bei noch nicht genau gestellter Diagnose, weil dieselbe beim Massiren bald gesichert wird. Er räumt ein, in Zukunft von der Massage ähnlicher Fälle, wie der 2. von ihm angeführte, Abstand nehmen zu wollen.

Herr v. Samson-Reval: Brandt macht die Vornahme resp. Fortsetzung der Massage bei entzündlichen Processen der Sexualorgane davon abhängig, ob Fieber eintritt oder nicht. Erst wenn die Exacerbation geschwunden ist, setzt er sein Verfahren fort.

Die Gymnastik sieht Brandt nicht als durchaus integrirenden Bestandtheil seiner Methode, sondern nur als secundäres Unterstützungsmittel derselben an.

Als berufene Vertreter seiner Methode sieht er nur studirte Aerzte an, und acceptirt nur solche als Schüler.

Herr v. Rosen fragt an, ob nur Carcinom und Abscess als Contraindication aufzufassen sind.

Herr Meyer: Er habe die Contraindication in diesem Sinne fixirt, wenn er sagt «bei jeder Neubildung darf nicht massirt werden». Praktisch wäre ein Tubarsack einer Neubildung gleichzustellen.

9. Die Anfrage des Präses (cf. § 23 des Statuts) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung einstimmig verneint.

10. Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Kreisarzt Dr. Gaehtgens den IV livländischen Aerztetag für geschlossen.

Anmerkung: Im Protokoll der III. Sitzung, Discussion über den Vortrag: «Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis» ist in der Entgegnung des Herrn Hampeln im 3. Absatz zu lesen: «Dahingegen scheint ihm die prophylaktische Beseitigung des einmal erkrankten proc. vermiformis eine Frage von grosser Zukunft und Bedeutung».

SEPARATABDRÜCKE

derjenigen auf dem IV livländischen Aerztetage gehaltenen Vorträge, die als Originalartikel in der St. Petersburger med. Wochenschrift erschienen sind.

Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis.

Vortrag, gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag in Wenden am 15. September 1892.

Von

Dr. A. v. Bergmann

in Riga.

M. H.! Das Thema, über welches ich Ihnen zu referiren beabsichtige, ist ein in der heutigen Fachliteratur, auf Sitzungen und Congressen viel besprochenes. Handelt es sich doch darum eine Krankheitsgruppe dem chirurgischen Eingriff zuzuweisen, welche bisher ausschliesslich exspectativ behandelt wurde. Dem Messer soll überantwortet werden was bisher unter Eis, Opium, und Priessnitz'schen Umschlägen sich zurückgebildet hat! Die Resultate dieser letzteren Behandlungsmethode sind im Grossen und Ganzen derart befriedigende gewesen, dass es verständlich ist, wie die Opposition gegen die chirurgische Behandlung der Perityphlitis noch gegenwärtig eine grosse; verständlich ganz besonders, weil von einigen Chirurgen die Grenzen des Indicationsgebietes für den operativen Eingriff zu weit gesteckt werden. Der Kampf der Meinungen wird noch fortdauern, bis es gelungen sein wird, aus der unter dem Namen Typhlitis und Perityphlitis zusammengesetzten Krankheitsgruppe die Kennzeichen der Erkrankung der einzelnen hierbei betroffenen Organe zu isoliren und sie zur allgemeinen Anerkennung zu bringen.

Zunächst sind die typischen Fälle von Typhlitis herauszuheben. Jene Fälle, wo dem Beginn der Erkran-

kung mit Obstipation, Erbrechen, Fieber, die Ausbildung eines mehr oder weniger langen wurstförmigen Tumor's folgt, der die Form des gefüllten Coecum resp. Colon ascendens wiedergiebt.

Diese typischen Fälle der Typhlitis werden wohl nur in den allerseltensten Fällen eine chirurgische Behandlung in Frage treten lassen, und zwar nur da, wo entweder durch allzulange Kothstagnation oder auf dyskrasischer Grundlage Ulcerationsprocesse der Schleimhaut Platz greifen und tiefergreifend zu einer Perforation der Darmwand selbst führen.

Je langsamer sich dieser Process vorbereitet, desto deutlicher wird das um das Typhlon auftretende Exsudat: ein Tumor, dessen Merkmale Druckempfindlichkeit, diffuse verschwommene Grenzen, und eventuell Oedem der davorliegenden Bauchdecken sind. Falsch ist es auf Grundlage dessen, dass die Typhlitis durch ein derartiges perityphlitisches Exsudat complicirt werden kann, die Bezeichnung Typhl und Perityphl. promiscue zu gebrauchen oder dieselben als nur graduell von einander verschieden hinzustellen. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle hat das Typhlon selbst mit dem perityphlitischen Exsudat nichts zu thun, sondern liegt letzterem eine Erkrankung des proc. vermiformis zu Grunde.

Weir hat bei 100 Perityphlitissectionen 84 mal Pr. verm. — Perforation, 3 mal Pr. verm. — Entzündung gefunden.

Einhorn bei 100 Perityphl. Sect. 91 Erkrankungen des Proc. verm.

Matterstock bei 146 Sect. Erwachsener 132 Erkrankungen des proc. vermif., bei 49 Sect. von Kindern 37 Erkrankungen des proc. vermif.

Auch Bamberger kommt bei einer sehr viel kleineren Zahlenreihe nahezu auf dasselbe Verhältniss heraus.

Folgerichtig dürfte von perityphlitischem Exsudat nur in den seltenen Fällen die Rede sein, wo dasselbe in der That im Anschluss an eine Typhlitis aufgetreten. In allen übrigen Fällen müsste die Benennung dem ursächlich erkrankten Organ Rechnung tragen, wie dieses bereits auch von den Amerikanern geschieht. Damit

soll jedoch nicht gesagt sein, dass die amerikanische Bezeichnung «Appendicitis» an sich sehr glücklich gewählt sei.

Bamberger berechnet den Heilerfolg bei exspectativer Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen auf 75%. Gilt für diese Fälle auch, was uns die Sectionsprotokolle über den Ausgangspunkt der Perityphlitis lehren? Die Erfahrungen der zahlreichen Operationen, welche bis heute wegen Perityphlitis gemacht worden, scheinen diese Frage in positivem Sinn zu bestätigen.

Bereits in einer verhältnissmässig geringen Anzahl von Sectionen kann man sich davon überzeugen, wie wechselnd Länge, Dicke und Lage des Wurmfortsatzes sind, man findet ihn mit langem Mesenteriolum, nach links hinüber gelagert, dann wieder dem Colon hart anliegend, nach oben hinaufgeschlagen, kurz, es giebt die mannigfaltigsten Variationen, ohne dass im Leben irgend welche Beschwerden dadurch verursacht worden wären.

Eine grössere Dicke des Wurmfortsatzes beruht meist auf chronischen entzündlichen Vorgängen, welche zunächst wohl nur auf der Schleimhaut sich abspielen, dann aber die ganze Wandung ergreifend zu Verklebungen der Serosa mit dem Darm, parietalem Peritoneum oder den Organen des kleinen Beckens führen.

Eine sog. perityphlitische Attaque wird in diesen Fällen nicht ausgelöst.

Das einzige Symptom ist Schmerz, dumpfes lästiges Ziehen u. dgl. Sensationen, welchen irgend eine specifische Bedeutung keineswegs zukommt.

Im März a. c. operirte ich im Krankenhause eine kräftige Frau von einigen dreissig Jahren wegen derartiger Beschwerden, die durch einen ca. apfelgrossen Tumor ausgelöst wurden, der dem rechten Ovarium anliegend von demselben ausgegangen zu sein schien und zugleich eine auffallend feste Verbindung mit der Beckenwand eingegangen war. Die Operation ergab einen fingerdicken Wurmfortsatz, welcher mit dem r. Ovarium, mit Darmschlingen und mit dem Periton. parietale verklebt war. Die Adhäsionen liessen sich zum Theil recht schwer lösen. An seiner Basis wurde dann der Wurmfortsatz durch ovalären Schnitt erstirpirt und die Darmwunde

durch Lembertsche Nähte geschlossen. Pat. fühlt sich jetzt ein halbes Jahr nach der Operation völlig wohl. Es liegt nahe, dass ein in seinen Wandungen verdickter Wurmfortsatz leicht durch einen eindringenden Fremdkörper obturirt werden kann. Es kommt zur Dilatation des oberhalb gelegenen Abschnittes durch die vermehrte Transsudation der geschwellten Schleimhaut. Die zunehmende Spannung führt dann zur Ulceration an der Stelle wo der Fremdkörper eingekeilt, und endlich zur Perforation nach aussen. Oder aber der Durchbruch erfolgt, nachdem als Folge des chronischen Katarrhs der Schleimhaut sich Stricturen im Lumen des Wurmfortsatzes gebildet haben, welche dann ihrerseits zur Stauung des Inhalts, Ulceration und Perforation führen.

In diesen Fällen ist durch die der Perforation vorhergehende Bildung von Adhäsionen eine relative Ungefährlichkeit des Durchbruchs selbst bedingt.

Entweder findet man die Perforationsstelle durch Adhäsionen gegen die Bauchhöhle ganz abgeschlossen, oder die Adhäsionen lassen es nur zur Bildung eines allseitig abgeschlossenen Abscesses kommen. Der geschilderte Befund bildet die Grundlage der sog. recidivirenden Perityphlitis, bei welcher die Anfälle meist von kurzer Dauer sind, sich jedoch häufig folgen und sehr bald keine ganz schmerzfreien Intervalle zwischen sich lassen.

Ferner findet man intraperitoneale, abgekapselte Abscesse, welche den theilweise oder ganz nekrotisch abgestossenen Wurmfortsatz — mit oder ohne Kothstein enthalten. Hier sind trotz vorangegangener perityphlitischer Attaquen die Wandungen des Wurmfortsatzes nicht verdickt. Dieses lässt die Schlussfolgerung zu, dass der entzündlichen Schwellung des proc. vermiformis wieder restitutio ad integrum folgen kann, indem spontan oder nach Perforation nach aussen, das Lumen des Fortsatzes nach dem Darm hin wieder wegsam wird, bis dann vielleicht nach Jahren wieder einmal Verlegung des Lumens durch entzündliche Schwellung oder einen Fremdkörper erfolgt und eine neue sog. perityphlitische Attaque ausgelöst wird. Und nun die Folgen der Perforation? Den oben angeführten Fällen, in welchen die

Perforation ohne Folgen bleibt oder höchstens zu einem allseitig abgeschlossenen, fest abgekapselten Abscess führt, stehen jene gegenüber, wo der meist dünnwandige Wurmfortsatz acut verschlossen wird und nun Perforation resp. Gangrän des jenseits des Verschlusses gelegenen Theils zum Austritt des gestauten Inhalts in die Bauchhöhle und zu allgemeiner Peritonitis führt. Zwischen diesen beiden Extremen stehen die Fälle von intraperitonealen Abscessen, wo Multiplicität derselben, verborgener, schwer zu erkennender Sitz, oder aber zu schwacher Abschluss gegen die Peritonealhöhle den Ausgang auf die Spitze des Messers stellen.

Der nicht geöffnete Abscess, sowie der unglücklich eröffnete d. h. mit gleichzeitiger Verletzung der abschliessenden Adhäsionen, können den Krankheitsverlauf schwer compliciren.

Am 25. October a. p. operirte ich einen 25jährigen Arbeiter, der angeblich seit 6 Tagen krank, starke Druckempfindlichkeit, Vorwölbung, intensive Dämpfung und Fluctuation in der Ileocöcalgegend zeigte. Eine 15 Ctm. lange Incision legte das verdickte Peritoneum frei, die Probepunction ergab Eiter und bei der nun folgenden Incision stürzte trübe, seröse Flüssigkeit vor, hinter der sich ein paar hyperämische Därmschlingen präsentirten. Bei behutsamem Anziehen derselben riss eine Adhäsion und etwa 200 Ccmt. dicken, äusserst stinkenden Eiters ergossen sich aus dem kleinen Becken. Wenngleich auch der grösste Theil des Eiters aufgefangen wurde, so ergoss sich doch genügend in die Bauchhöhle, um eine intensive Peritonitis zu Stande zu bringen, welcher der Kranke beinahe erlegen wäre. Die Punctionsnadel hatte den Abscess erreicht, während das Messer den peritonealen Erguss traf, welcher oberhalb der zarten den Eiter zurückhaltenden Adhäsion sich angesammelt hatte. —

Am 21. Januar operirte ich einen 52jährigen Mann, der seit vier Tagen an seinem 5. perityphlitischen Anfall litt. Den nach innen oben vom Darmbeinkamm prominirenden durch die Fluctuation deutlich erkennbaren Abscess eröffnete ich durch eine lange Incision und fand einen grossen, nekrotisch abgestossenen Theil des proc.

vermiformis, sowie einen Kothstein in dem Abscess. Die allseitig abgeschlossene Höhle wurde tamponirt. Die nächsten Tage brachten Uebelkeit, Erbrechen, mässigen Meteorismus.

Am 26. hatte das Erbrechen aufgehört.

Am 28. stirbt Pat. plötzlich mitten in der Unterhaltung mit dem Assistenzarzt. Einige Stunden vorher hatte Pat. mit gutem Appetit zu Mittag gegessen und in den letzten Tagen war regelmässig reichlicher spontaner Stuhl erfolgt, waren Winde abgegangen, kurz — es hatte sich völlig freie Passage des Darms wieder hergestellt.

Die Section ergab als Todesursache hochgradige Degeneration des Herzmuskels. In der Bauchhöhle findet sich ein Abscess an der Innenseite des Coecum — der eröffnete sass an der Aussenseite — und weiter unterhalb im kleinen Becken ein zweiter ca. 100 Cctm. Eiter haltender Abscess, ausserdem zwischen verklebten Darmschlingen noch 3 oder 4 erbsen- bis bohnengrosse Abscesschen.

Wann waren diese Abscesse entstanden und welches war der Modus ihrer Entstehung?

Entweder sind sie als Reste der früheren Attaquen anzusehen oder sie sind als Aussaat zu deuten, welche der Wurmfortsatz durch eine Perforationsöffnung verursacht hatte, ehe er abgekapselt wurde und der Gangrän verfiel.

Wie von früheren sog. perityphlitischen Attaquen her sich isolirte Abscesse erhalten können, beweist ein anderer Fall deutlicher, der unoperirt im Krankenhause gestorben. Hier fand sich neben der diffusen Peritonitis, welche durch eine frische Perforation des proc. vermiformis entstanden war, ein ca. wallnussgrosser, dicken, gelben Eiter enthaltender, abgekapselter Abscess in der radix mesenterii, dessen Entstehung offenbar mit einer vor einigen Jahren durchgemachten perityphlitischen Attaque zusammenhing. — Dieser selbe Fall illustrirt ferner, wie der geschwollene proc. vermiformis eine Compression des Ileum zu Stande bringen kann, wodurch localer Meteorismus der nächst höher gelegenen Darmpartie entsteht. Man hatte hier einige Stunden hindurch am 3. Tage der

Erkrankung den Eindruck, als handele es sich um Volvulus, so deutlich liess sich eine geblähte Darmschlinge palpiren.

Soweit die intraperitonealen Erscheinungen, welche die Entzündung des Wurmfortsatzes zur Folge hat. Die extraperitonealen Erscheinungen bestehen in progredienter Phlegmone oder abgegrenztem Abscess, welche in der Fossa iliaca ihren Sitz haben. Meist findet man den verbindenden Gang, welcher zum intraperitonealen ursächlichen Eiterherd führt — die Communication zwischen para — und perityphlitischem Abscess.

Durch die Lymphbahnen findet ferner Verschleppung des Eiters in die radix. mesenterii statt, es kommt da zu Abscessen in derselben, zu Infection und Vereiterung der Mesenterialdrüsen.

Ferner kann der Transport von Eiter durch die Mesenterialvenen stattfinden, wie solches ein Sectionsprotokoll des Rig. Krankenhauses zeigt. In diesem Fall waren die Mesenterialvenen vielfach mit missfarbigem grauen Eiter gefüllt bei normaler glatter Intima. Die kolossal vergrösserte Leber war von zahlreichen apfelkern- bis linsengrossen Abscessen durchsetzt, welche in Gruppen von Hühnerei- bis Gänseeigrösse zusammenstanden.

Endlich wären die perihepatischen Abscesse zu erwähnen.

Welche Directive soll man angesichts des Angeführten für die Behandlung aufstellen?

Zunächst werden alle Fälle von Typhlitis stercoralis zu guter Prognose bei der bisher üblichen Therapie berechtigen.

Angesichts der Thatsache, dass aber auch ein erklecklicher Procentsatz derjenigen Fälle, welche keine typische Typhlitis stercoralis sind, genesen und jahrelang recidivfrei bleiben können, ist überall die nicht operative Behandlungsmethode zu üben, wo kein Eiter nachweisbar ist, oder dringend gemuthmaasst wird. Ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose giebt hier das Chloroform. Der scheinbare Tumor, der einen Abscess bei Palpation durch die gespannten Bauchdecken vortäuscht, schwindet in der Narkose vollständig und wie bereits vielfach von autori-

tativer Seite hervorgehoben, macht es die Narkose überflüssig, den Weg einzuschlagen, welchen Sonnenburg für die Behandlung der Perityphlitis vorgeschlagen — die Incision bis auf das Peritoneum und secundär die Eröffnung des Abscesses, wenn ein solcher zu Tage tritt. Zweimal habe ich mich bewogen gesehen zu incidiren, obgleich die Untersuchung in Narkose den Tumor nicht finden liess, den ich ohne Narkose so deutlich zu fühlen geglaubt. Beidemal hat die Incision bis auf das Peritoneum mich belehrt, dass mein erster Untersuchungsbefund eine Täuschung gewesen. In der Narkose hat man auf das Genaueste die ganze Bauchhöhle nach Abscessen abzutasten nicht bloss in der Ileocöcalgegend oder deren nächster Umgebung. Ein beliebter Sitz ist das kleine Becken, hier ist der Abscess nur durch sorgfältige Rectaluntersuchung, und zwar die combinirte, zu finden. Ferner scheint die Milzgegend relativ häufig Sitz derartiger secundärer Abscesse zu sein. Ist der Abscess constatirt, so fordert er auch ungesäumt die Eröffnung.

Es könnte auffallen, dass bei der grossen Anzahl eröffneter Abscesse, so verhältnissmässig selten der Wurmfortsatz in denselben gefunden wird. Einer der vorhin angeführten Fälle illustrirt, wie solches möglich. In jenem Fall war ich zufällig in den Abscess mit dem proc. vermiformis gekommen und die anderen blieben uneröffnet, meistens findet das Umgekehrte statt. Natürlich kann man wegen sog. Perityphlitis operirte Patienten nicht für definitiv geheilt ansehen, so lange die causa morbi, der Wurmfortsatz, nicht entfernt worden ist. Gelingt es im weiteren Verlauf dieser Fälle den Tumor nachzuweisen, oder leitet bei anhaltend wiederkehrenden perityphlitischen Attaquen auch blos eine gewisse Resistenz und Druckempfindlichkeit auf den proc. vermiformis, so ist in der anfallsfreien Zeit dem Kranken der Vorschlag der Operation zu machen. Die Erfolge Senn's, Kümmell's und Anderer berechtigen nicht nur, sondern verpflichten auch dazu, da bei zurückgebliebenem Wurmfortsatz die Möglichkeit stets vorhanden, dass eine neue Attaque Perforation nach der Bauchhöle und todtbringende Peritonitis zur Folge haben kann.

Ob man bei der allgemeinen Peritonitis operiren soll, ist eine Frage, zu der Jeder für sich Stellung zu nehmen hat. Die Chancen sind so wenig günstige, dass Keinem ein Vorwurf gemacht werden kann, wenn er die Operation ablehnt.

Ist die Perforation frisch, der Kräftezustand ein leidlicher, so könnte die Operation immerhin gewagt werden, da von allen operirten Peritonitiden diejenige bei Wurmfortsatzperforation die am wenigsten schlechten Aussichten giebt, vielleicht hilft dazu die Tendenz des Peritoneum durch Adhäsionen dem Vordrängen des Eiters eine Grenze zu setzen, welche Tendenz es bei den in Rede stehenden Processen in ganz besonderem Masse auszuüben scheint.

Zum Schluss erlaube ich mir folgende Sätze hervorzuheben:

1. Die Begriffe Typhlitis und Perityphlitis sind schärfer auseinanderzuhalten als bisher.
2. Die Bezeichnung «Perityphlitis» käme am Besten ganz in Wegfall.
3. Die unter dieser Diagnose ohne Operation zur Heilung kommenden Fälle sind theils den Typhlitiden zuzurechnen, theils betreffen sie acute Schübe chron. Entzündung des Wurmfortsatzes, welche ohne Perforation verlaufen.
4. In jedem Fall, welcher keine typische Typhlitis darstellt, ist die Chloroformnarkose zur Vervollständigung der Untersuchung anzuwenden.
5. Der möglichst frühzeitigen Diagnose des Abcesses hat sofortiger operativer Eingriff zu folgen.
6. Bei intraperitonealem Abscess ist stets an sein multiples Vorkommen zu denken, bei extraperitonealem daran, dass gewöhnlich ein Zusammenhang mit einem intraperitonealen Abscess vorhanden ist.
7. Die radicale Entfernung des Wurmfortsatzes hat nur in den freien Intervallen zu geschehen.

Zur Behandlung gangraenverdächtiger Hernien.

Vortrag, gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag am 15. September 1892.

Von

Dr. med. E. Kiwull,

Stadtarzt zu Wenden.

Bei der eminent praktischen Bedeutung der Therapie der Hernien erscheint es berechtigt auch an dieser Stelle auf einige zur Zeit noch strittige Punkte in dieser Frage einzugehen und dieselben einer Besprechung zu unterwerfen. Ich meine im speciellen die Behandlung gangraenverdächtiger Darmbrüche. Trotzdem die klinische Beobachtung schon seit lange gezeigt hatte, dass man eine Darmschlinge — wenn man nur genügend anti- resp. aseptisch verfuhr, längere Zeit extraperitoneal belassen konnte, ohne dass daraus dem Träger besondere Gefahren erwuchsen, ist dieses Princip bei der Therapie der Hernien bisher noch wenig berücksichtigt worden. Erst die letzten Jahre haben uns einzelne spärliche Beobachtungen gebracht, wo man bei Verdacht auf Gangraen die Schlinge nicht in die Bauchhöhle reponirte, auch nicht resecirte, sondern dieselbe ausserhalb der Bauchhöhle sorgfältig aseptisch beliess, und sie erst dann reponirte, als sie sich erholt hatte.

Dass man bei einer Herniotomie einen wenig injicirten und spiegelnden Darm, der auch am einschnürenden Ring keine auffälligen pathol.-anat. Veränderungen darbietet, sofort nach Lösung der Einklemmung in die Bauchhöhle

reponirt, erscheint jedem selbstverständlich. Darüber aber, wie man bei einem gangraenverdächtigen Darm vorgehen solle, gehen die Ansichten noch sehr auseinander. — Mögen die gebräuchlichen Lehrbücher noch so subtile Untersuchungsmittel angeben, wann man den Darm reponiren dürfe, wann nicht — in der Praxis steht man häufig genug rathlos da. Trotzdem man auf Glanz, Belag, Geruch, Farbe der Schlinge und des Bruchwassers geachtet und scheinbar alle Regeln befolgt hat, wird man nach Reposition häufig genug schliesslich von einer septischen Peritonitis überrascht. Natürlich wird eine grosse Erfahrung viele solcher Fälle wohl vermeiden können — aber wonach soll sich eben Der richten, dem diese grosse Erfahrung nicht zu Gebote steht? Dabei beträgt die Mortalität nach Herniotomien in der antiseptischen Zeit 36.6 pCt. (B. Schmidt). Unter den verschiedenen Ursachen dieser Mortalität bleibt doch immer eine der bedeutendsten und wichtigsten die, dass nach Reposition doch schliesslich Gangraen und Perforation der Schlinge eintrat und dadurch eine septische Peritonitis veranlasst wurde. Nächstdem führt die pathologische Anatomie als Todesursache Perforation auf, die nicht in der incarcerirten Schlinge, sondern oberhalb derselben eintrat, bedingt durch die faulige Zersetzung des stagnirenden Darminhalts und dessen Einwirkung auf die Darmwand. Ferner folgen Sepsis durch Ptomainresorption, septische lobuläre Pneumonieen, endlich die vagen Todesfälle ohne anatomisches Substrat, Shok etc.

Für unsere heutige Betrachtung hat im Wesentlichen nur die perforative Peritonitis Bedeutung, die von der incarcerirten Schlinge ihren Ausgang nahm — da bei der oben erwähnten «extraperitonealen» Behandlung suspecter Schlingen derlei Todesfälle wohl ziemlich sicher vermieden werden können.

Was die gebräuchliche Therapie gangraenverdächtiger Hernien angeht, so wäre zunächst die Reposition zu erwähnen. Bei dieser ist es zum mindesten nicht zu verantworten, wenn gleich an die Reposition die Radicaloperation geschlossen wird. Mehr Vertrauen verdient da noch der Vorschlag von Hahn, die Schlinge zu reponiren,

nachdem man sie in ein Stück Jodoformgaze eingehüllt — aber auch dabei kann es bei Perforation der Schlinge zu Peritonitis kommen. — Auch die mehrfach gemachte Empfehlung, die verdächtige Schlinge zu reponiren und den Bruchsack durch einen Gazetampon oder Drain offen zu halten — mag in vielen Fällen genügen. Man verlässt sich nur eben darauf, dass der Darm, in seiner Peristaltik gelähmt, an der Bruchpforte liegen bleibt. Ob das aber unter allen Umständen zutreffend ist, ist noch bisher definitiv nicht festgestellt

Die Anlegung eines anus präternaturalis käme bei blossem Verdacht auf Gangraen wohl kaum in Frage. Bei manifester Gangraen beträgt dabei die Mortalität nach Riegel und Kocher 80 pCt.

Was die primäre Darmresection und Naht bei gangraenverdächtigen Schlingen angeht, so haben sich die Resultate, die früher so abschreckende waren, jetzt wesentlich gebessert. Trotzdem ergiebt eine Zusammenstellung von 155 Fällen von Darmresection und Naht aus den Publicationen aller Länder (D. Zeitschrift für Chirurgie Bd. XXXII W Sachs), eine Mortalität von 37,5 pCt.

Jetzt frage ich, sind wir berechtigt, bei einer Mortalität von 37,5 pCt. auch gangraenverdächtige Fälle sofort primär zu reseciren und zu nähen, wo die Möglichkeit vorliegt, dass bei expectativem Verhalten sich die Schlinge erholt und nach wenigen Tagen unbeschadet reponiren lässt. Ich glaube kaum, sobald der klinische Nachweis geliefert ist, dass man gangraenverdächtige Schlingen in dieser Weise mit Erfolg behandelt hat. Und dieser Nachweis kann geliefert werden. Uns liegen mehrere gut beobachtete Krankengeschichten vor. R. Graefe (D. Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXXIV) reponirte eine 3 Tage lang eingeklemmt gewesene gangraenverdächtige Schlinge nicht, sondern fixirte sie durch Nähte vor der Bauchwand. Die Schlinge erholte sich und wurde nach fünf Tagen secundär versenkt. Genesung — Einen weitern Fall giebt uns Rovsing (Centralblatt f. Chirurgie 1892. Nr. 28). Eine 3 Tage incarcerirte, sehr suspecte Schlinge wird mittels Suturen an der Bauchwand fixirt. Nach 4 Tagen Reposition, da sich die Schlinge erholt hatte.

Ausgang in Genesung. — Ausserdem bin ich in der Lage über einen derartigen Fall zu referiren, den ich im Krankenhause zu Riga operirt habe und den ich mit gütiger Erlaubniss des Ordinators der chirurgischen Abtheilung daselbst Dr. A. Bergmann jetzt veröffentliche.

S. H., 20 a. n., wird am 27. September 1890 im Rigaschen Krankenhause aufgenommen. (Journal Nr. 3088). Anamnese: Seit einem Jahr an einem rechtseitigen Leistenbruch leidend, der sich bisher immer gut reponiren liess. Am 24. September Mittags Bruch wieder hervorgetreten und nicht mehr zu reponiren gewesen. Sehr bald nachher Erbrechen, starke Schmerzen im Leibe. Seit dieser Zeit kein Stuhl, keine Winde.

Status präsens: Graciles Individuum, schwache Musculatur, mässiger panniculus adiposus. Rechte Scrotalhälfte bis zu Faustgrösse ausgedehnt. Geschwulst verläuft in der Richtung zum Leistencanal hin. Percussionsschall über dem Tumor gedämpft. Am tiefsten Punkt des Scrotums rechts der Hode palpabel. Leib nicht aufgetrieben. Unterer Leberrand am Rippenbogen. — Innere Organe ergeben normalen Befund. —

27. September, 4 h. p. m. Herniotomie. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleert sich eine bräunlich verfärbte übelriechende Flüssigkeit. In der Flüssigkeit geronnene gelatinöse Massen. Im Bruchsack findet sich eine Dünndarmschlinge und Netz. Darmschlinge braunroth, wenig spiegelnd. Nach Spaltung des einschnürenden Ringes durch die ganze Dicke der Bauchdecken überzeugt man sich, dass am Darm eine deutlich gelblich verfärbte Schnürfurche vorhanden ist. Es wird daher von einer Reposition abgesehen und der Darm in Gaze eingehüllt ausserhalb der Bauchhöhle gelassen. Bruchsack durch einzelne Suturen an die äussere Haut fixirt.

28. September. In der Nacht mehrfach Winde abgegangen, kein Erbrechen. Leib etwas aufgetrieben. Beim Verbandwechsel findet man die vorliegende Darmschlinge gebläht, durch Adhäsionen mit dem Gazestück verklebt, doch lassen sich die Adhäsionen leicht lösen. An Stelle der gelblich verfärbten Schnürfurche jetzt eine gut granulirende Wunde sichtbar. Darm selbst hellroth, spiegelnd. - Darmschlinge wird in die Bauchhöhle reponirt. Bruchpforte durch Jodoformgazetampon geschlossen.

29. September. V. W. Bruchpforte sehr eng geworden. Schlinge nicht mehr sichtbar. Stuhl nach Klysma.

2. October. Täglich Stuhl nach Klysma.

3. October. Stuhl spontan. Bruchpforte hat sich vollständig geschlossen. Gute Granulation.

6. October. Täglich spontaner Stuhl.

5. November. Bis auf eine kleine granulirende Partie alles benarbt. Genesen entlassen.

In allen diesen Fällen gelang es also leicht die incarcerirt gewesenen, gangraenverdächtigen Darmschlingen zu reponiren, nachdem sie 5 resp. 4 resp. 1 Tag vor der Bauchwand fixirt gelegen und sich erholt hatten. Mag uns von gegnerischer Seite auch der Vorwurf gemacht werden, dass diese Fälle alle wohl auch nach primärer Reposition in die Bauchhöhle gut abgelaufen wären — wir haben das Bewusstsein, nicht hazardirt zu haben. Ob diese Fälle bei primärer Resection ebenso gut abgelaufen wären, erscheint nach den statistischen Belegen wohl etwas zweifelhaft. Damit will ich keineswegs die Resection verdammen — nein, ich verlange nur, dass man nicht bei blossem Verdacht auf Gangraen schon resecirt. — Man lasse die gangraenverdächtige Schlinge nach Lösung der Einklemmung und Vorziehen der Schlinge bis über die Schnürfurche, durch einige Suturen fixirt vor der Bauchwand liegen, und resecire erst, sobald die Gangraen manifest wird.

Ueber Bradykardie.

Correferat, erstattet auf dem Livl. Aerztetag in Wenden am 14. September 1892.

Von

Dr. Hampeln.

M. H.! Die Aufgabe meines Correferats glaube ich so auffassen zu sollen, dass ausser der eben von Professor Dehio behandelten Reconvalescentenform der Bradykardie nun auch die übrigen zu erörtern wären.

Als solche kommen denn in Betracht die im Puerperium und im Verlauf verschiedener Organerkrankungen auftretenden Bradykardien, ihre toxischen Formen, die Bradykardie als Herzneurose und endlich die wichtigste Form, die Bradykardie der Herzkranken.

Der Reconvalescenten-Bradykardie am nächsten steht die puerperale Form. Hier wie dort folgt auf eine Periode erregter Herzaction nach Ueberwindung der Krankheit resp. nach Beendung der Geburt ein Stadium ruhigerer Herzthätigkeit. Die Frequenz des Pulses sinkt, häufig brechen Schweisse aus. Aus der auffallenden Analogie der Erscheinung in beiden Fällen und in Anbetracht fehlender directer Beweismittel im Sinne eines bestimmten Causalnexus erscheint der Wahrscheinlichkeitsschluss gestaltet, dass beiden derselbe Entstehungsmodus zu Grunde liege und es sich, wie Traube meint, wesentlich dabei um ein Ermüdungszeichen, oder nach Schroeders Auffassung um compensatorisch reducirte Herzthätigkeit, gewissermassen um Erholung handelt.

Demgemäss hätten wir hier weder Vagusreizung noch Reizung des Depressor anzunehmen, sondern eine zweckmässige, den veränderten Verhältnissen sich anpassende, physiologische Thätigkeit des kardialen motorischen Centrums.

Bei solcher Stellung dürfen wir die Bradykardie der Reconvalescenten und des Puerperiums als physiologische erste Hauptgruppe zusammenfassen.

Ihr gegenüber stellen wir dann als zweite Hauptgruppe die pathologische Bradykardie. Innerhalb dieser unterscheiden wir, dem Beispiel Traffet's folgend, zweckmässig zwei Formen, nämlich erstens die vorübergehende, passante und zweitens die dauernde, constante Form. Letztere als praktisch wichtigste wird uns am meisten beschäftigen. An sie denken wir auch in der Regel zuerst, wenn von Bradykardie im Allgemeinen die Rede ist.

Die erste, passante Form, bei der wir nur kurz verweilen wollen, begegnet uns als nicht seltene Erscheinung im Verlaufe verschiedener acuter und chronischer, Allgemein- und Organerkrankungen. Ich erinnere an die Bradykardie während der Fieberperiode des Typhus abdominalis, bei der tuberculösen Meningitis, als Symptom der Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen überhaupt, an ihr gelegentliches Auftreten bei Magen- und Darmkrankheiten, Helminthiasis etc. Hierher gehören auch die toxischen Formen der Bradykardie infolge einer Einwirkung der Digitalis und verwandter Species, nach starkem Alkohol- oder Tabakgenuss, bei Ikterus und Uraemie, endlich auch die Bradykardie als Folge mechanischer Reizung peripherer Nerven.

Während der ersten Hauptgruppe gegenüber die Annahme einer blos ausgleichenden, physiologischen Herzaction als Ursache der Bradykardie begründet erscheint, sprechen hier alle Zeichen und das Experiment, so weit es angängig ist, für Reizung der Hemmungsnerven resp. des Depressor als wesentliches pathogenetisches Moment, und zugleich grundverschieden von dem die erste Hauptgruppe beherrschenden.

Die Hauptform der zweiten, pathologischen Gruppe

bildet aber die erwähnte, constante Bradykardie, der als einem wesentlichen Merkmal gewisser gleich näher zu betrachtender, materieller Herzerkrankungen die grösste Bedeutung zukommt. Doch sei zuvor einer Art der Bradykardie gedacht, die eine vermittelnde Stellung einnimmt, ich meine die Bradykardie als functionelle Herzneurose.

Man beobachtet nämlich zuweilen, und auch mir hat sich dazu die Gelegenheit geboten, bei scheinbar gesunden Individuen, Männern und Frauen, meist in jugendlichem Alter, trotzdem jedes Zeichen einer Allgemein- oder Organerkrankung fehlt, dieses auch mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, einen auffallend langsamen, 40—50 in der Minute zählenden Puls. Diese Bradykardie wird von Einigen als physiologische, individuelle Eigenthümlichkeit aufgefasst; dem kann ich nicht beistimmen. Es lässt sich freilich keine bestimmte Zahl von Herzschlägen als feste Norm hinstellen, sondern werden Schwankungen im Sinne der Vermehrung oder Verminderung immer noch als physiologische gelten dürfen, aber doch nur bis zu gewissen, erfahrungsgemäss gewonnenen Grenzen. Diese scheinen nun durch eine Frequenz von 40—50 in der Min. nach der Seite der Verlangsamung überschritten. So starke Abweichungen von der Norm gestatten sich die Organe nicht, ohne erfahrungsgemäss in das Gebiet des Krankhaften zu fallen. Darum handelt es sich, meine ich, auch in diesen Fällen und zwar um die Bradykardie als functioneller Herzneurose, die wie jede Neurose isolirt oder als Theilerscheinung allgemeiner Neurosen, schliesslich ja auch als familiäre auftreten kann. Sie bildet, wenigstens nach der symptomatischen Seite ein Gegenstück der nervösen, habituellen Tachykardie und liegt ihr wahrscheinlich ein verminderter Reizzustand des motorischen cardialen Centrums zu Grunde.

Wir gehen nun endlich zur Hauptform der pathologischen Bradykardie über, zur Bradykardie der Herzkranken. Wie bereits bemerkt, handelt es sich hier um eine verhältnissmässig häufige Erscheinung, die sich erstens ihrer Constanz nach durch einen besonders starken Entwickelungsgrad auszeichnet. Denn hier gerade werden

die geringsten Pulszahlen beobachtet, mit denen nur noch die toxischen Pulse concurriren können, 20 und noch weniger, bis 8 in der Min. Dazu gesellen sich zuweilen schwere Zufälle, insbesondere epileptiforme Anfälle. Im Ganzen kommt dieser Bradykardieform die Bedeutung eines ernsten, auf eine lebensgefährliche Herzerkrankung weisenden Zeichens zu. Doch giebt es, wenn auch selten, Fälle, wie in einem meiner Beobachtung, in denen trotz auffallend geringer Pulsfrequenz, (einige 20 Schläge in der Min.) gleichwohl viele Jahre ein fast völlig ungestörtes, gutes Allgemeinbefinden besteht, was um so auffälliger ist, als, wie wir gleich sehen werden, die Circulation des Blutes hier in einer von der Norm sehr abweichenden Art regulirt werden muss. Es scheint, als ob gerade Fälle dieser Art zur irrthümlichen Annahme einer physiologischen Bradykardie verleitet hätten. während sie doch nur beweisen, dass ein negativer pathologischer Befund, namentlich auch in Bezug auf das Herz noch lange nicht Gesundheit bedeutet. Können doch gerade einige der schwersten Herzerkrankungen lange Zeit symptomenlos verlaufen. In der Regel spricht denn auch eine stärker ausgeprägte, constante Bradykardie auch bei sonst negativem Localbefunde für ein Herzleiden und zwar ernster Natur.

Wesentlich in Betracht kommen hierbei folgende Herzerkrankungen: 1) Klappenfehler, besonders Stenose des Aortenostiums; 2) Sklerose der Coronararterie und endlich 3) die schwielige Myokarditis und fettige Herzdegeneration.

Bei der Beziehung der Bradykardie zu so verschiedenartigen Herzerkrankungen, einmal zu Circulationshindernissen, das andere Mal zu materiellen Veränderungen der Herzsubstanz, erscheint von vornherein das Bestehen eines je nachdem verschiedenen Causelnexus wahrscheinlich. Und in der That, Erfahrung und Ueberlegung sprechen dafür, dass z. B. bei Stenose des Aortenostiums, wo es also die Ueberwindung eines peripheren Hindernisses gilt, die Bradykardie von rein functionell-compensatorischer Bedeutung ist. Das Herz contrahirt sich langsam und selten, weil es so am zweckmässigsten

und mit ganzem Erfolge zugleich mit geringstem Aufwand von Kraft das Hinderniss zu überwinden vermag. Raschere Contractionen würden entweder die Ventrikel nicht zu entleeren im Stande sein oder, um das doch trotz der engen Ausflussöffnung zu bewirken, ein Uebermass von Anstrengung erfordern. Die langsame Contraction garantirt den vollen Erfolg bei geringster Anstrengung.

Aber auch bei Erkrankung des Herzmuskels selbst halte ich, wenigstens in einigen Fällen, den gleichen Zusammenhang für wesentlich, denn auch hier wird die Bradykardie mitunter als Ausdruck dafür angesehen werden dürfen, dass die erhaltenen, functionstüchtigen Muskelelemente, für die Leistung des ganzen Herzens relativ zu schwach, nur durch seltene Contractionen das vermehrte Arbeitsmass zu leisten vermögen. Gerade wie wir bei willkürlicher Ueberwindung übergrosser Lasten sofort ein langsames Tempo einschlagen.

Anders liegt meines Erachtens die Sache bei der Hauptform der Bradykardie im Verlaufe der Coronarsklerose. Hier scheint die Bradykardie durch materielle Veränderungen der Herzsubstanz bedingt zu sein. Das Herz hat seine Fähigkeit rascherer, regulirbarer Contractionen überhaupt eingebüsst, vegetirt gewissermaassen, wofür die Constanz der Erscheinung und ihre Resistenz gegen alle beschleunigenden Einwirkungen spricht.

Gerade diese Form der Bradykardie ist eine so häufige, ihr Verhältniss zur Coronarsklerose ein so gewöhnliches, dass man in der Regel mit der Diagnose letzterer Erkrankung auf Grund der Bradykardie nicht fehlen wird, während sie, wenigstens in meinen Beobachtungsfällen, nur selten zu anderen Herzerkrankungen hinzutritt. Klinisch-diagnostisch erscheint sie von um so grösserem Werth, als es sich dabei oft wirklich um das einzige auffällige Symptom der Coronarsklerose handelt und der Befund im Uebrigen ein normaler sein kann. Doch hat umgekehrt die Coronarsklerose nicht immer eine Bradykardie zur Folge, sondern besteht oft bei ganz normaler Herzfrequenz. Dabei gleichen sich die Beziehungen der Bradykardie völlig mit denen der Angina pectoris zur Coro-

narsklerose, welches ein ebenso wichtiges Merkmal dieser Erkrankung bedeutet, aber dennoch oft, trotz hochgradiger Sklerose, vermisst wird.

Hiermit sind die verschiedenen Arten der Bradykardie, so viele ihrer bisher bekannt, berücksichtigt, doch möchte ich mir erlauben, sie nach einer allen Arten gemeinsamen Seite hin noch kurz in Betracht zu ziehen.

Welche besondere Veranlassung nämlich im concreten Falle einer Bradykardie auch vorliegen mag, Ermüdung oder Intoxication, eine Neurose oder Herzsklerose oder welche Ursache sonst, in jedem Falle muss, auch bei ungehinderter Cirkulation und ganz allein infolge der verlangsamten Herzthätigkeit das Herz eine erhebliche Dilatation erfahren. Das erscheint physikalisch nothwendig. Die fehlenden Circulationsstörungen beweisen die normale, von Liebermeister treffend so genannte allgemeine Circulationsgrösse, d. h., in einer Secunde strömt durch jeden Gesammtquerschnitt des Gefässapparats die gleiche Blutmenge, c. 100 Cc. denn, wäre das nicht der Fall, sondern wäre in Folge der Bradykardie die allgemeine Circulationsgrösse verringert, so müssten, bei unveränderter Blutmenge, nothwendig die gewöhnlichen Erscheinungen der Circulationsstörung, Oedeme und Dyspnoe, eintreten. Aus ihrer Abwesenheit darf mithin auf einen normalen Werth der Circulationsgrösse in diesen Fällen, trotz der Bradykardie, geschlossen werden.

Damit aber in jeder Sec. c. 100 Cc., in jeder Min. also c. 6 Liter Blut jeden Gesammtquerschnitt passiren, muss selbstverständlich auch die gleiche Menge von jedem Herzventrikel in einer Min. bewältigt worden sein. Das bedeutet bei einer normalen Pulszahl von c. 70 in der Min. für jede Systole resp. Diastole die Bewältigung von 85 Cc. Blut. Unter gewöhnlichen Verhältnissen beträgt also die Capacität eines Ventrikels ebenso viel=85 Cc.

Finden nun, wie nicht selten bei der Bradykardie, in einer Min. nur 35 oder gar 20 Systolen statt, so muss der Herzventrikel, um dennoch das gleiche Blutquantum, also c. 6 Liter in einer Min. zu befördern, nothwendig mit jeder Diastole ein vielfaches des normalen Quantums aufnehmen und bergen, in unserem Beispiel also 170

resp. 300 Cc. statt 85 Cc. Mit anderen Worten heisst das aber, dass die Bradykardie in jedem Falle eine je nachdem geringere oder hochgradige Dilatation des Herzens und zwar beider Ventrikel nothwendig zur Folge hat. Ob die concreten Verhältnisse nun auch wirklich mit den theoretischen Deductionen stimmen, das vermag ich weder auf Grund eigener noch fremder Beobachtungen zu sagen. Es fehlt an Untersuchungen darüber, auf die kurz hinzuweisen ich mir an dieser Stelle erlauben wollte.

Was die Therapie der Bradykardie betrifft, so handelt es sich dabei meist um Anwendung von Excitantien, die sich übrigens mehr gegen die Herzschwäche als gegen die Bradykardie richten. Dass es aber möglich ist, auch die Bradykardie direct anzugreifen, lehren die Untersuchungen Dehio's über die Anwendung des Atropins. Praktische Verwendung haben jedoch bisher nur die Reizmittel gefunden. In der Regel entsprechen die Resultate mit ihnen nicht unseren Erwartungen. Doch lehrte mich ein Fall von Bradykardie bei Aortenklappeninsufficienz, dass die Digitalis mitunter von vorzüglicher Wirkung sein kann. Es bestanden allgemeine Oedeme und überhaupt die subjectiven und objectiven Zeichen hochgradiger Herzinsufficienz bei einem Pulse von constant 40 in der Min. Nach vergeblichen Versuchen mit den üblichen Reizmitteln griff ich endlich zur Digitalis und zum Coffein und erlebte alsbald nicht nur ein Schwinden sämmtlicher Stauungssymptome für längere Zeit. sondern auch eine scheinbar paradoxe Beschleunigung des Pulses von 40 auf 60 in der Minute.

Es erscheint klar, dass in diesem Falle die tonisirende Digitaliswirkung überwog. Sobald kräftigere Herzcontractionen unter ihrem Einfluss erfolgten. ein rascherer Blutstrom den Herzmuskel durchströmte und seine bessere Ernährung veranlasste, gewann er auch seine Fähigkeit zu rascherer Bewegung zurück. Umgekehrt darf, meine ich, daraus auf Herzschwäche resp. Herzdegeneration als Ursache der Bradykardie dieses Falles geschlossen werden, eine Annahme, die nach einigen Monaten durch die Section ihre Bestätigung erfuhr. Patient erlag seinem Leiden, einer complicirenden Pleuritis noch bei gutem Befinden,

im plötzlichen Anfall. Die Section ergab ausser der Aortenklappeninsufficienz rheumatischen Ursprungs und geringfügiger Herdsklerose der Coronaria wesentlich Verfettung der Herzmuskulatur.

Recapituliren wir kurz das ganze Capitel der Bradykardie, so sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: die physiologische und pathologische Form.

Erstere ist sowohl in der Reconvalescenten — als puerperalen Bradykardie repräsentirt.

In der zweiten Gruppe unterscheiden wir: 1) die symptomatische und sympathische als Verlaufserscheinung verschiedener Organ- und Allgemeinerkrankungen; 2) die toxische, insbesondere die cholämische und urämische Form. Beiden liegt meist directe oder reflectorische Reizung der Hemmungsfasern des Vagus zu Grunde. 3) Die Bradykardie als primäre, centrale Herzneurose und endlich 4) die wichtigste Form, die Bradykardie als Zeichen einer Herzerkrankung, also ihre kardiale Form, vor Allem bei der Coronarsklerose, seltener bei Herzverfettung und Stenose der Ostien des linken Ventrikels. Hierbei handelt es sich entweder um eine compensirende, vom Bewegungscentrum des Herzens selbständig intendirte Bewegungsänderung (bei Klappenfehlern und in einigen Fällen von Herzdegeneration) oder wahrscheinlich um materielle Veränderungen eben dieses Centrums und Beraubung seiner Fähigkeit zu rascherer Bewegung.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage, erläutert an den Epidemien von Dorpat und Reval aus dem Jahr 1871.

Vortrag, gehalten am 15. September (a. St.) 1892 auf dem IV. livländischen Aerztetage in Wenden.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio,

in Dorpat.

Hochgeehrte Collegen!

Der ehrenvollen Aufforderung unseres Herren Präsidenten folgend, will ich es versuchen, Ihnen die Ansichten auseinanderzusetzen, die ich mir über den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage gebildet habe, einer Frage die jetzt alle Welt bewegt, erregt und erschreckt und es um so mehr verdient ein Gegenstaud der Verhandlungen unseres Aerztetages zu sein, als auch an den Thoren unserer Provinzen die Schläge erschallen, mit denen der unheimliche Gast Einlass begehrt.

Ich bin mir der Schwierigkeit meiner Aufgabe wohl bewusst, denn den Stand einer im vollen Fluss befindlichen Frage fixiren wollen, heisst nichts Anderes als die Momentphotographie eines galoppirenden Rosses versuchen; nur zu leicht erscheint der sich bewegende Gegenstand in einer Stellung, die verzerrt und unnatürlich erscheint, weil sie den länger andauernden Haltungen, an welche sich unser Auge mehr gewöhnt hat, nicht entspricht und rasch wieder wechselt.

Einen neuen Standpunkt hat die Frage nach der Entstehung und Verbreitung der Cholera mit der Entdeckung des Cholerabacillus oder Kommabacillus (spirillum cholerae asiaticae) gewonnen. Nachdem Robert Koch in den Jahren 1884 und 1885 mit aller der Sicherheit, welche naturwissenschaftliche und medicinische Entdeckungen überhaupt haben können, so lange sie nicht durch das Experiment am Menschen absolut zweifellos bewiesen sind, die constante Anwesenheit des Cholerabacillus in jedem Falle der Cholera asiatica festgestellt und den Nachweis geliefert hatte, dass diese Mikroben in der That die specifischen Erreger und Träger des Choleraprocesses sind, machte sich naturgemäss das Streben geltend, nun auch die epidemiologischen Thatsachen, so weit sie schon früher bekannt waren, mit den bedeutungsvollen Koch'schen Entdeckungen in Einklang zu bringen. Es kam darauf an zu zeigen, dass die Entstehung und die Verbreitung der Choleraepidemien, so wie die Pathogenese der einzelnen Choleraerkrankungen durch die biologischen Eigenschaften des Cholerabacillus in ausreichender Weise erklärt werden.

Ein Urtheil darüber, ob dieser Nachweis schon in allen Stücken gelungen ist, können wir nur gewinnen, nachdem wir uns die Lebenseigenschaften des Kommabacillus, so weit sie bis jetzt bekannt sind, kurz vergegenwärtigt haben. Aus der Thatsache, dass der Cholerabacillus in jedem einzelnen Fall von Cholera im Darminhalt der Kranken nachgewiesen werden kann und trotz eifrigen Suchens bei keiner andern Krankheit aufgefunden worden ist, folgt der jetzt wol allgemein anerkannte Schluss, dass der Kommabacillus in der That die Ursache und der Träger der Cholerainfection ist. Er ist das körperliche Substrat, das so lange gesuchte Ens morbi, welches nun, wohl eingeschlossen in gläserner Phiole, unserer directen Beobachtung und Untersuchung zugänglich ist.

Wir wissen durch Koch, dass der Cholerabacillus nicht nur im Darm der Cholerakranken lebt und sich vermehrt, sondern auch ausserhalb des menschlichen Körpers existiren und wachsen, also sowohl ein parasitäres als ein sapro-

phytisches Dasein führen kann. Er gedeiht in Fleischbrühe, Gelatine, Agar-Agar, auf gekochten Kartoffeln und, was praktisch besonders wichtig sein dürfte, vortrefflich auch in der Milch, ohne dieselbe zur Gerinnung zu bringen, oder sie sonst wie äusserlich zu verändern. Das üppigste Wachsthum zeigt er bei 30—40° C., und bei weniger als 17° stellt er sein Wachsthum und seine Vermehrung ein, ohne jedoch seine Lebens- und Entwickelungsfähigkeit einzubüssen; er erträgt sogar Frosttemperaturen ohne zu sterben. Auf günstigen Nährböden, bei günstiger Temperatur und genügendem Sauerstoffzutritt vermehrt er sich rasch, doch hört dieses Wachsthum schon nach wenigen Tagen auf und es kommt dann zur Bildung von sogenannten Involutionsformen, wobei die Bacillen schrumpfen oder quellen mit den gebräuchlichen Farbstoffen sich nur noch schlecht färben und höchst unregelmässige Gestalten annehmen. Das Vorkommen von Sporen, die im Stande wären ungünstigen Einflüssen wie z. B. der Austrocknung und dem Nahrungsmangel länger zu widerstehen als die Bacillen selbst, stellt Koch auf das Bestimmteste in Abrede. In Bezug auf die Nährsubstanzen ist der Kommabacillus relativ wenig wählerisch; nur bei starker Verdünnung derselben stellt er sein Wachsthum ein. In reinem Wasser kann er sich deshalb nach Koch nicht vermehren; nur wo das Wasser reichliche Mengen organischer Substanz gelöst enthält, wie z. B. in stangnirenden Tümpeln oder an Ufern von Flüssen und Bächen, kann eine Vermehrung der Bacillen stattfinden. Durch saure Reaction des Nährbodens wird der Bacillus getödtet, desgleichen durch vollkommene Austrocknung. Auf der Leibwäsche, dem Bettzeug und den Kleidern von Cholerakranken, welche mit bacillenhaltigen Dejectionen der Cholerakranken besudelt sind, kann der Bacillus, wenn keine Austrocknung der Gegenstände erfolgt, sich in den ersten Tagen rasch vermehren und weiterhin längere Zeit entwickelungsfähig bleiben, falls er nicht durch andere Fäulnissbakterien überwuchert und erstickt wird; in praxi mag diese letztere Art der Vernichtung des Bacillus häufig genug vorkommen. Im Reagenzglase hat Koch eine Reincultur des Bacillus fünf Monate lang lebendig erhalten. Wie auf der Wäsche

gedeiht der Bacillus auch auf feuchter Erde, und die Möglichkeit, dass er sich auch im Erdboden unter günstigen Bedingungen reproduciren könne, ist nicht in Abrede zu stellen. Im Brunnenwasser hält der Bacillus sich nach Koch 30 Tage, im Berliner Kanalwasser bis 7 Tage, in Abtrittsjauche nicht über 24 Stunden lebensfähig.

Koch glaubt nun, dass die ganze Choleraaetiologie, so weit sie bis jetzt bekannt ist, mit diesen Eigenschaften des Kommabacillus in gutem Einklang steht. Als obersten Satz stellt er die Behauptung hin, dass eine Cholera-erkrankung nur dann entstehen kann, wenn der Cholera-bacillus aus dem Darm eines Kranken entweder direct, oder nachdem er sich eine Zeit lang in der Aussenwelt aufgehalten und eventuell daselbst vermehrt hat, in die Verdauungsorgane eines andern zur Cholera disponirten Menschen hineingelangt. Es kommt nur darauf an die Wege zu erkennen, auf welchen diese Uebertragung vom Kranken auf den Gesunden erfolgt. Der directeste dieser Wege kann in der unmittelbaren Uebertragung der Dejectionen der Kranken in den Mund der Gesunden bestehen, wobei die Finger und Hände solcher Personen, die mit Cholerakranken, Cholerastühlen und beschmutzter Cholerawäsche zu thun haben, gewiss häufiger die Vermittlerrolle spielen, als früher angenommen wurde. Zweitens können wol auch Nahrungsmittel, die zufällig und unbemerkt, aber dennoch häufig genug mit Cholera-Dejectionen besudelt werden, die Uebertragung der Cholera-bacillen besorgen; auch Fliegen und Insecten dürften die Verschleppung des Keimes auf die Nahrungsmittel bewirken. Einen der häufigsten Wege zur Verbreitung der Cholera dürfte die Verunreinigung des Trink- und Gebrauchs-wassers mit Choleradejectionen abgeben. Dass die Choleraentleerungen bei sorgloser Verschüttung auf tausendfältige Weise durch Rinnsale, durch Spülwasser u. s. w in Brunnen und natürliche Wasserläufe hineingelangen können, liegt ja auf der Hand, und es wäre Zeitverschwendung, wenn ich hierauf näher eingehen würde. Da die Bacillen nach Koch sich im Inhalt von Senk- und Schwindgruben nur sehr kurze Zeit lebendig erhalten, so legt Koch auf die Möglichkeit, dass die Infection von

Abtrittsgruben zu einer Verseuchung des Erdbodens und weiterhin des Grundwassers und der Brunnen führen könne, nur wenig Gewicht. Die angeführten Verbreitungswege des Cholerakeims hält Koch für völlig ausreichend, um die Entstehung von Epidemien zu erklären, nachdem die Einschleppung von Kommabacillen, sei es durch Kranke, sei es durch deren Effecten oder durch Nahrungsmittel, einmal erfolgt ist. Von der ersten Erkrankung gehen die Ketten immer weiterer Uebertragung, sich mannigfach verzweigend, nach den verschiedensten Richtungen aus und ergeben schliesslich die Massenerkrankung der Häuser, der Ortschaften und ganzer Länder.

Das sind die Vorstellungen, die Koch sich von der Genese der Choleraerkrankung und von der Entstehung der Choleraepidemien auf Grund seiner grossartigen Entdeckungen und Untersuchungen gebildet, und auf den vielbesprochenen Berliner Choleraconferenzen der Jahre 1884 und 1885 mit glänzendem Geschick vertreten hat.

Allein der Widerspruch gegen dieselben ist nicht ausgeblieben; bekanntlich hat namentlich Pettenkofer und dessen Schule immer wieder darauf hingewiesen, dass sich doch nicht alle charakteristischen Eigenthümlichkeiten, durch die die Choleraepidemien sich auszeichnen, durch die Koch'schen Entdeckungen erklären lassen.

Warum sind die Choleraepidemien nach Intensität und Extensität unter einander so verschieden? Warum giebt es Ortschaften, in denen die Cholera niemals festen Fuss gefasst hat, obgleich weit und breit umher die grössten Verheerungen durch die Seuche angerichtet wurden? Warum beschränkt sich die Seuche erfahrungsgemäss in manchen Städten nur auf bestimmte Theile derselben? Warum hört sie so plötzlich wieder auf? Das sind die hauptsächlichsten der schwer zu beantwortenden Fragen, die Pettenkofer der Koch'schen Lehre entgegenstellt und die ihn dazu veranlassen, seine schon aus den sechziger Jahren stammende durch ausgedehnte statistische und epidemiologische Untersuchungen gestützte Ansicht von der Genese der Choleraepidemien auch jetzt noch aufrecht zu erhalten.

Eine kritische Darlegung der Pettenkofer'schen

Theorie würde zu weit führen. allein die Hauptpunkte derselben muss ich doch namhaft machen. Pettenkofer giebt zwar zu, dass die Cholera durch ein verschleppbares Virus hervorgerufen wird, allein er glaubt nicht, dass dieses Virus direct und in unveränderter Form vom Kranken auf den Gesunden übertragen werden kann, weil unter dieser Voraussetzung Epidemien überall entstehen müssten, wo dieses Virus hingelangt und choleraimmune Orte dann nicht bestehen könnten. So wie der einzelne Mensch, welcher sich einer Cholerainfection ausgesetzt hat, nur dann wirklich erkrankt, wenn er für die Cholera disponirt ist, ebenso können nach Pettenkofers Ansicht, Choleraepidemien auch nur in solchen Ortschaften entstehen, welche eine gewisse Disposition für die Cholera besitzen. Da nun erfahrungsgemäss viele Ortschaften choleraimmun sind, so setzt Pettenkofer eine örtliche Immunität bei denselben voraus, und nimmt umgekehrt an, dass Epidemien nur an solchen Ortschaften entstehen können, welche eine örtliche Cholera-Disposition besitzen. Da ferner die Cholera ausserhalb Indiens nicht permanent vorhanden ist, sondern in den befallenen Ortschaften nur zeitweilig auftritt und dann wieder schwindet, ohne dass für das Eine wie für das Andre greifbare Ursachen zu erkennen wären, so meint er, dass die örtliche Disposition auch nur zeitweilig vorhanden sein kann. Er supponirt daher eine örtliche und zeitliche Disposition der von der Cholera heimgesuchten Orte und verlegt das Hauptgewicht seiner Lehre in den Satz, dass das eingeschleppte Cholera-Virus nur an solchen Orten den Ausbruch einer Epidemie veranlassen kann, welche eine örtliche und zeitliche Disposition für die letztere besitzen. Die Ursache für die vorhandene oder fehlende örtliche Disposition sieht Pettenkofer in der Bodenbeschaffenheit (poröser Boden soll im Allgemeinen günstig, undurchlässiger Felsboden im Allgemeinen ungünstig für die Entstehung der Epidemien sein) und für die zeitliche Disposition bezeichnet er den wechselnden, grösseren oder geringeren Gehalt des Bodens an Grundwasser und Feuchtigkeit. so wie an Grundluft und organischen Substanzen als maassgebend. Alles kommt also nach

Pettenkofer auf den Boden an und von der Uebertragung der Cholera durch die Auswurfsstoffe der Kranken und von der Vermittelung dieser Uebertragung durch Nahrungsmittel und Wasser hält Pettenkofer nichts. Da nach seiner Ansicht das verschleppbare Krankheitsvirus nur dann eine Epidemie veranlasst, wenn die Disposition der betroffenen Ortschaft dabei mitwirkt, so glaubt er consequenter Weise auch nicht an die unmittelbare, specifische Virulenz der Koch'schen Cholerabacillen.

Diese radicale Negation der Koch'schen contagionistischen Lehre hat ihrerseits den Schöpfer derselben zu einer nicht weniger klaren Absage in Bezug auf die Pettenkofer'sche Bodentheorie veranlasst. Noch jüngst hat Robert Koch sich über dieselbe folgendermaassen geäussert:

«Die einzige Möglichkeit, dass Infectionsstoffe von tiefern Bodenschichten aus zur Geltung kommen, ist die, dass sie durch Spalten oder in Geröll- und Kiesboden, welcher nicht mehr filtrirt, in die Tiefe zum Grundwasser gelangen und von diesem, sofern es sich ebenfalls wieder in nicht filtrirenden, grobkörnigen Bodenschichten bewegt, in die Brunnen gespült wird. — Im Uebrigen ist es ohne Bedeutung, ob die tieferen Bodenschichten verunreinigt sind und ob das Grundwasser in denselben diese oder jene Bewegung macht. Alle Hypothesen über geheimnissvolle Vorgänge in den dem Grundwasser benachbarten Bodenschichten, über das Hinabsteigen der Infectionsstoffe in diese Schichten, ihr Reifen daselbst und das Aufsteigen der gereiften Keime mit der Bodenluft oder Flüssigkeitsströmungen stehen mit den neuern Erfahrungen über die wirklich in und auf dem Boden sich abspielenden Vorgänge nicht im Einklang und müssen deswegen fallen gelassen werden» (R. Koch. Die Bekämpfung der Infectionskrankheiten. Rede 1888).

So stehen sich auch heute noch die Koch'sche und die Pettenkofer'sche Anschauung unvermittelt gegenüber.

Im Allgemeinen liegen die Dinge aber doch so, dass wir sagen können: die Koch'schen Ansichten erwerben sich immer mehr Anhänger — an der Pettenkofer'schen

Lehre bewundert man den Scharfsinn, mit der sie von Pettenkofer aufgestellt und vertheidigt worden ist, aber man lässt sich im praktischen Handeln durch dieselbe nicht beeinflussen. Sehr deutlich tritt das Vorherrschen der Koch'schen Ansichten auch in den Schutzmaassregeln zu Tage, die jetzt allerorts ergriffen werden. Man desinficirt die Cholerastühle, die Cholerawäsche und das Trinkwasser — die durch Pettenkofer empfohlene directe Assanisation des Bodens dagegen sowie die Regulirung des Grundwassers spielt unter den Mitteln, die wir gegen die Epidemie in's Feld führen, nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Die interessanten, in Paris und Berlin ausgeführten neuesten Untersuchungen über Impfschutz und künstliche Immunisirung bei Cholera gehen gleichfalls von der Koch'schen Grundanschauung aus, dass der Kommabacillus, so wie wir ihn aus den Stuhlentleerungen der Kranken züchten, der directe Träger und Verursacher der Choleraerkrankung ist.

Theoretische Versuche, die streitenden Meinungen mit einander zu versöhnen, sind ja vielfach gemacht worden, allein ich glaube, dass nur neue epidemiologische Thatsachen und bakteriologische Entdeckungen im Stande sein werden eine definitive Klärung der Streitfrage zu bewirken.

Ich glaube mich nicht zu täuschen, wenn ich die Hoffnung ausspreche, dass die diesjährige Epidemie in dieser Beziehung Nutzen bringen wird. Wir wissen nun, welche die strittigen Punkte sind und auf welche Umstände wir bei der Beobachtung der gegenwärtigen Epidemie unsre Aufmerksamkeit zu lenken haben, um eine Entscheidung herbei zu führen. Auch jetzt schon liegen die Ergebnisse einiger Forschungen vor, welche vielleicht geeignet sind, die Cholerafrage ein wenig zu fördern. Namentlich ist es Hüppe, welchem wir eine wesentliche Bereicherung der Biologie des Cholerapilzes verdanken. Hüppe und seine Schüler haben nämlich nachgewiesen, dass bei der Cultivirung der Cholerabacillen auf verschiedenen Nährböden, bei verschiedener Temperatur und bei stärkerer oder geringerer Sauerstoffzufuhr die Wuchsform der Bakterien eine sehr verschiedene ist, so dass die typische Komma-

gestalt ganz unkenntlich werden kann. Hieraus erklärt sich die von Cunningham constatirte Thatsache, dass auch in den menschlichen Choleradejectionen durchaus nicht immer die typischen Kommabacillen, welche Koch ursprünglich für allein charakteristisch hielt, sondern auch andere Formen vorkommen, die jedoch keine fremde Species von Mikroben, sondern nur eine andre Erscheinungsform der echten Cholerabacillen darstellen. Demselben Forscher verdanken wir die Erkenntniss, dass auch die specifische Virulenz und die Widerstandsfähigkeit der Bakterien gegen schädigende Einflüsse unter verschiedenen Lebensbedingungen sehr variabel ist. Der typische Koch'sche Kommabacillus, welcher im sauerstoffarmen Darminnern wächst, besitzt eine sehr grosse Virulenz und Ansteckungsfähigkeit, ist aber, wie wir gesehn haben, gegenüber den Wirkungen der Magensäure und der Austrocknung, so wie bei der Concurrenz mit andern saprophytischen Bakterien, nur wenig widerstandsfähig. Diese Eigenschaften bewahrt er auch bei der anaëroben Züchtung im Hühnerei. Dagegen nimmt die Production des specifischen Choleratoxins, welche im Darm und im Hühnerei energisch vor sich geht, sehr bald ab, wenn man den Bacillus auf beliebigen andern Nährböden bei Luftzutritt züchtet; bei dieser aëroben Art der Züchtung gewinnt er aber an Widerstandsfähigkeit und Lebenszähigkeit und kann sogar Arthrosporen produciren, die wir als eine Art Dauerform des Bacillus ansehen dürfen. Durch diese Entdeckung wird, wie mir scheint, eine fühlbare Lücke in der Koch'schen Beweisführung geschlossen. Das Auftreten der, namentlich zu Beginn einer Epidemie, häufigen sporadischen Erkrankungen, welche längere Zeiträume zwischen sich lassen, wird uns nun verständlich, während sie bei der Koch'schen Lehre von der kurzen saprophytischen Lebensdauer der Bakterien nur schwer zu erklären war. Auch die zunehmende Bösartigkeit der Erkrankungen während des Ansteigens einer Epidemie, ist nun leicht zu begreifen, wenn wir bedenken, dass die Krankheitsträger der ersten vereinzelten Fälle durchschnittlich solche sein müssen, die schon längere Zeit ein aërobes, saprophytisches Dasein geführt, und dabei ihre

Virulenz theilweise eingebüsst haben, während späterhin, wo massenhaft virulente, direct aus dem Darm stammende Bakterien an die Aussenwelt abgesetzt werden, schwerere Erkrankungen sich häufen, weil die Chance, dass virulente, erst kürzlich aus dem Darm entleerte Bakteriensaaten wieder in den Darm eines andern Menschen hineingelangen, jetzt grösser ist.

Noch auf einen weitern Punkt möchte ich aufmerksam machen: Die Annahme, dass der Cholerabacillus längere Zeit als bisher geglaubt wurde, im Erdboden existiren und sich, wenn auch in abweichender Form, ernähren und sich vermehren kann, hat nach den Hüppe'schen Untersuchungen nichts Unwahrscheinliches mehr; warum sollte die eine Bodenart dem Bacillus nicht mehr zusagen können als eine andere? Finden wir doch dieses Verhalten in der ganzen Pflanzenwelt als Regel verbreitet. Eine jede Pflanze verlangt zu ihrem Gedeihen eine passende Bodenbeschaffenheit. Und wenn nun der Bacillus in einem geeigneten Erdboden vegetiren und sich in demselben gar vermehren kann, warum sollte da eine Infection der Menschen vom Erdboden aus, etwa durch Vermittelung des Grund- und Brunnenwassers nicht auch möglich sein? Ich muss gestehen, dass ich mich trotz Koch von einer derartigen Annahme nicht los machen kann und mit Hüppe der Ueberzeugung bin, dass die Koch'sche Lehre von der Belanglosigkeit der Bodenbeschaffenheit für die Verbreitung der Cholera einer starken Einschränkung bedarf.

Zu dieser Ueberzeugung hat mich schon vor Jahren das Studium der von Weyrich (Dorpater medic. Zeitschr. Bd. IV 1873) trefflich beschriebenen Dorpater Choleraepidemie vom Jahre 1871 geführt.

Leider ist diese Arbeit nicht so bekannt geworden die sie es verdiente; aber weil sie auf sehr gewissenhaften Beobachtungen beruht und die einzelnen Krankheitsfälle der Epidemie in Bezug auf ihre ätiologischen Zusammenhänge aufs Genaueste darlegt, so lohnt es sich wohl auf dieselbe näher einzugehen und sie im Licht unsrer heutigen Anschauungen zu betrachten.

(Cfr. den beiliegenden, der Weyrich'schen Arbeit ent-

nommenen Plan der Stadt Dorpat, in welchem die von der Epidemie ergriffenen Stadttheile durch rothen Druck bezeichnet sind).

Die Stadt Dorpat, welche im Jahre 1871 etwa 22,000 Einwohner zählte, liegt zum grössten Theil in der Flussniederung des Embachthales. Die sanften Abhänge desselben rücken da, wo die Stadt gelegen ist, weiter auseinander und lassen ein ausgedehntes Sumpfterrain zwischen sich, auf welchem sich zu beiden Seiten des Flusses die ärmeren Stadttheile ausdehnen, während die übrige Stadt höher liegt und sich, allmählich die Hügelabhänge hinaufziehend, zum Theil noch auf das umgebende Plateau ausdehnt. Der niedrig gelegene ärmere Stadtbezirk ist auf beiden Flussufern häufigen, einige Partien desselben sogar jährlichen Frühlingsüberschwemmungen ausgesetzt. Die Wasserversorgung der Stadt geschieht durch Brunnen, die zum grossen Theil nur wenig tief sind und direct das in den sumpfigen Stadttheilen sehr hoch stehende Grundwasser schöpfen. Eine Wasserleitung giebt es nicht.

Was nun die Epidemie von 1871 betrifft, so dauerte dieselbe vom 9. August bis zum 8. November, während welcher Zeit im Ganzen 160 Cholerafälle vorkamen. Die Seuche trat, wie auch anderwärts, überwiegend in Herden auf, die sich auf einzelne Häuser beschränkten und als Hausepidemien bezeichnet werden können. Im Ganzen sind 52 Häuser heimgesucht worden, und von diesen 52 Häusern betheiligten sich 22 mit je einem (isolirten) Fall, während in 8 Häusern je zwei Fälle, in 7 Häusern je drei Fälle und in 15 Häusern je vier bis sechszehn Fälle vorkamen. Was die Verbreitung der Epidemie anlangt, so hat dieselbe sich gewisse topographisch ziemlich genau abgegrenzte Gegenden der Flussniederung zu ihrem ausschliesslichen Tummelplatz gewählt, während sie die höher gelegenen Stadtgebiete, in denen zerstreut nur neun isolirte Erkrankungsfälle vorkamen, als Epidemie durchaus verschonte. Man kann daher von folgenden «Cholerabezirken» sprechen: Der erste Cholerabezirk ist auf dem rechten Embachufer gelegen und zieht sich von der Holzstrasse über die Fischer-

und Marktstrasse bis in die Alexanderstrasse hinein. Dieser Bezirk lieferte 90 Erkrankungen, welche sich auf 22 Häuser vertheilten. Die Häuser liegen hier meistens eng bei einander und sind dicht bewohnt. Der zweite Cholerabezirk liegt dem erstgenannten gegenüber, auf dem linken Embachufer und umfasst ein weniger bebautes, von umfangreichen Gemüsegärten durchzogenes Terrain, welches sich, der Strassenanlage entsprechend, das Embachufer entlang, durch die Linden- und Annenhofsche Strasse hinzieht. Dieser Bezirk lieferte, auf 17 Häuser vertheilt, 51 Erkrankungen. Der dritte Cholerabezirk, gleichfalls auf dem linken Embachufer gelegen, beschränkte sich auf die Malz-Mühlenstrasse und lieferte nur 10 Kranke, welche sich auf vier Häuser vertheilten.

Diese drei Cholerabezirke bieten sehr übereinstimmende Verhältnisse dar, durchgängig Sumpfboden und schlechtes Trinkwasser. Ihre Einwohner gehören dem niedern Proletariat an und wohnen in elenden, überfüllten, schmutzigen und schlecht gelüfteten Häusern. Von den 43 cholerainficirten Häusern, welche sich auf diese drei Bezirke vertheilen, haben 13 nur je einen Krankheitsfall aufzuweisen, in den übrigen 30 Häusern kamen, wie schon gesagt, je zwei bis sechszehn Cholerafälle auf ein Haus; in dem grössten Theil der den drei Cholerabezirken angehörigen inficirten Häuser haben sich also die Cholerafälle wiederholt und kleine Hausepidemien bewirkt.

Es bleiben nun noch die 9 sporadischen Erkrankungen übrig, welche in der übrigen Stadt zerstreut vorkamen; sie blieben sämmtlich vereinzelt und keiner hat eine weitere Erkrankung der Hausgenossen, noch auch eine Infection benachbarter Häuser nach sich gezogen.

Die geschilderte Ausbreitung der Epidemie und die Anhäufung der Erkrankungen gerade in solchen Gegenden, die sich sämmtlich im Gegensatz zu fast allen übrigen nicht inficirten Stadttheilen, durch ungünstige Bodenverhältnisse auszeichnen, giebt doch Manches zu denken. Schmutz und Armuth herrscht auch in andern Theilen Dorpats, namentlich im ganzen übrigen, auf dem linken

Embachufer gelegenen Stadttheil. Die einzige ersichtliche Differenz besteht nur darin, dass der letztere höher gelegen und den Ueberschwemmungen nicht ausgesetzt ist. Der erste und der zweite Cholerabezirk dagegen, ziehen sich, wie jedem Dorpatenser, der einen Blick auf den beigefügten Stadtplan thut, sofort einleuchten wird, an der Grenze desjenigen Stadtgebietes hin, welches von den Flussüberschwemmungen heimgesucht zu werden pflegte. Dasselbe lässt sich von dem Cholerabezirk der Malz-Mühlenstrasse sagen. Ich muss gestehen, dass ich nicht einsehe, wie ein stricter Anhänger der Koch'schen contagionistischen Lehre, diese Beschränkung der Epidemie auf bestimmte engumgrenzte Stadtbezirke erklären will. Dass Hausepidemieen durch mehr oder weniger directe Uebertragung des Krankheitsvirus, wie Koch sie annimmt, zu Stande kommen können, will ich gern zugeben; wenn aber dies die einzige Verbreitungsweise der Cholera sein sollte, dann ist es mir unverständlich, warum unter 43, zu den beschriebenen Cholerabezirken gehörigen Häusern, 30 eine mehr- und sogar vielmalige Erkrankung aufwiesen, während von den 9 in den nicht ergriffenen Stadttheilen gelegenen cholerainficirten Häusern, kein einziges von einer Hausepidemie heimgesucht wurde. Sollten die Einwohner der neun letzterwähnten Häuser wirklich mit den Cholera-Dejectionen so viel vorsichtiger umgegangen sein, als die Bewohner der Cholerabezirke? Das scheint mir doch sehr unwahrscheinlich. Ich kann mir die Sache nur mit Hülfe der Annahme erklären, dass sich in den Häusern, wo sich Hausepidemieen entwickelten, ausser der directen Uebertragung des Virus, noch andre Infectionsquellen aufgethan haben müssen, welche in den Häusern mit isolirten Erkrankungen fehlten.

Warum liegen ferner die Häuser, in denen Massenerkrankungen vorkamen, alle nahe bei einander? Auch diese Frage ist nach der Koch'schen Lehre kaum zu beantworten. Der nachbarliche Verkehr allein kann das nicht bewirkt haben, denn wir wissen, dass durch andere contagiösen Krankheiten z. B. die Pocken, deren Ausbreitung durch den Verkehr vermittelt wird, zwar auch

Hausepidemien entstehen, aber niemals einzelne Stadtbezirke so ausschliesslich ergriffen werden, wie hier bei der Cholera. Gemeinsame auf die Cholerabezirke beschränkte Bezugsquellen der Nahrungsmittel, wie etwa der Milch, sind nicht anzunehmen und ebensowenig kommt eine gemeinsame Benutzung des Trinkwassers hier in Betracht, denn fast jedes Haus besitzt seinen eigenen Brunnen. Die Koch'sche Lehre lässt uns hier im Stich und wenn wir nicht annehmen wollen, dass der Grund und Boden bei der Verbreitung des Choleravirus eine Rolle gespielt hat, so müssen wir überhaupt auf eine Erklärung der eigenthümlichen Localisation unserer Epidemie verzichten. Ich sehe mich zu der Annahme gezwungen, dass der sumpfige Untergrund der inficirten Stadttheile dem Cholerabacillus einen bessern Nährboden geboten hat, als das trocknere Areal der übrigen Stadt. Und wenn man fragt, wie der Bacillus dann wieder aus dem Boden in den erkrankenden Menschen gelangt ist, so glaube ich, dass das hochstehende Grundwasser und die Brunnen die Vermittlerrolle gespielt haben. Mit unsern heutigen Kenntnissen von den Lebenseigenschaften des Cholerabacillus steht diese Annahme keineswegs im Widerspruch. In diesem Sinne theile ich den alten Volksglauben, dass Choleraepidemieen durch Brunnenvergiftung zu Stande kommen können. Aber freilich, je mehr die altmodischen, bei jedem Hause und Gehöft befindlichen Einzelbrunnen durch rationelle Wasserleitungen ersetzt werden, desto seltener muss jene Entstehungsweise der Epidemieen zur Beobachtung kommen.

Ein ausschliesslicher Anhänger der Bodentheorie bin ich aber noch lange nicht. Der Möglichkeiten giebt's viele und offenbar entwickeln und verbreiten sich die verschiedenen Choleraepidemien nicht alle auf den gleichen Wegen.

Vielmehr kann ich Ihnen über eine Choleraepidemie berichten, welche mit Bodenbeschaffenheit und Grundwasser nichts zu thun hatte, sondern durch das Trinkwasser einer Wasserleitung verursacht wurde. Der Fall

scheint mir so eindeutig, dass er eine Veröffentlichung an dieser Stelle verdient.

Es handelt sich um eine Epidemie, die sich im Winter 1871/1872 in Reval abspielte. (cfr. den beigefügten Plan der Stadt Reval, in welchem die inficirte Wasserleitung roth gedruckt ist).

Die zu Anfang der siebziger Jahre etwa 35000 Einwohner zählende Stadt Reval liegt am Nordufer der aus steil abfallenden Kalkfelsen bestehenden Küste Estlands, am finnischen Meerbusen. Das Kalkfelsplateau Estlands tritt hier in weitem, nach Norden offenen Halbkreis vom Meeresufer zurück und lässt eine aus Dünensand bestehende, etwa 8—10 Kilometer im Durchmesser haltende, nach Norden zum Meer offene Tiefebene frei, in deren Mitte die Stadt Reval gelegen ist. Dieselbe besteht aus der noch jetzt theilweise von mittelalterlichen Thürmen und Mauern umgebenen Altstadt, und ausgedehnten Vorstädten, die nach allen Richtungen von den nach Narva, Dorpat, Pernau und Baltischport führenden Chausseen durchschnitten werden. Das Südende der Altstadt bildet eine ganz isolirt aus der Tiefebene sich erhebende aus Kalkstein bestehende Klippe, der sogenannte Domberg, deren Höhe etwa 80 Fuss über dem Niveau der übrigen Altstadt liegt und ein flaches etwa 1/2 Quadrat-Kilometer grosses Hochplateau darstellt Auf diesem Plateau steht das alte Comthurschloss des einstigen Schwertbrüderordens, das jetzt theils als Sitz des Gouverneurs und mehrerer Verwaltungsbehörden, theils als Gefängniss benutzt wird. Der übrige Raum des Plateaus wird von Privathäusern und der Domkirche eingenommen und besass zur Zeit der in Rede stehenden Epidemie ausser ein paar alten, sehr tiefen, kaum benutzbaren Brunnen keinerlei Wasserleitung, so dass das Gebrauchswasser mit Pferd und Tonne angeführt werden musste. Als Trinkwasser diente den Bewohnern des Domberges eine Quelle, (die s. g. Karriquelle , die am Südostrande der Altstadt in der Tiefebene entspringt. Was die Wasserversorgung der übrigen Stadt betrifft, so erhielt dieselbe seit Alters ihr Wasser aus einem etwa drei Kilometer entfernten südlich von der Stadt auf der Höhe des estländischen

Plateaus gelegenen See. Von hier wurde das Wasser vermittelst eines oberirdischen gemauerten Kanals, welcher sich zwischen der dörptschen und pernauschen Strasse hinzog und in seinem Lauf durch die, um die Stadt herumgelegenen Wiesen offen, von der Grenze der bebauten Vorstadt an, aber gewölbt war. In seinem Verlauf durch die Vorstadt speiste derselbe mehrere, in der Nähe der Rosenkranzstrasse gelegene offene Brunnen, von denen sich der letzte, der sogenannte Arrestantenbrunnen, hart am Fusse des Domberges befindet. Aus diesem Arrestantenbrunnen bezogen die Bewohner des Domberges, und unter ihnen auch die Insassen des Gefängnisses ihr Gebrauchswasser. Von den Gefangenen wurde das letztere auch zum Trinken benutzt, während die übrigen Bewohner des Doms ihr Trinkwasser meist aus der schon erwähnten Karri-Quelle bezogen, welche ein reineres und wohlschmeckenderes Wasser lieferte. Jenseit des Arrestantenbrunnens theilte sich die Wasserleitung in mehrere Arme, von denen der eine am Süd- und Ostrande der Altstadt, ausserhalb der Stadtmauern, unterirdisch hinzieht und sich schliesslich ins Meer ergiesst, während die übrigen sich unter der Altstadt vertheilten und die offenen Brunnen der Stadt speisten In den 60. Jahren wurde eine neue, gleichfalls aus dem schon genannten See entspringende Wasserleitung angelegt; dieselbe bildet ein allen Anforderungen der Neuzeit entsprechendes geschlossenes Röhrensystem, dessen Netz den grössten Theil der Vorstädte, sowie die Altstadt, mit einziger Ausnahme des Domberges, mit gutem Wasser versorgt. Da die alte Wasserleitung nunmehr zum grössten Theil unnütz geworden war, so wurden die offenen Brunnen derselben geschlossen. Nur die bei der Rosenkranzstrasse befindlichen Brunnen und der Arrestantenbrunnen, welcher von den Bewohnern des Domberges nicht gemisst werden konnte, blieben zur fernern Benutzung offen. Das Wasser dieser alten Leitung wurde also nur noch von den Bewohnern der Gegend der Rosenkranzstrasse und von den Arrestanten des Schlossgefängnisses als Trinkwasser benutzt.

Die letzte Choleraepidemie in Reval, welche, wie fast

immer von Petersburg eingeschleppt worden war, gewann nur eine geringe Ausdehnung und kam im Spätherbst des Jahres 1871 zum Ausbruch. Sie begann am 4. Oct. und erreichte ihr Ende mit dem 21. November; im Ganzen kamen nur 86 Erkrankungen zur Anzeige, von denen 32 genasen und 54 starben. Diese kleine Epidemie sollte jedoch noch ein Nachspiel haben. Kurz vor Weihnachten hatte man bei der Reinigung der Abtrittsgrube der für die Behandlung der Cholerakranken benutzten Baracke des Hospitals des Collegiums der allgemeinen Fürsorge (Stadthospital) den Inhalt derselben unerlaubter und heimlicher Weise auf die Wiesen abgeführt, durch welche der offene Kanal der alten Wasserleitung sich hinzieht. Hier war der Grubeninhalt einfach auf den Schnee ausgegossen worden, nicht sehr weit von der Wasserleitung. Als nun, unmittelbar vor Weihnachten plötzlich starkes Thauwetter eintrat, musste sich das verunreinigte Schneewasser zum Theil in den Wasserleitungskanal ergiessen. Schon am 24. December kam ein Cholerafall in Behandlung, die Zahl der Fälle mehrte sich rasch und zwar im Rayon der alten Wasserleitung welche, wie wir gesehen die dort befindlichen Brunnen speiste. Am auffallendsten war die Erkrankung zahlreicher Arrestanten des Schlossgefängnisses auf dem Domberg, welcher Stadttheil in den früheren Choleraepidemien immer verschont geblieben war und deshalb für immun galt. Nächst dem kamen die meisten Erkrankungen in der Rosenkranzstrasse und deren nächster Umgebung vor. Die übrige Stadt blieb von der Epidemie verschont. Wie viel Erkrankungen an der Cholera unter den Bewohnern des Domberges, abgesehen von den Gefangenen, vorgekommen sind, habe ich nicht erfahren können. Jedenfalls können es nur sporadische Fälle in geringer Zahl gewesen sein.

Die in Folge dessen angeordnete Untersuchung ergab die oben angeführte Unordnuug der Abfuhr und liess das Wasser der alten Wasserleitung als die Quelle des erneuten Ausbruchs der Cholera erkennen. Sofort wurden nun sämmtliche von der erwähnten Leitung gespeiste Brunnen geschlossen und der Zufluss des Schneewassers in den Wasserleitungskanal durch Aufschüttung eines

Dammes verhindert. Am 16. Februar 72 kam der letzte Cholerafall vor und hiermit erlosch die Epidemie. Im Ganzen waren vom 24. December 1871 bis zum 16. Februar 1872 145 Personen (darunter gegen 80 Arrestanten) erkrankt, und von ihnen 63 genesen und 82 gestorben.

Ein Einzelfall aus dieser Epidemie mag noch erwähnt werden, weil seine Genese sehr klar zu sein scheint. Ein junger Mann (Baron P., auf dem Domberge wohnhaft), hatte seit Wochen an einer Kniegelenksentzündung zu Bette gelegen und keinerlei Verkehr mit choleraverdächtigen Personen gehabt; eines Tages war sein Trinkwasser, welches aus der Karri-Quelle bezogen wurde, ausgegangen und er entschloss sich dazu, aus dem Waschkrug, der mit Wasser aus dem Arrestantenbrunnen gefüllt war, seinen Durst zu löschen. Danach erkrankte er an der Cholera, von der er übrigens genas. Seine Eltern und Geschwister mit der Dienerschaft hatten kurz vorher die Stadt verlassen und waren auf ihr Gut hinausgezogen; dort erkrankten alsbald eine Magd und ein Diener, welche in der Stadt ebenfalls das Wasser aus der alten Leitung zum Trinken benutzt hatten, an der Cholera. Die Magd starb.

Für die Zuverlässigkeit der angeführten Daten kann ich volle Garantie übernehmen, da sie mir von meinem Oheim Dr. J. Dehio in Reval, freundlichst zur Veröffentlichung mitgetheilt sind; derselbe war zur Zeit der Epidemie Gehilfe des Medicinalinspectors von Reval und hat die ganze sanitätsärztliche Untersuchung genauverfolgt.

Da seit der von Maragliano geschilderten Leitungswasser-Epidemie in Genua (cfr. 4. Sitzung der Choleraconferenz in Berlin 1885. Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 37. b.) keine derartigen Ausbrüche der Cholera meines Wissens mehr gemeldet worden sind, so dürfte der vorstehende Revaler Fall gewiss Interesse und Beachtung verdienen. Wenn man an denselben eine derartige, scharfe Kritik legen will, wie sie von Pettenkofer auf der genannten Conferenz gegen die Genueser Epidemie angewandt worden ist, so werden sich ja gewiss auch hier Lücken in der Stringenz der Beweisführung finden. Wir haben es eben nicht mit einem wissenschaftlichen Ex-

periment zu thun, dessen Bedingungen wir nach unserm Belieben einrichten können und das daher auch gegen die schärfste Kritik gewappnet sein muss, sondern es liegt uns eine gute, aber immerhin zufällige naturhistorische Beobachtung vor, die vorurtheilsfrei verwerthet sein will. Ich glaube, dass jeder unbefangene Kritiker darin mit mir übereinstimmen wird, dass die geschilderte Revaler Epidemie ihre einfachste und natürlichste Erklärung in der Annahme einer Verunreinigung des Wassers der alten Wasserleitung durch Choleradejectionen findet.

Zur Trachomstatistik in Livland.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage zu Wenden am 16. September 1892.

Von

Dr. Axel Oehrn,
(Wendau in Livland).

Seitdem das Trachom sich in unseren Provinzen stärker verbreitet hat — nach Rählmann ist es am Anfang dieses Jahrhunderts durch die aus Frankreich zurückkehrenden russischen Truppen eingeschleppt worden [1]) — hat es stets das besondere Interesse der Aerzte wachgehalten. Dafür zeugen zahlreiche Arbeiten, die sich mit der Verbreitung des Trachoms in den Ostseeprovinzen, ganz besonders aber in Livland, beschäftigen. Einerseits finden wir in den Dissertationen von Germann [2]), Stavenhagen [3]) und Anderen statistische Bearbeitungen des Materials der Augenheilanstalten, namentlich der Dorpater Klinik und der Reimers'schen Anstalt in Riga.

Weiter hat Gustav Reyher 1857 die Dorf- und Parochialschulen der im Dörptschen Kreise belegenen Kirchspiele Lais und Bartholomäi untersucht und bei 62 pCt. der Schüler das Vorhandensein von Trachom constatirt [4]).

---

[1]) Rählmann: Ueber Trachom. Volkmann's klin. Vortr. Nr. 263. 1885.

[2]) Germann: Statist. klin. Untersuchungen über das Trachom. 1883.

[3]) Stavenhagen: Klin. Beobachtungen aus der Wittwe-Reimerss'chen Augenheilanstalt zu Riga. 1868.

[4]) G. Reyher: De trachomatis initiis, statisticis de eo notationibus adjunctis. 1857. Dissert.

Die umfassendsten Untersuchungen über die Verbreitung der Augenkrankheiten, namentlich des Trachoms, in Livland sind aber von den Professoren G. von Oettingen und G. von Samson in den Jahren 1856—59 angestellt worden. Es wurden in den einzelnen Kirchspielen und Gebieten des ganzen Livland an bestimmten Tagen sämmtliche Augenkranke versammelt und untersucht. Die Resultate sind dann von Weiss [5]) und L. von Holst [6]) in ihren Dissertationen bearbeitet worden. Es ergab sich, dass mehr als 1 pCt. der Gesammtbevölkerung Livlands trachomkrank war. In einigen Districten stieg die Zahl sogar bis auf 4½ pCt.

Alle bisherigen Untersucher stimmen darin überein, dass für die grosse Verbreitung des Trachom's unter dem Landvolke vorwiegend die hygienisch ungünstigen Lebensbedingungen desselben verantwortlich zu machen sind, namentlich die dunklen niedrigen, beständig von Rauch erfüllten, jeder rationellen Ventilation entbehrenden Wohnräume, wie sie zur Zeit der damaligen Untersuchungen die Regel bildeten. Reyher hat für die von ihm untersuchten Schulen den verderblichen Einfluss dieser Rauchstuben zahlenmässig nachgewiesen, indem er fand, dass in relativ rauchfreien Schulstuben 56 pCt. der Kinder trachomkrank waren, während diese Zahl in rauchigen Stuben bis auf 68 pCt. stieg. Es ist ja auch von vornherein einleuchtend, dass eine beständig gereizte, resp. schon katarrhalische Conjunctiva der Infection mit Trachom weit zugänglicher sein muss, als eine bisher mehr oder weniger intacte.

Nun, m. H., die Lebensverhältnisse unseres Landvolkes sind ja seitdem ganz erheblich bessere geworden. An die Stelle der Rauchstuben von damals sind fast überall Wohnungen getreten, die den Anforderungen der Hygiene weit mehr entsprechen, wenn sie auch noch recht viel zu wünschen übrig lassen. Das geistige Niveau des Volkes hat sich gehoben, der einzelne wendet seinem Körper und

---

[5]) C. Weiss: Zur Statistik und Aetiologie der etc. Augenkrankheiten, besonders des Trachoms. 1861.

[6]) L. von Holst: Variae theoriae de trachomatis natura etc. 1856.

seiner Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu, in Folge dessen ist das Bedürfniss nach dem Arzte überall gewachsen und es ist nicht mehr so absolute Regel, dass die Krankheit vernachlässigt wird, so lange sie nicht die Arbeitsfähigkeit in empfindlicher Weise beeinträchtigt.

Angesichts des langen Zeitraumes, der seit den letzten trachomstatistischen Erhebungen verflossen ist, sowie angesichts der sicher vorhandenen Fortschritte in hygienischer Beziehung wäre es von grossem Interesse zu erfahren, wie es jetzt mit der Verbreitung des Trachom's in Livland steht und ob namentlich eine Abnahme desselben sicher zu constatiren ist.

Von diesen Erwägungen ausgehend habe ich im Laufe des letzten Jahres eine trachomstatistische Enquête angestellt, über deren Resultate ich Ihnen heute berichten will. Vorher gestatten Sie mir, Ihnen kurz den dabei eingeschlagenen Weg anzugeben.

Die ganze Bevölkerung, resp. alle Augenkranken zu untersuchen, wie es 1856—59 geschehen ist, dürfte jetzt kaum mehr ausführbar sein, weil uns die dazu nöthigen Autoritäten, wie sie damals durch die Gutsverwaltungen repräsentirt wurden, nicht mehr zur Verfügung stehen. Es blieben mir daher zur Ermittelung der Trachomverbreitung nur die beiden anderen oben angeführten, schon früher betretenen Wege übrig. Einmal galt es, die Anzahl der in einem gewissen Zeitraum von den Aerzten Livland's behandelten Augenpatienten, speciell der Trachomkranken zu ermitteln; dann aber weiter die Dorfschulen zu untersuchen, die mir für meinen Zweck besonders geeignet erschienen, weil das in ihnen gebotene Material in sehr gleichmässiger Weise das ganze zur Schule gehörende Gebiet repräsentirt und dieselben ausserdem, namentlich durch Vermittelung der Herren Pastoren, wohl überall den Aerzten zugänglich sind.

In diesem Sinne wandte ich mich im November des vorigen Jahres an sämmtliche auf dem Lande practicirenden Collegen und sandte ihnen 2 Fragebögen zur Beantwortung zu, von denen der erste sich auf die Verbreitung des Trachom's in den Dorfschulen bezog, der zweite auf die in den letzten 5 Jahren behandelten Au-

genpatienten. Auf 76 Anfragen habe ich in Bezug auf den ersten Punkt 28, in Bezug auf den zweiten 38 Antworten erhalten.

I.

Was zunächst die Verbreitung des Trachom's in den Dorfschulen anbetrifft, so sind überhaupt untersucht worden ca. 190 Schulen in 35 Kirchspielen und 2 Städten (Fellin und Pernau) mit 11310 Schülern im Alter von 8 bis 18 Jahren. Am meisten, nämlich 2303 Kinder entfallen davon auf den Walk'schen Kreis, weiter folgen: Dorpat mit 2160, Wenden 1738, Werro 1447, Wolmar 1285, Fellin 951, Riga 812 und Pernau mit 614 Kindern. Von diesen wurde bei 1996, also 17,6 pCt. Trachom constatirt.

Sehen wir uns die Vertheilung dieser Zahlen auf die einzelnen Kreise an, so weist der Rigasche Kreis den geringsten Procentsatz auf, nämlich nur 3,6 pCt. Weiter folgt Pernau mit 5,0 pCt., Wolmar 8,7 pCt., Wenden 16,2 pCt., Walk 19,5 pCt., Werro 23,0 pCt., Dorpat 23,6 pCt. und Fellin mit 25,7 pCt. Oesel habe ich garnicht berücksichtigen können, weil es dort überhaupt keine Landärzte giebt.

Von den genannten Zahlen möchte ich die für Wenden (16,2 pCt.) von vornherein beanstanden. Ich erinnere Sie, meine H., an die Thatsache, dass auf dem 2. Livländ. Aerztetage Dr. Jaesche sich an die Wenden'schen Collegen gewandt hat, mit der Bitte, ihm zu Demonstrationszwecken einen Trachomkranken zu verschaffen, aber ohne Erfolg, da sich ein solcher in der Stadt nicht auftreiben liess. In demselben Sinne schreibt mir der College Kiwull aus Wenden, er habe in 9 Monaten nur 4 Fälle von Trachom behandelt, von denen 3 noch obendrein aus dem Wolmar'schen stammten. Wie erklärt sich dem gegenüber die hohe Zahl 16,2 pCt. für den Wenden'schen Kreis?

M. H. In demselben sind im Ganzen in 5 Kirchspielen Schulen untersucht worden und zwar in Alt- und Neu-Pebalg, Erlaa, Serben und Löser. In ersteren 4 Kirchspielen hatten 6,09 pCt. der Kinder Trachom, in Löser

dagegen 50,8 pCt.! Der Unterschied ist enorm und wäre der hohe Procentsatz für Löser wohl nur durch ganz besonders ungünstige locale Verhältnisse zu erklären. So lange nur aus 5 von 16 zum Wenden'schen Kreise gehörenden Kirchspielen Untersuchungen vorliegen, möchte ich die hohe Zahl für Löser unberücksichtigt lassen und den Procentsatz für den Kreis nur aus den 4 anderen Kirchspielen berechnen, also statt 16,2 pCt. — 6,09 pCt. setzen.

Die Zahl für Pernau möchte ich vorläufig überhaupt nicht berücksichtigen, weil ausser 4 städtischen Elementarschulen nur ein einziges Landkirchspiel des Kreises untersucht worden ist. Nach dem bisher vorliegenden kleinen Material scheint Pernau weit günstiger dazustehn, als die übrigen estnischen Kreise, was auch die weiter unten zu erwähnende Statistik bestätigt [7]).

Nach Ausführung dieser Correcturen erhalten wir folgende Reihe: Minimum Riga mit 3,6 pCt., ferner Wenden 6,09 pCt., Wolmar 8,7 pCt., Walk 19,5 pCt, Werro 23,0 pCt., Dorpat 23,6 pCt. und als Maximum Fellin mit 25,7 pCt.

Entsprechend früheren Erfahrungen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem südlichen lettischen und nördlichen estnischen Theil Livland's. In ersterem erwiesen sich 11,4 pCt. der untersuchten Schulkinder als trachomkrank, in letzterem dagegen 23,8 pCt., also mehr als doppelt so viel. Die Verbreitung des Trachom's nimmt von Süden nach Norden gleichmässig zu, nur der Walk'sche Kreis zeigt gegenüber dem Wolmar'schen einen starken Sprung von 8,7 pCt. auf 19,5 pCt.

Dieser Unterschied zwischen dem estnischen und lettischen Livland findet wohl zum Theil in culturellen und socialökonomischen Differenzen seine Erklärung: sowohl was Bildung als Wohlhabenheit anbetrifft, sind die Letten den Esten entschieden voraus: die Wohnungen sind hy-

---

[7]) Von Pernau'schen Collegen liegen mir Mittheilungen vor nach welchen das relativ seltene Vorkommen von Trachom in diesem Kreise vollständig den in ihrer Praxis seit Jahren gemachten Erfahrungen entspricht.

gienisch besser construirt, das Bedürfniss nach ärztlicher Hülfe ist ein allgemeineres, die Mittel, sich dieselbe zu verschaffen, sind reichlicher vorhanden, alles Umstände, die in Bezug auf die Verbreitung des Trachom's gewiss nur einen günstigen Einfluss ausüben können. Andererseits mögen zur Erklärung dieses Unterschiedes wohl auch zum Theil die namentlich von Adelmann betonten Verschiedenheiten im anatomischen Bau der Orbitae bei Letten und Esten heranzuziehen sein.

Unter den 1 310 untersuchten Kindern waren 6337 Knaben und 4973 Mädchen, davon trachomkrank 1118 Knaben und 878 Mädchen, also je 17,6 pCt. Beide Geschlechter sind also ganz gleichmässig ergriffen. Für die späteren Alterstufen ist sowohl von früheren Untersuchern als auch von mir durch die später anzuführenden statistischen Erhebungen ein ganz beträchtlicher Unterschied zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts constatirt worden. Das Resultat der Schuluntersuchungen kann daher als Beleg dafür dienen, dass der für's vorgerücktere Alter constatirte Unterschied wohl kaum durch die zur Erkrankung an Trachom mehr geneigte Constitution des Weibes bedingt sein kann, wie Arlt und Holst annehmen, sondern wohl auf Unterschieden in Lebensweise und Beschäftigung der Geschlechter beruht, welche im schulpflichtigen Alter noch nicht zur Geltung kommen. Reyher hat allerdings auch für's jugendliche Alter einen Unterschied nachweisen können, doch ist derselbe zu gering — 60 pCt. gegen 64 pCt. — um als Gegenbeweis gelten zu können.

Ich habe dann weiter die Trachomfrequenz für die einzelnen Lebensjahre vom 8. bis 18. berechnet. Mit 13 pCt. im 8. Jahre beginnend, steigt sie ziemlich regelmässig an, um im 13. und 14. Jahre mit 19,5 pCt. und 19,8 pCt. das Maximum zu erreichen und dann wieder mit geringen Schwankungen abzunehmen. Ganz analoge Verhältnisse hat Reyher gefunden.

Die Curve für die Knaben hat im Ganzen denselben Verlauf, nur ist das Maximum auf das 14. und 15. Jahr verschoben.

Ganz unregelmässig verläuft sie bei den Mädchen: das

Maximum fällt hier auf das 10. Lebensjahr, 3 erhebliche Steigerungen auf das 13., 16. und 18. Jahr.

Weiter habe ich zu ermitteln gesucht, wieviele der untersuchten Kinder Complicationen von Seiten der Cornea aufwiesen und es stellte sich heraus dass das bei 3,3 pCt. aller an Trachom erkrankten der Fall war, für dieses jugendliche Alter gewiss eine hohe Zahl. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen dem estnischen und lettischen Livland: in ersterem hatten 4,8 pCt Cornealerkrankungen, in letzterem dagegen nur 1,62 pCt. In 3 lettischen Kreisen (Riga, Wenden und Walk) wurden überhaupt keine Cornealerkrankungen gefunden, während dieselben in allen estnischen Kreisen vorhanden waren. Wie a priori zu erwarten, steigt die Anzahl der Cornealerkrankungen mit zunehmendem Alter, von ca. 2 pCt. im 8. bis auf 9 pCt. im 18. Jahr. Beide Geschlechter zeigen ein ganz analoges Verhalten.

II.

Verlassen wir jetzt die Untersuchungen der Schulkinder und wenden wir uns den statistischen Erhebungen zu, die sich auf die in den letzten 5 Jahren von den Aerzten Livland's behandelten Augenpatienten beziehen. Von 38 Aerzten ist mir über 11352 in den Jahren 1887—91 behandelte Augenpatienten berichtet worden. Die umfangreichsten Berichte stammen aus dem Fellin'schen Kreise über 1736 Patienten, die kleinste Zahl, 315 Patienten, aus dem Wenden'schen.

Unter diesen wurden wegen Trachom behandelt 4232 Patienten, d. h. 37,2 pCt.

Die Zahlen für die einzelnen Kreise sind folgende: Riga 23,5 pCt., Wenden 18,1 pCt, Wolmar 19,9 pCt., Walk 35,1 pCt., Werro 36,7 pCt Dorpat 44,2 pCt., Fellin 51,3 pCt. und Pernau 32,0 pCt. Mit alleiniger Ausnahme von Riga, welches einen grösseren Procentsatz aufweist, als Wenden und Wolmar, ist hier genau dieselbe Reihenfolge eingehalten, wie wir sie oben für die Trachomfrequenz unter den Schulkindern fanden. Auch hier nimmt die Frequenz von Süden nach Norden zu und zeigt sich der starke Sprung der Zahl für Walk gegenüber dem

Wolmar'schen Kreise. Ferner bestätigt auch diese Statistik, dass Pernau günstiger dasteht, als die übrigen estnischen Kreise.

Die 4 lettischen Kreise zusammen ergaben 24,7 pCt., die 4 estnischen 43,8 pCt., also wieder beinahe doppelt so viel. Fellin steht in beiden Statistiken am ungünstigsten da, oben mit 25,7 pCt., hier mit 51,3 pCt.

Diese Statistik zeigt deutlich die, wie gesagt, auch von allen früheren Untersuchern constatirte bedeutend grössere Trachomfrequenz beim weiblichen Geschlecht gegenüber dem männlichen. Bei letzterem beträgt dieselbe 32,2 pCt., bei den Weibern dagegen 41,8 pCt. Auf die Bedeutung dieses erheblichen Unterschiedes gegenüber dem Fehlen desselben im jugendlichen Alter wurde schon hingewiesen.

Die Zahl der Cornealerkrankungen ist eine sehr grosse, nämlich 41,7 pCt. aller Trachomfälle, also nicht viel geringer als die Hälfte derselben. Wenn auch sicher anzunehmen ist, dass dieselbe sich bei einer Untersuchung sämmtlicher überhaupt vorhandener Trachomkranken erheblich kleiner herausstellen würde, da gewiss in sehr vielen Fällen gerade erst die Miterkrankung der Cornea mit ihren grösseren subjectiven Beschwerden, namentlich der Beeinträchtigung des Sehvermögens, die Kranken zum Arzte treibt, so muss doch auch diese erschreckend gross erscheinen. 15½ pCt. sämmtlicher überhaupt behandelter Augenpatienten wiesen durch Trachom bedingte Cornealerkrankungen auf, ganz abgesehen von allen auf anderer aetiologischer Basis entstandenen.

Die Kreise weisen folgende Zahlen auf: Riga 62,0 pCt., Wenden 50,8 pCt., Wolmar 6 ,6 pCt , Walk 43,0 pCt., Werro 57,4 pCt., Dorpat 32,5 pCt , Fellin 33,0 pCt. Pernau 46,1 pCt. Hier sehen wir die Reihe vollständig verändert und es fällt auf, dass gerade in den Kreisen, in welchen relativ wenig Trachom vorkommt, dasselbe ganz besonders häufig die Cornea in Mitleidenschaft zieht. Das zeigt sich auch darin, dass das lettische Livland in 54,8 pCt. aller Trachomfälle Cornealerkrankungen aufweist, während das im estnischen Livland nur bei 37,8 pCt. der Fall ist. Das weibliche Geschlecht ist mit 44,4 pCt. wiederum stärker betheiligt, als das männliche mit 37,6 pCt.

Werfen wir, m. H., einen Blick zurück auf die Resultate der von mir angestellten Enquête, so muss unbedingt zugegeben werden, dass dieselben noch sehr lückenhaft sind. Von ca. 106 Landkirchspielen Livland's sind nur 35, also nur der dritte Theil, vertreten. Ausserdem fehlen die Städte mit Ausnahme von Fellin und Pernau. Ich habe es mir daher zur Aufgabe gemacht, in den nächsten Jahren die Enquête zu vervollständigen und wenn möglich auch auf Est- und Kurland auszudehnen. Ich bin mir dabei vollständig dessen bewusst, dass dieser Modus der Enquête durchaus nicht ideal ist: es kann gegen ihn mit Recht eingewandt werden, dass nicht jeder praktische Arzt soweit Specialist sein kann, um differential-diagnostische Irrthümer sicher zu vermeiden, namentlich Trachom und folliculären Catarrh, resp. chron. Blenorrhoe stets auseinanderzuhalten. Abgesehen davon, dass es mir nicht gelungen ist, unter den jetzigen Verhältnissen einen anderen Modus für eine dermaassen umfassende Enquête ausfindig zu machen, scheint mir die Gesetzmässigkeit meiner Zahlen und ihre Uebereinstimmung mit früheren Befunden dafür zu sprechen, dass die Fehler in praxi doch nicht sehr gross sind [8]).

Die Enquête hat, so lückenhaft sie auch ist, doch ergeben, dass die Verbreitung des Trachom's in Livland eine recht bedenkliche ist: über 17 pCt. der Schulkinder und über 37 pCt. der Augenpatienten leiden an Trachom. Gegen früher scheint eine Besserung vorhanden zu sein: solche Zahlen, wie Reyher sie für Lais und Bartholomäi fand, kommen jetzt nicht mehr vor. Dr. Francken hat in diesen Kirchspielen bei 16,5 pCt. der Kinder Trachom constatirt gegen 62 pCt. im Jahre 1857. Trotzdem sind die Zahlen doch gross genug, um uns zu einem gemeinsamen energischen Vorgehen gegen diese socialökonomisch so wichtige Krankheit zu veranlassen. Und da sind es gerade die Dorfschulen, die meiner An-

[8]) Dr. Truhart-Fellin theilte dem IV. Livl. Aerztetage die Resultate der Blindenzählung von 1886 mit, welche in überraschender Weise mit meiner Trachomstatistik übereinstimmen: die Kreise in denen viel Trachom vorkommt, weisen auch ganz besonders viel Blinde auf und umgekehrt.

sicht nach den geeignetesten Angriffspunkt bieten: einerseits haben wir bei den in den Dorfschulen der Regel nach vorhandenen frischeren Erkrankungsformen die meisten Chancen für radicale therapeutische Erfolge, andererseits würden wir durch die Kinder auf zahlreiche Hausepidemien hingeleitet werden und so auch ausserhalb der Schule bis dahin unbekannt gebliebene Krankheitsfälle unserer Behandlung zugänglich machen. Auch scheint es mir bei dem so häufig schleichenden, fast unmerklichen Beginn des Trachom's geboten, die Kranken aufzusuchen, namentlich den Anfangsstadien in den Schulen nachzuspähen und nicht zu warten, bis schon ganz besonders lästige Symptome und verhängnissvolle Complicationen dieselben zum Arzte treiben. Es wäre daher dringend zu wünschen, dass auch die Dorfschulen Schulärzte erhielten, welche ex officio alljährlich die Schüler untersuchen und etwaige Trachomkranke in Behandlung nehmen würden. Auch wäre dann die Möglichkeit geboten, der Hygiene allmählich in den Schulen Eingang zu verschaffen, namentlich bei etwaigen Neubauten für Berücksichtigung derselben zu sorgen.

Endlich halte ich es, m. H., für unser Aller Pflicht, durch die Presse auf unser medicinisch noch so absolut unwissendes Landvolk einzuwirken und in populärer Weise hygienische, diätetische, allgemein pathologische und therapeutische Kenntnisse unter demselben zu verbreiten. Das gilt natürlich nicht allein für das Trachom, sondern überhaupt für alle Krankheiten. Für das flache Land, wo die persönliche Beeinflussung durch den behandelnden Arzt naturgemäss nur in sehr unvollkommenem Maasse stattfinden kann, ist es meiner Ansicht nach der einzige Weg, auf dem wir dazu gelangen können, im Laufe der Zeit vernünftigere Anschauungen über medicinische Fragen zu verbreiten, alteingewurzelte Vorurtheile und abergläubische Gebräuche zu bekämpfen und uns so den Weg für ein erspriessliches therapeutisches Handeln zu ebnen.

Ueber Hypochondrie *).

Vortrag gehalten auf dem IV livländischen Aerztetag am 14. September 1892.

Von

Dr. A. Mercklin,

II. Arzt der Irrenanstalt Rothenberg in Riga.

M. H.! Wenn ich im Nachfolgenden Einiges über Hypochondrie mittheilen will, muss ich bei der gegebenen Kürze der Zeit auf Vollständigkeit verzichten. Ich bitte Sie deshalb keine neue, eingehende Beschreibung der Symptomatologie und Mittheilung besonders interessanter Casuistik zu erwarten. Es liegt mir vielmehr daran, durch einige Betrachtungen etwas zur Verständigung über den Begriff der Hypochondrie unter uns beizutragen.

Auch in der Gegenwart wird der Ausdruck «Hypochondrie» als Krankheitsbezeichnung noch öfters gebraucht. Betrachtet man die Zustände genauer, die so bezeichnet werden, so ergeben sich grosse Verschiedenheiten, wenn man die Summe aller Symptome zusammenhält und den Krankheitsverlauf verfolgt.

Ich muss gestehen, dass, wenn mir von einem Collegen ein Patient zugeschickt wird mit der Bemerkung, dass

*) Die zur Orientirung bestimmte Mittheilung erscheint hier in ihrer ursprünglichen Gestalt. Eine ausführliche Betrachtung über den hypochondrischen Symptomencomplex und dessen Beziehungen zur Paranoia wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

es sich um einen Hypochonder handle, ich mir — so wie die Dinge jetzt liegen — von der Natur des Leidens ohne eigene Untersuchung ein Bild nicht machen kann und anderen Aerzten wird es ebenso gegangen sein. Derartige Unzulänglichkeiten in der Beurtheilung von Krankheitszuständen sollten aber durchaus beseitigt werden. Deshalb müssen wir auch den Krankheitsbegriff Hypochondrie präciser zu formuliren suchen.

Soll die Bezeichnung Hypochondrie beibehalten werden, so muss zunächst eine Verständigung darüber erfolgt sein, welche Reihe von Symptomen unter diesem Namen zusammengefasst werden soll. Hierüber bestehen, wie wir sehen werden, keine wesentlichen Meinungsverschiedenheiten. Weiter aber fragt es sich: bilden diese als Hypochondrie zusammengefassten Symptome wirklich eine eigenartige Krankheit mit typischem Verlauf — oder ist das, was man als Hypochondrie bezeichnet, ein blosser Symptomencomplex, der als Theilerscheinung in das Bild verschiedener Krankheiten eintritt?

Beide Anschauungen haben ihre Vertreter und aus dieser Meinungsverschiedenheit erklärt sich genugsam, wie ungenügend für die praktische Verständigung die Bezeichnung Hypochondrie ohne weiteren Zusatz ist.

Ein kurzer historischer Rückblick soll uns zur Beantwortung der streitigen Fragen hinüberführen. Bekanntlich reicht die Aufstellung eines Krankheitsbildes «Hypochondrie» zurück bis in die hippokratische und galenische Heilkunde. Eine Erkrankung des ὑποχόνδριον, des Unterleibes, speciell der Verdauungsorgane wird darunter verstanden, gekennzeichnet durch locale Beschwerden und begleitet von psychischen Krankheitserscheinungen. Traurigkeit, Furcht, Angst, schlechter Schlaf mit erschreckenden Träumen werden unter diesen genannt.

Lange Zeit erhält sich diese Anschauung, dass die Hypochondrie eine Organerkrankung der Verdauungsorgane sei, welche secundär von psychischen Symptomen gefolgt ist. Im Laufe der Zeit werden Affectionen verschiedener Abdominalorgane: Magen und Darm, Leber, Pancreas, Milz für die eigentliche Wurzel der Krankheit gehalten.

Erst im XVII und XVIII Jahrhundert trennen sich die Aerzte, welche sich mit dem Studium der Hypochondrie beschäftigen, von dieser Anschauung: nun wird das Hauptgewicht dabei auf die psychischen Symptome gelegt und auf das Nervensystem als den eigentlichen Sitz der Krankheit hingewiesen. Im XIX Jahrhundert ist diese Anschauung bereits allgemein angenommen, über die Stellung der Hypochondrie im System der Nervenkrankheiten, über die Pathogenese der nervösen Symptome, über die zugrundeliegenden Abnormitäten der Empfindung, der Erregbarkeit gehen die Meinungen noch auseinander. Unter dem Einfluss englischer, französischer und deutscher Irrenärzte hat um die Mitte unseres Jahrhunderts die Hypochondrie die ihr zukommende Stellung unter den psychischen Störungen bereits eingenommen. Für lange Zeit bleibt in der deutschen Literatur nun Griesinger's Schilderung und Auffassung die maassgebende, welcher die hypochondrischen Zustände als die mildeste, mässigste Form des Irreseins bezeichnet und sie den Schwermuthsformen zurechnet.

Wesentlich dieselbe Auffassung vertritt Jolly bei der Beschreibung der Hypochondrie in Ziemssen's Sammelwerk (1877). Es ist die werthvollste und umfassendste Darstellung der Hypochondrie in monographischer Form, welche die deutsche Literatur aufweist. Jolly versteht unter Hypochondrie einen Zustand psychischer Krankheit und zwar jene Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eignen Körpers und Geistes gerichtet ist. Unter den Autoren, welche an dem hypochondrischen Irresein, als besonderer Krankheitsform festhalten, befinden sich auch Gowers (cf. Handbuch der Nervenkrankheiten Bd. III), Schüle (klin. Psychiatrie. III. Aufl. 1886), Arndt (Realencyclopädie 1887) und Mendel. Letzterer behandelte noch 1889 in einem Vortrage die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht (Dtsch. med. Wochenschr. 1889 Nr. 11), wobei er drei Formen dieser den depressiven Geisteskrankheiten zugehörigen Erkrankung beschrieb.

Die Durchsicht der Literatur ergiebt, dass die Mitthei-

lungen über Hypochondrie als besondere Krankheitsform immer spärlicher werden, je mehr wir uns der unmittelbaren Gegenwart nähern. Dies kann nicht etwa darauf bezogen werden, dass die betreffenden Krankheitserscheinungen als solche seltener geworden sind. Vielmehr hat eine weitere Beobachtung derselben zu einer anderen Anschauung über ihre Classificirung geführt und dieser immer mehr Anhänger gewonnen. Diese neue Anschauung, welche in der Hypochondrie weniger eine selbständige Nervenerkrankung, als eine Symptomengruppe, eine Theilerscheinung anderer Neurosen resp. Psychosen erblickt, gründet sich zum Theil auf das genaue Studium bereits früher aufgestellter Krankheitsformen (so besonders der Melancholie und der Paranoia, cf. Tuczek. Allg. Ztschr. f. Ps. Bd. 39) Zum anderen, grössern Theil hat aber die Einbürgerung des zuerst in Amerika von Beard geschaffenen Krankheitsbegriffs der Neurasthenie auch in Europa den Begriff der Hypochondrie als einer selbständigen Krankheit zurücktreten lassen. In dem symptomenreichen Bilde der Neurasthenie nehmen hypochondrische Zustände: Furcht vor Krankheiten, peinliche Selbstüberwachung aller Functionen des Körpers so häufig eine hervorragende Stelle ein, dass viele Autoren bald den engeren Begriff der Hypochondrie in den weiteren der Neurasthenie aufgehen liessen. Die Hypochondrie — eine häufige Erscheinungsform der Neurasthenie, eine Theilerscheinung dieser vielgestaltigen Nervenerkrankung; diese Anschauung vertreten unter Anderen Beard, Eulenburg, v. Ziemssen, Kraepelin[1]). Charcot will beobachtet haben, dass das hypochondrische Element sich besonders in den Fällen von Neurasthenie kund giebt, bei welchen eine erbliche Belastung vorhanden ist.

Wenn wir nun zu diesen verschiedenen Anschauungen auf Grundlage eigener Beobachtungen Stellung zu nehmen suchen, ergiebt sich Folgendes: Traurige Verstimmung, ängstliche Selbstbeobachtung, in die verschiedensten Or-

[1]) Vergl. auch die Betrachtungen von Möbius: «Ueber die Eintheilung der Krankheiten» Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1892. Juli.

gane localisirte Sensationen, Befürchtung an verschiedenen, objectiv nicht nachweisbaren Leiden erkrankt zu sein — das sind Symptome, die wir in inniger Verbindung, in gegenseitiger Abhängigkeit häufig bei Nervenkranken beobachten Es ist eine wohl charakterisirte, leicht in die Augen fallende Symptomengruppe. Sie erfordert schon zum Zweck schneller Verständigung eine besondere Bezeichnung. Die historische Bezeichnung: «hypochondrisch, Hypochondrie» für diese Symptomengruppe wird kaum mehr auszurotten sein, wir haben uns zu sehr an sie gewöhnt, auch nachdem wir es aufgegeben haben sofort eine Affection der Unterleibsorgane ätiologisch mit diesen Symptomen zu associiren. Wir behalten also die alte Bezeichnung bei und sprechen vorläufig von einem hypochondrischen Symptomencomplex. Die unbefangene Betrachtung ergiebt weiter, dass diese Symptomengruppe uns bei sehr verschiedenen Krankheitszuständen entgegentritt, bald mehr isolirt, bald mit anderen verschiedenwerthigen Symptomen verbunden, bald temporär in einem Krankheitsverlauf auftauchend, bald mehr dauernd und intensiv den Vordergrund eines Krankheitsbildes beherrschend. Schon im Kindesalter kommen hypochondrische Zustände zur Beobachtung. Meist sind es nervös disponirte, erblich belastete Kinder, welche diese Symptome zeigen. Das Krankheitsbild ist ein verschiedenes nach den anderen nervösen Symptomen, die gleichzeitig mit vorhanden sind. Zwangsvorstellungen, (nicht hypochondrischen Inhalts), nächtliches Aufschrecken, explosive Reizbarkeit und Anderes kommt vor. So erscheint hier das hypochondrische Element als eine Symptomenreihe unter anderen. Bei Erwachsenen sehen wir in den verschiedensten Psychosen den hypochondrischen Symptomencomplex hervortreten. So im depressiven Wahnsinn, in der melancholischen Phase der circulären Psychosen, bei der Paranoia, besonders in den als «Verfolgungswahn» sich darstellenden Formen, bei progressiver Paralyse, im Entwickelungsstadium von Hirntumoren, im senilen Blödsinn. Hysterie und Epilepsie können mit der hypochondrischen Symptomengruppe verbunden sein. So wird, wo sich dieser Symptomencomplex zeigt, die körperliche wie die psychische

Exploration des Patienten nach allen Seiten weiter geführt werden müssen, um nicht oberflächlich an dieser einen Symptomenreihe hängen zu bleiben

Ein 35-jähriges lediges Fräulein wird unserer Anstalt zur Behandlung zugeführt Seit Jahren leidet die Pat. an Verdauungsstörungen, die mit den verschiedensten Mitteln und Curen ohne Erfolg behandelt wurden. Neigung zu Obstipation, peinliche Sensationen im Abdomen, Kopfcongestionen. Der hypochondrische Symptomencomplex ist deutlich ausgeprägt: die Stimmung eine deprimirte, die einzige Beschäftigung besteht in genauer Selbstbeobachtung, zu der die verschiedensten Sensationen sie immer wieder auffordern. «In der linken Seite sitzt es wie ein fremder Körper, der sich nicht zertheilen will. Im ganzen Körper ist ein Gefühl entsetzlicher Schwäche». Sie kann ohne starke Beschwerden nur ganz bestimmte Speisen und diese nur gekühlt geniessen. Sie kann nur leichte, nicht anschliessende Kleider tragen, weil das Athmen sonst garnicht geht. Sie muss immer einzelne Arzeneien, namentlich ätherische Tropfen zur Hand haben, weil sie eine plötzliche Ohnmacht fürchtet. Die Versuchung liegt nahe — nach Constatirung dieser Symptome hier im Sinne der alten Anschauung von Hypochondrie zu sprechen. Die Patientin wurde von Laien auch einfach für hypochondrisch gehalten. Der Umstand, dass sie ihre Speisen beim Abkühlen immer ängstlich zudeckt und dass sie bei der Unterhaltung mit dem Arzt es vermeidet, ihm ins Gesicht zu sehen, sondern das Gesicht zur Wand zu drehen sucht, veranlasst uns, sie weiter auszuforschen. Es ergiebt sich nun, dass sie glaubt, die peinlichen Empfindungen würden ihr von aussen künstlich gemacht. «Von den Menschen, von den Wänden geht es auf sie über, es muss Elektricität sein; man lässt aufregende Substanzen in die Speisen gelangen, um ohne ihr Wissen ihr Nervensystem zu erschüttern». Also ein ausgesprochener Verfolgungswahn. Diese Pat. leidet sicher an Paranoia. Es würde den wahren Zustand und die Prognose uns verschleiern, wenn hier der gleichzeitig sehr ausgesprochene hypochondrische Symptomencomplex zur Benennung der ganzen Krankheit benutzt würde.

Ein anderer Fall: 1889 wurde ich zu einem 40-jährigen intelligenten Manne gerufen, der seit Monaten in seiner Leistungsfähigkeit durch nervöse Symptome gehemmt war. Der in seiner Ernährung reducirte Patient, welcher sich in sehr gedrückter Stimmung befand, beschrieb selbst zusammenhängend und genau seinen Zustand. Er fürchtete ein schweres Nervenleiden ziehe heran, denn er sei in letzter Zeit mehr zerstreut als sonst, jede Beschäftigung erfordere eine grosse Willensanstrengung, sein Gedächtniss nehme entschieden ab. Dies Alles habe seinen tieferen Grund in dem Zustande seines Magendarmcanals, er könne eigentlich gar nicht essen, denn er verdaue nichts, es bestehe die hartnäckigste Obstipation und wenn er dann Abführungsmittel nehme, komme es zu schwächenden Durchfällen. Bei diesem Zustande des Darmes könne er nie gesund werden. Ich erfuhr, dass Pat. seine Verdauung in ängstlicher Weise überwache, dass er ausser Ei, Beafsteaks, und Wein kaum etwas zu sich nehme. Auch diese Speisen waren ihm nie weich genug und er zeigte sich gereizt über die angebliche schlechte Zubereitung. Vor allen Dingen also ein hypochondrischer Zustand. Bei der gemeinsam mit dem Hausarzt des Pat. vorgenommenen Untersuchung fanden wir die linke Pupille weiter als die rechte, jedoch beiderseits erhaltene Licht- und Convergenzreaction, gesteigerte Patellarreflexe — sonst keine objectiven Symptome. Als der Pat. sich wieder ankleiden sollte, fiel uns die grosse Ungeschicklichkeit beim Anknöpfen des Hemdkragens und beim Zuknöpfen der Cravatte auf. Es dauerte ungewöhnlich lange bis er damit fertig wurde. Er soll sich indessen nie durch Geschicklichkeit ausgezeichnet haben. Wir hätten uns gern mit der Diagnose: Nervenschwäche, Hypochondrie beruhigt, konnten aber den Verdacht, dass es sich um mehr, und zwar um beginnende progressive Paralyse handele, nicht von der Hand weisen; auch der Umstand, dass Pat. vor 10 Jahren an Lues gelitten hatte, konnte diesen Verdacht nicht zerstreuen, mehr bestärken. Der Sommer 1889, zu welcher Zeit Pat. unter Leitung eines geschätzten Collegen eine Mastkur durchmachte, brachte eine entschiedene Besserung des körperlichen und psychischen Befindens, der

betreffende Herr College meinte deshalb einen Neurastheniker vor sich zu haben. Im Frühjahr 1890 hatte ich noch einmal Gelegenheit, den Kranken zu sehen. Die für progr. Paralyse charakteristische Abnahme der psychischen Fähigkeiten, besonders des Gedächtnisses, die Inconsequenz von Vorsätzen und Handlungen, der leichte Wechsel der Affecte war jetzt sehr deutlich; ein hypochondrischer Zug aber noch immer vorhanden. Der Pat. hielt auch jetzt seinen Magen für den Sitz des Leidens und beunruhigte sich darüber, dass man der Behandlung des Magens zu wenig Aufmerksamkeit schenkte. Im Sommer 1890 erlitt Pat. einen Anfall von schwerer Ohnmacht und ging im unmittelbaren Anschluss daran nach wenigen Tagen zu Grunde.

Ich, hoffe es wird deutlich geworden sein. der bekannte hypochondrische Symptomencomplex kann in das Krankheitsbild verschiedener Nervenaffectionen als Theilerscheinung eintreten. Nun fragt es sich aber weiter: giebt es nicht Fälle, in denen dieser Symptomencomplex fast isolirt auftritt und für lange Zeit so im Vordergrunde bleibt, dass man nach dem Satz «a potiori fit denominatio» doch von Hypochondrie als besonderer Krankheitsspecies sprechen darf? Wie sind die Fälle aufzufassen, die den oben genannten Beschreibungen von Jolly, Schüle, Mendel zu Grunde liegen?

M. H.! Es hiesse den natürlichen Verhältnissen Zwang anthun, wenn man leugnen wollte, dass es eine Form von nervöser Erkrankung giebt, bei der hypochondrische Symptome so sehr das Bild beherrschen, dass die anderen nervösen Symptome, wenn sie auch immer gleichzeitig vorhanden sind, weniger schwer erscheinen. Nach geistiger Ueberanstrengung, nach traumatischen Einflüssen, nach sexuellen Excessen, zur Zeit schwerer Epidemien kommen — um nur einige Gruppen von Fällen zu erwähnen — solche Zustände zur Beobachtung. Hier haben die hypochondrischen Einbildungen einen nicht so fixen Charakter, wie bei hypochondrischer Paranoia, sondern bleiben oft auf der Stufe von blossen Befürchtungen stehen. Der Belehrung und dem Zuspruch des Arztes gelingt es, sie vorübergehend zum Schwinden zu bringen, der Inhalt

wechselt. Nach Wochen, Monaten, Jahren sind diese Zustände der Heilung, resp. der Besserung fähig. Befragt man diese Kranken genauer, so erfährt man meist, dass sie schon früher «nervös» waren, oder dass sich nun auch noch andere Zeichen von Nervosität bei ihnen eingefunden haben.

Diese Symptome hat u. A. Jolly (l. c.) eingehend beschrieben. Er rechnet zur Hypochondrie als complicirende Erscheinungen: Sensibilitätsstörungen verschiedener Art, motorische Schwäche in verschiedener Form, den Kopfdruck in seinen verschiedenen Qualitäten. Auch die verschiedenen Formen krankhafter Furcht, so die Furcht allein zu sein, die Furcht vor grossen Versammlungen, vor weiten Plätzen, vor Berührung gewisser Gegenstände, die Zweifel- und die Fragesucht finden unter den hypochondrischen Zuständen ihre Beschreibung. Vergleicht man diese Beschreibung mit der Schilderung der Neurasthenie, wie sie jetzt gewöhnlich gegeben wird, so decken sich die Symptome vollständig. Für welche Bezeichnung dieser Zustände sollen wir uns entscheiden?

Es ist hier nicht der Ort, um ausführlich die Berechtigung zur Aufstellung des Krankheitsbegriffs der Neurasthenie zu discutiren. Mag auch gern zugegeben werden, dass dieser umfassende Begriff nicht nach allen Seiten hin scharf begrenzt ist, soviel ist gewiss: in der Praxis hat sich derselbe gut bewährt. Für eine ganze Reihe von nervösen Symptomen, die theils auf erblicher Grundlage, theils ohne eine solche durch die mannigfaltigen Schädlichkeiten des modernen Culturlebens erworben werden, Symptome, deren Beginn durchaus an das bekannte Bild der Ermüdung anknüpft, war jetzt eine zusammenfassende Benennung gefunden, die weiter nichts präjudicirt. als dass hier functionelle, ausgleichbare Schwächezustände des Centralnervensystems vorliegen. Für einen Sammelbegriff ist diese zugleich unseren pathogenetischen Anschauungen Rechnung tragende Bezeichnung jedenfalls geeigneter als der Ausdruck Hypochondrie, bei dem wir durch traditionelle Gewöhnung zunächst nur an die bestimmten Cardinalsymptome denken. Genau unter denselben ätiologischen Bedingungen wie die übrigen Zeichen

der Neurasthenie und häufig mit ihnen vereinigt sehen wir den hypochondrischen Symptomencomplex zu Tage treten. Wir sprechen dann folgerichtig von Neurasthenie mit Vorwiegen der hypochondrischen Symptome. Stützt sich diese Diagnose auf eine gewissenhafte Krankenuntersuchung, so ist zugleich damit ausgesprochen, dass schwerere Störungen mit hypochondrischem Charakter ausgeschlossen sind: so namentlich fixe hypochondrische Wahnvorstellungen (die, mögen sie allein oder in Verbindung mit Verfolgungswahn auftreten, dem Gebiet der Paranoia zuzuweisen sind), progr. Paralyse mit hypochondrischen Symptomen u. s. w.

M. H.! Wie Sie sich nun auch zu dem hypochondrischen Symptomenbild, seiner Selbständigkeit oder seiner Unterordnung unter andere Krankheitsformen stellen mögen, das Eine werden Sie zugeben, dass es sich hier um mehr handelt als eine blosse Wortklauberei, dass vielmehr das Interesse der praktischen Verständigung solche Betrachtungen veranlasst. Die blosse Bezeichnung «Hypochondrie» kann leicht zu Missverständnissen führen und ist noch keine Diagnose. Es giebt einen gut charakterisirten hypochondrischen Symptomencomplex, aber er ist eine Theilerscheinung verschiedener Nervenkrankheiten. In jedem einzelnen Fall bleibt es unsere Aufgabe diese Nervenkrankheit gleichzeitig näher zu bezeichnen.

Ueber das perforirende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand.

Vortrag, gehalten am 16. September 1892 auf dem IV. livländischen Aerztetag in Wenden.

Von

Dr. med. Richard Otto

in Dorpat.

M. H.! Unter dem Namen Ulcus septi nasi perforans beschreibt Voltolini eine Erkrankung der knorpeligen Nasenscheidewand, welche in Ulceration der Schleimhaut und Perforation des Knorpels besteht, bei ganz gesunden Menschen vorkommen kann und Nichts mit Lues, Tuberculose (oder Lupus) zu thun hat.

Der Verlauf dieses perforirenden Geschwürs ist schleichend und schmerzlos. Ueber das Zustandekommen desselben äussert er sich reservirt, glaubt aber, dass die ihres Gefässreichthums wegen zu Blutungen neigende Schleimhaut den Ausgangspunkt bildet und dass das habituelle Nasenbluten ganz gegen die Annahme einer meist weiter nach hinten liegenden Laesion gerade öfters hier aus gelegentlich varicös erweiterten Gefässen zu Stande kommt.

Kennzeichnend für den gutartigen Charakter dieses ulcerativen Processes ist, dass er unter keinen Umständen seine Domaine, den Knorpel überschreitet, also im äussersten Falle stets am Septum osseum Halt macht. Im Gegensatz zur Lues ist also ein Einsinken der Nase nicht zu fürchten, wohl aber kann es, wenn auch sehr

selten, zur Neigung der Nasenspitze kommen, wofern die Perforation bis an die äussere Haut reicht.

Wenn nun Voltolini vom klinischen Standpunkt diese Erkrankung zuerst unter separatem Kapitel in seinem Lehrbuch vom Jahre 1888 beschreibt und später Rossbach ihm folgt, so gebührt doch den Anatomen Zuckerkandl und Weichselbaum das unstreitige Verdienst bereits 6 Jahre früher den pathol. anatomischen Charakter dieses Defects erkannt zu haben, während Hyrtl und Hildebrandt denselben fälschlicher Weise für eine von einer Hemmungsbildung abhängige congenitale Lücke erklärt hatten.

Erst in neuester Zeit sind wir durch zwei weitere Bearbeitungen dieses Gegenstandes der Mechanik dieser eigenthümlichen Geschwürs- und Defectbildung näher getreten, indem einerseits Hajek 1890 und wiederum Zuckerkandl 1892 im mittlerweile erschienenen II. Theile seiner normalen und pathol. Anatomie der Nasenhöhle uns weitere ausführliche Gesichtspunkte zur Beurtheilung eröffnen.

Bevor wir jedoch auf die Anschauungen dieser Autoren eingehn, gestatten Sie mir m. H. die Mittheilung eines von mir im vorigen Jahre beobachteten Falles der in Rede stehenden Erkrankung.

F. H. 13 Jahre 2 Monate alt von gracilem Knochenbau und von auffallender Blässe. Die erste Ursache zur anämischen Verfassung ist eine vor 5 Jahren durchgemachte Perityphlitis, die einen sehr schleppenden Verlauf nahm und zwei Rückfälle im Gefolge hatte. Im Anschluss hieran litt Pat. an habit. Nasenbluten, das anfänglich alle 14—8 Tage, später fast täglich sich zeigte und stets nur aus einem und zwar dem linken Nasenloch zu Stande kam.

Direct veranlassende Momente, wie körperliche oder geistige Ueberanstrengungen wurden grösstmöglichst vom Knaben fern gehalten, um so schwieriger aber war es die üble Gewohnheit desselben zu bemeistern, mit dem Finger in der Nase zu bohren. Als sich trotz aller Gegenmaassregeln dennoch ein bedenklicher Grad von Blutarmuth zu entwickeln begann, wurde ein Arzt zu Rathe gezogen, welcher unter Anderem ein weisses Pulver zur Einstäubung in die Nase empfahl, wonach der Zustand erträglicher wurde. Nichtsdestoweniger besteht die Neigung zu den Blutungen fort.

Am 22. Oktober 1891 wurde der Knabe mir zur Behandlung zugeschickt, an welchem Tage ich folgenden Befund erhob:

Bei Besichtigung des Naseneinganges findet sich ziemlich in der Mitte des knorpligen Septums eine harte dellenartig vertiefte Kruste, welche ihrer Unterlage fest anhaftet. An den uneben geformten Rändern der schwarzgrauen, nahezu rundlichen Kruste nimmt die Schleimhaut der allernächsten 2—3 Mm. breiten Zone einen hellgrauen Farbenton an, während der übrige Theil derselben geschwollen und hochroth erscheint. Nach Entfernung der Kruste zeigt die Rückfläche derselben blutig eitrige Beschaffenheit. Nach Stillung der unmittelbar folgenden Blutung wird ein sich zum Centrum hin vertiefendes Flächengeschwür sichtbar mit schmutzig-grauem Grunde und helleren, wie zernagten Rändern. Rechterseits ist der Schleimhautüberzug des Knorpels durchweg von normaler Beschaffenheit und Farbe.

Verdachtsgründe hinsichtlich einer vielleicht hereditär luetischen Belastung veranlassten mich neben einer ausführlichen Untersuchung des Knaben auch zu eingehender Exploration des Vaters, welcher zur Zeit Restaurateur, in früheren Tagen Schauspieler gewesen war. Beim Patienten liess sich nun nichts entdecken was einmal für Lues, sodann aber auch für Tuberculose hätte sprechen können, ebensowenig am Vater des Knaben, der mir aufs Nachdrücklichste versicherte, ausser an einer Gonorrhoe niemals an einer venerischen Krankheit gelitten zu haben. Es blieb mir nun nichts Anderes übrig, als mit eigenem Reagens Untersuchung und Anamnese zu prüfen. Ich verordnete neben weisser Praecipitatsalbe, Jodkali, nachdem ich kurz zuvor das Geschwür mit Chromsäure gebeizt hatte und bestimmte den Knaben jeden zweiten Tag meine Sprechstunde zu besuchen.

Trotz Jodkali, Aetzungen mit Chromsäure, Trichloressig und Ausschabungen — zur Galvanocaustik war der Knabe nicht zu bewegen — zeigte nun das Geschwür nicht nur keine Tendenz zur Heilung, sondern verschlimmerte sich zusehends unter Zunahme an Breite, vorzugsweise aber an Tiefe. Im Uebrigen stets dasselbe Bild: die sich erneuernde Kruste, nach Beseitigung derselben die Blutung; nur dass mit der Zeit die Ränder steiler abfallen, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen erscheinen und der vom schmutzig verfärbten Knorpel gebildete Boden sich dementsprechend mehr zu vertiefen beginnt. Gegen Ende der 3. Woche ist der Knorpel bei gewissen Stellungen des Patienten stark transparent, die gegenüberliegende Schleimhaut noch intact, wenn auch ein wenig diffus injicirt, während ein paar Tage später ein stecknadelkopfgrosses Loch in derselben zu Tage tritt. Von jetzt ab lässt sich in wenigen Tagen rapider Zerfall des Knorpels und der gegenüberliegenden Schleimhaut beobachten, so dass am 19. November der Schmelzungsprocess in vollkommen symmetrischer Weise unter Bildung der Perforation beendet ist.

Trotz gelegentlicher Beizung der leicht blutenden wunden Perforationsränder mit Höllenstein, schreitet die Benarbung nur langsam vorwärts, wobei zunächst der hintere, dann der obere und ganz zuletzt der vordere untere Theil der Umrandung heilt; die Krustenbildung besteht während dieser gegen 6 Wochen dauernden Zeit unentwegt fort. Nach Abschluss des gesammten Processes zeigt die Cartilago quadrangularis einen senkrecht gestellten, nahezu rautenförmigen Defect der weder ans Nasendach noch an den Boden der Nase heranreicht, dessen Höhendurchmesser die Länge eines Cm. betragen mag, während der Tiefendurchmesser diesem um 1—2 Mm. nachsteht. Vom vorderen scharfen Rande der Cartilago, welche bei Abbiegung der häutigen Scheidewand leicht durchgefühlt werden kann, ist der vordere mehr abgerundete Winkel der Perforation 1 Cm. entfernt. Die Ränder des Defects sind verdickt, verjüngen sich indess von beiden Nasenhöhlen her allmälig zu scharfem Saume.

M. H.! Wenn ich den Ihnen geschilderten Fall von Ulcus perforans, welcher meiner Meinung nach wohl kaum den Verdacht auf Lues zu rechtfertigen vermag, der Besprechung für werth gehalten habe, so geschah das einmal, weil solche Fälle zu den immerhin selteneren Vorkommnissen der rhinologischen Praxis gehören, sodann aber weil wir es hier mit der ersten Beobachtung zu thun haben, wo der Uebergang vom Ulcus zur Perforation sich vor und unter den Augen des Arztes vollzogen hat; denn entweder sprechen die Berichte von Heilungen oder von der misslichen «Ueberraschung» einer bereits stattgehabten Perforation.

Ueber den Beginn der Erkrankung, die sich nach Rossbach durch weissliche Verfärbung, d. h. Nekrose der Schleimhaut markirt, kann ich dagegen nicht aus eigener Anschauung berichten, es sei denn, dass die Anfangs um die Kruste bestehende hellgraue Zone dieselbe Deutung zulässt, während das centrale Geschwür schon einem weiteren Stadium entsprach.

Dass es sich in der That um nichts anderes in solchen Fällen handelt, als um Nekrose des Epithels der Schleimhaut, konnte übrigens Hajek, dem wir ausführliche mikrosk. Untersuchungen verdanken, bestätigen.

Nach den Angaben dieses Autors bildet sich eine Pseudomembran, in welcher nicht selten ein gelbgrünes Pigment auf vorher in die Schleimhaut stattgefundene

Blutung schliessen lässt und welche unter weiterer Nekrose der Mucosa wiederholt zur Abstossung gelangt. Dabei wird das Perichondrium bereits ergriffen, bevor der nekrosirende Process soweit vorgedrungen ist. Der Knorpel zerfällt, worauf Perichondritis und Schleimhautnekrose der gesunden Seite folgt. Die vom Knorpel abgehobenen Schleimhauträuder des entstehenden Defects legen sich an einander und der vernarbende Geschwürsrand überzieht sich mit einem Plattenepithel, das nie mehr die ursprüngliche Mächtigkeit erreicht und keine Schleimdrüsen mehr aufweist.

Am ganzen Processe sollen ferner gewisse Mikroorganismen speciell der Staphylococcus pyogenes aureus und der Streptococcus pyogenes actuell betheiligt sein vermittelst ihrer Fähigkeit diese Pseudomembranen zu bilden. Diese Schilderung Hajek's stimmt mit der klinischen Beobachtung vollkommen überein; in wie weit aber das Verhalten der Mikroorganismen als ätiologisches Moment für den nekrotischen Zerfall der Nasenschleimhaut gelten darf, müssten wohl noch weitere Untersuchungen lehren. Vor der Hand können wir dem Einwande Dietrichs nur zustimmen, der im Vorkommen von Mikroorganismen in zerfallenem Gewebe an so exponirter Stelle nicht Ungewöhnliches, vielmehr Selbstverständliches sieht. Zu den constanten Symptomen, wie sie in der Casuistik stets wiederkehren, gehört ferner die habituelle Blutung, die naturgemäss durch wiederholte Insulte von Seiten des Fingers gesteigert zu werden pflegt.

Dass diese Blutung beim Entstehen des Ulc. perforans eine wichtige Rolle spielen muss, liegt auf der Hand, woher denn auch Voltolini die Perforation aus «haemorrhagischem» Geschwüre entstehen lässt, ohne jedoch die Beziehung zwischen Blutung und pathologischer Veränderung der Schleimhaut erklären zu können.

Dreht es sich doch immer wieder um die Frage, warum das im Allgemeinen häufige habituelle Nasenbluten, das in den weitaus meisten Fällen gerade der pars anterior septi entstammt, so überaus selten zur Gelegenheitsursache des Ulcus zu werden pflegt? Wohl aus diesem Grunde widerspricht Rossbach der Vermuthung Voltolinis,

indem er den moleculären Zerfall von Schleimhaut und Knorpel direct abhängig macht von der initialen weisslichen Verfärbung des Epithels, ohne indess den Ursprung dieser letzteren feststellen zu können.

Zuckerkandl und Hajek räumen nun im Gegensatz zu Rossbach den Blutungen diejenige Rolle ein, welche sie als primär beeinflussendes Moment für die Nekrose in der That zu haben scheinen.

Auf Grundlage der Haemorrhagie nach aussen und ins Schleimhautgewebe hinein acquirirt nach Zuckerkandl die Mucosa eine gelblich schmutzige oder rostbraune Färbung, die er als Xanthose der Nasenschleimhaut bezeichnet und der er die praedisponirende Eigenschaft zur Entwickelung des Ulc. perf. zuschreibt. Die Schleimhaut wird aufgelockert; die Drüsenmündungen erweitert, wodurch das Terrain förmlich der Infection zugänglich und eröffnet werde, während der schleichende Charakter des Geschwürs durch die in Folge der Haemorrhagien und der verödeten Capillaren herabgesetzten Ernährungsverhältnisse seine Erklärung finde. Bleibt die Infection aus, so käme es hingegen zu partieller Atrophie des Septums. Er unterscheidet sowohl für die eine als die andere Möglichkeit folgende Stadien:

1. Verletzung, lang dauernde mechan. Irritation (etwa Kratzeffecte).
2. Haemorrhagien in das Schleimhautgewebe.
3. Verödung der Capillaren; dadurch mangelhafte Ernährung.
4. Partielle Atrophie bez. Ulcus perf., je nachdem Infection stattfindet oder nicht.

Aus diesen Erörterungen Zuckerkandls, denen wir nur in gedrängter Kürze folgen können, geht also hervor, dass die Pars anterior septi, welche den Verunreinigungen der Luft und des Fingers besonders ausgesetzt ist, gelegentlich inficirt werden kann und dass es sich dann um eine Infection von schleichend destructivem Charakter handelt, welche auf die früher stattgehabten Blutungen zurückgeführt werden muss.

In ähnlicher Weise urtheilt Hajek, dem, neben 3

klinischen Fällen ein besonders reiches anatomisches Material zur Verfügung stand, indem er sagt: das perforirende Geschwür ist somit nach anatomischen und klinischen Beobachtungen eine wahrscheinlich häufig mit Blutungen in der Schleimhaut beginnende, sehr chronisch verlaufende progressive Nekrose der Schleimhaut und des Knorpels innerhalb der knorpligen Nasenwand, welche ohne in der umgebenden Schleimhaut erhebliche Veränderungen hervorzurufen zur Perforation der Scheidewand führt (nur selten früher heilt) und nach der Perforation spontan zur Heilung gelangt.

Einer Statistik Chiaris zur Folge machen die Haemorrhagien des knorpligen Septums etwa 85 pCt. aller Blutungen aus der Nase aus. Es geht daraus hervor, dass ganz bestimmte Vorbedingungen gegeben sein müssen, welche das Zustandekommen der habituellen Blutung an dieser Praedilectionsstelle begünstigen.

Kiesselbach, Hartmann, Chiari, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, auch Schäffer, Hajek und Dietrich, Alle betonen in aetiologischer Hinsicht für die Blutungen das reiche Gefässnetz und die eigenartige Vertheilung der Gefässe, die besondere Zartheit des Schleimhautüberzuges und seine straffe Anheftung an den Knorpel, den ungünstigen venösen Abfluss und die hiermit im Zusammenhang stehende Bildung varicös erweiterter, zur Blutung neigender Gefässe. So erinnert beispielsweise Dietrich daran, dass das Septum cartilagineum sein arterielles Blut 5 kleinen Arterien verdankt, der. art ethmoidalis ant. und post., der art. spheno- und pterygopalatina und der art. septi mobilis nasi. Ihre Verästelungen gehen hier zahlreiche Anastomosen ein, während das sept. osseum fast nur allein von der art. sphenopalatina versorgt wird. Hiernach sei verständlich, dass der von 5 entgegengesetzten Richtungen ins Capillarnetz hineinbrechende arterielle Blutstrom und mit ihm besonders der venöse Abfluss verlangsamt wird. Die directe Folge ist die varicöse Erweiterung der Gefässe und ihre Zerreisslichkeit namentlich bei gesteigertem Zufluss zum Kopf, starkem Schnäuzen oder irgend welchen äusseren Insulten.

In solchen Varicositäten kann es nun gelegentlich zur Thrombose, nachträglicher Verödung der Capillaren, zum Zerfall von Schleimhaut und Knorpel kommen, so dass unter gleichzeitiger Einwirkung von Entzündungserregern das Ulc. perforans entstehen kann.

Betonen möchte ich übrigens, dass Zuckerkandl diesen ziemlich übereinstimmenden Erklärungsversuchen gegenüber eine durchaus negative Stellung einnimmt, indem er die septalen Blutungen einzig und allein auf den Umstand zurückführt, dass die vordere exponirte Partie der Nasenscheidewand ungleich häufiger Verletzungen ausgesetzt ist, als die tiefer gelegenen Schleimhautpartien, welche von dem bohrenden Finger nicht mehr erreicht werden können. Dass die Septumschleimhaut blutreicher als der Ueberzug der Muscheln oder dünner als die Schleimhaut der äusseren Nasenwand sei oder straffere Anheftung aufweise, leugnet er dagegen vollkommen; ebensowenig gestaltet sich für ihn der Abfluss des Blutes am Septum ungünstiger als an den Muscheln und wir wollen von uns aus hinzufügen, dass die varicös erweiterten Gefässe nicht zum ausschliesslichen Befunde gehören, wenn sie auch nach Chiaris Statistik in 21 pCt. von 70 Fällen notirt sind.

Ob also in erster Linie innere oder rein äussere Ursachen vorwalten, welche das habituelle Nasenbluten zu Stande bringen, diese Frage stösst bei so divergenten Anschauungen auf gewisse Schwierigkeiten; dennoch sollte ich meinen, dass bei einem gesunden Menschen es sich doch nur um Blutungen traumatischen Charakters handeln kann, während die spontane Haemorrhagie der patholog. Gefässwand oder den Stauungen des Kreislaufes angehört; der weitere Verlauf hinsichtlich der consecutiven Geschwürs- und Defectbildung brauchte in einem oder andern Falle doch keine differirenden Merkmale aufzuweisen. Dass es nun in der That Fälle giebt, wo dauernd wirkende äussere Reize die Veranlassung zu recidivirenden Blutungen werden, welche vom Ulcus perforans gefolgt sind, dafür liefern uns die Chromarbeiter den Beweis, bei welchen dieser Erkrankungsprocess nach

Delpech und Hillairet fast constant vorzukommen pflegt.

Anmerkung: Im Gegensatz zu der fast durchgängigen Beobachtung dieses Defects bei den Chromarbeitern kommt das Ulcus perforans bei den Cementarbeitern weit seltener vor.

Herr Dr. Moritz Luig, welcher seit etwa 10 Jahren Arzt an der Cementfabrik Port Kunda in Estland ist, schreibt mir auf eine diesbezügliche Anfrage Folgendes:

Von 30 ad hoc untersuchten sogenannten Staubarbeitern boten $^2/_3$, welche 1—2 Jahre in der Cementmühle thätig waren, einen durchaus negativen Befund. Bei dem übrigen Drittel, welches im Minimum 3, im Maximum 12 und im Mittel 7 Jahre Staubarbeit verrichtet hatte, fanden sich an nur 2 Arbeitern manifeste Zeichen eines am knorpligen Septum stattgehabten krankhaften Processes.

So entdeckte L. an einem 35jährigen Manne, welcher 7 Jahre in Arbeit gestanden hatte, in der Mitte der knorpligen Scheidewand eine runde Perforation von 0,25 Cm. Durchmesser, mit glatt benarbtem Rande, welcher nur am vorderen Abschnitt exulcerirt war. Das Geschwür, von fest adhaerirender Cementhaltiger Kruste bedeckt, hat einen gut granulirenden Grund und zeigt Tendenz zur Benarbung. Der Pat. giebt an, schon vor 2 Jahren mit dem Finger an der Beseitigung der sich stets erneuernden Kruste gearbeitet zu haben, wobei es oft zu Blutungen gekommen sei. Er ist von schwächlicher Constitution, etwas abgemagert, leidet öfter an Verdauungsstörungen. Pulmones suspect., keine Lues. Auffallend ist die Dünnwandigkeit des Knorpels.

Im zweiten Falle, 29jähriger Arbeiter, 9 Jahre im Dienste, fand sich freilich keine Perforation, statt dessen an der linken Seite der knorpeligen Nasenwand eine oberflächliche kleine weisse Narbe, über deren Entstehung Pat. keine Angaben zu machen weiss.

Wenn es sich bei dieser Untersuchung, für welche ich dem Collegen L. meinen wärmsten Dank ausspreche, auch nur um einen zweifelhaften Fall von Ulc. sept. nasi perfor. handelt, so wird hierdurch die Angabe Foulerton's (Chatam) bestätigt, der im Jahre 1889 über das Vorkommen der Perforation bei den Cementarbeitern berichtet.

So entnehme ich dem Eulenberg'schen Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens und speciell dem von Hörmann bearbeiteten Kapitel über Chromindustrie folgende werthvolle Notiz der genannten Autoren: Die Erscheinungen, die dieser Perforation vorausgehn, sind Prickeln in der Nase, häufiges Niesen, begleitet von starker Absonderung und eine schmerzhafte Empfindung

beim Einathmen kalter Luft. Bei vielen Individuen kommt häufiges Nasenbluten hinzu. Diese Neigung zur Blutung besteht bei Einigen monate- bei anderen tagelang. Auffallend ist, dass diese Perforationen ohne besondere Schmerzempfindung zu Stande kommen, im Gegentheil von den Arbeitern meist ganz ahnungslos acquirirt und erst bei der ärztlichen Untersuchung entdeckt werden.

Bei sehr vorgeschrittener Desorganisation des Knorpels tritt Deformation der Nase ein. In sehr vielen Fällen kommt es zur Heilung; wird indess der Pat. dem bisherigen Wirkungskreise nicht entzogen, so treten meist Recidive ein.

Sie sehen, m. H. dass es sich hier um eine gewerbliche Erkrankung handelt, welche zweifellos der klinischen Schilderung des Ulcus septum perforans entspricht, ohne aus inneren Ursachen entstanden zu sein. Diese Beobachtung muss aber unser Interesse noch aus einem weiteren Grunde in Anspruch nehmen, als durch das fast constante Vorkommen der Perforation bei den Chromarbeitern die Frage nach der luetischen oder nicht luetischen Grundlage des Krankheitsprocesses ihre Entscheidung finden dürfte. Sie werden mir zugeben müssen, dass wir es doch unmöglich mit einem fast ausschliesslich luetischen Arbeiterpersonal zu thun haben werden und falls einer der Arbeiter es wirklich ist, er ebenso gut wie jeder andere, der nie luetisch inficirt war, an diesem Uebel erkranken kann, so dass man dann mit Fug und Recht selbst bei einem Syphilitiker von einem Ulcus sept. nasi perforans non syphiliticum reden dürfte. Kehren wir zu denjenigen Fällen zurück, die dem gewöhnlichen Leben angehören, so ist man, glaube ich, wohl berechtigt den nicht luetischen Charakter des Geschwürs anzunehmen, wenn wie in dem von mir berichteten Falle keinerlei sonstige Symptome, die auch nur entfernt auf Syphilis schliessen lassen, vorliegen und das Jodkali wirkungslos bleibt.

Differentialdiagnostisch wichtig ist ferner der Umstand, dass das Ulcus septi cartilag. auch ohne Behandlung heilt, sobald es zum Durchbruch gekommen ist, während das syphilitische Ulcus, welches sich mit Vorliebe am knöcheren

Septum etablirt, nach stattgehabter Perforation zu weiteren Zerstörungen des Knochens führt. Ein weiteres Unterscheidungsmoment scheint mir in dem Umstande gegeben zu sein, dass das Ulc. perf. Tendenz zum Durchbruch besitzt, während die auf dem Sept. cartilag. gelegentlich vorkommenden Plaques muqueuses unter Jodkali vorher zu heilen pflegen. So paradox es klingt, wäre also dort eher Verdacht auf Lues angebracht, wo eine flächenartige Narbe im Bereiche der knorpligen Nasenscheidewand besteht, als dort, wo statt dessen eine Perforation gefunden wird.

Trotz dieser Erwägungen, welche in hohem Grade für eine Erkrankung sui generis sprechen, möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass Dietrich jüngst einen Fall publicirt hat, der bei aller Analogie, dennoch syphilitischen Ursprungs war, und Jurasz die Mittheilung machen konnte, dass ein von einem Collegen bereits literärisch verwertheter Fall von ihm nachträglich durch Geständniss des Patienten auf seine syphilitische Basis zurückgeführt werden konnte. Dass es unter solchen Umständen einer minutiösen Untersuchung und doppelter Vorsicht bei Beurtheiluug des Ulc. perforans bedarf, unterliegt keinem Zweifel. Nichtsdestoweniger ist durch derartige Ausnahmen von der Regel noch nicht der Beweis dargethan für die Anschauung Jurasz's, welcher die Nekrose des Knorpels höchstens dyskrasischen, speciell aber syphilitischen Individuen zuschreibt. Endlich möchte ich noch an die Möglichkeit erinnern, dass die luetische Infection nicht unbedingt zur Grundursache des Ulc. perfor. zu werden braucht, wie auch schon der vielerfahrene Voltolini sagt: Mit Syphilis hat diese Erkrankungsform nichts zu thun, obgleich Leute, welche im Leben einmal inficirt gewesen sind, zuerst daran denken.

Doch eine weitere Frage haben wir zu beantworten. Ist die Annahme gerechtfertigt, dass es sich vielleicht um ein Geschwür tuberculösen Charakters handelt?

Weichselbaum und Hajek haben freilich Defecte der knorpeligen Nasenscheidewand vorzugsweise bei tuberculösen Leichen gefunden; das Material stammte jedoch aus den ärmsten Klassen, wo jede 2. Leiche tuberculös war.

Gegen diesen scheinbaren Zusammenhang spricht aber der Umstand, dass wir es beim Ulc. perf. niemals mit der für die Tuberculose der Nasenschleimhaut typischen Granulationsgeschwülsten zu thun haben und dass in einem Falle der Tuberkelbacillus seine specifische Rolle spielt, während er im andern Falle nie gefunden wird, was durch die vielfachen Untersuchungen Hajeks am Lebenden zweifellos festgestellt worden ist. Nicht uninteressant dürfte ferner die Thatsache sein, dass Tuberculininjectionen, zur Zeit an einem 16jährigen Mädchen durch Herrn Prof. Unverricht ausgeführt, keine Allgemeinreactionen hervorzurufen im Stande waren, obgleich nicht allzu lange Zeit nachher Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand constatirt werden konnte.

Eine Verwechslung endlich mit Lupus dürfte wohl kaum ernstlich in Frage kommen, da es sich bei Durchbruch des Knorpels um gleichzeitige lupöse Processe der äusseren oder inneren Nase handelt.

M. H.! Wir sind am Schlusse; die bereits überschrittene Zeit drängt. Ich hoffe, dass diese Arbeit mit dazu beigetragen hat, die Anschauungen über das Wesen der septalen Perforationen zu klären und die Vorurtheile zu zerstreuen, welche bisher in der einseitigen Auffassung gipfelten, jede Perforation sei syphilitischen Ursprungs.

Literaturverzeichniss.

R. Voltolini: Die Krankheiten der Nase. Breslau 1888.

Rossbach: Allgemeine medic. Central-Zeitung. 1889. Nr. 24.

E. Zuckerkandl: Norm. und pathol. Anatomie der Nasenhöhle. Wien 1882.

Weichselbaum: Das perf. Geschwür der Nasenscheidewand. Allgem. Wiener med. Zeitung. 1882. 34 und 35.

M. Hajek: Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Archiv f. path. Anatomie. Bd. 120, Heft 3. 1890.

E. Zuckerkandl: Normale und pathol. Anat. d. Nasenhöhle II. Band. 1892. Wien und Leipzig.

Kiesselbach: Ueber spontane Nasenblutung. Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 24.

A. Hartmann: Erfahr. auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten. Leipzig und Wien. 1887.

Chiari citirt nach Zuckerkandl.

M. Schäffer: Rhinolog. Mittheilungen. Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1886. Nr. 11.

J. Dietrich: Monatsschr. für Ohrenheilkunde. 1890. pag. 336.

Delpech et Hillairet: Ann. d'hyg. publ. 2 ser. t. 21. pag. 5. 1869. und t. 45 pag. 5 und 193 1876.

Eulenberg's Handbuch des öff. Gesundheitswesens. Berl. 1881. I Band.

Hörmann: Ueber Chromindustrie.

A. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1890.

Hildebrandt: Jahrbuch der Anatomie, citirt nach Zuckerkandl.

J. Hyrtl: Lehrb. der Anat. 11. Auflage. Wien 1870. pag. 533.

Foulerton (Chatam) citirt bei W Freudenthal: Ueber das Ulc. sept. nasi perforans. New-Yorker med. Monatsschrift. 1891.

Ueber die Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch.

Vortrag gehalten auf dem IV. Livländischen Aerztetage in Wenden. September 1892.

Von

Priv.-Doc. Dr. Friedrich Krüger,

Dorpat.

M. H.! An anderem Orte [1]) hatte ich schon Gelegenheit genommen, in Bezug auf die vorliegende Frage einige Mittheilungen zu machen. Das Interesse jedoch, welches dieselbe beansprucht, veranlasst mich, meine auf Grund theoretischen Calculs angestellten Versuche und daraus gewonnenen Erfahrungen hier einem grösseren Hörerkreise vorzuführen.

Seit den ersten Versuchen Biedert's über die Verdaulichkeit der Kuhmilch, speciell des Caseins derselben, hat sich die Ansicht geltend gemacht, dass sie in Folge der grobflockigen Fällung des Caseins nur schwer vom Neugeborenen verdaut werde und die Aerzte bemühen sich daher durch starke Verdünnung der Milch und dadurch bedingte feinflockigere Ausscheidung des Caseins, die Verdaulichkeit desselben zu erhöhen.

Aus der grossen Reihe der Vorschriften über die Verdünnung der Kuhmilch hebe ich folgende 3 hervor:

1. Henoch giebt dem Neugeborenen vom I.—III. Monat Milch und Wasser im Verhältniss von 1 : 3, von

[1]) Dorpater med. Gesellschaft und Dorpater Naturforschergesellschaft 1890.

IV.—VI. Mon. 1 : 2 und vom VII.—IX. Mon. Milch und Wasser zu gleichen Theilen.

2. Löbisch verlangt im I. Mon. 1 Th. Milch und 3 Th. Wasser, im II. Mon. 1 Th. Milch und 2 Th. Wasser, im III. Mon. Milch und Wasser zu gleichen Theilen.

3. Schröder giebt, abgesehen von den ersten Tagen nach der Geburt, bis zum 18. Tage des ersten Mon. Milch und Wasser $\overline{aa}$, dann bis zum Schluss des III. Mon. 2 Th Milch und 1 Th. Wasser.

Von diesen Vorschriften werden bei uns zu Lande, nach meinen Erfahrungen, hauptsächlich die beiden erstgenannten in Anwendung gebracht.

Biedert führte seine Versuche extra corpus aus; die auf diese Weise gewonnenen Resultate dürfen jedoch nicht ohne Weiteres auf die Vorgänge innerhalb des Organismus übertragen werden.

Um zu brauchbaren Resultaten betreffs der Ausnutzung der Nahrung zu gelangen, muss diese und der Koth analysirt werden. Derartige Untersuchungen für den Neugeborenen liegen in der Literatur vor (Uffelmann, Forster, Escherich). Sie führen zu dem überraschenden Ergebniss, dass die Kuhmilch vom Neugeborenen ganz vorzüglich ausgenutzt wird Als Beleg dafür gebe ich in folgender Tabelle die von Uffelmann für den mit Muttermilch und von Escherich für einen mit Kuhmilch gefütterten Säugling gefundenen Zahlen, in Procenten der Ausnutzung ausgedrückt, wieder.

	Muttermilch	Kuhmilch
Casein.	99—100 %	ca 99 %
Fett.	97— 98 %	94,7 %
Zucker	100 %	100 %
Asche.	89— 90 %	55,5

Das 10 Wochen alte Kind Escherich's bekam täglich 1 L. Vollmich — es war also in diesem Falle an den

Verdauungsapparat des Säuglings eine colossale Anforderung gestellt — und trotzdem dieses ideale Ergebniss!

Aus diesem Versuche lässt sich folgern, dass die Kuhmilch für den Säugling nicht zu schwer verdaulich sei — dieser Grund zur starken Verdünnung muss also in Wegfall kommen. Damit soll aber noch nicht gesagt sein, dass die Kuhmilch unverdünnt dargereicht werden solle — auch das wäre irrationell. Wir sollen vielmehr bestrebt sein, dem Kinde die Kuhmilch in einer Form zu geben, die der der Muttermilch am nächsten steht.

In folgender Tabelle gebe ich die Zusammensetzung der Muttermilch und Kuhmilch (nach Gerber) an und stelle die sich für die verschiedenen Verdünnungen ergebenden Zahlen daneben.

	Muttermilch	Kuhmilch	1 : 1	1 : 2
Casein.	1,95	3,70	1,85	1,23
Fett.	3,59	4,51	2,26	1,50
Zucker	6,64	4,93	2,47	1,64
Asche.	0,22	0,61	0,31	0,22

Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass bei der Verdünnung von 1 1 die Kuhmilch hinsichtlich ihres hauptsächlichsten Bestandtheils, des Casein, der Muttermilch am nächsten steht. Auf den Fettgehalt der Milch dürfte es nicht so sehr ankommen; das Deficit an Zucker muss jedoch ersetzt werden. Theoretisch müsste es also am richtigsten erscheinen, zur Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch die gen. Verdünnung zu wählen.

Ich will nun die Gründe anführen, welche, meiner Ansicht nach, gegen eine stärkere Verdünnung sprechen:

1. Bei einer stärkeren Verdünnung der Kuhmilch ist der Säugling gezwungen, um die ihm von Natur zukommende Quantität Eiweiss zu erhalten, eine bedeutend grössere Menge Flüssigkeit aufzunehmen, als unter nor-

malen Bedingungen d. h. bei jeder Nahrungsaufnahme muss der Magen des Neugeborenen ganz unnatürlich stark ausgedehnt werden — ein Umstand, der gewiss von schwerwiegender Bedeutung für die Function desselben ist und so manche Störung bei mit Kuhmilch aufgefütterten Kindern zu erklären vermag.

2. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Uebelstand ist der, dass eine so grosse Wasseraufnahme eine ergiebigere und häufigere Wasserausscheidung veranlasst — die Kinder nässen viel öfter, als solche, die die Mutterbrust bekommen. Ganz abgesehen von den Unbequemlichkeiten, die dadurch dem Wartepersonal erwachsen, ist es auch für das Kind von Nachtheil, da einerseits bei jedem Trockenlegen desselben Gelegenheit zu Erkältungen gegeben wird, andererseits aber — und das ist das Wichtigere — durch die Feuchtigkeit und durch die ätzenden Bestandtheile des Harnes auch bei sorgfältigster Wartung nur zu leicht eine Maceration der Haut zu Stande kommt. In Folge dessen werden die Kinder vielfach im Schlafe gestört und es macht sich ein ungünstiger Einfluss auf das Wohlbefinden sehr wohl geltend.

Ebenso unzweckmässig jedoch wie die starke Verdünnung ist auch die Darreichung von Vollmilch. Das Kind hat nämlich das Bestreben, seinem Magen eine bestimmte Flüssigkeitsmenge einzuverleiben, was, da die Kuhmilch ja viel mehr Eiweiss enthält, als die Muttermilch, zu einer habituellen Ueberfütterung führt. In Folge der beständigen Ueberladung des Verdauungstractus kommt es dann zu chronischen Verdauungsstörungen, zu abnormer Bakterienentwickelung und Gährungsvorgängen in den untersten Theilen des Darmcanals u. dergl. m.

Die rationelle Verdünnung wäre also, wie schon erwähnt, die mit dem gleichen Volum Wasser, wobei das Deficit an Zucker ersetzt werden muss.

Aber nicht nur auf die vernunftmässige Verdünnung der Milch kommt es bei der künstlichen Ernährung an, sondern auch auf eine richtige Dosirung der Einzelmahlzeit. Das Kind hat es viel leichter aus der Saugflasche die Milch zu entnehmen, als aus der Mutterbrust, es ermüdet weniger leicht und übernimmt sich daher oft.

Diesem Umstande ist es wohl auch zuzuschreiben, dass künstlich gefütterte Säuglinge viel häufiger «speien», als solche, die die Mutterbrust bekommen. Das Kind soll zu jeder Mahlzeit eine Quantität erhalten, die annähernd der gleichkommt, die ein Brustkind zu sich nehmen würde; das Quantum darf eher kleiner sein, als grösser und hat sich gleichzeitig nach der Zahl der Einzelmahlzeiten in 24 Stunden zu richten. Ahlfeld und Hähner fanden nun die Quantität der Einzelmahlzeit, wie sie in folgender Tabelle angegeben ist; daneben stelle ich die von mir bei künstlicher Ernährung verabfolgten Mengen.

	Ahlfeld und Hähner.		Krüger.	
Monat.	Mahlzeit in Cbcm.	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.	Mahlzeit in Cbcm.	Zahl der Mahlzeiten in 24 St.
I.	94—104	6—7	90	6—7
II.	144—154	5—6	120	»
III.	159—166	4—5	135	»
IV	170—209	»	135	»
V.	183—223	»	135	»

Die Concentration der Milch steigerte ich allmählich von Monat zu Monat und zwar gab ich im I. Mon., vom Tage der Geburt an, Milch und Wasser zu gleichen Theilen, im II. Mon. — 5 3, im III. — 6 : 3, im IV — 7 : 3, im V — 7 : 2. in der ersten Hälfte des VI. Mon. — 8 : 1 und von da ab Vollmilch. Dass die Nahrung sterilisirt verabfolgt wurde, braucht wohl kaum erwähnt zu werden.

Die Kinder gediehen bei dieser Ernährungsweise ausgezeichnet; ernstere Verdauungsstörungen lagen in den 9 von mir beobachteten Fällen nicht vor.

Leider war es mir nicht möglich, die Nahrung und den Koth zu analysiren. Ich wandte daher in 2 Fällen, um über den Werth resp. Unwerth dieser Ernährungsweise zu entscheiden, die Methode regelmässiger Kör-

perwägungen an. Das Massenwachsthum des gesunden Kindes giebt nämlich einen fast untrüglichen Aufschluss über die Brauchbarkeit der Nahrung.

Auf Grund dieser Wägungen, die ich bis zum VII. Mon. allwöchentlich ausführte, konnte ich mich davon überzeugen, dass das Körpergewicht in ganz normaler Weise zunahm, wie die folgende Tabelle zeigt.

Monat.	Monatlicher Zuwachs.	Täglicher Zuwachs.	Monatlicher Zuwachs.	Täglicher Zuwachs.
I.	900	30,0	955	34,0
II.	830	27,5	835	29,5
III.	745	25,0	790	27,0
IV	630	21,0	680	24,0
V.	545	18,0	560	20,0
VI.	460	15,3	480	17,0

Andere Milchgemische, wie Milch und Carlsbader Wasser, oder Milch und Salep- oder Haferschleim, habe ich in diesen Ausführungen unberücksichtigt gelassen, da ich ihre Anwendung schon wegen ihrer Abweichung von der Zusammensetzung der natürlichen Nahrung des Säuglings für irrationell halte.

Nach dem Mitgetheilten möchte ich für die künstliche Ernährung des Neugeborenen mit Kuhmilch folgende Sätze aufgestellt wissen:

1. Es soll eine Verdünnung der Kuhmilch gewählt werden, die sie in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch am ähnlichsten macht.
2. Es soll das Nahrungsgemisch einen der Muttermilch entsprechenden Gehalt an Zucker besitzen.
3. Es soll auf die natürliche Quantität der Einzelmahlzeit geachtet werden.
4. Es soll das Nahrungsgemisch sterilisirt werden.

Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anaemie.

Vortrag, gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage zu Wenden September 1892.

Von

Priv.-Doc. Dr. Friedrich Krüger,

Dorpat.

M. H.! Bekanntlich ist man über die Ursache der sog. primären oder essentiellen Anämien, als deren Prototyp ich die perniciöse Anaemie hinstellen möchte, noch ganz im Unklaren; besondere Veranlassungen lassen sich intra vitam meist nicht nachweisen und auch die Section an diesen Erkrankungen verstorbener Individuen giebt uns keinen genügenden Aufschluss. Die Erscheinungen, die hier an den inneren Organen wahrgenommen werden, wie die Blutarmuth und fettige Degeneration derselben (Herz, Leber, Niere etc.), Blutungen in den serösen Häuten u. s. w. sind sicherlich secundärer Natur.

Es ist selbstverständlich, dass zunächst zur Erklärung der primären Anaemie bei der Obduction nach specifischen Veränderungen an den blutbildenden Organen als Grunderkrankung gefahndet wurde, doch an den Lymphdrüsen und der Milz liess sich in der Regel nichts Besonderes nachweisen, nur erschien letztere hin und wieder ein wenig vergrössert. Die hauptsächlichste Veränderung, die die Section an den Tag legte, fand sich am Knochenmark und kennzeichnete sich durch Schwund der Fettzellen und himbeergelée-ähnliches Aussehen desselben.

Ob nun, wie Cohnheim annimmt, diese Veränderung des Knochenmarkes de facto das ursächliche Moment ist, ist bei Weitem nicht sichergestellt. Es ist nämlich die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass die gen. Erscheinung, wie Neumann meint, nichts Anderes, als der Ausdruck einer stark gesteigerten Regeneration und Neubildung rother Blutkörperchen sei und erst secundär auftrete.

Was die klinischen Symptome der sog. primären Anaemie anlangt, so glaube ich sie übergehen zu können, da sie nichts für diese Krankheit Charakteristisches darbieten, sondern in ihren subjectiven Beschwerden, wie in den objectiven Veränderungen mit denen jeder secundären Anaemie identisch sind. Nur auf die Veränderungen, die im Blute selbst angetroffen werden, möchte ich ein wenig eingehen. Es werden nämlich sowohl bei der essentiellen Blutarmuth, die mit dem Namen «Chlorose» belegt wird, als auch bei der, welche wir «perniciöse Anaemie» nennen, unter dem Mikroskope neben normalen rothen Blutkörperchen Mikrocyten, Makrocyten und Poikilocyten gefunden; der Unterschied in dem mikroskopischen Bilde bei den erwähnten Krankheiten ist nicht ein qualitativer, sondern nur ein quantitativer.

Weiterhin findet man im Allgemeinen die Zahl der Blutkörperchen in der Cubikeinheit Blut, wie auch den Haemoglobingehalt je nach der Schwere des Falles mehr oder weniger stark vermindert. Auch diese Blutveränderungen finden sich aber nicht nur bei den sog. «primären» Formen der Anaemie, sondern auch bei den secundären.

Nach dem Gesagten können wir behaupten, dass weder klinisch, noch pathologisch-anatomisch sich irgendwelche Veränderungen nachweisen lassen, die als Grundursache einer essentiellen Anaemie angesprochen werden könnten; sie können alle auch bei schweren Anaemien secundärer Natur angetroffen werden.

Auf eine Wiedergabe der Reihe von Hypothesen über die Ursache der Entstehung der essentiellen Anaemie will ich mich nicht einlassen; ich darf sie wohl als be-

kannt voraussetzen und werde wahrscheinlich auf keinen grossen Widerstand stossen, wenn ich behaupte, dass keine derselben als ausreichend bezeichnet werden kann, schon aus dem Grunde, weil keine derselben im Stande ist, den gleichen Symptomencomplex bei schweren secundären Anaemien in irgend einer Weise zu erklären.

Ich glaube nun, dass die Anaemie nie eine Erkrankung sui generis ist. sondern in jedem Falle, ganz wie der Hydrops, nur ein Symptom darstellt und dass es zur Erklärung der Entstehung dieses Symptomes einer einheitlichen, allendlichen Ursache bedarf.

In erster Linie muss das Augenmerk natürlich auf die Thätigkeit der blutbildenden Organe gerichtet werden.

Daher veranlasste ich in den Jahren 1888 und 1889 die Collegen v. Middendorff [1]) und Glass [2]) vergleichende Rückstands- und Haemoglobinbestimmungen im Blute der zu- und abführenden Gefässe der Milz auszuführen. Auf die Methode der Untersuchung gehe ich nicht ein, sondern werde mich mit der Wiedergabe der gefundenen Resultate begnügen. Es stellte sich heraus, dass das Blut der Milzvene meist reicher an Haemoglobin und Trockenrückstand ist, als das arterielle. Der Zuwachs resp. die Verminderung an Blutfarbstoff entsprach stets der Vermehrung resp. der Verminderung des Rückstandes. Wir schlossen daraus, dass in der Milz Haemoglobin sowohl aufgebaut, als auch zerstört wird, wobei der Aufbau in der Regel die Zerstörung überwiegt. Dieser Befund steht mit dem von A. Schwartz [3]) hinsichtlich der Wirkung der Milzzellen extra corpus in gutem Einklang.

Ich darf es nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass von Röhmann [4]) die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung angezweifelt worden ist. Seiner Ansicht nach beruhen

---

[1]) Inaug.-Dissert. Dorpat, 1888.
[2]) Inaug.-Dissert. Dorpat, 1889.
[3]) Inaug.-Dissert. Dorpat, 1888.
[4]) Centralblatt für Physiol., 1890, Nr. 7 und 9.

die erwähnten Ergebnisse auf einer Contraction der Milzgefässe, indem je nach derselben bald mehr rothe Blutkörperchen, bald mehr Plasma in der Milz zurückgehalten würde Ist das der Fall, so ist die Vermehrung resp. Verminderung an Haemoglobin und Rückstand nur scheinbar, bedingt durch Aus- oder Eintritt von Plasma in das Blut. Das Plasma unserer Versuchsthiere (Ratten) besitzt einen Rückstand von 8,8—9,0 pCt. Durch Rechnung ergiebt sich aber, dass in unseren Versuchen die Unterschiede zwischen dem Venen- und Arterienblute nur durch Aufnahme oder Abgabe einer Flüssigkeit, die eine Concentration von 9,4—9,7 pCt. besitzt, erklärt werden könnten. Eine derartige Annahme ist aber unmöglich. Es bleibt also der von mir aufgestellte Satz bestehen.

Weiterhin ist von Picard und Malassez [5]) die Zahl der rothen Blutkörperchen im Milzvenenblute höher gefunden, als im Arterienblute; am bedeutendsten fiel diese Vermehrung nach Durchschneidung der Milzvenen aus, ein mittlerer Grad derselben ergab sich im nervösen Ruhezustand der Milz, unbedeutend war sie nach Reizung der Milznerven.

Nach Beclard ändert das Blut der Milz je nach Reizung oder Lähmung der Milznerven sein Aussehen. Auch ich konnte ein eigenthümliches Verhalten in der Färbung des Milzvenenblutes constatiren. Bisweilen zeigte es einen auffallend hellrothen Farbenton, der unter den Augen fast momentan in dunkelblauroth überging. Wenn das Blut hellroth erschien, liess sich mit Sicherheit ein besonders hoher Haemoglobingehalt voraussagen.

Die Milz wird vom Sympathicus versorgt, er ist somit von der grössten Bedeutung für die Function derselben, — wird er gereizt, so tritt eine Hemmung in der Haemoglobinbildung auf.

Ich kehre nun zu der uns beschäftigenden Frage zurück.

---

[5]) Recherches sur les modifications qu'éprouve le sang dans son passage à travers la rate etc. Compt. rend. T. LXXIX, 1874.

Nach dem Gesagten scheint mir eine gewisse Berechtigung zu der Annahme vorzuliegen, dass durch Reizung des Sympathicus das Bild der Chlorose und der perniciösen Anaemie, die ich als Ausdruck einer und derselben Erkrankung von verschiedener Intensität auffasse, bedingt wird.

Wir wissen aber, dass das Bild schwerster Blutarmuth auch auf Grund einer Reihe verschiedenartiger primärer Erkrankungen zu Stande kommen kann. Betrachten wir diese nun näher und sehen wir zu, ob bei denselben an eine Betheiligung des Sympathicus gedacht werden kann.

Der Symptomencomplex der perniciösen Anaemie entwickelt sich hauptsächlich bei folgenden Erkrankungen secundär: 1) bei Magencarcinom, 2) bei Anchylostoma duoden., 3) bei Botriocephal. lat., 4) bei Atrophie der Magen- und Darmwandung und 5) endlich bildet die Gravidität ein entschieden praedisponirendes Moment für die Entwickelung desselben.

Es wird mir wohl unbedingt zugegeben werden müssen, dass bei Magencarcinomen und den erwähnten Darmparasiten eine Reizung des Sympathicus von der Magen- resp. Darmschleimhaut aus sehr wahrscheinlich, ja, ich möchte sogar sagen, sicher ist — wir sehen ja auch eine Reihe anderer Symptome auftreten, die nur auf Sympathicusreizung zurückzuführen sind, wie Speichelfluss, Erbrechen, Pupillenerweiterung etc.

Was das Auftreten des Bildes der perniciösen Anaemie bei Atrophie der Magen- und Darmwandung anlangt, so darf auch hier der Sympathicus nicht aus dem Auge gelassen werden. Ich weise nur darauf hin, dass, wie Strümpell [6]) anführt, die Section als Ursache des gen. Symptomencomplexes eine ausgedehnte Atrophie der Magen- und Darmwandung, zuweilen «mit besonders hervortretender Betheiligung der sympathischen Nervengeflechte», ergab.

Hieran schliesse ich die Anaemia perniciosa gravida-

---

[6]) Strümpell, Lehrb. d. spec. Pathol. und Therap., 4. Aufl., 1887. Bd. II Th. 2. pag. 193.

rum. Auch in der Schwangerschaft sehen wir vielfach die Folgen einer Sympathicusreizung in Form von Uebelkeit, Erbrechen, Speichelfluss u. s. w. erscheinen. Eine Aenderung in der Zusammensetzung des Blutes in der Gravidität, das sich dem chlorotischer Individuen nähern soll, ist ja schon physiologisch.

Auch die essentielle Anaemie, die wir Chlorose nennen, giebt uns Veranlassung an den Sympathicus zu denken. Wann tritt sie in der Regel auf? Zur Zeit der Pubertät, zur Zeit der Entwickelung des mit dem sympathischen System in innigem Zusammenhang stehenden weiblichen Geschlechtsapparates.

Sie sehen also, m. H., dass in den Fällen, in welchen man eine primäre Erkrankung für die Entwickelung der hochgradigsten Anaemie glaubte als Erklärung heranziehen zu können, der Sympathicus stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Sie haben weiter gesehen, welche Bedeutung dieser Nerv für die blutbildende Thätigkeit der Milz hat. Liegt es da nicht nahe, das sympathische System für die Entstehung der sog. primären Anaemien verantwortlich zu machen, die Bleichsucht und die sog. essentielle perniciöse Anaemie als die Folge einer Reizung des sympathischen Geflechtes und eines dadurch bedingten Umschlags in der Thätigkeit der Milz anzusehen, sie als Reflexneurosen aufzufassen. Ich glaube wohl, dass eine derartige Auffassung berechtigt ist und dass diese Hypothese dadurch, dass man im Stande ist, durch sie den gleichen Symptomencomplex verschiedener ursprünglicher Erkrankungen auf eine gemeinschaftliche Basis zurückzuführen, an Boden gewinnt.

Schultze'sche Schwingungen — Tod des Kindes.

Vortrag gehalten auf dem IV. Livländ. Aerztetage.

Von

Prof. Körber.

Vor einigen Monaten secirte ich ein Kind, an dem Sch. Sch. ausgeführt worden waren. Der Sectionsbefund veranlasst mich, denselben kurz mitzutheilen. Bevor ich auf den Fall selbst eingehe, erlaube ich mir zwei Bemerkungen, um meine Stellung als Gerichtsarzt zur Frage zu kennzeichnen:

Ich glaube auf keinen Widerspruch zu stossen, wenn ich 1) annehme, dass gegenwärtig auch alle Gerichtsärzte davon überzeugt sind, dass durch Sch. Sch. Luft in die Lungen eines ausgetragenen Kindes gebracht werden kann und 2) behaupte, dass dadurch die Beweiskraft der Schwimmprobe nicht im Geringsten angetastet wird, denn der Gerichtsarzt hat es ausschliesslich mit Kindern zu thun, die heimlich geboren wurden, wo demnach Wiederbelebungsversuche durch Sch. Sch. ausgeschlossen sind.

Von Geburtshelfern wird die Methode so gern angewandt und so hoch geschätzt, weil der Zweck sicher erreicht wird und die Ausführung leicht ist. Nur in Bezug auf die Gefährlichkeit resp. Ungefährlichkeit der Sch. Sch. sind die Autoren nicht so einig und scheint mir das bisher veröffentlichte Material die Gefahrlosigkeit noch nicht zu beweisen.

Im Jahre 1887 wurden durch Winter (Vierteljahrschrift für gerichtl. Med. N. F. Bd. 46 S. 84) 3 Fälle von Verletzungen durch Sch. Sch. veröffentlicht. Runge suchte in der Petersb. med. Wochenschrift (Nr 19 und 20. 1887 «Casuistik aus der Dorpater Klinik») den Nachweis zu liefern, dass die während der Section von Winter bemerkten Verletzungen nicht auf Sch. Sch., sondern in 2 Fällen auf die Extraction am Beckenende zu beziehen seien. Im 3. Falle, wo das Kind spontan geboren wurde, wird die Leberruptur mit gleichzeitiger Fractur der 3.—5. Rippe rechterseits wohl auf die Schwingungen zurückgeführt, doch seien die Verletzungen erklärlich, da von einem Practicanten nicht lege artis langdauernde Schwingungen ausgeführt worden waren.

In dem von mir secirten Falle wurden Sch. Sch. ca. 10 Min. lang von dem mehrjährigen Assistenten der Dorpater geburtshilflichen Klinik Dr. Holowko und der Institutshebamme vorgenommen, demnach von Personen, welche die Schwingungen lege artis ausführten, andererseits war der Hergang während der Geburt ein derartiger, dass die Verletzungen während derselben nicht entstanden sein konnten.

N. N. 39 J. alt VII-para. Der behandelnde Arzt hatte die Zange angelegt, jedoch den Kopf nicht zu extrahiren vermocht, worauf die Kreissende auf die geburtshilfliche Klinik transportirt wurde. Da das Kind lebte und keine Indication zur Beendigung der Geburt vorlag, (alle früheren Geburten waren normal verlaufen) so wurde beschlossen, mit der Kunsthilfe noch zu warten. In der Nacht vom 24./25. Mai wurde der Kopf in erster Schädellage spontan geboren, von dem Assistenten der Finger in die rechte Achselhöhle eingeführt und damit der Rumpf entwickelt; da das Kind schwer asphyktisch geboren wurde, schritt der Assistent alsbald zur Einleitung der Respiration durch Sch. Sch. Die Auscultation des Herzens ergab jedoch bereits nach 10 Minuten den Eintritt des Todes.

Sectionsbefund. Länge 57 Cm. Gewicht 4885 grm. Kopf und Brustumfang 37 Cm. Knochenkern 9 Mm.

In der Unterleibshöhle reichlich 125 Ccm. zum Theil geronnenen Blutes. Am vorderen rechten Leberrande die Leberkapsel im Umfange eines Silberrubels abgehoben mit flüssigem Blut gefüllt. Mehrere etwas kleinere Hämatome an der unteren Fläche nahe dem vorderen Leberrande und am Spigel'schen

Lappen. Die Leber sehr gross und schwer. Im Leberparenchym nahe dem hintern Rande ein wallnussgrosser mit geronnenem Blut gefüllter Leberriss, welcher bis zur Kapsel heranreicht, die gleichfalls eingerissen ist. 3 Ctm. weiter nach links gegenüber der Wirbelsäule ein 2. kleinerer Leberriss, welcher nicht bis an die Kapsel reicht. Das umgebende Lebergewebe von normaler Beschaffenheit.

Am oberen Pol der rechten Niere ein Blutaustritt unter der Kapsel.

Magen-Darmcanal sinken, unter, der ganze Dickdarm stark contrahirt und nur in der Flexur und im Rectum Kindspech. Die Lungen mit dem Herzen sinken langsam unter, die Lungen allein in's Wasser gethan, schwimmen. Am Herzen, den Lungen, der Thymus und den Augenlidern zahlreiche Ekchymosen. Die Lungen deutlich marmorirt, einzelne Alveolen gruppenweise erweitert, das Gewebe von mittlerem Blutgehalt, von der Schnittfläche lassen sich nur wenige Luftbläschen abstreifen. In der Luftröhre bis in die grösseren Bronchien hinab zäher Schleim ohne Luftbläschen, jedoch nirgends das Lumen vollständig verlegt. Die Schleimhaut in der Umgebung beider Mandeln blutunterlaufen.

Die Kindskopfgeschwulst in der Umgebung der kleinen Fontanelle, Gehirnhäute und Gehirn blutreich, Schädelknochen wenig biegsam.

Das Kind ist lebend geboren und in Folge der Leberruptur und der damit im Zusammenhang stehenden Blutung verstorben. Die Leberruptur kann auf keinerlei Manipulationen während der Geburt bezogen werden, sie ist vielmehr während der Sch. Sch. entstanden, demnach ist das Kind in Folge der Sch. Sch. verstorben. Ob das Kind bei anderweitigen Wiederbelebungsversuchen ohne Verletzung der Leber hätte gerettet werden können, ist nicht zu entscheiden, jedenfalls hat das Kind vorzeitige Athembewegungen ausgeführt und kam in hochgradig asphyktischem Zustande zur Welt. Die Blutunterlaufungen am weichen Gaumen sind irrelevant und wahrscheinlich auf das Einführen des Fingers zur Entfernung des Schleimes aus dem Rachen zu beziehen.

Wenn demnach die Sch. Sch. im concreten Falle lege artis ausgeführt worden sind, und dennoch in Folge dieser Schwingungen der Tod eingetreten ist, so darf man wohl fragen, warum ereignete sich in vorliegendem Fall eine Leberruptur? Vielleicht bestanden Contraindicationen gegen die Anwendung Sch. Sch.?

Runge, der eifrigste Vertheidiger der Sch. Sch. hat während einer 10jährigen grossen Praxis niemals erhebliche Verletzungen zu beobachten Gelegenheit gehabt, er hält die Sch. Sch. daher für relativ ungefährlich und zieht sie allen anderen Methoden behufs Einleitung der künstlichen Respiration vor.

Dr. Leopold Meyer in Kopenhagen (Centralblatt für Gynäkol. 1890 Nr. 10 S. 153) erwähnt eine Contraindication. Er plädirt für die Anwendung der anderen Methoden zur Wiederbelebung, falls sich ein Bruch des Schlüsselbeins resp. Oberarms während der Geburt eingestellt hat. In solch' einem Falle hält er die Sch. Sch. für gefährlich und erklärt er den raschen Tod eines Neugeborenen mit Schlüsselbeinbruch (Heydrich Centralblatt für Gynäkol. 1890 Nr. 7 S. 109) durch Sch. Sch., die eine Läsion der Lungen durch Dislocation der Bruchenden, Pneumothorax, Hautemphysem und Emphysem im vorderen und hinteren Mediastinum bedingten. Dürfte man nicht, gestützt auf den von mir secirten Fall, als weitere Contraindication gegen Sch. Sch. das bedeutende Körpergewicht (5 Klgrm.) aufstellen, denn je grösser das Gewicht des ganzen Körpers, desto grösser auch der Druck, den die auf den Unterleib fallenden grossen Extremitäten auf die Leber ausüben werden. Reicht nun die grosse Leber ausserdem auch noch weit gegen den Nabel herab, so wird sie zwischen den Knieen, Rippen und Wirbelsäule zusammengepresst werden, wobei es zur Zerquetschung des Gewebes resp. zu Hämatombildung kommen kann. Jedenfalls ist die Verletzung der Leber nicht während des Abschwingens erfolgt, denn dann wären das Lig. suspens. resp. die nächste Umgebung desselben verletzt worden.

Wie häufig Verletzungen in Folge Sch. Sch. vorkommen mögen, ist gegenwärtig nicht zu entscheiden. Runge (l. c.) sagt «Viele asphyktische Neugeborene, an denen Sch. Sch. lege artis ausgeführt wurden, werden wohl selten Gegenstand einer Section werden». Er hat Recht, denn waren die Kinder todt, so werden Zeichen der lebenden Reaction an den durch Sch. Sch. hervorgebrachten Verletzungen natürlich fehlen, die Verletzungen

werden wahrscheinlich während der Section übersehen werden; blieb das Kind jedoch am Leben, was in geburtshilflichen Kliniken, wo lege artis geschwungen wird, die Regel ist, so fehlen Verletzungen oder dieselben sind so unbedeutend, dass sie auch später das Leben nicht bedrohen, die Kinder werden nicht secirt. Demnach werden die Acten aus den geburtshilflichen Kliniken schwerlich als vollgiltiger Beweis für die Gefahrlosigkeit benutzt werden können. Wie steht es dagegen mit den Kindern in der Privatpraxis, an denen Hebammen oder ungeübte Aerzte vielleicht nicht lege artis Sch. Sch. vorgenommen haben? Giebt es ebenfalls gar keine resp. nur unwesentliche Verletzungen wie in den geburtshilflichen Anstalten?

Seit mehr als 10 Jahren gehören die Sch. Sch. in den Hebammenunterricht. Demnach dürfte diese Methode eine weite Verbreitung gefunden haben. Doch bei der Scheu vor Sectionen und der auch den Laien bekannten Häufigkeit der Todtgeburten auf dem Lande (ca. 5 pCt.), wird ein asphyktisch geborenes Kind, welches trotz Sch. Sch. nicht wiederbelebt werden konnte, gewiss unbeanstandet beerdigt und kaum je ein Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung werden, somit kann auch das Fehlen von Veröffentlichungen schlimmer Folgen aus der Privatpraxis, meiner Meinung nach, nicht als Beweis der Gefahrlosigkeit der Sch. Sch. angesehen werden.

Nur durch ausnahmsloses Seciren der in- und ausserhalb der Anstalten verstorbenen Kinder an denen Sch. Sch. ausgeführt worden waren, wobei eine besondere Aufmerksamkeit auf die Zertrümmerung des Leberparenchym's ohne lebende Reaction, gerichtet werden müsste, könnte das Material beschafft werden, um den Procentsatz der Verletzungen, sowie Contraindicationen festzustellen. Sollte es sich dabei herausstellen, dass Verletzungen bei ungeschicktem Schwingen häufiger vorkommen, als bisher angenommen wurde, so könnten resp. müssten, — ebenso wie das Chloroform den Hebammen entzogen ist, während es in der Hand des Arztes unschätzbare Dienste leistet, —die Sch. Sch. nur für die Kliniken und geschickten Aerzte reservirt bleiben, nicht aber den Hebammen gestattet werden.

Zur Diagnose und Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens.

Vortrag, gehalten auf dem livländischen Aerztetage zu Wenden am 15. September 1892.

Von

Dr. W. Zoege-Manteuffel.

Doc. für Chirurg. an der Univ. zu Dorpat.

M. H.! Wenn ich Ihnen meine Anschauungen über die Behandlung der Abdominalverletzungen hier auseinanderzusetzen wage, so geschieht das nicht um wesentlich Neues zu bringen. Ich meine aber, dass bei dem praktischen Interesse, das jeder Arzt den Verletzungen dieser Gegend entgegenzutragen so oft gezwungen ist, es Ihnen nicht unerwünscht sein dürfte hier die Gelegenheit zu Meinungsäusserungen über dieses Thema zu finden. Zudem begegnen wir in den Handbüchern, namentlich in den verbreitetsten von König und Tillmanns in Bezug auf einzelne Fragen Anschauungen, die ich nicht theilen kann und die gewissen physiologisch-pathologischen Thatsachen, die die letzten Jahre gebracht, widersprechen.

Die Aetiologie der Verletzungen ist in ein paar Worten abgethan: wir unterscheiden: Schuss-, Stich-, Schnittwunden als perforirende Verletzungen von solchen, die durch stumpfe Gewalt verursacht, die Decken nicht durchsetzen. Lassen wir diese Contusionen bei Seite, so interessiren uns auch in der Friedenspraxis die erstgenannten 3 Formen fast in gleichem Maasse, wenn vielleicht auch die Schnittverletzungen, unter die ich auch

die Stichverletzungen mit schneidender Waffe, wie Messer etc. zähle, etwas überwiegen.

Stehen wir vor einem verwundeten Abdomen, so wird unsere erste Sorge sein: Hat das Messer oder das Projectil die Abdominalwand durchbohrt oder nicht? Ist die Kugel in die Leibeshöhle eingedrungen, hat das Messer die Peritonealhöhle mit der inficirenden Aussenwelt in Communication gesetzt oder nicht?

So einfach diese Frage a priori zu beantworten ist im Kriege, gegenüber der Rasanz der Projectile moderner Praecisionswaffen, so schwierig wird ihre Lösung in der Friedenspraxis, wo es sich um mit wechselnder Gewalt eindringende Schrote oder um grosse Rundgeschosse mit schwacher oder unbekannter Durchschlagskraft handelt, oder gar um die Kraft, die die mörderische oder rauflustige das Messer führende Faust entwickelte. Und doch ist bei der letzten Art der Verwundung die Frage, ob perforirend oder nicht, in einer ganzen Reihe von Fällen schon beim blossen Anblick des Kranken gelöst. Bei grossen Schnitten meist schon auf der Stelle der That, bei Messerstichen bei der geringsten durch den Schmerz hervorgerufenen Bauchpresse, stülpt sich Bauchinhalt vor: in der Reihe der ersteren meist Darm und Netz, in der der letzteren häufig dieses allein. Nicht so bei den meisten Schuss- und Stichwunden. Hier findet der intraabdominelle Druck keinen Locus minoris resistentiae grösserer Ausdehnung und an der kleinen Schussöffnung kann auch das Netz seine fast zielstrebig zu nennenden Eigenschaften als Lückenbüsser nicht in dem Maasse entwickeln. Daher finden wir hier auch den sichtbaren Beweis für die Perforation des Peritoneum nur äusserst selten, wohl nur in Fällen, wo grosskalibrige Geschosse eine grössere Zerstörung setzten. Zu allermeist jedoch stehen wir den Schuss- und Stichverletzungen und einem grossen Theil der Schnittwunden rathlos gegenüber und suchen umsonst nach einem Symptom, das uns früh über die Ausdehnung der Verletzung aufklärt.

Sehen wir uns daher nach diagnostischen Hülfsmitteln um. Da fällt uns natürlich zuerst die Sonde in die Hand. Tillmanns sagt darüber folgendes: «da meine Sonde

aseptisch ist, so würde ich, wie auch Mc. Cormac empfiehlt, sicher sondiren und nicht erst abwarten» etc. und zwar empfiehlt er die Sondirung auch für eine schon frisch verklebte Wunde. Allerdings giebt er zu, dass die Ansichten darüber getheilt sind. Und ich muss gestehen, dass ich mich nicht zu dem Standpunkte Tillmanns bekenne, obgleich auch der um die Kenntniss der Verletzungen des Abdomens so verdiente Cormac ihn theilt. Allerdings ist auch meine Sonde aseptisch, aber ist es auch die Wunde? Wie schwierig ist es schon die Bauchdecken bis an den äussersten Rand der Wunde zu desinficiren, ohne das etwas von den benutzten Flüssigkeiten hineinrinnt, wie ungleich schwieriger ja unmöglich ist es, die Wunde selbst zu desinficiren. Denn Abspülungen mit Carbol und Sublimat nützen nichts, sind aber bei offenem Peritoneum bedenklich. Das eindringende Messer, die Tuchfetzen mitreissende Kugel, sie streifen nun allerdings die unreinen Stoffe sicher in den obersten Theilen der Wunde am ergiebigsten ab. Wenn wir aber mit der stumpfen Sonde in der Wunde umhertappen, schieben wir sicherlich Blutgerinnsel, und was an ihnen hängt und haftet, in die Tiefe und schliesslich in die Bauchhöhle. Bestehen gar complicirende Verletzungen, so können wir hier eine Blutung neu entfachen, dort schützende Adhaesionen bei älteren Wunden sprengen. Aber auch bei frischen drohen Gefahren. Berühren wir den Darm mit einem beliebigen Gegenstand so tritt fast stets eine peristaltische Contraction auf. Diese begünstigt oder provocirt bei Verletzung des Darms Kothaustritte. Ich kann mich danach nicht zu der Ansicht Cormac's und Tillmanns' bekennen, wenn auch die Versuchung zur Sondirung sehr gross ist. Klärt doch die Sonde in der That die Situation mit einem Schlage, aber nur in diagnostischer Hinsicht, — in prognostischer trübt sie sie derart, dass ich den Gebrauch der Sonde hier wie bei allen Höhlenwunden als durchaus und unter allen Umständen unerlaubt verwerfen muss.

Andrerseits wird aber die Forderung an die Diagnose dringend, namentlich in Fällen in denen wir eine Com-

plication als möglich voraussetzen müssen. Hier wird ein Schnitt, der schichtweise die Bauchdecken bis aufs Peritoneum durchtrennt, dem Kranken nicht schaden. Ist das Bauchfell gegen alle Vermuthung nicht eröffne, so kann man den Schnitt schliessen. Ist die Bauchhöhle eröffnet, so giebt uns die Incision Gelegenheit, manche Nebenverletzungen (Blutung etc.) zu erkennen. Man wird vielleicht einwenden, dass, namentlich in der Landpraxis für Arzt und Kranken eine diagnostische Operation etwas missliches hat und auch oft verweigert werden wird.

Da lasse man lieber die Hände ganz aus dem Spiel, da man ja dann wohl auch nicht gleich die Laparotomie anzuschliessen in der Lage ist. Jedenfalls involvirt die diagnostische Incision weniger Gefahren als die Sondirung.

Ist nach dem Gesagten die Eröffnung der Bauchhöhle oft schlechterdings nicht zu erkennen, so ist vollends die Diagnose der complicirenden Verletzungen eines Darmtheils in der Zeit, wo die Diagnose noch praktischen Werth besitzt, fast stets unmöglich. Nur in vereinzelten Fällen, wo eine Aufschlitzung der Decken das verletzte Eingeweide zugleich bloslegte, oder wo Gas, Koth, oder was ich einmal beobachtete, ein Spulwurm aus der Hautwunde hervortrat, ist damit auch zugleich die Verletzung des Darmes erwiesen. In allen anderen Fällen tappen wir völlig im Dunkeln. Senn hat deswegen nach dem Vorgange anderer Chirurgen vorgeschlagen den Darm mit brennbaren Gasen anzufüllen, die bei ihrem Austritt aus dem Leibe sich dann entzünden lassen sollen. Gegen dieses Verfahren lässt sich dreierlei einwenden: Erstens ist der Darm oft so stark mit Koth gefüllt, dass das Gas nicht bis an die Perforation gelangt. Ferner treibt es, wenn es in gewünschter Weise strömt, Darminhalt aus der Wunde, drittens ist schliesslich die durch Insufflation erzeugte Auftreibung auch bei Bestehen der Verletzung, namentlich aber bei Intactheit des Darmes überaus lästig und bei der eventuellen Laparotomie direct schädlich.

Als drittes diagnostisches Hülfsmittel steht uns die Laparotomie zur Verfügung. Diese wird aber nur indicirt sein

können, wo wir mit grosser Wahrscheinlichkeit, mit mehr oder weniger Sicherheit eine Complication annehmen müssen, und wo die Operation so ausgeführt werden kann, dass in ihr nicht dem Kranken neue Gefahren erwachsen, die vielleicht grösser sind als die, denen sein Leben durch die Verletzung als solche ausgesetzt war, das heisst: Das Mittel darf nicht gefährlicher sein als die Krankheit. Die diagnostische Laparotomie gehört somit in die klinische Praxis.

Da uns die Allgemeinsymptome bei den Verletzungen des Abdomens im Stiche lassen, wenn wir absehen von Blutungen und diese veranlassenden Parenchymverletzungen u. s. w., so müssen wir Auskunft suchen bei der Statistik und dem Experiment. Auch hier werden wir aber nur darüber Aufschluss suchen können, ob eine complicirende Verletzung des Darmes vorliegt, während die Frage, ob die Peritonealhöhle an sich eröffnet ist, nur aus der Richtung der Verletzung und der Grösse der Gewalt zu erschliessen ist, mit der die Verwundung erfolgte. Den ersteren Factor, die Richtung, können wir meist aus der Gestalt der Wunde erkennen, den anderen, die Grösse der Gewalt, kennen wir in den Friedensverletzungen, wie erwähnt, nur selten.

Ueber die Häufigkeit complicirender Darmverletzungen giebt uns die Statistik naturgemäss nur sehr ungenaue Auskünfte. Dass spitze, stumpfspitze und scharfe Instrumente das Abdomen perforiren können, ohne den Darm zu verletzen, beweisen uns die Fälle von Mc. Cormac und Hennen. Letzterer sah einen Ladestock, Ersterer ein Bajonett das Abdomen ohne Läsion der Därme durchsetzen. Auch die tägliche Praxis bestätigt wohl die Madelung'sche Beobachtung, dass bei Stich- und Schnittwunden der Darm häufig unverletzt bleiben kann. Dass der Magen gelegentlich dem Messerstoss ausweichen kann, habe ich selbst einmal beobachtet (St. Petersburger med. Wochenschrift 1892 Nr. 10).

Schwieriger ist die Entscheidung dieser anatomischen Frage bei Schusswunden. Die Thatsache der Ausheilung einer das Abdomen durchsetzenden Schussverletzung ergiebt hierfür natürlich gar keinen Beweis. Larrey

berichtet über einen Fall, in dem die Kugel den Leib, wie es anfangs schien, schadlos durchsetzt hatte. Später fand sich aber doch eine Quetschung des Darmes. Die Thierexperimente von Parkes und Klemm ergaben, dass sogar stets eine Mitverletzung des Darmes statt hatte.

Die persönlich gewonnenen Anschauungen von Autoritäten wie Cormac, Kocher. Mikulicz stimmen dem bei, so dass wir wohl nicht fehl gehen, wenn wir bei einer die Abdominalwand perforirenden Schussverletzung auch eine Verletzung des Darmes als sehr wahrscheinlich ansehen.

Wenden wir uns nun zu der Therapie der in Rede stehenden Verletzungen. Hier müssen wir vor Allem danach fragen: was besorgt die Natur selbst und wo wird sie ohne Kunsthilfe machtlos?

Schnitt- und Stichverletzungen geben auch bei exspectativer Behandlung eine ziemlich gute Prognose. Reclus[1]) sah von 45 Fällen 40 spontan heilen, was ca. 10 pCt. Mortalität giebt. Cormac[2]) sammelte 89 Fälle, in denen der Bauchschnitt gemacht worden war, mit 24 Todesfällen, d. h. ca. 27 pCt. Unter diesen waren aber 56 schwere Verletzungen, bei denen der Dünndarm oft mehrfach genäht werden musste und die allein 14 Todesfälle aufwiesen. Ueberhaupt können wir diese Zahlen nicht direct vergleichen, da Cormac Kriegsverletzungen, also ungleich schwerere Verwundungen zählt, während Reclus hauptsächlich aus der Friedenspraxis sammelt und eine ganze Reihe von Verwundungen mit Pfriemen, Federmessern mittheilt, bei denen wohl sicher keine Complicationen bestanden, ja es fraglich war, ob die Abdominalwand überhaupt perforirt war, während die Cormac-Otis'schen Fälle bis auf 18 alle complicirt waren.

Die Friedenspraxis, die uns hier vornehmlich interessirt, hat es ja mit minder grossen Gewalten zu thun und da ist. wie gesagt, die Complication seltener, die Spontanheilung relativ häufig. Handelt es sich um den Stoss eines Ochsenhornes oder einen Sensenhieb, um

[1]) Revue de chirurgie Bd. X, 1890.
[2]) Sammlung klin. Vorträge.

Maschinenverletzungen etc., so sieht man ja wohl die Intestina in Masse prolabirt und zerrissen. Hier hat nur in seltenen glücklichen Fällen die Kunsthilfe Erfolge aufzuweisen, während bei einfach prolabirter und angeschnittener Darmschlinge wohl Spontanheilung, aber mit Kothfistel, zu Stande kommen kann. Nur in Bezug auf die letzteren Fälle können wir es verstehen, wenn John Bell von dem Vorschlag Benjamin Bell's, den verwundeten Darm zu nähen und zu reponiren, sagt, dass das geradezu eine Tollheit sei, und dass seit der Erfindung der Buchdruckerkunst dieser Vorschlag seines Gleichen nicht finde. Die antiseptische Aera hat dem genialen älteren Bell Recht gegeben, und werden wir sehr wohl in der Lage sein dem Verwundeten den Anus praeternaturalis zu ersparen. Bei den Verletzungen des Leibes durch Messerstich, wie sie bei Raufereien und Raubanfällen vorkommen, sehen Sie relativ selten den Darm verletzt. Meist findet sich ein mehr weniger gerader Stichkanal, den ein Zipfel des prolabirten Netzes schliesst. Hier sind die Bedingungen zur spontanen Heilung überaus günstige. Ueberlassen wir den Fall sich selbst, so wächst das Netz hier ein, bedeckt sich mit Granulationen und schliesst so bald das Abdomen.

Sehr anders liegen die Verhältnisse bei den Schussverletzungen. Seit Alters haben sich hier zwei Heerlager gegenüber gestanden, die sich arg befehdeten. Die Einen vertraten den Standpunkt, dass Abwarten das Beste sei, da auch hier die Spontanheilung relativ häufig zu Stande käme und bei der zweifelhaften Diagnose die Berechtigung und auch Leistungsfähigkeit der Laparotomie anzuzweifeln sei. Zu Vertretern dieser Richtung gehört vornehmlich in neuerer Zeit Reclus. Er findet, dass von 88 Schussverletzungen, die exspectativ behandelt worden waren, 22 mit Tode abgegangen sind, 66 leben blieben, was eine Mortalität von ca. 25 pCt. gäbe, während von 40 Fällen, die vor der 12. Stunde laparotomirt wurden, 22 starben = 55 pCt. Mortalität, und von 22, die nach der 12. Stunde operirt wurden, 17 starben, was 77 pCt. Mortalität ergäbe.

Dem gegenüber lehrt die Schule der Interventionisten,

zu denen wohl so ziemlich alle deutschen Chirurgen, dann Mac Cormac, Parkes, Senn etc. gehören, dass die Spontanheilung einer Schussverletzung des Leibes mit complicirender Darmwunde als so seltener Glücksfall (König) anzusehen sei, dass man nicht darauf rechnen dürfe, und daher in dem Falle, wo man die Complication vermuthe, d. h. nach dem oben über die Diagnose Gesagten, in jedem Falle die Laparotomie unbedingt machen müsse. Alle Interventionisten und mit ihnen auch Klemm in seiner vor kurzer Zeit erschienenen Arbeit meinen die Reclus'schen Schlüsse und Vergleiche seien nicht exact genug, es fehle eine genauere Kritik der Einzelfälle. Ich gebe sofort zu, dass die Art, wie Reclus die laparotomirten Fälle heranzieht nicht einwandsfrei ist und dass ferner von den spontan geheilten Fällen eine ganze Reihe nicht fraglos mit Intestinalverletzungen complicirt waren. Dennoch aber sind von den 66 Geheilten 33 ohne allen Zweifel mit Magen-, Darmverletzungen oder Läsion der Gallenblase (2) complicirt gewesen, weitere 4 zeigten blutige Stühle und sind somit wohl auch als ziemlich sichere Darmverletzungen anzusehen: macht in Summa 37. Rechnen wir nun auch nur diese, so giebt das in Summa 59 fraglos complicirte Abdominalverletzungen mit 22 Todesfällen oder 37 pCt. Mortalität. Otis giebt für die Laparotomie 24 Todesfälle, 7 Heilungen d. h. 66 pCt. Mortalität an. Wer wie Taillerand meint: «la statistique c'est le mensonge en chiffre» dem kann ich nur das Gleiche gegen die Cormac'sche Statistik anführen, und ich meine, solche Zahlen wie die von Reclus gebrauchten 37 lassen sich durch ein bon mot nicht beseitigen.

Das Misstrauen, das der exspectativen Behandlungsmethode und ihren statistischen Angaben entgegengetragen wird, beruht aber, wie ich meine, viel weniger auf dem allgemeinen Misstrauen gegen Zahlen, als auf den Erklärungsversuchen des Modus der Spontanheilung. Namentlich kleine Projectile sollten Oeffnungen setzen, die durch den sich vorstülpenden Schleimhautpfropf so lange geschlossen würden, bis peritoneale Verklebungen die Gefahr beseitigten.

Diesen Behauptungen widersprachen die Resultate der Experimentatoren direct. Dadurch kamen aber jene Thatsachen, die durch diese Theorie erklärt werden sollten, auch in Misscredit. Die Experimentatoren fanden, dass es fast gleichgültig sei welches Caliber das Geschoss besitze, da auch ein kleines Projectil bei tangentialem Auftreffen auf das Darmrohr relativ grosse Oeffnungen setzen könnte. Ich selbst hatte solches einmal zu beobachten Gelegenheit bei einem Knaben, dessen Darm 11 mal von einer 7 Mm. Revolverkugel durchbohrt war. Einzelne Oeffnungen hatten bis 1,5 Ctm. grössten Durchmesser (cf. Klemm l. c.). Aber auch die kleinste Wunde gestattet dem Koth den Austritt: «Die Schleimhaut vermag nicht das Loch auch der kleinsten Kugel so zu verstopfen, dass jener Austritt verhindert wird» sagt Mc. Cormac und Klemm beobachtete den Vorgang des mit jedem peristaltischen Impulse periodisch sich wiederholenden Austretens von Koth aus einer durch 5 Mm. Projectil gesetzten Darmwunde, trotzdem die Schleimhaut in typischer pfropfartiger Weise die Wunde scheinbar schloss. Aber auch in anderer Hinsicht widersprachen die Resultate der Experimentatoren den Reclus'schen Angaben. Alle Hunde, die nicht laparotomirt wurden, gingen zu Grunde. Und wir wissen doch, dass das Hunde — Peritoneum viel mehr verträgt als das des Menschen, und viel ergiebigere plastische Eigenschaften besitzt.

Die Widersprüche zwischen Statistik und Experiment zu lösen wird der Zukunft vorbehalten sein, ich glaube aber, dass nach dem Erwähnten wir wohl berechtigt sind, die experimentellen Resultate als eine theilweise Correctur jener statistischen Angaben anzusehen und somit die Schussverletzungen des Abdomens als mindestens zweifelhaft zu prognosticirende Verletzungen zu bezeichnen.

Das giebt uns aber auch schon gewisse Anhaltspunkte für die Therapie, und für die Prognose bei eintretender Kunsthilfe. Bei Besprechung derselben kann ich nicht umhin einen wissenschaftlich geforderten Idealstandpunkt von einem, sagen wir, Compromissstandpunkt zu sondern, wie er durch die schwierigen Verhältnisse namentlich der

Landpraxis gegeben ist. Hier dem Arzte die volle Verantwortlichkeit des Klinikers aufzubürden wäre unbillig.

Fraglos und unbedingt in allen Situationen indicirt ist die Laparotomie wegen das Leben bedrohender intraabdomineller Blutung. Ich brauche nicht darauf hinzuweisen, dass Verblutung auch aus relativ kleinen Gefässen erfolgen kann, weil das Blut in der Leibeshöhle nicht gerinnt und das meist nur von Peritoneum bedeckte Gefäss sich nicht ins Gewebe retrahiren kann.

In der voll ausgerüsteten Klinik haben wir, wie ich meine, die Pflicht und das Recht bei Schussverletzungen des Abdomens die diagnostische Laparotomie vorzunehmen und therapeutisch zu verwerthen. Wir werden den verwundeten Darm aufsuchen und sei es nach Resection oder nach Anfrischung der Wundränder durch die Naht schliessen. Es ist das der Standpunkt, der in Deutschland und Amerika die meisten Vertreter hat. Wenn wir ihn theilen, so müssen wir aber mit der Thatsache rechnen, dass nach der 20. Stunde stets schon Peritonitis in ausgedehnterem Maasse eingetreten ist und dass die Prognose von da ab absolut letal ist. Je früher die Operation ausgeführt wird, um so günstiger liegen ja natürlich die Verhältnisse. Ist erst Koth in grösserer Menge ausgetreten oder hat sich durch Bewegungen in der Bauchhöhle ausgebreitet, so sind alle Reinigungsversuche fruchtlos. Die Toilette der Bauchhöhle wird hier, wie Reichel das gezeigt hat, zur Phrase.

Ob wir nun den Leib in der Mittellinie eröffnet haben, was sich in den meisten Fällen empfiehlt, oder ob wir mit der Incision dem Schusskanal folgen, was bei weit seitlicher Lage derselben zu empfehlen ist (König), meist stossen wir bald auf eine der verletzten Stellen. Diese und weitere sind nach Bedeckung der Darmwunde mit einer Compresse sofort in Tücher zu schlagen und zu eventriren. Jetzt erst suche man den übrigen Darm am besten wohl von der Ileocoecalklappe beginnend aufwärts ab. Findet man keinen verwundeten Darm mehr so packt man den gesunden wieder ein (nach Reinigung) schliesst die Bauchhöhle durch eine Serviette und eventuell, bei vordrängenden Därmen und kräftiger Musculatur, noch

durch einige Hautnähte, wobei man die verwundeten aussen liegenden Schlingen an enger Stelle austreten lässt, damit bei den nun folgenden Manipulationen an der verletzten Schlinge die Bauchhöhle nicht nachträglich inficirt wird. Die Wunden am Darm, von denen wir stets mehrere erwarten müssen, sind vor der Naht ihrer fetzigen Ränder wegen anzufrischen. Liegen viele Wunden nah bei einander, so wird es zweckmässig erscheinen die ganze Schlinge zu reseciren. Nach Reinigung derselben revidiren wir noch einmal die Bauchhöhle, entfernen grobe Verunreinigungen durch vorsichtiges Tupfen ohne jedoch mit den Schwämmen im Leibe viel herumzufahren. Auch Ausspülungen sichern nicht die Entfernung fein vertheilter Verunreinigungen, breiten sie vielmehr leicht, wie Reichel das gezeigt hat, aus. Namentlich das faltenreiche Netz ist absolut nicht zu desinficiren und ist daher, soweit es verunreinigt erscheint, zu entfernen. Ist ein Theil des Bauchinneren durch Kothaustritte verunreinigt gewesen, so erscheint es mir durchaus unthunlich die Bauchhöhle fest zu schliessen, wie König und auch Tillmanns das in seinem Handbuche räth. Es empfiehlt sich hier vielmehr die Därme in der Ausdehnung in der sie als septisch inficirt anzusehen sind, mit Jodoformmarly oder steriler Compresse zu bedecken und über dieser Tamponade die Wundränder mit Silberdraht oder Silbkwormgut einander nach Möglichkeit zu nähern, um Prolaps der Intestina zu verhindern. Seide ist hier weniger gut anwendbar, weil sie sich imbibirt und bald durchschneidet. Eine kleinere Menge septischer Stoffe saugt das Peritoneum nach Wegner so rasch auf, dass keine weitere Schädigung des Gesammtorganismus folgt. Diese grosse Resorptionskraft des Peritoneums wird aber deletär, sobald die septischen Stoffe in grösserer Menge sich stauen. Deswegen leiten wir sie durch die aufsaugende und drainirende Tamponade ab. Die Tamponade können wir nun ganz ruhig bis zum 8. Tage und länger liegen lassen, wenn keine Zeichen von Secretverhaltung (peritoneale Reizung etc.) auf mangelhafte Function der Capillardrainage hinweisen. Der Schluss der Bauchwunde lässt sich nach allmählicher Entfernung des Tampons durch wiederholte Spätnähte

und Heftpflaster erzielen. Meist verwächst dann allerdings der anliegende Darm mit der Narbe, doch kann man diese Verhältnisse sehr viel günstiger gestalten, wenn sich die Tamponade früher entfernen lässt.

Sehr ähnlich werden wir auch in der Landpraxis verfahren müssen bei Schnittwunden des Leibes, bei denen grössere Abschnitte der Bauchdecken klaffen, Intestina vorliegen und verletzt sind, während ich die Laparotomie bei Schusswunden in der Landpraxis als nicht indicirt ansehen muss und hier gestützt auf die immerhin erhebliche Zahl spontan verheilter einschlägiger Fälle, namentlich bei ganz unsicherer Diagnose, dem exspectativen Verhalten bei antiseptischer Occlusion der äusseren Wunde den Vorzug geben muss.

Ist die Schnittwunde relativ klein und nur etwa eine Darmschlinge und Netz vorgefallen, so müssen wir den Darm natürlich, nach eventueller Naht, zurückbringen. Nicht so fraglos das Netz. König empfiehlt das Netz zu reseciren, nur wenn es arg zertrümmert und beschmutzt ist. Mir erscheint es aber auch sonst bedenklich das Netz zu reponiren, abgesehen davon, dass das ohne Erweiterung der Wunde manchmal überhaupt nicht möglich ist. König empfiehlt es auch zu desinficiren. Ich wies schon darauf hin, dass dieser Rath beim besten Willen nicht zu befolgen ist. Ist das Netz schon während oder vor dem Transport des Kranken vorgefallen, so ist es auch in Contact mit Kleidern und Oberhaut gekommen und daher inficirt.

Wir werden also erst nach sorgfältigster Desinfection der Hautdecken, was bei offener Bauchwunde nicht so ganz einfach ist, nach Abspülung der eventuell vorgefallenen Intestina mit schwachen antiseptischen Lösungen und nach Reposition des Darmes allein, das Netz entweder als Tampon in der Wunde liegen lassen und hier fixiren, was gewiss besser ist als es zurückzubringen. Da jedoch leicht mehr vorfällt, auch der Prolaps der Därme nicht sicher verhindert wird, empfiehlt es sich das Netz etwas vorzuziehen und das vorgefallene Stück in gekreuzte Massenligaturen zu fassen und abzutragen. Der Stumpf wird reponirt und nun die Bauchwunde wie

derum — nicht wie König und Tillmanns das empfehlen genäht — sondern mit lockerer Gaze drainirt. Ich gebe zu, dass in einer ganzen Reihe von Fällen diese Vorsicht unnütz ist. Es ist das aber gewiss besser, als wenn wir am anderen Tage die verklebte Bauchwunde losreissen müssen, um dem mit Peritonitis drohenden Secret Abfluss zu verschaffen. Namentlich bei Naht des Darms ist diese Vorsicht am Platz. Empfehlen doch eine Reihe von Autoren, so namentlich E. Hahn dieselbe Vorsichtsmaassregel bei jeder Resection.

Wir müssen eben auch hier an dem Grundsatz festhalten, dass jede Wunde, die wir nicht selbst in reinem Gewebe unter aseptischen Cautelen setzen, als septisch anzusehen und demgemäss zu behandeln ist.

Waren wir bei den Schussverletzungen der Landpraxis oft nicht in der Lage in der von der Wissenschaft empfohlenen Art und Weise vorzugehen, namentlich weil uns die zur Darmnaht und Resection nothwendigen Assistentenhände fehlten, so gilt solches nicht für die Schnitt- und Stichverletzungen der letzterwähnten Art. Hier ist es möglich wenigstens die eigenen Hände, die Instrumente zu desinficiren. Ebenso unschwer ist es steriles Verbandmaterial sich durch Kochen etc. herzustellen. Wir müssen also hier vom Landarzt dasselbe verlangen, was wir überhaupt bei Behandlung dieser Verletzungen als Regel aufstellen.

Sind wir schliesslich gezwungen weit von allen Hülfsmitteln in der Bauernhütte oder unter freiem Himmel den Kranken in Behandlung zu nehmen, so geben uns die angeführten Zahlen ein Recht auch dem rein exspectativen Verfahren keine ganz schlechte Prognose zuzusprechen. Hier würden wir etwa mit ausgekochten Tüchern die vorgefallenen Intestina bedecken, um den Kranken transportfähig zu machen, oder, ist nur Netz vorgefallen, oder gar die Diagnose der Verletzung des Peritoneum fraglich, durch Offenlassen der Wunde den Gefahren eventueller Complicationen, einer etwa schon stattgehabten Infection zu begegnen suchen. Wir werden dabei vielleicht manchen Kranken einbüssen, der unter

günstigen Bedingungen noch zu retten gewesen wäre. Hierbei brauchen wir uns aber nicht auf das immer etwas missliche «ultra posse nemo obligatur» zu stützen. Denn so lange die Wissenschaft nicht klar und bündig die Indication stellt, so lange noch die Klinik zwei extremen Ansichten ihre Berechtigung zugesteht, hat der Praktiker das Recht, um nicht zu sagen die Pflicht, das minder gefährliche therapeutische Verfahren einzuschlagen, aus dem oft verachteten und bemängelten Grundsatz: nur nicht schaden, der, wohlverstanden, nicht den Muth, wohl aber die Operationslust und die Vielgeschäftigkeit zügeln soll.

Denn den Schwankungen. die die Wissenschaft, im Bestreben die Frage der Behandlung der perforirenden Abdominalverletzungen zu klären, gegenwärtig macht, kann und darf der praktische Arzt nicht folgen. Wohl aber kann er mitarbeiten an der Lösung dieser Frage. Und wenn es mir m. H. gelungen ist Sie dazu anzuregen, Ihre Erfahrungen auf diesem Gebiete den relativ wenig zahlreichen bisher veröffentlichten anzureihen, so dürften kommende Kriege vielleicht mit mehr Sicherheit auch auf diesem anatomischen Gebiet der expectativen und offenen Behandlung einen nicht blos geduldeten Platz einräumen.

Ich erlaube mir als Beispiel dem Vorstehenden die kurze Schilderung einiger einschlägiger Fälle anzufügen, die ich, resp. meine Assistenten auf der unter meiner Leitung stehenden chirurgischen Abtheilung am hiesigen Bezirkshospital beobachteten und behandelten.

Fall I. Perforirende Schnittwunde des Abdomens mit Verletzung des Darmes. Genesung.

A. A. 17 J. a. wurde in der Nacht vom 12. auf den 13. Juli 1892 beim Diebstahl ertappt und erhielt dabei mit einem Messer einen Stich in die Seite. Er sprang zwei Stock hoch aus dem Fenster. wurde dann von der Polizei ohnmächtig gefunden und in das Kreishospital gebracht.

Status: Junger kräftiger Mann, gut genährt aber blass. Die Züge eingefallen die Haut mit kaltem Schweiss bedeckt. In der linken Seite findet sich in der Flucht der mittleren Axillarlinie eine von der Spitze der 11. Rippe beginnende nach unten vorne bis zur Höhe der Spina anterior sup. verlaufende und diese um 2 Cm. überschreitende 10 Cm. lange klaffende Wunde. Die Ränder derselben scharf geschnitten. Aus

der Wunde sind mehrere Dünndarm-, eine Dickdarmschlinge und ein Stück Netz vorgefallen.

Operation: Die Wunde wird nach unten vorne verlängert. Es finden sich reichliche Blutgerinnsel in der Bauchhöhle, welche entfernt werden. Die vorgefallenen Darmschlingen werden mit gekochter Sodalösung gewaschen und mit Sublimatcompressen abgewischt. Der vorgefallene Theil des Netzes wird nach Unterbindung mit dem Paquelin abgetragen. Reposition der Eingeweide. Dabei finden sich an einer erst nach der Incision prolabirten Dickdarmschlinge 2 lineäre perforirende Schnitte von 2 resp. 1½ Cm. Länge, schräg zur Längsachse des Darmes. Aus ihnen sind geringe Mengen Koth ausgetreten und kleben an der Serosa des Darmes. Darmnaht nach Lembert-Czerny. Desinfection. Reposition. Die Bauchwunde durch 8 tiefe, das Peritoneum mitfassende und 10 oberflächliche Nähte geschlossen.

Opium. Eis. — Abends starke Schmerzen. Puls 132. Sensorium nicht frei. Den 14. stat. idem Puls 110. Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Leibes namentlich links. — T. 37,6. 15. 4 Nähte werden entfernt, es entleert sich etwas stinkende trübe Flüssigkeit. Vorsichtige Irrigation, Marly-Drainage. — Jetzt sinkt der Puls am 16. und 17. bis auf 70. Am 19. wird noch eine Spannnaht entfernt. Der vorliegende Dickdarm eitrig belegt. Da Prolaps zu fürchten wird über lockerer drainirender Tamponade eine Silberdrahtsutur angelegt. Stuhl reichlich. Tamponade wird am 22. da der Puls wieder 100 erreicht, gewechselt. Täglich Stuhl. Leib weich, schmerzlos. Am 25. Entfernung aller Nähte, die gut granulirende Wunde mit Heftpflaster zusammengezogen. Am 7. September mit verheilter Wunde entlassen. Die Narbe wölbt sich beim Husten nur mässig vor.

Nach 6 Wochen stellt Pat. sich wieder vor. Die Narbe ist breiter geworden, wölbt sich jedoch nicht vor. Eine Ligatur stösst sich aus.

II. Perforirende Stichwunde des Abdomens mit Netzvorfall. Genesung.

J. P. 25 J. a. giebt an, am 22. März 1892 Abends 8 Uhr bei einer Schlägerei Messerstiche in den Arm und einen in den Leib erhalten zu haben. Die Wunde ist nach Desinfection (Seife, Alkohol, Sublimat) sondirt worden.

Status: 9 Uhr Abends. Am rechten Arm über dem Sulcus bicipitalis 1½ Cm. lange Wunde. Brachialis unverletzt. Am linken eine ähnliche über dem Bauch des Biceps.

2 Querfinger über dem Nabel. 2 Querfinger von der Mittellinie eine 2 Cm. lange etwas schräg gestellte Wunde aus der Netz in etwa kindsfaustgrossem Klumpen vorgefallen ist. In Chloroformnarkose Erweiterung der Wunde. Gekreuzte Massenligatur des vorgefallenen Netzes. Abtragung über derselben mittelst Paquelin. Reposition. Revision der anliegenden

Därme die unverletzt erscheinen. Naht der Bauchwunde mittelst 4 tiefer und mehrerer oberflächlicher Nähte. Jodoform, Trockenverband. Tinct. opii 2 stdl. 10 Tropfen.

23. März. Abdomen schmerzhaft, Puls 94, etwas dikrot. Respiration beschleunigt, schmerzhaft. Galliges Erbrechen. T. 37,8.

24. März. Zunge etwas belegt, Puls 104. Resp. 28 Temp. 37,9 (Abend) Abdomen etwas aufgetrieben. Magengrube, Nabelgegend und linke Unterbauchgegend schmerzhaft bei Palpation. Die Umgebung der Wunde sehr empfindlich, geschwollen. Entfernung der Nähte, die schon etwas verklebte Wunde wird geöffnet. Diese und die zunächstliegenden Darmschlingen mit eitrigem Belage bedeckt. Jodoformtamponade. Sublimatgazeverband.

25. Puls 92. Resp. 38. T 37,5. Zunge feucht, besser, sonst status idem.

26. T. Morgens 36,9. Abends 37,4. Puls 84. Resp. 22.

27. T. Morgens 36,9. Abends 37,4. Puls 70. Schmerzen lassen allmählich nach.

29. Abdomen weich, schmerzlos. Zunge rein. Stuhl. Puls 64. Resp. 20. Temp. normal.

4. April wird die Wunde die gut granulirt, mit Heftpflaster zusammengezogen.

Rasche Heilung. Kein Anprall beim Husten.

11. Geheilt entlassen.

III. Vulnus perfor. Abdom. (Lepra) Genesung.

J. M. 24. a. n. erhielt am 21. September 1892 in einem Streit mit einem Federmesser einen Stich in die Seite, wobei er fühlte, dass das Messer bis zur Faust des Gegners eindrang. Es entleerte sich aus der Wunde viel Blut, so dass das Hemd mit Blut getränkt wurde.

Status 22. Sept. Grosser kräftiger Mann. Geringe Facies leonica. Rücken, Brust und Extremitäten bedeckt mit Lepraknoten.

In der linken Axillarlinie im IX. JCR. eine ca. 1,5 Cm. lange den Rippen parallel gestellte lineäre Wunde mit scharfen Rändern. Das linke Hypochondrium ist etwas vorgewölbt, Abdomen mässig gespannt. Zwerchfell IV JCR. Linke Seitengegend gedämpft. Abdomen gespannt, überall namentlich links hochgradig empfindlich, Temp. 38,6, Puls dikrot 120, Zunge belegt und trocken (Peritonitis).

Narkose 9 Uhr Abends. Schnitt von der Höhe der 11. Rippe 20 Cm. abwärts von oben lateral nach unten medial, parallel d. Lig. Poupartii. Aus der geöffneten Bauchhöhle ergiesst sich reichlich flüssiges schwarzes Blut mit Fibringerinnseln. Resection eines Theiles der 11. Rippe. Da die Blutung zu stehen

scheint, lockere Drainage-Tamponade mittelst Jodoformgaze, darüber einige Silberdrahtsuturen. Grosser Verband.

23. Temp. 38,3 Puls 100. Secret durchgetreten. Verbandwechsel.

24. Abdomen weicher, weniger empfindlich. Unter Abfall der Temp. und Sinken der Pulsfrequenz rasche Besserung. Wechsel der Tamponade. Im Verlauf durch einen Besucher mit Erysipelas faciei inficirt.

Am 26. October geheilt entlassen.

IV. Schussverletzung des Abdomen. Genesung.

J. L. 20 a. n. giebt an den 23. Juni Abends aus einer Entfernung von ca. 25 Schritt von einer 6 Mm. Revolverkugel in den Leib getroffen zu sein.

Status den 24. Juni Abends 8 Uhr: kräftig gebauter gut genährter Mann. Puls 128 T. 37,2. In der rechten Mamillarlinie 4 Querfinger unter dem Rippenbogen eine dreieckig gerissene von hyperaemischem Hof umgebene, im Durchmesser ca. 6 Mm. messende Einschussöffnung, mit unterminirten Rändern.

Abdomen leicht aufgetrieben, überall tympanitisch. Berührung sehr schmerzhaft, namentlich links neben dem Nabel. Leberdämpfung nicht nachweisbar. Lungenstand etwas höher als normal.

Bad, äussere Desinfection. Jodoform-Sublimatgaze Verband. 2 stündl. 10 Tropfen T-ra Opii.

Temperatur steigt bis 38,8 (den 29.) Puls 96—100.

Am 30. reichlicher Stuhl.

Den 3. Juli. Temp. 39,3. Puls jedoch 72. Von da ab Abfall der Temp. Abdomen wird weicher, wenn auch noch hie und da schmerzhaft.

Am 22. Juli d. h. nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Ueber Skiaskopie.

Vortrag, gehalten am 15 Sept. 1892 auf dem IV livländischen Aerztetage in Wenden.

Von

Dr. med. H. Truhart-Fellin.

Wenn wir der hohen culturhistorischen Bedeutung gedenken, welche dem kleinen physikalischen Instrument, der Brille zukommt, wenn wir erwägen, wie viel scheinbar vollständig verloren gegangener Arbeitskraft der Menschheit durch dieses einfache, optische Hülfsmittel erhalten werden kann und wenn wir anderseits in Betracht ziehen, wie viel nicht nur negativ, sondern auch positiv im Brillentragen gesündigt, wie viel unwiederbringlicher Schaden durch das Tragen nicht passender Augengläser verursacht, mithin durch Verlust an vorhandener Sehschärfe Arbeitskraft der Menschheit wiederum entzogen wird, so leuchtet von selbst ein, wie wichtig die präcise Lösung der rein mathematisch-physikalischen Seite der Frage und von welch grosser praktischer Bedeutung es ist, die denkbar einfachste Methode der Refractionsbestimmung zum Gemeingut aller praktischen Aerzte zu machen.

Eine solche einfache Methode bietet uns aber die durch Cuignet's Entdeckung der Keratoskopie [1]) angeregte, durch Landolt [2]) physikalich erst richtig aufgefasste,

---

[1]) Cuignet, Kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1873 p. 14. 1874 p. 239 etc.

[2]) Siehe: Mengin, De la kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1878 p. 122.

durch Parent[3]) 1880 schon dioptrisch verwerthete, durch Leroy[4]) 1887 mit Hülfe der Mathematik in der Theorie vertiefte und von Monoyer[5]) auf breitester Basis erweiterte Skiaskopie oder Schattenprobe: eine Methode, mittelst welcher wir, nur mit dem Augenspiegel und einigen Linsen bewaffnet, je nach der Entfernung des in der Pupille des Patienten zur Erscheinung kommenden Schattenwechsels den Brechzustand des zu untersuchenden Auges in exacter Weise zu bestimmen vermögen.

Um uns ein Urtheil über die Form der Refractionsanomalie und über den Grad der etwa vorhandenen Myopie, Hyperopie oder Astigmatismus zu verschaffen, besitzen wir bekanntlich 2 Wege:

einen subjectiven, bei welchem wir durch einen Ausgleich erstrebendes Abprobiren der betreffenden Convex- resp. Concav-Brillen zum gewünschten Ziel gelangen und

einen objectiven, bei welchem wir mittelst des Augenspiegels ein scharfes Bild des Augenhintergrundes zu gewinnen bestrebt sind und dem entsprechend den Fernpunkt des Auges bestimmen.

Die subjective Methode liefert ja allerdings überaus sichere Resultate, setzt aber bei jeder Einzeluntersuchung das Vorhandensein eines completen Brillenkastens voraus und lässt uns bei Kindern, bei angeborener oder erworbener Amblyopie, endlich — wohl zu beachten — bei Simulanten vollständig im Stich.

Die andere, die objective Methode, bei welcher wir mittelst des Augenspiegels, sei es im umgekehrten, sei es im aufrechten Bilde die Refraction bestimmen, ist zwar vollständig unabhängig von dem Bildungsniveau und den Aussagen des Patienten und liefert überdies nahezu gleich sichere Resultate, wie jene; präsumirt aber ganz abgesehen von anderweitigen, späterhin hervorzuhebenden

---

[3]) Parent, De la kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1880.

[4]) Leroy: Le phénomène de l'ombre pupillaire. Rev. générale d'ophth. 1887.

[5]) Monoyer: Optométrie scotoscopique. Rev. générale d'ophth. 1887 et 1888.

Schwierigkeiten und Mängeln eine Sicherheit im Ophthalmoskopiren, wie sich eine solche nur durch anhaltende Uebung und Erfahrung und eine genaue Kenntniss der Lehre vom Augenspiegel erwarten lässt. Erfahrungsgemäss accommodirt ja der minder Geübte bei der Untersuchung im aufrechten Bilde meist unwillkürlich für einen möglichst nahen Punkt, also für einen Ort, der diesseits des virtuellen Bildes liegt, während bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde der Anfänger sich gewöhnlich für das Auge des Kranken, statt für das vor dem Auge gelegene Bild des Augenhintergrundes dioptrisch einzustellen pflegt. Die Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde, das sog. Schmidt-Rimpler'sche Verfahren, können wir jedoch hier ganz übergehen, da dasselbe zu schwierig, um Allgemeingut der Aerzte zu werden, und daher auch die Untersuchungsmethode im aufrechten Bilde nirgends zu verdrängen vermocht hat.

Letzteres Verfahren, welches darin besteht, dass der accommodationslose Beobachter aus denkbar nächster Nähe den Augenhintergrund des Patienten durch eine Linse, deren Brechzustand mit dem Fernpunkt des untersuchten Auges zusammenfällt, betrachtet, hat zwar für den Specialisten den unschätzbaren Vorzug, dass zufolge des etwa 14-fach vergrösserten, scharfen Bildes etwaige krankhafte Veränderungen an den einzelnen in's Gesichtsfeld tretenden Theilen des Augenhintergrundes sofort zu Tage treten; schliesst aber doch andererseits in den Fällen, wo es sich lediglich um die Refractionsbestimmung handelt, manche Mängel, ja selbst unüberwindliche Hindernisse in sich:

Zunächst hat die bei der Untersuchung erforderliche Annäherung, dieses fast ganz unmittelbare «vis-à-vis», bei welchem sich Stirn und Stirn von Patient und Arzt nahezu berühren, für das gebildete, speciell für das Damenpublicum immerhin etwas Missliches und ist für den Arzt in Einzelfällen wegen etwaiger Unsauberkeit, Schweiss, Coryza oder gar Ozaena geradezu mit unüberwindlichem Ekel verknüpft.

Fernerhin gelingt es bei Nystagmus oder sonstiger Unruhe des Kranken auch dem geübtesten Augenarzt

häufig überhaupt nicht ein Bild des Augenhintergrundes zu gewinnen und wird es bei vorhandenen Trübungen — sei es im Glaskörper, sei es in anderen Theilen des dioptrischen Apparates — sogar unmöglich, die einzelnen Theile des Hintergrundes scharf zu sehen, also unmöglich, dasjenige Zeichen wahrzunehmen, welches für die Feststellung der vorhandenen Refraction das ausschlaggebende ist.

Endlich aber ist in allen Fällen von sehr hochgradiger Ametropie selbst auch nur eine annähernde Bestimmung bei der Untersuchung im aufrechten Bilde unausführbar, da der Fernpunktabstand des Beobachters selbst aus unmittelbarster Nähe immer doch noch eine zu grosse Fehlerquelle in sich birgt, wenn der Fernpunkt des zu untersuchenden Auges sich sehr nahe von diesem letzteren befindet.

In allen diesen gekennzeichneten Ausnahmefällen füllt die Skiaskopie eine Lücke in dem bisherigen augenärztlichen Untersuchungsverfahren aus; sie darf daher als eine wesentliche Bereicherung des diagnostischen Könnens des Ophthalmologen von Fach angesehen werden und ist überdies, als objective Methode, ganz besonders geeignet für den praktischen Arzt, da sie einfach zu handhaben und leicht zu erlernen ist, da sie fernerhin keine besondere Uebung im Gebrauche des Augenspiegels voraussetzt, da sie die Refraction des Untersuchenden unberücksichtigt lässt und endlich, da sie ebenso genaue Resultate, wie die beste andere Methode liefert. Ja, bezüglich Bestimmung des Astigmatismus übertrifft sie, nicht nur was Raschheit, sondern auch was Präcision der Diagnose anlangt, sogar jede andere objective Methode, selbst die complicirteste Ophthalmometrie.

Trotz der relativen Neuheit des Gegenstandes ist es auffallend, dass dieses Untersuchungsverfahren, welches in Frankreich entdeckt, daselbst eine reiche Fachliteratur hervorgerufen hat und nicht nur dort sehr beliebt und verbreitet ist, sondern auch in England und Nordamerika in den letzten beiden Jahren sich schnell Bahn gebrochen hat, in dem übrigen Europa, speciell in Deutschland und Russland auf den Hochschulen immer noch nicht die ge-

bührende praktische Nutzanwendung und, abgesehen von einer einzigen jüngst erschienenen, umfassenden Monographie von Dr A. Fick[6]) Privatdocenten in Zürich, selbst in den in letzter Zeit zum Druck gelangten Lehrbüchern der Ophthalmologie zwar entsprechend würdige Anerkennung, aber immerhin nur ganz oberflächliche Behandlung findet[7].

Behufs besserer Veranschaulichung dieser neuen Untersuchungsmethode sei es mir gestattet, in Kürze einige die Theorie und das Wesen der Skiaskopie betreffende Gesetze der Dioptrik an der Hand nebenanstehender Zeichnungen (Tafel I, II, III, IV, V und VI)[8]) zu erläutern.

Ad. Tafel I).

Bei der Schattenprobe stellt der Arzt, wie schon hervorgehoben, sich immer nur für die Pupille des zu untersuchenden Auges ein (daher auch nach Landolt der Name «Pupilloskopie» für dieses Untersuchungsverfahren); dementsprechend entsteht auf der Netzhaut des Beobachters ein scharfes, umgekehrtes und verkleinertes Bild der Pupille des untersuchten Auges, siehe Tafel I, Beob. P'p', dessen Grösse und Lage durch die Verbindung von p und P des Untersuchten (Unt.) mit dem Knotenpunkt (K.) und Verlängerung dieser beiden Linien zur Netzhaut von Beob. gegeben ist. Alle aus dem Auge von Unt. austretenden Lichtstrahlen, welche nicht von der Iris des Beob. abgefangen werden, müssen innerhalb jener Kreisfläche P'p' die Netzhaut des Beob. treffen und zwar alle von p. (Unt.) ausgehenden Lichtstrahlen in p' und alle von P ausgehenden Strahlen in P' zur Vereinigung kommen.

Ad Tafel II.

---

[6]) Dr. A. Eugen Fick: Die Bestimmung des Brechzustandes eines Auges durch Schattenprobe». Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1891.

[7]) Ich sehe hierbei von einzelnen, zerstreut in ophthalmologischen Fachzeitschriften zur Veröffentlichung gelangten Abhandlungen von Overweg, Schweigger, Königstein, Schmidt-Rimpler, Roth u. a. ab.

[8]) Bei den Tafeln II, III und IV haben mir die Zeichnungen von Dr. A. E. Fick (l. c.) zum Vorbild gedient. d. Verf.

Gesetzt nun den Fall, der Arzt habe einen Myopen vor sich.

Bei letzterem liegt der Einstellungspunkt des Auges bekanntlich nicht wie beim Emmetropen in unendlicher Ferne, sondern — Accommodationsruhe des Patienten, wie immer bei der Untersuchung, vorausgesetzt — genau in der seinem Brechzustande entsprechenden Nähe vor dem Auge. Der Lichtpunkt b der Netzhaut von Un. hätte also im vorliegenden Beispiel seinen Luftbildpunkt in b′ und der Beobachter befände sich jenseits dieses Einstellungspunktes. Alsdann finden die vom Luftbildpunkt b′ wiederum divergirenden Lichtstrahlen, soweit dieselben die Pupille von Be. treffen und nicht von der Iris abgefangen werden in b″ ihren Vereinigungspunkt und erleuchten die Kreisfläche P′p′ der Netzhaut von Be. nur in der Mitte. Das Netzhautbild Be.'s, welcher die Pupille von Un. fixirt, würde mithin in der Flächenansicht einem, von einem dunklen Schattenring umgebenen, runden hellen Fleck entsprechen (siehe Tafel II b‴) und die Pupille von Un., wie in b⁗ dargestellt, in der Mitte hell beleuchtet, in der ringförmigen Umrandung aber schwarz erscheinen.

Wechselt nun aber der Lichtpunkt b den Ort auf der Netzhaut von Un. — und wir sind ja durch Drehungen des Augenspiegels in der Lage den Augenhintergrund beliebig nach den verschiedensten Richtungen hin zu erleuchten — so müssen sich auch dementsprechend der Ort des Luftbildpunkts und das Netzhautbild von Be. ändern, mithin auch die an der Pupille von Un. zur Geltung kommenden Licht- und Schatten-Erscheinungen andere werden.

Der Lichtpunkt b wandere beispielsweise aufwärts und nehme nunmehr auf der Netzhaut von Un. die Stelle von a ein; die von a ausgehenden Strahlen kommen, durch die Linse von Un. gebrochen unterhalb b′ zur Vereinigung (siehe Tafel II a′). Der von diesem Luftbildpunkt a′ ausgehende Strahlenkegel wird zum grossen Theil von Be's Iris abgefangen, nur zum kleineren Theil gelangen die Lichtstrahlen in die Pupille von Be; oberhalb b″ finden dieselben ihre Vereinigung in a″ und erleuchten die

Kreisfläche P'p' der Netzhaut von Be. nur an ihrem oberen Segment. Das Netzhautbild, welches Be hierbei empfängt ist in Tafel II a''' als Flächenansicht dargestellt, die Pupille von Un. aber würde zunächst während des Aufwärtswanderns des Lichtpunktes b sich von oben her mit einem Schatten überziehen, und wenn jener bei a angelangt, würde die Pupille von Un. nur an ihrem unteren Abschnitt beleuchtet, in der ganzen oberen Ausdehnung dunkelschwarz erscheinen (siehe Tafel II a'''').

In umgekehrter Reihenfolge würde, falls der Lichtpunkt b auf der Netzhaut von Un. abwärts nach c wandert, der Luftbildpunkt oberhalb von b' in c' zu Stande, die theilweise nur die Pupille von Be. passirenden Lichtstrahlen unterhalb b'' in c'' zur Vereinigung kommen, das Netzhautbild von Be. nur im unteren Abschnitt hell (c''') erscheinen: die Pupille von Un. während des Abwärtswanderns sich von unten her mit einem Schatten überziehen und schliesslich Un.'s Pupille nur oben beleuchtet, im ganzen unteren Abschnitt aber dunkelschwarz erscheinen (siehe Tafel II c'''').

Ad Tafel III.

Bei der bisherigen Untersuchung hatte der Beobachter sich jenseits des Einstellungspunktes des kurzsichtigen Auges befunden. Nun träte er aber näher und zwar so nahe an den Patienten heran, dass die von dem erleuchteten Augenhintergrunde des letzteren zurückgeworfenen Lichtstrahlen nicht vor, sondern hinter seinem (d. h. Be's) Auge zur Vereinigung kämen, dieses sich mithin zwischen dem Einstellungspunkt und dem myopischen Auge selbst befände.

Ganz anders müssen sich jetzt den Gesetzen der Dioptrik entsprechend die Verhältnisse bei Erleuchtung des Augenhintergrundes von Un., und zwar im entgegengesetzten Sinne von vorhin, gestalten.

Wie aus den Zeichnungen auf Tafel III ersichtlich, wird nunmehr, wenn der leuchtende Punkt b auf dem Augenhintergrunde von Un. nach oben wandert, die von dem Beobachter fixirte Pupille des Un. sich von unten nach oben mit einem dunklen Schatten überziehen und wenn b bei a angelangt ist, die Pupille von Un. oben

hell erleuchtet, in den unterhalb gelegenen Partien aber beschattet, d. h. schwarz erscheinen (siehe Taf. III a'''').

Umgekehrt wird sich die Pupille von Un. von oben her mit einem Schatten beziehen und der untere Abschnitt hell erscheinen, wenn der leuchtende Punkt b sich nach abwärts bewegt (siehe Taf. III c'''').

Wir dürfen es also als eine aus den Gesetzen der Dioptrik resultirende Thatsache ansehen, dass, wenn ein leuchtender Punkt sich auf dem Augenhintergrunde eines myopischen Auges, sei es auf- oder abwärts, sei es nach rechts oder nach links bewegt, für den Beobachter ein Schatten auf der fixirten Pupille des untersuchten Auges zur Erscheinung kommt,

welcher sich in gleicher Richtung, wie der Lichtpunkt auf der Netzhaut fortbewegt, falls des Beobachters Auge zwischen dem Einstellungspunkt und dem untersuchten Auge selbst,

und eine entgegengesetzte Richtung, wie der Lichtpunkt der Netzhaut einschlägt, wenn der Beobachter sich jenseits des Einstellungspunktes des myopischen Auges befindet.

Wie gestalten sich nun die Erscheinungen an der Pupille von Un. wenn der Einstellungspunkt des letzteren genau in die Ebene der Pupille des Beobachters fällt? Hierüber giebt Aufschluss:

Tafel IV

Wie ersichtlich, hat nicht nur der Lichtpunkt b, sondern auch a und c. seinen Luftbildpunkt in der Pupillenebene des Beobachters (Taf. IV b'; a'; c'.), also nicht nur der Strahlenkegel pb'P, sondern auch die Strahlenkegel pa'P und pc'P fallen noch in das Pupillargebiet von Be.; es muss daher die Kreisfläche der Netzhaut des Beobachters P'p' in allen 3 Fällen beleuchtet sein, wie dieses (siehe a'' b'' und c'') in Flächenansicht gezeichnet ist und die Pupille von Un. wird dementsprechend, es mag nun der Lichtpunkt nach oben bis a oder nach unten bis c wandern, dem Beobachter, ohne dass überhaupt eine Schattenbewegung bemerkbar wird, in seiner ganzen Ausdehnung gleichmässig hell erscheinen (siehe Taf. IV a''', b''' und c'''). Der Lichtpunkt b braucht jetzt aber

auch nur um ein denkbar Geringes über c oder a weiter hinab- oder hinaufzurücken, so wäre die Pupille von Un. im selben Augenblick in ihrer ganzen Ausdehnung dunkel; denn der Lichtpunkt d beispielsweise hätte alsdann seinen Luftbildpunkt in d', der Strahlenkegel pd'P würde von Be's Iris als solcher abgefangen, Be's Netzhaut empfängt nicht einen einzigen Lichtstrahl, die Pupille von Un. erscheint daher schwarz (Taf. IV d'').

Solch' ein, aber auch nur solch' ein momentaner Wechsel von vollständigem Dunkel- und vollständigem Hellsein der Pupille des Auges bei minimalster Verschiebung des Spiegels darf mithin als ein charakteristisches Kennzeichen dafür angesehen werden, dass sich unsere Pupillenebene genau im Fernpunkt des untersuchten Auges befindet. In Praxi lässt sich jedoch diese Erscheinung nicht mit solcher minutiös-mathematischen Sicherheit feststellen, wir sind vielmehr bei der Skiaskopie behufs Bestimmung des Fernpunktes darauf angewiesen, die etwa 1 Centimeter betragende Brennstrecke zu fixiren, innerhalb welcher der Einstellungspunkt des untersuchten Auges sich vor oder hinter der Pupille unseres Auges befindet, welcher Unterschied sich, wie wir in Taf. II und Taf. III nachgewiesen haben, durch Umschlagen der Richtung der Schattenbewegung auf der Pupille zu erkennen giebt. Von wesentlicher Bedeutung ist es hierbei natürlich, welche Art Augenspiegel wir zur Erleuchtung des Augenhintergrundes verwenden.

Tafel V soll lediglich den Unterschied veranschaulichen, ob wir zu diesem Zweck den Hohl- oder Planspiegel benutzen. Derselbe kennzeichnet sich, wie durch die betreffenden Zeichnungen dargestellt, durch bei gleicher Spiegeldrehung in entgegengesetztem Sinne zur Erscheinung kommende Schattenbewegung an der Pupille des Untersuchten, was seine einfache Erklärung in dem Zustandekommen eines entweder reellen umgekehrten oder aber virtuellen aufrechten Flammenbildes findet.

Beide Beleuchtungsmethoden sind bei der Skiaskopie gebräuchlich, doch verdient meines Erachtens die Anwendung des Planspiegels zweifelsohne den Vorzug, da abgesehen von der Gleichmässigkeit des Lichtfeldes, welche

er bietet, bei dem Ophthalmoskopiren mit dem Planspiegel die hierdurch erzeugten Lichtpunkte auf dem Augenhintergrunde stets und unter allen Umständen — und das ist in praxi bei der Schattenprobe von wesentlicher Bedeutung — in gleichem Sinne, wie die Spiegeldrehungen wandern, während solches bei dem Hohlspiegel nicht unbedingt der Fall zu sein braucht, sondern je nach der relativen Stellung des umgekehrten wirklichen Flammenbildchens vor resp. hinter dem Knotenpunkte des untersuchten Auges die Richtung beider eine gleichsinnige oder aber eine entgegengesetzte sein kann.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass wir uns zum Ophthalmoskopiren des Planspiegels bedienen, werden wir mithin:

1) wenn wir bei einer Drehung des Spiegels um seine Achse an der Pupille des Patienten eine der Richtung jener entgegengesetzte Licht- oder Schattenbewegung wahrnehmen mit Sicherheit den Schluss ziehen dürfen, dass der Fernpunkt seines Auges sich vor uns (conf. Tafel II)

2) wenn bei einer Spiegeldrehung eine gleichsinnige Schattenbewegung an der Pupille zur Erscheinung kommt, — dass der Fernpunkt sich hinter unserem Auge (conf. Tafel III) und

3) endlich, wenn wir bei gleichzeitigen Spiegeldrehungen durch probeweises Näher- und Abrücken unseres Kopfes den Punkt — oder ganz präcise ausgedrückt die Brennstrecke — gefunden haben, in welcher sich das Umschlagen der Richtung der Schattenbewegung zu erkennen giebt, dass sich der Fernpunkt des untersuchten Auges genau in unserem eigenen Auge (conf. Tafel IV). befindet.

Und hieraus ergiebt sich in einfachster Weise Theorie und Praxis dieser neuen Untersuchungsart bei Bestimmung des Brechzustandes eines Auges; denn, wie Ihnen, meine Herren Collegen, ja Allen bekannt, kommt es bei jeder Refractionsbestimmung lediglich darauf an, die Lage des Fernpunkts zu finden. Beim Emmetropen liegt derselbe in der Unendlichkeit, beim Myopen in mehr oder

weniger grosser Nähe vor, beim Hypermetropen hinter dem Auge.

Im Fernpunkt des Auges liegt das umgekehrte Bild der Netzhaut: ein Lichtpunkt, resp. ein Schatten, der auf dem Augenhintergrunde sich bewegt, macht im umgekehrten Netzhautbilde die umgekehrte Bewegung. Wenn wir beim Skiaskopiren mittelst des Augenspiegels Licht in's Auge des zu Untersuchenden werfen, fixiren wir nur die Pupille und achten lediglich auf den in derselben zur Erscheinung kommenden Wechsel von Licht und von Schatten. Die Richtung der Schattenbewegung giebt uns die Art der vorliegenden Refractionsanomalie, der Abstand unseres Auges, bei welchem wir das Umschlagen der Schattenbewegung in die entgegengesetzte Richtung wahrnehmen, den Grad der Refractionsanomalie oder, mit anderen Worten, in Zollen resp. Dioptrien die Brille an, welche der Patient zur Correctur des anormalen Brechzustandes seines Auges bedarf.

Die praktische Handhabung der Skiaskopie würde sich folgendermaassen gestalten:

Das Zimmer, welches zur Untersuchung benutzt wird, werde mehr wie gewöhnlich verdunkelt, damit eine recht ausgiebige Pupillenweite erzielt werde. Der Patient sitzt, wie immer beim Ophthalmoskopiren, ein wenig vor und seitwärts von der Lichtquelle — der man wennmöglich durch einen Cylinder eine kreisrunde Form verleiht — und sieht, um seine Accommodation zu entspannen, an Ihrem, dem Kopfe des Arztes vorbei in die Ferne. Sie beleuchten nun zunächst 40 Zoll (=1 Meter) vom Patienten entfernt mit einem Planspiegel das Auge und sehen hierbei die Pupille gleichmässig roth aufleuchten. Nun drehen Sie, gleichzeitig die Pupille immer fixirend, den Spiegel langsam ein wenig um seine verticale Axe, z. B. nach rechts und bemerken, dass nicht mehr die ganze Pupille, sondern nur ein Theil derselben roth, der andere schwarz erscheint, indem sich ein Schatten in der Pupille des Patienten von rechts nach links fortbewegt, um bei weiterer Rechtsdrehung des Spiegels immer weiter nach links fortzuschreiten schliesslich jene ganz zu beschatten.

Der Spiegel wurde nach rechts gedreht, der Schatten bewegte sich nach links, also «gegensinnig»: Sie haben während der Zeit einer Handbewegung das Vorhandensein von Kurzsichtigkeit festgestellt.

Jetzt gehen Sie so nahe an den Patienten heran, dass die Entfernung von Auge zu Auge etwa 6 Zoll (= 15 Centim.) beträgt, wiederholen das Experiment und machen hierbei die Beobachtung, dass der Schatten sich jetzt anders verhält: er wandert in derselben Richtung, wie Sie das Licht wandern lassen, also «gleichsinnig». Indem Sie nun, bei gleichzeitig anhaltender Prüfung des Pupillenschattens, fortwährend den Spiegel nach rechts und links drehend den Kopf vorwärts und rückwärts bewegen, treffen Sie zwischen 6 und 40 Zoll Entfernung vom Auge einen Punkt (resp. Brennstrecke), an welchem angelangt, Sie nicht mit Sicherheit constatiren können, welche Richtung der Schatten hat: in diesem Punkt schlägt eben die «gegensinnige» in die «gleichsinnige» Bewegung um. Mit einem Messband messen Sie nun die Entfernung von Auge zu Auge, finden dieselbe in 10 Zoll (= 25 C.) und haben Myopie $-\frac{1}{10}$ $\left(= 4\ \mathrm{D}\right)$ und zugleich die corrigirende Brille bestimmt.

Wo immer Sie nun bei der Skiaskopie einen Schattenwechsel beobachten, können Sie sicher sein, es mit dem Fernpunktabstande des Untersuchten zu thun zu haben. Controllversuche sind Sie ja jederzeit in der Lage bei Personen anzustellen, deren Kurzsichtigkeitsgrad Ihnen von früher bekannt ist. Es eignen sich überdies solche Versuche ganz besonders zur Uebung und zum Selbsterlernen dieser einfachen Methode.

Bei exceptionell hochgradiger Myopie wäre ein directes Herangehen (z. B. auf 2—3 Zoll) nicht gut ausführbar: in solchen Ausnahmefällen corrigire man zunächst einen Theil der Myopie und skiaskopire alsdann. Wir hätten beispielsweise bei einer Annäherung selbst bis auf 4 Zoll vom zu untersuchenden Auge immer noch eine «gegensinnige» Schattenbewegung zur Beobachtung bekommen. Wir corrigiren nun diesen sicher vorhan-

denen Grad von Myopie, indem wir ein Concavglas $-\frac{1}{4}$ $(= 10\ D)$ vor das zu untersuchende Auge halten, und finden beim Ophthalmoskopiren nun die Schattenbewegung «gleichsinnig» und den Schattenwechselpunkt in 6 Zoll Entfernung. Welcher Grad von Kurzsichtigkeit liegt vor?

Von der ganzen Myopie war corrigirt $-\frac{1}{4} = 10\ D$

noch vorgefunden $-\frac{1}{6} = 6{,}5\ D$

es besteht also: $-\left(\frac{1}{4} + \frac{1}{6}\right) = -\frac{1}{2{,}4}$ oder

$10\ D + 6{,}5\ D = 16{,}5\ D.$

Bislang handelte es sich bei unserer Betrachtung um die Untersuchung von Augen, deren Fernpunktabstand diesseits 40 Zoll gelegen war. Aus den zu Tafel III gemachten Erläuterungen wissen wir, dass, falls sich unser Auge zwischen Fernpunkt und dem untersuchten Auge befindet, der Schatten an der Pupille mit der Spiegeldrehung in gleicher Richtung wandert.

Wenn Sie also mit dem Planspiegel auf der angenommenen Entfernung von 40 Zoll das Auge eines Patienten beleuchten und bei einer Spiegeldrehung eine «gleichsinnige» Schattenbewegung wahrnehmen, so wissen Sie, dass sich der gesuchte Fernpunkt hinter Ihrem Auge befindet. Es kann sich alsdann nur um folgende 3 Möglichkeiten handeln:

entweder 1) um Myopie von weniger als $-\frac{1}{40}$ oder 2) um Emmetropie, oder 3) um Hypermetropie.

Behufs Entscheidung dessen verlegen Sie durch entsprechende Convexgläser den Fernpunkt des zu untersuchenden Auges in 8—12 Zoll, d. h. mit anderen Worten, Sie machen den Patienten zeitweilig zum Myopen mittleren Grades, bestimmen nun skiaskopisch zunächst den künstlichen und berechnen dann aus dem gebrauchten Glase den wirklichen Fernpunkt.

Die Zeichnungen auf Tafel VI mögen zur Erläuterung des Gesagten dienen.

Versuchsperson I. Eine Linse $+\frac{1}{12}$ wird vor das zu untersuchende Auge gehalten, hierdurch künstlich Myopie $\frac{1}{12}$ herbeigeführt. Die Schattenbewegung an der Pupille, die ohne Glas «gleichsinnig» war, erweist sich nun bei der gleichen Entfernung des Beobachters von 40 Zoll «gegensinnig», bei Annäherung Be's auf 5 Zoll wird sie wiederum «gleichsinnig» und bei 10 Zoll Entfernung vom Auge finden wir den Schattenwechselpunkt.

Auflösung: $\frac{1}{12} - \frac{1}{10} = \frac{5-6}{60} = -\frac{1}{60}$
oder $3{,}33\ D - 4\ D = -0{,}67\ D$ } Myopie.

Versuchsperson II. Bei dem hier angestellten Experiment finden Sie den Schattenwechsel genau in 12 Zoll.

Auflösung: $\frac{1}{12} - \frac{1}{12} = \infty$ } Emmetropie.

Bei Convexglas $\frac{1}{10}$ oder $\frac{1}{8}$ befände sich der Schattenwechsel in 10 resp. 8 Zoll. Mit andern Worten: Finden Sie den Schattenwechsel im Brennpunkt eines dem Auge vorgehaltenen Convexglases, so besteht sicher Emmetropie.

Versuchsperson III. Hier wird beim Vorhalten derselben Convexlinse 12 der Schattenwechselpunkt in 18 Zoll Entfernung vom zu untersuchenden Auge gefunden.

Auflösung: $\frac{1}{12} - \frac{1}{18} = \frac{18-12}{216} = +\frac{1}{36}$
oder $3{,}33\ D - 2{,}22\ D = +1{,}11\ D$ } Hypermetropie.

Ziehen wir nun zum Schluss noch den bisher nicht berücksichtigten Fall in Betracht, dass die Refraction in den verschiedenen Meridianen eine ungleiche wäre.

1) Sie hätten beispielsweise für den horizontalen Meridian Emmetropie festgestellt. Sie prüfen nun auch den verticalen Meridian, indem Sie den Spiegel jetzt um seine horizontale Axe, also nicht von rechts nach links, sondern von oben nach unten und umgekehrt hin- und herdrehen. Sie prüfen auch hier zunächst ohne Glas: es

erweist sich die Schattenbewegung nicht wie bei jenem Meridian «gleich»-, sondern von vorneherein «gegensinnig» und der Schattenwechsel liegt in 19 Zoll. Sie haben für den verticalen Meridian Myopie $-\frac{1}{19}$ $\left(M = 2\ D\right)$ für den horizontalen Emmetropie, mithin «einfach myopischen Astigmatismus» = Am 2. D. constatirt und corrigiren denselben durch das entsprechende concav-cylindrische Glas mit wagerechter Axe.

2) Oder aber Sie fänden sowohl bei Drehung des Spiegels von rechts nach links, wie auch bei einer solchen von oben nach unten ohne Glas «gleichsinnige» Schattenbewegung und beim Vorsetzen einer Convexlinse z. B. + 8 den Schattenwechselpunkt dort in 16 Zoll, hier in 13 Zoll, so hätten Sie im wagerechten Meridian Hypermetropie $= \frac{1}{8} - \frac{1}{16} = + \frac{1}{16}$ und im senkrechten Hypermetropie $= \frac{1}{8} - \frac{1}{13} = + \frac{1}{20}$, mithin «zusammengesetzt hypermetropischen Astigmatismus» und zwar in Dioptrieen ausgedrückt: H 2,5 + Ah 2 sichergestellt und zugleich das erforderliche Cylinderglas zur Correctur bestimmt.

3) Oder endlich Sie hätten den Schattenwechsel im senkrechten Meridian ohne Glas bei 10 Zoll Entfernung, also Myopie $\frac{1}{10}$ $\left(= M\ 4\ D\right)$, im wagerechten Meridian nach Vorhalten einer Linse + 8 denselben bei 17 Zoll, also Hyperopie $= + \frac{1}{16}$ $\left(= H\ 2{,}5\ D\right)$ gefunden, so haben Sie in kürzester Zeit «gemischten Astigmatismus» diagnosticirt, den Sie durch ein bicylindrisches Glas, dessen Achsen senkrecht aufeinanderstehen, ausgleichen. In Dioptrieen ausgedrückt verschreiben Sie dann das Glas: + 2,5 c ⌐ — 4 c.

Ja in der That, es ist nichts leichter, als skiaskopisch das Vorhandensein von Astigmatismus festzustellen, wenn man einmal gesehen hat, worauf es dabei ankommt. Meist macht er sich schon auf den ersten Blick hin dadurch bemerkbar, dass, wenn Sie nicht zufällig gerade

im Hauptmeridian skiaskopiren, der Schatten eine mehr schräge Richtung, also beispielsweise nicht von rechts nach links, sondern von rechts oben nach links unten einschlägt. Fällt Ihnen nun eine solche schräge Richtung des Schattens bei dieser Untersuchungsart auf, so prüfen Sie den Schattenwechsel in den verschiedenen Meridianen und haben dann in kürzester Zeit, ja man kann sagen im Handumdrehen nicht nur die Diagnose und die Correctur für den vorliegenden Astigmatismus sichergestellt, Sie haben gleichzeitig damit objectiv eine Aufgabe gelöst, welche bislang bei den üblichen Untersuchungsverfahren nie erreicht werden konnte; denn mit Recht sagt Fick[9]) in seinem zu Anfang angeführten Werk:

«In der That ist bis jetzt überhaupt noch keine Untersuchungsart im Gebrauch, welche es möglich macht, den dioptrischen Gesammtastigmatismus eines Auges auf objectivem Wege zu messen. denn die verschiedenen Keratoskope und das in neuester Zeit so ausserordentlich vervollkommnete Ophthalmometer erlauben es allerdings mit erstaunlicher Genauigkeit den Hornhautastigmatismus, nicht aber auch zugleich den Linsenastigmatismus zu messen u. s. w.».

Meine Herren! In Vorhergehendem bin ich bestrebt gewesen in kurzen Zügen Theorie und Wesen der Skiaskopie auseinanderzusetzen und an der Hand einzelner den verschiedenen Formen der Refractionsanomalien entnommenen Beispielen die praktische Ausführung dieser neuen Untersuchungsmethode klarzulegen. Wenn ich mir auch bewusst bin, bei der Kürze der mir zu Gebote stehenden Zeit manche Seite dieses interessanten Themas vielleicht zu flüchtig berührt, beispielsweise der hochwichtigen keratoskopischen Bedeutung dieses Verfahrens, welche ja erst zur Entwicklung der Schattenprobe im weiteren Sinne Anlass bot, überhaupt kaum Erwähnung gethan zu haben, so gebe ich mich doch immerhin der Hoffnung hin, den Nachweis geliefert zu haben, dass

[9]) l. c. pag. 58.

diese Methode der Refractionsbestimmung in ihrer objectiven Präcision den bisher gebräuchlichen nicht nur ebenbürtig an die Seite zu stellen ist, dass sie vielmehr, was Einfachheit ihrer Handhabung und Schnelligkeit der Diagnose nicht nur bei einfacher Myopie und Hypermetropie, sondern auch bei complicirten Fällen von Astigmatismus anlangt, jene sogar zweifelsohne übertrifft.

Dürfen wir mithin die Skiaskopie schon als eine nicht unwesentliche Bereicherung des Untersuchungsverfahrens für den Ophthalmologen von Fach bezeichnen, so füllt sie geradezu eine sich schwer fühlbar machende Lücke im Können des praktischen Arztes aus, der, fern von den grösseren Centren seinem schweren Berufe lebend, nicht in der Lage ist, gleich dem grossstädtischen Collegen seine Patienten einfacherweise an Specialisten abzuschütteln, sondern verpflichtet ist, als Arzt seinen Mann zu stehen, es sei auf welchem Gebiete es wolle.

Den Nichtspecialisten also und unter diesen noch speciell meinen Collegen in den Wehrpflichtscommissionen sei diese neue objective Methode der Refractionsbestimmung warm empfohlen! Mit einem einfachen Planspiegel und einigen Linsen ausgerüstet setzt dieselbe Sie in den Stand, manches dem Wehrpflichtigen gethane Unrecht in Zukunft zu vermeiden, manchen Simulanten aber «in loco et in tempore» zu entlarven.

Allgemeingut aber aller praktischen Aerzte zu werden erscheint die Skiaskopie auch wegen des Vorzuges in hervorragender Weise geeignet, dass sie, wie solches ersichtlich, auch ohne besondere Uebung und Erfahrung im Ophthalmoskopiren so überaus leicht selbst zu erlernen ist. Und wem vielleicht jene im Text aufgeführten einfachen Rechenexempel auch noch zu weitläufig erscheinen sollten, der kann sich auch diese geringe Mühe ersparen und sich des sogen. «Skiaskops» bedienen, eines Apparates, welcher, in allerjüngster Zeit von Dr. Roth in Berlin construirt[10]), auf einem mit dem Planspiegel

[10]) Dr. A. Roth-Berlin: «Ueber Skiaskopie». Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1891. Heft 8 und 9.

und einer Rosette von Linsen verbundenen Messbande je nach der Entfernung einfach die corrigirende Brille abzulesen gestattet [11]).

[11]) Das «Skiaskop» von Dr. Roth ist zu beziehen vom Universitäts-Mechaniker und Optiker Emil Sydow. Berlin N. W Albrechtstrasse 13, und kostet c. 14 Rbl.

PROTOKOLLE

DES

FÜNFTEN

LIVLÄNDISCHEN ÄRZTETAGES

IN

JURJEW (Dorpat)

vom 1. bis 3. September 1893.

St. Petersburg,
Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.
1894.

Дозволено цензурою. Спб., 23 Апрѣля 1894 г.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1.	v. Zoege-Manteuffel, Werner	Jurjew (Dorpat).
2.	Jansen, Eugen	Jurjew (Dorpat).
3.	Reichart, Nic.	Schloss Ringen.
4.	Truhart, Hermann	Fellin.
5.	Gerich, Ottocar	Riga.
6.	Weidenbaum, Georg	Jurjew (Dorpat).
7.	Kieseritzky, Woldemar	Jurjew (Dorpat).
8.	Raupach, Carl	Jurjew (Dorpat).
9.	Kobert, Rudolf	Jurjew (Dorpat).
10.	Gerschan, Moses	Jurjew (Dorpat).
11.	Faure, Johann	Jurjew (Dorpat).
12.	Jaesche, Emanuel	Jurjew (Dorpat).
13.	Zoepffel, Victor	Gross Essern Curl.
14.	v. Oettingen, Rudolf	Jurjew (Dorpat).
15.	Scheuber, Adam.	Jurjew (Dorpat).
16.	Buchholz, Ferdinand	Jurjew (Dorpat).
17.	Memorski, M. J.	Jurjew (Dorpat).
18.	v. Wistingshausen, R.	Jurjew (Dorpat).
19.	v. Brackel, Alfred	Jurjew (Dorpat).
20.	Koppel, Heinrich	Jurjew (Dorpat).
21.	v. Engelhardt, Alexander	Jurjew (Dorpat).
22.	Büttner, Heinrich	Jurjew (Dorpat).
23.	v. Krüdener, Heinrich	Jurjew (Dorpat).
24.	Christiani, Arnold	Jurjew (Dorpat).
25.	Keilmann, Alex	Jurjew (Dorpat).
26.	Meyer, Hugo	Schloss Adsel.
27.	Schönfeldt, Max.	Riga.
28.	Reissner, Arthur	Riga.
29.	Harmsen, William	Blieden-Curland.
30.	Stadelmann, Ernst.	Jurjew (Dorpat).

31. Knochenstiern, Hugo	Jurjew (Dorpat).
32. Wanach, Rudolf.	St. Petersburg.
33. Dobbert, Theodor	St. Petersburg.
34. Oehrn, Axel	Wendau.
35. Pollap, Ernst.	Tarwast.
36. Greiffenhagen, Wilhelm	Reval.
37. Wolff, Arnold	Rujen.
38. Stillmark, Hermann	Helmet.
39. Etzold, Ernst	Quellenstein.
40. Schüle, Wolfgang	Jurjew (Dorpat).
41. von zur Mühlen, Friedrich II.	Jurjew (Dorpat).
42. v. z. Mühlen, Friedrich I.	Arrohof.
43. Adolphi, Johannes	Kandau.
44. Sadikoff, Johann	Talsen-Curland.
45. v. Knorre, Georg	Riga.
46. Mickwitz, Woldemar	Pölwe.
47. Dobbert, Eduard	Rujen.
48. Sokolowski, Ernst	Jurjew (Dorpat).
49. v. Dehn, Wilhelm	Jurjew (Dorpat).
50. Becker, Richard	Grünhof-Curland.
51. Ausin, Johann	Erwahlen-Curl.
52. Fischer, Elmar	Schloss Sagnitz.
53. Krannhals, Johannes	Riga.
54. Hasenjäger, Ernst	Koddafer.
55. Straume, Otto	Mesothen-Curland.
56. Dammfeld, Ottomar	Serrist.
57. Sahmen, Heinrich	Jurjew (Dorpat).
58. v. Kümmel, Richard	Jurjew (Dorpat).
59. v. Schroeder, Theodor	St. Petersburg.
60. v. Schroeder, Woldemar.	Heidelberg.
61. Hartge, Alexander	Jurjew (Dorpat).
62. Westphalen, Hermann	St. Petersburg.
63. Meyer, Johannes	Jurjew (Dorpat).
64. Katterfeld, Adolf	Waldheim.
65. Hermann, Ferdinand	Jurjew (Dorpat).
66. Kroon, Carl	Anzen.
67. Seiler, Gustav	Bauske.
68. Kügler, Theophil	Neuenburg-Curl.
69. Hermann, Gottlob	Wellan.
70. Krause, Otto	Neuhausen.

71. Eckmann, Louis.	Jurjew (Dorpat).
72. Apping, Georg	Wolmar.
73. Koch, Robert.	Jurjew (Dorpat).
74. Israelson, Louis	Sassmacken-Curl.
75. Kupffer, Arthur	Talkhof.
76. Kengsep, Eduard	Jurjew (Dorpat).
77. Raue, Bruno	Marienburg.
78. Franken, Ferdinand	Jensel.
79. Ströhmberg, Christian	Jurjew (Dorpat).
80. Körber, Bernhard	Jurjew (Dorpat).
81. Walter, Wilhelm	Tschorna.
82. Westberg, Alexander	Jurjew (Dorpat).
83. Lezius, August	Jurjew (Dorpat).
84, Otto, Richard	Jurjew (Dorpat).
85. Berg, Friedrich	Riga.
86. v. Bergmann, Adolf	Riga.
87. v. Bock, Wilhelm	Jurjew (Dorpat).
88. Bernsdorff, Julius	Riga.
89. Schabert, Arthur	Riga.
90. v. Kügelgen, Arved	Rappin.
91. Graubner, Emil	Jurjew (Dorpat).
92. Eckardt, Albert	Riga.
93. v. Oettingen, Georg	Jurjew (Dorpat).
94. v. Brehm, Hugo	Riga.
95. Schwarz, Eduard	Riga.
96. Radasewsky, Max	Jurjew (Dorpat).
97. Adolphi, Hermann	Jurjew (Dorpat).
98. Blumberg, John	Jurjew (Dorpat).
99. Kusmanoff, Alexander	Rappel-Estland.
100. Petersen, Oscar	St. Petersburg.
101. Klinger, Friedrich	Jurjew (Dorpat).
102. Devrient, Carl	Grundsahl.
103. Frey, Julius	Werro.
104. Gähtgens, Peter.	Wenden.
105. Kiwull, Ernst	Wenden.
106. Lezius, Oscar	Alt-Pigast.
107. Vierhuff, Julius.	Subbath-Curland.
108. Maurach, Martin	Weissenstein.
109. Kessler, Leonhard	Jurjew (Dorpat).
110. v. Gernet, Rudolf	Jurjew (Dorpat).

111. Müller, Johannes	Schujenpahlen.
112. v. Middendorff, Max	Reval.
113. v. Schrenck, August	St. Petersburg
114. Hoffmann, Ferdinand	Krähnholm.
115. Blau, Carl	Loesern.
116. Treu, Armin	Sennen.
117. Engelmann, Georg	Riga.
118. Koch, Ernst	Walk.
119. Lunz, Adolf	Jurjew (Dorpat).
120. Ricker, Gustav	Porchow-Pskow.
121. Treymann, Mathias	Riga.
122. Sachsendahl, Johannes	Jurjew (Dorpat).
123. Tomberg, Conrad	Kl. Marien-Estl.
124. Treu, Walter	Engelhardtshof.
125. Vogelsang, Woldemar	Ampel-Estland.
126. Wagner, Paul	Zabeln-Curland.
127. Voss, Friedrich	Riga.
128. Lenz, Alexander	Sesswegen.
129. Pacht, Theodor	Lubahn.
130. Rinne, Felix	St. Petri.
131. Selenkoff, Alexander	St. Petersburg.
132. Schneider, Alfred	Trikaten.
133. Heidenschild, William	Reval.
134. Thoma, Richard,	Jurjew (Dorpat).
135. Raehlmann, Eduard	Jurjew (Dorpat).
136. Küstner, Otto	Jurjew (Dorpat).

Programm.

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt:

Mittwoch den 1. September 1893.

12 Uhr Mittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 12—1 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Kassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Rückblick über die Thätigkeit der «Gesellschaft livländischer Aerzte» seit ihrer Gründung.
4. Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» von Dr. W. Zoege von Manteuffel.
5. «Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra», Vortrag von Dr. A. Reissner.

II. Sitzung von 3—5 Uhr.

Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:

a) «Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung» — Fr. Krüger.
b) «Zur Behandlung der Stenocardie» — J. Krannhals.
c) «Die Beziehungen der Arteriosclerose zur Syringomyelie und ähnlichen Erkrankungen» — W. Zoege von Manteuffel.
d) «Die Hypersecretionszustände des Magensaftes» — H. Westphalen.
e) «Zur Casuistik der Darminvagination» — J. Vierhuff.

Donnerstag den 2. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls des vorigen Tages.
2. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen» — R. von Gernet.
   b) «Beiträge zur Nierenchirurgie» — W. Greiffenhagen.
   c) «Zur Frage der operativen Behandlung der Pylorostenose» — A. Selenkow. (Correferent: H. Westphalen).
   d) «Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen» — A. v. Bergmann. (Correferent: W. Zoege von Manteuffel).
   e) «Zur Diagnose und Therapie der Phlebitis sinuum durae matris» — F. Voss.

IV Sitzung von 1—4 Uhr.

Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:

a) «Ueber Mischinfection bei Osteomyelitis» — O. Klemm.
b) «Ueber Pyocyaneus-Infectionen» — J. Krannhals.
c) «Ueber Actinomykose» — G. Engelmann.
d) «Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperationen». — Th. v. Schröder.
e) «Ueber Hornhautgeschwüre». — E. Jaesche.
f) «Ueber die Wirkung des Scopolaminum hydrobromicum als Mydriaticum» — H. v. Krüdener.

Freitag den 3. September

Tagesordnung:

V. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protocolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Demonstrationen aus klinischer und privater Praxis:
   a) «Gynaekologische Demonstrationen». O. Küstner.

b) «Chirurgische Demonstrationen» W Zoege von Manteuffel.

c) «Zur operativen Behandlung des Trachoms» H. Truhart.

d) «Vortrag über Heilung hysterischer Aphasie durch Hypnose» (nebst Demonstration der Patientin) J. Meyer.

VI. Sitzung von 1—5 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber Vaginofixation des uterus» G. von Knorre.
   b) «Die Discision des canalis cervicis und die Sterilität der Ehe» Fr. Hach.
   c) «Ueber submucöse Myome» M. Treymann. (Correferent: G. von Knorre).
   d) «Ueber Geburten mit Wehenschwäche» A. Keilmann.
   e) «Metritis dissecans». A. von Schrenk.
   f) «Erfahrungen über die Nachgeburtsperiode» A. Keilmann.
2. Berathung über etwa wünschenswerthe Abänderung oder Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
3. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

5 Uhr Nachm.

Schluss des Aerztetages.

Protokolle des V Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1. — 3. September 1893.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 1. September 1893. 12 Uhr Mittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. C. Ströhmberg eröffnet statutenmässig den Aerztetag.

2. In seiner Function als Cassaführer des Vereins verliest Herr Dr. C. Ströhmberg den Cassabericht für die Zeit vom 14. Sept. 1892 bis zum 1. Sept. 1893; derselbe wird acceptirt.

3. Das Stadthaupt der Stadt Jurjew Herr Dr. von Bock begrüsst im Namen der Stadt den Aerztetag mit warmen Worten.

4. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wolmar bestimmt; die Zeit zu bestimmen, wird dem Praesidium überlassen.

5. Es finden die statutenmässigen Wahlen statt: zum Präses wird Herr Dr. **Truhart**-Fellin, zum Secretair Herr Dr. **Eduard Schwarz**-Riga, zum Cassaführer Herr Dr. **Apping**-Wolmar gewählt.

6. Der Präses Dr. Truhart begrüsst die Versammlung mit folgenden Worten:

Hochgeehrte Versammlung:
Sehr geehrte Herren Collegen!

Die grosse Ehre, die Sie mir durch die Wiederwahl zum Präses dieser würdigen Versammlung erweisen, sie soll mir ein weiterer Sporn sein in dem Bestreben, das Zutrauen unserer Aerzte zu wahren und in sachlich objectiver Weise an dieser Stelle des mir anvertrauten Amtes zu walten!

Empfangen Sie meinen verbindlichsten Dank! Empfangen Sie zugleich ein herzliches Willkommen zu unserem V Aerztetag!

Ihnen hochgeehrte Herrn Collegen, die Sie anderen Provinzen des Reiches entstammen, Ihnen gebührt herzlicher Willkommengruss, den ich im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte Ihnen hiermit entbiete, zugleich unser wärmster Dank; gereicht doch Ihre Anwesenheit uns zur Ehre! «Seien Sie herzlich willkommen!»

Mit Genugthuung und nicht ohne Stolz können wir constatiren, dass eine so stattliche Anzahl von Vertretern des ärztlichen Standes bis hierzu — wenigstens bei Eröffnung der bisherigen Aerztetage — unsere Versammlung noch nicht geschmückt hat. Und wenn wir auch geneigt sind, hierin ein weiteres Unterpfand für die Existenzberechtigung und Lebensfähigkeit, sowie eine sichere Gewähr für die Anerkennung der zu erstrebenden Ziele, ja vielleicht auch einzelner Erfolge unseres jungen Vereins zu erblicken, so sind wir doch, da unser Vollbringen nicht unwesentlich hinter unserem Wollen zurückgeblieben, weit davon entfernt, jene freudige Thatsache eigenem Verdienste zuzuschreiben, vielmehr sind wir uns dessen voll bewusst, dass dem diesjährigen Aerztetage eine ganz besondere Anziehungskraft die Wahl des Versammlungsortes verliehen hat, die Stätte, an welcher unsere wissenschaftliche Wiege gestanden — die Mauern unseres allgeliebten Dorpats, die discreten Zeugen so mancher Thorheit aus goldener Jugendzeit! Da drängt es mich in unser Aller Namen für den gastlichen Empfang, der uns bei unserem Einzug geworden und für den freundlichen warmen Gruss, der heute uns entboten, den hiesigen Collegen und dem hochgeehrten Haupte dieser Stadt auch von dieser Stelle aus den wärmsten Dank zu weihen! Aber nicht allein die Rückerinnerungsbilder der froh verlebten Wanderjahre unseres Lebens sind es, die heut' an unserem geistigen Auge vorüberziehen. Ernst mahnend ruft der würdige Dom mit Bibliothek und Klinik das Gedächtniss an die Zeiten in uns wach, da einst es uns vergönnt war, an dieser von Alters her bewährten, weit über die Grenzen unseres Reiches rühmlichst anerkannten Hochschule die Lehrjahre zuzubringen und unter der Leitung hervorragender gelehrter Männer in ernstem Streben und edlem regem Wettbewerb um die Siegespalme des Doctorhutes zu ringen. Mit ganz besonderer Freude hat es uns

daher erfüllt, dass auf den Aerztetagen uns Gelegenheit geboten, auch die persönlichen Bande mit der Universität von Neuem und immer enger wiederum zu knüpfen. Würdig sehen wir auch heute hier den Lehrkörper unserer Landesuniversität vertreten. Freudigen Herzens heisse ich daher Sie, hochgeehrte Herrn Professore und Glieder der medicinischen Facultät in unserer Mitte willkommen!

Die Reihe der Lehrer aus unserer Jugendzeit ist freilich schon stark gelichtet, theils haben sie zu unserem tiefen Schmerz die Universität verlassen, theils birgt die Mutter Erde schon ihr Haupt. Sie aber meine Herrn fordere ich auf, in ehrfurchtsvollem Gedächtniss an diese, unsere alten Lehrer sich, wie ein Mann von Ihren Plätzen zu erheben. (Die Versammlung erhebt sich):

Gilt es doch der alten «alma mater Dorpatensis» den schuldigen Tribut der Pietät und Dankbarkeit zu zollen!

Sei es mir gestattet, meine Herrn, zum Schluss noch dem Wunsche und der Hoffnung Ausdruck zu verleihen, dass, auf dem sicheren Fundamente ernster Arbeit ruhend, auch dieser Aerztetag erfüllt sein möge von wahrhaft wissenschaftlichem Streben und Geiste; möge, wie in früheren Jahren uns auch dieses Mal die gleiche Arbeitsfreudigkeit beseelen und wenn dann in der Discussion die Geister auf einander platzen und die Ansichten auch noch so sehr auseinander gehen, dennoch stets dieselbe collegiale, ritterliche Kampfesweise in der Debatte walten!»

7. Zum Gehilfen des Secretairs wird, um gleichzeitig auch in der Universitätsstadt eine ständige Vertretung der Gesellschaft livländischer Aerzte zu haben, Herr Dr. **C. Ströhmberg** vom Präses proponirt und von der Versammlung als solcher gewählt.

8. Der Präses Dr. Truhart-Fellin giebt einen **Rückblick über die Thätigkeit der Gesellschaft livländischer Aerzte seit ihrer Gründung.**

«Ein Quinquennium ist verflossen, seit es der auf Initiative der Aerzte in Fellin ad hoc zusammenberufenen Aerzte-Versammlung gelingen sollte, die Gesellschaft livländischer Aerzte in's Leben zu rufen: eine Idee, die schon in den 40-er Jahren unter den Aerzten Wolmar's die erste Anregung und im Jahre 1883 Dank der Initiative des leider zu früh verstorbenen Prof.

Dr. Ed. von Wahl durch Ausarbeitung eines diesbezüglichen Statutes schon festere Gestalt gewonnen hatte. Letzterem wurde damals zu allgemeinem Bedauern in den Aerztekreisen die erforderliche obrigkeitliche Bestätigung vorenthalten.

Das Bedürfniss nach einem engeren Zusammenschluss der Aerzte von Stadt und Land machte sich von Jahr zu Jahr immer mehr geltend, handelte es sich doch nicht nur darum, ärztliche Standesinteressen zu pflegen, dem lange ersehnten Wunsche nach gegenseitiger wissenschaftlicher Anregung Ausdruck zu verleihen, waren es doch vielmehr weit über die persönliche Interessensphäre der Aerzte selbst hinausgehende wichtige Fragen, die das allgemeine Volkswohl und das Medicinalwesen des Landes betreffend, schon seit geraumer Zeit eingehender, sachverständiger Berathung und endgültiger Lösung harrten.

Noch ein Mal galt es also den Versuch zu machen für in Livland von Stadt zu Stadt wandernde Aerztetage die Bestätigung von Seiten der Regierung zu erwirken. Auf der in Fellin am 27. und 28. November 1888 tagenden Aerzteversammlung, fand der Gedanke unter den Vertretern des ärztlichen Standes aus Stadt und Land durchweg die sympathischste Aufnahme und wurden Dr. C. Ströhmberg-Dorpat und Dr. H. Truhart-Fellin von derselben beauftragt definitiv ein diesbezügliches Statut auszuarbeiten und die erforderlichen Schritte wo gehörig behufs Auswirkung der Bestätigung zu ergreifen.

Die sich eng an das Statut der Pirogow-Gesellschaft anschliessenden Statuten, bei deren Redaction sich Dr. Ströhmberg ein hervorragendes Verdienst erworben, wurden am 25. Februar 1889 der livländischen Medicinal-Abtheilung unterbreitet, von dieser sowohl, wie von der livl. Gouvernements-Regierung warm befürwortet und nach wohlwollender Begutachtung von Seiten des Medicinal-Departements am 6. Juli 1889 von dem Herrn Minister des Innern bestätigt. Schon am 2. October desselben Jahres erfolgte, und zwar in Wolmar, die feierliche und officielle Eröffnung der Gesellschaft livländischer Aerzte durch den damaligen Medicinal-Inspector Dr. med. Nic. Hess, und zum 5. Male tritt heute der livländische Aerztetag zusammen, nachdem er in jährlicher Aufeinanderfolge in Wolmar, in Wenden, in Walk und abermals in Wenden getagt.

Durchschnittlich wurden die bisher abgehaltenen 4 Aerzte-

tage von 95 Aerzten (Minimum 76, Maximum 126) besucht und haben sich in's Gesammt 59 Aerzte an denselben mit Vorträgen betheiligt. Von den für die Aerztetage in Summa 104 angekündigten Vortragsthematen kamen thatsächlich nur 98 zum Vortrag, da der eine oder der andere der Herren Aerzte im letzten Augenblicke durch Berufspflichten am Erscheinen verhindert war. Wie aus der folgenden statistischen Zusammenstellung ersichtlich, nehmen die Vertreter unserer Landesuniversität die erste Stelle unter der Zahl der Vortragenden ein, doch folgen die Aerzte unserer Metropole Livlands ihnen hart auf dem Fuss; während die übrigen Vorträge sich gleichmässig auf die Aerzte der kleinen Städte, des flachen Landes und die übrigen Provinzen vertheilen.

A. Statistische Uebersicht über die Zahl der Vortragenden nach dem Wohnsitz.

Wohnort der Aerzte	Anzahl der vortragenden Aerzte.	Anzahl d. gehaltenen Vorträge.
Dorpat.	18 (6 Professore, 4 Docenten, 8 pract. Aerzte)	35
Riga	20	33
Livlands kleine Städte	7	11
Livländ. Landärzte	7	10
Petersburg	5 (1 Professor, 4 pract. Aerzte)	6
Curland	2	3
In Summa	59 Aerzte	98 Vorträge.

B. Gruppirung der Vorträge nach dem Inhalt.

Die Vorträge behandelten Themata aus folgenden Gebieten:

1) Physiologische Chemie; pathologische Anatomie; Bacteriologie	4	Vorträge
2) Innere Medicin	15	»
3) Chirurgie, Hautkrankheiten, Lues, Lepra	23	»
4) Geburtshilfe und Puerperalerkrankungen	11	»
5) Gynäkologie	3	»
6) Psychiatrie und Nervenkrankheiten	12	»
7) Ophthalmologie	12	»
8) Otiatrie	3	»
9) Gerichtliche Medicin	5	»
10) Hygiene (inclusive das Medicinalwesen in den Städten und auf dem Lande).	10	»
In Summa	98	Vorträge

Schon aus diesen einfachen Daten dürfte genugsam hervorgehen, dass es an regem Eifer unter den Mitgliedern unseres Aerztevereins nie gefehlt hat, ja nur zu häufig reichte auf den Aerztetagen die Zeit nicht hin, um den vorhandenen Stoff auch in der Discussion zu bewältigen. Wenn die Vorträge in der weit übergrossen Mehrzahl practisch-ärztliche resp. rein fachwissenschaftliche Themata zum Inhalt hatten, so sind es doch eine ganze Reihe anderer, welche wichtige allgemeine sanitäre Fragen des Landes behandelnd auch weit über die ärztlichen Kreise hinaus das Interesse des ausserhalb desselben stehenden Publicums in Anspruch nehmen. Wie aus der letzten Gruppe ersichtlich, beschäftigten sich 10 Vorträge allein mit Fragen der Hygiene und des öffentlichen Sanitätswesens in Stadt und Land; sie waren auch die, welche an Umfang des Materials, an Eifer in der Discussion und Mühe der Bearbeitung weit über die anderen hervorragten. Aus der Zahl der letzteren seien speciell folgende namhaft gemacht: 1) Ueber Charakter, Verbreitung und Bekämpfung der Lepra; 2) Zur Verbreitung und Abwehr der Lues. 3) Zur Statistik und Bekämpfung des Trachoms in Livland. 4) Die Hospitalfrage. 5) Die Reorganisation des Hebammenwesens. 6) Die Fürsorge für die Geisteskranken auf dem Lande.

Die Bearbeitung dieser Fragen, von denen die meisten bei ihrer Wichtigkeit Gegenstand wiederholt auf den Aerztetagen gepflogener Verhandlungen waren, machten eingehende statistische Sammelforschungen, sowie Detailberathungen in ad hoc gewählten ärztlichen Specialcommissionen erforderlich und mit Genugthuung können wir constatiren, dass mit Ausnahme des Entwurfes zur Bekämpfung der Lues, über deren Verbreitung in Livland zunächst noch eine Enquête veranstaltet wird, die anderen Fragen in unserem Kreise ihren principiellen Abschluss gefunden haben und in Form von Druckschriften, wie Sie solches Nachstehendem entnehmen werden, den Verwaltungsorganen unseres Landes, resp. den gesetzgebenden Institutionen unterbreitet worden sind, in deren Händen nunmehr ihr weiteres Schicksal liegt.

1) Zur Leprafrage.

Vorträge:

I. Aerztetag Prof. Dr. Ed. v. Wahl, Prof. C. Dehio und Dr. O. Petersen.

II. Aerztetag Dr. W. Zoege von Manteuffel, Dr. O. Petersen und Prof. C. Dehio.
III. » Dr. W. Zoege von Manteuffel.
IV » Prof. C. Dehio und Dr. A. Reisner.

Die hochinteressanten Vorträge über die Lepra und die lebhaften sich an dieselben knüpfenden Debatten haben nicht nur dazu beigetragen über das weite und rasche Umsichgreifen dieser perniciösen Krankheit hier zu Lande Aufklärung zu schaffen, sie führten auch zur unabweislichen Erkenntniss dessen, dass die Infection auf dem Wege der Contagion stattfinde, dass mithin der ganzen Landesbevölkerung eine grosse Gefahr erwüchse, wenn nicht energische Maassnahmen ergriffen würden, die geeignet wären, dem bisherigen uneingeschränkten Umsichgreifen vorzubeugen. Die Gründung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra, die gegenwärtig schon eine nach vielen Richtungen hin segensreiche Thätigkeit entfaltet, dürfen wir mit Recht als eine Frucht kennzeichnen, die die Arbeit auf unseren Aerztetagen gezeitigt. Auf die bisherigen Errungenschaften jener Gesellschaft brauche ich hier nicht näher einzugehen, da laut der Tagesordnung Herr Dr. Zoege von Manteuffel als Verwaltungsrath derselben die Liebenswürdigkeit haben wird, über den Bestand und die Wirksamkeit jener Gesellschaft hierselbst Bericht zu erstatten.

2) Ueber Verbreitung und Bekämpfung der Lues in Livland.

Vortrag: III. Aerztetag: Dr. Adolf von Bergmann.

Als Endresultat der eingehenden sich an den Vortrag anschliessenden Debatte ergab sich, dass behufs sicherer Feststellung der Verbreitung der Syphilis Allem zuvor erforderlich sei, in Grundlage einer rationellen Eintheilung ihrer Formen eine statistiscne Enquête im Laufe der folgenden Jahre zu veranstalten und alsdann erst an die Berathung der zweckentsprechenden Mittel zur Abwehr der Lues geschritten werden könne. Mit der Veranstaltung einer solchen Enquête wurde ich von dem damaligen Aerztetag betraut und gleichzeitig eine Commission bestehend aus den Aerzten DDr A. v Bergmann, W. Zoege von Manteuffel, Rud. Heerwagen und mir gewählt, welche die Aufgabe hatte, nach Feststellung der statistischen Daten ein Reglement zur Unter-

suchung der Prostitution und den Plan des Kampfes gegen die Syphilis auszuarbeiten und dem Aerztetage zur Berathung vorzulegen. Unter Mithilfe der Kreis- und Stadtärzte Livlands hoffe ich die statistische Seite der Arbeit zu Anfang des nächsten Jahres abschliessen und dem 6. Aerztetag die Resultate der Commissionsberathungen vorlegen zu können.

3) Zur Statistik und zur Bekämpfung des Trachoms in Livland.

Vorträge: III. Aerztetag: Dr. A. Eeck.
IV. » Dr. A. Oehrn und Dr. H. Truhart.

Bezüglich des Kampfes gegen die Verbreitung des Trachoms hier im Lande, eine Frage deren gefahrdrohende Bedeutung für das Wohl der Landbevölkerung durch die fleissige statistische Arbeit Dr. Oehrn's in's richtige Licht gestellt worden und welche dem Wunsche des livländischen Aerztetages entsprechend von sachverständiger Seite wiederholt in unserer Tagespresse öffentlich behandelt worden ist, lässt sich anführen, dass meinerseits in Anlass einer diesbezüglichen Aufforderung von Seiten der livländischen Gouvernements-Verwaltung zu Anfang dieses Jahres ein ausführliches Project, betitelt «Der Kampf gegen das Trachom in Livland» ausgearbeitet worden ist, welches gegenwärtig dem Medicinal-Departement zur Begutachtung unterbreitet worden.

4) Die Hospitalfrage.

Vorträge:
III. Aerztetag: Dr. O. Koppe, Dr. J. Müller und Dr. E. Behse.
IV. » Dr. J. Müller und Dr. A. Katterfeld.

5) Zur Reorganisation des Hebammenwesens.

Vorträge:
II. Aerztetag: Dr. J. Meyer, Dr. Katterfeld und Dr. Fr. Hach.
IV. » Dr. N. v. Stryk, als Referent einer ad hoc gewählten Commission.

6) Die Fürsorge für die Geisteskranken auf dem Lande.

Vorträge:
I. Aerztetag: Dr. H. Dehio und Dr. A. Mercklin.

Meine Herrn! Der Mangel einer einheitlichen Organisation des Medicinalwesens in Livland, die Ueberfülle der Aerzte in den Städten und die Unzulänglichkeit der ärztlichen Hilfe auf dem Lande legten der Gesellschaft livländischer Aerzte die Pflicht auf den ursächlichen Momenten näher zu treten, auf welche diese, bei den relativ vorgeschrittenen Culturverhältnissen und dem Wohlstande unserer Landbevölkerung sich immer schwerer fühlbar machenden Uebelstände zurückzuführen seien. Es ist daher erklärlich, dass kaum ein Aerztetag vorübergegangen, auf welchem nicht einschlägige Fragen eingehende sachliche Erörterung gefunden haben. Wir dürften nicht irren, wenn wir speciell als solche in den Vordergrund stellen den vollständigen Mangel resp. Unzulänglichkeit einer Hospitalbehandlung auf dem Lande, wie die auch sonst exceptionell ungünstigen Existenzbedingungen der Landärzte Livlands. Wir als Aerzteverein sind ja nur in der Lage, die im Lande in sanitärer Beziehung vorhandenen Nothstände zu constatiren und im Princip die Mittel zur Beseitigung derselben klarzustellen; den Verwaltungsorganen unserer Provinz liegt es ob, in praxi auf die Beseitigung solcher, von sachverständiger Seite festgestellter und allgemein anerkannter Uebelstände hinzuwirken. Zu um so grösserer Freude gereicht es mir, Ihnen die Mittheilung machen zu können, dass die Reorganisation des Sanitätswesens in unserem Gouvernement zu den hervorragendsten Berathungsgegenständen des im März dieses Jahres stattgehabten ordentlichen Landtages der livländischen Ritter- und Landschaft gehört hat.

Es würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen, wenn ich Ihnen meine Herrn, das von mir in dieser Angelegenheit gesammelte Actenmaterial im Detail vorlegen wollte; bei der Wichtigkeit der ganzen Frage und dem speciellen Interesse, welches sich für die Landärzte an dieselben knüpft, gestatten Sie mir aber gewiss in Kürze ein Referat über den Gang und den gegenwärtigen Stand in Sachen der Sanitätsreform, zumal sie bis hierzu noch keine Veröffentlichung erfahren.

Von der Livländischen Gouvernements-Regierung dazu angeregt dem im März 1893 zusammentretenden ordentlichen Landtage ein Project betreffend die Reform des Medicinalwesens in Livland zur Beschlussfassung zu unterbreiten, tagte im Februar dieses Jahres zu Dorpat eine vom Livländischen

Adelsconvent erwählte Commission, bestehend aus den Herrn Landräthen: v. Transehe-Taurap und Ed. Baron Campenhausen, sowie dem Herrn Kreisdeputirten R. Baron Staël-Holstein, um jener Aufforderung nachzukommen. Zu dieser Commission wurde ich als Sachverständiger hinzugezogen und erbat mir zur Assistenz den Herrn Collegen J. Müller-Schujenpahlen, der wie Ihnen ja bekannt, in den letzten Jahren sich eingehend und speciell mit der Frage des Hospitalswesens auf dem Lande beschäftigt hatte. Den Commissionsberathungen kamen in reichem Maasse die Früchte der Arbeit auf unseren Aerztetagen zu statten, da alle wesentlichen Fragen auf diesen im Princip schon ihre defenitive Regelung erfahren hatten. Das von der Commission ausgearbeitete und späterhin vom Livländischen Landtage nahezu in vollständig gleichem Sinne acceptirte Project lässt sich in Kürze folgendermassen wiedergeben:

1) Sanitäre Organisation.

In jedem Kirchspiele Livlands ist ein Doctorat, ein Landhospital von etwa 6 Betten und eine Landapotheke zu errichten; fernerhin ein Kirchspielsarzt, sowie eine Kirchspielshebamme anzustellen; kleinere Kirchspiele können sich an grössere anlehnen resp. sich 2 oder 3 zusammenthun. In der Nähe von Städten gelegene Kirchspiele bedienen sich eines in letzteren seinen Wohnsitz habenden Arztes, der als Kirchspielsarzt angestellt wird. Die Wahl der Kirchspielsärzte gehört zur Competenz der Kirchspielsconvente; die Medicinalabtheilung bestätigt die erwählten Aerzte. Die Landhospitäler unterliegen der Aufsicht der Medicinal-Verwaltung resp. der Kreisärzte.

2) Rechte der Kirchspielsärzte.

a) Der Kirchspielsarzt geniesst alle Rechte der im Staatsdienste stehenden Aerzte.

b) Derselbe erhält freie Wohnung, 2 Loofstellen Gartenland, 60 Faden Holz, 450 Pud Heu und 450 Pud Stroh jährlich und als baares Jahreshonorar die Summe, welche sich ergiebt, wenn die Zahl der Revisionsseelen mit 20 multiplicirt wird (durchschnittlich ungefähr 650—750 R. jährlich),

c) Bei diesem Gehalt hat der Kirchspielsarzt freie Praxis, und ist berechtigt pro Fahrt mit der ihm zur Disposition zu stellenden Equipage 1 Rbl. je für die erste und die zweite Stunde

und 50 Kop. für jede folgende zu berechnen, bei Nachtfahrten erfolgt ein Zuschlag von 50 pCt. Pro Consultation resp. Recept ist er berechtigt 40 Kop. für die Behandlung im Hospital, 20 Cop. ohne, 40 Cop mit Beköstigung pro Krankentag zu erheben, wobei Medicamente und Verbandstoffe extra zu berechnen und Operationen besonders zu honoriren sind.

Kirchspielsarme, welche ihre Armuth durch ein Zeugniss ihrer Gemeindeverwaltung nachweisen können, sind sowohl ambulatorisch wie stationär auf Kosten ihrer Gemeinde zu behandeln und werden die Curkosten durch die Kirchspielsvorsteher mit Beihülfe der Polizeiinstitutionen resp. der Bauercommissäre beigetrieben.

3) Pflichten des Kirchspielsarztes.

a) Dem Kirchspielsarzte liegt die Pflicht ob, sämmtliche Schulen und Armenhäuser des Kirchspiels 2 mal jährlich in sanitärer Hinsicht zu revidiren und dem Kreis-Sanitätscomité bezügliche Berichte einzusenden.

b) Der Kirchspielsarzt ist verpflichtet die Wärterin des Hospitals von sich aus zu unterhalten.

c) Der Kirchspielsarzt hat die Thätigkeit der Feldschere und Hebammen im Kirchspiel zu controliren.

4) Ueber die Quellen zu Beschaffung der für Sanitätszwecke erforderlichen Mittel.

Die Gewährung von Mitteln zu Sanitätszwecken auf dem flachen Lande gehört zur Competenz des Kirchspielsconvents. Die Kosten für die Salarirung des Arztes sind zu gleichen Theilen von den Höfen und Gemeinden des Kirchspiels aufzubringen, wobei der auf die Gemeinden entfallende Antheil mit 10 Kop. pro Revisionsseele zu berechnen ist. Mit inbegriffen sind hierbei, nach neuerdings von der Gouvernementsregierung zugestandener Bewilligung: die Höfe und Gemeinden der in dem betreffenden Kirchspiele belegenen Kronsgüter; ein hochbedeutsames Zugeständniss, da die Realisirung zweckentsprechender Sanitätseinrichtungen auf dem Lande bisher gerade zufolge dessen auf unüberwindliche Hindernisse stiess, weil die Kronsgüter resp. Gemeinden bei der Repartition bislang nicht hinzugezogen werden durften.

Behufs Gewährung von Unterstützung zum Aufbau von Doctoraten und Kirchspielshospitälern sind den einzelnen Kirch-

spielen Subventionen bis zum Betrage von 1500 Rbl. für jedes Doctorat und bis zum Betrage von 1000 Rbl. für jedes Hospital aus der Landescasse und zwar ohne Verpflichtung zur Rückzahlung zu bewilligen.

Was die Frage der Reorganisation des Hebammenwesens anlangt, so wurde, wie Ihnen, meine Herren wohl noch erinnerlich, auf dem II. Aerztetage im Anschluss an einen von Dr. J. Meyer-Dorpat gehaltenen Vortrag über diesen Gegenstand und nach lebhafter Debatte darin jedenfalls vollständige Einigung erzielt, dass die Fortschritte der heutigen Wissenschaft bei diesem so überaus wichtigen Zweige sanitärer Hülfeleistung bei uns viel zu wenig practische Verwerthung gefunden und dass es dringend geboten erscheine, baldmöglichst an eine radicale Umgestaltung des Hebammenwesens zum Wohle der Landesbevölkerung, zur Erhaltung der Familie, zum Nutzen für Land und Staat heranzutreten. Einer Specialcommission, bestehend aus den DDr. Meyer, Hach, von Stryk, Katterfeld und Koppe wurde die Aufgabe zu Theil, ein Project betreffend die Reorganisation des Hebammenstandes und des Hebammenwesens für Livland auszuarbeiten. Dieser Aufgabe hatte sich jene Commission in gewissenhafter Sorgfalt hingegeben und den nach allseitiger Prüfung abgefassten Entwurf der vorigjährigen Aerzteversammlung zur allendlichen Schlussberathung überwiesen. Mit nur geringfügigen Abänderungen wurde das neue Hebammenstatut auf dem vorigen Aerztetage acceptirt und gleichzeitig der Vorstand beauftragt, unter motivirendem Hinweis auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit des behandelten Gegenstandes das Project der Medicinal-Verwaltung der Livländischen Gouvernementsregierung zu unterbreiten. Desgleichen wurde auf dem letzten Aerztetage einem Antrage der Commission gemäss beschlossen, die im «Prawitelstwenny Westnik» 1887, № 111—113 veröffentlichten «Verhaltungsmaassregeln für Hebammen bei der Beschickung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen» auszugweise in einem in den 4 landesüblichen Sprachen herauszugebenden Hebammenkalender drucken zu lassen, und hatte sich Herr Dr. J. Meyer freundlichst erboten, denselben herauszugeben.

Der Vorstand hat es selbstredend nicht unterlassen, jenem Auftrage nachzukommen und der Medicinal-Abtheilung sowohl

wie auch der gelegentlich des diesjährigen ordentlichen Landtages versammelten Livländischen Ritter- und Landschaft einen gleichlautenden Entwurf unterbreitet.

Herr Dr. J. Meyer hat wiederum, seinerseits seinem Versprechen Erfüllung gebend, den im Auftrage der Gesellschaft livländischer Aerzte redigirten Livländischen Hebammenkalender pro 1894 fertiggestellt, wofür ihm der Dank der Versammlung gebührt, und liegt eine Serie in deutscher Sprache abgefasster Exemplare hierselbst den Herren Collegen zur Einsichtnahme aus.

Im Interesse der Sache liegt es nun aber, dass dieser Hebammenkalender die denkbar weiteste Verbreitung finde, ja in die Hände jeder einzelnen Hebamme in Livland gelange; es müsste daher der Kostenpreis desselben möglichst niedrig gestellt werden. Zur Erreichung dieses Zweckes erlaube ich mir daher im Namen des Vorstandes den Antrag zu stellen, die Gesellschaft livländischer Aerzte möge von sich aus für die Unkosten des Translats und des Druckes die Summe von 100 Rbl. auswerfen.

Der Antrag wird von der Versammlung genehmigt.

Wie mangelhaft und unzureichend es mit der Irrenfürsorge auf dem flachen Lande bei uns bestellt ist, das ist eine leider schon seit lange bekannte Thatsache. Neu und geradezu frappirend waren aber die Daten über die Dichtigkeit der Geisteskranken in Livland, wie eine solche aus den Diagrammen und der Karte hervorging, welche Dr. H. Dehio auf dem 1. Aerztetage zur Illustration seines Vortrages: «Statistische Untersuchungen über die Geisteskranken in Estland und Livland» demonstrirte: aus denselben resultirte, dass das Verhältniss von Geisteskranken zu Einwohnern in Livland sich wie 4,15: 1000 gestaltet, während in anderen Ländern Europa's 3 pro mille das gewöhnliche Verhältniss ist. Der bei dem vollständigen Mangel einer organisirten Irrenpflege hierdurch veranlasste Nothstand fand eine um so grellere Beleuchtung in der Discussion durch Aufzählung nicht vereinzelt dastehender Beispiele rohester Behandlung solcher Kranker, wie Einmauerung, Anschmiedung an einem Block etc., Criminalvergehen die nach Angabe der Kreisärzte zu wiederholten Malen Object der Untersuchung in ihrer gerichtsärztlichen

Praxis gewesen. Auch für das Land eine Irrenversorgung im grossen Style, wie die Stadt Riga sie für ihre Geisteskranken besitzt, in's Werk zu setzen, hätte sehr grosse vom Lande sofort aufzubringende Opfer erheischt. Daher plaidirte Herr Dr. Mercklin in einem Vortrage: «über temporäre Asyle für Geisteskranke» dafür, durch zerstreut im Lande gelegene kleine Anstalten für die schweren acuten Fälle zunächst wenigstens ein Provisorium in dieser Nothstandslage zu schaffen.

Der Aerztetag sprach sich damals mit Einstimmigkeit für die Dringlichkeit einer fundamentalen Reform in der Landesirrenpflege aus, die vor Allem die Errichtung zweier grosser Irrenanstalten zu je 500 Betten nothwendig mache. Bei der Aussichtslosigkeit der Verwirklichung eines solchen Projects hielt die Versammlung der Aerzte es jedoch für inopportun, zur Zeit mit positiven dahinzielenden Reformvorschlägen an die competenten Verwaltungsorgane unseres Landes zu gehen und glaubte sich dieselbe daher zunächst darauf beschränken zu müssen, durch Wort und Schrift auch das weitere Publicum, insbesondere auch die maassgebenden Kreise des Landes von jenem schreienden Nothstande in Kenntniss zu setzen.

Vier Jahre waren seit jenem Aerztetage verflossen, das Wort war verhallt, die Schrift der Presse verblasst, ein Provisorium laut Vorschlag Mercklins nicht geschaffen. Ein ordentlicher Landtag der Livländischen Ritter- und Landschaft stand vor der Thür, welcher sich mit fundamentalen Reformen des Sanitätswesens in Livland beschäftigen sollte. Im Interesse der Wohlfahrt des Landes schien es geboten unter den obwaltenden Verhältnissen über den allseitig anerkannten Nothstand des vollständigen Mangels der Irrenversorgung in Livland nicht mit Stillschweigen hinwegzugehen.

Die zu Anfang angeführte Commission des Adelsconvents fühlte sich zwar nicht competent, das Project einer Fürsorge für die Geisteskranken gleichfalls in den enger gestellten Rahmen ihres Commissums mit aufzunehmen, sprach jedoch die Meinung aus, dass Reformprojecte auch nach dieser Richtung gegenwärtig entschieden auf günstigen Boden fallen dürften. Da diese Anschauung auch von anderen hervorragenden Repräsentanten unserer Ritterschaft getheilt wurde, so ent-

schloss ich mich, wenngleich nicht vom Aerztetage speciell dazu autorisirt, im Namen der «Gesellschaft livländischer Aerzte» der im März dieses Jahres zum Landtage versammelten Livländischen Ritter- und Landschaft, an die schon oft bewährte Opferwilligkeit derselben appellirend, das Gesuch einzureichen, auch der Regelung der Irrenfürsorge im Lande ihre Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen. Diesem Gesuche war gleichzeitig beigefügt eine umfassende von unserem damaligen Secretären Herrn Dr. H. Dehio-Rothenberg zu diesem Zwecke ausgearbeitete Denkschrift, betietelt: «Vorschläge zur Reorganisation der Irrenpflege in Livland», in welcher der Verfasser zum Schluss dafür plaidirte, die Gründung einer grösseren Irrenanstalt für 200 Kranke in's Auge zu fassen.

Trotz warmer Fürsprache war es leider nicht gelungen, die Majorität im Landtage für Realisirung des Projects zu gewinnen. Mittelst eines vom 8. April a. c. sub № 1914 vom Livländischen Landrathscollegium an die Gesellschaft livländischer Aerzte gerichteten Schreibens wurde mir folgende Resolution zu Theil:

«In Uebereinstimmung mit dem vom Adelsconvent gefassten Beschlusse hat auch der letzthin versammelt gewesene Landtag bei vollständiger Anerkennung der in Bezug auf die Irrenpflege herrschenden Nothstände, der Erwägung Raum geben müssen, dass da, wenn in durchgreifender Weise Abhülfe geschaffen werden soll, ein landschaftlich reich dotirtes Institut begründet werden müsste, es bedenklich sei im gegenwärtigen Zeitpunkte hiezu die Initiative zu ergreifen, indem die in Kürze bevorstehende Prästandenreform ganz besonders auf die Regelung des Sanitätswesens und die Verwaltung der diesem Zwecke dienenden landschaftlichen Institute höchst wahrscheinlich von tiefgreifendem Einfluss sein wird.»

Es erübrigt mir nur noch Sie, meine Herren, wegen meines unautorisirten Vorgehens in dieser Sache um Indemnität zu bitten, gleichzeitig Sie aber darum zu ersuchen, Herrn Dr. H. Dehio für die zeitraubende und mustergültige Arbeit den Dank der Gesellschaft zu votiren.

(Die Versammlung ertheilt dem Präses Indemnität und votirt ihrem früheren Secretären, Herrn Dr. H. Dehio ihren Dank.)

Zum Schluss liegt mir noch die Pflicht ob, in Sachen der Pensionscasse für Wittwen und Waisen der Aerzte zu referiren.

Wie Ihnen bekannt, waren von Seiten der Regierung an dem ursprünglichen Statutenentwurf mehrfache unwesentliche Abänderungen gemacht, unter anderen aber auch der Statutenpunkt gestrichen worden, laut welchem gleichfalls den Aerzten der anderen Gouvernements des Reichs das Recht zustände, der Casse als Mitglieder beizutreten. Da nun die ganze der Pensionscasse zu Grunde liegende Berechnung eine Betheiligung von 100 Mitgliedern zur Voraussetzung hat, aus Livland sich aber nicht so viel Candidaten gemeldet hatten, so konnte die Casse im vorigen Jahre nicht in's Leben gerufen werden. Im Hinblick darauf, dass auch von den Aerzten der Nachbarprovinzen insbesondere von Kurland her mehrfach der Wunsch laut geworden war, sich an der Casse zu betheiligen, beauftragte der vorig-jährige Aerztetag den Vorstand, gehörigen Ortes Schritte zu ergreifen, um eine Aenderung des Statuts in dem Sinne zu erwirken, und auf diese Weise das Zustandekommen der Casse zu sichern.

Diesem Auftrage hat der Vorstand Folge gegeben, doch ist bis hiezu eine Antwort von Seiten des Medicinaldepartements noch nicht eingetroffen*).

9. Herr W. Zoege von Manteuffel berichtet über die **Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.»**

In dem Leprosorium Nennal und der Leprastation Muhli seien im letzten Berichtsjahr zusammen 95 Kranke verpflegt worden, und zwar seien laut Bericht des Arztes der Leprastation Muhli Dr. Koppel in Muhli am 25. September 1892 bis jetzt 53 Lepröse aufgenommen, von denen 41 an Lepra tuberosa, 10 an Lepra maculosa, 2 an Lepra mixta gelitten. Gestorben seien daselbst im Laufe dieser Zeit 8 Lepröse — 6 Lepra tuberosa; 1 L. maculosa; 1 L. mixta — 7 an den Folgen dieser Krankheit, einer an den Folgen eines Herzfehlers. Der

*) Anmerkung. Mittlerweile ist von Seiten des Medicinaldepartements mittelst Schreiben vom 8. October 1893 sub № 1679 die vom livländischen Aerztetage gewünschte Statutenänderung in positivem Sinne entschieden worden.

durchschnittliche Aufenthalt der Kranken habe 10½ Monate betragen. Freiwillig ausgetreten seien 15 nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von 2½ Monaten; übergeführt nach Nennal seien 15 Kranke worden, nach durchschnittlichem Aufenthalt von 5 Monaten, so dass sich gegenwärtig in Muhli 15 Lepröse befänden, mit einem durchschnittlichen Aufenthalt von 11 Monaten.

Von den augenblicklich in Muhli befindlichen seien 2 zeitweilig in Folge von Mittellosigkeit ausgeschieden gewesen. Von den augenblicklich in der Leprastation sich befindlichen seien 15 auf Kosten ihrer Gemeinde, 2 auf Kosten des Lepravereins, einer auf Kosten eines Studenten verpflegt worden.

Im Leprosorium Nennal seien laut Bericht des Dr. Walter vom 5. November 1892 bis jetzt im Ganzen 57 Lepröse aufgenommen worden — 22 Männer 35 Weiber — gestorben 6, auf eigenen Wunsch entlassen 7; — von diesen 3 wieder zurückgekehrt; wegen Renitenz entlassen 2 — entlaufen einer — sodass der augenblickliche Bestand sich auf 16 Männer und 28 Weiber = 44 Kranke belaufe.

Ueber die Hälfte der Kranken stammen aus Oesel und zwar aus dem Kirchspiele Ansekül 13, Kielkond 11, Jamma 9; je einer aus den Kirchspielen Wolde und Kergel. — Aus Rujen stammen 4, Tarwast 3, Hallist 2; aus mehreren Kirchspielen Livlands je einer, aus Estland 2. Der Bericht des Cassaführers Baron Stackelberg ergäbe im Januar 1893 ein Saldo von 11,706 Rbl. 40 Kop.; an Einnahmen sind zu verzeichnen gewesen am 1. Jan. 1893. Zinsen 374,59, Jahresbeiträge 1226 R.; einmalige Mitgliedsbeiträge 450 R.; Einmalige freie Beiträge 2159 Rbl. 23 Kop. Livländische Ritterschaft 2500 R., Estländische Ritterschaft 1000 R., Krankengelder 1300 R. 88 K.

Ausgaben vom 1. Jan. bis 1. Sep. 1893: für Muhli 1124 R. für Nennal 3650 R. Miethe für Muhli 200 R. Abschlagszahlungen für den Umbau von Nennal 3500 R. — Inventar 155 Rbl. 60 Kop. — Drucksachen Postporto 110 R. 38 K. Gagen 303 R. Versicherung 35 R. 23 K. Diversa 12 Rbl. Somit habe der Kassenbestand am 1. Sept. 1893 11,000 Rbl. in Werthpapieren und 626 R. 87 K. in baar betragen.

In Nennal habe dank der speciell zu diesem Zweck seitens der estländischen Ritterschaft bewilligten Summe der Umbau des Nebenhauses beginnen können. In dem soliden Balkenbau

des Nebengebäudes seien an einer fast die ganze Länge des Hauses durchziehenden Wandelbahn 3 grosse luftige Krankenzimmer ausgebaut worden, während am Ende der Wandelbahn ein Zimmer für die Wartung, ein Speisesaal und Wirthschaftsbequemlichkeiten vorhanden seien; somit könne hier eine halbwegs gesonderte Verpflegung der Kranken durchgeführt werden. In einem anderen Nebengebäude, dem der alten Station gegenüber gelegenen Feldsteinrohbau seien eine geräumige Waschküche und 2 Badezimmer ausgebaut worden. Der anfänglich gefasste Plan die weiblichen Leprösen zu Hilfeleistungen neben anderen häuslichen Verrichtungen auch zum Waschen der Krankenwäsche zu benutzen, habe trotz eines vereinfachten Verfahrens beim Waschen, bei dem die Wäsche gekocht und mit Holzschaufeln gerührt werde, aufgegeben werden müssen, da die Kranken die andauernde Benetzung der Hände nicht vertrugen, wie denn die weiblichen Kranken nur zu den leichtesten häuslichen Arbeiten benutzt werden könnten, während die Männer auch zu schwerer Arbeit gerne willig seien und sie jeweilig leisten könnten. — Eine reiche Schenkung sei in jüngster Zeit von der livländischen Ritterschaft eingelaufen: das Inventar des früheren Fellinschen Landes-Gymnasiums gehe darnach in die Hände der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra über. — Der Zuzug zu den Leprosorien sei ein reger, stets seien die vacanten Betten schon lange voraus belegt und hätten, wie in Muhli zu Zeiten die zuziehenden Kranken kaum beherbergt werden können. — Die aus der Zusammenstellung des Cassaführers ersichtliche finanzielle Lage der Leprosorien sei trotz der als jährliche Beiträge zugesicherten Schenkungen der Ritterschaft von Liv- u. Estland noch keine einigermassen zufriedenstellende. Das Capital der Gesellschaft sei von rund 15,000 Rbl. (cf. Bericht vom 4. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte) auf 11,000 Rbl. zusammengeschmolzen. Allerdings habe der Umbau von Nennal schon über 3000 Rbl. gekostet und werde noch mehr beanspruchen, da bisher noch nicht alle Rechnungen eingelaufen seien und die Gesammtkosten des Umbaues nicht genau vorausbestimmt werden konnten. In erfreulicher Weise seien einmalige freiwillige Zahlungen geleistet worden, während die Summe der Mitgliedsbeiträge nicht in dem erwarteten Maasse gestiegen seien; ja nicht einmal vollständig eingelaufen seien;

obgleich die Zahl der Mitglieder von 354 im vorigen Berichtsjahre gegenwärtig auf 520 gestiegen sei, eine Zahl, die noch lange nicht die gewünschte Sicherheit für die Erhaltung der Anstalten gewähre. Es werde daher nach wie vor die Aufgabe der Herrn Collegen sein, das Interesse des Publicums für die Leprosorien wach zu erhalten.

10. Herr Dr. Arthur Reisner hält seinen angekündigten Vortrag «**Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra**».

Für den contagiösen Charakter der Lepra liefere einen Beweis ihre Verbreitungsweise in mehreren Wohlthätigkeits-Anstalten der Stadt Riga; nachdem im Verlauf der 2 letzten Jahre 5 Lepröse aus dem St. Nicolai-Armenhause und dem russischen Armenhause in das Leprosorium der Stadt Riga aufgenommen worden seien, habe eine genaue Untersuchung der Insassen sämmtlicher dem Armen-Amte unterstellter Institute stattgefunden. Das Resultat dieser Enquête sei die Entdeckung von 25 Leprösen gewesen, welche nach oft schon 10—15 Jahre dauerndem Aufenthalte in der resp. Anstalt in den letzten 3–4 Jahren erkrankt seien; mit den 5 früheren Fällen und einer im russischen Armenhause verstorbenen Leprösen vertheilten sich diese 31 Fälle folgendermaassen; es entfielen auf: das russische Armenhaus 14, das St. Nicolai-Armenhaus 8, das Armenasyl 6, das Zwangsarbeiterhaus 2, das Siechenhaus 1. Bei der geringen Virulenz des Lepragiftes imponire die besonders hohe Zahl von Erkrankungen in den beiden zuerst genannten Instituten; von diesen 22 Kranken wären 4 schon vor der Aufnahme in die resp. Anstalt erkrankt und sei die Seuche somit eingeschleppt, wie es sich erwiesen hätte, auf einen sehr günstigen Nährboden, denn 9 mal erkrankte die Bettnachbarin einer Leprösen; 5 mal sei die Erkrankung nach jahrelangem intimem Umgang erfolgt und nur 4 Erkrankungen habe man durch zufällige Infection durch die übrigen Leprösen der Anstalt erklären können. Die Incubationszeit habe gewöhnlich 4 Jahre, einmal 2½ Jahre und einmal 1½ Jahre gedauert. Die Erkrankten seien alle älter als 50 Jahre gewesen, 12 bereits 70. Keiner der Patienten sei hereditär belastet gewesen. Sämmtliche Patienten hätten auch vor der Aufnahme in die Anstalt in relativ guten Verhältnissen gelebt; so dass auch normale diätetische und hygie-

nische Verhältnisse, wie sie in den städtischen Anstalten vorhanden seien, keinen Schutz boten vor der Infection mit Lepra.

Was die Behandlung der Lepra mit Gurjanbalsam anlangt, so habe bei den meisten der 26 damit Behandelten ein Zurückgehen der Symptome beobachtet werden können; bei einer Patientin seien alle Erscheinungen der Lepra geschwunden. Agafia Lissowskaja 39 a. n., Lepra tuberosa, sei am 6. October 1892 aufgenommen worden; das Gesicht und die Ohren (Vortragender zeigt eine damals angefertigte Photographie der Patientin umher) wären mit breiten ca. 1/2 Ctm. hohen Infiltrationen bedeckt und dunkelbraun pigmentirt gewesen; ähnliche Infiltrationen seien auch an den Extremitäten vorhanden gewesen. Reichliche Mengen des Bacillus Hansen-Neisser seien in der Haut gefunden worden. (Demonstration eines mikroskopischen Präparates). Pat. sei vom 13. October 1892 bis zum 2. August 1893 mit Gurjanbalsam behandelt worden; sie habe allmählich steigernd von 5–60 Tropfen täglich innerlich erhalten, äusserlich seien die Infiltrationen mit einer Salbe aus 3 Gurjanbalsam zu 1 Lanolin eingerieben worden. Die Pat. wird vom Vortragenden vorgestellt und es wird constatirt, dass die Infiltrate im Gesicht ohne Zurücklassung irgendwelcher Pigmentirungen geschwunden sind, während die Infiltrate an den Extremitäten eine blass-broncefarbene Pigmentirung hinterlassen haben. Das mikroskopische Bild des Hautschnittpräparates zeigte keine Rundzellenansammlungen mehr im Corium und keine Leprabacillen.

Discussion:

a) Herr Dr. O. Petersen spricht über die Verbreitung der Lepra in Russland. Während die Fragen über die Ursachen der Lepra und die Mittel zur Bekämpfung derselben vielfach in den letzten Jahren besprochen worden, sei die Frage, wie gross die Zahl der Leprösen, viel zu wenig beachtet; hänge doch von derselben die Zahl der Asyle ab und lasse sich dann erst die Zu- resp. Abnahme der Krankenzahl einigermaassen bestimmen, wenn man eine regelrechte Registration der Leprösen einführe. Die letzten Zweifel bezüglich der infectiösen Natur der Lepra müssten schwinden, wenn man sich mit dem Berichte der von der englichen Lepra-Gesellschaft nach Indien entsandten Commission bekannt mache, der reich an wichtigen

Daten über die Aetiologie der Lepra sei. Die Fürsorge für die Leprösen habe bei uns in den letzten Jahren erfreuliche Fortschritte gemacht; es existire bereits für Livland, für Curland und seit einigen Tagen auch für das Gouvernement St. Petersburg ein Verein zur Bekämpfung der Lepra; Vortragender gedenkt in anerkennender Weise der Leprosorien Livlands, besonders der Muster-Leprosorie der Stadt Riga, die auf das vorzüglichste eingerichtet sei und theilt mit, dass gerade jetzt im Gebiet Jakutsk eine Lepra-Colonie in Witimsk unter Leitung des von der Regierung dorthin gesandten Herrn Dr. Giemer errichtet werde. Die Summen zu dieser Leproserie habe Miss Kate Marsden mit ungewöhnlicher Ausdauer gesammelt. Um die Zahl der Leprösen in Russland festzustellen, habe in dankenswerther Weise der Director des Medicinal-Departements vorgeschrieben, die Lepra in die Zahl derjenigen Krankheiten aufzunehmen, über die die Medicinalinspectore genauer alljährig zu berichten hätten. Es lägen gegenwärtig die Berichte für 3 Jahre vor, aus denen sich ergebe, dass officiell registrirt seien pro 1888 — 664 Lepröse, pro 1889 — 792 Lepröse, pro 1890 — 839 Lepröse und zwar 1888 aus 35 Gouvernements und 76 Kreisen; 1889 aus 41 Gouvernements und 86 Kreisen und 1890 aus 46 Gouvernements und 96 Kreisen; somit seien gegenwärtig von den 89 Gouvernements und Gebieten Russlands in 59 Leprafälle constatirt worden, theils sporadisch, theils in Gruppen oder epidemisch auftretend. Diese Zahlen seien ja für den Anfang noch ungenügende und sei die Zahl der Leprösen in Wirklichkeit viel grösser anzunehmen, da nicht alle Fälle von Lepra zur Diagnose resp. Anzeige gelangten; es sei daher nothwendig, dass in jedem Gouvernement besondere Bücher beim Medicinalinspector einzurichten seien, in welchen jeder Fall von Lepra eingetragen werde; die Anzeige der Leprafälle müsse obligatorisch werden, dann erst werde man genauere Daten besitzen, nach denen man den Bestand, Zu- und Abnahme der Seuche werde beurtheilen können.

b) Herr Dr. Adolf v. Bergmann: Danielsen und Boeck haben darauf hingewiesen, dass in seltenen Fällen tuberöse Erscheinungen in relativ kurzer Zeit spontan zur Rückbildung gelangten und dann andere Localisationen der Lepra an ihre Stelle träten; gehöre der demonstrirte Fall etwa zu dieser Kategorie? Jedoch scheine hier in der That eine spe-

cifische Wirkung des Gurjanbalsam's vorzuliegen da von sonstigen Erscheinungen der Lepra — neue Localisationen — nichts nachzuweisen sei, die Wirkung relativ rasch eingetreten, die Erscheinungen so gründlich geschwunden seien; ob solche auch in Zukunft ausbleiben werden, könne nur die weitere Beobachtung lehren.

c) Herr Dr. H. Koppel Dorpat giebt einen kurzen Bericht über die therapeutischen Versuche in Muhli.

1) Methylenblau innerlich: die Tubera verfärbten sich violett, blieben aber, wie sie gewesen.

2) Ichthyol innerlich und äusserlich. keine Erfolge.

3) Naphthalin äusserlich: die Ulcera reinigten sich, es traten frische Granulationen auf und endlich Heilung ein; das Mittel sei bei Geschwüren zu empfehlen; auch bei reichlicher Anwendung seien keine Vergiftungserscheinungen zu beobachten gewesen.

4) Hoàng-Nàn von Missionairen in Tonkin als Radicalmittel gegen Lepra empfohlen, enthält etwas Strychnin; nach den angegebenen Vorschriften angewandt gebe es keine Erfolge.

5) Günstige Beeinflussung der Krankheit sei durch anhaltendes hohes Fieber beobachtet worden: in einem Fall seien die Tubera nach überstandenem Typhus abdominalis geschwunden; in einem zweiten Falle trat nach fieberhaftem Erythema nodosum bedeutende Verkleinerung der Tubera und Heilung der sonst jeder Therapie trotzenden grossen Ulcerationen an den Unterschenkeln und eines Lochgeschwür's an der Fusssohle ein; in einem dritten Fall trat Abflachung der Tubera ein nach längerdauernder Pneumonie.

6) In einem frischen Fall von Lepra tuberosa seien Injectionen von Hydrargyrum salicylicum gemacht worden: nach der ersten Injection 3—4 Tage anhaltendes Fieber über 39° C. Nach der 4. Injection Wiederkehr der seit 1½ Jahren cessirenden Menses, Weicherwerden und Abflachen der Knoten; bei den ferneren Injectionen keine begleitenden Fiebererscheinungen mehr, aber auch keine weiteren Fortschritte der Besserung des Leidens.

d) Herr Dr. Katterfeld-Waldheim und Herr Dr. Ausin-Erwahlen berichten über die zwei in Curland gegründeten «Vereine zur Bekämpfung der Lepra».

Zweite Sitzung.

Mitwoch, den 1. September 1893, 3 Uhr Nachm.

1. Vortrag des Herrn Dr. F Krüger in Dorpat: **«Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung»**. (Der Vortrag ist in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift Nr. 39, 1893 erschienen.)

2. Vortrag des Herrn Dr. J. Krannhals in Riga: **«Zur Behandlung der Stenocardie»** (Der Vortrag wird in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift in extenso veröffentlicht werden). Beide Vorträge waren von keiner Discussion gefolgt.

3. Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel in Dorpat hatte seinen Vortrag «Die Beziehungen der Arteriosclerose zur Syringomyelie und ähnlichen Erkrankungen» vor Eröffnung der Sitzungen zurückgezogen, derselbe kam somit nicht zum Vortrag.

4. Vortrag des Herrn Dr. H. Westphalen — St. Petersburg. **«Die Hypersecretionszustände des Magensaftes»**, (ist in extenso in der St. Petersb. med. Wochenschrift № 52, 1893, veröffentlicht).

Discussion.

a) Herr Dr. F. Krüger-Dorpat richtet an den Vortragenden die Anfrage, was er unter qualitativ-gesteigerter Salzsäure verstanden wissen wolle.

b) Herr H. Westphalen giebt zu, dass der Ausdruck «qualitativ gesteigert» nicht unzweideutig sei, er habe in dieser Weise die procentuale Steigerung der «freien» Salzsäure der quantitiven Vermehrung des Magensaftes gegenüberstellen wollen.

c) Herr Dr. F. Krüger schliesst sich der Ansicht des Vortragenden an, dass nur die sog. «freie» Salzsäure d. h. überschüssige Salzsäure für den Kliniker von diagnostischer Bedeutung sei, doch müsse er sich gegen den Ausdruck «qualitative» Steigerung oder Aenderung der Salzsäuresecretion wenden, denn die ausgeschiedene Salzsäure sei eben die chemische Verbindung HCl, die keine qualitative Aenderung erleiden könne.

d) Herrn Dr. Eduard Schwarz — Riga: aus dem Vortrage des Herrn Collegen Westphalen scheine hervorzu-

gehen, dass die Hypersecretionszustände des Magens als Krankheiten sui generis betrachtet werden sollen. In der Entwickelung der Medicinischen Wissenschaft habe es Zeiten gegeben, in denen man die Krankheiten nach einem Symptom benannte und von solchem Standpunkte aus auch noch betrachte. Die jetzige Zeit habe jedoch eingesehen, dass solches falsch gewesen und dass eine solche Anschauungsweise nicht zur Klärung beigetragen habe. In den heutigen Handbüchern finde man noch oft diese alte Betrachtungsweise vertreten, so z. B. werde, um nur ein Beispiel anzuführen, die Trigeminusneuralgie als eine Krankheit sui generis in einem besonderen Capitel abgehandelt; bei dieser sei es vielleicht leichter verständlich, dass sie nur ein Symptom, das bei den verschiedensten nervösen Krankheitszuständen vorkäme — durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werde. — Die Trigeminusneuralgie sei als nur eine Aeusserung des Grundleidens zu betrachten. Ganz ähnlich verhalte es sich wohl sehr wahrscheinlicher Weise auch mit dem Magensaftflusse, der bei den verschiedensten Zuständen vorkäme und nicht als ein Leiden sui generis aufzufassen sei.

e) Herr Dr. Apping Wolmar ist der Ansicht, dass Hypersecretion und Hyperacidität oft ganz ohne nervöse Disposition auftreten und hat von Argentum nitricum — Irrigationen 1‰ 1 Liter (nach Rosenheim) die besten Erfolge gesehen.

f) Herr Dr. Westphalen: Wo es sich um ein primäres nervöses Leiden handele, welches sich mit Hypersecretion und Hyperacidität vergesellschafte, könnten diese Zustände freilich nur den Werth eines Symptoms beanspruchen: anders wo ein neuropathischer Zustand absolut nicht vorhanden sei; hier sei man berechtigt, Hypersecretion und Hyperacidität als selbstständige Krankheiten anzusehen; in Uebereinstimmung mit den Mittheilungen des Herrn Collegen Apping verfüge auch er über einen Fall, bei welchem durch Arg. nitricum-Spülungen eine hochgradige Hypersecretion im nüchternen Magen in wenigen Tagen auf 0 gebracht worden sei. Da in diesem Falle nichts anderes als diese Localtherapie geübt worden sei, so glaube Vortragender, dass schon diese Beobachtung an und für sich darauf hinweise, dass die Hypersecretion sehr wohl als selbstständiges Leiden bestehen könne.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz: Solche Beobachtungen

geben keinen ausreichenden Grund ab, die fraglichen Zustände als Krankheiten sui generis aufzufassen. Der Glanz des vorzüglichen therapeutischen Erfolges sei eher dazu geeignet den glücklichen Beobachter zu blenden. Wenn man bei dem vorhin erwähnten Beispiele der Trigeminusneuralgie bleiben wolle, so könne man dort ganz Aehnliches beobachten. Bei Neuralgien auf luetischem Boden entstanden, sehe man nach einmaligen oder einigen Anwendungen des galvanischen Stromes ähnliche glänzende Erfolge, wie nach den Spülungen mit Arg. nitricum bei Hypersecretion, doch würde man sich oft seine guten Erfolge nicht sichern, wenn man nicht nebenbei Jodkalium geben würde. Wenn sonst keine syphilitischen Erscheinungen vorhanden, ist das Grundleiden eben nicht nachzuweisen. Noch schwieriger hält es oft eine nervöse Disposition nachzuweisen, deren volle Berücksichtigung erst die Daten für die Beurtheilung der in Frage kommenden Zustände gebe.

h) Herr Dr. Israelson Kurland hebt hervor, dass in Bezug auf die dahingehenden Ausführungen des Herrn Collegen Westphalen die Hypersecretion und Hyperacidität in Kurland seiner Beobachtung nach nicht oft vorkäme.

i) Herr Dr. Westphalen: habe einen Patienten behandelt der aus Kurland stamme, der an Ulcus und Hyperacidität gelitten; wie es sich speciell mit Kurland verhalte, wisse er nicht, er habe hauptsächlich die relative Häufigkeit der Hyperacidität und Hypersecretion bei der ostseeprovinziellen Bevölkerung im Gegensatze zu der des übrigen russischen Reiches betonen wollen.

5. Vortrag des Herrn Dr. J. Vierhuff: «**Zur Casuistik der Darminvagination**». (Erschienen in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift 1893 Nr. 41.)

Eine Discussion fand nicht statt.

Dritte Sitzung.

Donnerstag den 2. September 1893. 9 Uhr Morgens.

1. Der Praeses Herr Dr. Truhart theilt mit, dass Herr Dr. J. Meyer-Dorpat eine grössere Anzahl des von ihm herausgegebenen Hebammen-Kalenders zur Einsichtnahme ausgelegt habe, und knüpft daran die Bitte für die möglichst

weite Verbreitung desselben Sorge zu tragen. Um eine solche zu erleichtern, sei es wünschenswerth, dass der Preis des Kalenders ein möglichst geringer sei, und proponirt, die Gesellschaft möge eine Subsidie zur Drucklegung dieses Kalenders bewilligen. Die Gesellschaft bewilligt zu solchem Zweck hundert Rubel.

2. Herr Dr. R. v. Gernet verliest seinen Vortrag: «**Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen**».

Vortragender weist darauf hin, dass in der Frage über die Ursachen des Kropfes die Boden- und Trinkwassertheorie die allgemeine Anerkennung der medicinischen Welt gefunden habe; man habe früher dem Gehalt an Metallen, Salzen und Säuren des Trinkwassers einerseits, dem Mangel an gewissen anorganischen Verbindungen andererseits die Schuld gegeben; Kocher in Bern beschuldige in neuerer Zeit Mikroorganismen als Urheber des Kropfes, wenn auch bis jetzt specielle nicht gefunden seien. Solche Erkenntniss gebe eine sicherere Handhabe im Kampfe gegen den Kropf als früher.

Während in anderen Ländern die Kropf- und Myxoedem-Commission ihre segensreiche sanitäre Arbeit schon entfaltet habe, wäre bei uns zu Lande in dieser Hinsicht noch nichts geschehen. Daher habe Vortr. in Gemeinschaft mit Herrn W. Zoege von Manteuffel Nachforschungen angestellt, um den Verhältnissen in Est- und Livland näher zu treten. Ein Fünftel der Herrn Collegen Est- und Livlands hätten Antworten auf die an sie gerichteten Fragen ertheilt; dennoch sei manch' interessantes Resultat aus diesen Zahlen festzustellen.

Die geringe Zahl der eingegangenen Meldungen habe zum Theil in der Eigenschaft der in diesen Provinzen beobachteten Kröpfe selbst ihren Grund. Während in einigen Kropfgegenden anderer Länder die Kröpfe einen exquisit progressiven Charakter haben und staunenerregend grosse Tumoren hervorbringen, so seien hier nur kleinere Tumoren beobachtet worden, die sich leicht hinter Kragen, Halstüchern oder Haubenbändern verstecken liessen und sich nicht zur Operation stellten. In anderen Gegenden zwinge die maligne Degeneration der Tumoren (die sarcomatöse und carcinomatöse) die Patienten sich an den Arzt zu wenden und komme so zur Beobachtung. Vortragender habe bei uns zu Lande keinen Fall von malignem

Tumor der Thyreoidea gesehen; auch sei kein einziger Fall derart von den Collegen gemeldet worden. In noch anderen Gegenden seien die Folgezustände des oft schon geschwundenen Kropfes — das Myxoedem und der Cretinismus — öfter beobachtet worden; hier seien in der Umgegend von Dorpat 2—3 Fälle von Myxoedem beobachtet worden und ihrer Zeit in den Kliniken demonstrirt worden; einen weiteren Fall habe Vortragender in Behandlung gehabt; von strumösem Cretinismus sei nur ein Fall gemeldet worden; Vortr. selbst habe keinen Fall gesehen. Somit fielen auch diese Fälle für unsere Provinzen fort und seien es selten andere als rein kosmetische Gründe oder die Furcht vor weiterem Wachsthum, die die Patienten zum Arzt trieben. In einer grossen Anzahl der Fälle sei der Kropf ein zufälliger Befund bei der Untersuchung auf andere Leiden.

Die in Est- und Livland beobachteten Kröpfe zeigten eine auffallend langsame Wachsthumsenergie; der Beginn falle meist in die Zeit der Pubertät oder die erste Schwangerschaft und werde der Kropf bei hoch betagten Trägerinnen immer noch in mässiger Grösse gefunden. Herr Dr. W Zoege von Manteuffel und Vortragender hätten in den letzten zwei Jahren in 23 beobachteten Fällen 13 Mal mit Erfolg operirt; diese Zahlen ständen hinter denen anderer Forscher nicht wesentlich zurück und liessen den Gedanken nicht unberechtigt erscheinen, dass auch in unseren Provinzen der Kropf einen endemischen Charakter habe. Die absolute Zahl der in den Provinzen beobachteten Kröpfe habe sich durch die inscenirte Enquête freilich auch nicht einmal approximativ feststellen lassen. Die Stadt Riga sei ganz auszuschliessen, weil zu wenig Meldungen eingelaufen. Die im Ganzen bekannt gegebenen 249 Fälle liessen jedoch immerhin ein Bild constatiren, das freilich im Allgemeinen ein noch recht unklares sei, doch für einige Gegenden ein scharfes zu werden verspräche. Die meisten Fälle habe Dorpat zur Beobachtung gestellt; ob in Folge der genaueren Nachforschung durch eine grössere Anzahl von Collegen oder in Folge stärkeren Befallenseins, bleibe dahingestellt. Auf 1000 Menschen komme hier ein Strumöser, was freilich gegen Zahlen, wie sie die Sardinische Commission in Bozel gesammelt habe (61 pCt. der gesammten Bevölkerung) absolut nicht in Betracht käme. Es scheine jedoch gefolgert werden zu können,

dass sich die Zahl der Strumösen auf 2–3 ‰ werde feststellen lassen, was dem Verhältnisse gewöhnlicher Kropfgegenden entsprechen würde. Eine Bestimmung von Kropfbrunnen in Dorpat sei nicht möglich gewesen, doch scheinen in der Jama-, Jacob- und Johannisstrasse solche zu existiren. Vom flachen Lande seien aus dem Werro'schen Kreise kein einziger Fall, aus dem Lemsal'schen Kreise und von der Insel Oesel nur vereinzelte Fälle gemeldet worden. Die anderen Kreise seien gleichmässig und schwach befallen. Vortr. nimmt als sicher an, dass im Lande einzelne Kropfheerde bestehen, wenn sie sich auch bisher nur annähernd bestimmen liessen. Im Schloss-Adsel'schen Kirchspiele seien die Brunnen des Chausseekruges und die in Grandsahl kropfig.

Für Estland sei das flache Land ganz auszuschliessen, da durch den Mangel an Landärzten eine Untersuchung unmöglich; die grösste Zahl der Kropfkranken, die aus Estland gemeldet, liefere Reval. Die Stadt beziehe ihr Wasser, einige Privatbrunnen ausgenommen, aus dem Karribrunnen und der städtischen Wasserleitung, die ihr Wasser aus dem oberen See bezöge; in einer grossen Anzahl der eingelaufenen Meldungen sei die Angabe gemacht worden, die Kropfkranken hätten ihr Trinkwasser der Wasserleitung entnommen; es scheine somit der obere See kropfig zu sein, wie es mit den Brunnen der Stadt stände sei nicht festzustellen, für Reval sei es jedoch eine verhältnissmässig leichte Arbeit Klarheit in diese Verhältnisse zu bringen und wäre solches zu erstreben. Angesichts der glänzenden Erfolge, die in Bozel in Sardinien erzielt worden, wo von den 61 pCt. Kropfkranken — bei einer zweiten Enquête nur noch bei den Greisen Kröpfe gefunden wurden, nachdem der Ort durch eine nichtkropfige Quelle mit sicherem Trinkwasser versorgt worden war, wäre eine genauere Erforschung dieser Verhältnisse in unseren Provinzen geboten, da durch diese ersten Versuche in dieser Richtung als festgestellt zu betrachten sei dass der Kropf in unserem Lande endemisch auftrete. (Eine Discussion fand nicht statt).

3. Herr Dr. W. Greiffenhagen-Reval verliest seinen angekündigten Vortrag: «**Beiträge zur Nierenchirurgie**». (Der Vortrag wird in extenso in der St. Petersburger med. Wochenschrift erscheinen).

Discussion:

a) Herr Dr. H. Westphalen-St. Petersburg fragt den Vortr., welche Erscheinungen seitens des Nervensystems und der Digestionsorgane bei den zwei von ihm referirten Fälle von Nierenfixation bestanden hätten und ob die Beschwerden namentlich von Seiten des Nervensystems eventuell durch die Operation einer Besserung entgegengeführt worden wären. Es kämen nicht selten Fälle von Wandernieren vor und seien fast stets mit schweren neurasthenischen Beschwerden combinirt; hier komme oft die Nierenfixation zur Sprache. Es sei jedoch hier zu entscheiden, ob in diesen Fällen das Nervensystem secundär in Folge der Zerrung der Splanchnicusendigungen durch die ptotischen Organe erkrankt sei, oder ob sich die Ptose der Unterleibsorgane in Folge eines primären Leidens des Nervensystems entwickelt habe und der Fettschwund und die ungenügende Ernährung als Folge dieses aufzufassen seien. Diese Frage und damit in Zusammenhang die weitere Frage, ob wegen schwerer neurasthenischer Beschwerden bei Wanderniere, die Niere fixirt werden solle, liessen sich durch den therapeutischen Erfolg der Nierenfixation in Bezug auf die nervösen Erscheinungen entscheiden.

b) Herr Dr. W. Greiffenhagen: In den 2 Fällen habe sich die allgemeine Neurose gebessert; auch Angaben von Tillmans und Anderer stimmten damit überein, dass nach Fixirung der beweglichen Nieren sich die nervösen Störungen des Allgemeinbefindens bessern resp. geschwunden seien. Der Grund dieser Thatsache sei noch unbekannt.

c) Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel hebt hervor, dass seiner Meinung nach die Nephrorhaphie nicht über den primären Sitz der nervösen Beschwerden, wie sie bei Wanderniere beobachtet wurden, Aufschluss geben könne, da die psychische Wirkung von der mechanischen Wirkung der gelungenen Operation nicht leicht zu trennen sei; daher könne man aus dem Gelingen der Nephrorhaphie und Beseitigung der Schmerzen nicht auf eine primär mechanische Ursache (Enteroptose) des ganzen Zustandes schliessen.

d) Herr Dr. A. v. Bergmann spricht über die Therapie bei Wandernieren und ist der Ansicht, dass in leichteren Fällen und bei nicht schwer arbeitenden Classen Bandagen immerhin zu versuchen wären; er habe in einer Anzahl von Fällen bei

dieser Therapie günstige Resultate gesehen. Bei körperlich schwer arbeitenden Personen sei nicht zu lange mit der Operation zu warten. Selbst habe Vortr. nur einen Fall operirt, bei dem der Effect ein günstiger war, aber auffallend spät eintrat (3—4 Monate post operat.) jedoch ein anhaltender gewesen. Vortr. fragt, ob die beobachtete Psychose, die nach der einen Operation auftrat, nicht auf Jodoformintoxication zu beziehen sei?

e) Herr Dr. W. Greiffenhagen verneint die letzte Frage und hält eine Jodoformintoxication für ausgeschlossen, weil nur der erste Verband aus Jodoformgaze bestand und später nur sterilisirte Stoffe zum Verband benutzt worden seien. Ausserdem sei die Psychose erst 3 Monate nach der Operation aufgetreten.

f) Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel bemerkt, dass die Bandagen höchstens nur beim männlichen Geschlecht sich ihm dienstlich erwiesen hätten, bei Weibern aber nicht gut hätten fixirt werden können; hier sei daher die ungefährliche operative Fixation zu empfehlen.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz weist darauf hin, dass es Fälle gebe, in denen man trotz lebhaftester Klagen über durch die Niere verursachte Beschwerden diese letzteren unter einer tonisirenden Behandlung zurückgehen und schwinden sehe. Vortr. seien mehrere solche Fälle bekannt; eines speciellen erinnere er sich augenblicklich, der eine Pat. betraf, die sich und ihrem Kinde als Wittwe an der Nähmaschine ihr Brod erwerben musste und über die lebhaftesten Schmerzen klagte. Diese schwanden unter tonisirender Behandlung trotzdem dass die rechte Niere nach wie vor oft am Darmbein deutlich zu palpiren war. Welche Rolle die bewegliche Niere im ganzen Krankheitsbilde, das sich dem Beobachter praesentire, spiele, habe die Anamnese zu entscheiden!

4. Herr Dr. A. Selenkow — St. Petersburg verliest seinen Vortrag «**Zur Frage der operativen Behandlung der Pylorostenose**». (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

5. Herr Dr. H. Westphalen St. Petersburg giebt zu diesem Vortrag ein Correferat (es wird in extenso veröffentlicht werden.)

Eine Discussion über beide Vorträge fand nicht statt.

6. Herr Dr. A. v. Bergmann Riga spricht «**Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen**» (Der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Woch. Nr. 51 1893 veröffentlicht worden.)

7. Herr Dr. W Zoege v. Manteuffel giebt zu diesem Vortrage ein **Correferat** (dasselbe wird in extenso veröffentlicht werden).

In der Discussion betont Herr Dr. A. v. Bergmann dass Fränkel (Wien) empfohlen habe, den Defect bei Hirnresection durch eine Thiersch'sche Transplantation zu decken, um die Bildung einer Narbe zu umgehen; dieser Vorschlag scheine berücksichtigungswerth. Das absprechende Urtheil des Collegen Zoege über den Wagner'schen Hautknochenlappen theilt Redner nicht. Häufig werde man in der Lage sein, in grosser Ausdehnung das Hirn blosszulegen; da sei es doch zweifellos besser durch schützenden Knochen den grossen Defect zu decken; dieses Verfahren gebe ferner den Vortheil, dass man nicht zu längerer Tamponade gezwungen sei und dass man die Dura über dem Hirn zusammenlegen könne.

8. Herr Dr. F. Voss-Riga hält seinen angekündigten Vortrag «**Zur Diagnose und Therapie der Phlebitis sinuum durae matris**». Eine Krankheit, deren Diagnose absolut letal sei, könne das Interesse des praktischen Arztes nur bedingt in Anspruch nehmen. Erst wenn die Therapie soweit gelangt sei die Mortalität herabzusetzen, könne selbst eine seltene Krankheit des vollen Interesses des praktischen Arztes sicher sein.

Diesen Wandlungsprocess habe in den letzten Jahren die Phlebitis und Thrombose der Hirnsinus durchgemacht. Während in Bezug auf Symptomatologie und die Möglichkeit einer Diagnosenstellung die üblichen Handbücher noch bis vor Kurzem weit auseinander gingen, seien sie in einem Punkt alle einig. Ueberall werde die Prognose als fast absolut letal bezeichnet, dementsprechend sei das Kapitel über die Therapie bei ausgebrochener Krankheit einheitlich kurz und laute: Therapia nulla — oder: roborirende Behandlung; — Ein Versuch Zaufals in Prag (1880 und 1884) operativ vorzugehen ergab quoad vitam kein Resultat. Dass Z. trotz des ungünstigen Ausganges diesen quasi theoretischen Vorschlag für ähnliche Fälle aufrecht erhalten, sei ihm besonders hoch anzurechnen.

10 Jahre sei sein Vorschlag wohl hin und wieder erwähnt, aber nie nachgeahmt worden, bis endlich von englischen Chirurgen derselbe Weg eingeschlagen worden sei und zwar mit günstigem Erfolg.

Das Wesen der Erkrankung bestehe in der Einführung septischen Materials in die venösen Blutleiter des Schädels von einem primär erkrankten Punkte aus, — am häufigsten wohl vom Ohre aus. Trete nun durch den Blutstrom vermittelt eine Allgemeininfection unter dem Bilde der Pyaemie auf, so sei die Möglichkeit gegeben die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Als Beispiel hierfür führt Redner einen Fall an, wo zu einem acuten Ohrenleiden sich Schüttelfröste, blutiges Sputum, blutiger Harn und 3 schmerzhafte Gelenke hinzugesellt hatten. Die Diagnose wäre hier von dem Collegen schon gestellt worden, immerhin bliebe sie eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, wenn nicht als sicheres Zeichen eine sicht- oder fühlbare Thrombose des Sinus oder seines Abflusses hinzutrete. Wenn jedoch operirt werden solle, müsse die Diagnose schon vor Eintritt letzteren Ereignisses gemacht werden. Zur Illustration der Schwierigkeiten referirt Redner folgenden Fall: Im Anschluss an eine Influenza sei bei einer Frau von c. 45 Jahren eine rechtsseitige acute Otitis media aufgetreten. Die vorgeschlagene Paracentese wurde zurückgewiesen, auch dann als Patientin auf die Gefahren hingewiesen worden, die ihr nach hochgelegener Spontanperforation drohten. Protrahirter Verlauf, langsamer Nachlass der Schmerzen, langsames Versiegen des stets nur sero-purulenten, nie übelriechenden Ausflusses. In der dritten Woche der Otitis media behauptete Patientin, sie bekomme einen Abort, es seien übelriechende und schwärzliche unregelmässige Blutungen aufgetreten. Sie habe schon verschiedenes gebraucht, unter anderem sich auch selbst untersucht. An einen Frauenarzt gewiesen, consultirte sie denselben nicht. Anfang der 4. Woche sei die Perforation verheilt, das Gehör jedoch noch auf die Hälfte reducirt gewesen. Patientin habe sich noch sehr schwach gefühlt, sei seit 14 Tagen fieberlos. Während der nächsten 11 Tage sei sie vom Hausarzte roborirend behandelt worden und habe sie sich langsam erholt; von Seiten des Ohres keine Klagen. Nach dem ersten Gang in's Freie Schüttelfrost, Temp. 40,1 — etwa 3 Wochen nach Schluss der Perforation. Am Tage darauf habe Patientin

Redner mit der Mittheilung empfangen, dass am Ohre und Kopfe nichts krank sei, die Untersuchung des Ohres habe ein in nichts vom anderen gesunden Ohr abweichendes Trommelfell ergeben, Gehör wie vor 11 Tagen, absolut keine Kopfschmerzen, auch nicht bei stärkster Percussion des Warzenfortsatzes und des Schädels. Wiederum Klagen über einen Abort. Wiederum an einen Frauenarzt gewiesen habe Pat. denselben erst nach dem 6 Schüttelfrost consultirt. Sofortige Ausschabung der Gebärmutter, die mikroskopische Untersuchung habe jedoch nur eine einfache interstitielle Endometritis ergeben, keinen Abort. 16 Tage nach dem ersten Schüttelfroste wieder hinzugerufen, habe Redner am Ohr denselben negativen Befund gehabt, das Sensorium sei vollkommen klar gewesen, absolut keine Kopfschmerzen weder spontan noch auf Druck; Proc. mastoideus ganz schmerzlos; auch die Stelle des Sinus transversus absolut druckunempfindlich, Pupillen gleich, gut reagirend, keine Lähmung, keine Druckempfindlichkeit und kein Strang am Halse. Das einzige Hinzugekommene seien eine Menge Petechien in der Haut gewesen, über den ganzen Körper zerstreut. Nirgends eine nachweisbare weitere Metastase; kein Husten, Lungen frei, Harn normal, alle Gelenke frei. Temperatur constant zwischen 39,5 und 40,0; Am nächsten Tage Somnolenz, Exophthalmus oc. dextr. (dem ursprünglich erkrankten Ohr entsprechend): am Tage darauf Exitus. Section verweigert; Redner glaubt trotzdem es mit Thrombose des Sinus zu thun gehabt zu haben, und zwar ausgegangen von der Otitis media.

Der Vorschlag Zaufals gehe nun dahin, durch Unterbindung der Vena jugularis den weiteren Import septischen Materials in den Körper zu verhindern und so diesem Gelegenheit zu geben, den Kampf mit dem erst importirten Material erfolgreich aufnehmen zu können, wenn seine Kraft dazu reicht. Gleichzeitig soll der Sinus eröffnet die Thromben ausgewaschen, dem primären Heerde ein weiterer Abfluss geschaffen werden. Zaufal selbst habe in dem von ihm operirten Falle die vena jugularis nicht unterbunden; ihm folgte mit alleiniger Eröffnung des Sinus die Mehrzahl der deutschen Operateure, während von den Engländern systematisch die Unterbindung gemacht worden sei. Eingerechnet 2 Operationen des Vortragenden seien in den letzten Jahren Publicationen über 21 operirte

Fälle bis zum Sept. 1893 erschienen und zwar mit 9 Todesfällen und 12 Heilungen. (Nachträglich sind noch weitere Publicationen erschienen, so dass im Ganzen Berichte über 40 Operationen mit 17 Todesfällen und 23 Heilungen vorliegen. Dieselben vertheilen sich folgender Maassen: mit Unterbindung der Vena jugularis ist 17 Mal operirt worden mit 6 Todesfällen und 11 Heilungen; ohne Unterbindung 23 Mal mit 11 Todesfällen und 12 Heilungen. Wenngleich die Zahlen klein sind, so scheint doch ihr Ergebniss mit dem theoretischen Calcul übereinzustimmen, welches die Unterbindung befürwortet).

Was den Zeitpunkt der Operation anlange, so heisst es natürlich möglichst frühzeitig operiren, sobald die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen sei. Andererseits seien noch Operationen mit schon bestehenden Complicationen von gutem Erfolge begleitet, so dass eine Contraindication in ihnen nicht gesehen werden könne. Gerade der erst angeführte Fall mit Metastasen in Lungen, Nieren und Gelenken sei in Genesung übergegangen, trotzdem die Operation erst bei schon bestehenden Complicationen ausgeführt werden konnte (keine Unterbindung). Die Kranke wurde am 1. April 1893 der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga mit normalem Gehör auf der operirten Seite vorgestellt. Nachgeblieben ist nur ein theilweise steifes Schultergelenk. Der zweite operirte Kranke sei an Meningitis zu Grunde gegangen. Hier sei die Jugularis unterbunden worden. (Autorreferat.)

Eine Discussion kam nicht zu Stande.

Vierte Sitzung.

Donnerstag, den 2. September 1893. 1 Uhr Mittags.

1. Herr Dr. O. Klemm war amtlich verhindert auf dem Congress zu erscheinen, somit musste sein Vortrag «Ueber Mischinfectionen bei Osteomyelitis» fortfallen.

2. Herr Dr. J. Krannhals—Riga spricht «**Ueber Pyocyaneus-Infectionen**». Vortragender berichtet über zwei Krankheitsfälle, bei denen es sich höchst wahrscheinlich um eine durch den Bacillus pyocyaneus hervorgerufene Allgemeinerkrankung gehandelt habe. Solche Erkrankungen ge-

hörten in das Gebiet der Septicaemien; trotz des relativ nicht all'zu seltenen Vorkommen's des blauen oder grünen Eiters seien jedoch die Infectionen mit demselben seltene. In der Literatur habe Vortragender bis jetzt nur 7 Beobachtungen mitgetheilt gefunden (von Ehlers, Neumann, Oettinger und Karlinsky). Nach kürzerem Referat über diese Beobachtungen giebt Vortragender ausführlich die Krankengeschichte eines zur Zeit der Influenza-Epidemie im Winter 1889—90 im Stadt-Krankenhaus zu Riga vorgekommenen Falles (unterdessen mitgetheilt in der «Deutschen Zeitschrift für Chirurgie»). Hier habe die Allgemeininfection ihren Ausgang von der rechten Pleurahöhle, an der wegen Empyem eine Rippenresection ausgeführt worden war, genommen. Nach vollkommen günstigem Verlauf des Empyems post operationem, sei, nachdem Patient schon mehrere Tage umher gegangen, plötzlich Fieber, Durchfall, grosse Prostration der Kräfte, Benommenheit des Sensorium's aufgetreten, unter welchen Erscheinungen Patient nach 11 Tagen gestorben sei. Die Section habe einen schmierigen braungrünlichen, aromatisch riechenden Belag auf den Pleurablättern der rechten Seite ergeben, dann frische beginnende Mediastinitis und Pericarditis, acuten Milztumor und eine hämorrhagische Enteritis, welche sich vorzugsweise auf dem Ende des Ileums localisirt habe. Die bakteriologische Untersuchung habe ergeben, dass im Pericardialexsudat, dem Milzsaft und dem mediastinalen Exsudate der Bacillus pyocyaneus in Reincultur vorhanden gewesen sei. Einen zweiten Fall habe Vortragender in diesem Sommer gesehen. Es habe sich um einen kräftigen Mann gehandelt, der unter typhusähnlichen Syptomen, anfänglichen blutigen Durchfällen und schwerer Benommenheit des Sensoriums erkrankt war. Die klinische Diagnose lautete «Typhus abdominalis, Meningitis?» Bei der Obduction habe sich acute haemorrhagische Enteritis, Milztumor, Hyperaemie der Pia und der Hirnsubstanz, auf der Rückenhaut einige haemorrhagische Pusteln gefunden. Namentlich der Darmbefund habe so dem des ersten Falles geglichen, dass Vortragender gleich bei der Section die Vermuthung ausgesprochen habe, es könne sich möglicher Weise um eine Pyocyaneusinfection handeln. Diese Vermuthung sei durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt worden. Typhusbacillen

seien nicht gefunden worden; hingegen neben einer Reihe anderer Bakterien reichlich Pyocyaneusstäbchen, auch wieder am reichlichsten in der Milz.

Den bisher bekannt gewordenen Krankheitsfällen gemeinsam seien für die Diagnose verwerthbare Momente: 1) plötzlicher Eintritt von Fieber resp. schnelle Exacerbation einer aus anderen Gründen schon vorhandenen erhöhten Körpertemperatur; 2) typhöser Zustand; 3) eine acute nicht selten hämorrhagische Enteritis; 4) in einzelnen Fällen eigenthümliche Affectionen der Haut in Form schnell nekrotisirender haemorrhagischer Pusteln. Als constanter Befund habe sich an der Leiche eine acute Enteritis und ein acuter Milztumor präsentirt. Die klinischen Erscheinungen so wie die Sectionsbefunde seien mit den Befunden übereinstimmend, die man bei Thieren gelegentlich experimenteller Maladie pyocyanique gewonnen habe. Gegen den Bac. pyocyaneus als pathogenen Pilz seien namentlich von Tangl und von Schimmelbusch Einwände erhoben worden. Diese Einwände mit dem bisher bekannt gegebenen Material zu widerlegen, sei vorläufig nicht möglich (cf. Näheres in der citirten Arbeit). Was speciell den Einwand betreffe, der Pyocyaneus komme sehr häufig in Leichentheilen als Saprophyt vor, so habe Vortragender unlängst mit einer grösseren Reihe von bakteriologischen Leichenuntersuchungen begonnen, welche sich in erster Linie auf den Darminhalt und die Milz bezögen. Diese Untersuchungen, die sich auf alle in Leichentheilen vorkommenden, verflüssigenden und grünen Farbstoff bildenden Bakterien erstrecken sollen, seien noch nicht abgeschlossen, doch lasse sich aus dem bisher Constatirten jedenfalls schon jetzt entnehmen, dass der Bac. pyocyaneus nicht zu den häufiger vorkommenden Saprophyten gehört.

An die Möglichkeit des Vorliegens einer Pyocyaneusinfection ist zu denken, wenn bei einem Kranken mit blauer oder grüner Eiterung plötzlich Fieber, schwere nervöse Erscheinungen, Durchfälle und vielleicht auch noch Hautaffectionen in schneller Folge sich entwickeln. Die Diagnose einer kryptogenetischen Pyocyaneusinfection dürfte während des Lebens kaum zu stellen sein, es sei denn durch die bakteriologische Untersuchung des Inhaltes der hämorrhagischen Hautblasen in den Fällen, wo solche vorhanden. Doch sei diese Diagnose eine unsichere, da

Pyocyaneus in Hautblasen sich auch vorfinden könne, ohne dass es sich um eine Pyocyaneus-Allgemeininfection handelte.

Discussion:

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Schimmelbusch bestreite die Virulenz des Pyocyaneus in den citirten Fällen nicht: er betone nur die Seltenheit dieser Fälle gegenüber der grossen Masse von Fällen grüner Eiterung ohne alle Schädigung des Gesammtorganismus. — Vor 2 Jahren habe ca. 2 Monate hindurch in der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses eine Endemie von grüner Eiterung bestanden, die eine grosse Anzahl von Kranken mit stark secernirenden Wunden betraf — in keinem einzigen dieser Fälle sei eine Schädigung des Gesammtorganismus nachzuweisen gewesen.

b) Herr Dr. J. Krannhals: Die Seltenheit von Pyocyaneusinfection gegenüber der Häufigkeit seines Vorkommens könne nicht als Argument gegen seine Pathogenität überhaupt angeführt werden. Tausende von Furunkeln, Panaritien-Phlegmonen, welche durch die gewöhnlichen Eitererreger hervorgerufen werden, führen nicht zu Allgemeininfection. Finden wir jedoch den Bac. pyocyaneus in Fällen von Pyocyaneus-Septicämie, so werden wir wohl keinen Augenblick daran zweifeln, diesen als Erreger der Allgemeininfection anzusehen. Schimmelbusch leugne ja nicht die Pathogenität überhaupt, sondern nur für den Menschen.

c) Herr Dr. E. Fischer-Sagnitz fragt, ob bei den vom Collegen Krannhals referirten Fällen im Stuhl, in der Milz und dem Darm Typhusbacillen vorhanden waren oder nicht, sowie ob mit den Pyocyaneusculturen Thierversuche angestellt worden seien.

d) Herr Dr. J. Krannhals: In dem früheren vor 2 Jahren beobachteten Falle habe Vortragender keine Typhusbacillen in den Organen gefunden. Die mit den Culturen angestellten Thierversuche ergaben den gewöhnlichen Verlauf und Befund. Gelegentlich des zweiten Falles seien vom Vortragenden keine Thierexperimente gemacht worden, die Untersuchung der Organe auf Typhusbacillen des zweiten Falles sei noch nicht abgeschlossen*).

*) Die später vollendete Untersuchung hat ergeben, dass auch in dem zweiten Fall sich in den Organen keine Typhusbacillen gefunden haben (Dr. J. Krannhals).

e) Herr Dr. H. Truhart erinnert daran, dass es verschiedene Arten des Bacillus pyocyaneus gebe und fragt an, ob sich der eigenthümliche Umstand, dass bei dem häufigen Vorkommen des grünen und blauen Eiters selten Allgemeininfectionen beobachtet würden nicht etwa auf verschiedene Virulenz der Varietäten der Bacillen zurückführen lasse und ob ein Unterschied in den pathogenen Eigenschaften des Baciilus «pyocyaneus α» und «pyocyaneus β» bisher hat festgestellt werden können?

f) Herr Dr. J. Krannhals: In Bezug auf die Pathogenität seien die beiden Varietäten des Bac. pyocyaneus als ziemlich gleichwerthig zu betrachten, so weit solches sich aus den bisherigen Veröffentlichungen schliessen liesse. — Es sei anzunehmen, dass die von den Bacillen producirten Toxine das eigentliche krankmachende Agens seien, denn bei Thieren liessen sich dieselben Erscheinungen auch durch Injection sterilisirter Culturen hervorrufen. Möglicher Weise schafft das Eindringen der Toxine in die Blutbahn erst den für die Bakterien günstigen Nährboden. Insofern habe Schimmelbusch durchaus Recht, wenn er den Bacillen invasive Eigenschaften abspreche.

g) Herr Dr. Kengsep theilte mit, dass einerseits Schimmelbusch, andererseits Maggiora und Gradenigo die Angabe gemacht hätten, dass weisse Mäuse und Ratten nach Injectionen von Pyocyaneus nach 10—24 Stunden, Kaninchen nach 24—36 Stunden eingegangen seien. Letztere Autoren hätten die Angabe gemacht die Bacillen nach den Injectionen im Blute wiedergefunden zu haben. Redner selbst habe die Beobachtung gemacht, dass der Pyocyaneus einen langdauernden profusen Schnupfen hervorrufen könne.

3. Herr Dr. G. Engelmann hält seinen Vortrag «**Ueber Actinomykose**». (Der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Woch. Nr. 50, 1893 erschienen).

Discussion:

a) Herr Dr. Th. v. Schröder fragt an, ob untersucht worden sei, weshalb das Sehvermögen des Auges in dem erwähnten Falle verloren gegangen sei.

b) Herr Dr. G. Engelmann: Der Bulbus sei nach allen Seiten hin vollkommen frei beweglich gewesen, so dass ein Uebergreifen des Processes selbst als ausgeschlossen zu be-

trachten sei; eine ophthalmoskopische Untersuchung sei nicht vorgenommen worden.

c) Herr Dr. H. Truhart erwähnt, dass Prof. Partsch einen bisher ganz allein dastehenden Fall der Literatur übergeben habe, in welchem das Auge durch die Actinomycosis mitergriffen worden sei, und zwar in der Weise, dass es sich hierbei nicht nur um die bei Actinomycose häufig secundär auftretende oedematöse Schwellung der Augenlider, sondern um einen vollständig isolirten Heerd der actinomycotischen Geschwulst im Auge gehandelt habe.

4. Herr Dr. Th. v. Schröder – St. Petersburg hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperationen»**:

Das von Fukala 1890 begonnene operative Verfahren bei hochgradiger Myopie sei mit gutem Erfolge von vielen Seiten nachgeprüft worden und habe Vortragender der Versammlung praktischer Aerzte seine Erfahrungen vorlegen zu können geglaubt, da gerade diese als Vertrauensärzte oft zu Rathe gezogen würden in den traurigen Fällen von hochgradiger Myopie. Es seien bisher 70 Augen von den Autoren operirt worden mit einem Verlust, in welchem aber nicht zwei-, resp. dreizeitig, wie jetzt allgemein üblich, sondern einzeitig operirt worden sei (Valude). Alle Operateure seien darin einig, dass die Operation vollkommen berechtigt sei und gute Resultate gebe.

Im St. Petersburger Augenhospital seien bis jetzt 10 Fälle hochgradiger Myopie operirt worden: von Dr. Magawly 3, von Dr. Th. Germann 2, vom Vortragenden 5. — Die Patienten waren 17—35 Jahre alt, nur einer unter 20 Jahren (im Gegensatze zu der sonst aufgestellten Indication) 4 über 28 Jahre. Ihre Myopie betrug 14—24 D.; 3 mal unter 20 D, 7 mal über 20 D. Ihr Sehvermögen 0,1 bis fast 0,3. Demgemäss zeigten alle Patienten bis auf 2 mehr oder weniger hochgradige Veränderungen des Augenhintergrundes. Das Material war somit nach den sonstigen statistischen Angaben ein schlechtes; es waren nach ihrem Beruf 2 Lehrerinnen, 2 Beamte, 1 Landwirth, 1 Bäuerin, 1 unbeschäftigte Dame, 2 junge Männer, die ihrer Augen wegen keine dauernde Beschäftigung hatten finden können.

In Bezug auf's Operationsverfahren verweist Vortr. auf die von ihm 1891 veröffentlichte Arbeit dieses Thema betreffend. Es bestehe in: vorbereitender Iridectomie mit der Lanze; nach 4 Wochen ausgiebige Discission der Capsel; nach einigen Tagen oder einer Woche Herauslassung der gequollenen Linse. Nur bei stärkerer Quellung der Linse war eine Steigerung der Tensio bulbi zu bemerken. Der Operationsverlauf sei stets ein reactionsloser gewesen; ein paar mal seien leichte vordere Synechien bestehen geblieben. Abweichend von diesem Operationsverfahren sei 2 mal operirt worden; das eine mal des vorauszusetzenden Druckes wegen in Folge des höheren Alters des Pat. (37 J.) — mit dem Graefeschen Messer mittelst Lappenschnitts nach oben nach der Discission. Das zweite mal bei einem 17-jährigen Jüngling wegen Mikrophakia congenita (23 D. Myop. V=0,2.) Extraction mit der Capsel; die Linse war so beweglich, dass die Discission nicht gelang. Hier wurde das Sehvermögen 0,6, bei Hyp. = 9,0 D. und Ast 3,0 (H). In den übrigen Fällen seien gleichfalls gute Resultate zu verzeichnen; V=0,3—06. — Nur in einem Fall (Mann, von 32 Jahren Myop. = 24 D., der die Buchstaben schon etwas verkrümmt sah — Metamorphopsie — in Folge ausgedehnter choroiditischer Veränderungen, die wohl schon dicht an die Fov. centralis herangerück waren) trat am 13 Tage post operationem eine Blutung in die Fov. centralis ein, die sich langsam resorbirte. Pat. sah schliesslich Finger in 1 Meter; er empfand dieses wenig erfreuliche Endresultat jedoch garnicht, da ihm auch vorher das Auge untauglich gewesen war.

Bei 4 Patienten sei längere Zeit nach der Operation verflossen, so dass über den späteren Verlauf berichtet werden könne. Bei Dreien hat sich das Sehvermögen gut gehalten, bei einem sank das Sehvermögen auf 0,2 — von 0,4 anfänglich, ex causa ignota; bei den übrigen Fällen müssen erst längere Jahre abgewartet werden. In dem Fall von Mikrophakie trat nach einem Jahr, nachdem sich das Sehvermögen vorzüglich gehalten hatte, von einem kleinen Irisprolaps aus, der sich nach der Operation gebildet hatte, eine eitrige Iridocyklitis auf und ging das Auge zu Grunde.

Von den Einwänden, die gegen diese Operation gemacht worden, sei der erste, dass die Accomodation durch die Entfernung der Linse verloren gehe, absolut müssig, da die hochgradigen

Myopen ihre Accomodation nie gebrauchen; ihr Verlust sei ihnen daher absolut gleichgültig. Ein zweiter Einwand, dass die Operation nicht nothwendig und man sich mit der Brillentherapie begnügen solle, sei ebenso falsch; die Operation soll ja nur in hochgradigen Fällen gemacht werden; in diesen würden eben starke Gläser nicht vertragen und schwächere brächten den Patienten keinen Vortheil. Wenn man erst die guten Resultate selbst beobachtet habe und die Freude und Dankbarkeit der Patienten erlebt habe, werde man zu der Operation rathen. Der Nutzen der Operation für die Patienten sei ein um so grösserer je jünger die Patienten seien. — Weiter sei eingewandt worden, die Operation erfülle ihren Zweck nicht (Wecker, Meyer), die Myopie schreite auch trotz Operation fort; jedoch werde durch die Beobachtung dieser Autoren die Weiterentwickelung der Myopie noch nicht bewiesen und sei auch nicht der Zweck der Operation das Aufhalten der Weiterentwickelung der Myopie; der Einwand somit auch nicht aufrecht zu halten. Für die Operation sei jedoch anzuführen, dass wenn auch in Zukunft die Hoffnung auf Hemmung der Weiterentwickelung der Myopie nicht in Erfüllung gehen sollte, dass je hochgradiger die Myopie werde, um so grösser der Nutzen der Aphakie für den Patienten sei. — Der schwer wiegende Einwand, dass ein ausser seiner Myopie normales Auge Gefahren ausgesetzt werde, sei freilich besonders genau zu erwägen.

Von den in Betracht kommenden 4 Eingriffen (vorbereitende Iridectomie, Discission der Capsel, Extraction der gequollenen Linse und Discission des Nachstaares) biete keine einzige für sich besondere Gefahren. Die Iridectomie gebe fast nie eitrige Entzündungen — man könne sie ja auch fortlassen; Schweigger u. Thierthäten solches immer, Pflüger vor dem 30. Jahre. Die Discission der Linse könne nur durch das secundäre Glaucom Gefahr bringen; doch sei bei guter Ueberwachung und rechtzeitiger Herauslassung der Linse die Gefahr zu vermeiden. Die Extraction mittelst Lineär-Schnitt biete wohl nur die Gefahr der Infection und Bildung vorderer Synechien, die zu Reizung und selten zu Secundär-Glaucom Veranlassung geben könnten. Die Infectionsgefahr sei jedoch bei diesem getheilten Operationsverfahren eine geringe und müsse sich bei gehöriger Antiseptik ganz vermeiden lassen (cf. unten).

Die Discission des Nachstaares biete in noch höherem Grade die Gefahr der Infection, da das Discissionsmesser in den Glaskörper eindringe; hier sei Antiseptik noch wichtiger, aber auch nach Ansicht des Vortragenden noch sicherer zu erreichen. Wollte man jedoch durch diese Gefahr von der Discission des Nachstaares zurückschrecken, so müsste man solches auch bei den gewöhnlichen Fällen von Staar thun; jedoch werde sich wohl hierzu Niemand entschliessen wollen. Bei sorgfältiger Antiseptik seien also die Gefahren gering. Die Verluste, die bei den gemachten Operationen zu verzeichnen wären (Valude 1 Fall — Vortragender 1 Fall) seien spät nach gelungener Operation eingetreten; es seien beide Fälle direct ohne vorbereitende Iridectomie operirt worden. Der Fall des Vortragenden lehre, was auch bei der Operation der Altersstaare zu berücksichtigen sei, dass die Irisprolapse sorgfältig zu vermeiden seien; wenn vorhanden abgetragen und abgebrannt werden sollen.

Besonders zu erwähnen sei der Umstand, dass nach den Erfahrungen des Vortragenden und gegen die sonstigen Angaben die choroiditischen Veränderungen des Augenhintergrundes keine Contraindication gegen die Operation abgeben. Die aus theoretischen Ueberlegungen erwartete Netzhautablösung habe Pflüger sowohl als Vortragender nicht gesehen; auch nach Beobachtung von längerer Dauer (nach 2, 2½, 2 und 3 Jahren). Netzhautblutungen seien bei choroiditischen Veränderungen die bis dicht an die Fovea centralis reichten zu erwarten, somit diese Fälle vielleicht auszuschliessen. Die Summe der vorstehenden Betrachtungen sei somit folgende:

1) Die Gefahr der Operation an sonst normalen myopischen Augen ist bei sorgfältiger Antiseptik und bei Einhaltung der angeführten Operationsmethode eine nur geringe.

2) Selbst bei bestehenden chorioretinalen Veränderungen des Augenhintergrundes ist eine retinale Blutung nur dann zu fürchten, wenn die Veränderungen bis dicht an die Macula heranreichten.

3) Die durch die Operation gesetzten Veränderungen am Auge erhöhen die Gefahren, denen solche Augen durch ihren Zustand ausgesetzt sind (Netzhaut-

ablösung, Choroiditis) nach den bisherigen Erfahrungen nicht.

4) Eine Abnahme dieser Gefahren durch Sistirung des Fortschreitens der Myopie und der Choroiditis ist bisher aber auch nicht bewiesen.

An der Berechtigung hochgradig myopische Augen zu operiren, sei nach diesen Ausführungen wohl nicht zu zweifeln. Operirt sollen werden Augen mit Myopie über 13—14 D, die Brillen nicht vertragen; operirt solle in möglichst jugendlichem Alter werden.

Da die Antiseptik von so grosser Bedeutung, so legt Vortragender zum Schluss seine Methode vor und empfiehlt sie warm, ohne gegen andere polemisiren zu wollen; sie sei den Arbeiten von Chibret (Arch. d'ophthal. 1892 T. XII, pag. 436 — Strohschein, Graefe's Archiv 39, I, pag. 256 1893 — Marthen (Deutschmann's Beiträge zur Augenh. XII 1893) entlehnt.

Sterilisation der Instrumente: wiederholtes Abwischen mit Aether-Alcohol āā, Einlegen derselben in eine 1 pCt. Lösung von Hydrarg. cyanat. auf 10 Min.; nochmaliges Abwischen mit dieser Lösung. — Einlegen in eine schwache Lösung von Hydrarg. cyanat. 1 : 1500, aus welcher sie ohne Abtrocknen zum Gebrauch genommen werden. — Nach Kümmel genüge schon Abwischen mit Aether-Alcohol die Instrumente zu sterilisiren — nach Chibret werde solches durch Liegen in 1 pCt. Lösung von Hydrarg. cyanat. gleichfalls sicher erzielt. Der Stahl werde durch Hyd. cyan. nicht, vernickelte Stiele jedoch wohl angegriffen, letztere seien somit zu vermeiden.

Reinigung des Operationsfeldes: Vollbad am Tage der Operation mit viel Seife. Cocainisirung des Auges mit steriler oder mit Hydrarg. cyanat. (1 : 1500) präparirter 5 pCt. Cocainlösung, Waschen des Auges und seiner Umgebung mit neutraler Seife; besondere Aufmerksamkeit sei dem Lidrande und den Cilien zu schenken. Das Secret der Meybomschen Drüsen werde ausgedrückt. Abspülen der Conjunctiva mit Lösung von Hydrarg. cyanat. 1 : 1500, mit recht starkem Strahl und Abtupfen. Abwischen mit Wattebausch und derselben Lösung; bis zur Operation bleibt das Auge mit feuchter Watte bedeckt. Strohschein habe nachgewiesen, dass die Cilien nach solcher Reinigung frei von Keimen waren, wenn vorher wenig Keime an ihnen nachgewiesen worden, wenn viel solcher vor-

handen waren, so blieben um so weniger nach je besser und länger man reinigte. Der Lidrand sei besonders zu berücksichtigen, weil er nach Marthen als die hauptsächliche Quelle der Infection anzusehen sei.

Die Anwendung eines Antisepticums sei zu empfehlen; da jedoch von sonst in der Chirurgie mit Erfolg gebrauchten keines, ausser Sublimat 1:5000, mit welchem in den letzten 10 Jahren in der St. Petersburger Augenheilanstalt gute Resultate erzielt worden, anwendbar, habe Vortragender in letzter Zeit die Lösung von Cyanquecksilber 1:1500 gebraucht, weil sie noch weniger reize, als das Sublimat; nur zur Compr. echauffante könne es nicht empfohlen werden, weil es ebenso bisweilen Eczem mache wie Sublimat. 24 Stunden nach Reinigung des Auges mit physiologischer steriler Kochsalzlösung nach Empfehlung von Strohschein, sei nach Marthen die Anzahl der Keime am Lidrande und der Conjunctiva eine bedeutende, weshalb dieses Verfahren nicht zu empfehlen.

Das operirte und mit CyHglösung abgespülte Auge werde mit einem mit dieser Lösung angefeuchteten Marly-Läppchen bedeckt und mit sterilisirtem Material verbunden. Vortragender lasse den Verband das erste mal 24 Stunden liegen, wechsle später 2 mal täglich; längeres Liegenlassen sei nach den Untersuchungen von Marthen nicht gerechtfertigt, da in diesem Fall schnelle Entwickelung der Keime nachgewiesen wurde. Die zu brauchende Atropin- oder Hyoscinlösung sei mit CyanHg und NaCl. (1:7000) zu bereiten.

Eine Reinigung der Hände des Operateurs nach Fürbringer halte Vortr. nicht für durchaus nothwendig, da die Finger des Operateurs weder mit dem Auge noch mit den Theilen der Instrumente in Berührung kämen, die das Auge berührten, somit halte er die einfache gründliche Reinigung für genügend. Die seit Kurzem nach dieser Methode gemachten Operationen hätten auffallend günstigen und reizlosen Verlauf dargeboten und könne Vortragender bei diesem Verfahren mit voller Berechtigung den versammelten Collegen die Operation bei hochgradiger Myopie empfehlen.

Discussion:

a) Herr Dr. A. Lenz vermisst unter den angeführten Antisepticis das Jodoform; er wende es mit Vorliebe bei allen Eingriffen am Bulbus an und halte es für das sicherste Schutz-

mittel gegen etwaige Infectionen, namentlich auch Seitens des Thränennasencanalsecrets, vor dem man nie ganz sicher sein könne. Unter dem Schutze des Jodoforms könne man den Verband auch 3 Tage liegen lassen; nur bei subjectiven Beschwerden wechsele er früher.

b) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Gegen die Anwendung des Jodoforms sei nichts einzuwenden, doch müsse das Auge vorher in angegebener Weise gereinigt werden. Nothwendig sei die Anwendung jedoch wohl nicht. Der Verbandwechsel reize an sich nicht, sei jedoch nothwendig zur Reinigung des Auges.

c) Herr Dr. Jaesche hält dafür, die Augen nicht immer 3 Tage verbunden liegen zu lassen; auch er wende Jodoform an; oft reizen schon angesammelte Thränen, er wechsele den Verband dann schon nach 6—8 Stunden, ziehe jedoch nur das untere Augenlid ab, lasse die Thränen ab, pudere wieder mit Jodoform und verbinde frisch.

d) Herr Dr. Max v. Middendorff führt an, dass es auffallend gewesen sei, dass auf dem Heidelberger Ophthalmologen-Congress 1892 alle Collegen die die Operation bei hochgradiger Myopie ausgeführt hatten, sie warm empfahlen, während die Gegner solche waren, die sie nicht gemacht und nur theoretische Erwägungen gegen dieselben vorbrachten.

e) Herr Dr. Pacht: Die gegen die Anwendung des Sublimat angeführte Beobachtung von Hornhauttrübungen werde durch die Erfahrung an der Prof. Fuchs'schen Klinik aufgehoben, wo nach Anwendung von Sublimatlösung von 1:5000 nie Hornhauttrübungen beobachtet worden seien.

f) Herr Dr. M. v. Middendorff fragt, ob Vortragender nach Anwendung von CyanHg keine bleibenden Hornhauttrübungen beobachtet habe, wie sie dem Sublimat zugeschrieben würden.

g) Herr Dr. v. Krüdener erwähnt eine Arbeit vom vorigen Jahre, die die Wirkung des Sublimats experimentell darlege.

h) Herr Prof. Dr. E. Raehlmann schliesst sich im Allgemeinen den Ausführungen des Vortragenden an, betont die Gefahr der Netzhautablösung und die ungünstigen Aussichten bei vorhandenen Veränderungen des Augenhintergrundes.

i) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Valude habe freilich 2 Netzhautablösungen erlebt, die eine jedoch nach directer Extraction

der Linse. Sonst sei von keinem Beobachter Netzhautablösung beobachtet worden. Die Gefahr sei freilich bei chorioiditischen Veränderungen des Augenhintergrundes grösser, doch sei durch die mitgetheilten guten Resultate auch bei vorhandenen Veränderungen des Augenhintergrundes die Operation als berechtigt anzusehen und gebe gute Resultate.

k) Herr Dr. Truhart: möchte, wenngleich ihm persönlich bezüglich des operativen Vorgehens bei hochgradiger Myopie nicht praktische Erfahrungen zu Gebote stehen, hier, wo demselben so warm das Wort geredet, wenigstens auch den Standpunkt der Gegner desselben, aus deren Zahl so mancher zu den hervorragendsten Ophthalmologen unserer Zeit gehört, gewahrt wissen. Beiläufig bemerkt, sei es nicht Fukala, welcher, wie hervorgehoben worden, zuerst bei hochgradiger Myopie die Linsenextraction in Anwendung zog. Dieselbe wurde schon vor ihm von Vacher in einer Reihe von Fällen geübt und diese operative Behandlungsmethode gegenüber der Brillentherapie warm befürwortet. Zunächst erwuchs ihm in Wecker ein Gegner, welcher hervorhob, dass nicht nur die Weiterentwicklung der Myopie durch die Linsenentfernung nicht gehemmt, sondern auch die Gefahren der Netzhaut-Blutung und Ablösung gesteigert würden. Auch Meyer schliesst sich dieser Anschauung an und betont die Erfahrung aus der Praxis, dass die Kurzsichtigkeit bei Personen, bei welchen schon in ihrer Kinderzeit zufolge angeborenen Staares die Discission vorgenommen worden, trotz dessen sich weiter entwickle. Hirschberg und Schöler sprächen sich gleichfalls gegen das operative Verfahren aus, das weitere Fortschreiten der Myopie würde nicht gehemmt und wenn auch Dank der heutigen Tags rationell geübten Asepsis und Antiseptik die Gefahren etwaiger Infection beim operativen Eingriff relativ sehr geringe, so erwüchsen doch durch die starke Linsenquellung nach stattgehabter Capseldiscission in Folge der erhöhten Drucksteigerung des Auges acute Gefahren für letzteres, fernerhin böten die häufig nicht zu vermeidenden vorderen Synechien nach der Linsenentfernung Disposition zu wiederkehrenden Reizzuständen des früher sonst normalen myopischen Auges, endlich seien aber bei weiterumsichgreifenden Veränderungen der Chorioidea Netzhautblutungen nach der Linsenextraction erst recht zu befürchten.

Was Pflüger's Stellung zur Linsenextraction bei Myopie anlange, so sei ihm nur bekannt, dass jener früher das Verfahren wohl geübt, aber später davon abgekommen sei *).

Bei der relativen Neuheit der Frage scheinen die Acten bisher jedenfalls noch nicht geschlossen.

1) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Vacher habe freilich früher das operative Verfahren eingeschlagen, als Fukala doch ohne dass letzterem solches bekannt war.

Die gemachten Einwände werden durch das stetig sich mehrende Material entkräftet. Das Fortschreiten der Myopie kann durch die Extraction der Linse wohl nicht aufgeschoben werden, je höher aber später die Myopie wird, um so grösser ist der Nutzen der Aphakie. Pflüger ist ein warmer Vertreter der Methode.

5. Der weit vorgeschrittenen Zeit wegen bittet der Praeses die Herrn DDr. Jaesche und v. Krüdener ihre Vorträge in der nächsten Sitzung halten zu wollen.

Die Vorträge werden auf die 5. Sitzung verschoben.

Fünfte Sitzung.

Freitag, den 3. September. 1893. 9 Uhr Morgens.

1. Herr Dr. H. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die Wirkung des Scopolaminum hydrobromicum als Mydriaticum**».

Vortragender empfiehlt das Scopol. hydrobromic. als Ersatz für Atropin. Es habe sich erwiesen, dass das zuerst von E. Schmidt in Marburg dargestellte Scopolamin das bis jetzt gebrauchte Hyoscin in mehr oder weniger verunreinigtem Zustande darstelle. E. Merk in Darmstadt bringe jetzt ein allen Anforderungen genügendes Scopol. in den Handel. Das Scopolamin wirke mydriatisch weit energischer als Atropin.

R. Ernst habe in seiner bei Prof. Kobert gearbeiteten Dissertation gezeigt, dass eine Lösung von 1 : 1.000,000 deutlich wahrnehmbare Mydriasis bewirke. Synechien, die durch Atropin wohl nie gelöst werden können, hätten durch Scopol.

---

*) Siehe: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. 1892. Seite 405.

eine Lösung erfahren; so ein Fall von vollständigem Pupillarverschluss, in dem jedoch eine 1 pCt. Lösung zur Verwendung kam, deren Anwendung freilich die ersten Vergiftungserscheinungen entstehen liess.

Eine Lösung von 1 : 500 löse durch 1—2 Tropfen sicher jeden Accomodationskrampf; diese Lösung würde gut vertragen; einjährige Kinder vertrügen 1—2 Tropfen dieser Lösung, Erwachsene bis 30 pro die.

Auf die Hirnrinde wirke das Scopolamin nicht, wie Atropin reizend — auf das Herz nicht beschleunigend. Es wirke entschieden besser schmerzstillend wie Atropin; mehrere Patienten hätten mit Sicherheit angeben können, ob sie Scopol. oder Atropin bekommen hatten. Auch bei Glaucom habe Scopol. keine Drucksteigerung gemacht. In der Augenklinik in Dorpat werde seit einigen Monaten nur Scopolamin gebraucht, Atropin gar nicht mehr.

Discussion:

a) Herr Dr. Th. v. Schroeder-St. Petersburg bestätigt die guten mydriatischen Wirkungen des Scopolamins. Allgemeinerscheinungen seien in der St. Petersburger Augenheilanstalt nicht beobachtet worden, wohl weil die Dosen keine sehr grossen gewesen.

b) Herr Prof. Dr. Kobert: Das Scopolamin werde in Deutschland wohl noch einige Zeit unter dem Namen Hyoscin geführt werden, da sich die Commission zur Vorbereitung des neuen Arzneibuches nicht entschliessen konnte den Namen Hyoscin fallen zu lassen. Welche Substanz es sei, welche in den Raehlmann'schen Fällen die Störungen bewirkt habe, sei noch nicht bekannt; Atropin scheine es nicht gewesen zu sein. Das Scopol. werde sich auch zur Behandlung des Asthma bronchiale (subcutan $^1/_2$ Milligramm im Anfall) brauchbar erweisen. Die Wirkung erkläre sich durch Lähmung der constrictorischen Nerven der Bronchien. Im Allgemeinen könne man jetzt n jeder Beziehung das Atropin durch das Scopolamin ersetzen, nur in einer Beziehung nicht, in welcher man beim Atropin bleiben müsse und zwar in der Behandlung des Collaps. Atropin wirke dabei excitirend auf's Grosshirn, Scopolamin nicht nur nicht excitirend, sondern sedativ, sei somit im Collaps contraindicirt und könne sogar bei Maniakalischen mit Erfolg als Beruhigungsmittel verwerthet werden.

c) Herr Dr. H. Truhart bemerkt, dass Belljarminow das Scopolamin in Combination mit Cocain empfehle; die Wirkung solle eine ausgiebigere sein, was wohl durch die Resorptionsbefördernde Wirkung des Cocain zu erklären sei. Redner wolle sich an der Discussion in Form von Fragen betheiligen; es gäbe ja kein gutes Instrument um die Tensio bulbi genau zu messen; sei Vortragendem vielleicht ein solches bekannt? Falls dieses der Fall, so wäre eine sicherere Unterscheidung der Wirkungen des Scopolamin's und Atropin's auf glaucomatöse Augen möglich. — Weiter wäre es interessant zu erfahren, wie sich das Scopolamin im Gegensatze zum Muscarin verhalte, ob ein gleicher Antagonismus bestehe wie bei Atropin und Muscarin, da hieraus ein sicherer Schluss gezogen werden könne, welche nervöse Elemente des Herzens durch Scopol. einen Angriff erführen.

d) Herr Dr. v. Krüdener: Die Drucksteigerungen seien am glaucomatösen Auge nicht mit dem Tonometer gemessen worden, sondern durch die Palpation. Eine Steigerung des Druckes sei nie beobachtet worden.

e) Herr Prof. Dr. Kobert: Atropin und Muscarin seien in jeder Beziehung absolute Antidote. Beim Scopolamin passe eine Wirkung in das Bild, das man sich vom Antidot des Muscarin entwerfen müsse, nicht hinein; dieses sei die bei kleinen Dosen auftretende Pulsverlangsamung, während Atropin Pulsbeschleunigung mache; diese Verlangsamung sehe man jedoch nur bei kleinen Dosen; grössere Dosen wirkten gerade so wie das Atropin auf den Hemmungsapparat des Herzens lähmend und machten dadurch Pulsbeschleunigung, falls vorher durch Muscarin Pulsverlangsamung hervorgerufen worden wäre.

f) Herr Dr. H. Truhart fragt an, ob die von Belljarminow beobachtete eiförmige Erweiterung der Pupille durch Scopolamin vom Vortragenden auch beobachtet worden sei?

g) Herr Dr. v. Krüdener habe diese Pupillenerweiterung nicht constatiren können.

2. Herr Dr. E. Jaesche hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber Hornhautgeschwüre»**.

Vortragender bespricht die Behandlung der Hornhautgeschwüre und tritt warm für die Behandlung nicht nur dieser, sondern auch der Hornhautinfiltrationen mit dem Cauterium actuale ein; letztere wurden durch das Cauterium actuale erst

in ein offenes Geschwür verwandelt. Der bequemste Apparat zu diesem Zwecke sei der Galvanocauter, doch sei nicht allen Aerzten und namentlich nicht allen Aerzten auf dem Lande dieser zugänglich. Vortragender habe für solche Fälle einen kleinen Apparat construirt, der in fast allen Fällen den Galvanocauter vollkommen ersetzen könne. Man biege einen Platindraht, der wenigstens den Durchmesser eines halben Millimeter haben müsse, derart zusammen, dass eine Doppelschlinge von 2—3 MM. Durchmesser entstehe; indem man nun die Enden des Drahtes weiter einfach zusammen drehe, erhalte diese Doppelschlinge einen 22—25 MM. langen Stiel, der wiederum in einen Holzstiel gefasst werde. (Vortragender demonstrirt einige dieser Apparate). Was die Cauterisation selbst anlange, so lasse sie sich leicht ausführen. Von der leicht zu beschaffenden Assistenz lasse man sich eine brennende Spirituslampe dicht an das mit Cocain anaesthesirte Auge halten, dessen Lider mittelst eines Lidhalters offen gehalten werden. Die in der Spiritusflamme bis zur Weissgluth erhitzte Platinaschlinge verliere ihre Gluth beim Hinüberführen zum Auge nicht und erfüllt ihren Zweck. Selten werde man mit einmaliger Anwendung der glühenden Schlinge auskommen, doch könne ja je nach Bedarf das Verfahren wiederholt werden. Als Nachbehandlung empfehle Vortragender Sublimat- oder Borsäurelösung; in der weiteren Nachbehandlung thue oft eine Lösung von Höllenstein gute Dienste. Werde es nöthig eine Aetzung zu wiederholen, so könne dieses ja leicht inscenirt werden; es käme jedoch nach den Erfahrungen des Vortragenden sehr selten vor.

In der Discussion bekennt sich

a) Herr Dr. A. Lenz als entschiedener Anhänger der Galvanocauterisation der Hornhautgeschwüre; er brenne fast jedes Geschwür und sei mit den Resultaten zufrieden. Nur bei Ulcus mit Hornhautabscess, Hypopyon und diffusen Trübungen habe ihn das Cauterium actuale im Stich gelassen und reservire er für diese Fälle den Sämisch'schen Schnitt.

b) Herr Dr. E. Jaesche macht darauf aufmerksam, dass bei Behandlung der Hornhautulcerationen der Allgemeinzustand nicht zu vernachlässigen sei und erwidert Herrn Dr. Sadikow auf seine dahingehende Frage, ob er auch bei grossen Infiltrationen der Hornhaut die ganze Oberfläche cau-

terisirt habe, oder nur einzelne Partien des Infiltrates, dass er die weit verbreiteten Infiltrate reichlich mit dem Cauterium actuale angegriffen und nachdem die obere Schicht der Hornhaut zerstört worden, die übrigen Mittel in Anwendung gezogen habe.

c) Herr Dr. Th. v. Schroeder empfiehlt die Galvanocauterisation besonders für kleine schmutzige Geschwüre, wie sie sich öfter nach Verletzungen bildeten. Bei grösseren Geschwüren sei zunächst Eserin bei Ruhe und festem Verbande anzuwenden; oft treten bei diesem Verfahren rasche Besserung und Heilung ein. Wenn nicht, dann könne man brennen.

d) Herr Dr. A. Lenz: Das Eserin sei durch die Anwendung des Cauterium actuale und den Schnitt nach Saemisch entbehrlich geworden; es mache oft Reizerscheinungen und müsse man bei Anwendung des Eserins durch die gewöhnlich complicirende Iritis einen Pupillarverschluss mit in den Kauf nehmen.

e) Herr Dr. Th. v. Schroeder: Das Eserin setze den Druck des Auges herab und sei seine Anwendung durch diese seine Wirkung eine rationelle. Eine Schablone liesse sich für die Anwendung nicht angeben. Im Allgemeinen sei die Anwendung des Eserin indicirt bei tiefen Geschwüren besonders am Rande der Hornhaut. Hintere Synchien bildeten sich durchaus nicht immer bei der Anwendung des Eserin, da oft keine Iritis vorhanden; wenn sich jedoch Synchien bilden sollten, könne man meist eine Lösung derselben durch starke Mydriatica bewirken. Wenn sie blieben, sei der Schaden kein sehr grosser. Bei Anwendung des Eserin trete oft keine Reizung, sondern eine Beruhigung des Auges ein.

f) Herr Dr. M. v. Middendorff-Reval weist darauf hin, dass nicht die Grösse oder Tiefe des Infiltrates oder Ulcus die Indication für die Therapie abgebe, sondern der Charakter der Affection, der sich oft in einigen Stunden oder wenigen Tagen schon deutlich erkennen lasse. Zeige das Ulcus, resp. das Infiltrat keine Tendenz zum Fortschreiten, so komme man meist mit den gewöhnlichen Medicationen aus; sei es jedoch progressiv (Ulcus serpens), so sei die Glühschlinge anzuwenden und zwar ohne Rücksicht auf die Ausdehnung möglichst gründlich.

g) Herr Dr. A. Lenz: Auf dem Lande sei der Arzt nicht

in der Lage abzuwarten, sondern hier sei die Cauterisation gleich zu machen. Die durch die Cauterisation gesetzten Narben habe man nach den Erfahrungen des Redners nicht zu fürchten, da die Narben, die nach Ulcerationen zurückbleiben, die gebrannt worden, transparenter seien, als diejenigen, die nach Ulcerationen entständen, die ohne Galvanocauterisation geheilt seien.

h) Herr Dr. Ausin Erwahlen macht auf die die Hornhautgeschwüre complicirenden Thränensackleiden aufmerksam; bei der Behandlung der Ulcera selbst habe ihm das Wasserstoffsuperoxyd sehr gute Dienste geleistet.

i) Herr Dr. Seiler Bauske gedenkt der durch Phlyctänen entstandenen Ulcerationen, deren Behandlung eine Berücksichtigung des Allgemeinzustandes erheische; es habe die Therapie der Scrophulose einzutreten. Bei Eiteransammlungen in der vorderen Kammer habe ihm Calomel als Abführmittel gereicht, gute Dienste geleistet.

3. Herr Dr. H. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag **«Zur operativen Behandlung des Trachoms».**

(Der Vortrag erscheint nächstens in extenso in dieser Wochenschrift).

Vortragender hob hervor, dass die bunte Mannigfaltigkeit der auch heutzutage noch von allen Seiten vorgeschlagenen Behandlungsmethoden des Trachoms wohl zur Genüge beweise, dass es an einer sicheren Directive des Verfahrens dieser Krankheit gegenüber bisher immer noch fehle. Um der Massenverbreitung dieser die Arbeitskraft des Landvolks überaus schädigenden Infectionskrankheit Einhalt zu gebieten, habe unser voriger Aerztetag — und erfreulicherweise nicht erfolglos — die im grossen Style im Lande zu ergreifenden sanitären und hygienischen Maassnahmen in's Auge gefasst, es sei daher dringend erwünscht, dass unsere Versammlung auch bezüglich des Kampfes dem Einzelfalle gegenüber eine Einigung anstrebe und dadurch eine sichere Directive gäbe zu einmüthig anerkannter rationeller Therapie.

Als eine wesentliche Errungenschaft der Neuzeit dürfe die allgemein sich bahnbrechende Erkenntniss bezeichnet werden, dass in der Trachomtherapie die ausschliesslich medicamentöse Behandlungsmethode den chirurgischen Verfahren, bei welchen

die Arzneien nur eine secundäre, eine die Heilung unterstützende Rolle spielen, zu weichen habe.

Nachdem Vortragender auf die Mängel und die Unzulänglichkeit der leider auch heute noch vielfach gebräuchlichen ausschliesslich medicamentösen Behandlungsmethoden hingewiesen, wandte er sich den operativen Behandlungsweisen zu.

Das heute vielfach in Anwendung gezogene Keining'sche Sublimatverfahren verdanke seine Wirkung weniger, ja seiner Ueberzeugung nach, überhaupt nicht der Einwirkung des Medicamentes, sondern lediglich dem mechanischen Reize der bei demselben angewandten Massage und sei ohne Combination mit anderweitigen operativen Eingriffen nur bei leichten dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen von radicalem Erfolg gekrönt, lasse jedoch in dem vorgeschrittenen 2-ten und 3-ten Stadium des Trachoms nahezu vollständig im Stich, da man bei diesen nur eine gewisse Besserung erziele.

An der Hand eigener, mehr als 20 jähriger praktischer Erfahrung unterzog Vortragender nunmehr die bisher üblichen operativen Verfahrungsweisen bei Trachom einer kritischen Beleuchtung, deren Vorzüge, resp. Mängel analysirend.

Die grosse Bedeutung des chirurgischen Vorgehens liege in der wesentlichen Abkürzung der Behandlungsdauer, in dem schnelleren Schwinden nicht nur der subjectiven, sondern auch der objectiven Beschwerden und Complicationen, in dem mehr oder minder sicheren Schutz vor Recidiven und dem entsprechend auch in der weit grösseren Garantie gegen die Weiterverschleppung des virus, gegen die Massenverbreitung des Trachoms. – Derjenigen Methode operativen Vorgehens werde der Vorzug eingeräumt werden müssen, welche bei einfacher Handhabung für den Arzt und unter den relativ geringsten Beschwerden für den Patienten jenen zu stellenden Anforderungen am meisten entspräche.

Die Quetschmethoden erzielen zwar in vielen selbst vorgeschrittenen Formen vortreffliche Resultate, erheischen jedoch wegen der zahlreich zu combinirenden anderweitigen operativen Eingriffe ein reichhaltiges Instrumentarium, bedingen, soll radicaler Erfolg erzielt werden, häufig vorzunehmende Wiederholung des Verfahrens und seien endlich mit überaus grosser Schmerzhaftigkeit, die bei Kindern und sensiblen Patienten Chloroformnarcose beanspruche, verknüpft. Aus der

Zahl der Zangen und Pincetten, welche bei diesem Verfahren verwandt werden, seien der von Jaesche modificirten Himly-'schen Zange, vor allem aber der Knapp'schen Rollpincette der Vorrang einzuräumen, die weit weniger schmerzhaft, allerdings aber auch von weniger radicaler Wirkung.

Eine ganze Reihe anderer chirurgischer Eingriffe gehe darauf aus die Trachomkörner zu eröffnen und zwar auf dem Wege der Galvanocaustik, durch Aufritzen mit der Nadel oder durch Aufstechen mit dem Messer. Wenngleich als Unterstützungsmittel im Einzelfalle von entschiedenem Werthe, seien sie als Methode nicht wohl zu verwerthen, da sie abgesehen von anderen Mängeln eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich machen, vor Allem aber die Conjunctivalschleimhaut zerklüften und letztere alsdann zufolge der Reizung der Cornea das Sehvermögen bedrohen, endlich aber der Inhalt der Follikel bei diesem Verfahren noch nicht entleert werde. Letzterer Uebelstand werde bei der Methode die einzelnen Körner mit der Scheere vollständig auszuschneiden, resp. mit dem scharfen Löffel auszukratzen, zwar vermieden dafür träten aber hier die anderen angeführten Mängel und Uebelstände noch mehr in den Vordergrund.

Um rascher zum Ziele zu gelangen seien diese operativen Eingriffe von einzelnen Autoren zu Methoden erweitert worden, indem sie nicht die einzelnen Follikel, sondern flächenförmig die Conjunctiva jener Behandlung unterworfen.

Es läge auf der Hand, dass das streifenförmige Ausbrennen der Conjunctivalschleimhaut (Nach von Reich eingeführter Galvanocaustik von Michel geübtes Verfahren) nur zu leicht zu schwer schädigender Narbenbildung Veranlassung bietet.

Die Scarificationsmethode, das Aufschneiden der Schleimhaut in langen zahlreichen Schnitten, führe, auch wenn nach Abadie's Vorschlage dem Acte ein Abbürsten der Schleimhaut mit Sublimat (1 : 500) nachfolge, nur nach häufigen Wiederholungen und auch dann nicht zu befriedigendem Ziele, da in den undurchschnittenen Conjunctivalpartien Reihen von Trachomkörnern restiren.

Das Ausschneiden der Follikel mit der Scheere wurde von Schneller zur Excisionsmethode erweitert, indem er mit 3—4 Scheerenschlägen die Uebergangsfalten heraus-

schnitt: ein Verfahren, welches bei dortiger alleiniger Localisation sehr zu empfehlen und keineswegs, wie von Vielen angenommen wird, narbige Schrumpfung der Lider (Entropium) im Gefolge hat; allein, da nach den Erfahrungen des Vortragenden die Uebergangsfalten keineswegs, wie so oft ausgesprochen, der Hauptsitz des Trachoms, so habe auch diese Methode nur sehr beschränkten Werth, wenn sie nicht mit anderen weiteren operativen Eingriffen combinirt werde.

Das Aufnadeln der einzelnen Follikel nach Sattler, von Herrnheiser dadurch vervollkommnet, dass er jedem Acte ein Auslöffeln des Inhalts derselben mittelst einer von ihm construirten Schieberpincette nachfolgen lässt, habe Vortragender zwar selbst nicht praktisch ausgeübt, es sei aber, abgesehen davon, dass hierbei wohl so manche Trachomkörner übergangen werden dürften, doch wohl zu umständlich und mühsam, um als Methode weitere Nachahmung zu finden.

Weit rascher, sicherer und vollkommener gelangen wir mit der von v. Schröder eingeführten und auch in Livland in den letzten Jahren vielfach geübten Ausbürstung der trachomatösen Lidschleimhaut zum Ziel, zu welchem Zweck sich v. Schröder eines an seinen Enden mit zahlreichen versilberten und vernickelten Kupferdrahtnadeln versehenen Pinsels bedient.

Lasse sich nun auch thatsächlich mittelst dieser Methode in kürzester Zeit die ganze Conjunctiva von den in ihr sitzenden Follikeln befreien, sei mithin durch dieselbe nach dieser Richtung das Wesen der Aufgabe der Trachombehandlung gelöst, da nur selten bei entsprechender medicamentöser Nachbehandlung Wiederholungen des Verfahrens erforderlich und Recidive nicht allzuhäufig, so haften doch auch diesem Verfahren wesentliche Mängel und Uebelstände an: zunächst sei bei demselben Asepsis nur schwer durchzuführen, da der zwischen den einzelnen Nadeln nach einmaliger Auskratzung haftenbleibende Follikelinhalt und Gewebsfetzen jedesmalige, viel Zeit in Anspruch nehmende subtile Reinigung des Pinsels erforderlich mache, fernerhin mache die überaus grosse Schmerzhaftigkeit, die durch vorausgeschickte Cocainisirung (selbst bei 5 pCt. Lösung) nicht überwunden werde nicht nur bei Kindern, sondern auch bei erwachsenen Personen oft noch mitten in der Operation Chloroformnarkose nothwendig, endlich aber gebe die

Conjunctivalschleimhaut nach der Abbürstung einen so unregelmässig zerklüfteten und zerfetzten Boden ab, dass die Cornea, wenn mitafficirt, einer übermässigen Reizung ausgesetzt werde. Dieser Uebelstand mache sich bei acuten Formen von Keratitis in schweren Folgen bemerkbar und wenn Trousseau neuerdings die Ansicht ausspräche, dass das Auskratzen mit dem Löffel unterdrückt werden solle, da dasselbe von den verschiedenen Eingriffen als das gefährlichste für die Hornhaut erschien, so gelte dieser Ausspruch nach den Erfahrungen des Redners bei dem Auskratzen mit dem Pinsel, in den Fällen, wo stärkere Keratitis vorläge, in weit erhöhtem Maasse.

Zum Schluss sei es Vortragendem gestattet das operative Verfahren der Versammlung vorzulegen, dessen er sich seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, späterhin in 179 und zwar sowohl in ganz leichten, wie in den mit Keratitiden aller Art complicirten Fällen, ganz ausschliesslich bedient habe. Als Princip desselben habe ihm die Ausschabung bei Endometritis vorgeschwebt und habe er sich nach Analogie der Reclamierschen Curette kleine rasirmesserscharfgeschliffene Trachomcuretten verschiedener Grösse anfertigen lassen (bei Schwabe-Moskau und bei Grempler-Dorpat zu beziehen). Mit dieser Curette werde zunächst die Carunkel und bei stark angezogenem unteren Lide die Lidschleimhaut des letzteren ausgereinigt, alsdann das obere Lid umgestülpt, dasselbe entweder nach Abadie's Vorgange in der Mitte mit einer, besser aber noch unter Beihülfe eines Assistenten zu beiden Seiten des Knorpelrandes mit 2 anatomischen Pincetten gefasst und nochmals umgeklappt, wodurch die ganze untere Lidhälfte mit der Uebergangsfalte als glatt angezogenes Operationsfeld vorläge. Mit einigen über die ganze Lidschleimhaut sich erstreckenden Zügen werden erst hier, später an der Tarsalfläche nicht nur die Hüllmembranen, resp. die hervorragenden Follikel vollständig glatt wegrasirt, unter dem dreist anzuwendenden Druck werden auch der Inhalt der selbst tiefliegenden Trachomkörner und die übrigen in der Schleimhaut befindlichen krankhaften Producte als schleimig-breiige Masse ausgedrückt und entfernt; zur Vorsicht werden die Carunkel, die Schleimhaut des oberen und unteren Lides jedes Mal mit der Knapp'schen Rollpincette ausgewalzt, dieselben alsdann

mit einem Sublimatwattebausch abgedrückt und nahezu gar nicht mehr blutend liegt die Schleimhaut als eine in vorgeschrittenen Fällen um das 1-, selbst das 2-fache des Volumens verdünnte, zunächst hochroth aussehende, ganz glatte Fläche vor Augen. Unmittelbar nach der Operation Umschläge mit abgekühltem Sublimat, Nachbehandlung in den ersten 4 bis 5 Tagen Keining'sches Verfahren, späterhin Beizen mit 5 pCt. Lapislösung. Dauer der Cur 8 Tage bis 3 Wochen, je nach den vorhandenen Complicationen.

Als Uebelstände dieses operativen Verfahrens wären anzuführen, die relativ starke Blutung, welche, um ein freies Operationsfeld zu haben, wiederholtes Abtupfen während der Operation nöthig macht, sowie ein häufiges Schleifen der Curette, da es auf rasirmesserartige Schärfe derselben besonders ankommt.

Vorzüge des Verfahrens seien: Nahezu vollständige Schmerzlosigkeit bei vorausgeschickter Anaesthesirung durch Cocain (5 pCt.) (nur über die Ausquetschung mit der Rollpincette klagen die Patienten); die kurze Dauer der Operation, die bei etwas Uebung an einem Auge nur 4 -5 Minuten in Anspruch nähme, das schnelle Schwinden der subjectiven und rasche Besserung, wenn nicht vollständige Beseitigung der objectiven Beschwerden; selbst bei complicirendem Pannus crassus hebe sich schon in einigen Tagen die Sehschärfe, um in einigen Fällen am Schlusse der Cur das 4, 5 ja selbst 10-fache zu erreichen. Recidive habe Vortragender im Laufe von mehr als 1½ Jahren nur ausnahmsweise, Narbenbildung oder narbige Schrumpfung niemals beobachtet. Er könne daher die Ausschabung mit der Curette den Herren Collegen als praktische, leicht für den Arzt zu handhabende Methode aufs Wärmste zur Nachprüfung empfehlen. (Autorreferat).

Discussion.

a) Herr Dr. A. Lenz legt Verwahrung ein gegen das Urtheil des Herrn Collegen Truhart, dass unsere bisherige medicamentöse Behandlung eine falsche gewesen sei, und dass jetzt durch die operative Behandlung des Trachoms der Besitz der wahren und richtigen Behandlung gesichert sei. Man könne auch heute noch mittelst Lapis und Cuprum mit jedem Trachom fertig werden; durch die operative Behandlung werde

die Behandlung des Trachoms abgekürzt. Erst die spätere Beobachtung müsse lehren, wie die narbige Schrumpfung mit ihren Folgezuständen sich nach der medicamentösen, resp. nach der operativen Methode gestalten werde.

b) Herr Dr. E. Jaesche macht darauf aufmerksam, dass die bei höheren Graden des Trachoms sich oft findenden starken Schwellungen der Uebergangsfalte der Conjunctiva mit Vortheil mit der Scheere abgetragen werden.

c) Herrn Dr. H. Truhart liege es ferne der Meinung zu leben die wahre Behandlung gefunden zu haben, oder die frühere als die falsche zu bezeichnen. Er habe nur einen Beitrag zur Behandlung des Trachoms geben wollen und hoffe so allmählich zur vollkommenen Behandlung, die bisher noch nicht gefunden sei, mitbeizutragen.

Vortragender mache die Ausschabung, behandele dann einige Tage nur mit reinigenden und desinficirenden Lösungen, mittelst Wattebäuschen, lasse dann die medicamentöse Behandlung folgen. In 14 Tagen durchschnittlich könne nach dieser Methode die Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden, während wir mit dem beliebten Cuprumstift Monate lang nahezu vergeblich beizen und reizen können.

d) Herr Dr. Th. v. Schroeder. Der wesentliche Unterschied zwischen den jetzigen und den früheren Methoden der Trachombehandlung bestehe in der mechanischen Entfernung der Follikel, die früher unterblieb. Sie sei als grosser Fortschritt in dieser Behandlung anzusehen. Auf welche Weise diese mechanische Entfernung der Folli el geschehe, sei von geringerer Wichtigkeit. Die Wahl des Instrumentes, mit dem die Reinigung vorzunehmen, sei jedem Arzte zu überlassen; am besten werde man sich wohl verschiedener Instrumente bedienen, mit denen man die Conjunctiva bis in alle Falten hinein ausputzen könne. Redner brauche noch jetzt seine auf einem der Aerztetage demonstrirten Pinsel viel und sei mit der Wirkung derselben vollkommen zufrieden. — Die Conjunctiva liesse sich mit denselben rasch reinigen, der Reizzustand sei nach der Reinigung ziemlich stark, aber ebenso auch nach jeder anderen Methode, die energisch und rasch die Conjunctiva reinigt. Nie trete darnach stärkere Keratitis ein. Recidive blieben jedoch nicht aus und müsse dann nochmals

gereinigt werden. Die infiltrirten Partien der Conjunctiva müssten wie früher mit Cuprum gebeizt werden. Redner empfiehlt besonders die Abbürstung des Pannus crassus, der sich vollständig von dem darunter liegenden klaren Hornhautgewebe entfernen lasse. Es folge wohl stärkere Reizung, die jedoch in wenigen Tagen zurückgehe; es bilde sich ein dünnes Leukom. Noch in letzter Zeit habe Redner einen einschlägigen Fall so behandelt und ein sehr gutes Sehvermögen erzielt (0,3).

e) Herr Prof. Dr. G. v. Oettingen: Die operative Behandlung des Trachoms sei älter als das Wort Trachom; die alten Weiber in Livland hätten mechanisch behandelt (mit zerstossenem Glas etc.). In Deutschland habe man stachlige Instrumente angewandt. Die mechanische — operative Behandlung sei in der Therapie des Trachoms als ein erfreulicher Fortschritt zu verzeichnen, doch man sehe auch hier, dass das Wort Ben Akiba's — «Alles sei schon einmal dagewesen», — Anwendung finde.

f) Herr Dr. E. Jaesche: Bei Pannus crassus sei es zweckmässig die Peritomie zu machen in dem Umfang der Affection, d. h. mit der Scheere die Conjunctiva vom Cornealrande abzutragen, mit dem convexen Messer die Oberfläche der Sclera nach der Peripherie hinstreifend zu reinigen. Man werde gut thun die Resultate dieses Verfahrens mit denen mittelst Abkratzung mit Schroeder'schem Pinsel erhaltenen zu vergleichen.

g) Herr Dr. H. Truhart betont nochmals die radicale mechanische Behandlung. Die Curette habe vor anderen Instrumenten, namentlich den Schroeder'schen Pinseln den Vortheil, dass sie durch Kochen jedenfalls sicherer desinficirt werden könne. Bei Pannus crassus mit bindegewebiger Schrumpfung wolle Redner die Curette nicht empfehlen, die Erfolge seien jedoch bei der von ihm beschriebenen Methode dadurch schon günstigere, dass sie die Ursache des Pannus crassus fortschaffe und so der Entwickelung des Pannus crassus den Boden entzöge.

h) Herr Dr. Israelson redet der Curette Truharts das Wort, er habe mittelst breiter Curette gute Resultate gesehen.

i) Herr Dr. M. v. Middendorff bezweifelt, dass sich mit der vom Collegen Truhart empfohlenen Curette die in der Tiefe des Gewebes sitzenden Follikel entfernen liessen und empfiehlt warm die Dohnberg'sche Pincette: man solle nicht zu zart sein, sondern energisch zudrücken, es käme dann ein Ausweichen einzelner harter Follikel nicht vor. Nur für die auf der Unterfläche des Tarsus nahe am Lidrande sitzenden Follikel wolle er die Th. v. Schröder'schen Pinsel oder die Truhart'sche Curette angewandt wissen. Die Knapp'sche Rollpincette sei nicht bequem, weil sie einen Zug nur in einer bestimmten Richtung gestatte; für die Augenwinkel sei sie nicht gut anwendbar und darum nach einigen Versuchen wieder verworfen und durch die Dohnberg'sche Pincette ersetzt worden.

k) Herr Dr. H. Truhart spricht sich gegen die Dohnberg'sche Pincette aus, was auch Th. v. Schroeder gethan habe. Sie sei nicht zweckmässig, weil die relativ plumpen Branchen, insbesondere die glatten und harten Körner nicht fassen, sondern abgleiten.

l) Herr Dr. M. v. Middendorff: Die hier demonstrirte Dohnberg'sche Pincette entspreche nicht dem Modell; die hiesige sei klobig, die richtige, dem Modell entsprechende könne man ausgezeichnet anwenden. Was die Curette anlange, so scheine Redner dieselbe deswegen nicht für jeden Fall empfehlenswerth, weil man mit ihr nicht in alle Ecken und Falten hineinkommen könne.

4) Der Vortrag des Herrn Dr. J. Meyer wird wegen vorgeschrittener Zeit auf die letzte Sitzung verschoben.

5 Die Mitglieder des Aerztetages begeben sich theils zu der in der Frauenklinik der Universität stattfindenden «Gynäkologischen Demonstrationen» des Herrn Prof. Dr. Küstner, theils zu den in dem Stadthospital stattfindenden «Chirurgischen Demonstrationen» des Herrn Dr. W. Zoege v. Manteuffel.

Sechste Sitzung.

Freitag, den 3. September. 1893. 2 Uhr Nachmittag.

1. Herr Dr. J. Meyer Dorpat hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Heilung hysterischer Aphasie durch Hypnose**» und stellt zu gleicher Zeit die betreffende Patientin vor.

Jette Kr., hebräisches Mädchen aus Kowno sei als Kind gesunder Eltern 1875 geboren. Weder an den Geschwistern noch an anderen Verwandten seien anamnestisch irgend welche nervöse Affectionen zu constatiren. Patientin sei im ersten Lebensjahre an essentieller Kinderlähmung mit nachfolgender dauernder Parese des rechten Beines, welche vielfach ohne erhebliche Resultate behandelt worden sei, erkrankt. Die Pat. habe rechtzeitig sprechen gelernt. Im Herbst 1883 habe sie eine lange dauernde fieberhafte Krankheit durchgemacht (Typhus abdominalis?), an welche sich absolute Aphasie angeschlossen habe. Die Function der Schluckmusculatur solle dabei intact gewesen sein. Die Pat. habe später das Lesen und Schreiben in hebräischer Sprache erlernt und sei im Stande gewesen nach Dictat zu schreiben; sie sei der Aphasie wegen mehrmals in Riga und später in Dorpat elektrisch und pädagogisch ohne einen namhaften Erfolg behandelt worden. Pat. sei gracil gebaut, schlecht entwickelt, habe die Menses noch nie gehabt, hinke auf dem rechten Bein, dessen Fussgelenk etwas schlottere und weniger Umfang habe als das linke. Die Patellarreflexe seien etwas träge; die mimischen Bewegungen im Gesicht seien schwerfällig, das Stirnrunzeln gelinge nicht deutlich. Die Zunge führe unbeholfene Bewegungen aus und ihre Spitze könne nicht über die vordere Zahnreihe hinausgeschoben werden. Die Untersuchung des Kehlkopfes sei des stark gewölbten Zungenrückens wegen nicht gelungen, eine Anaesthesie der Rachenschleimhaut sei nicht vorhanden gewesen. Die elektrische Prüfung der betreffenden Muskelgruppen, speciell der Zunge ergab normale Reaction. Am Gesichtsfelde seien keine wesentlichen Aenderungen im Verhältniss der Reactionsfähigkeit für weiss, roth, grün vorhanden gewesen. Hysterische Druckpunkte habe man nicht finden können. Am rechten Bein sei die Sensibilität wesentlich herabgesetzt gewesen und überhaupt ein Mangel feinerer Empfindungen hier und da ganz re-

gellos auch an den übrigen Theilen des Körpers nachweisbar gewesen.

Vortragender weist an der Hand das Lichtheim'schen Schema's nach, dass dieser Fall nicht als Kernaphasie, sondern als motorische transcorticale Aphasie gedeutet werden müsse und citirt Malachowski's Anspruch, dass bei dieser Form der Aphasie die Localisation derselben auf die grössten Schwierigkeiten stosse. Bei der Differentialdiagnose kämen in Betracht die Aphasieen bei bulbären Processen, nach Typhus und bei Hysterie. Sowohl die progr. Bulbärparalyse, als die Pseudobulbärparalyse seien sogleich wegen Mangel von Schlingbeschwerden, Muskelatrophieen und Abweichungen vom ganzen klinischen Bilde, und Entwickelungsverlauf auszuschliessen, ebenso bulbäre encephalitische Herde und Processe, da gar keine anderen Herdsymptome vorlägen.

In kurzen Zügen schildert Vortragender an der Hand der Arbeiten von R. Kühn, Boas, Henoch und namentlich Bohn das Bild der Aphasien nach Typhus und Scarlatina, welche weitaus in der Mehrzahl der Fälle Kinder beträfen, oft von Lähmungen begleitet seien, meist nur wenige Wochen (in einem Fall 4 Jahre) dauerten und auf Embolien, beschränkte Haemorrhagien, trophische Gewebstörungen der betreffenden Hirnstellen zurückgeführt wurden und oft nur unter dem Bilde der Bradyphasie angedeutet seien. Von einer Schilderung des polymorphen Bildes der hysterischen Aphasie (oder besser Mutismus) welches jedem beschäftigten Collegen bekannt sei, glaubt Vortragender Abstand nehmen zu dürfen und erwähnt nur, dass bei derselben die Trägheit der Zungenbewegungen oft zur Beobachtung komme. Vortragender deutet vorliegenden Fall als Aphasie, welche zunächst entstanden durch den typhösen Process, in der Folge bei der hysterischen Disposition der betroffenen Patientin in einen dauernden hysterischen Mutismus übergegangen sei; diese Anschauung gewönne noch mehr an Boden durch den eclatanten Erfolg der eingeschlagenen hypnotischen Suggestiv-Therapie. Nach wenigen Sitzungen habe Pat. vorgesagte Worte nachsprechen können, obschon bei den Sitzungen kein tiefer somnolenter Zustand erzielt worden sei. Nach drei Wochen sei Pat. im Stande gewesen sich mit zwar nicht sehr lauter, aber vollkommen deutlicher Sprache zu verständigen, wie Jedermann sich davon jetzt überzeugen könne.

Da Vortragender sich Wetterstrand's Anschauung, dass die Hypnose selbst bei organischen Laesionen functionelle Besserungen erzielen könne, nicht anschliessen könne, glaubt er in dem Erfolge der hypnotischen Suggestiv-Therapie einen weiteren Beweis zu sehen für die Richtigkeit der Deutung dieses Falles als hysterischen Mutismus. Zur Mittheilung dieses von Herrn Prof. K. Dehio ihm zur Behandlung überwiesenen Falles habe sich Vortragender sowohl durch die lange Dauer der Aphasie (9 Jahre), als auch durch den schönen Erfolg der in jüngster Zeit so oft misscreditirten hypnotischen Suggestiv-Therapie bestimmen lassen. (Autorreferat).

Discussion:

a) Herr Dr. Eduard Schwarz-Riga schliesst sich dem Vortragenden in Bezug auf die Auffassung der Sprachstörung des vorgestellten Falles als hysterische an; sowohl die referirten Symptome als auch die Erfolge der hypnotischen Behandlung sprächen gewiss für diese Auffassung; — was jedoch die «in jüngster Zeit so oft misscreditirte hypnotische Therapie» selbst anlange, so müsse Redner bei seinen auf früheren Aerztetagen (I. und IV.) von ihm geäusserten Meinungen bleiben und verweise auf diese. Die hypnotische Therapie sei ihrer oft schädigenden und in den meisten Fällen nur von temporären Erfolgen begleiteten Wirkungen wegen auch fürderhin nicht zu empfehlen; sie sei als Surrogat für eine directe psychische Beeinflussung anzusehen, das aus den Mitteln des Arztes schwinden solle, sobald die directe psychische Behandlung sicherer gehandhabt werden könne; wie weit solches möglich, das zu erörtern würde zu weit führen. Das Studium der hypnotischen Zustände habe viele werthvolle Fingerzeige gegeben für die Art und Weise, wie ein Mensch durch den anderen zu beeinflussen sei, doch solle solches immer direct und nicht mit Einführung eines mystischen Momentes — der Hypnose — geschehen.

Was jedoch die Beurtheilung des vorgestellten Falles anlange, so müsse betont werden, dass die hysterische Aphasie nur als ein Symptom des vorhandenen Zustandes oder als neben dem vorhandenen Zustande bestehend aufzufassen sei. Den ganzen Zustand als einen hysterischen zu bezeichnen wäre nicht richtig. Die Zustände, die heute noch oft anscheinend mit Recht als Hysterie bezeichnet würden, müsse man

doch in vielen Fällen ganz anders beurtheilen. Dasjenige, was wir mit dem Worte Hysterie bezeichneten, gebe dem Zustande oft nur eine gewisse Färbung und unter einer Menge hysterischer Symptome verberge sich oft ein ganz anderer, oft mit grosser Mühe herauszubringender Zustand. Die Diagnose des vorgestellten Falles dürfe nicht auf Hysterie gestellt werden, obgleich der Mutismus und die Anaesthesie als hysterische Symptome gedeutet werden können; der Mutismus mit vollem Recht, die Anaesthesie mit weniger Recht. Die Patientin sei als ein psychisch decrepides Individuum anzusehen, das in der Kindheit Erkrankungen ausgesetzt gewesen, die die psychische Normalität und Integrität wahrscheinlich für Lebenszeit gestört hätten.

Wie die Erkrankung nach dem Typhus (?) aufzufassen, nach welcher die Stummheit zurückgeblieben, das sei unmöglich zu entscheiden, da alle genaueren Daten anamnestisch nicht zu erweisen gewesen. Wolle man einen Erklärungsversuch wagen, so könne man die hysterische Aphasie jedoch sehr wohl als letzten Rest einer nach Typhus nicht ganz seltenen Psychose auffassen. Redner referirt einen vor Kurzem im Diakonissenhause zu Riga beobachteten derartigen Fall, der nach Typhus Aphasie und Aphonie, Katalepsie und Abstinenz zeigte, welcher Zustand mehrere Monate bestanden hatte und unter energisch stimulirender Behandlung in 3 Wochen vollkommen heilte. Trete bei einem Individuum, das durch eine überstandene Kinderlähmung mit restirender Parese des rechten Beines und somit invalidem Gehirn, ein ähnlicher Zustand nach Typhus ein und komme kein so günstiger Verlauf zu Stande, wie in dem referirten Falle, so stehe nichts der Annahme im Wege die hysterische Aphasie als restirendes Symptom einer ähnlichen Psychose aufzufassen!

Die hypnotische Therapie habe somit auch nur ein Symptom, das ein imbecilles Individuum dargeboten, zum Schwinden gebracht; am ganzen Zustande könne dieselbe wohl nichts ändern. Bei der Classificirung der hysterischen Aphasie könne diese in dem Lichtheim'schen Schema keinen Platz finden, da sie als ein psychisches Symptom aufzufassen.

b) Herr Dr. J. Meyer wolle das Lichtheim'sche Schema nur anwenden, um von vornherein jede Annahme einer Heerderkrankung auszuschliessen. Die Aphasien nach Typhus seien

der vielfachen nervösen Störungen wegen, welche dieselben in vielen Fällen begleiteten und die nur auf organische Veränderungen in Folge der typhösen Infection zurückgeführt werden könnten, nicht in dem Maasse, wie der Vorredner es wolle, auf hysterische Anlage zurückzuführen.

c) Herr Dr. Eduard Schwarz: bei den organischen Erkrankungen des Hirn-Rückenmarkes kämen meist verschiedene Reihen von Symptomen zur Beobachtung, deren Trennung gewiss eine schwere, oft eine unmögliche sei; es kämen in Betracht, einerseits direct durch die Läsion bedingte Ausfallssymptome, andererseits indirect durch die Läsion bedingte sogenannte Fernwirkungen und drittens psychisch bedingte Symptome, unter denen sich auch hysterische oft finden liessen. In diese letztere Reihe von Symptomen müsse der Mutismus der Patientin eingegliedert werden.

d) Herr Dr. Kessler Dorpat fragt den Vortragenden, ob bei der hypnotischen Behandlung auch eine Beeinflussung der bei der vorgestellten Patientin vorhandenen Anaesthesie versucht worden sei.

e) Herr Dr. J. Meyer habe bis jetzt die Anaesthesie suggestiv nicht beeinflusst, beabsichtige dasselbe aber in der nächsten Zukunft zu thun.

f) Herrn Dr. Schönfeldt scheine es im Interesse einer nothwendigen präciseren Anwendung des Begriffes Hysterie nicht zulässig den von Herrn Dr. Schwarz angeführten Fall als «unter dem Bilde der Hysterie» verlaufend zu bezeichnen. Im Gegentheil scheine es näher zu liegen den ganzen Zustand als eine nach Typhus sehr häufige Psychose-Dementia acuta aufzufassen, welche, wie so oft unter Stupor, Abstinenz, Katalepsie verlaufend in 6—9 Monaten unter roborirender Behandlung in Genesung übergehen könne.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz sei wie er ja angeführt zu haben glaube der Ansicht des Herrn Vorredners, dass es sich in dem von ihm herangezogenen Falle um eine Psychose nach Typhus gehandelt habe; er habe ihn auch nur im Laufe eines Erklärungsversuches der beobachteten hysterischen Aphasie herangezogen. Den heutigen Zustand der vorgestellten Patientin wolle er ja nicht einmal als hysterischen bezeichnen und sei auch durchaus nicht Willens die acute Psychose seiner Patientin als eine hysterische zu bezeichnen. Der Zustand habe

ihn aber freilich sehr an einen hysterischen erinnert, das Gebahren des Patienten sei sehr ähnlich dem eines Hystericus gewesen. Der Begriff «Hysterie» sei durchaus noch lange kein richtig und genügend definirter und wäre es für die medicinische und Laien-Welt vielleicht am glücklichsten diesen Begriff ganz los zu werden; jedenfalls müsse seine Anwendung eingeschränkt werden.

h) Herr Dr. Schönfeldt: Gerade weil der Begriff der Hysterie eingeschränkt werden müsse, sei es im Interesse der Klarheit wünschenswerth Zustände nicht als «der Hysterie ähnlich» oder unter dem Bilde der Hysterie verlaufend etc. zu bezeichnen, die mit derselben nur eine flüchtige äussere Aehnlichkeit bekundeten, in Wirklichkeit aber gar nichts mit der Hysterie zu thun hätten. In dem von Herrn Dr. Schwarz besprochenen Falle seien auch keinerlei hysterischen Symptome objectiv nachgewiesen worden, es könnte daher der prakt. tische Arzt irre geleitet werden und einen gewissen inneren Zusammenhang und eine Gleichartigkeit fälschlicher Weise vermuthen.

i) Herr Dr. Eduard Schwarz: in den meisten oder in vielen Fällen, der bei uns zu Lande beobachteten Fälle von Hysterie könne man lange nicht so oft objective Symptome finden, als etwa in Frankreich. Wolle man sich auf die einzelnen Bezeichnungen und Ausdrücke stützen, so könnte man oft irre geleitet werden. Die Acten über die Hysterie seien noch lange nicht geschlossen.

k) Herr Dr. Schönfeldt: es handele sich in den beiden angeführten Fällen um 2 grundverschiedene Zustände, die zu einander nicht in Beziehung gebracht werden dürften; hier handele es sich um eine Hysterica, die auch wenn die Aphasie und Anaesthesie geschwunden seien, voraussichtlich invalide bleiben werde, d. h., wahrscheinlich andere hysterische Symptome für ihr Leben behalten werde. Dort aber um einen Mann, der nach dem Typhus eine typische Psychose durchgemacht und voraussichtlich fortan rüstig und gesund bleiben werde. Er habe eben nichts hysterisches dargeboten. Gerade dem praktischen Arzte gegenüber erscheine es besonders wünschenswerth nicht Krankheitsbilder mit der Hysterie auch nur im Entferntesten in Zusammenhang zu bringen, nur weil gewisse Symptome denen der Hysterie ähnlich seien; die

geschilderten Zustände hätten nichts mit einander gemein und vom principiellen Standpunkte seien sie daher auch praecise und consequent von einander zu halten.

1) Herr Dr. Eduard Schwarz glaube nicht die beiden Zustände mit einander verglichen oder sie in einen Zusammenhang gebracht zu haben; wenn ein Vergleich gemacht werden solle, könne nur der Zustand den Patientin damals vor 9 Jahren dargeboten habe mit dem Zustande verglichen werden, die sein Pat. zeigte; doch sei weder sicher bekannt, ob Patientin wirklich den Typhus durchgemacht oder eine andere längere Zeit dauernde fieberhafte Krankheit; noch sei es möglich sich über den Zustand, der dem praesumtiven Typhus folgte ein klares Bild zu verschaffen. Man sehe nur ein Endstadium vor sich, das nicht als Hysterie zu bezeichnen, sondern als psychische Invalidität, wie Vorredner selbst angebe, aufzufassen sei: die hysterischen Symptome seien Begleiterscheinungen.

2. Herr Dr. G. v. Knorre hält seinen Vortrag: «**Ueber Vaginofixation des Uterus**». (Der Vortrag ist in extenso in der Nr. 44. 1893, der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift erschienen).

Discussion.

a) Herr Dr. M. Treymann Riga habe 3 Operationen von Vaginofixation des Uterus gemacht, nach Dührsen, und in einem Falle nach Mackenrodt's Angaben einem Collegen assistirt; Redner meint, dass gute Erfolge zu erzielen seien, wo die Ventrofixatio uteri und die Pessarbehandlung nicht angängig sei; vorausgesetzt, dass man den Uterus zwischen Fundus und orificium internum fixirte. Redner wende am liebsten versenkte Seidennähte an.

b) Herr Prof. Dr. Küstner erwähnt, dass er Mackenrodt in Deutschland habe operiren sehen und habe constatiren können, dass das hier angewandte Verfahren ein absolut nicht von dem Mackenrodt'schen abweichendes gewesen sei. Die Misserfolge fielen also der Methode zur Last; ferner erwähnt Redner einen Fall, wo er ein halbes Jahr nach der vaginalen Fixation die Ventrofixation gemacht habe und sich habe überzeugen können, dass die oberen Suturen, obwohl einen Ctm. über dem Muttermunde liegend den Uterus sehr tief gefasst hatten, und doch von einer Corpusfixation eigentlich nicht die

Rede gewesen sei. Redner glaubt, dass dieses stets der Fall sein werde; man werde immer tiefer fixiren, als man beabsichtige und sei solches der bedeutenden Cervixdehnung, welche während der Operation erfolge, zuzuschreiben. Dieses werde stets der schwache Punkt der vaginalen Fixation bleiben und würden auch deshalb Misserfolge nie ausbleiben.

c) Herr Dr. Eduard Schwarz vermisst in den angeführten Krankengeschichten Angaben über die vor dem Operationsverfahren versuchte Therapie. Die Retrodeviationen seien oft Begleiterscheinungen eines allgemeinen Schwächezustandes mit besonders stark ausgeprägtem Schwächezustande der Unterleibsorgane. Ehe man Frauen einer Operation unterwerfe, die keine günstigen Aussichten darböte, wie Vortragender zeige, sei in passenden Fällen eine allgemein roborirende Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Unterleibsorgane, die durch den faradischen Strom günstig zu beeinflussen seien, einzuleiten und sei oft von gutem Erfolge begleitet. Redner zeigt an einem Beispiel, das er kürzlich in Riga in der Praxis erlebte, wie durch ein solches Verfahren ein vollkommen normaler Stand des Uterus habe erzielt werden können; der Befund sei von einem Gynäkologen controllirt worden: Referent empfiehlt in den oft trostlosen Fällen ein derartiges Verfahren nicht unversucht zu lassen, ehe man operire.

3. Der Vortrag des Herrn Dr. Fr. Hach Riga «**Die Discission des canalis cervicis und die Sterilität der Ehe**» musste fortfallen, da Herr Dr. Hach amtlich verhindert war auf dem Aerztetage zu erscheinen.

4. Herr Dr. M. Treymann-Riga hält seinen angekündigten Vortrag «**Ueber submucöse Myome**» (Der Vortrag ist in extenso in der Nr. 2 1894 der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift erschienen).

5. Herr Dr. v. Knorre-Dorpat giebt ein **Correferat** zu dem Vortrag des Herrn Dr. Treymann und bespricht die vaginalen Methoden der Entfernung von Uterusmyomen. Bei der unvergleichlich geringeren Gefährlichkeit des Eingriffes von der Scheide aus gegenüber den abdominellen Operationsmethoden will Ref. ersterem überall da den Vorzug geben, wo dieselbe möglich und die Entfernung des Myoms wirklich indicirt sei. Ref. führt die für die vaginalen Eingriffe: Enucleation, Abtragung mittelst Scheere und Messer oder der

Schulze'schen Löffel-Zange geeigneten Fälle an, weist dann aber besonders auf ein Verfahren hin, das bei der jetzt üblichen Anti- und Aseptik das Feld für die Operationen von der Scheide aus bedeutend erweitere. Diese Methode und die zwei- resp. mehrzeitige vaginale Enucleation lasse Tumoren in Angriff nehmen, die früher wegen ihrer abnormen Grösse einen Eingriff von der Scheide aus contraindicirte Es werde hierbei in der ersten Sitzung so viel vom Tumor entfernt, als ohne besondere Mühe möglich, die Uterushöhle mit Jodoformgaze tamponirt und durch Eis, Cornutin oder Ergotin für energische Uteruscontractionen gesorgt. Nach 10—14 Tagen sei der Tumorrest durch die Zusammenziehungen der Gebärmutter tiefer herabgetreten und gelockert — es könne jetzt die vollständige Entfernung des Tumors vorgenommen werden. Referent empfiehlt dieses Verfahren auf Grund seiner Erfahrungen an der Dorpater Frauenklinik weil:

a) der Eingriff von allen Patientinnen gleich gut vertragen werde — selbst bei hochgradig Anämischen habe der unvermeidliche Blutverlust keine üblen Folgen gehabt.

b) der Eingriff, gegenüber der Laparotomie von bedeutend geringerer Gefährlichkeit, schon seines durchaus conservativen Charakters wegen den Vorzug verdiene.

c) die Entfernung des Myoms, besonders des Restes, auch wenn er der grössere Theil, keine unüberwindlichen Schwierigkeiten darbiete, da derselbe durch die Uteruscontractionen gelockert sei.

Eine Contraindication für die zweizeitige Enucleation — breitbasige, submucöse Entwickelung des Myoms vorausgesetzt — würde nur durch eine unverkürzte lange Cervix gegeben sein.

Ein weiteres Verfahren, dem Referent das Wort redet, sei die vaginale Totalexstirpation wegen myomatös degenerirtem Uterus. Auch hier sei ja natürlich präcise Indicationsstellung, ob überhaupt operirt werden solle, Voraussetzung. Sei diese erfüllt, so müsse man als geeignet hierfür die Fälle bezeichnen, wo der Uterus von multiplen Myomen durchsetzt die Grösse einer Mannesfaust nicht überschreite. Es sei diesem Verfahren dort der Vorzug zu geben, wo es mit der Castration in Concurrenz trete, da das direct erkrankte Organ fortgeschafft werde und man etwaigen Psychosen, wie sie nach

Castration nicht selten beobachtet wurden, aus dem Wege gehe.

Als letztes Verfahren zieht Ref. die Unterbindung der Art. uterinae (Küstner-Gottschalk) in den Kreis der Betrachtungen. Ref. habe gute und schlechte Resultate nach solcher Ligirung beider Arterien gesehen, könne sich daher noch nicht bestimmt dafür oder dagegen erklären. Ref. sei geneigt dieses Verfahren in geeigneten Fällen anzuwenden, da dieser Eingriff entschieden die geringste Gefahr mit sich bringe.

Discussion:

a) Prof. Dr. Thoma fragt den Vortragenden, binnen welcher Zeit nach Enucleation eines Uterusmyoms die Blutungen aus der Uterusschleimhaut aufhörten.

b) Herr Dr. M. Treymann: nach Operation der Cervix- und Uterusmyome lasse die Congestion der Beckenorgane resp, der Uterin-Mucosa und der Ovarien anscheinend rasch nach der Uterus verkleinere sich schnell und schliesse sich ab. Die Menses seien bald regelmässig und spärlich; wie schnell und ausgiebig die Rückbildung vor sich gehe, beweise ein einschlägiger Fall, in welchem nach Fortschaffung eines Cervixmyoms ein birngrosses Ovarium schnell sich bis auf Mandelgrösse zurückgebildet habe.

c) Herr Dr. v. Knorre hebt Herrn Prof. Thoma gegenüber das verschiedene Verhalten der Schleimhaut des Uterus hervor, die bald hypertrophisch, bald rareficirt erscheine. Nach vorausgegangener Enucleation sistirten die Blutungen nach den Erfahrungen der Dorpater Klinik stets und kehrten nicht wieder, es sei denn, dass ein neues Myom zu erneuten Blutungen Veranlassungen gäbe.

7) Der vorgerückten Zeit wegen bittet der Herr Praeses Herrn Dr. Keilmann nur einen von den von ihm angekündigten Vorträgen nach freier Wahl vortragen zu wollen.

Herr Dr. Keilmann wählt geäusserten Wünschen gemäss seinen Vortrag «**Ueber Geburten mit Wehenschwäche**» (Der Vortrag wird in extenso in der St. Pet. Med. Woch. erscheinen). Eine Discussion kam nicht zu Stande.

8) Herr Dr. A. v. Schrenck St. Petersburg hält seinen angekündigten Vortrag über «**Metritis dissecans**» und de-

monstrirt das betreffende Präparat. (Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.)

Eine Discussion kam nicht zu Stande.

9) Der Präses stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf § 23) gewünscht werde; die Frage wird einstimmig verneint.

10) Nachdem der Präses den Theilnehmern für das Interesse, das sie den Verhandlungen des Aerztetages entgegengebracht, gedankt, wird der Aerztetag statutengemäss durch den örtlichen Herrn Kreisarzt Dr. Ströhmberg geschlossen.

z. Z. Secretär Dr. med. Eduard Schwarz.

Corrigenda:

In der zur Eröffnung des Aerztetages von Dr. Truhart gehaltenen Rede muss es heissen:

Pag. 1 Zeile 3 von unten statt «das Zutrauen unserer Aerzte» — «die Interessen unserer Aerztegesellschaft».

Pag. 6 Zeile 9 von unten statt «Druckschriften» — «Denkschriften».

Anmerkung. Dr. Selenkow ist durch Krankheit verhindert worden, seinen Vortrag «Zur operativen Behandlung der Pylorostenose» drucken zu lassen.

Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung.

Vortrag, gehalten auf dem V. Livländischen Aerztetage.

Von

Doc. Dr. Friedrich Krüger.

M. H. Die kurze Spanne Zeit, die mir zur Verfügung steht, macht es mir unmöglich, auf die Einzelheiten beim Vorgange der Gerinnung und auf die Frage, welche Bestandtheile der Leucocyten hauptsächlich an derselben Theil nehmen, näher einzugehen; ebenso wenig kann ich mich darauf einlassen, die von verschiedenen Seiten gegen die Al. Schmidt'sche Blutgerinnungstheorie erhobenen Bedenken einer Wiedergabe und Kritik zu unterziehen. Ich muss mich vielmehr darauf beschränken, die Gerinnungstheorie Al. Schmidt's der Hauptsache nach mit wenigen Worten anzuführen. Dieselbe lautet, kurz gefasst:

«Durch die spaltende Kraft des Plasma wird das Fibrinferment von den weissen Blutkörperchen abgespalten und durch die Einwirkung dieses das Fibrin aus den Fibringeneratoren — Paraglobulin und Metaglobulin — gebildet».

Die Hauptfactoren bei der Gerinnung sind somit das Plasma und die weissen Blutkörperchen.

Es ist aber eine bekannte Thatsache, dass nach beendeter Fibrinbildung immer noch eine gewisse Menge weisser Blutkörperchen sich im Blute vorfindet, dass also nicht alle Leucocyten in gleichem Maasse sich an der Gerinnung betheiligen.

Rauschenbach[1]) ist es gelungen nachzuweisen, dass diese, sich bei der Gerinnung verschieden verhaltenden Zellenarten auch einigen Farbstoffen gegenüber (Eosin, Carmin) sich verschieden zeigen: die bei der Gerinnung leichter zerfallenden Zellen weisen ein geringeres Tinctionsvermögen auf, als die resistenteren.

Das Factum, dass einerseits nicht alle weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung zu Grunde gehen, andererseits dieselben je nach ihrer Resistenzfähigkeit ein verschiedenes Tinctionsvermögen besitzen, legte die Vermuthung nahe, dass dem verschiedenen Verhalten der Leucocyten bei der Gerinnung morphologische Verschiedenheiten derselben entsprechen würden, d. h. dass die ein- und mehrkernigen weissen Blutkörperchen nicht in gleicher Weise sich an der Gerinnung betheiligen. Diese Vermuthung fand durch die Untersuchungen des Herrn Collegen H. Berg[2]) ihre Bestätigung.

Die Frage, ob die mehrkernigen Leucocyten aus den einkernigen entstehen oder ob die Verschiedenartigkeit der Kerne der Leucocyten der Ausdruck einer verschiedenen Bildungsstätte derselben ist, will ich zunächst unberücksichtigt lassen und direct auf die Resultate Berg's übergehen.

Die Versuche führten wir an gekühltem Pferdeblutplasma einerseits und Hunde- und Katzenblut andererseits aus. Zur Färbung und Conservirung der Leucocyten benutzten wir $^1/_3$ pCt. Essigsäure, welche mit conc. wässeriger Methylviolettlösung so lange versetzt wurde, bis das Gemisch ungefähr die Farbe einer hellvioletten Tinte zeigte. Die Zählungen selbst wurden nach Thoma-Zeiss ausgeführt. Dabei wurden nur solche Leucocyten als «einkernige» bezeichnet, deren Kern streng die kreisförmige Contur einhielt. Sobald sich die geringsten Abweichungen von der Kreisform, wie Einbuchtungen, Einknickungen und dergl. vorfanden, wurden sie den «mehrkernigen» zugezählt.

---

[1]) Rauschenbach. Ueber die Wechselwirkung zwischen Protoplasma und Blutplasma.

[2]) H. Berg. Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung. Inaug.-Dissert., Jurjew, 1893.

Es ergab sich nun aus den in dieser Weise ausgeführten Versuchen, in Uebereinstimmung mit den Resultaten von Heyl [3]), dass durch den Process der Gerinnung der grösste Theil der ursprünglich im Blut vorhandenen Leucocyten zum Schwund gebracht wird. Wie Heyl konnten auch wir constatiren, dass das Pferdeblutplasma durch das Defibriniren durchschnittlich 71 pCt. seiner Leucocyten verliert.

Weniger hochgradig ist, soweit wir uns nach unseren wenigen Versuchen einen Schluss erlauben dürfen, der Verlust an Leucocyten im rothen Blute von Hunden und Katzen, wir fanden denselben zu etwa 46 pCt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass diese Leucocyten zu Grunde gehen, um sich an der Gerinnung zu betheiligen.

Die Betheiligung ist aber, wie unsere Beobachtungen weiter ergeben haben, quantitativ verschieden von Seiten der mehr- und einkernigen weissen Blutkörperchen. Es hat sich für das Pferdeblutplasma herausgestellt, dass durch das Defibriniren nahezu 80 pCt. der mehrkernigen und nur 40 pCt. der einkernigen Leucocyten zu Grunde gehen. Noch deutlicher tritt dieser Unterschied beim Katzen- und beim Hundeblute zu Tage, wo 58 pCt. der mehrkernigen und 10 pCt. der einkernigen weissen Blutkörperchen zum Schwunde gebracht werden durch die Gerinnung. Bedenken wir nun, dass im lebenden Blute auf 100 Leucocyten 75 mehr- und nur 25 einkernige kommen, so stellt sich heraus, dass auf 100 bei der Gerinnung zu Grunde gegangene Leucocyten nur die verschwindend kleine Zahl von 5—6 einkernigen kommt.

Es entsteht nun die Frage: Wie soll man sich einerseits die Resistenz eines Theiles der mehrkernigen Leucocyten und andererseits das Schwinden eines Theiles der einkernigen Leucocyten durch die Gerinnung erklären?

Das Unbetheiligtbleiben eines Theiles der mehrkernigen farblosen Blutkörperchen an der Gerinnung lässt sich

---

[3]) N. Heyl. Zählungsresultate betreffend die farblosen und rothen Blutkörperchen. Inaug.-Dissert., Dorpat, 1882.

leicht verstehen, wenn man mit Löwit[4]) annimmt, dass die morphologischen Verschiedenheiten nur der Ausdruck verschiedener Entwickelungsstadien einer und derselben Art sind und dass die Leucocyten mit mehreren Kernfragmenten die ältesten und hinfälligsten Formen darstellen.

Schwieriger ist die Beantwortung des zweiten Theiles der Frage, doch, glaube ich, ist folgende Erklärung möglich.

Es wäre nämlich denkbar, dass, ähnlich wie die rothen Blutkörperchen sich in Geldrollenform an einander lagern, auch die weissen Blutkörperchen, in Folge physikalischer und vitaler Bedingungen, zusammentreten, mit einander verbacken und Klümpchen bilden. In diesen Klümpchen zerfallen dann zunächst die am wenigsten resistenten Leucocyten unter Bildung eines Fibrinnetzes, welches die resistenteren umschliesst; je nach der «Reife zum Zerfall» schreitet nun die Lösung der Leucocyten unter fortdauernder Fibrinbildung verschieden rasch vorwärts bis schliesslich nur die an der Gerinnung nicht Theil nehmenden einkernigen farblosen Blutkörperchen, vom Fibrin eingeschlossen, intact bleiben.

Diese Hypothese findet, wie mir scheinen will, in der mikroskopischen Beobachtung Al. Schmidt's eine Unterstützung.

Al. Schmidt fand nämlich, dass die kleinen Flöckchen, die im gekühlten Pferdeblutplasma entstehen, ursprünglich fast ausschliesslich aus Leucocyten bestehen, die durch eine gallertige Masse zusammengehalten werden und sehr bald zu Körnerhaufen zerfallen, um allmählich vollständig zu verschwinden; in demselben Masse, wie dieser Schwund vor sich geht, bildet sich der Faserstoff aus, so dass man schliesslich Fibrin vor sich sieht, in dem nur sehr wenige dem Zerfall entgangene farblose Blutkörperchen sich finden[5]).

[4]) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall weisser Blutkörperchen. Sitzgsber. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. 92. 1885. Löwit. Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. Verlag von G. Fischer, Jena, 1892.

[5]) Al. Schmidt. Pflüger's Archiv. Bd. IX und XI.

Leider war ich bisher, durch von mir unabhängige Umstände, verhindert, die oben aufgestellte Hypothese experimentell auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Die bisher gewonnenen Resultate berechtigen uns aber jedenfalls zur Aufstellung folgender Sätze:

1. Im lebenden Blute überwiegt die Zahl der mehrkernigen Leucocyten die der einkernigen bei Weitem. (75—80 : 25—20).

2. Durch den Process des Defibrinirens wird die Mehrzahl der Leucocyten zum Schwunde gebracht; dabei gehen hauptsächlich die mehrkernigen zu Grunde.

Für das normale Menschenblut fand Löwit[6]) das Verhältniss der ein- zu den mehrkernigen Leucocyten = 20 : 80; im geronnenen Blute hat er dieselben nicht gezählt; es liegt jedoch nicht der mindeste Grund vor zur Annahme, dass sie sich bei der Gerinnung anders verhalten, als die weissen Blutkörperchen der von uns untersuchten Blutarten.

Bevor ich nun auf die diesbezüglichen Verhältnisse im kranken Blute übergehe, muss ich betonen, dass ich hinsichtlich der Bedeutung und Entstehung der ein- und mehrkernigen Leucocyten voll und ganz der Ansicht Löwit's mich anschliesse, d. h. dass auch ich die verschiedenen Formen der Leucocyten mit Rücksicht auf die Gestalt ihrer Kerne nicht, wie es vielfach, namentlich in neuerer Zeit, geschieht für verschiedene Arten je nach der Bildungsstätte, sondern nur für verschiedene Entwicklungsstadien einer und derselben Art halte, von denen die einkernigen die jüngsten, die mit mehreren deutlich getrennten Kernfragmenten die ältesten Individuen darstellen. Unter dieser Auffassung ist es auch leicht verständlich, warum bei der Gerinnung in so hohem Maasse die sog. mehrkernigen Leucocyten zu Grunde gehen, während die einkernigen relativ resistent erscheinen. Diese müssen eben im Blute selbst erst noch, wie Al. Schmidt sich ausdrückt, «dem Zerfall entgegenreifen».

Es würde mich, m. H., viel zu weit führen, wollte ich mich noch länger bei dieser Frage aufhalten und all' das

[6]) l. c.

Pro und Contra der angeführten Anschauung aufzählen. Gestatten sie mir daher, nunmehr zur Betrachtung der weissen Blutkörperchen des kranken Blutes überzugehen.

Zwei «Bluterkrankungen», wenn sie mir den Ausdruck gestatten, sind es, die heute unser Interesse beanspruchen müssen — die Leucocytose und die Leucaemie in ihren verschiedenen Formen.

Selbst in den gebräuchlichsten Lehrbüchern wird jedoch auf die Leucocytose kein grosses Gewicht gelegt und nur en passant wird dieselbe erwähnt.

Als differential-diagnostisches Merkmal gegenüber der Leucaemie wird angegeben, dass bei ihr die Vermehrung der weissen Blutkörperchen nur vorübergehend und nie so hochgradig ist, wie bei der Leucaemie.

Wenn wir aber dessen eingedenk sind, dass es Fälle von Leucaemie giebt, in denen Organerkrankungen nicht nachweisbar sind, ferner, dass sehr wohl Fälle von Anaemien verschiedener Art mit Leucocytose combinirt denkbar sind; wenn wir weiterhin die Möglichkeit nicht aus dem Auge lassen, dass wir nur deswegen bei Leucaemie eine so starke Vermehrung der farblosen Blutkörperchen antreffen, weil die Kranken den Arzt in der Regel erst in vorgeschrittenen Fällen consultiren und vielleicht im Beginn der Erkrankung die erwähnte Leucocytenvermehrung nicht so hochgradig ist, so werden wir zugeben müssen, dass der Befund der üblichen mikroskopischen Blutuntersuchung nicht immer im Stande sein wird, uns eine genügend sichere Differentialdiagnose zwischen Leucocytose und Leucaemie stellen zu lassen. Rein quantitative Unterschiede lassen sich überhaupt nicht zu sicheren differentialdiagnostischen Zwecken verwerthen — bei welchen Zahlen soll denn die Leucocytose aufhören und die Leucaemie beginnen?

Wir müssen also nach Unterschieden im Blute Leucocytotischer und Leucaemischer fahnden, die differentialdiagnostisch verwerthbar wären. Solche Unterschiede scheinen nun thatsächlich vorzuliegen. Das Verhältniss der ein- und mehrkernigen farblosen Blutkörperchen zu einander ist nämlich ein verschiedenes bei Leucaemie und Leucocytose.

Wir haben gesehen, dass unter physiologischen Bedingungen im Menschenblute auf 100 Leucocyten 80 mehrkernige und 20 einkernige kommen. Das Verhältniss derselben ist nun, nach den Beobachtungen von Löwit[7]) bei der Leucocytose der Norm gegenüber nicht geändert. Die Menge der einkernigen weissen Blutkörperchen schwankte in den von ihm untersuchten Fällen zwischen 10 und 20 pCt., die der mehrkernigen dementsprechend zwischen 90 und 80 pCt. «Aus diesen Beobachtungen», sagt Löwit, «geht hervor, dass das Mengenverhältniss zwischen einkernigen und mehrkernigen Leucocyten gegenüber dem normalen Blut keine wesentlichen Aenderungen zeigt und dass daher wohl auch die Umwandlungen der einkernigen in mehrkernige weisse Blutkörperchen im circulirenden Blut bei Leucocytose in der gleichen Weise, wie unter normalen Verhältnissen vor sich gehen dürfte».

Auf die Bedeutung dieses Letzteren werde ich später noch zurückkommen.

Bei der Leucaemie kehrt sich das Verhältniss zwischen den ein- und mehrkernigen Leucocyten der Norm gegenüber um, wie Löwit[8]) durch wiederholte Zählungen bei 12 Leucaemischen hat constatiren können und was auch ich durch 2 untersuchte Fälle bestätigen kann. In der Mehrzahl der Fälle übersteigt die Zahl der einkernigen weissen Blutkörperchen die der mehrkernigen um ein Bedeutendes.

Diese soeben genannten Befunde am Blute Leucaemischer und Leucocytotischer verdienen meiner Ansicht nach, die Beachtung der Kliniker, denn sie geben ihnen ein werthvolles differentialdiagnostisches Mittel in die Hand. Die Untersuchungsmethode ist zudem eine so leichte und bequeme, dass sie ohne viel Zeitverlust von jedem praktischen Arzte ausgeführt werden kann.

Kommt es nur darauf an, das Verhältniss zwischen ein- und mehrkernigen Leucocyten festzustellen, so lässt man aus der Fingerkuppe des Patienten 2—3 Tropfen

---

[7]) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.
[8]) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.

Blut zu 10 resp. 15 Tropfen der oben angegebenen Methylviolett-Essigsäure-Lösung fliessen, mischt ordentlich durch, bringt von diesem Gemisch ein Tröpfchen auf den Objectträger und zählt die ein- und mehrkernigen farblosen Blutkörperchen im Gesichtsfelde. Will man genauer vorgehen, so benutzt man die Malassez'sche Mischpipette und die Thoma-Zeiss'sche Zählkammer.

Besser als die erwähnte Conservirungsflüssigkeit, soll nach Löwit[9]), 1/4—1/2 pCt. Ag.NO$_3$Lösung sein, da durch die Säure, nach ihm, die Kerne der grossen einkernigen Leucocyten leicht in ihrer Form verändert werden können u. zw. derart, dass sie Einbuchtungen erhalten und daher zu den mehrkernigen Leucocyten gezählt werden.

Wir haben also, m. H., gesehen, dass bei der Leucocytose, wie bei der Leucaemie eine Vermehrung der farblosen Blutkörperchen stattfindet, dass aber in dem ersteren Falle dadurch das Verhältniss zwischen mehr- und einkernigen Zellen nicht merklich geändert wird, während im zweiten besonders stark eine Vermehrung der einkernigen Elemente entgegentritt. Wie soll diese auffallende Erscheinung erklärt werden?

Ich habe, m. H., vorhin gesagt, dass ich der Ansicht bin, die verschiedenen Formen der farblosen Blutkörperchen seien nichts Anderes, als der Ausdruck verschiedener Entwicklungsstadien einer und derselben Art, die jugendlichen i. e. einkernigen Leucocyten müssten im Blute erst dem Zerfall entgegenreifen, hier ihre Entwicklung beenden; ferner habe ich gleich zu Anfang betont, dass bei der Gerinnung die Hauptrolle die Leucocyten und das Plasma spielen, indem dieses spaltend auf die Leucocyten wirkt.

Es liegt nun nahe anzunehmen, dass das Blutplasma einen Einfluss nicht nur auf die reifen Blutzellen hat, sondern auch auf die Jugendformen derselben bezüglich ihrer Entwicklung.

---

[9]) Löwit. Beiträge zur Leucaemie. Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. 95, 1887.

In dem gesunden Plasma mussten nach dieser Anschauung also normale Leucocyten auch eine normale Entwicklung zeigen d. h. einkernige sehr bald in mehrkernige übergeführt werden.

Etwas derartiges sehen wir, glaube ich, auch bei der Leucocytose, bei der gewiss nicht mehrkernige, sondern einkernige Leucocyten ins Blut gelangen, in diesem aber sehr bald sich zu mehrkernigen verwandeln, welche dann über die einkernigen überwiegen, so dass das normale Verhältniss wieder hergestellt wird. Ich glaube, dass Löwit's [10]) Versuche, in denen er bei Kaninchen durch Leucolyse, plötzliches Vernichten der im circulirenden Blute enthaltenen Leucocyten, künstlich Leucocytose bewirkte, sehr dafür sprechen. Es ist aus diesen Versuchen ersichtlich, dass zunächst eine colossale Steigerung der einkernigen gegenüber den mehrkernigen weissen Blutkörperchen auftritt, auf die jedoch sehr bald die Rückkehr zu den normalen Verhältnissen folgt, während die Leucocytose noch fortdauert.

Bei der Leucaemie sehen wir aber bekanntlich, entgegengesetzt der Leucocytose, das Ueberwiegen der einkernigen über die mehrkernigen farblosen Blutzellen.

Es fragt sich nun, warum werden hier die einkernigen nicht in mehrkernige Leucocyten umgewandelt? Ist das Plasma anormal oder sind es die weissen Blutkörperchen?

Birk [11]), Groth [12]) und Löwit [13]) haben schon die Vermuthung ausgesprochen, dass das Blutplasma bei der Leucaemie seine protoplasmazersetzende Eigenschaft verloren habe und die Richtigkeit dieser Vermuthung ist durch J. v Samson-Himmelstjerna [14]) auch bestätigt worden.

---

[10]) Löwit. Stud zur Phys. und Path. etc. G. Fischer, Jena 1892.

[11]) Birk. Petersb. med. Wochenschrift. 1884, Nr. 47 und 48.

[12]) Groth. Ueber die Schicksale der farblosen Elemente etc. Dissert., Dorpat, 1884.

[13]) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.

[14]) J. v. Samson-Himmelstjerna. Ueber leucaemisches Blut etc. Dissert., Dorpat 1885.

Bekanntlich wirkt das Blutplasma nicht nur auf die weissen Blutkörperchen spaltend ein, sondern vielmehr auf jedes Protoplasma, also auch auf Lymphdrüsenzellen, Eiterzellen, Spermatozoen u. s. w. Die Wirksamkeit eines Plasma lässt sich daher leicht prüfen, wenn irgend ein Protoplasma zur Verfügung steht.

v. Samson stellte nun mit seinem leucaemischen Blute einen derartigen Versuch an. Das Blut an sich gerann in 6,50 Min.; nach Zusatz von $^1/_{15}$ seines Volum Lymphdrüsenzellenbrei gerann es erst nach 9,05 Min. und in einer 2. Probe, zu der $^1/_7$ Vol. Zellenbrei hinzugefügt war, trat die Gerinnung gar erst nach 12,20 Min. ein. Damit war der Beweis geliefert, dass das Plasma des leucaemischen Blutes nicht normal war, dass es an seiner Spaltungsfähigkeit Einbusse erlitten hatte.

Da nun festgestellt ist, dass das Plasma des leucaemischen Blutes nicht normal ist, so ist es mindestens wahrscheinlich, dass darin auch der Grund liegt, warum die Leucocyten in ihm sich nur schwer entwickeln können und dass aus diesem Grunde wiederum die einkernigen so sehr über die mehrkernigen Leucocyten überwiegen.

Ich möchte nicht schliessen, m. H., ohne Ihnen noch ein interessantes Beispiel für den Werth dieser Gerinnungsproben anzuführen, das freilich nicht auf dem Gebiete der Pathologie liegt.

Als ich meine Dissertation schrieb, arbeitete ich an Foetalblut und es fiel mir die eigenthümliche Art der Gerinnung desselben auf; sie tritt nämlich sehr schnell ein, beginnt durchschnittlich schon nach 45 Sec., dauert aber sehr lange, so dass sie erst nach mehr als 18 Min. vollendet ist. Dieses sonderbare Verhalten konnte seinen Grund haben: 1) in einer Herabsetzung der Spaltungsfähigkeit der Blutplasma, 2) in einer Verminderung der weissen Blutkörperchen oder 3) in einer verminderten Spaltbarkeit derselben. Punkt 2 fällt weg, denn das Foetalblut enthält recht viel Leucocyten.

Ich stellte die Probe mit Lymphdrüsenzellen an und es zeigte sich, dass entsprechend der Quantität des Zellzusatzes die Gerinnungszeit abnahm: das Plasma besass

also die ihm zukommende Spaltungsfähigkeit. Somit war jetzt auch Punkt 1 ausgeschlossen und ich durfte sagen: der Grund der langsamen Gerinnung des Foetalbluts liegt in einer relativ geringen Spaltbarkeit der weissen Blutkörperchen desselben. Leider habe ich damals noch nicht auf die Ein- und Mehrkernigkeit der Leucocyten geachtet.

Sie sehen, m. H., zu welchen Ergebnissen solche Gerinnungsprüfungen führen und welchen Einblick in das Blutleben sie uns gestatten. Sie sehen weiter, m. H., dass es durchaus nicht schwer ist, zu eruiren, ob das Plasma in diesem Sinne krank oder gesund ist.

Ich möchte daher, wie ich vorhin die Aufmerksamkeit auf die Prüfung des Verhältnisses zwischen ein- und mehrkernigen Leucocyten gelenkt habe, jetzt den Herrn Klinikern und praktischen Aerzten es nahe legen auch diese Prüfung in das Reich ihrer übrigen Untersuchungsmethoden aufzunehmen und nicht zu stiefmütterlich zu behandeln — sie kann uns, namentlich im Verein mit der Leucocytenzählung, manchen für den Kranken bedeutungsvollen und für die Wissenschaft hochinteressanten Aufschluss geben.

Ueber die Hyperaciditäts- und Hypersecretionszustände des Magens.

Vortrag gehalten auf dem V. livländischen Aerztetage in Dorpat.

Von

Dr. H. Westphalen.

Prosector am Deutschen Alexander-Männer-Hospital in St. Petersburg.

Hochansehnliche Versammlung!

Es giebt wohl wenig Gebiete der praktischen Medicin, welche im Laufe der letzten 15 Jahre so grosse Umwandlungen erlitten haben, wie die Pathologie der Magenkrankheiten. Wie der Kehlkopf- und der Augenspiegel ihrerzeit, so war es die Einführung des Magenschlauches zu diagnostischen Zwecken durch Leube, welche uns eine Fülle neuer Gesichtspunkte in diagnostischer und therapeutischer Beziehung, sowie in Hinblick auf die Pathologie der Magenkrankheiten eröffnete, uns lehrte, neue wohlcharakterisirte Krankheitsgruppen zu schaffen und andere schon bekannte Krankheitsprocesse in präcisere, enger begrenzte Formen zu kleiden.

Eine Bestätigung des Gesagten sehen Sie, m. H., in der Feststellung der Hyperaciditäts- und Hypersecretionszustände des Magens durch Reichmann im Jahre 1882[1])

Zuerst mehr als ein pathologisches Curiosum betrachtet, ist die in Rede stehende Erkrankung, hauptsächlich dank den Bemühungen Jaworski's und besonders Riegel's, immer mehr in den Vordergrund des Interesses gerückt. Dieser Umstand sowie die relative Häufig-

[1]) Reichmann. Berl. klin. Wochenschr. 1882.

keit des Leidens gerade in den Ostseeprovinzen waren es, welche mich bewogen, Sie, m. H., zu bitten, Ihre Aufmerksamkeit auf kurze Zeit der genannten Krankheitsform zuwenden zu wollen.

Nach Reichmann's Vorgang bezeichnet man als Hypersecretion des Magensaftes ein Verhalten des Magens, bei welchem derselbe nicht allein auf den Reiz der Speisen, wie physiologisch, sondern auch bei speisefreiem Verhalten eine vermehrte Saftsecretion aufweist. Je nach der Verlaufseigenthümlichkeit unterscheidet man allgemein 2 Formen des Magensaftflusses: eine periodische oder acute und eine continuirliche oder chronische Form.

Als Typus der periodischen Hypersecretion dürften die gastrischen Krisen der Tabetiker (Sahli) hinzustellen sein. Jedoch hat es den Anschein, als ob Tabespatienten auch zu continuirlichen Hypersecretionszuständen hinzuneigen scheinen. Ich habe bisher 2 mal Gelegenheit gehabt, Tabetiker auf ihren Mageninhalt zu prüfen und bei beiden leichte Hyperaciditäts- und Hypersecretionsverhältnisse constatiren können, ein dritter, weniger genau untersuchter Fall scheint diese Voraussetzung zu bestätigen.

Gastrische Krisen mit deutlicher Periodicität und nachweislich starker Hypersecretion des Magensaftes habe ich ferner beobachtet bei einem Kranken, bei welchem, wie der therapeutische Effect lehrte, das ursächliche Moment der Krisen in einem luetischen Processe im Dorsalmarke angenommen werden musste. Nach Leyden[2]) und Charcot soll periodisches Erbrechen auch bei Myelitis und Herdsklerose vorkommen. Schliesslich wird auch von den Franzosen auf das Vorkommen periodischer Hypersecretion bei Neurasthenikern aufmerksam gemacht, bei denen von einer organischen Veränderung im Centralapparat keine Rede sein kann. In dieselbe Gruppe dürften auch die von Wilkens[3]), sowie von Johnson und Behm[4]) referirten Krankengeschichten rubriciren. Ebenso

[2]) Leyden. Zeitschrift f. klin. Med. IV

[3]) Wilkens. Arsbärötelde fran Sabbatbergs Sjukhus för 1886. Stockholm 1887.

[4]) Johnson und Behm. Zeitschrift f. klin. Med. XXII.

dürften einem ähnlichen Gesichtspunkte auch diejenigen Zustände von hyperacid-hypersecretorischem Erbrechen zu unterwerfen sein, welche von Rossbach[5]) und Jürgensen[6]) als «Gastroxynsis nervosa» beschrieben sind. Dieselben sollen stets nach geistiger Ueberarbeitung auftreten und mit wüthenden halbseitigen Kopfschmerzen einhergehen.

Während hier bei der periodischen Hypersecretion der nervöse Charakter des Leidens offen zu Tage liegt, handelt es sich bei der continuirlichen Hypersecretion um wesentlich complicirtere Verhältnisse. Daher erklärt es sich auch, woher in der theoretischen Beurtheilung des Leidens hier die Ansichten der Autoren so wesentlich auseinandergehen. Drei Anschauungen werden hier vertreten: Die Hypersecretion soll die Folge sein 1) einer primär motorischen Störung des Magens, 2) einer primär sensiblen, 3) einer primär nervösen.

Zunächst ist es Schreiber[7]) welcher die Hypersecretion als besondere Krankheit sui generis vollständig leugnet und in derselben lediglich die Folge einer Gastrektasie erblickt. Von dem — allerdings von ihm fast ausschliesslich allein vertretenen Standpunkte — ausgehend, dass der normale Magen stets auch nüchtern Secret abscheide, glaubt Schreiber, dass bei der Gastrektasie der Reiz der im Magen stagnirenden Massen gelegentlich eine Hypersecretion bewirken kann. Einen mehr vermittelnden Standpunkt vertritt Boas[8]). Indem er einerseits dem continuirlichen Magensaftfluss eine selbständige Stellung unter den Magenneurosen einräumt, ist er jedoch andererseits geneigt für andere Fälle eine mehr mechanische Entstehungsart anzunehmen. Die von ihm als «Myasthenia gastrica» bezeichnete Atonie des Magens soll eine Stagnation der Ingesta bewirken und diese wiederum ihrerseits durch Reizung der Mucosa zur Hypersecretion führen. Es ist dieses eine Anschauung, welche schon

---

[5]) Rossbach. D. Arch. f. klin. Med. XXXV, 1884.
[6]) Jürgensen. D. Arch. f. klin. Med. XXILIII.
[7]) Schreiber. D med. Wochenschr. 1893, № 29 u. 30.
[8]) Boas. Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. II. Th. 1893.

früher einmal, wenn auch nur ganz hypothetisch, von Minkowski[9]) geäussert wurde. Unabhängig von Boas hat sich Herr College v. Engelhardt[10]) gleichfalls zu derselben bekannt. Auf ein Irritament in dem Magen selbst, mag dasselbe nun im Genusse stark reizender Speisen oder in dem Vorhandensein eines Ulcus rot. beruhen, glauben Riegel, Johnson und Behm, sowie Ritter und Hirsch die Entstehung mancher Hypersecretionen zurückführen zu müssen. Daneben sind jedoch die genannten Autoren, besonders Johnson und Behm bereit, sich der Ansicht Ewald's[11]), Rosenheim's[12]) und Anderer anzuschliessen und für viele Fälle von Hypersecretion den primär nervösen Charakter des Leidens anzuerkennen.

Aehnlichen Anschauungen wie hinsichtlich des chron. Magensaftflusses begegnen wir auch in Betreff der Hyperacidität des Magensaftes d. h. desjenigen Zustandes des Magens, bei welchem derselbe, im Gegensatz zur Hypersecretion, einzig und allein auf den Reiz der Ingesta hin mit einer qualitativ und meist auch quantitativ gesteigerten Magensaftabscheidung reagirt, nüchtern jedoch frei von Magensaft gefunden wird.

Hyperacidität soll häufig eine selbständige Neurose sein — darin sind fast alle Autoren einig. Dieselbe wird besonders häufig bei Melancholikern (v. Noorden[13]) Hysterischen (Jolly) und Neurasthenikern (Rosenheim, Johnson und Behm) gefunden, auch macht Jaworski auf das auffallend häufige Vorkommen hyperacider Magensäfte bei der zu allerhand Neurosen disponirten jüdischen Bevölkerung Galiziens aufmerksam. Abgesehen jedoch von denjenigen Fällen, bei welchen der primär nervöse Charakter des Leidens auf der Hand liegt, kommen

---

[9]) Minkowski. Mittheil. aus der Königsb. Klinik 1888.
[10]) v. Engelhardt. St. Petersb. med. Wochenschrift 1893 № 21.
[11]) Ewald. Klinik d. Verdauungskrankh. III. Aufl. 1893.
[12]) Rosenheim. Pathol. u. Therapie der Krankh. des Verdauungsapparates. 1891.
[13]) v. Noorden. Sitzungsber. d. med. Gesellsch. zu Giessen 1887.

auch Hyperaciditätszustände vor, bei denen eine nervöse Aetiologie kaum erbracht werden kann. Hier soll es nun ähnlich wie bei der cont. Hypersecretion des Magensaftes der Reiz der Ingesta oder ein Ulcus rot. sein, welches eine abnorme Reizbarkeit der Magenschleimhaut bewirkt, und dadurch den vermehrten Säuregehalt des Magensaftes erklärt. Dem gegenüber steht jedoch die Anschauung, dass gerade das umgekehrte Verhalten das wahrscheinlichere sei, dass nicht das Magenulcus die Hyperacidität hervorrufe, sondern dass der gesteigerte HClgehalt des Magens durch Verdauung haemorrhagischer Ekchymosen, oder anderer gleichwerthiger nekrobiotischer Processe, das Ulcus erzeuge. Es ist dieses eine Meinung, welche durch zahlreiche experimentelle Arbeiten gestützt, besonders von Riegel, Ewald, Liebermeister[14]) vertreten wird und zahlreiche Anhänger zählt. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass ein peptisches Geschwür ausschliesslich auf hyperacidem Boden sich entwickeln kann; im Gegentheil, es kann auch in einem Magen mit normaler, sogar mit subnormaler Acidität entstehen. Immerhin hat es jedoch den Anschein, als ob stets eine, wenn ich mich so ausdrücken darf «relative Hyperacidität» mit eine Rolle dabei spielt; es bedarf zur Entstehung eines Magengeschwüres stets, um mit Ewald zu reden, «eines Missverhältnisses zwischen der Beschaffenheit des Magensaftes und der Beschaffenheit des Blutes».

Was nun speciell meine Stellung in der Frage der Hyperacidität und Hypersecretion anbetrifft, so möchte ich gleich vorausschicken, dass mir eine so scharfe Trennung beider Krankheiten, wie sie von Riegel angestrebt wird, nicht gut durchführbar erscheint. In theoretischer Beziehung allerdings mehr weniger streng geschieden, glaube ich, dass es sich vom praktischen Standpunkte aus empfiehlt beide Krankheitsformen von einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten, wie solches auch schon zum grössten Theile durch Ewald, Rosenheim, Johnson und Behm geschehen ist. Unabhängig davon,

---

[14]) Liebermeister. Volkm. klin. Vorträge 61.

dass sich beide Processe häufig combiniren, will es mir ferner scheinen, dass zwischen der Hyperacidität einerseits und der continuirlichen Hypersecretion andererseits weniger ein genetischer als ein gradueller Unterschied besteht, dass eine Hyperacidität sehr gut in eine Hypersecretion übergehen kann. Ueberschaut man beispielsweise die Tabellen in der Arbeit Johnson und Behm's, so gewinnt man unwillkürlich den Eindruck, als sei die Grenze zwischen beiden Krankheiten mehr künstlich theoretisch als praktisch und pathogenetisch durchführbar. Schliesslich möchte ich noch als ein weiteres Argument für meine Anschauung noch den Umstand anführen, dass sowohl die Hyperacidität, wie auch die cont. Hypersecretion, wenigstens bei uns zu Lande, die gleiche topographische Verbreitung zeigen. Beide scheinen, ich berufe mich hierbei auf meine Hospital- und Privatpatienten, bei indigenen Russen sehr selten, relativ häufig bei Ostseeprovinzialen, Finnländern oder Ausländern vorzukommen[15]). Diese Thatsache ist um so bemerkenswerther, als auch von v Sohlern[16]) auf eine gleiche regionäre Verbreitung des Magenulcus aufmerksam gemacht wird. Wie wir gesehen haben steht aber das Magenulcus entschieden in einem aetiologischen Zusammenhange mit einer quantitativen und qualitativen Steigerung des Salzsäurewerthes des Magensaftes.

Weiter möchte ich mich dagegen wenden, dass auch die Hypersecretion ähnlich der Hyperacidität durch den Reiz chemischer differenter Ingesta geschaffen werden soll. In klassischer Weise sehen wir die Folgen einer qualitativ und quantitativ ungünstigen Nahrung bei der acuten und chronischen Gastritis, sowie bei stärkerer Dilatation des Magens, gleichviel welchem Umstande dieselbe ihre Entstehung verdankt. Hier ist eine verminderte HClreaction, nicht eine Steigerung der Magensaftabscheidung die Regel.

---

[15]) Anmerkung. Um gleich einem etwaigen Missverständnisse vorzubeugen, möchte ich hervorheben, dass mein Patientenpersonal hinsichtlich der hier erwähnten Nationalitäten ein mehr weniger quantitativ gleichartiges ist.

[16]) v. Sohlern. Berl. klin. Wochenschr. 1889. № 13.

Die gegen die Reiztheorie in der Aetiologie der cont. Hypersecretion vorgebrachten Gründe lassen sich in gleicher Weise auch gegen Boas ins Feld führen, der ja, wie erwähnt, für einzelne Fälle wenigstens die Ursache des Magensaftflusses in einer Reizung der Magenschleimhaut durch Stagnation der Speisen im Magen infolge einer primären Myasthenie des Organes erblickt. Auch hier scheint mir bezüglich der Ursache und der Wirkung das entgegengesetzte Verhalten zu bestehen. Der Magen wird myasthenisch, weil er Magensaft hyperproducirt. Die Magenmuskulatur erschlafft, weil an sie erhöhte Anforderungen gestellt werden, da der Magen bei chronischer Hypersecretion niemals leer wird, und die Magenmuscularis ist zu steter expulsiver Thätigkeit gezwungen. Dazu dürfte, worauf Ewald besondern Nachdruck legt, noch ein weiteres muskelschwächendes Moment in der Ueberladung mit unverdauten Amylaceen kommen, ein Moment, dessen Tragweite aus den Untersuchungen Kuhn's [17]) erhellt, der auf die hochgradige Gasbildung besonders bei Dilatation auf hypersecretorischer Grundlage aufmerksam macht. Schliesslich wird von manchen Seiten noch darauf hingewiesen, dass eine starke Hyperacidität, wie sie ja so oft die Hypersecretion begleitet, im Stande sein soll durch Pylorospasmus ein mechanisches Hinderniss für die Magenbewegung zu bewirken. Gegen die primär musculäre Theorie der Hypersecretion welche ja am schärfsten durch Schreiber vertreten wird — er hält ja den Magensaftfluss lediglich für die Folge einer Gastrektasie — hat Riegel [18]) ferner den berechtigten Einwand gemacht, dass ja Hypersecretion ohne jede Spur musculärer Insufficienz vorkommen kann, dass sich letztere bei einem gegen die Hypersecretion eingeschlagenen Verfahren gleichfalls bessert. In diesem Punkte besteht ein gewisser Widerspruch in der Argumentation Riegel's und derjenigen des Collegen v. Engelhardt, der ja gleichfalls den primär atonischen Charakter des Magensaftflusses verficht. «Wenn die Darreichung von Alkalien — sagt v. Engelhardt — den Hyper-

[17]) Kuhn. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXI.
[18]) Riegel. D. med. Wochenschr. 1893. № 31 u. 32.

secretionszustand des Magens bessern würde, könnte man nichts gegen die Riegel'sche Auffassung einwenden, d. h. diejenige Anschauung, welche in der Atonie die Folge der Hypersecretion sieht — aber ohne häufige Ausspülungen des Magens wird hier nichts erreicht». In diesem Punkte kann ich Herrn Collegen v. Engelhardt nicht vollständig beistimmen. Ich glaube im Gegentheil, dass in allen leichten Fällen continuirlichen Magensaftflusses durch Alkalien Alles und zwar in sehr kurzer Zeit erreicht wird. Schwerere Grade und solche mit stärkerer secundärer Motilitätsstörung lassen sich thatsächlich durch nichts als durch Magenspülungen bessern.

Nach diesem Ausfluge in das kritische Gebiet, gestatten Sie mir wieder auf meinen eigenen Standpunkt zurückzukehren.

Auch ich glaube mit Ewald, Johnson u. A., dass wir es in vielen Fällen chron. Hyperacidität und continuirlichen Magensaftflusses mit einer unzweifelhaften Secretionsneurose des Mageus zu thun haben. Dafür spricht einerseits das sprunghaft-Launische, causal Unvermittelte mancher Hypersecretionsfälle, sowie namentlich die deutliche Abhängigkeit derselben von psychischen Reizmomenten. Wie schon von Johnson und Behm hervorgehoben worden ist, kann man häufig beobachten, dass bei schon wesentlich gebesserten Fällen eine traurige oder freudige Botschaft oder dem Aehnliches hinreichen, um ein schweres Recidiv auszulösen. Ich selbst verfüge über mehrere einschlägige Beispiele.

Daneben giebt es aber noch andere und nicht gerade spärliche Fälle, bei denen eine nervöse Auffassung des Leidens nicht zutreffen dürfte.

Es handelt sich hierbei um Personen, bei denen trotz genauesten Nachforschens keine Spur einer neuropathischen Beanlagung zu erkennen ist. Für solche Fälle möchte ich auf das bei der Hyperacidität Gesagte zurückgreifen, von welcher ich annahm, dass sie in einem genetischen Zusammenhange mit der chronischen Hypersecretion steht. Sie erinnern sich, m. H., dass die meisten meiner hypersecernirenden Pat. den Ostseeprovinzen, Finnland oder Deutschland entstammten, oder es handelte sich

um Petersburger, welche ihren Ursprung auf die genannten Länder zurückführten. Russen hatte ich zwar auch Gelegenheit zu behandeln, jedoch in verschwindender Minderzahl. Eine ähnliche topographische Statistik hat ja auch v. Sohlern für das Ulcus aufgestellt. Die Ursache dafür erblickt er in dem erhöhten Kaligehalt des Blutes infolge erhöhter Kalizufuhr in einer vegetabilischen Nahrung, wie sie von den Russen bevorzugt wird. Der vermehrte Kaligehalt des Blutes soll eine Immunität gegenüber dem Ulcus bewirken, während das Gegentheil davon, ein reicherer Gehalt des Blutes an Natronsalzen, das zur Entstehung des Magengeschwüres nothwendige Missverhältniss in der Beschaffenheit des Blutes und der Beschaffenheit des Magensaftes abgiebt. Die Ansicht v. Sohlerns bezieht sich nur auf das Magenulcus, da aber die regionäre Verbreitung desselben vollkommen mit meiner nationalen Statistik der Hyperacidität und Hypersecretion zusammenfällt, und diese letztere wiederum entschieden eine Rolle in der Aetiologie des runden Magengeschwüres spielt, so liegt es nahe, die Hypothese v. Sohlern's zu verallgemeinern und auf die Hyperacidität und Hypersecretion auszudehnen und auch für diese nationale Eigenthümlichkeiten der Ernährung in Anspruch zu nehmen. Von einem erhöhten oder verminderten Kaligehalte des Blutes konnte füglich abgesehen werden, zumal derselbe ja nur die Alteration des Blutes, nicht die chemische Aenderung des Magensaftes erklärt. Auf den ersten Blick scheint die Ernährungshypothese auf meine Patienten mit chron. Hypersecretion als Einzelindividuen nicht zuzutreffen, da ich kaum in der Lage bin wesentliche Unterschiede der Ernährung zwischen ihnen und meinen übrigen russischen Patienten zu statuiren — anders jedoch wenn man die Sache im Lichte der Vererbungslehre betrachtet. Wie gewisse Völkerschaften sich beispielsweise bekanntlich durch eine abnorme Länge ihres Darmtractus auszeichnen, augenscheinlich weil ihre Voreltern einer mehr pflanzlichen Kost wegen einer grössern resorbirenden Fläche für diese Kost bedurften, ähnlich denke ich mir, könnte es sich auch mit der Hyperacidität und folglich auch der continuirlichen Hypersecretion des Magensaftes verhalten.

Das Einzelindividuum producirt einen qualitativ, später quantitativ gesteigerten Magensaft, nicht weil es etwa denselben persönlich zur Verdauung seiner Nahrung bedarf, sondern weil vermuthlich so und so viele Generationen zurück, wollen wir annehmen, wegen prävalirender Fleischkost das Bedürfniss nach einer vermehrten HCl-abscheidung vorlag. Dass letzteres thatsächlich der Fall ist, beweisen wiederum die vergleichenden Untersuchungen von Sohlern's [19]), welcher gefunden hat, dass das Einzelindividuum schon auf reine Fleischkost mit einem höhern HClgehalt des Magensaftes reagirt als bei reiner Pflanzenkost. Beispielsweise erlaube ich mir das Untersuchungsergebniss bei einem Manne anzuführen, welcher völlig magengesund seit 25 Jahren sich streng als Vegetarianer hält. Bei 2 Untersuchungen im Abstande von einem halben Jahre fand ich 1½ Stunden nach Ewald's Probefrühstück einen Gehalt von 0,146 pCt. freier HCl. ein wenn auch normaler, so doch immerhin recht niedriger HCl werth.

Resumire ich das Gesagte kurz, so glaube ich dasselbe dahin zusammenfassen zu können:

In der Literatur werden die Hyperacidität und der Magensaftfluss getrennt abgehandelt. Praktisch und ätiologisch dürften beide Krankheitszustände zusammengehören. Die Hyperacidität ist häufig die Ursache und der Anfang der Hypersecretion.

Beide Zustände zeigen eine gemeinsame nationale Verbreitung, dieselbe entspricht der Begrenzung, welche v. Sohlern für das Magenulcus gezeichnet hat. Der Grund dafür dürfte die ätiologische Beziehung der Hyperacidität zum Ulcus sein.

Die Ursache für die eigenthümliche regionäre Verbreitung der Hyperacidität, der Hypersecretion und des Magengeschwüres könnte hypothetischer Weise in einer ererbten Anlage begründet sein, welche sich wiederum auf eine vorwiegende Fleischkost früherer Generationen stützen dürfte.

---

[19]) v. Sohlern. Berl. kl. Wochenschr. 1891. № 20 u. 21.

Einer solchen Aetiologie steht wieder eine andere Gruppe von Fällen gegenüber, wo die Entstehung der Hyperacidität und Hypersecretion auf einen primär nervösen Ursprung zurückzuführen ist. Speciell für die periodische Hypersecretion dürfte dieser Entstehungsmodus der ausschliessliche sein.

In Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit werde ich die Symptomatologie und Therapie des chron. Magensaftflusses und der Hyperacidität nur kurz berühren.

Für charakteristisch halte ich den epigastralen Schmerz, sowohl auf der Höhe der Verdauung als auch bei speisefreiem Verhalten des Magens und die Linderung des Schmerzes durch Zufuhr von Flüssigkeit oder direct salzsäurebindenden Agentien: Alkalien und Eiweisskörpern; charakteristisch ist ferner das Erbrechen saurer dünnflüssiger Massen; handelt es sich um Erbrechen im nüchternen Zustande, so ist das Erbrochene gewöhnlich, infolge Einwirkung der HCl. auf das gelbe Bilirubin, durch Biliverdin grünlich gefärbt. Weitere Merkmale sind der starke Durst, die hochgradige auf mangelhafter Umwandlung der Amylaceen beruhende chron. Darmverstopfung, sowie die sich in schweren Fällen rapid entwickelnde Abmagerung der Kranken.

Meist gelingt es schon bei einer solchen Anamnese die Diagnose einer Hyperacidität mit Hypersecretion vermuthungsweise zu formuliren. Die Bestätigung derselben kann natürlich nur von der objectiven Untersuchung des Patienten erwartet werden. Hierbei finden wir dann meist im nüchternen Magen nach vorausgegangener Abendspülung grössere oder geringere Mengen einer klaren, oder bei starkem Dilatationszustande des Magens durch Sarcine und Hefe bräunlich gefärbten Flüssigkeit mit deutlicher Pepsin- und HClreaction. Nach dem Probefrühstück untersucht, erscheint der Mageninhalt meist dünnflüssig, quantitativ vermehrt. Gewöhnlich fehlt Milchsäurereaction. Der HClgehalt ist meist procentisch vermehrt, kann die Zahl 0,6 % freier Säure erreichen. Zu Ende der Verdauung einer gemischten Kost untersucht, erscheinen je nach der Grösse des procentualen HClwerthes die Ei-

weisskörper gut verdaut. Muskelfasern können selbst mikroskopisch nicht wahrgenommen werden. Im Gegensatz dazu findet man aber reichliche Reste meist nur wenig veränderter Amylaceen. Da nach den Untersuchungen Kuhn's gerade bei Hypersecretions-Dilatationen eine starke Hefegährung mit Gasbildung vorkommt, so zeigen solche mit starker Stagnation des Mageninhaltes combinirte Magensäfte eine typische Dreischichtung: oben eine aus Pflanzentheilen und Gas bestehende Schaumschicht, ganz unten am Boden unverdaute Amylaceen, in denen man dann mikroskopisch grosse Mengen von Hefezellen und Sarcine nachweisen kann. Auffallend war es mir, dass ich bisher immer lange, zu Fäden ausgewachsene Bakterien vermisst habe, welche sich doch sonst bei verschiedenen anaciden und, wie Boas meint, speciell carcinomatösen Dilatationen des Magens finden. Der Grund für dieses Verhalten dürfte gleichfalls in der antibakteriellen Eigenschaft höherer Salzsäuregrade des Magensaftes zu suchen sein. Von weiterer Prüfung des Magens bei chron. Magensaftfluss ergiebt die JdKaprobe entweder normale oder in vorgeschrittenen Fällen verlangsamte Resorption, in gleicher Weise zeigt auch die Prüfung der Motilität des Magens zu Anfang der Krankheit gar keine, in späterer Zeit selbst sehr starke Grade der muskulären Schwäche. Charakteristisch ist bei der Hyperacidität und Hypersecretion das Verhalten des Urins, derselbe ist je nach der Intensität der Krankheit mehr weniger reichlich und concentrirt. Parallel der quantitativen Abscheidung der HCl, geht aber eine Verminderung der Chloride im Harne mit Zunahme der Phosphate, die so gross sein kann, dass Dujardin-Beaumetz, Lyon und Robin direct von einer Phosphaturie sprechen.

Es erübrigt mir noch auf 2 praktisch wichtige, wenn auch ziemlich seltene Vorkommnisse, im Verlaufe des Magensaftflusses einzugehen, es ist dieses die SH_2gährung und die Tetanie. Bei der SH_2gährung, die besonders häufig, namentlich höheren Grades bei Hypersecretion des Magensafts beobachtet worden ist, handelt es sich augenscheinlich um eine mikroparasitäre Einwirkung auf die Eiweisskörper der Nahrung. Es braucht

uns dieses nicht weiter zu wundern, seitdem wir durch die Untersuchungen Hoppe Seylers[20]) darüber belehrt sind, dass selbst höhere Concentrationsgrade der HCl durchaus nicht auf alle Mikroorganismen zerstörend einwirken.

Im Allgemeinen scheint die SH_2 in höherem Grade, ganz vorübergehend kommt sie ja fast bei jeder acuten Gastritis vor, immerhin recht selten zu sein. Ich bin ihr bisher nur einmal begegnet, und da war sie so stark, dass Pat. in einemfort aufstossen musste und das Zimmer buchstäblich nach faulen Eiern roch. Der Zustand hielt in sehr lästiger Weise über eine Woche an und heilte erst durch Entziehung fast aller eiweissreichen Nahrung.

Hinsichtlich der Tetanie muss ich erwähnen, dass es zuerst Kussmaul[21]) war, welcher auf das Vorkommen tonischer Krämpfe mit allen Merkmalen der Tetanie bei Magendilatationen aufmerksam gemacht hat. Er führt dieselben auf eine Wasserverarmung der Nerven und Muskeln zurück. Nach Müller[22]) soll es sich um einen Reflexvorgang vom Magen aus handeln. Dem entgegen fassen Loeb[23]) und Bamberger[24]) die Tetanie als eine Toxinwirkung gastrischen Ursprunges auf. Diese letztere Auffassung hat nun in den Arbeiten Bouverets und Devie's[25]) eine wesentliche Stütze erfahren. Es gelang ihnen durch Behandlung hyperacider und zwar nur hyperacider Magensäfte, mit Alkohol ein Gift darzustellen, welches Kaninchen injicirt, bei diesen das Bild der Tetanie erzeugte. Es erwies sich dabei gleichzeitig, dass dieses Gift einzig und allein durch Behandlung mit Alkohol darstellbar war. Damit bringen auch Bouveret und Devie die Thatsache in Einklang, dass, wie es scheint, gerade solche Patienten mit Magendilatation von Tetanie befallen wurden, welche an continuirlicher Hypersecretion litten und vor dem Ausbruche der Krämpfe

[20]) Archiv f. klin. Med. Bd. 50.
[21]) Deutsches Archiv f. klin. Med. VI. ct. bei Boas.
[22]) Charité-Annalen. 1888, Bd. XIII. cit. bei Boas.
[23]) Loeb. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 46.
[24]) Bamberger cit. bei Boas.
[25]) Bouveret u. Devie, cit. bei Boas.

grössere Quantitäten Alkohol genossen hatten. Immerhin scheint die Tetanie bei Magenkrankheiten sehr selten zu sein, da bisher nach einer Zusammenstellung von Boas erst 20 einschlägige Fälle in der Literatur beschrieben sind.

Bezüglich der Differentialdiagnose kommt wohl hauptsächlich das Ulcus rot. in Betracht. Wo nicht gerade eine etwa vorausgegangene Magenblutung die Situation klärt, glaube ich, dürfte es am sichersten sein, sich von einer circumscripten Druckempfindlichkeit des Epigastrium bei gleichzeitig diffuser auf die Hyperacidität zu beziehender Schmerzhaftigkeit leiten zu lassen. Schwieriger ist die Differentialdiagnose, wenn man begründeten Verdacht hat auf ein gleichzeitig bestehendes Carcinom zu fahnden. Ich entsinne mich, dass es mir in einem solchen Fall erst ganz sub finem vitae gelang auf die richtige Diagnose herauszukommen.

In prognostischer Beziehung glaube ich, dass sich die Hypersecretion fast stets therapeutisch mehr weniger günstig beeinflussen lässt. Ob aber hierbei von Heilung gesprochen werden darf, halte ich für mindestens zweifelhaft. Jedenfalls besteht bei dem Magensaftfluss eine colossale Tendenz zu Recidiven. Bei der Prognose muss ferner noch der Umstand berücksichtigt werden, dass die Hyperacidität und Hypersecretion in hohem Maasse der Entstehung eines Magenulcus förderlich sind.

Die Therapie setzt sich aus einer causalen und symptomatischen zusammen, einer causalen in denjenigen Fällen, wo die Ursache des Magensaftflusses in einer Alteration des Nervensystems zu suchen ist. Indicirt sind hier warme Bäder, See- und Landreisen, ein Aufenthalt im Gebirge oder an der Seeküste schliesslich hydrotherapeutische Proceduren, letztere scheinen, wenigstens am Orte der Berufsthätigkeit der Patienten ausgeführt, relativ geringeren Effect zu haben. Einige Male habe ich durch Brom gute Resultate erzielt. In symptomatischer Beziehung steht obenan die Regelung der Diät. Während Albuminate und unter diesen namentlich solche, welche HCl leicht binden, wie hartgesottene Eier, Milch,

Fleisch, vorzüglich vertragen werden, empfiehlt es sich auf die Ordination der Amylaceen grossmöglichste Aufmerksamkeit zu verwenden und einer solchen Pflanzenkost den Vorzug zu geben, die entweder an und für sich ziemlich zuckerreich ist, oder bei welcher die Stärke durch die Hitze schon zum grössten Theile in Dextrin übergeführt ist. Diese Kostvorschrift ist bei der Hypersecretion allgemein acceptirt, dem gegenüber empfiehlt v. Sohlern bei Pat. mit Hyperacidität und Hypersecretion auf nervöser Grundlage eine mehr pflanzliche Nahrung. Sein leitender Gedanke ist dabei die Beobachtung, dass sich die carnivoren Thiere gegenüber den herbivoren im Allgemeinen durch ein mehr prononcirtes Nervensystem auszeichnen. In Praxi stösst, so viel ich davon gesehen habe der Vorschlag Sohlerns auf heftigen Widerstand.

Was nun schliesslich die medicamentöse Therapie anbetrifft, so glaube ich, dass es in leichten Fällen stets gelingen wird allein mit Alkalien durchzukommen. Ich ordinire dieselben meist in der Form des Na. bicarbon. in grösserer Quantität ca. 1/2 Theelöffel voll nach Tisch. Kleinere Gaben dürften nach Du Mesnil[26]) eher anregend auf die HClausscheidung wirken. Gleichzeitig empfehle ich den Gebrauch eines alkalischen Wassers. Allgemein wird dem Carlsbader Thermalwasser der Vorzug gegeben, doch ist es bis jetzt noch nicht sicher festgestellt, ob dasselbe thatsächlich die Acidität und Secretion des Magensaftes herabsetzt. Wo es sich um heruntergekommene anaemische und nervöse Individuen handelt, möchte ich mit Johnson und Behm vor dem Carlsbader Brunnen warnen und Vichy oder einem andern aequivalenten Wasser den Vorzug geben.

Bei mittelschweren Fällen hat sich mir der Gebrauch des Argent. nitric. vor Tisch in nicht zu kleinen Gaben bewährt. Diese Therapie, welche ich vor einigen Jahren wegen der HClbindenden Eigenschaft des salpetersauren Silbers begonnen habe, wird auch von Rosenheim[27])

---

[26]) D. med. Wochenschr. 1892. № 49.
[27]) l. c.

und Boas[28]) befürwortet. Ihre wissenschaftliche Begründung hat dieselbe weiter durch Löwenthal[29]) erfahren, welcher nachweist, dass Argent. nitric. nicht allein die Hyperacidität sondern auch die Hypersecretion vermindert.

Ganz schwere Hypersecretionsfälle trotzen jeder internen Behandlung und lassen sich nur durch Spülungen, besonders mit Zusatz von Argent. nitric. günstig beeinflussen.

Symptomatisch habe ich öfters der Schmerzen wegen galvanisirt. Gewöhnlich lassen sich dieselben durch Genuss von hartgesottenen Eiern gut coupiren.

---

[28]) l. c.
[29]) Berl. klin Wochenschr. 1882. № 47

Zur Casuistik der Darm-Invagination.

Vortrag gehalten am 1. Sept. 1893 in Dorpat auf dem fünften Aerztetage der «Gesellschaft livländischer Aerzte».

Von

Dr. med. J. Vierhuff,

aus Subbath (Kurland).

M. H.! Die entzündliche Darm-Invagination ist ja im Allgemeinen nicht selten; Leichtenstern[1]) konnte zu seiner im Jahre 1873 veröffentlichen Sammelforschung 593 Fälle verwerthen. Während aber auf das erste Lebensjahr 131 Fälle kommen und auf das zweite noch 22, kommen auf das dritte bis fünfte Lebensjahr nur noch je 10, auf das sechste bis zehnte durchschnittlich 7 und auf die späteren Lebensjahre noch weniger Fälle. Sie ersehen daraus, wie selten Fälle von Darm-Invagination bei Erwachsenen veröffentlicht worden sind (bis 1873). Dass sie aber auch wirklich selten bei Erwachsenen vorkommen, kann ich Ihnen am besten durch die Mittheilung illustriren, dass im Stadtkrankenhause zu Riga, welches über ein recht reiches Krankenmaterial verfügt, jedenfalls in den letzten 15 Jahren (und wahrscheinlich noch viel länger) nur ein einziger derartiger Fall in vivo[2]) beobachtet worden ist; es ist dies der vom Collegen Hampeln in der Petersb.

---

[1]) Ueber Darm-Invagination, von Dr. O. Leichtenstern in Tübingen. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde (Prag) 1873. I Band.

[2]) Als Obductionsbefunde bei moribund eingelieferten Kranken sind ein Paar Fälle in Riga vorgekommen.

med. Wochenschrift 1883 beschriebene interessante Fall, auf den ich später noch zurückkommen werde.

Ich habe mich nun in der mir zugänglichen Literatur nach Fällen von Darm-Invagination bei Erwachsenen in den letzten 20 Jahren umgesehen und die erstaunlich kleine Zahl von nur 15 Fällen gefunden [3]). Es sind folgende:

1 Fall von Prof. Maschka (Prager Vierteljahrschr. CXXVI p. 23, 1877). 45-jährige Tischlersgattin. Perforation des Darmes (Jejunum) in der Nähe einer vor 5 Jahren geheilten Intussusception; Tod.

1 Fall von Dr. Ernst Kormann (Berl. klin. Wochenschr. XVI. 48, 1879). 45-jährige Frau, Ileocoecalinvagination. Heilung nach 11 Tagen durch Reposition durch Eiswasserclystiere und Massage.

1 Fall von Dr. H. Scheele (Deutsche med. Wochenschrift VI. 14, 15, 1880). 39-jähriger Mann, Intussusceptio Ilei in der 4. Typhuswoche. Tod nach 8 Tagen.

1 Fall von Dr. P. Hampeln (Petersb. med. Wochenschrift. 1883. Nr. 20). 43-jährige Frau. Invagination des Ileo-Coecalostiums, complicirt mit lateraler secundärer Invagination des Coecums, Reposition, Heilung.

2 Fälle von Prof. Mikulicz (Archiv für klin. Chirurgie XXXVIII, 1, p. 74. 1889). a) 52-jährige Frau mit Coloninvagination, 3 Wochen post operationem genesen entlassen. b) 28-jähriges Dienstmädchen, chron. Ileocoecalinvagination mit Prolaps. Resection des Prolapses, Heilung.

1 Fall von Braun (Marburg) (Deutsche med. Wochenschrift 1889. Nr. 31, pag. 637). Heilung durch Abstossung, die Kranke genesen (genauere Angaben fehlen).

1 Fall von Lauenstein (Hamburg). (Deutsche med. Wochenschrift 1890. Nr. 19, pag. 415). 56-jähriger Mann. Invag Ileocoecalis, Operation, nach 3 Wochen genesen entlassen.

3 Fälle von Jonathan Hutschinson (Deutsche med. Wochenschrift 1891. Nr. 4, pag. 152). Nähere Angaben fehlen.

4 Fälle von Prof. Czerny und Dr. Rindfleisch (Beiträge zur Chirurgie, Billroths Festschrift p. 422, 1892). a) 36-jährige Frau, Ileocoecalinvagination. Tod nach Operation. b) 52-jähriger Bäcker, Ileocoecalinvagination, genesen nach

---

[3]) Die Casuistik von Dr. Barker (Lancet II 5, 6: Aug. 4. 11. 1888) war mir leider nicht zugänglich, so dass ich nicht weiss, ob die gesammelten 73 operativen Fälle von Intussusception schon zum Theil in der Leichtenstern'schen Casuistik enthalten sind und wie viele davon Erwachsene betreffen.

Operation. c) 69-jährige Frau, Invag. Colica, genesen nach Operation. d) 22-jährige Frau, Ileocoecalinvagination, genesen nach Operation.

Zu diesen 15 Fällen kommen 2 Fälle die mir soeben privatim mitgetheilt worden sind:

1 Fall von Müller (Schujenpahlen in Livland). 24-jährige Bauersfrau, Ileocoecalinvagination, Wahrscheinlichkeitsdiagnose, spontane Ausstossung des Coecums, vollständige Genesung in c. 2 Monaten, im Jahre 1888 beobachtet.

1 Fall von Greiffenhagen (Reval) im August a. c. beobachtet. 15-jähriger Jüngling, Ileocoecalinvagination, Wahrscheinlichkeitsdiagnose, Operation, Desinvagination unmöglich, Gangrän der Umschlagsfalte des Intussusceptums; Resection und Anlegen eines anus praeternaturalis wegen Aussichtslosigkeit aufgegeben, Tod 10 Stunden post Operationem.

Endlich habe ich in diesem Jahre 1 Fall von Ileocoecalinvagination mit Ausstossung und Ausgang in Genesung beobachtet, den ich hiermit Ihnen, m. H. vorzulegen die Ehre habe.

E. F. 29 a. n. von gracilem Körperbau, hatte sich bisher bis auf häufige heftige Schnupfenattaquen einer guten Gesundheit erfreut. Namentlich waren Unregelmässigkeiten in der Darmfunction nicht vorhanden gewesen. Am 15. März a. c. erkrankte er an Purpura haemorrhagica resp. Peliosis rheumatica und lag wegen sehr schmerzhafter Schwellung fast sämmtlicher Gelenke in regungsloser Rückenlage.

Am 19., also am 4. Krankheitstage, stellten sich plötzlich heftige Leibschmerzen ein und sollen einige blutige Ausleerungen stattgefunden haben. Erst am 21. (vordem zuletzt am 18.) wurde ich wieder consultirt. fand den Patienten beständig jammernd und stöhnend, mit Erbrechen, Singultus und etwas aufgetriebenem Leibe; rechts zwischen Nabel und Spina ilei ant. sup. war eine deutlich resistente bei Druck sehr schmerzhafte längliche Intumescenz nachweisbar. Die Temperatur betrug 37,8. Morphium 0,014 (1/5 gran) subcutan brachte Ruhe für einige Stunden; Eisbeutel, Opium 2 stdl. 10 Tropfen.

Tags darauf am 22. März war das Krankheitsbild dasselbe, unerträgliche, kolikartige Schmerzen, die nur für kurze Zeit sistiren, Singultus, Erbrechen; totale Obstipation seit dem 19. Ein vorsichtig applicirtes Wasserclysma hat keinen Erfolg. Opium und Eisbeutel schaffen keine Erleichterung, nur nach Morphium subcutan 0,014 hört das Jammern und Stöhnen für einige Stunden auf. Patient

sieht äusserst collabirt aus; Temp. 36,8. Was die Diagnose anbetrifft, so schien mir in diesem Stadium eine partielle Perforationsperitonitis wahrscheinlicher zu sein als eine Darminvagination.

Erst nach 8 Tagen am 30. März, sah ich den Kranken wieder.

Das schwere Krankheitsbild war nur wenig verändert, die Koliken und die Druckempfindlichkeit rechts vom Nabel waren noch vorhanden, doch hatten Erbrechen und Singultus nachgelassen, so dass Patient seit einigen Tagen wieder flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Die Temperatur betrug 38,5. (P. 100).

Es fiel jetzt eine starke oedematöse Schwellung beider Beine auf (im Harn kein Albumin). Die Obstipation bestand jetzt schon 11 Tage; es wurde ein Wasserclysma applicirt, doch kein Stuhl erzielt. Bei der Application des Clysmas floss viel Wasser zurück, der Sphincter functionirte nur unvollkommen [4]). Den Eisbeutel hatte Patient als keine Erleichterung bringend bei Seite gelassen; es wurden jetzt gegen die heftigen Koliken heisse Compressen auf den Leib applicirt, welche vorübergehend Erleichterung brachten.

Zwei Tage darauf am 1. April sollen 2 gute Auslee rungen ohne Schmerzen und ohne Blut stattgefunden haben. Dann erfolgte am 3. April, also nach 16 Tagen [5]), ein harter Stuhl, und dabei ging zum Schluss ein nekrotisches Darmstück ab, welches ich Ihnen, m. H., vorzulegen in der Lage bin: Der Darm-Sequester ist c. 40 Ctm. lang, von graubrauner Farbe; das Lumen ist nach dem einen Ende hin zum Theil erhalten und beträgt der Umfang hier c. 14 Ctm. (Ileum), nach dem anderen Ende hin ist das Lumen anfangs stellenweise unterbrochen, weiter ist kein Lumen vorhanden und ist hier eine Tasche zu sehen, von der ein c. 11 Ctm. langer dünner Fortsatz ausgeht, an welchem man beim Einschneiden ein enges Lumen erkennt (Coecum und Proc. vermiformis). Auf der nach aussen gekehrten Mucosa sind makroskopisch keine Drüsenhaufen zu erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Siebert Libau) ergiebt eine derartige Veränderung des Gewebes durch den nekrotischen Process, dass eine deutliche Structur nicht mehr vorhanden ist, doch sind Zotten noch zu er-

---

[4]) Die Paralyse des Sphincters ist bekanntlich characteristisch für ein späteres Stadium der Darm-Invagination, während anfangs ein krampfhafter Verschluss des Sphincters und in Folge dessen ein heftiger Tenesmus ad anum als nahezu constantes Symptom der Ileocoecal- und Colon-Invaginationen auftreten soll. (Leichtenstern l. c. Bd. 120, pag. 64). In unserem Falle war dieses Symptom nicht besonders hervortretend.

[5]) Die Abstossung des Intussusceptum erfolgt am häufigsten zwischen dem 11. und 21. Tage nach Beginn der Erkrankung.

kennen; die Mucosa ist grösstentheils zerstört, die mittleren Schichten sind noch am deutlichsten zu erkennen; überall im Gewebe finden sich Blutextravasate.

Wir haben es also mit einer Invaginatio Ileocoecalis der häufigsten Invaginationsform (44 pCt. sämmtlicher Fälle) zu thun, und die Länge des Darmsequesters entspricht vollkommen der von Leichtenstern für diese Invaginationsform gefundenen Durchschnittslänge von 40 ctm., während dieselbe für das ausgestossene Ileum 54 ctm. und für das Colon 20 ctm. beträgt.

Weiterer Verlauf und Ausgang. Etwa ½ Stunde nach Abgang des Darmsequesters hatte Patient einen kurzen Schüttelfrost, wurde kurzathmig und bekam Stiche in der rechten Seite. Als ich ihn Tags darauf am 4. April sah, war der Leib durchweg weich, die resistente schmerzhafte Stelle rechts war nicht mehr vorhanden, nur bei stärkerem Druck geringe Schmerzhaftigkeit in der Nabelgegend zu constatiren. Die Temperatur betrug jetzt aber 39,0 und es waren heftige Stiche in der rechten Seite oberhalb der Lebergrenze vorhanden, so dass die Athmung sehr oberflächlich war. Es hatte eine Embolie in die Lunge stattgefunden.

Therapie: Morph. 0,014 subcutan. Eisbeutel, Opium. Die Nahrung wurde wie bisher nur in flüssiger Form und in kleinen Quantitäten gereicht. Diese knappe Diät konnte aber nur noch einige Tage durchgeführt werden, da Patient schon am Tage nach dem Abgang des Darm-Sequesters über Hunger zu klagen anfing, und der aufs Aeusserste erschöpfte Körper noch 2 Wochen lang die durch den embolischen Lungenabscess bedingten Fieberbewegungen zu ertragen hatte. Nach Ablauf dieser 2 Wochen, während welcher Zeit Patient oft Kollern im Leibe und hin und wieder auch etwas Schmerzen gehabt, dabei aber immer mit Appetit und recht reichlich gegessen und meist auch ohne Morphium oder Opium leidlich geschlafen hatte, bekam er am 19. April einen Hustenanfall, der so heftig war, dass Patient glaubte sein Ende sei gekommen; er war beständig in Transpiration, der ganze Oberkörper bedeckte sich allmählig mit zahlreichen Schweissfrieselbläschen. Der Hustenanfall dauerte 1 Stunden. und wurde in dieser Zeit nach und nach ein kleines Schälchen voll grünlichen, eitrigen Sputums expectorirt; darauf trat Ruhe ein und die endgiltige Reconvalescenz war eingeleitet.

Was die Aetiologie unseres Falles anbelangt, so unterliegt es wohl keinem Zweifel. dass die Darminvagination mit der Purpura haemorrhagica im

Zusammenhang steht und zwar haben wir uns den Vorgang so vorzustellen, dass in Folge von Haemorrhagien ein Darmabschnitt erschlaffte und dann das oberhalbgelegene sich normal bewegende Darmstück in die durch Paralyse erweiterte Darmstrecke eingetrieben wurde. Es ist dieses die alte (wie ich glaube noch jetzt gangbarste) Peyer'sche Ansicht über die Entstehungsweise der Darminvagination (Leichtenstern l. c. Bd. 120, pag. 59). Unser Fall rubricirt also in aetiologischer Beziehung unter die letzte der 12 von Leichtenstern angegebenen Rubriken: «Invagination nach verschiedenen acuten oder chronischen Krankheiten (oder nach Einwirkung einer Reihe indifferenter und aetiologisch zweifelhafter Momente (66 Fälle) [6]).

Es wäre somit die Purpura haemorrhagica in die Zahl derjenigen Krankheiten einzureihen, die zur Entstehung von Darminvagination Veranlassung geben können.

Die Diagnose wurde in unserem Falle dadurch erschwert, dass die Invagination nicht, wie das meist der Fall ist, plötzlich bei einem vorher gesunden Individuum zu Stande kam, — wie z. B., in dem vom Collegen Hampeln beobachteten Falle, wo eine gesunde Frau nach dem Heben einer ungewöhnlich schweren Last plötzlich eine Invagination bekam, — sondern im Verlauf einer schweren Krankheit, bei einem wegen heftiger Gelenkschmerzen fast regungslos auf dem Rücken liegenden Patienten entstand, einer Krankheit von welcher Leichtenstern l. c. Bd. 120, pag. 89 sagt: «Dagegen dürfte die Blutung bei Purpura haemorrhagica etc. wohl niemals zur Verwechslung (mit der Blutung bei Invaginationen) Anlass geben»; einer Krankheit, von welcher Eichhorst (Bd. II, pag. 837) sagt: «Blutbrechen oder blutiger Stuhl weisen auf Blutungen auf der Schleimhaut des Magen-Darmtractus hin. Zuweilen nehmen die Erscheinungen sehr stürmischen Character an, die Pat. klagen über kolik-

[6]) Leichtenstern l. c. Bd. 120, pag. 80 führt an: Nach Cholera 1 Fall, nach Typhus 2 Fälle, bei Darmtuberculose 4 Fälle, 2 Mal während Intermittens, 2 Mal bei Kranken, welche mit einer Hernie behaftet waren.

artige und peritonitische Schmerzen, ja es kann zu den Erscheinungen von Perforationsperitonitis kommen. Dieselben erklären sich durch starke blutige Infarcirung der Darmschleimhaut, nekrotischen Zerfall der infarcirten Stellen und eventuellen Durchbruch in den Peritonealraum». Namentlich diese Angabe Eichhorst's liess mich immer wieder zweifeln, ob auch wirklich Invagination vorliege. Und wenn auch fast sämmtliche Cardinalsymptome der Invagination vorhanden waren:

1. plötzlicher heftiger Abdominalschmerz.
2. Erbrechen (Singultus).
3. Blutige Ausleerungen
4. Paralyse des Mastdarmphincters.
5. Fühlbarsein einer Geschwulst im Bauche

— so konnte eine localisirte Perforationsperitonitis doch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, da alle diese Symptome auch bei Peritonitis vorkommen können. (Cf. Eichhorst Bd. I, pag. 1003).

Es erübrigen noch einige Bemerkungen zum weiteren Verlauf und Ausgang.

Nach Leichtenstern (l. c. Bd. 121, pag. 28) «folgen den Abstossungen gewöhnlich mehr oder minder langwierige Gesundheitsstörungen, besonders in der Function des Darmcanales, welche die Ernährung erheblich beeinträchtigen und auf diesem und vielfach anderem Wege das Leben zu gefährden im Stande sind. So sind während Monaten und Jahren sich wiederholende Koliken, Neigung zu profusen Durchfällen, zu hartnäckiger Obstipation, chronische Dyspepsien mit häufigem Erbrechen, Lienterieen anzuführen. In Folge davon entwickelt sich oft ein hochgradiger Marasmus mit hydropischen Anschwellungen oder es machen sich, ausgehend von der Narbe an der Abstossungsstelle mehr und mehr die Anzeichen der Darmstrictur geltend, welche schliesslich den Tod herbeiführt».

Unser Fall zeichnet sich dadurch aus, dass keine dieser Eventualitäten eingetreten ist, vielmehr erfreut sich Patient seit Ablauf der beiden ersten Wochen nach Abstossung des Darmsequesters — während welcher Zeit er wie gesagt oft Kollern im Leibe und etwas Schmerzen

gehabt hatte — eines dauernden Wohlbefindens, jetzt also schon 4½ Monate, er isst alle Speisen, hat keinerlei Functionsanomalien des Darmcanales und hat, beiläufig gesagt, im Juli geheirathet [7]). Das Einzige, was ihn noch an seine überstandenen Leiden erinnert, ist, dass er hin und wieder beim Tiefathmen und besonders beim Gähnen eine Empfindung in der Gegend des rechten Rippenbogens hat, doch beziehe ich das nicht auf die durchgemachte Invagination, sondern es scheint mir ein von dem Lungenabscess nachgebliebener pleuritischer Schmerz zu sein.

Was nun endlich die der Abstossung in unserem Falle fast unmittelbar folgende Embolie in die Lunge betrifft, so habe ich in der Literatur diese Complication nicht angegeben gefunden, doch fand Leichtenstern ausser «Abscessen in der Bauchwand oder allgemeiner Furunculose neben schwerer fieberhafter Erkrankung» in einzelnen Fällen schwere «typhöse» Erkrankungen der Abstossung nachfolgend, und erklärt sie durch «septische Infection, erzeugt durch Aufnahme von Elementen der Brandjauche an der geschwürigen Abstossungsstelle».

Diesen Fällen schliesst sich der unsrige mit seinem embolischen Lungenabscess an.

M. H.! Wenn ich mir erlaubt habe Ihnen einen Fall vorzulegen, der entsprechend seinem Vorkommen in der Landpraxis nicht continuirlich, sondern unregelmässig beobachtet worden ist, so that ich das in der Ueberzeugung, dass er durch seine Seltenheit in Bezug auf Aetiologie und Verlauf Ihres Interesses würdig sei.

---

[7]) Anmerkung: Die oben erwähnten Oedeme der Beine sind im Laufe des Juli-Monats allmählig geschwunden. Ich wage nicht zu entscheiden, ob dieselben eine directe Folge der Invagination waren, oder nur ein Symptom des durch die schwere Grundkrankheit und die ungenügende Ernährung bedingten Marasmus darstellten.

Beiträge zur Nierenchirurgie

(Nach einem Vortrage gehalten auf dem V. livländischen Aerztetage*)

Von

Dr. med. W Greiffenhagen.

Ordinator der chirurgischen Abtheilung am Diakonissenhause zu Reval.

M. H.! Die kurz bemessene Vortragszeit verbietet es leider in eingehender Weise über die Geschichte, und den Entwickelungsgang der Nierenchirurgie zu berichten, daher sei es mir gestattet, nur in gedrängter Kürze auf die Wandlungen hinzuweisen, die die Nierenchirurgie seit Simon erlebt hat und eine kleine Uebersicht über die jetzt üblichen Operationsmethoden zu geben. Wenn es in vorantiseptischer Zeit als Glücksfall bezeichnet werden musste, wenn ein Eingriff an inneren Organen, so auch an der Niere, ungestraft, d. h. nicht septisch verlief, so durfte man seit Lister's bahnbrechender Behandlungsmethode mit Sicherheit darauf hoffen, auch im Gebiete der inneren Chirurgie mit mehr Erfolg zu arbeiten. Und in der That eröffnete sich seit Uebung der Antisepsis gerade auf diesem Gebiete der Chirurgie ein ungeahnt reiches Feld der Thätigkeit. Vor allem war es die Chirurgie der

*) Hinzugefügt sind diesem Vortrage:
Ein Fall von Pyonephrosis (Nephrotomie).
Zwei Fälle von Wanderniere (Nephroraphia duplex).
Ein Fall von Wanderniere (Nephrectomie).
Auch sind einige textliche Veränderungen vorgenommen und die Krankengeschichten der beiden Fälle von Nephrolithotomie wesentlich gekürzt worden, weil sie in einer späteren Arbeit ausführlich behandelt werden sollen.

Bauch- und Unterleibsorgane, welche ihre grössten Triumphe feierte; aber auch die Nierenchirurgie konnte in neue Bahnen geleitet werden. Nachdem Simon, damals noch ohne Mithülfe der Antisepsis, durch seine erste gelungene Nierenexstirpation den Grund zur modernen Nierenchirurgie gelegt hatte, wagten sich bald andere Operateure an dieses in chirurgischer Beziehung bis dahin wenig beachtete Organ, und es entwickelte sich unter dem Schutze der Antisepsis eine ganze Zahl methodischer Eingriffe. Wie überhaupt in der Chirurgie, so gewann auch hier die conservative Richtung mehr an Boden. Bei Erkrankungen einzelner Theile suchte man diese allein zu entfernen mit Erhaltung des Gesammtorganes, um so mehr, als man erst allmählich die oft verhängnissvollen Folgen der Totalexstirpation kennen lernte, welche durch Mangel oder Miterkrankung der anderen Niere begründet waren. So wurde im Laufe der Jahre eine Anzahl typischer Nierenoperationen ausgebildet, zu denen wir heute folgende zählen:

Die Nephrectomie, die Entfernung einer ganzen Niere, ist verhältnissmässig am häufigsten ausgeführt worden, weil ihr bisher das grosse Indicationsgebiet so ziemlich aller Nierenerkrankungen zu Gebote stand. Trauma und entzündliche Processe, Fremdkörper und Tumoren, Tuberculose und Syphilis haben Veranlassung zur Nephrectomie gegeben.

Die Nephrotomie fand Anwendung bei Hydro- und Pyonephrosis (hier auch in vielen Fällen die einfache Punction, respective Aspiration), bei Pyelitis purulenta und calculosa, Tuberculose der Niere ja selbst bei einfacher Nierenkolik, der sogenannten Nephralgie, deren Ursache sich auch bei der Operation nicht feststellen liess, wenngleich der Erfolg nach der Statistik von Tiffrary, in 21 Fällen, ein günstiger war. An die Nephrotomie schliesst sich die Eröffnung des Nierenbeckens allein, die Pyelotomie wegen Eiterung und Steinbildung und weiterhin die Freilegung und Incision des Harnleiters, die Ureterotomie, ebenfalls zur Entfernung von Steinen, sowie auch neuerdings die Resection des Ureters wegen stricturirender Processe in der Wand

desselben. Vielfach geübt wird die Anheftung wandernder Nieren an normaler Stelle, die Nephroraphie oder Nephropexie und in letzter Zeit hat man sich auch an die Resection innerhalb des Nierenparenchyms selbst gewagt Endlich erwähne ich unter den Eingriffen an der Niere die probatorische Freilegung des ganzen Organs und die Probe-Incision der Niere, resp. die Probe-Excision kleiner Stückchen.

Die meisten dieser Operationen sind in grösserer Anzahl mit glänzendem Erfolge ausgeführt worden und haben sich daher eine bleibende Stellung im Gebiete der Nieren-Chirurgie erworben.

Es kann nicht meine Aufgabe sein, auf die Indicationen und die Technik aller dieser Operationen, sowie namentlich auf die ausserordentlich zahlreichen Modificationen der Schnittrichtungen zur Freilegung der Niere näher einzugehen. In den Handbüchern der Chirurgie findet sich das alles von berufener Feder skizzirt. Es sei mir nur gestattet, das kleine casuistische Material mitzutheilen, welches mir zur Illustration einzelner Nierenoperationen zu Gebote steht.

Zunächst erlaube ich mir über vier Fälle von Wanderniere zu berichten, in denen die Nephroraphie ausgeführt wurde.

Fall I. Ren mobilis dext.

Maddi M. leidet ausser mannigfachen hysterischen Beschwerden seit Jahren an Schmerzen, die von der rechten Nierengegend zum Unterleibe ausstrahlen, und hat seit längerer Zeit eine bewegliche Geschwulst im Leibe bemerkt. Die Schmerzen beginnen erst mit dem Heraustreten der Geschwulst. An Cardialgien, wie sie oft bei rechtsseitiger Wanderniere beobachtet wurden, hat Patientin nicht gelitten. Sie bittet um operative Hülfe, da Versuche mit Bandagen fehlgeschlagen. Aufnahme in das Diakonissenhaus 28. Aug. 92.

Stat. präsens. 38-jähriges, kräftig gebautes, aber mageres Mädchen. Gesichtszüge leidend, allgemeine Blässe, Anaemie. An den Organsystemen nichts Pathologisches. Die psychischen Functionen sind im Allgemeinen normal, nur fällt der Wechsel zwischen fröhlicher, humorvoller und sehr deprimirter Stimmung auf. In linker Seitenlage ein glatter Tumor von der Grösse einer normalen Niere freibeweglich in der Nabelgegend fühlbar, derselbe lässt sich mit Leichtigkeit bis zum Promontorium und bei stärkerem Druck selbst

bis ins kleine Becken schieben. In Rückenlage kann man ihn sofort in die rechte Lumbalgegend reponiren, Harn normal tägliche Menge 1000—1500. Diagnose: Ren mobilis dext. Am 2. Sept. 92 wird in Morphium-Chloroform-Narkose die Caps. adiposa mit einem Schrägschnitt freigelegt. Eröffnung der Caps. adiposa, die sich als langer schmaler Sack präsentirt, innerhalb welches die Niere bei der Respiration auf und absteigt. Die Niere wird an normaler Stelle mit der Hand fixirt, die Caps. propria circa 2 Ctm. lang gespalten. Zwei Catgut- und drei Seidenfäden werden durch die Caps. propria und tief durch die Nierensubstanz geführt. Excision eines Stückes d. Caps. adiposa, Fixation der Niere am Periost der XII. Rippe und an den Weichtheilen (Fascia lumbodors., Quadr. lumb.). Die Caps. adiposa wird auch mit einigen Nähten fixirt. Schluss der Wunde durch tiefe und oberflächliche Nähte. Jodoformgazedrainage, Occlusivverband.

Nach der Operation ist kein Blut im Urin nachweisbar. Ziemlich intensive Schmerzen im Leibe, welche am dritten Tage, nach Entfernung des Verbandes sofort schwinden, um später mehrmals wieder zu exacerbiren. Am dritten Tage wurden wegen Eiterung zweier Stichkanäle die Nähte entfernt. Auch in der Tiefe einige Tropfen Eiter. Daher Weiterbehandlung mit Tamponade. Am achten Tage plötzlich Collaps. Puls 160. Temperatur normal. Absoluter Appetitmangel. Uebelkeit, Erbrechen, aber keine Empfindlichkeit im Leibe, kein Meteorismus. Stuhl vom fünften Tage ab nach Lavement. — Wenige Tage später steigt die Temperatur auf 38,8, und hält sich acht Tage zwischen 38,0 und 38,8. Währenddessen hat sich Oedem des linken Beines und Resistenz der linken Vena femoralis ausgebildet. Nach Abfall des Fiebers stellt sich der Appetit allmählich wieder ein. Oedem und Resistenz schwinden in 14 Tagen völlig. Die Wunde granulirt unter kaum merklicher Eiterung, die tiefen Nähte und Ligaturen stossen sich ab. Patientin wird am 10. Oct. mit feinem Granulationsstreifen an der Niere und mit fixirter Niere entlassen. Im December 93 bricht plötzlich eine acute Psychose mit Tobanfällen aus, welche sich allmählich bessert, doch ist Patientin auch heute noch nicht normal, die Beschwerden von Seiten der Niere sind geschwunden und die Niere — es sind seit der Operation 17 Monate verflossen — sitzt absolut fest.

Ob die Wundeiterung in diesem Falle auf Fehler in der Desinfection oder auf Infection von der Niere aus zurückzuführen ist, vermag ich nicht zu entscheiden. Die weiteren Erscheinungen (Schmerz, Fieber, Oedem des Beines, Uebelkeit etc.) kann ich nicht anders als durch Annahme eines retroperitonealen Haematoms erklären, welches in Folge mangelhafter Drainage entstanden war.

Fall II. Ren mob. dext.

Die 30-jährige Anette C. will bis vor 3 Monaten gesund gewesen sein. Dann erkrankte sie an Cardialgien und Brust-stichen, weswegen sie zweimal im Diakonissenhause mit vorübergehendem Erfolge behandelt wurde; nachdem rechts eine Wanderniere constatirt war, trug sie längere Zeit, jedoch erfolglos, eine Bandage. Aufnahme in die D.-A. 8. Jan. 93 Stat. präs.: 30-jähriges Mädchen von kräftigem Körperbau. Ernährungszustand mässig, Anaemie höheren Grades. Keine sonstigen Organveränderungen. Allgemeine neurasthenische Beschwerden. Patientin erhielt nach Kocher's Vorschlag 3 Tage hindurch je 3,0 Salol. Am 13. Januar wird unter Chloroform-Narkose mittelst des Simon'schen Längsschnittes die Capsula adiposa freigelegt. Der Eröffnungsschnitt der Capsula adiposa fällt zu weit nach aussen und eröffnet zugleich das Peritoneum. Naht der Peritonealwunde mit Catgut. Nun wird die Capsula adiposa näher zur Wirbelsäule hin eröffnet, und die sehr bewegliche sonst aber normale Niere nach Spaltung der Capsula propria in grosser Ausdehnung mit vier Catgut- und vier Seidennähten am Periost der zwölften Rippe und an den Weichtheilen (wie im ersten Falle) fixirt. Naht der Wunde, Drainage mittelst eines dicken Gummi-Drains, das bis zur Niere reicht. Glatter Wundverlauf. Nähte und Drain werden am 9. Tage entfernt, nachdem schon am zweiten Tage der durchtränkte erste Verband gewechselt worden war. I. intentio. Nach vierwöchentlicher Bettruhe verlässt Patientin geheilt die Anstalt. Bis jetzt ist die Niere fixirt, und die Beschwerden haben sich bedeutend gebessert.

Fall III und IV betreffen eine und dieselbe Patientin. Anna S. will seit 5 Jahren rechts einen beweglichen Tumor bemerkt haben. Subjective Klagen, Schmerzen in der rechten Schulter, Lebergegend und ausstrahlende Schmerzen im rechten Beine.

Am 25. September 93 Aufnahme in die D.-A. Diagn.: Rechtsseitige Wanderniere. Nephroraphie in der beschriebenen Weise. Keinerlei Complicationen in der Heilung. Drain am dritten, Nähte am neunten Tage entfernt. I intentio. Nach vierwöchentlicher Bettruhe wird Patientin mit fixirter Niere entlassen. Drei Tage nach der Entlassung treten heftige Schmerzanfälle mit Ohnmacht auf Schmerzen im ganzen Unterleibe. Erst jetzt giebt Patientin an, auch früher links Schmerzen und unter dem linken Rippenbogen einen Tumor gefühlt zu haben.

Aufnahme am 21. November in die D.-A. Diagn.: Linksseitige Wanderniere (Fall IV). Patientin klagt über starke Schmerzen im Unterleibe. Die gynäkologische Untersuchung ergiebt Schmerzhaftigkeit des Uterus und der Ovarien. Massage. Nach Aufhören der Schmerzen linkseitige

Nephroraphie am 25. November. Glatte Heilung. Entlassung. Die Patientin befindet sich noch eben wegen eines Frauenleidens in gynäkologischer Behandlung.

Die Nephroraphie ist eine jetzt vielfach geübte Operation und man wird wohl nach jeder Methode, deren es viele giebt, günstige Resultate erzielen, solange man es sich zum Grundsatze macht, die Capsula propria zu spalten und die Fixationsnähte durch Kapsel und Substanz zu führen, und zwar soll man sie tief durch das Parenchym führen, weil die Nierensubstanz sehr zerreisslich ist, und andere schädliche Folgen, etwa durch die Compression der Nähte bisher nicht beobachtet worden sind. Die Nephroraphie muss heutzutage bei richtiger Ausführung als harmloser Eingriff angesehen werden und sollte daher unbedingt und in allen Fällen die primäre Exstirpation der Wanderniere verdrängen. Diese käme nur in hartnäckig recidivirenden Fällen in Frage, bei denen schon mehrfache Fixationsversuche fehlgeschlagen sind, eine Thatsache, die immer seltener werden dürfte. Die Behandlung der Wanderniere mittelst Bandage oder Massage (wie sie Thure-Brandt übt) ist mit soviel Schwierigkeiten, Zeitaufwand und Kosten verbunden, dass für die ärmeren Volksklassen die Nephroraphie in Zukunft als Normalbehandlung wird gelten müssen.

Fall V. Pyonephrosis dext.

Anna K., 31 Jahre alt, erlitt vor drei Jahren ein schweres Trauma, durch Sturz auf die rechte Nierengegend. Die sofort nach dem Sturz eintretenden Schmerzen in der rechten Nierengegend hörten nicht auf und zwangen Patientin zur Bettruhe. Nach einem Jahre bemerkte Patientin eine Geschwulst in der rechten Lendengegend und zugleich stellte sich schmerzhafter Harndrang ein. Der Harn war milchig getrübt, enthielt aber weder Blut noch Concremente. Bald stellten sich abendliche Fiebersteigerungen mit nachfolgenden Schweissen ein. Die Kranke magerte ab und die Kräfte schwanden sichtlich, da sich der Appetit verlor und unerträgliche Schmerzen ihr den Schlaf raubten. Aufnahme in die D.-A. am 5. Juni 1893.

Stat. präs.: 31-jähriges, hochgradig abgemagertes, sehr anämisches Mädchen. Im rechten Hypochondrium eine abgerundete Vorwölbung zwischen Nabel und Lendengegend. Die Palpation ergiebt: Kindskopfgrösse, glatte Oberfläche, fest-weiche Consistenz, dumpfe Fluctuation. Bei Druck auf

den Tumor vom Nabel her wölbt sich die rechte Nierengegend vor und umgekehrt. Palpation sehr schmerzhaft. Harnmenge in den ersten 24 Stunden nur 280 Cub. Centm. Harn trübe, eiweisshaltig; im Mikroskop zahllose Eiterkörperchen sichtbar. Reaction alkalisch. Sonstige Organsysteme gesund. Temp. 36,6, Puls 100. Abends: Temp. 39,5, Puls 118. Patientin klagt über ununterbrochene heftige Schmerzen in der Nierengegend und quälenden Harndrang. Diagn.: Pyelonephritis purul. dext. Nach den üblichen Vorbereitungen (Bad, Abführung, Opium) wird am 6. Juni zur Operation geschritten. Morph.-Chl.-Narkose. König's retroperitonealer Lendenbauchschnitt. Weichtheile je näher der Niere desto blutreicher und schwer trennbar. Das Fett der Caps. adip. gänzlich geschwunden. Die Fettkapsel sehr schwer trennbar von der Caps. propr., mit der sie entzündlich verbacken ist. Probepunction ergiebt Eiter. Erst nach Entleerung mehrerer wallnuss- bis apfelgrosser Abscesse, welche innerhalb der Nierensubstanz selbst gelegen sind, gelingt es die über zwei faustgrosse, eitrig-zerfallene Niere mitsammt der Caps. propr. auszuschälen. Der Hilus lässt sich nicht lösen, daher wird circa 2 Ctm. über demselben die Niere mit der Dechamps'schen-Nadel durchstossen nach zwei Seiten mit starker Seide abgeschnürt, und mit Scheere und Paquelin abgetragen. Der Stumpf blutet nicht und wird gründlich mit dem Paquelin cauterisirt. Säuberung und Desinfection der sehr bedeutenden Wundhöhle mit Sublimatlösung. Bei genauerer Besichtigung ergiebt es sich, dass das Peritoneum in einer Ausdehnung von circa 15 Ctm. eröffnet ist. Perit. pariet. normal., in der Bauchhöhle einige Cub.-Ctm. Blut. Austupfen und Schluss der Peritonealwunde mit überwendlicher Catgutnaht. Jodoformgazetamponade. Der weitere Verlauf gestaltet sich sehr günstig. Die Temperatur blieb. auch Abends, normal, die Schmerzen liessen bald nach und die Harnmenge stieg bis zum sechsten Tage nach der Operation auf 1000 Cub.-Ctm. Nach einigen Wochen stiessen sich die Ligaturen mitsammt dem gangränösen Stumpfe ab. Der Harn wurde klar und Pat. erholte sich sichtbar. Die ausserordentlich grosse Wundhöhle ist daran schuld, dass bis zum heutigen Tage die Wunde sich noch nicht gänzlich geschlossen hat, obgleich die Heilung ohne Complicationen vor sich ging. Seit dem August klagte Patientin über Schmerzen im ganzen Leibe und Unterleibe. Eine gynäkologische Untersuchung ergiebt Vorhandensein einer Parovarialcyste, die vom Collegen Dr. Knüpffer am 26. November 93 per laparotomiam entfernt wurde. Bei dieser Gelegenheit erwies sich das gesammte Bauchfell – parietales und viscerales — in chronisch entzündlichem Zustande mit kleinsten bis halb-linsengrossen papillären Excrescenzen besetzt, die jedoch keine graue Farbe und überhaupt keine Aehnlichkeit mit miliaren Tuberkeln besassen. Die bei der Laparotomie vorgenommene Digital-

exploration der rechten Nierengegend ergab nur das Fehlen der rechten Niere. Patientin klagt seit der Laparotomie viel weniger über Schmerzen und wird in diesen Tagen genesen entlassen.

Mir waren die Arbeiten von Guyon, Morris, Tuffier, Israel, Kümmel etc. damals noch nicht bekannt, sonst hätte ich mich vielleicht zur Nephrotomie und Spaltung aller Abscesse entschlossen. Der Rest anscheinend noch functionirender Nierensubstanz war aber so klein, dass dessen Ausfall für das Leben der Patientin nicht in Betracht kommen konnte. Was den Königschen sogenannten retroperitonealen Lendenbauchschnitt anbetrifft, so verschafft er freilich einen sehr ausgedehnten Ueberblick; bei entzündlichen Processen fällt aber ein Hauptvorzug fort, nämlich die Freilegung und eventuelle stumpfe Ablösung der Umschlagsfalte des Peritoneums. — In unserem Falle waren durch die starke Vergrösserung der Niere und die eitrige Entzündung die beiden Peritonealblätter platt an einander gedrückt und mit der Caps. propr. fest verbacken, so dass sie garnicht als Peritonealblätter imponirten, geschweige denn sich lösen liessen. Hinzufügen möchte ich, dass sich auch in unserem Falle die v. Bergmann'sche Beobachtung bestätigte, dass vereiterte Nierensubstanz selbst beim Zerreissen und Abbröckeln wenig blutet.

Fall VI. Pyonephrosis sin.

L. B. giebt an, vor 8 Jahren an einem Unterleibsleiden erkrankt zu sein. Zu gleicher Zeit stellten sich Urinbeschwerden ein (Harndrang, Eiter und Blut im Harn). Schon früher will sie bisweilen an Schmerzanfällen in der linken Nierengegend gelitten haben. Die Cystitis verschlimmerte sich derart, dass Prof. Küstner in Dorpat im Frühjahr 1891 sich zur Anlegung einer Blasenscheidenfistel entschloss. Zwei Monate später bildete sich unter starken Schmerzen und hohem Fieber links ein grosser perinephritischer Abscess nach dessen Eröffnung durch den Collegen Dr. Hoeppener eine Fistel persistirte. Die Cystitis schwand und die Blasenscheidenfistel wurde von Prof. Küstner wieder geschlossen. Im November 1892 wurde von mir die Fistel wegen Zunahme der Schmerzen und steigendem Fieber erweitert und ausgekratzt, jedoch nur mit kurz dauerndem Erfolge. Am 3. Oct. 1893 stellte sich Patientin wieder vor und bat um operative Hülfe, da die Schmerzen seit einigen Tagen wieder sehr zugenommen hätten.

Stat. präs.: Kleine magere Frau, in den Organsystemen nichts Pathologisches. Links in der Nierengegend eine derbe Narbe, in der Mitte ein eiternder Granulationspfropf. Die Sonde dringt 8—10 Ctm. tief ein. Palpation der Niere sehr empfindlich. In Narkose erweist sie sich beträchtlich vergrössert und von derber Consistenz. In die Fistel injicirte Methylenblaulösung erscheint im Harne nicht. Chloroformnarkose. Excision der ganzen Narbe parallel dem Rippenbogen; sehr mühsames Freilegen der Niere, welche sich ausserordentlich fest verbacken mit dem Peritoneum und theilweise in derbes Narbengewebe eingebettet erweist. Von einer Exstirpation wurde daher Abstand genommen und eine breite tiefe Incision in die Substanz der Niere gemacht, wobei sich erwies, dass die stark vergrösserte Niere von multiplen Abscessen durchsetzt war, die wiederum theils in anscheinend normales, theils in derbes schwieliges Gewebe eingebettet waren. Jodoformgazetamponade. Auch in diesem Falle ging die Heilung sehr langsam von Statten, und noch heute persistiren zwei kleine Fisteln, die Eiter (keinen Urin) secerniren. Die Niere ist zwar noch abnorm gross, aber die Beschwerden sind erheblich geringer, so dass Patientin wieder stehen, gehen und leichte Arbeit leisten kann.

Fall VII. Hydronephrosis sinist.

Carl L., 68 Jahre alt, giebt an, seit zwei Jahren die Bildung eines Tumors unter dem linken Rippenbogen bemerkt zu haben. Derselbe entwickelte sich ohne ihm bekannte Ursache völlig schmerzlos; niemals hat Patient an Harnbeschwerden und Steinkoliken gelitten. Im Herbst 1891 sah ich Patienten und konnte bei oberflächlicher Untersuchung in der Sprechstunde nur einen cystischen Tumor constatiren, ohne eine genauere Diagnose über die Art desselben. Nachher verlor ich Pat aus dem Auge, bis ich von Herrn Collegen Dr. Kusik zur Consultation zu ihm gebeten wurde. Aufnahme in die D.-A. 21. September 1892.

Stat. präs.: 68-jähriger, stark anämischer Mann, von ausgesprochen senilem Typus. Hochgradige periphere Arteriosclerose. Herztöne schwach, unrein. Exacerbirte bronchitis chronica. Abdomen zwischen linkem Rippenbogen und Nabel stark vorgewölbt. Die Wölbung erstreckt sich nach links bis zur Lumbalgegend. Glatte Oberfläche der Geschwulst, deutliche Fluctuation. Vom Epigastrium nach links zieht ein wulstartiger Strang über den Tumor hin, der sich nach CO_2 Aufblähung als Colon descendens erweist. Der Magen ist nach rechts unten dislocirt. Leberrand undeutlich unter dem rechten Rippenbogen fühlbar. Die Grenzen des Tumors sind nicht genau abzutasten. Der Harn enthält Spuren von Eiweiss, keine Formbestandtheile. Die Probepunction mit der Pravaz'schen Spritze ergiebt eine bräunliche Flüssigkeit, die nicht gerinnt und in deren Sediment sich viele rothe Blutkörperchen und mehrere granulirte

Cylinder finden. Auf Harnstoff konnte wegen der geringen Menge nicht untersucht werden. Diagnose: Hydronephrosis sinist. Die zunehmenden Druckbeschwerden im Abdomen und die Gefahr einer drohenden Ruptur bewogen Pat. sich einer operativen Behandlung zu unterziehen. Am 22 September Morph. Chloroformnarkose (welche übrigens ungestört verlief) 10 Ctm. langer Schnitt über die Kuppe des Tumors parallel dem äusseren Rectusrande und medianwärts vom Colon descendens. Eröffnung der Bauchhöhle. Cystenwand mit dem Periton. pariet. an mehreren Stellen durch lockeres Bindegewebe adhaerent. Jodoformgazetamponade. Nach acht Tagen Incision der Cyste und Entleerung von 2800 Cubcent. bräunlicher Flüssigkeit. Patient fühlt sich wesentlich erleichtert. Der eingeführte Finger kann bei combinirter Untersuchung in der Lumbalgegend einen Rest der abgeplatteten Niere abtasten. Einlegen eines dicken Drainrohres. Borsäurespülung, Occlusivverband. Zwei Stunden nach der Operation entleerte sich aus der Blase in kurzen Intervallen drei mal dieselbe Cystenflüssigkeit. Es war also der Ureter wegsam geworden. Am Tage darauf, am 29. September 1892 ist der Harn blutig, enthält aber weder jetzt noch später Cysteninhalt. Pat ist sehr matt, delirirt und findet manche Worte nicht. Temp. 38,7. P. 120. Ordination: Excitantia. Der Verband muss wegen Durchtränkung mit Blut und Cysteninhalt gewechselt werden. 30. September. Patient ist wieder klar und nimmt Nahrung zu sich. Urin klar, enthält kein Blut, Temp. 37,8. P. 100. Von nun ab erholt der Kranke sich schnell und wird am 5. October zur häuslichen Weiterbehandlung entlassen. Die Secretion nimmt allmählich ab, bei den Borspülungen entleeren sich nekrotische Fetzen der Cysten-Innenwand. Das Drain wird allmählich gekürzt. Schluss der Fistel im Januar 1893. Seitdem feste Narbe und bis auf geringe ziehende Schmerzen bei heftiger Drehung um die Körperaxe keinerlei Beschwerden mehr.

Die Aetiologie der Hydronephrose ist in diesem Falle völlig unklar, doch spricht der Umstand, dass nach Entleerung der Cyste der Ureter wegsam wurde, für ein klappenförmiges Hinderniss.

Wir sind absichtlich interperitoneal vorgegangen, weil der Tumor hier am leichtesten zugänglich war und die kürzeste Narkose erforderte.

Fall VIII. Sarcoma medullare renis sinist.

Der 38-jährige Johann A. will bis zum Sept. 1892 stets gesund gewesen sein. Seitdem stellten sich Schmerzen in der linken Nierengegend ein und Patient beobachtete eine langsam wachsende Geschwulst in der Lendengegend. Seit dem

Januar verschlimmerte sich der Zustand bedeutend, so dass der Kranke arbeitsunfähig und bettlägerig wurde. Aufnahme in die D.-A. am 14 Februar 1893.

Stat. präs. Stark abgemagerter, kachectisch aussehender Mann. Die linke Regio epigastr. und hypochondr. kindskopfgross vorgewölbt. Keine deutlichen respiratorischen Schwankungen. Die Palpation ergiebt einen ca. mannskopfgrossen Tumor von derb weicher Consistenz, dessen Grenzen sich nicht genau abtasten lassen Pseudofluctuationsgefühl. Lungengrenzen: L. v. Axillarl. 6 R. h. Axil. 7 R Scapularl. 10 J. R. Absolute Herzdämpfung rechts in der Mitte des Sternums. Spitzenstoss im 4. J. R. in der Parasternall. Rechts sind Leber und Lungengrenzen normal. Der Harn ist normal ca. 1500. Zweimalige Probepunctionen ergeben reines Blut. Das Colon descendens lässt sich auch bei CO_2 Auftreibung nicht differenziren. Diagnose: Maligner Tumor der linken Niere, eventuell der Milz. Die heftigen Schmerzen und der starke Kräfteverfall veranlassen Pat. sich operiren zu lassen, jedoch wünscht er zunächst nur eine probatorische Incision, jedenfalls keinen lebensgefährlichen Eingriff.

Am 16. April wird in Morph.-Chlorof.-Narkose am lateralen Rande des linken Rectus durch einen 15 Ctm. langen Schnitt das Bauchfell eröffnet. Peritoneum parietale mehrfach mit der Wand des Bauchfelles verwachsen. Von oben nach unten zieht über den Tumor hinweg das fast leere Colon descendens mit der Kapsel der Geschwulst fest verwachsen. Querschnitt von 10 Ctm. zur Lendengegend hin. Die eingeführte Hand kann nun den Tumor abtasten. Er reicht nach oben bis in die Zwerchfellkuppe dieselbe nach oben drängend. Nach hinten gelangt die Hand bis zur Nierengegend, nach unten und rechts erstreckt sich die Geschwulst bis über die Aorta und Wirbelsäule etwa 3 Ctm. unterhalb des Nabels. Eine kleine Probeincision an der lateralen Seite fördert weiche bröcklich zerfallene hirnmarkähnliche Massen zu Tage, dabei blutet es lebhaft aus der Incisionsöffnung, welche, da Umstechungsnähte nicht die Blutung stillen, tamponirt wird. Da jetzt die Diagnose einer bösartigen Neubildung feststeht, wird in Anbetracht der enormen Grösse des Tumors von weiteren Exstirpationsversuchen zunächst Abstand genommen, und die Bauchwunde unter grossen Schwierigkeiten durch Nähte geschlossen. In den nächsten Tagen entwickelt sich an den Kreuzungsstellen der Wundwinkel eine circumscripte Gangrän und ein kleiner Bauchdeckenabscess, die es unmöglich machen jetzt schon zur nochmaligen Laparotomie zu schreiten. Inzwischen zog Pat. eine schon gegebene Erlaubniss zur Radicaloperation zurück und wurde am 14. Mai mit kleiner granulirender Bauchwunde und einer Fistel entlassen, aus welcher weiche Sarcommassen hervorwucherten. Unter zunehmender Entkräftung starb Pat. Ende Juni 1893.

An eine extraperitoneale Exstirpation dieses gewaltigen Tumors, selbst mit Bardenheuers doppeltem Thürflügelschnitt war nicht zu denken; auch bei der transperitonealen Nephrectomie von der Linea alba aus wäre man auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestossen. In solchen Fällen vermag wohl nur der bei der Section übliche Kreuzschnitt ein genügend grosses und freies Operationsterrain zu verschaffen, und auch dieser konnte hier meiner Ansicht nach nicht mehr helfen, weil die Verwachsungen ohne Verletzung lebenswichtiger Organe wohl kaum noch trennbar waren. Es ist eine traurige Thatsache, dass unsere Landbevölkerung oft noch jenen Grad von Indolenz besitzt, der sie erst dann zum Arzte treibt, wenn er nicht mehr helfen kann. Wäre der Mann, bald nachdem er die Geschwulst entdeckte, zur Operation gelangt, so hätte man ihm mit ziemlicher Gewissheit Leben und Gesundheit wiedergeben können; denn die Prognose operativ behandelter Fälle abgekapselter Nierensarcome beim Erwachsenen ist nicht ungünstig.

Endlich war ich zweimal in der Lage die Nephrolithotomie mit dem sogen. «Sectionsschnitte» auszuführen.

Fall IX. Herr J. K., 68 Jahre alt, hat seit 8 Jahren an linksseitigen Nierenkoliken mit Haematurie und Abgang kleiner Concremente gelitten. Wegen hochgradiger Schmerzen und totaler Arbeitsunfähigkeit am 8. Mai 1893 Nephrolithotomie. Scheinbar kein Stein vorhanden. Erst nach Freilegung der ganzen Niere und des Nierenbeckens in letzterem eine Resistenz fühlbar. Incision der Niere von der Convexität aus bis ins Becken. Extraction eines ziemlich grossen Steines. (3 Ctm. lang, 1.8 Ctm. breit. 2 65 Gramm schwer) 4 Catgutparenchymnähte. Schluss der Wunde durch Nähte. I. intentio. Am siebenten Tage Verbandwechsel. Fast die ganze Wunde (wahrscheinlich durch den sehr starken Husten) wieder aufgeplatzt. Seitdem Jodoformgazetamponade. Heilung der Wunde in drei Monaten. Pat. verlor alle Beschwerden und wurde vollkommen arbeitsfähig. Im September 1893 Apoplexia cerebri und nach 4 Wochen Tod an Lungengangrän.

Fall X Baronesse A. v. F., 67 Jahre alt, leidet seit dreissig Jahren an rechtsseitiger Nephrolithiasis. Ausserdem noch mancherlei andere Leiden (Gallensteinkoliken, starke chronische Bronchitis, mit schweren asthmatischen Anfällen und cardiale Dyspnoe; im Winter 1892 ein leichter apoplectischer Insult).

Nephrolithotomie am 22. Mai 1893. Extraction dreier zum Theil maulbeerförmiger Steine. Dabei wird das obere Viertheil der Niere quer eingerissen. Naht des Querrisses und der Längswunde an der Convexität mit Catgut, Naht der Weichtheilwunde. Wiederum sehr starke Hustenanfälle, und infolge dessen Bildung eines grossen Haematoms, nach dessen Incision die Wunde unter Tamponade-Behandlung in ca. 2½ Monaten heilt. Seit dem 22. Mai keine Steinkoliken und seit Schluss der Wunde überhaupt fast garkeine Schmerzen. Erst im September 1893 wieder erneuerte Schmerzen beruhend auf der Bildung einer Hernie im Gebiete der Längsnarbe, deren Inhalt die bei jedem Hustenstosse sich vorwölbende Niere bildet. Wegen Erfolglosigkeit der versuchten Bandagenbehandlung und Unmöglichkeit der erstrebten Radicaloperation (Vernähung der Muskeln- und Fasciendiastase) wird am 13. Dec. 1893 die rechte Niere exstirpirt (Fall XI). Anfangs ungestörter Wundverlauf, keine Urämie. Harnmege stieg bis 1310. Zur Zeit einer heftigen Influenzaepidemie in der Diakonissenanstalt, auch bei dieser Patientin Symptome von Influenza(Kopf- und Gliederschmerzen, verstärkte Bronchitis, Fieber). Seitdem starker Kräfteverfall, Abnahme der Harnmenge an einzelnen Tagen bis 280 Cubctm. mit leichten urämischen Symptomen (Nachts Delirien, am Tage Somnolenz, klonische Zuckungen in den Vorderarm-Muskeln). Diese Symptome sind in ca. 14 Tagen wieder geschwunden, und befindet sich Patientin momentan so wohl, dass sie in diesen Tagen mit kleinen granulirenden Wunden wird entlassen werden können.

Ueber die Ergebnisse der Obduction im Fall IX und über den Nierenbefund in beiden Fällen soll in einer späteren Arbeit genauer berichtet werden. Nur soviel sei erwähnt, dass ideale prima intentio beider Nephrotomiewunden eingetreten war.

Ich kann es mir nicht versagen, zum Schluss einer kurzen Notiz zu erwähnen, die Bloch auf dem letzten Chirurgen-Congresse machte. Bloch vermuthete eine Erkrankung der Niere, legte diese frei, fand aber nichts Pathologisches und excidirte ein Stückchen Rindensubstanz behufs mikroskopischer Untersuchung, welche eine bakterielle Erkrankung ergab. Der Eingriff wurde anstandslos ertragen. Darin erblicke ich den Hinweis auf die Möglichkeit, dass der Chirurg in vielleicht nicht allzu ferner Zukunft im Stande sein wird dem internen Kliniker auch auf dem Gebiete der nicht chirurgischen Nierenerkrankungen zur Gewinnung einer exacten mikroskopischen Untersuchung hülfreich die Hand zu bieten.

Ich schliesse in der Hoffnung, in manchem Collegen, dem das Gebiet der Nierenchirurgie bisher fern gelegen hat, Interesse für dasselbe erweckt zu haben, und mit dem Wunsche, dass auch auf diesem Gebiete, wie auf so vielen anderen der sogenannten inneren Chirurgie, die gemeinschaftliche Arbeit des Internisten wie des Chirurgen immer wieder neue goldene Früchte zeitigen möge.

Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen.

Von

Dr. A. v. Bergmann (Riga).

Vortrag, gehalten auf dem V. livländischen Aerztetag den 2. September 1893.

M. H.! Die Bedeutung, welche die Hirnchirurgie heute gewonnen, dann der Wunsch Anforderungen einzuschränken, welche in Bezug auf operatives Vorgehen nicht selten von collegialer Seite an den Chirurgen gestellt werden und die weit unser chirurgisches Können überschreiten, endlich aber auch die Bitte an die Collegen, welche Pat. behufs Trepanation einsenden, denselben eine recht genaue Krankheitsgeschichte mitzugeben — veranlassen mich heute das angekündigte Thema vor Ihnen zu besprechen, obgleich ein wesentliches Gebiet desselben — der Hirnabscess — auf unserem 2. Aerztetage bereits von anderer Seite in längerer Rede besprochen worden.

Bei der uns beschäftigenden Frage müssen wir unterscheiden die Trepanationen, welche primär durch die Art der Verletzung des Hirns bedingt sind — von den secundären Trepanationen, die durch die Folgezustände der Hirnverletzung bedingt sind.

Aus der ersten Kategorie wird ja wohl als selbstverständlich anerkannt werden, dass bei allen complicirten Schädelbrüchen, wo in der breit klaffenden Wunde das Hirn blosliegt oder durch ausgedehnte Splitterung des Schädeldaches lädirt erscheint — die Entfernung der Knochenfragmente, die Säuberung der Hirnwunde von Verunreinigungen und Knochensplittern als dringendste Indication sich aufdrängt.

Ebenso wird sich wohl kaum eine Controverse dagegen erheben, dass unverweilt einzugreifen ist, wo die Erscheinungen einer schnell wachsenden Hirncompression durch Blutung evident geworden, ganz besonders, wenn der Ort der Verletzung auf eine Sinus- oder Meningealgefässblutung hinweist.

Constatirt man in dem, durch das stattgehabte Trauma oder durch die Trepanation blosgelegten Hirn einen in das Marklager eindringenden Zertrümmerungsherd, so ist derselbe durch Tamponade zu versorgen.

Ferner ist die Trepanation geboten, wo die äussere Wunde auf einen in's Hirn gedrungenen Fremdkörper — abgebrochene Messerklinge, eingedrungenen Stein oder drgl. führt. Die Trepanation ermöglicht uns hier den Fremdkörper zu entfernen und damit namentlich die Störungen hintanzuhalten, welche sekundär, nachdem die äussere Wunde sich geschlossen, dem Verletzten drohen.

Wie steht es nun mit den Schussverletzungen des Hirns?

Von Berlin aus ist die Parole ergangen, dass nur in den Fällen zu trepaniren sei, wo momentan mit dem Einschlagen des Geschosses Symptome auftreten, die direct auf die Läsion bestimmter Centra hinweisen, dass jedoch die Trepanation zu unterbleiben habe, wo diese Symptome erst im späteren Verlauf aufgetreten, da sie hier nicht den Ausdruck directer Läsion der ausser Function gesetzten Centra bedeuteten, sondern indirect zu Stande gekommen wären, so dass man bei einer etwaigen Trepanation die unangenehme Ueberraschung erfahre, weder das Geschoss noch auch überhaupt eine Hirnläsion an der eröffneten Stelle zu finden.

Bei Schussverletzungen sei ferner die primäre Trepanation indicirt, soweit bei denselben Verhältnissen vorliegen, wie sie vorhin bereits besprochen, d. h. ausgedehnte Knochenverletzung und fortdauernde Blutung.

In allen übrigen Fällen sei die primäre reactionslose Einheilung des Geschosses im Hirn anzustreben, welche garnicht so selten zu Stande kommt, wie dieses die einstweilen noch nicht veröffentlichte stattliche Reihe von Fällen beweist, die in der königl. Klinik zu Berlin beob-

achtet worden. Selbstverständlich ist secundär sofort einzugreifen, sobald Anzeichen sich einstellen, dass die reactionslose Einheilung des Geschosses nicht vor sich gehe.

Aus persönlicher Anschauung kenne ich 2 Fälle, die das Gesagte illustriren:

In dem einen handelte es sich um ein 19 jähriges Mädchen, auf das der Bräutigam 3 Revolverschüsse abgegeben hatte, von denen 2 die linke Schläfe, der dritte die Stirn getroffen hatten. Die etwa 2 Stunden nach der Verletzung eingebrachte Kranke lag in schwerem Coma da mit Cheyne-Stokeschem Athmen, Zuckungen, die zeitweise den rechten Arm und das rechte Bein zusammenzogen. Der langsame, 58 Schläge zählende sonst kräftige, regelmässige Puls wurde in der nächsten Stunde stetig langsamer, hart, zählte bei meiner Ankunft nur 48 Schläge, deutete also auf zunehmende Hirncompression — wahrscheinlich durch Blutung.

Ich trepanirte, kam in der That auf eine spritzende Arterie und legte einen grossen Zertrümmerungsherd im Schläfenlappen bloss, den ich nach behutsamer Entfernung der Blutgerinnsel und Hirnbröckel tamponirte, ohne nach der Kugel zu suchen.

Die beiden anderen Kugeln hatten das Schädeldach nicht perforirt und wurden entfernt.

Wenige Stunden nach der Operation hatte sich die Pulsfrequenz auf 102 Schläge gehoben, die Athmung war regelmässig geworden und hatten die Zuckungen im Arm und Bein aufgehört. Allein am nächsten Morgen erfolgte der Tod und die Section ergab, dass während der Zertrümmerungsherd im linken Schläfelappen sass und sich bis in den linken Stirnlappen hineinerstreckte, die Kugel von vorn unten nach oben hinten ansteigend sich vom Herde entfernt hatte, indem sie darauf beide Thalami optici verletzend, den 3. Ventrikel durchsetzend, erst dicht unter der Pia m. des rechten Parietallappens Halt gemacht hatte.

Wie aussichtslos wäre in solchem Falle ein Entfernenwollen der Kugel! und wie weit vom Zertrümmerungsherde, den sie geursacht, kann die Kugel sich entfernen! Der schmale Schusskanal. den sie zwischen dem Endpunkt ihrer Bahn und dem Zertrümmerungsherd gelassen, macht es verständlich, dass ein reactionsloses Einheilen der Kugel auch noch da erfolgen kann, wo Entzündungsvorgänge in diesem letzteren Platz gegriffen und einen operativen Eingriff nach sich gezogen haben.

Der 2. Fall betrifft einen 24 jährigen kräftigen Mann, der 2 Revolverschüsse auf seinen Schädel abgegeben, welche den

selben in der rechten Schläfe, der eine dicht vor dem Ohr, der andere noch mehr nach vorn und oben getroffen hatten. Der vorderen Einschuss-Oeffnung entsprechend liess sich eine kleine Depression im Schädel nachweisen. Da Pat. gar keine cerebralen Störungen zeigte, wurde ein aseptischer Verband angelegt. Der nächste Tag verlief gleichfalls ohne weitere Störung. Allein in der darauffolgenden Nacht war Pat. sehr unruhig geworden, die Temperatur war auf 38,4 gestiegen, während die Pulsfrequenz auf 53 gesunken war. Nun wird eingegriffen. Der vorderen E. O. entsprechend, findet sich ein 2 Ctm. langer und etwa 1,5 Ctm. breiter Defect im Stirnbein. Der Knochen ist hier in eine Menge kleiner Fragmente gebrochen, die fast sämmtlich extradural zusammenliegen.

Nach vorn und oben ist die Dura zerrissen und quellen hier Blutcoagula und Hirnbröckel heraus; hier wird mit der Kornzange eingegangen und ein klein apfelgrosser Zertrümmerungsherd im Stirnlappen constatirt, aus dem sich Blutcoagula und Hirnbröckel entleeren, in dem jedoch die Kugel nicht gefunden wird, ein kleines Knochenfragment wird aus dem Schusskanal entfernt. Die Höhle wird tamponirt und schliesst sich an den Eingriff ein glatter Wundverlauf. Beobachtungshalber ist Pat. 2 Monate in der Abtheilung behalten worden, es hat sich keine Störung weiter gezeigt, und jetzt fast 2 Jahre nach der Operation ist Pat. ein kräftiger gesunder Mann, der inzwischen geheirathet hat und sich des besten Wohlseins erfreut, trotz seiner Kugel im Hirn.

Dieser Fall leitet uns hinüber zu der Kategorie von Trepanationen, welche secundär wegen eingetretener Folgezustände von Hirnverletzungen nothwendig geworden sind.

Als derartige Folgezustände kommen in Betracht der Hirnabscess, der Erweichungsherd resp. cystoïde Umwandlung eines solchen und endlich die Hirnnarbe.

Therapeutisch am wenigsten dankbar sind die Fälle, in denen es sich um Operation der Hirnnarbe handelt wegen der durch sie geursachten Jackson'schen Epilepsie. Da mir Fälle eigener Beobachtung nicht zu Gebote stehen, so werden Sie mir gestatten über diese Gruppe hinwegzugehen.

Wenn wir nun zunächst Stellung nehmen sollen zum Hirnabscess, so wissen Sie, dass wir — dank Ernst v. Bergmann — eine feste Regel und Richtschnur für unser Vorgehen in dieser Frage haben: wir sollen nur da operiren, wo wir unsere Diagnose stellen können

auf Symptome a) des vermehrten Hirndruckes b) der Eiterung als solcher c) der Herdläsion und zwar nur da, wo diese Symptome ihren Ausgangspunkt nehmen von einem wohl constatirten ätiologischen Moment. Besteht nun diese Directive auch heute noch zu recht?

Man könnte bei Durchsicht der neuesten und neueren Publicationen einschlägiger Fälle den Eindruck gewinnen, als hätten sich die Autoren von dieser Directive emancipirt und hielten die Trepanation bereits für indicirt, wo das ätiologische Moment oder einzelne Symptome zu Gunsten des Hirnabscesses sprächen. In der That sehen wir, dass nur in der kleineren Anzahl der Fälle alle die angeführten Symptome vollzählig vorhanden sind gerade in dem Moment, in welchem sich uns der Hirnabscess zur Operation stellt. Wie Sie wissen, können Herdsymptome vollständig fehlen, wenn Frontal- Occipital- oder Schläfenlappen Sitz des Abscesses sind. Ja das Hauptsymptom vorhandenen Eiters — das Fieber — kann fehlen. Von den 14 hier in Betracht kommenden Fällen des Rigaschen Krankenhauses hatten 7 Hirnabscesse nur in 1 Fall eine mässige Temperatursteigerung kurz vor der Operation aufzuweisen, während die übrigen normale oder nur um einige Zehntel gesteigerte Temperatur hatten. Umgekehrt wiesen von den übrigen 7 Fällen 5 sehr hohe Temperatur auf, als deren Ursache in der Mehrzahl der Fälle ein Erweichungsherd gefunden wurde. — Verfolgen wir nun aber die einzelnen Krankengeschichten bis hinauf zu dem Tage, wo das ätiologische Moment seine Einwirkung ausübte, so finden wir, dass jeder Hirnabscess Tage gehabt, an denen Fieber vorhanden war, wir finden auch Herdsymptome, welche dann wieder geschwunden sind — kurz bei einer genauen Anamnese sind wir im Stande Lücken des Krankheitsbildes auszufüllen durch Berücksichtigung von rudimentär angedeuteten oder ephemeren Symptomen, und sind dann im Stande diese mit den übrigen Erscheinungen und dem grundlegenden ätiologischen Moment zur richtigen Diagnose zusammenzuschliessen. Allerdings mit der Einschränkung, dass wir im Anschluss an eine traumatische Hirnläsion statt des erwarteten Eiters einen Erweichungs-

herd oder — in sehr seltenen Fällen — eine Erweichungscyste finden können.

Unter einem sog. Erweichungsherd verstehen wir einen Bezirk rother matscher Hirnsubstanz, in welchem extravasirtes Blut in verschiedener Menge sich findet. Die Abgrenzung eines solchen Bezirks gegen die gesunde Umgebung ist entweder gut ausgesprochen oder mehr weniger verwaschen.

Sein Zustandekommen verdankt ein solcher Herd verschiedenen Processen: entweder repräsentirt er eine Encephalitis oder er ist durch Nekrose der Hirnsubstanz zu Stande gekommen, welche von einer verschiedenbreiten Zone sog. rother Erweichung umgeben ist. Für unser praktisches Handeln ist es wichtig festzuhalten dass diese Herde unter günstigen Verhältnissen spontan zur Ausheilung kommen, dass sie aber auch nach einem Stadium der Latenz durch Umwandlung in Abscess oder durch plötzliches Aufflammen einer Encephalitis das Leben vernichten können, dass sie endlich von vornherein die Tendenz zeigen können fortschreitend die umgebende Hirnsubstanz einzuschmelzen und durch Ergreifen lebenswichtiger Centra oder Durchbruch in einen Ventrikel den Tod des Kranken herbeizuführen.

Gelingt es den Sitz eines diesen beiden letzten Kategorien angehörenden Herdes zu bestimmen, ihn uns zugänglich zu machen, Blutcoagula, den Detritus, die Hirnbröckel zu entfernen, durch Tamponade eine energischere Reaction der Umgebung wachzurufen, so sind die Bedingungen für die Heilung gegeben und auch de facto derartige Heilungen erzielt worden.

Das Schwierigste ist zunächst den Sitz eines solchen Herdes und dann die Progressivität desselben festzustellen. Auf den Sitz des Herdes weisen uns die Ausfallserscheinungen, sei es dass die Centra direct betroffen oder dass sie in noch gesunder Peripherie liegend indirect in ihrer Function alterirt worden.

Dass ferner ein solcher Herd — ebenso wie ein Abscess — als druckerhöhendes Moment störend wirkt auf das Gleichgewicht der an der endocraniellen Circulation betheiligten Factoren — liegt ausser allem Zweifel,

spricht ja doch dafür das Fehlen des Liq. cerebro-spinalis bei Eröffnung des Arachnoidalsackes, die Pulsverlangsamung, die Stauungspapille.

Bleiben diese Anzeichen bestehen, treten neue Herderscheinungen etwa noch hinzu, oder tritt Fieber ein, steigern sich die Erscheinungen vermehrten Hirndruckes, dann haben wir vollkommen ausgeprägt das Bild, wie es uns für den Hirnabscess skizzirt worden, und stehen nun vor der Frage: Liegt ein sich entwickelnder Abscess vor, der so rasch als möglich eröffnet werden muss, oder handelt es sich um einen Erweichungsherd, bei dem die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung noch nicht ausgeschlossen ist?

Kommt man nicht rechtzeitig aus dem Dilemma der für und gegen den Eingriff sprechenden Erwägungen zu einer positiven Entscheidung, so können alle Erwägungen abgeschnitten werden durch den plötzlich eintretenden Durchbruch in den Ventrikel, durch den Tod.

Erst kürzlich habe ich einen derartigen Fall beobachten können.

Die 70jährige T. M. wird mit einer complicirten Fractur am l. Stirnbein am 4. Mai a. c. aufgenommen, die sie sich nach Aussage der Angehörigen durch einen Sturz von der Treppe zugezogen haben soll. Nach einem Stadium grosser Unruhe, normaler Temperatur, ca. 80 Puls — ist am 3. Tage Parese des linken Armes und Beines sowie Herabsetzung der Sensibilität auf der linken Körperhälfte manifest geworden.

Die Unruhe nimmt weiterhin zu, Pat. schreit und spricht beständig vor sich hin, schimpft unfläthig, muss mit Gewalt im Bett zurückgehalten werden. Dabei ist die Temp. Morgens unter 37,0 Abends zwischen 37,4—37,6 und steigt die Pulsfrequenz auf 96. Eine ophthalm. Untersuchung ist wegen der grossen Unruhe der Pat. nicht auszuführen; da während einer ganzen Woche die Erscheinungen an Intensität zugenommen, beschloss ich zunächst im Bereich der Fractur zu trepaniren, um einem Erweichungsherd im Stirnlappen, den ich unmittelbar unter der Stelle der Gewalteinwirkung annahm, zunächst günstigere Bedingungen zu schaffen, eventuell denselben zu eröffnen. Die linksseitige Parese und Sensibilitätsalteration erklärte ich mir durch ein contralaterales Hämatom zu Stande gekommen.

Bei der Operation erweist sich, dass bei sternförmiger Fractur der äusseren Tafel die innere in ca. 3 Ctm. Durchmesser abgesprengt ist. In diesem Defect pulsirt die Dura und zeigt

sie hier einen kleinen bereits fest verklebten Einriss. Eine Probepunktion fällt negativ aus. Ich konnte mich nicht dazu entschliessen die Dura zu eröffnen. Das Krankheitsbild wurde durch den Eingriff in keiner Weise verändert, ein paar Tage später hatte die Parese zugenommen, um Tags darauf wieder entschieden abzunehmen.

Am 15. Mai früh, nachdem Pat. bis dahin nach einer Morphiuminjection die Nacht ruhig geschlafen, fängt sie plötzlich an laut zu schreien, mit beiden Händen zu agiren, mit den Zähnen zu knirschen und ist binnen einer Stunde verschieden.

Die Diagnose lautete: subdurales Hämatom rechts und Erweichungsherd mit Durchbruch in den Seitenventrikel, wahrscheinlich im linken Stirnlappen. Die Nekropsie bestätigte die Diagnose nur sass der Erweichungsherd nicht links, im Stirnlappen, sondern rechts unter dem Hämatom im Schläfenlappen; er war in der That bis an den Seitenventrikel vorgedrungen, welcher mit blutig gefärbtem Serum gefüllt war.

Hätte ich mich nicht in diesem Fall von der Vorstellung eines Erweichungsherdes in loco laesionis gefangen nehmen lassen und hätte auf die Herdsymptome hin rechts eingegriffen, so wäre ich nach Umschneidung eines grösseren Hautknochenlappens doch wohl auf den Herd gekommen, der ja dann nicht weit von der vorderen Centralwindung seinen Sitz haben musste.

Ich habe in solcher Weise einen 20-jährigen Matrosen operirt, wo ich nur dadurch, dass ich in grösserer Ausdehnung die Hirnoberfläche freilegte, den wallnussgrossen Herd fand — er markirte sich gegen die lebhaft blutende Umgebung sehr auffallend durch die geringe Blutung aus der Hirnoberfläche und durch die Verfärbung und matsche Beschaffenheit der Hirnsubstanz selbst. Mit der Operation fiel das Fieber ab und bildeten sich alle Erscheinungen zurück, die sich während 18-tägigen Abwartens entwickelt hatten und die bestanden: in Pulsverlangsamung, Fieber, heftigem Kopfschmerz, zu dem sich später Nacken- und Rückenschmerzen gesellt hatten, endlich Trübung der Sehnervenpapille, sowie starke Schlängelung der Venen daselbst. Allerdings ist dieser Fall insofern nicht ganz einwandsfrei, als etwa 1 Monat nach der Operation bei sonst glattem Verlauf die Temp.

Abends 1 Mal auf 38° anstieg und beim Verbandwechsel sich etwa 1 Esslöffel Eiter aus der tamponirten Höhle unter Pulsation entleerte. Man kann die Frage aufwerfen: hat es sich hierbei nur um Retention gehandelt oder hat ein kleiner Hirnabscess von vornherein bestanden, der nun zum Durchbruch gekommen?

Wenn ich auch glaube, dass hier nur Retention vorgelegen, da die Temp. sofort abfiel, nur noch 4 Tage später die Notiz im Krankenbogen sich findet, dass noch etwas Eiter sich entleert habe und der Verband darauf 12 Tage liegen bleibt, worauf sich dann weiter kein Eiter mehr findet, — so muss doch die Möglichkeit der Annahme eines nachträglichen Abscessdurchbruches zugegeben werden. Notorisch waren im Detritus des Erweichungsherdes bei der Operation keine Eiterkörperchen gefunden worden. Die nahen Beziehungen, welche zwischen Erweichungsherd und Hirnabscess bestehen können, illustrirt dann noch ein Fall, den ich Ihnen kurz mittheilen will.

Am 10. Sept. a. p. wird eine 35-jährige Frau aufgenommen mit complicirter Fractur des rechten Stirnbeins, welche sie sich durch einen Flaschenhieb zugezogen. Pat. kommt mit bereits vernähter Wunde fiebernd ein. Die Nähte werden entfernt, die Wunde tamponirt. Das Fieber fällt zunächst ab, um dann wieder am 16. Sept. eine leichte Steigerung zu zeigen (38,0); nun wird trepanirt, das deprimirte Knochenstück entfernt.

Die Dura ist scheinbar unverletzt, pulsirt. Am 5. October tritt Erbrechen ein, das sich dann öfters wiederholt. Doch giebt Pat. an, daran auch früher schon gelitten zu haben. Am 15. October ist eine linksseitige Facialisparese notirt. Der Wundverlauf ist im Uebrigen ein glatter, so dass Pat. sich nicht länger als bis zum 10. November in der Abtheilung halten lässt. Am 23. Nov. lässt sie sich bereits wieder aufnehmen. Es bestehen: linksseitige mässige Facialisparese. Oefteres Erbrechen. Bei Palpation des rechten Stirnbeins treten Brechbewegungen auf. Beiderseits Stauungspapille. Die Temp. ist normal, Puls einige 70 Schläge. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Lähmungen.

Am 27. Nov. Trepanation, wobei ein grosser Erweichungsherd im Stirnlappen gefunden wird, der von 2 Trepanationsöffnungen aus mit tamponirender Gaze versorgt wird. Im Detritus werden mikrosk. Eiterkörperchen constatirt.

Der nächste Effect der Operation ist ein Zurückgehen der Facialisparese, bald ist dieselbe aber wieder da, Erbrechen stellt sich ein, Hirnprolaps aus beiden Trepanationslücken, Pat. fängt an Stuhl und Urin unter sich zu lassen und ist am 23. December der linke Arm paretisch. Am 4. Januar a. c. haben die Erscheinungen ihren Höhepunkt erreicht, das linke Bein ist paretisch der linke Arm gelähmt, P. klein, kaum fühlbar, dann aber tritt unerwartet und plötzlich eine Besserung ein, so dass am 8. Jan. nur noch eine leichte Parese des linken Armes besteht, Pat. sich wieder wohl fühlt, die Stauungspapille nicht mehr constatirt werden kann.

Der Hirnprolaps bildet sich vollkommen zurück und wird am 22. Febr. a. c. Pat. entlassen. Am 13. Juli Pat. wieder im Krankenhause, seit einigen Wochen bestehen heftige Kopfschmerzen und ist wieder Prolaps durch beide Trepanationslücken entstanden. Es besteht wieder l. Facialisparese. Herabsetzung der motorischen Kraft im linken Arm und Bein, Kopfschmerz, Andeutung beiderseitiger Stauungspapille. Die Temp. ist 37,0 der Puls 80. Abermaliger Eingriff eröffnet einen kleinapfelgrossen Abscess im rechten Stirnlappen. Doch auch dieser Eingriff blieb zunächst ohne Effect, um dann von einer stetigen Verschlimmerung der bestehenden Erscheinungen gefolgt zu werden; hinzu traten dann anfallsweise auftretende Krämpfe in der linken Seite, Coma, in welchem dann auch am 10. August a. c. der Tod erfolgte.

Die Section ergab eine Eiteransammlung — subdural — von der Trepanationsöffnung beginnend und nach hinten sich über den Parietallappen erstreckend — ein richtiges Empyem des Subduralraums, keine eitrige Meningitis. Der eröffnete Abscess hatte sich bis auf Wallnussgrösse verkleinert, in seiner Umgebung bestand keine Erweichung, der ganze Hirnlappen schien um $^1/_3$ seines Umfanges verkleinert. Im Bereich des erst operirten Erweichungsherdes fand sich glattes Narbengewebe. Darunter fand sich jedoch fest abgekapselt ein bohnengrosser Abscess, der nicht eröffnet worden war.

Haben diese Abscesse bereits bestanden, als der Erweichungsherd geöffnet wurde? Sind sie erst nachträglich entstanden aus kleinen isolirten Erweichungsheerden? Eine entscheidende Beantwortung dieser Fragen ist unmöglich, lassen Sie mich daher schliessen mit dem nochmaligen Hinweis darauf, dass die Erscheinungen, welche uns veranlassen beim Hirnabscess einzugreifen, auch vorhanden sein können, ohne dass Eiter zu finden oder überhaupt vorhanden ist, dass wir aber nichts destoweniger auch in diesen Fällen vor der Operation nicht zurückscheuen dürfen, ja dass in seltenen sorgfältig aus-

gewählten Fällen auch bei nicht complicirter Verletzung durch den operativen Eingriff der Versuch gemacht werden kann dem Kranken das Leben zu erhalten.

Ich verwahre mich ausdrücklich dagegen, dass ich die Indicationsgrenzen für die Operation wesentlich weiter gestellt wissen will und betone nur, dass jeder Fall exact beobachtet und sorgfältig erwogen sein will, dass aber dann auch mancher Fall zur Operation kommen wird, an dem man sonst achtlos vorübergegangen, mancher Erfolg noch erzielt werden kann, wo sonst der einzige Ausgang nur der Tod ist.

Ueber die traumatische Epilepsie und ihre Behandlung.

Von

Dr. W Zoege Manteuffel (Dorpat).

Vortrag, gehalten auf dem V livländischen Aerztetag am 2. September 1893 als Correferat zu dem Vortrag Dr. A. v. Bergmanns (Riga) «Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen».

Meine Herren!

Die Folgen, die ein Trauma des Hirns nach sich ziehen kann, hat Ihnen mein Vorredner in anschaulicher Weise geschildert, sowie Ihnen die diagnostischen und therapeutischen Mittel zum Erkennen, Verhüten uud Beseitigen derselben auseinandergesetzt. Es erübrigt noch einer Erkrankung des Hirns zu gedenken, die bald in unmittelbarer, bald in weiterer Folge einer Verletzung des Hirns auftritt: der Rindenepilepsie.

Wenn ich es nun unternehme, den Stand der Frage der Epilepsie nach Kopfverletzungen darzulegen, so muss ich gleich betonen, dass ich bei der Fülle des Stoffes und der Kürze der bemessenen Zeit mich auf Wiedergabe der noch vielfach bestehenden Controversen namentlich hinsichtlich der Genese nicht einlassen kann.

Die Rindenepilepsie, zuerst von Jackson, lange vor der Erforschung der Functionen der Hirnrinde als eine Erkrankung der letzteren geschildert, fassen wir als eine Schädigung oder Reizung der motorischen Sphäre der Hirnrinde auf, die sich in klonischen, in typischer Reihenfolge sich abrollenden Krämpfen der ganzen Körpermusculatur äussert.

Wenn wir am trepanirten Thier eine beliebige Stelle

der Hirnrinde electrisch reizen, so entstehen bei Anwendung starker Ströme diffuse epileptische Anfälle, die meist plötzlich sich in atypischer Weise über die ganze Körpermusculatur ausbreiten. Wenn wir dagegen schwache Ströme in Anwendung ziehen, so gelingt es bei Reizung der motorischen Sphäre Krämpfe der geschilderten Art zu erzeugen: Wir erhalten das Bild der Jackson'schen oder Rindenepilepsie.

Zuerst Luciani und Ferrier, dann Hitzig, Fritsch, Frank, Pitres, Unverricht, Johannson, Rosenbach, Unger haben durch eine grosse Zahl von Experimenten dargethan, dass typische Anfälle sich nur von der motorischen Region aus erzeugen lassen, so zwar, dass der Krampf zuerst in dem dem gereizten Centrum entsprechenden Muskelgebiet auftritt. Bald bleibt der Krampf auf die eine Muskelgruppe beschränkt (Monospasmus) bald breitet er sich über die eine, (Hemispasmus) oder beide Körperhälften (allgemeine Epilepsie) aus. Als Gesetz müssen wir es ferner ansehen, dass der Krampf seinen bestimmten Weg geht. Der Reiz breitet sich vom anfangs ergriffenen Centrum auf das nächstliegende aus, entsprechend der anatomischen Anordnung der Rindenfelder. «Diejenigen Muskeln werden hintereinander in Zuckungen versetzt, deren Centra in der Hirnrinde neben einander liegen». Der Krampf rollt vom Orbicularis beginnend über die ganze contralaterale Körpermusculatur. An der gleichnamigen tritt er dann in umgekehrter Reihenfolge auf: so durchkreist er gewissermaassen den ganzen Körper: von der dem Centrum entsprechenden entgegengesetzten Seite beginnend steigt er an dieser herab bis auf die hintere Extremität, springt jetzt hinüber auf die andere hintere Extremität und steigt hinauf wieder bis zum Orbicularis der gleichnamigen Seite. Aber nicht blos der erste von der Hirnrinde inducirte Anfall nimmt seinen Ausgang vom gereizten Felde und durchläuft die eine Seite in absteigender, die andere in aufsteigender Richtung, nein auch jeder folgende, der sich an den ersten anreiht, hat denselben Ausgangspunkt und denselben Verlauf: eine Beobachtung Unverrichts, der wegen ihrer Gesetzmässigkeit die grösste diagnostische

Bedeutung beizumessen ist. Ebenso verlaufen ein 3. und 4. Anfall, nur dass er, wie erlahmend, nicht mehr das Ziel erreicht. Stieg der 2. Anfall noch bis hinab zum Bein und wieder herauf zu dem dem Ausgangspunkt der anderen Seite entsprechenden Centrum — so erreicht der 3. vielleicht eben noch die vordere Extremität der anderen Seite — der 4. vielleicht nur noch die hintere, oder bleibt auf eine Seite beschränkt.

Die Analogie dieser Erscheinungen mit der von Jackson geschilderten Rindenepilepsie gestattet wohl eine unmittelbare Uebertragung der am Thier gewonnenen Resultate auf die Vorgänge am Krankenbett. Ich kann allerdings nicht verhehlen, dass eine Reihe namhafter Autoren, unter ihnen Nothnagel, Kussmaul Binswanger etc. vom Pons und von der Medulla aus allgemeine Krampfanfälle erregten und diese Thatsachen etwa so deuteten, dass sich an der genannten Stelle eine Art Sammelcentrum befinde, das sowohl vom Willensimpulse als von der Peripherie her in Thätigkeit versetzt werden könne. Unverricht acceptirt jedoch diese Reflexkrämpfe nicht als wahre Epilepsie.

Uebertragen wir die am Thiere gewonnenen Erfahrungen zur Klärung der Situation auf den Menschen, so müssen wir uns vor Allem fragen: Welcher Factor übernimmt hier die Rolle der electrischen Pole?

Gestatten Sie, m. H., dass ich zur Beantwortung dieser Frage vorerst mich den anatomischen Veränderungen, wie sie bei Kopfverletzungen mit nachfolgender Epilepsie gefunden wurden, zuwende. Die Zahl der anatomisch gesicherten klinischen Beobachtungen ist schon gross genug. Wir finden vor Allem als Ursachen unmittelbar nach dem Trauma einsetzender epilept. Anfälle: eingedrungene Knochensplitter und Fremdkörper, Knochenimpressionen, dann in weiterer Folge der Verletzungen: Verlöthungen der Hirnhäute unter einander und mit dem Schädel, manchmal in Gestalt zarter Adhäsionen, manchmal und häufiger in Gestalt fester gelblicher Narben, die von der Dura bis in die Hirnrinde und noch tiefer reichen. In anderen Fällen zeigten diese Narben cystoides Gefüge und füllten flache Vertiefungen der Oberfläche des Hirns,

oder bildeten sklerotische derbe Platten in und auf der Rinde.

Kocher weist ferner darauf hin, und bringt eine Reihe interessanter klinischer Belege, dass in einer Reihe von Fällen durch Zertrümmerung entstehende cystoide Räume sich als Ursache der Epilepsie fanden. Ja, er glaubt sogar annehmen zu dürfen, dass diese «traumatische Porencephalie» sehr leicht und häufig Epilepsie erzeuge, und findet eine Stütze dieser Anschauung in der Beobachtung Benedicts, der als Ursache der spontanen Epilepsie angeborene und entzündliche Porencephalie fand. Die von Kocher beschriebenen Zertrümmerungscysten erreichten sehr erhebliche Grösse und communicirten durchweg mit den Ventrikeln, so weit, dass sie als gewaltige Ausbuchtungen derselben erschienen.

Während bei den ersterwähnten Formen der Schädel zumeist eine Continuitätstrennung erlitten hatte, kann diese schon fehlen bei den Erweichungsheerden. Des weiteren ist Epilepsie nach Kopftraumen ohne Schädelverletzung beschrieben, wobei man sich genöthigt glaubte, die Narbe der Galea als Ursache der dann reflectorischen Epilepsie anzuschuldigen. Bergmann weist darauf hin, dass wir nicht gezwungen sind, diese Weichtheilwunde der Kopfschwarte als Ausgangspunkt des epilept. Reizes anzusehen, dass vielmehr auch eine tangential den Kopf contundirende Kugel, ja jede Contusion des Schädels auch ohne Continuitätstrennung desselben eine Contusion des Hirns setzen könne, wie schon die Versuche von Felizet es zeigen, der einen mit Paraffin gefüllten Schädel aus verschiedener Höhe herabfallen liess und jedesmal eine wenn auch flache Delle im Paraffin als Ausdruck der elastischen Impression des Schädels nachwies,

Die auf Kochers Anregung von Ferrari angestellten Versuche mit den einer ähnlichen Gewalteinwirkung ausgesetzten Schädeln eingeschobenen Deckgläschen die ohne Bruch des Schädels sich zertrümmert vorfanden, zeigen noch deutlicher, wie weit die Zerstörungen im Hirn ohne Continuitätstrennung des Schädeldaches gehen können.

Ziehen wir die klinischen Beobachtungen hinzu, so

müssen wir sagen, dass wir im gegebenen Fall kaum ein Recht besitzen, bei Narben der Kopfschwarte von einer reflectorischen Epilepsie zu reden, wie wir sie etwa bei Narben an anderen Körperstellen beobachten. Und der Unterschied ist schliesslich kein so wesentlicher: nur der, dass der Reiz seinen Ursprung ausserhalb des Hirns nimmt. Seine Wirkung liegt immer in der Rinde.

Beweisend für diese Auffassung sind schon die nothwendig gewordenen Excisionen der betreffenden Centra in einschlägigen Fällen.

Bei Kopfverletzungen können wir somit sagen, dass stets die Läsion einer motorischen Rindenpartie mit anatomischen Veränderungen an derselben als Ursache der Rindenepilepsie anzusehen ist.

An dieser Thatsache ändert auch nichts die von einer Reihe von Autoren gemachte Beobachtung, dass von der sensoriellen Sphäre aus ein Anfall auszulösen sei.

Denn erstens sind die Centren derselben noch vielfach controvers und hat z. B. Unverricht an dem Occipitallappen ebenfalls motorische Centren gefunden und danach das Bild einer Epilepsie bei Reizung dieser Gegend gezeichnet. Es war und ist eben die «motorische Region» noch lange nicht in ihrer ganzen Ausdehnung bekannt, wie eben die Versuche Unverrichts wiederum zeigen. Andrerseits weist Horsley darauf hin dass wahrscheinlich neben jedem motorischen Centrum auch ein sensibles und eines für Muskelgefühl liegen, wo dann die anatomische Trennung allerdings unmöglich wird.

Wir müssen allerdings bei der Art der Ausbreitung der epileptischen Rindenreizung von einem Centrum zum Nachbarcentrum zugeben, dass auch mal von einem nicht motorischen Centrum der Reiz ausgeht und erst beim Hinüberrollen auf die motorische Sphäre in Erscheinung tritt, wenn wir nicht eine besondere labile Disposition der motorischen Sphäre annehmen wollen. Gegen letztere spricht aber schon das thatsächliche Vorkommen der Narbenreflexepilepsie. Beweisende Beobachtungen am Menschen für Ausgang der Epilepsie von einem ausserhalb der motorischen Sphäre gelegenen Centrum bei directer Läsion liegen meines Wissens nicht vor.

Aus nahe liegenden Gründen genügt es vorab für unsere Zwecke jedoch, wenn wir daran festhalten, dass die Jackson'sche Rindenepilepsie eine anatomische Veränderung in der motorischen Zone fordert, und zwar in einem relativ eng umschriebenen Bezirk, die sich aus dem Beginn des Anfalls in einer bestimmten Muskelgruppe erkennen und gemäss der Kenntniss von der Localisation der Hirnrinde und ihrer Beziehungen zur Schädel-Oberfläche auch an dieser finden und bestimmen lässt, auch wo keine äussere Verletzung auf den Ort der Läsion, der Veränderung hinweist.

Gerade bei den Kopfverletzungen ist nun aber letzteres meist der Fall. Es gelingt, wie im Experiment, so auch am Patienten gelegentlich durch Druck auf die Narbe, auf den nachgiebigen Schädeldefect den Anfall auszulösen.

Diese und ähnliche Beobachtungen mögen, wie Broca das erzählt, schon in prähistorischer Zeit den Versuch veranlasst haben, die Epilepsie durch Ausschaltung des Schädelstückes mit der Narbe zu heilen. Jedenfalls scheinen diese Versuche nach Discreditirung der Trepanation überhaupt durch die französische und deutsche Schule in der Mitte unseres Jahrhunderts, erst in den letzten Decennien wieder aufgenommen worden zu sein, und zwar, wie man sich an den veröffentlichten Berichten überzeugen kann, mit sehr wechselndem, im Ganzen höchst unbefriedigendem Erfolg.

Man beschränkte sich darauf, das imprimirte Schädelstück, die die Splitter beherbergende Narbe im Schädel herauszutrepaniren. Auch die antiseptische Aera brachte hier anfangs keine Fortschritte. Man excidirte immer noch blos die Haut- und Knochennarbe und löste höchstens die Dura vom Knochen. Erst mit Victor Horsley ist die Behandlung der Jackson-Epilepsie in eine neue und fruchtbringende Phase getreten. Horsley empfahl in allen Fällen die Excision auch der Narbe im Gehirn. Wo eine mit den Decken zusammenhängende Narbe sich fand, war das Maass für die Excision in den sichtbaren Veränderungen am Knochen und an der Hirnoberfläche und namentlich die zu excidi

rende Stelle sofort gegeben. Handelte es sich um Fälle, in denen ein solcher Fingerzeig fehlte, so suchte und fand Horsley das gewünschte «Centrum» nach breiter Eröffnung der Schädelcapsel auf anatomischem Wege oder aber, was er nie zu unterlassen räth, durch Reizung mittelst des electrischen Stromes; denn der Anfall hatte ihm ja den Ausgangspunkt im peripheren Spiegelbilde physiologischer Uebertragung gezeigt und den Rückschluss auf ein umschriebenes Rindengebiet möglich gemacht.

Der klassisch gewordenen ersten Publication Horsley's sind eine grosse Reihe weiterer gefolgt. Bergmann, dem wir in Vorstehendem vielfach folgten, bemerkt hierzu, dass diese Veröffentlichungen viel zu früh erfolgten, da sie blos die Genesung von der Operation, nicht aber die der Epilepsie melden konnten, und acceptirt als «geheilt» nur solche Fälle, die über 4 Jahre ohne Anfall gewesen sind. Von diesen sind inzwischen ebenfalls eine ganze Reihe gemeldet und gebucht, so dass wir die methodische Exstirpation des erkrankten Rindenfeldes als ein physiologisch und pathologisch wohl begründetes Operationsverfahren ansehen müssen. Denn die Anfangs bedenklich erscheinende Entfernung einer motorischen Centralstelle hat keinen dauernden functionellen Ausfall zur Folge. Wissen wir doch, dass der Ausfall durch vicariirenden Ersatz gedeckt wird, so dass, wie viele Beispiele es zeigen, die Anfangs auftretenden Lähmungen allmählich geringer werden und nach einigen Monaten schwinden.

Damit fallen auch die letzten praktischen Bedenken, und wir werden auch selbst in Fällen, wo nach 3 Jahren ein Recidiv auftritt, diese 3 Jahre in dem Leben des Unglücklichen als einen Gewinn ansehen, allerdings aber deswegen nicht die Hoffnung aufgeben, durch besseres Erkennen und Können in Zukunft auch die volle Heilung zu erzielen.

Wenn wir aber ein Recidiv sehen, ist das denn eigentlich so wunderbar?

Müssen wir uns nicht vielmehr mit Bergmann darüber wundern, wenn wir eine Narbe durch eine Narbe ersetzen und trotzdem Heilung eintreten sehen?

Denn nach Excision der veränderten und verletzten Hirnprovinz muss doch zur Heilung wieder eine Narbe entstehen und was ist diese besser als jene?

Alexander Fränkel hat in einer in der Festschrift für Billroth veröffentlichten Arbeit die Gründe der Recidive auseinanderzulegen unternommen. Er giebt die bilateralen Beziehungen jeder Rindenpartie, wie sie Horsley und Schäfer zur Erklärung des functionellen Ersatzes behaupten, im Allgemeinen zu.

Bei vollständiger Zerstörung jedoch bleibe beim Affen und auch beim Menschen ein Defect (während er sich beim Hunde ausgleiche). Wenn also nach Epilepsieoperation die Function sich wieder vollkommen herstelle, so sei das ein Beweis, dass das Centrum nicht ganz excidirt sei und damit auch nicht die Ursprungstätte des Anfalls. Auf eine andere Ursache für die Recidive komme ich weiter unten zurück. — Jedenfalls sind weitere Bestätigungen dieser Versuche noch abzuwarten.

Bergmann nimmt an, dass gerade so, wie Knochensplitter in ganz hervorragender Weise die Hirnrinde reizen auch eine unregelmässig gestaltete Narbe einen erheblicheren Reiz ausübe, als eine glatte, eine Ueberlegung, die uns auch in Hinsicht auf die später mögliche Epilepsie dazu nöthigt, Splitterbrüche des Schädels primär zu trepaniren.

Mit aus diesem Grunde empfehlen Wagner und nach ihm Helferich und Küster und neuerdings Kümmel speciell bei der Epilepsie das mit dem Meissel ausgeschlagene mit dem Periost in Verbindung stehende Knochenstück zu reimplantiren. Alexander Fränkel sah bei Hunden nach Reimplantation der Schädelstücke narbige Verwachsungen der Hirnrinde und Epilepsie auftreten. Er räth daher das Knochenstück durch eine Celluloidplatte zu ersetzen, ein Verfahren, das stark an die wenig creditfähigen Operationen von Gluck erinnert.

Kocher fasst das Wesen der Reizung etwas anders auf, vornehmlich, wie mir scheint, weil er besonders viele Fälle von traumatischer Porencephalie beobachtete und für diese seine Erklärung allerdings erschöpfend ist. Er fasst den epileptischen Insult auf als «eine durch

plötzliche intracranielle Druckschwankung und daherige Circulationsstörung zu Stande gekommene Commotio cerebri, bei abnormer, anatomisch begründeter Erregbarkeit gewisser Gehirnabschnitte, speciell im Bereich der Hirnrinde».

Unter «Commotio» versteht Kocher: «eine blos mikroskopisch erkennbare Quetschung kleinster Theile der Hirnsubstanz, über einen grösseren Bezirk ausgebreitet, durch Fortleitung eines Stosses innerhalb der Hirnsubstanz selber sowohl als unter Vermittelung des Liquor cerebrospinalis».

Es ist hiernach ohne weiteres verständlich, wie eine Excision eines Narbenherdes Erfolg haben kann. Es ist aber auch der Erfolg erklärlich, wie ihn Kocher bei der von ihm eingeschlagenen Therapie bei traumatischer Porencephalie eintreten sah. Kocher eröffnete die Cyste und hielt sie so lange durch ein Drain offen, bis kein Liqnor cerebrospinalis mehr abfloss und der Defect sich schloss. Die Druckentlastung giebt hier wohl die Bedingung für Restitution.

Ohne auf diese sehr interessante und ausführliche Arbeit Kochers näher einzugehen, weil das, was sie an stofflich Neuem und neuen Gedanken bringt, auch wohl zu lange Ihre Geduld in Anspruch nehmen würde, kann ich es mir nicht versagen auf einen Punkt etwas näher einzugehen.

Dass thatsächlich der Druck bei Entstehung der Epilepsie eine erhebliche Rolle spielen kann und dass wir gezwungen sind in den Druckschwankungen ein genetisches Moment zu sehen, erscheint fraglos erwiesen durch die von Kocher beigebrachten Beispiele. Wenn durch Eröffnung einer Porencephalie die epilept. Symptome schwinden, beim Verheilen der Oeffnung sofort auftreten um definitiv durch abermalige Eröffnung beseitigt zu werden, so liegen hier die Thatsachen in ihrem Zusammenhang ebenso klar da, wie in jenem Fall, in dem die Narbe sich bei venöser Stauung spannte, blähte und dann auch die epileptischen Anfälle einsetzten. Ich glaube aber, dass Kocher, wohl veranlasst durch das ihm zu Gebote stehende Material, einen anderen Reiz,

der namentlich bei verbackenden Narbenbildungen in Frage kommt, zu sehr in den Hintergrund gedrängt hat. Bedenken wir, dass wir es hier mit einem Organ zu thun haben, das zu seiner Ernährung in toto rhythmische Bewegungen von recht erheblicher Excursionsweite ausführt und das jetzt seine Oberfläche an einen vorstehenden Knochensplitter reibt oder anspiesst, oder an einer Stelle mit dem starren Schädel verwachsen, an dieser Adhäsion fortwährend zerrt, oder bei Berücksichtigung der Structur und Consistenz der narbig verbundenen Gewebe gezerrt wird, so müssen wir in diesem grob mechanischen Moment doch auch einen Factor sehen, der nicht blos indirect durch die durch ihn gesetzten Druckschwankungen, sondern direct durch Zerrung geeignet erscheint als ursächlicher Reiz für den epileptischen Insult aufzutreten, wie der electrische Strom im Experiment.

Es fragt sich, ob wir aus diesen Erfahrungen uns Schlüsse gestatten dürfen auf unser therapeutisches Handeln, ob wir aus ihnen Fingerzeige herauslesen können, wie wir dem Recidiv am besten vorbeugen.

Die Untersuchungen von Fränkel geben jedenfalls zu denken, und wären nachzuprüfen. — Jedenfalls wird es sich empfehlen das zu replantirende Stück Schädel ein gutes Stück grösser auszumeisseln als das aus der Hirnrinde zu resecirende, damit die Narben hier nicht über einander zu liegen kommen, eine Maassregel zu der wir ja auch sonst greifen, wo wir Einziehungen und Verbackungen vermeiden wollen. Wo das aus irgend einem Grunde nicht möglich, schadet ein Schädeldefect schliesslich auch nicht viel. Ich erlaube mir, hier Ihnen einen Mann zu demonstriren, bei dem ich vor $1^3/_{12}$ Jahren im Status epilepticus nach verheilter Schädel-Hirnwunde die Trepanation ausführte. Eine Erhaltung des austrepanirten Knochenstückes war schon deswegen nicht möglich, weil es durch das ursprüngliche Trauma durchlocht und hochgradig narbig verändert war. — Es besteht jetzt ein Schädeldefect, der lebhafte Pulsationen zeigt, bei deren Betrachtung sich einem unwillkürlich die Frage aufdrängt: hätte das reimplantirte

Schädelstück in gleicher Weise die pulsatorischen Bewegungen des Hirns unbehindert gelassen? Hätte es nicht vielleicht doch Verwachsungen gegeben, die die Bewegungen local hinderten und Zerrungen der Rinde bedingten, in der Nachbarschaft der excidirten Partie?

Nun, meine Herren, ich will die schönen Bestrebungen der letzten Jahre, solche Defecte knöchern zu schliessen durchaus nicht reactionär verwerfen, — es würden mir ja auch eine Reihe wohlgelungener Reimplantationen ohne schädliche Folgen entgegengeführt werden können, — glaube aber doch, dass auch hier noch das Thierexperiment einzugreifen hat, um uns die gewünschte und so nothwendige Sicherheit zu geben, — die Sicherheit, die wir im übrigen therapeutischen Plan, dank dem Thierexperiment und den klinischen Beobachtungen besitzen, und die allein uns ein Recht giebt, mit kühner Hand in das Gehirn des Menschen unser Messer zu senken.

Ueber Actinomycose beim Menschen.*)

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Dr. A. v. Bergmann, im Stadtkrankenhause zu Riga.)

Von

Dr. med. G. Engelmann.

Assistent.

M. H.! Es ist nicht viel mehr als ein Jahrzehnt her, seit durch die bahnbrechenden Arbeiten Israels[1]) und Ponfiks[2]) die Actinomycose beim Menschen als ein in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung selbständiges Krankheitsbild zur allgemeinen Anerkennung gelangte. Seitdem ist die Zahl der Arbeiten über diesen Gegenstand zu einer stattlichen Reihe angewachsen, und namentlich seit der 1885 erschienenen umfassenden Arbeit Israels[3]) ist das Studium der Actinomycose sowohl in pathologisch-anatomischer, wie bakteriologischer und klinischer Beziehung mit grossem Eifer gefördert worden; so dass jetzt bereits hunderte von Beobachtungen aus allen Gegenden vorliegen. Auch aus Russland ist bereits in verschiedenen Zeitschriften eine ganze Reihe von Erkrankungsfällen an Actinomycose publicirt worden.

Dagegen vermissen wir aus den Ostseeprovinzen bis heute noch eingehendere Beobachtungen und es liegt nur

*) Nach einem zum V. Livländischen Aerztetage am 2. Sept. 1893 gehaltenen Vortrage.

[1]) J. Israel. Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mycosen des Menschen, Virchows Archiv. Bd. 74 u. 78.

[2]) Ponfik. Die Actinomycose des Menschen. Berlin 1882.

[3]) J. Israel. Klinische Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen. Berlin 1885.

eine vereinzelte Mittheilung in der Petersburger medicinischen Wochenschrift vom Jahre 1888 über einen in Libau behandelten Fall von Actinomycose der Kreuzbeingegend von E. Braatz vor. Es sei mir daher gestattet eine Anzahl von Fällen von Actinomycose, die in letzter Zeit im Rigaschen Stadtkrankenhause zur Beobachtung gekommen sind, hier mitzutheilen. Sind es auch nur wenige Fälle, so beweisen sie doch, da sie in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum gesammelt worden sind, dass die Krankheit auch bei uns zu Lande nicht allzu selten vorkommt, und dass die bisher mangelnden Beobachtungen darauf beruhen, dass sie bei uns, wie bis vor Kurzem allgemein, sich noch unter anderen Diagnosen verbirgt.

Im Anfang des vorigen Jahres wurde in die chirurgische Abtheilung des Stadtkrankenhauses ein Fall von Erkrankung der Bauchdecken aufgenommen, bei welchem es gelang, nachdem die Diagnose anfangs zwischen Actinomycose, Lues oder malignem Tumor geschwankt hatte, durch die mikroskopische Untersuchung die Anwesenheit von Actinomycespilzen im Secret zu constatiren. Nachdem in der Folge derartigen Erkrankungen eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt worden war, und in verdächtigen Fällen eine genaue bakterioskopische Untersuchung des Eiters vorgenommen wurde, gelang es im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre noch eine Reihe von Erkrankungen an Actinomycose zu beobachten; und zwar 2 Fälle von Hals- und Gesichts- und 4 Fälle von Abdominalactinomycose.

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich zunächst das Krankheitsbild in allgemein pathologischer Hinsicht, wie es in unseren Fällen in ziemlich übereinstimmender Weise sich präsentirte, skizziren.

Bei der Untersuchung fanden sich derbe, die Haut meist vorwölbende Schwellungen, die zum Theil den Eindruck von Tumoren machten, jedoch meist ohne scharfe Grenze in die gesunde Umgebung übergingen.

Die Haut über denselben war meist geröthet, theilweise livid verfärbt, letzteres namentlich bei den länger bestehenden Processen; meist liess sie sich wenig, stellen-

weise gar nicht über dem Tumor verschieben, und fühlte sich gewöhnlich teigig infiltrirt an.

Die Geschwulstmassen selbst waren meist druckempfindlich, fühlten sich zum Theil fast knochenhart an, an anderen Stellen war die Consistenz eine etwas weichere und bot die Schwellung Fluctuationsgefühl dar. Wo sie in der Nähe des Knochens sassen, waren die Massen fest mit demselben verbacken, so dass sie von demselben nicht abgegrenzt werden konnten. Doch zeigte der Knochen selbst weder Auftreibung noch Druckempfindlichkeit.

In den Fällen, in welchen Fisteln bestanden, producirten diese ein dünnflüssiges eitriges Secret, in welchem Gewebsbröckel und gelbliche Körnchen enthalten waren. Lymphdrüsenschwellungen auch in der Nähe des Krankheitsheerdes wurden nicht beobachtet, was auch von verschiedenen Seiten[4]) als für Actinomycose, die sich nicht auf dem Wege der Lymphbahn weiter verbreiten soll, als charakteristisch angegeben wird.

Bei der Incision der Geschwulstbildungen, bei der eine auffällig starke parenchymatöse Blutung eintrat, zeigte sich ein charakteristisches Bild: Es präsentirten sich straffe, bindegewebige Schwarten von grau-weisslicher Farbe, welche wie Nester grössere und kleinere Hohlräume und Gänge in sich schlossen, die mit einem zum Theil verfetteten und zerfallenen Granulationsgewebe, welches in einigen Fällen ein hirnmarkähnliches Aussehen hatte, gefüllt waren. Dieses Gewebe lieferte ein spärliches dünnflüssiges Secret, in dem man stellenweise verschieden, meist sandkorngrosse Krümel und Körnchen von gelblicher Farbe antraf; die letzteren fanden sich auch zwischen die Granulationsmassen eingesprengt.

Namentlich das Granulationsgewebe zeigte eine auffällige Neigung zu Blutungen; die dasselbe umgebenden weisslichen Schwarten waren von verschiedener Dicke, an einzelnen Stellen waren sie so mächtig, dass sie den Eindruck von harten Tumoren machten. Sie verloren sich in der Umgebung des Krankheitsherdes diffus in das gesunde Gewebe.

---

[4]) cf. Partsch. Volkm. Vortr. 1888 № 306/7.

Die beschriebenen Massen durchsetzten diffus die in das Bereich des Krankheitsherdes fallenden Organtheile, wie Muskeln, Fascien, Sehnen u. s. w., so dass es den Eindruck machte, dass sie bei ihrer Wanderung im Gegensatz zu sonstigen infectiösen Processen, sich nicht in erster Linie an Gewebsinterstitien hielten, sondern direct auf die benachbarten Gewebe übergriffen. Ein Uebergreifen auf den Knochen, wie es sonst wohl beschrieben worden, konnte in unseren Fällen nicht beobachtet werden, wiewohl die Wucherung in einigen Fällen sich bis auf das Periost verfolgen liess.

Einige Male zeigte der Tumor deutliche Fluctuation, hier fand sich bei der Incision dann meist eine grössere Höhle, die Eiter enthielt, wiewohl wir es auch in einem Falle beobachten konnten, dass die erweichten Granulationsmassen das Fluctuationsgefühl vortäuschten. Wo wirklicher Eiter sich fand und gegenüber dem erwähnten dünnflüssigen Secret, welches die Körner enthält, in den Vordergrund trat, muss wohl eine Mischinfection mit Eitererregern angenommen werden, da der Actinomyces an sich, wie neuere Beobachtungen[5]) ergeben haben, nicht Eiter producirt. Dass es allerdings in vielen, vielleicht den meisten Fällen von Actinomycose zu solchen Mischinfectionen kommt, wird durch die Eingangspforte, die wohl meist der Verdauungstractus bildet, ausreichend erklärt. In der Mehrzahl unserer Fälle beobachteten wir denn auch ein mehr oder weniger eitriges Secret, welches mehrmals, so bei Bauchactinomycose wo der Process sich in der Umgebung des Darmes abspielte, übelriechend war.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der excidirten Schwarten fand man zum grössten Theil straffes Bindegewebe, in welches grössere und kleinere Haufen von lymphoiden Zellen eingelagert waren, zum Theil grössere Lager von Granulationsgewebe, welches auch die Höhlen und Gänge umgab und in degenerirtem und zerfallenem Zustande die letzteren mehr oder weniger ausfüllte. Actinomycesdrusen im Gewebe wurden nicht beobachtet, da-

[5]) cf. Bollinger. Münch. med. Wochenschr. № 41. 1887.

gegen wurden im Secret und innerhalb der zerfallenen Massen in allen Fällen die charakteristischen Pilzrasen nachgewiesen, welche den Hauptbestandtheil der gelblichen Körner bilden, und in einem Fall konnten auch die keulenförmigen Gebilde, die sich um die Pilzgeflechte in den ausgebildeten Drusen finden, beobachtet werden.

Wie schon erwähnt, hatten wir es in Betreff der Localisation des Processes mit 2 Formen der Erkrankung zu thun, mit der Kiefer- und der Abdominalactinomycose. Die beiden Fälle von Kieferactinomycose stellten 2 verschieden weit vorgeschrittene Stadien der Erkrankung dar.

Im ersten Fall war der Process bloss auf die Submaxillar- und Retromaxillargegend beschränkt, im 2. war die Erkrankung bereits an dem aufsteigenden Unterkieferast in die Höhe gewandert, hatte die Temporalgegend ergriffen, wo man eine knochenharte Geschwulst fühlte und verbreitete sich unter dem Jochbogen hindurch bis in die linke Orbita. In beiden Fällen bestand ein gewisser Grad von Kieferklemme, ein Symptom, welches auf Ergriffensein der Kaumusculatur zurückzuführen ist.

Ueber den Ausgangspunkt der Erkrankung und die Art der Infection liess sich nichts genaues constatiren, namentlich im zweiten Fall, wo es sich um eine sehr lange bestehende Erkrankung handelte. Der erste Fall kam einen Monat nach der Erkrankung in's Krankenhaus; ein halbes Jahr vorher hatte eine complicirte Fractur des Unterkiefers stattgefunden, die mit Eiterung verlaufen und nach operativer Entfernung von Knochensplittern verheilt war. In der Narbe, die von der damals gemachten Incision herrührte, fand sich eine Fistel. Die Infection ist hier wohl von der Mundhöhle, etwa von einem cariösen Zahn, in welchem sich bekanntlich der Actinomyces gern ansiedelt, erfolgt.

Der Verlauf beider Fälle war ein günstiger. Nach Incision, Auskratzung der Granulationsmassen und theilweiser Excision der Schwarten heilten die erkrankten Partien aus, die anfangs zurückbleibenden Härten wurden weicher und schwanden. Im 2. Fall musste mehrfach eingegriffen werden, da sich Recidive einstellten. Auch konnte

an eine radicale Entfernung, namentlich der Wucherungen in der Orbita nicht gegangen werden, da Patient auf die Enucleation des linken Auges, auf welchem das Sehvermögen so gut wie völlig verloren gegangen war, nicht eingehen wollte. Dennoch kam auch hier der Krankheitsprocess zum Stillstand, ja ging beträchtlich zurück, und der anfangs immer mehr vortretende Bulbus sank wieder ein, nachdem von der Seite her, soweit es möglich war, eine Entfernung der Granulationsmassen vorgenommen war. Das Sehvermögen stellte sich allerdings nicht wieder her.

Fall I.

P. P. 21 a. n. Seminarist, aus Riga, aufgenommen 12. Jan. 1893. Im August vorigen Jahres complicirte Fractur des Unterkiefers, nach einigen Wochen Schwellung, operative Eröffnung. Extraction mehrerer Knochenstücke. Bis zum December gesund. Seitdem Schwellung des Unterkiefers und Durchbruch einer Fistel, die Eiter entleert.

St. pr. Pat. kräftig gebaut, von gutem Ernährungszustand. Temperatur und Puls normal.

Die rechte Fossa retromaxillaris nach hinten bis zum vorderen Rand des Sternocleidomastoideus stark vorgewölbt, Haut geröthet, glänzend, nicht faltbar, nach unten reicht die Schwellung bis in die reg. submaxillaris. Entsprechend der Lage der Glandula submaxillaris findet sich eine dem Unterkieferrande parallele, etwas eingezogene, mit dem Knochen nicht verbackene Narbe, in deren Mitte eine dünnflüssiges Secret liefernde Fistel.

Die Schwellung derb, breit, nicht scharf abgrenzbar. Eine ca. 2 □ Ctm. grosse Stelle zeigt Fluctuation. Mässiger Grad von Kieferklemme. Keine Lymphdrüsenschwellung.

14. Januar. Incision, es entleert sich Eiter, die Wandung des Abscesses von dicken weisslichen Schwarten gebildet in welchen sich nesterförmig gelblich-weisse, bis stecknadelkopfgrosse aus krümeligen Massen bestehende Körner finden.

Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Jodoformgazetamponade.

Im weiteren Verlauf geht die harte Schwellung zurück, die Wunde heilt per granulationem, fieberloser Verlauf.

10. Februar. Geheilt entlassen.

II. Fall.

J. A. 24 a. n. Bauer. Aufgenommen den 18. Januar 1893. Vor 6 Jahren an einer spontan aufgetretenen Schwellung am linken Unterkiefer erkrankt. Vor einem Jahr Incision, danach Besserung, doch bald Wiederauftreten der Schwellung und Kieferklemme.

St. pr. Kräftig gebaut, guter Ernährungszustand, derbe massige Schwellung der linken Gesichtshälfte und Unterkiefergegend. Auftreibung des Knochens selbst nicht nachweisbar, dagegen die Weichtheile um den Knochen hart geschwellt. Parallel dem aufsteigenden Kieferast eine 5 Ctm. lange Narbe.

In der Fossa temporalis sitzt dem Knochen breitbasig, unverschieblich eine 6 Ctm. im Durchmesser haltende glatte, durchweg knochenharte Geschwulst auf. Die Haut über derselben ist wenig faltbar. Keine Lymphdrüsenschwellung. Auch die Umgebung des linken Auges, namentlich das obere Augenlid und die Umgebung des äusseren Orbitalrandes geschwollen, der Bulbus tritt etwas mehr hervor als rechts.

22. Januar. Operation: Schnitt über den Tumor in der Fossa temporalis, welcher aus schwieligem, derbem, weisslichem Gewebe besteht in welches kleine gelbliche mit krümeligen Massen gefüllte Nester eingebettet sind. Die Tumormassen werden so weit es möglich extirpirt. Am Unterkiefer finden sich ähnliche derbe Massen, doch zum Theil auch weiche Granulationsmassen, auch hier die gelblichen Körner. Die Knochen gesund. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Primäre Naht der Wunde. Jodoformgazedrainage. Incision über dem oberen Augenlide und am äusseren Orbitalrande, auch hier werden Granulationsmassen und Schwarten entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung der Körner ergiebt Actinomycesfäden und Keulen. Im weiteren Verlauf verheilen die Wunden zum grössten Theil, die Umgebung wird weicher, dagegen schreitet der Process um das Auge herum fort. Der Bulbus tritt immer mehr hervor.

Die Prüfung des Sehvermögens ergiebt starke Herabsetzung, nur Lichtempfindung. Der Bulbus weicht etwas nach aussen ab doch sind Bewegungen desselben frei möglich.

Abends hin und wieder Temperatursteigerungen bis 38,0.

2. März. Der Supraorbitalbogen wird bis auf den Knochen umschnitten, der Schnitt über die Wange, wo ebenfalls in der letzten Zeit die Schwellung zugenommen hat nach unten geführt, der Bulbus lässt sich von der lateralen Wand abdrängen, wobei es sich zeigt dass aus der Fissura orbitalis auch actinomycotische Massen gewuchert sind, die nach Möglichkeit mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Unter der Wange dicht unter dem Jochbogen findet sich in schwielige Massen eingebettet ein ca. haselnussgrosser actinomycotischer Herd, welcher excidirt wird. Freilegung der äusseren Seite des Bulbus, Entfernung von Granulationsmassen mit dem scharfen Löffel. Die Wunden zum Theil durch die Naht vereinigt, zum Theil mit Jodoformgaze tamponirt.

Im weitern Verlauf gehen die Schwellungen zurück, der Bulbus sinkt ein, doch sieht Pat. mit dem Auge nichts, hat nur geringe Lichtempfindung.

Anfang April haben sich die Wunden geschlossen, die Härten sind geschwunden, so dass Pat. am 7. April entlassen wird.

Die 4 von uns beobachteten Fälle von Bauchactinomycose boten in den Einzelheiten und namentlich in ihrer Ausbreitung wesentlich verschiedene Krankheitsbilder.

In allen 4 Fällen war, wie die Anamnese ergab, die Erkrankung wohl vom Darme ausgegangen. Es waren Obstipation, Durchfälle, Schmerzen der Ausbildung der Geschwülste vorausgegangen; und zwar war es in 3 Fällen offenbar das Coecum resp. der Proc. vermiformis wo der primäre Process sich abgespielt hatte und von wo dann, nach Verlöthung des Darmes mit dem Peritoneum parietale, die Erkrankung auf die Bauchdecken übergegriffen hatte und hier im Bereich der Bauchmusculatur zur Bildung der charakteristischen, von schwartigen Massen umgebenen Herde im Granulationsgewebe geführt hatte. In mehreren Fällen fanden sich grössere oder kleinere Eiterherde, der Process war mit Eiterung combinirt, und in einem Falle bestand eine directe Communication mit dem Darm, es waren Darmfisteln vorhanden.

Fall 3.

A. v. S. 16 a. n. Gymnasiast aus Libau, aufgenommen am 28. Januar 1893.

Im October 1891 hat Pat. eine heftige perityphlitische Attaque durchgemacht, Pat. war einen Monat bettlägerig darauf bis zum Sommer 1892 gesund. Darauf trat eine allmälich zunehmende Schwellung in der rechten Darmbeingrube ein (bei im allgemeinen normaler Darmthätigkeit) Die Geschwulst hatte erst in letzter Zeit zu schmerzen begonnen und es hatte sich Fieber eingestellt.

In der rechten Fossa iliaca fand sich eine Vortreibung des Leibes, über welcher die Haut stark geröthet, gespannt und glänzend war. Man fühlte eine derbe Schwellung von länglicher Gestalt, welche die Mittellinie nach links nicht überschritt, nach oben bis zur Nabelhöhe reichte und nach unten der Fossa iliaca anlag. Die Geschwulst war druckempfindlich, zeigte in der Mitte eine erweichte Stelle und Fluctuation. Per rectum fühlte man eine Vorwölbung der vorderen Rectumwand.

29. Januar. Operation. Bei der Incision entleeren sich flüssige eiterähnliche Massen aus der fluctuirenden

Partie. Der Tumor besteht aus derben Schwarten, zwischen denen sich gelbliche hirnmarkähnliche Massen finden. Nach vorn in der Richtung zur Symphyse findet sich ein Gang, der gleichfalls mit hirnmarkähnlichen Granulationsmassen ausgefüllt ist. Der Schnitt führt bis auf das Peritoneum. Darm liegt nicht frei, ebensowenig lässt sich ein Zusammenhang mit dem Coecum oder Proc. vermiformis nachweisen. Der schwielige Tumor wird mit dem Messer im gesunden Gewebe extirpirt und die Wunde primär vernäht, der Gang wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponirt. Die mikroskopische Untersuchung der krümeligen Massen ergiebt reichlich Actinomycesfäden. Glatter fieberloser Verlauf, der Gang schliesst sich, die Infiltrationen schwinden.

Am 24. Februar geheilt entlassen.

Der 2. Fall von Bauchactinomycose bot ganz ähnliche Verhältnisse, nur spielte sich der Process auf der linken Seite ab.

Fall 4.

E. S. 23 a. n. aus Riga, aufgenommen den 5. Juli 1892.

Leidet seit längerer Zeit an Verstopfung und Hämorrhoiden. Vor 5 Wochen erkrankt mit diffusen Schmerzen im Leibe und Obstipation. Nach mehreren Tagen Besserung. Am 24. Juni bemerkte Patient eine kleine Geschwulst in der linken Bauchseite, welche Schmerzen verursachte, auch trat leichtes Fieber ein. Die Geschwulst vergrösserte sich seitdem stetig, Beschwerden bei der Urinentleerung traten ein, Stuhlgang erfolgte nur nach Abführung.

St. pr. Pat. etwas anämisch, leicht reducirter Ernährungszustand, Temperatur und Puls normal. ½ Fingerbreit unter dem linken Rippenbogen beginnt eine nicht sehr schmerzhafte Resistenz, welche sich bis 2 Fingerbreit unterhalb des Nabels erstreckt, nach rechts die Linea alba um einen Fingerbreit überschreitet, nach links eine Handbreit von der Mittellinie endigt. Die Resistenz nach beiden Seiten scharf wallartig abgegrenzt, nach oben und unten ohne scharfe Grenzen. Die Haut lässt sich wenig

falten, etwas eczematös geröthet, zum Theil leicht schuppend. (Folge v. Salbenapplication).

Die Druckempfindlichkeit ist unten am intensivsten. Vorn an einer Stelle Fluctuationsgefühl. Keine Lymphdrüsenschwellung. Per rectum fühlt man einen ausgedehnten Tumor im kleinen Becken, von der Prostata, an diese sich direct anschliessend, aufwärts an der hinteren Peripherie dem Finger gerade noch erreichbar eine weitere Stelle wo der Finger tief einzusinken scheint (Fistel?) Der Tumor derb elastisch um die fragliche Fistelöffnung von weicherer Consistenz. Bei combinirter Untersuchung keine deutliche Fluctuation fühlbar.

Operation am 7. Juli.

Schnitt über dem Tumor in der Richtung des m. Rectus abdom.

Nach Durchtrennung des Rectus, gelangt man in eine derbe schwartige auf dem Durchschnitt weisslich aussehende Geschwulstmasse. Das umgebende Gewebe blutet stark. Im unteren Theil findet sich ein geräumiger mit zum Theil käsigen grauweissen Granulationsmassen und Flüssigkeit, die gelblich-weisse Krümel enthält, angefüllter Gang. Der Tumor sitzt den Bauchdecken breit auf, diffus sich in das umliegende Gewebe verbreitend, mit dem Peritoneum verbacken. Ausser dem erwähnten Gang finden sich noch grössere und kleinere mit ähnlichen Massen angefüllte Gänge innerhalb der schwartigen Massen.

Auskratzung, theilweise Excision der schwartigen Massen, Jodoformgazetamponade.

Eine genaue bakteriologische Untersuchung unterblieb leider in diesem Fall, doch ergab die histologische Untensuchung einen den übrigen Fällen genau entsprechender Befund.

Der Verlauf war ein guter, fieberloser. Stuhlgang und Urinentleerung wurden normal. Pat. verliess vor der vollständigen Genesung das Krankenhaus, da alle Beschwerden geschwunden waren; per rectum war allerdings noch keine wesentliche Abnahme der Schwellung zu constatiren.

Die beiden übrigen Fälle zeigten schon bedeutend weitergehende Veränderungen. Beide betrafen weibliche Individuen, welche längere Zeit, die eine fast ein Jahr, in Behandlung verblieben.

Fall 5.

Frau B. H. 56 a. n. Wittwe, aufgenommen d. 17. Febr. 1892.

Vor 4 Monaten erkrankte Patientin mit Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend. Es bildete sich an der Stelle eine kleine Geschwulst, die seitdem stetig gewachsen ist, namentlich in der letzten Zeit. Ausserdem stellten sich häufige Durchfälle ein und häufiger Urindrang, wobei wenig entleert wurde. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich immer mehr, es trat Abmagerung ein. Vor 3 Jahren Diphtherie durchgemacht, sonst gesund gewesen.

St. pr. Gracil gebaute, etwas anämische Frau, reducirter Ernährungszustand, Temperatur normal, Puls normal.

Bauchdecken schlaff, in der rechten Fossa iliaca oberhalb des Poupartschen Bandes findet sich ein nahezu 2 faustgrosser Tumor, welcher bis dicht an den vorderen Theil der Crista ossis ilei reicht, mit welcher er fest verbacken ist. Nach oben reicht der Tumor etwa bis zur Nabelhöhe, nach unten bis zum Ligamentum Pouparti, nach links fast bis zur Mittellinie. Die Haut über demselben ist im unteren und seitlichen Theil etwas geröthet, lässt sich hier nicht über dem Tumor verschieben, während sie sonst normal erscheint. Im Bereich der gerötheten Partie stellenweise Fluctuation fühlbar. Im Uebrigen fühlt sich der Tumor hart an, ist wenig druckempfindlich, der Knochen nicht empfindlich, nicht verdickt. Keine Lymphdrüsenschwellung. Probepunction an der fluctuirenden Stelle ergiebt die Anwesenheit von eitrigem Secret.

Der Verlauf dieses Falles war ein sehr langwieriger, fortwährende Recidive zwangen zu wiederholten Eingriffen und man konnte hier ein allmähliches Hinüberwandern des Processes von der rechten bis in die linke Fossa iliaca beobachten, wo der Process endlich zum

Stillstand kam, so dass Patientin geheilt entlassen werden konnte.

Es handelt sich hier um den ersten im Krankenhause beobachteten Fall von Actinomycose, bei dem die Diagnose erst im weiteren Verlauf gestellt werden konnte.

Auf den Untersuchungsbefund hin wurde hier ein nach aussen durchbrechender perityphlitischer Abscess angenommen.

Bei der am 18. Februar vorgenommenen Operation entleerte sich bei der Incision Eiter mit gelblichen krümeligen Massen gemischt. Man gelangte in eine Höhle von der aus ein Fistelgang, welcher mit zerfallenen weisslichen Granulationen gefüllt war und keinen Eiter enthielt, in die Tiefe schräg nach unten zog um blind zu endigen. Die Eiterhöhle und der Fistelgang waren von derben schwartigen weisslich aussehenden Massen umgeben in denen kleinere mit Granulationen gefüllte Gänge sich fanden. Die Schwarten und Fistelgänge setzten sich dann diffus in die angrenzenden Muskeln fort. So weit es möglich war, wurden die Schwarten excidirt. Auskratzung. Jodoformgazetamponade, theilweise Naht der grossen Incisionswunde.

Dieses Bild, das sich bei der Operation bot, bewies, dass es sich nicht um einen einfachen Abscess handelte, die Art des Secretes und die Schwartenbildung legten den Verdacht auf Actinomycose nahe; die mikroskopische Untersuchung des Secretes und der Schwarten bestätigte diese Diagnose anfangs nicht, und es wurde, da auch ein tuberculöser Process durch die histologische Untersuchung ausgeschlossen worden, als das wahrscheinlichste eine gummöse Erkrankung in den Bauchmuskeln angenommen und Patientin mit Jodkali behandelt.

Im weiteren Verlauf verheilte die genähte Wunde per primam, die tamponirten Höhlen schlossen sich bis auf eine Fistel, welche spärliches Secret absonderte; die Härten an der rechten äusseren Seite, namentlich auch die sich dicht an den Knochen anschliessenden Schwellungen schwanden. Dagegen persistirte die derbe Infiltration am linken, inneren Wundrand und nahm allmählich an Mächtigkeit zu, es traten Schmerzen auf, so dass eine 2. In-

cision mit Auskratzung und Exstirpation der Schwarten nothwendig wurde. Dieser Vorgang wiederholte sich noch mehrmals, so dass Pat. im Laufe von 6 Monaten 5 Mal operirt werden musste.

Die Jodkalibehandlung welche eine Zeit lang mit localer Application von grauem Pflaster combinirt worden war, wurde, da sie nicht den geringsten Erfolg zeigte und von der Patientin nicht gut vertragen wurde, schon vor dem 2. Eingriff aufgegeben. Ausserdem wurden beim 3. Eingriff sehr charakteristische gelbliche Körnchen im Secret und den Granulationsmassen zu Tage gefördert, in denen die bakteriologische Untersuchung reichliche Mengen Actinomyces nachwies und dadurch die wiederaufgenommene Diagnose Actinomycose bestätigte.

Als der Process bis in die linke Darmbeingrube hinübergewandert, und auch hier operativ behandelt worden war, trat endlich Stillstand ein. Die Fisteln schlossen sich allmählich, die Härten schwanden. Dennoch dauerte es noch mehrere Monate bis die sehr von Kräften gekommene Patientin das Krankenhaus verlassen konnte. Nicht unerwähnt will ich es lassen, dass die Patientin ca. $1^1/_2$ Monate nach dem letzten Eingriff, als die Fisteln sich noch nicht ganz geschlossen hatten, die Härten auch noch nicht geschwunden waren, ein Erysipel durchmachte und dass während des Zurückgehens des letzteren sich auch eine schnellere Abnahme der Infiltrationen bemerkbar machte. Pat. befindet sich seit 8 Monaten ausser Behandlung, ist bisher ohne Recidiv geblieben, nur haben sich in den Narben 2 kleine Fisteln wieder geöffnet, welche sehr geringes Secret liefern.

Der 4. Fall von Abdominalactinomycose zeichnete sich dadurch aus, dass Pat. mit mehreren offenen Darmfisteln einkam.

Fall 6.

A. S. 14 a. n. Bauermädchen aus Kurland, aufgenommen den 26. August 1892.

Vor 7 Monaten erkrankt mit Schmerzen im Leibe bei im Allgemeinen normalem Stuhlgang. Im März bemerkte Pat. eine Geschwulst im Leibe. Seit dem Mai bestehen 2 Fisteln am Nabel, seit 4 Wochen haben sich die übri-

gen gebildet, zugleich ist seitdem der Leib aufgeschwollen. Aus den Fisteln entleeren sich dazwischen Gase und Flüssigkeit

St. pr. Patientin kommt in höchst desolatem Zustande ins Krankenhaus. Hochgradige Anämie, beträchtliche Abmagerung, Albuminurie, subnormale Temperatur. Puls weich, beschleunigt. Abdomen trommelartig aufgetrieben. In der ganzen Regio hypogastrica eine derbe Resistenz fühlbar, deren obere Grenze links 2 Fingerbreit über der Spina oss. ilei beginnend über den Nabel zum rechten Hüftbeinkamm zieht. Von der rechten Spina ist die Schwellung nicht deutlich abgrenzbar. Nach unten geht die Schwellung nicht über das Lig. Poupartii hinaus. Percussionsschall im Bereiche der Resistenz gedämpft, sonst tympanitisch.

In der Regio iliaca und inguinalis rechts 6 Fisteln, aus denen sich bei Druck auf die resistente Partie Eiter entleert, welcher bei den unteren Fisteln leichte Kothbeimengung zeigt. Eine 7. Fistel findet sich am Nabel.

Per rectum fühlt man einen Tumor, welcher die vordere Mastdarmwand vorwölbt.

28. August Operation. Eröffnung der Fisteln, die mit einander in Zusammenhang stehen und von dem charakteristischen schwartigen Gewebe umgeben sind, welches Granulationsnester enthält. Ein grösserer Fistelgang führt in die Tiefe auf das Peritoneum, aus demselben entweichen fäculent riechende Gasblasen.

Auskratzung, Jodoformgazetamponade. Von einer Entfernung der Schwarten konnte bei der diffusen Ausbreitung des Processes keine Rede sein.

Der Verlauf war ein sehr langwieriger. Nach mehrfachen Incisionen und Auskratzungen, und mehrfacher anfangs erfolglos ausgeführter Darmplastik, konnte Pat. jedoch, nach 7-monatlicher Behandlung, geheilt entlassen werden; wenn auch eine sehr bedeutende Fixation des Darmes an die von Narben durchzogenen Bauchdecken zurückbleiben musste. Patientin befindet sich seit 5 Monaten zu Hause nach vor Kurzem eingetroffenen Nachrichten vollkommen wohl, ohne Recidiv.

Ueberblickt man das hier skizzirte Krankheitsbild so wird man die Ueberzeugung gewinnen, dass schon die klinischen Symptome, in vielen Fällen wenigstens, schon ohne den bakterioskopischen Nachweis der Pilze, eine Diagnose ermöglichen.

Der Ausgangspunkt der Erkrankung, die Art der Ausbreitung und des Verlaufes, die derbe Beschaffenheit der ohne scharfe Grenze in die Umgebung übergehenden Schwellung, das Fehlen der Lymphdrüsenschwellung, sind Momente, welche dabei in Betracht zu ziehen sind. Namentlich aber der Befund, der sich bei der Incision darbietet: — die weisslichen, derben Schwarten, welche die mit Granulationsmassen und Secret gefüllten Höhlen und Gänge in sich schliessen und die charakteristischen weisslichen bis gelben Körner enthalten — ist es, welcher in ausgeprägten Fällen kaum einen Zweifel an der Diagnose aufkommen lässt.

Den Beweis liefert allerdings erst die mikroskopische Untersuchung der Körner, in denen man, am besten bei Behandlung der Präparate nach der Gram'schen Methode, die charakteristischen Pilzrasen leicht nachweisen kann.

Die in den ausgebildeten Drusen diese Pilzrasen umgebenden keulenförmigen Gebilde nachzuweisen, gelingt allerdings nicht immer. Uns ist es nur in einem Fall gelungen. Ihr Nachweis ist jedoch für die Diagnose durchaus nicht erforderlich, die Bedeutung derselben ist noch nicht völlig klar gestellt, nach Boströms Ansicht stellen sie Degenerationszustände der Pilzfäden vor. Nach neueren Beobachtungen fehlen sie meist, oder sind jedenfalls nur sehr spärlich vorhanden, in allen Fällen wo Eiterung besteht; hier bestehen die Körnchen meist nur aus den Pilzrasen, die so charakteristisch sind, dass ihr Nachweis die Diagnose sicherstellt.

Zum Schluss gestatten Sie mir noch einige Worte über die bei uns im Krankenhause angewandte Therapie: Sie bestand in einer rein chirurgischen Behandlung der Krankheitsheerde. Es wurde breit incidirt, die Schwarten wurden so weit es anging excidirt und die Höhlen und Gänge mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Wo Eiterung vorhanden war, mit Eiter gefüllte Hohlräume gefunden

wurden, wurde, so lange die Secretion anhielt, mit Jodoformgaze tamponirt. Im Uebrigen wurden die Schnitte auch wo die schwartigen Massen nicht völlig entfernt waren, primär vernäht. Die vernähten Schnitte heilten fast sämmtlich per primam.

Eine medicamentöse Behandlung, wie sie von einigen Seiten, namentlich mit Jodkali in Vorschlag gebracht worden ist, wurde bei uns nicht angewandt. In dem einen Fall, dem ersten von uns behandelten, in welchem Anfangs der Verdacht vorlag, dass es sich um eine luetische Erkrankung handeln könnte, wurde Jodkali gegeben, es konnte indessen keine Beeinflussung des Krankheitsprocesses constatirt werden. Auch die noch neuerdings von Illich empfohlenen Sublimatinjectionen wurden von uns nicht angewandt, da die Resultate, welche wir bei der rein chirurgischen Behandlung mit Messer und scharfem Löffel erzielten, bisher durchaus befriedigende waren.

Zur operativen Behandlung des Trachoms.

Nach einem Vortrag, gehalten am 3. Sept. 1893 auf dem V. livländischen Aerztetage zu Dorpat

von

Dr. med. H. Truhart — Fellin.

M. H.! Auf dem vorigen Aerztetage hatten wir Gelegenheit, uns eingehend mit der Frage über die Verbreitung des Trachoms in Livland zu beschäftigen. Dank der von Dr. Oehrn-Wendau angestellten umfangreichen statistischen Enquête konnte damals in anschaulicher Weise festgestellt werden, dass trotz der culturellen Fortschritte und der mit dem grösseren Wohlstand gleichen Schritt haltenden Verbesserung der hygienischen Lebensbedingungen unserer Landbevölkerung die enorm hohen Ziffern bezüglich der Verbreitung des Trachoms kaum hinter denen zurückstehen, welche als Endresultate der im Anfang der 60-er Jahre angestellten Untersuchungen hervorgegangen waren, dass mithin der in den letzten Jahrzehnten bei uns zu Lande mit dieser für das Sehorgan so verderblichen Infectionskrankheit geführte Kampf sich nahezu wirkungslos erwiesen hat.

Bei der Wichtigkeit der Frage, bei der grossen Gefahr, welche der Arbeitskraft unseres Landvolks zufolge der Massenverbreitung dieses contagiösen Augenleidens droht, waren jene in unserer Aerzteversammlung gepflogenen Verhandlungen wohl geeignet, die volle Aufmerksamkeit unserer Landesinstitutionen auf sich zu lenken: gemeinsam sind gegenwärtig die Medicinalverwaltung, die Gouvernementsregierung und unsere livländische Ritter- und Landschaft bestrebt, durch Reorganisation des Sanitäts-

wesens auf dem Lande, durch Neugründung von Kirchspiels-Doctoraten und Hospitälern, durch Einführung obligatorischer ärztlicher Controle der Dorfschulen u. s. w. unter anderem auch einer wirksameren Kampfesmethode dieser Krankheit gegenüber die Wege zu ebnen.

Bei diesem Stande der Dinge werden Sie, meine Herren Collegen, es für nicht unbegründet erachten, wenn ich es mir erlaubt habe, durch Ankündigung eines speciell die Localbehandlung dieses Leidens in's Auge fassenden Vortrages auf's Neue eine Frage auf die Tagesordnung zu bringen, die schon wiederholt Gegenstand der Verhandlung unter uns gewesen. Bei der Vielgestaltigkeit des bisher von den Ophthalmologen eingeschlagenen Verfahrens scheint es mir aber dringend geboten, dass wir, nachdem wir im vorigen Jahre zunächst bezüglich der im Allgemeinen zu ergreifenden prophylaktischen und sanitär-hygienischen Maassnahmen behufs Bekämpfung des Trachoms eine Einigung erzielt, nunmehr uns auch über die zweckentsprechendste Methode des ärztlichen Handelns dem Einzelfalle gegenüber durch gegenseitigen Austausch der Erfahrungen zu verständigen suchen.

Den Ophthalmologen von Fach allein den Kampfplatz zu überlassen, dazu reichen die Kräfte, wie auch die Specialanstalten in unserem Lande, dazu reichen aber auch die Mittel der Patienten nicht aus. Jeder einzelne Arzt in Stadt und Land muss in der Lage sein, mittheilnehmen zu können an dem Kampf gegen diese unter unserem Landvolk herrschende «Endemie.» Damit ein solcher aber zielbewusst und ohne Aufschub auf der ganzen Linie begonnen werden kann, dazu bedarf es vor Allem einer sichern Directive. Die bunte Mannigfaltigkeit der auch heutzutage noch von allen Seiten vorgeschlagenen Behandlungsverfahren beweist wohl zur Genüge, dass es bisher an einer solchen noch gefehlt, und so ist denn gleichfalls die bisherige nahezu vollständige Erfolglosigkeit des Kampfes gegen die Verbreitung des Trachoms bei uns zu Lande wenigstens zum grossen Theil auch zurückzuführen auf den Mangel einer einmüthig anerkannten, rationellen Therapie.

Wie Ihnen ja Allen wohlbekannt, beschränkte sich die Behandlung des Trachoms bis vor nicht allzulanger Zeit zurück nahezu ausschliesslich auf die Anwendung von Medicamenten, welche überdiess, wenigstens auf dem Lande in der weit überwiegenden Mehrzahl aller Fälle, den Patienten zu eigenhändigem Gebrauch überlassen blieben. Bei dem zeitweiligen Nutzen, die dieselben ja ohne Zweifel auf die trachomatös afficirte Conjunctivalschleimhaut ausüben, gehörte es daher fast zur Regel, dass Trachomkranke, welche, indem sie von Zeit zu Zeit sich immer von Neuem nach geschehener Verordnung des ein Mal verschriebenen Mittels bedienten, scheinbar constant unter ärztlicher Behandlung stehend, 10—15 Jahre, ja oft noch länger wandelnde Träger des Ansteckungsstoffes waren und blieben.

Solch ein schablonenhaftes Verordnen von Blei-Zink-Kupfer oder Höllensteintropfen gegen Trachom dürfte wohl bei Niemandem unter Ihnen ernstliche Vertheidigung finden. Aber auch dem vom Arzte selbst ausgefürten Beizen mit Lapis oder dem Blaustift vermag ich nicht das Wort zu reden, da dasselbe — bei zu geringer Einwirkung auf die Trachomkörner selbst — zu stark reizend wirkt, viele Monate dauernde Behandlung in Anspruch nimmt und bei einem derartigen andauernden Gebrauche die Schrumpfung des Gewebes fördert und hierdurch Anlass zu den das Sehorgan so gefährdenden Verbildungen der Augenlider bietet.

Abgesehen von den neuerdings auch bei uns eingeführten Sublimatabreibungen kann ich die anderweitigen medicamentösen Behandlungsmethoden, welche, wie beispielsweise das Wecker'sche Jequirity-Verfahren, durch Hervorrufung hochgradiger Entzündungsprocesse radicale Zerstörung der Trachomkörner bezwecken oder aber, welche durch submucöse Injectionen von desinficirenden Mitteln Vernichtung des Trachomvirus anstreben, füglich ganz übergehen, da die Erfahrung gelehrt hat, dass bei jenem Verfahren nur zu häufig auch das Sehvermögen des betreffenden Auges mit zu Grunde geht, bei diesem hinwiederum eine antibacilläre Therapie heutigen Tages erst recht beim Trachom einer sicheren Basis entbehrt,

da dem Noiszewski'schen «Microsporon trachomatosum[1])» bis hierzu von fachwissenschaftlicher Seite noch keineswegs ein volles Bürgerrecht unter den Bacillen eingeräumt werden konnte.

Unter der Zahl der medicamentösen Behandlungsmethoden gebührt nach den bisherigen Erfahrungen dem Sublimatverfahren entschieden der Vorzug

Es besteht dasselbe in 1—2 Mal täglich erneuten, energischen Abreibungen der erkrankten Conjunctivalschleimhaut mittelst Wattebäuschen, welche in je nach der Intensität der Affection mehr oder weniger concentrirte Sublimatlösung (1:2000 bis 1:500) getaucht sind.

Dieses von den Gebrüdern, den Doctoren G. und O. Keining eingeführte Verfahren hat in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit weiter Fachkreise auf sich gelenkt und ist zunächst Dank der Initiative des österreichischen Ministerium des Inneren auf den verschiedensten Specialkliniken in Massenversuchen einer sorgfältigen und eingehenden Prüfung unterworfen worden. Die in den Wiener medicin. Blättern veröffentlichten Resultate dieser umfangreichen fachmännischen Prüfungen lassen sich in nachstehenden Sätzen kurz zusammenfassen:

Das Keining'sche Sublimatverfahren ist, wo Aerzte und Krankenhäuser mangeln, mithin besonders unter der Landbevölkerung für Behandlung von Seiten der Laien am Platz. Sublimat ist wohl kein specifisches Mittel gegen Trachom, belästigt aber den Kranken subjectiv weniger als Lapis und Blaustift und verdient daher in leichten Fällen den Vorzug. Die ausschliessliche Behandlung eignet sich hauptsächlich für leichte und frische, dem folliculären Bindehautcatarrhe ähnliche Fälle, sowie bei stärkerer Secretion. Die Therapie mit Sublimat hat mit Lapislösung und Kupfervitriol abzuwechseln.

In mehr als 20 jähriger Praxis habe ich im Fellinschen Kreise welcher bezüglich der Frequenz des Trachoms laut der Oehrn'schen Trachomstatistik in Livland in erster Reihe steht reichlichst Gelegenheit gehabt, die verschiedenen medicamentösen Behandlungsmethoden einer kritisch

[1]) Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. März 1891 S. 65.

vergleichenden Prüfung zu unterziehen. Die mittelst des Keining'schen Verfahren's an dem mir zu Gebote stehenden Material gesammelten Erfahrungen decken sich nahezu vollständig mit den in jenen Gutachten wiedergegebenen Anschauungen. Es hängt eben der Erfolg und damit die Indication für die Anwendung dieser Behandlungsmethode wesentlich vom Charakter und von der Intensität der Krankheit ab: während sie beim reinen Follicularcatarrh, sowie im ersten Stadium des Trachoms nicht nur wegen des Fortfalls der stark reizenden Einwirkung auf die Conjunctivalschleimhaut, sondern vor Allem auch wegen der weit kürzeren Zeitdauer des ganzen Heilungsprocesses dem Höllenstein und Kupfer vorzuziehen ist, lässt sie bei den schwereren Formen des zweiten, resp. im Beginn des dritten Stadiums des Trachoms, wo gleichzeitig sulzige Infiltration des Gewebes, Ulceration und necrotischer Zerfall, resp. bindegewebige Verhärtung der Trachomfollikel vorhanden ist, nahezu vollständig im Stich. Und wenn auch bei der Anwendung der Sublimatabreibungen nicht, wie bei Lapis und Blaustift eine weitere Förderung der verderbenbringenden narbigen Schrumpfung der Gewebselemente der Augenlider zu befürchten ist, so darf doch andererseits die grosse Gefahr nicht übersehen werden, welcher das Sehvermögen der Patienten bei dem Gebrauch zu concentrirter Lösungen dieses Mittels ausgesetzt ist, da solche erfahrungsgemäss nur zu oft dauernde Trübungen in den Hornhautlamellen und zwar erst recht in den Fällen, in welchen das Cornealgewebe nicht mehr intact ist, herbeiführen. Schon der anhaltende Gebrauch einer Sublimatlösung von 1: 1000 ist für die Hornhaut alsdann nicht unbedenklich, ganz unstatthaft aber—wie mir scheinen will—das Abreiben mittelst in 1% (!) Sublimatlösung getränkter Tampons, deren sich in allerjüngster Zeit Dr. J. Philipp[2]) zu Budapest bei Behandlung von Conjunctivalerkrankungen bedient.

Ist es doch überhaupt eine schon a priori keineswegs zurückzuweisende Frage, ob die zweifellos günstige Ein-

[2]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. 1893. Juni Seite 186 — Wien. med. Wochenschrift № 16.

wirkung der Keining'schen Behandlungsmethode nicht lediglich auf den Effect der bei derselben angewandten Massage, auf den durch letztere bedingten mechanischen Reiz zurückzuführen ist.

Indirect dürfte für diese Auffassung sprechen, dass Keining selbst dafür plaidirt, in hartnäckigen Fällen die Granula zuvor oberflächlich zu schlitzen, resp. «wenn die auf der Conjunctiva bulbi oder der plica semilunaris sitzenden Knötchen nicht kräftig genug gerieben werden können», dieselben zuerst mit der Ciliarpincette zu zerdrücken, fernerhin von Hippel[3]), welcher an exceptionell grossen Versuchsreihen das Keining'sche Verfahren erprobt und warm empfohlen hat, in jüngster Zeit sich statt der Wattebäusche behufs kräftigerer Abreibung in Sublimat getauchten Bimsteins, J. Ottava[4]) endlich zu gleichem Zweck sich einer von ihm construirten, nach der Fläche gebogenen und gefurchten Spatula bedient.

In positivem Sinne aber dürften der Anschauung, dass nicht dem Einfluss des Sublimats, sondern der mechanischen Reizwirkung des Abreibens die Heilungserfolge zuzuschreiben sind, das Wort reden: die gleichgünstigen Resultate, welche A. V Borisow[5]) ohne Benutzung von Medicamenten bei ausschliesslicher Anwendung der Massage erzielt hat. Letztere führt Borisow der Art aus, dass er die beiden Augenlider nach deren Eversion aneinanderpresst und mit dem einen das andere fixirend an letzterem kräftig reibende Bewegungen vollführt.

Mag man sich aber zur Theorie der Wirkung des Keining'schen Verfahrens stellen, wie man wolle, jedenfalls kann dasselbe nicht als ein medicamentöses, sondern muss als ein combinirtes, ein medicamentös-chirurgisches Verfahren bezeichnet werden, welches nur in ganz leichten Formen sich auf die mechanische Wirkung der Massage beschränken, in schwereren Formen des Trachoms aber anderweitiger operativer Eingriffe nicht

---

[3]) Jahresber. über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmol. 1892. S. 240. und Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1893. S. 250 Augustheft.

[4]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. Juliheft 1893 S. 193.

[5]) Centralbl. für prakt. Augenheilk. Juniheft 1893. S. 187.

entbehren kann, um thatsächliche Heilung zu erzielen. Und als eine unbestreitbare Errungenschaft der Neuzeit darf die allgemein sich bahnbrechende Erkenntniss bezeichnet werden, dass in der Trachomtherapie die ausschliesslich medicamentösen Behandlungsmethoden den chirurgischen Verfahren, bei welchen die Arzeneien nur eine secundäre, eine die Heilung unterstützende Rolle spielen, zu weichen haben

Die grosse Bedeutung des chirurgischen Vorgehens aber liegt in der wesentlichen Abkürzung der Behandlungsdauer, in dem schnellen Schwinden nicht nur der subjectiven, sondern auch der objectiven Beschwerden, in der weit rascheren Besserung vorhandener Hornhautcomplicationen, in dem mehr oder minder sicheren Schutz vor Recidiven und demzufolge auch in der weit grösseren Garantie gegen die Weiterverschleppung, gegen die Massenverbreitung des Trachoms.

Derjenigen Methode des operativen Vorgehens werden wir den Vorzug einzuräumen haben, welche bei einfacher Handhabung für den Arzt und unter relativ geringsten Beschwerden für den Patienten in kürzester Zeit und in radicalster Weise, ohne üble Folgezustände zu hinterlassen, nicht nur eine Berstung der Trachomfollikel, sondern auch eine vollständige Entleerung des Inhalts derselben herbeiführt.

Bevor ich mir die Ehre gebe, das Verfahren, dessen ich mich in meiner Augenanstalt seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, in den letzten 179 Fällen aber ganz ausschliesslich bei Behandlung des Trachoms bediene, Ihrer Beurtheilung resp. Nachprüfung zu unterbreiten, sei es mir gestattet, zunächst die bisher üblichen chirurgisch-mechanischen Behandlungsmethoden an der Hand eigener Erfahrung, sowie gestützt auf die Urtheile der Fachlitteratur auf die diesbezügliche Zweckdienlichkeit zu prüfen.

Nicht nur in leichteren, dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen, für welche die einfache Massage gleichfalls ausreicht, auch in den schwereren froschlaichartigen Formen und selbst in den weiter vorgeschrittenen Stadien des Trachoms erreichen wir mittelst der Quetsch

methode relativ günstige Heilungsresultate. Die Thatsache, dass wir bei Anwendung dieses Verfahrens nicht nur radicaler, sondern auch rascher Erfolge erzielen, ist dem Umstande zuzuschreiben, dass wir beim Massiren nur darauf ausgehen können, durch mechanische Reizwirkung die Circulation in den Geweben umstimmend zu beeinflussen und so allmählich durch den local neu angeregten Stoffwechsel die Resorption der krankhaften Producte zu befördern, während wir bei der Quetschmethode dadurch, dass wir die Follikel direct zum Bersten bringen und den Inhalt gewaltsam und plötzlich herauspressen, jenem physiologischen Resorptionsprocess eine weit geringere Aufgabe zumuthen.

Dieses Quetschverfahren wurde, wenn ich nicht irre, zuerst von Stavenhagen in Riga in den 70-er Jahren praktisch ausgeübt, indem er — natürlich unter den erforderlichen antiseptischen Cautelen — die umgestülpten Lider zwischen beiden Daumennägeln presste und quetschte. Wenngleich überaus einfach zu handhaben, fand seine Methode jedoch keine allgemeine Verbreitung, weil sie abgesehen von anderen, späterhin hervorzuhebenden, allen Quetschmethoden gemeinsam zukommenden Uebelständen, in den Uebergangsfalten und an den unteren Augenlidern sich nur sehr unvollkommen, in den Augenwinkeln, speciell der plica semilunaris, bekanntlich gleichfalls einem Lieblingssitz der Trachomkörner, sich überhaupt nicht ausführen lässt, endlich aber selbst auch an der günstigsten Stelle, an der dem Druck besonderen Widerstand leistenden Tarsalfläche des oberen Lides nur die weichen froschlaichartigen Follikel zum Bersten bringt. Weit radicaler wirken in dieser Richtung die mannigfachen, speciell zum Ausquetschen der trachomatös-afficirten Lidschleimhaut construirten Stahl-Zangen und Pincetten, unter welchen ich besonders die von Jaesche modificirte Himly'sche Zange und die Knapp-'sche Rollpincette hervorheben möchte. Mit Hülfe dieser Instrumente lassen sich nicht nur das umgestülpte obere Lid, sondern auch die Conjunctivalschleimhaut des unteren Augenlides gut und die Uebergangsfalten wenigstens leidlich en masse fassen und pressen, allein auch hier

bedürfen letztere sowohl, wie speciell die Augenwinkel stets noch besonderer Nachhülfe, sei es mittelst der Scheere, des Messers, der galvanocaustischen Schlinge oder mittelst anderweitiger an ihrem umgebogenen Ende starke Branchen besitzender Pincetten.

Bei einem reichhaltigen Instrumentarium gelingt es den combinirten Quetschmethoden freilich selbst in sehr vorgeschrittenen und mit Hornhautaffectionen complicirten Fällen von Trachom ganz vortreffliche therapeutische Resultate zu erzielen, immerhin aber leidet das Verfahren an einer ganzen Reihe von Uebelständen, welche schwer in's Gewicht fallen:

1. Die gleichzeitig bedingte, übermässige Quetschung auch der gesunden Gewebselemente der Augenlider.

2. Der Uebelstand, dass unter dem starken Druck der Zange der Inhalt der berstenden Follikel nicht nur heraus, sondern in das Con- und Subconjunctivalgewebe auch hineingepresst wird, wodurch die Heilung nicht unwesentlich verzögert wird.

3. Die lange Dauer der Cur! Denn, will man sicheren und radicalen Erfolg einer solchen erwarten, und mit Sicherheit einem Recidiv vorbeugen, so muss man die Gewissheit haben, jedem einzelnen Follikel zu Leibe gegangen zu sein und alle insgesammt, selbst die noch harten und resistenten thatsächlich zerquetscht zu haben: hierzu ist aber eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich, zu welchen sich viele Trachompatienten nur schwer bequemen dürften, denn vor allem macht sich als grösster Uebelstand des Verfahrens geltend

4. die überaus grosse Schmerzhaftigkeit, die selbst durch vorausgeschickte Cocainisirung nur wenig gemildert werden kann und daher bei sensiblen Patienten und bei Kindern erst recht, wenn das Verfahren wiederholt angewandt werden soll, Chloroformnarkose beansprucht.

Alle die erwähnten Uebelstände der Quetschmethoden machen sich bei Anwendung der Knapp'schen Rollpincette in nicht unwesentlich geringerem Grade geltend. Die viel zarter gebauten Branchen dieses subtilen Instrumentes quetschen das gesunde Gewebe weit weniger mit.

Dank dem Umstande fernerhin, dass die Rollen der Pincette beim Zuge sich fortlaufend um ihre feststehenden Achsen bewegen, treiben sie den Inhalt der unter dem Druck berstenden Follikel nicht in das Gewebe hinein, sondern vor sich her und endlich sind auch entsprechend der geringeren Kraftentfaltung der rollend dahingleitenden Walzen die Schmerzen lange nicht so intensiv und daher leichter zu ertragen.

Um so erklärlicher ist es, dass die K n a p p'sche Rollpincette schon sobald auch in den europäischen Augenkliniken Eingang gewonnen und gegenwärtig allgemein anerkannte Gebrauchsanwendung findet. Leider aber bergen gerade die geschilderten Vorzüge in sich einen Nachtheil von ganz wesentlicher Bedeutung, denn so ausgezeichnet die Wirkung dieses Instrumentes auch bei den weichen von dünner Hülle bedeckten, grösseren Follikeln, gleiten zufolge der geringeren Kraftentwicklung die Rollen doch über die kleineren, wenig erhabenen, prall elastischen und bindegewebig derben Trachomkörner nur zu leicht hinweg. Es ist nun aber eine bekannte Thatsache, dass auf ein und demselben Lidboden die einzelnen Trachomfollikel sich in ungemein verschiedenen Entwickelungsstadien befinden. Es leuchtet daher ein, dass so eclatant, z. B. bei der froschlaichartigen Form des Trachoms, auch der Erfolg auf den ersten Blick hin sich gestaltet, dennoch eine dauernde, eine radicale Heilung nicht erreicht werden kann, da die in der Conjunctiva restirenden, noch bindegewebig derben, kleinen Granula sich unaufhaltsam allmählich weiter fortentwickeln und so den Keim zu dem später zu Tage tretenden Recidiv des scheinbar geheilten Trachoms abgeben.

Eine ganze Reihe anderer theils vor, theils nach den verschiedenen Quetschmethoden in Anwendung gezogener chirurgischer Verfahren geht darauf aus, die Trachomkörner einzeln, sei es mit Hülfe der Galvanocaustik, sei es durch Aufritzen oder Aufstechen mittelst Nadel oder Messer zu eröffnen.

Wenngleich bei anderen Behandlungsmethoden im Einzelfalle als fördernde und unterstützende Eingriffe von

entschiedenem Werth, ist bei dieser Art der Behandlung der trachomatös afficirten Conjunctiva nicht ausser Acht zu lassen, dass die aufgeritzten, resp. aufgestochenen noch derb festen Trachomkörner zerklüftete mehr weniger derbe Ränder hinterlassen, welche, wenn es sich nicht nur um ganz isolirte Follikel handelt, der Lidschleimhaut eine rauhe, unregelmässig zerrissene Oberfläche verleihen, die ihrerseits die Hornhaut, erst recht wenn schon acute Keratitis vorliegt, bei jeder Bewegung des Auges reizt. Als fernerer schwer wiegender Mangel ist hervorzuheben, dass lediglich durch das Aufschlitzen der Hüllmembranen der Inhalt der Follikel noch nicht entleert wird.

Andere chirurgische Eingriffe haben wiederum zum Zweck, sei es durch Ausschneiden mittelst der Scheere, sei es durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel die einzelnen Follikel vollständig aus der Bindehaut zu entfernen. So rationell nun auch dieses Verfahren und so vollständig auch hierbei der bei jenem Vorgehen zuletzt hervorgehobene Mangel beseitigt wird, so macht sich doch als Folgeerscheinung hier der dort zuerst gezeigte Uebelstand noch weit mehr fühlbar, da die Conjunctiva alsdann eine erst recht zerklüftete Beschaffenheit aufweist.

Alle diese geschilderten chirurgischen Verfahren insgesammt, wenngleich, im Einzelfalle, wie schon betont, als Unterstützungsmittel in der Trachomtherapie von zweifellosem Werth, können nur in den Fällen wirklichen Heileffect für sich in Anspruch nehmen, wenn es sich um Entwicklung nur weniger Trachomfollikel handelt, da bei einer grösseren Anzahl solcher eine ganze Reihe von Sitzungen erforderlich, ein derartiges Curverfahren aber für den Arzt zu umständlich und mühsam, für den Patienten überdies ohne Narkose zu empfindlich und in der Praxis auf dem Lande überhaupt kaum durchführbar sein würde.

Um daher rascher zum Ziele zu gelangen, sind einige Autoren bei flächenartiger Ausbreitung des Trachoms bestrebt gewesen, jene operativen Eingriffe zu Behandlungsmethoden zu erweitern, indem sie nicht die einzelnen Fol-

likel, sondern strich- oder flächenweise die Conjunctiva als solche jener chirurgischen Manipulation unterwarfen.

So wurde die zuerst von Reich[6]) in die Praxis eingeführte Galvanocaustik von Michel[7]) dahin erweitert, dass er, um gleichzeitig ganze Reihen von Trachomkörnern zu zerstören streifen- resp. flächenweise die krankhaft afficirte Conjunctiva ausbrannte. Unter Chloroformnarkose allerdings eine schmerzlose, rasch und radicalwirkende Methode, die aber wie Schneller[8]) hervorhebt, auch bei nur oberflächlichem Brennen in Folge der consecutiven Entzündung zu stark reizend wirkt und bei intensivem Eingriff zu Narbenbildung Veranlassung bietet, aus welcher der Hornhaut und mithin auch dem Sehvermögen ernste Gefahren erwachsen.

Der Scarificationsmethode, welche darin besteht, dass nicht die einzelnen Trachomkörner aufgestochen, sondern die ganze Substanz der Lidschleimhaut in langen, zahlreichen Schnitten mit dem Messer durchtrennt wird, kann selbst, wenn auch nach dem Vorschlage Abadie's[9]) dem operativen Acte ein Abreiben der Schnittflächen mit in Sublimat (1 : 500) getauchten Bürsten nachfolgt, nur ein untergeordneter Werth zugeschrieben werden; denn wenngleich als schneidende Operation ein weit milderes und nicht reizendes Verfahren, wird hierbei der Inhalt der Follikel doch nur theilweise entleert, da auch in den durch den Schnitt nicht getroffenen Partieen noch eine Menge Trachomkörner restiren, welche, wenn ein radicaler Erfolg erwartet werden soll, immer von Neuem wieder die Anwendung der Scarificationen nothwendig machen würde.

Die Excisionsmethode, von Schneller[10]) eingeführt und warm empfohlen, wird derart geübt, dass

---

[6]) Nach v. Schröder: St. Petersb. med. Wochenschrift № 1, 1888: «Медицинское обозрѣние» (Medicinische Rundschau) № 18, 1887.

[7]) Archiv für Augenheilkunde 16.

[8]) Graefe's Arch. XXXIII 3. pag. 113.

[9]) Jahresber. über die Fortschr. und Leistungen im Gebiete der Ophthalm. 1892. Seite 243. Bullet. méd. Paris V. p. 803.

[10]) Loco citat.

man mit 3—4 Scheerenschlägen die Uebergangsfalten en masse excidirt. Bei dortiger alleiniger Localisation [11]), sowie in chronischen Fällen des Trachoms, in welchen übermässige Erschlaffung des Gewebes schon zu starker Faltenbildung der Lidschleimhaut geführt hat, als die ganze Behandlung abkürzendes Unterstützungsmittel sehr zu empfehlen, da sie in solchen Fällen thatsächlich ganz vortreffliche Resultate erzielt und keineswegs narbige Schrumpfung des Lides (Entropium) nach den allerjüngsten Erfahrungen selbst dann nicht im Gefolge hat, wenn man gezwungen, auch Theile des Lidknorpels selbst mit fortzuschneiden. Allein auch Schneller selbst beschränkt sich nicht nur auf die Excision, sondern entfernt — bei Kindern und ängstlichen Personen Chloroformnarkose in Rückenlage anwendend — auch die an anderen Theilen noch vorhandenen Trachomfollikel mittelst der Scheere oder der Galvanocaustik, welche er auch gegen complicirende Keratitis, etwa vorhandene Hornhautinfiltrate ausbrennend, in Gebrauch zieht.

Es lassen sich also mit der Excisionsmethode nur dann radicale Heilerfolge erzielen, wenn das Trachom, was nur ganz ausnahmsweise vorkommen mag, sich in den Uebergangsfalten localisirt oder wenn sie mit anderweitigen operativen Eingriffen, deren Nachtheile wir schon oben hervorgehoben, (Narkose, Zerklüftung der Conjunctivalschleimhaut etc.) combinirt wird.

Das Aufnadeln der einzelnen Follikel nach Satt

---

[11]) Anmerkung des Verf.: Mit der so überaus häufig ausgesprochenen Anschauung, dass die Uebergangsfalten der Hauptsitz des Trachoms, kann ich meinen Erfahrungen gemäss keineswegs übereinstimmen, da entsprechend derselben selbst bei sehr vorgeschrittenen Stadien der Krankheit jene hin und wieder sogar ganz frei von Follikeln gefunden werden oder aber nur vereinzelt stehende Körner enthalten, während die Carunkel und insbesondere die dicht am äusseren Lidrande befindliche Furche (hier in perlschnurartiger Anordnung) nahezu ausnahmslos Sitz von Trachomkörnern sind. Mit Recht wird daher auch das Vorhandensein von Follikeln auf der Carunkel als eines der differentialdiagnostischen Merkmale behufs Unterscheidung zwischen Trachom und Follicularcatarrh aufgeführt, da bei letzterem jene nicht zur Beobachtung kommen.

ler, von Herrnheiser[12]) dadurch vervollkommnet, dass er dem jedesmaligen Acte des Aufnadelns ein Auslöffeln des Follikelinhalts mittelst einer von ihm construirten zwei Doppelbranchen besitzenden Schieberpincette nachfolgen lässt, habe ich zwar selbst nicht praktisch geprüft, dürfte aber als Methode wohl auch sonst nicht auf weite Verbreitung rechnen dürfen, da sie bei etwas stärker entwickeltem Trachom ganz abgesehen von der Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, sowie abgesehen von dem Umstande, dass hierbei die kleineren, mehr in der Tiefe sitzenden Trachomkörner doch leicht übergangen werden dürften, unverhältnissmässig viel Zeit, Mühe und Geduld von Seiten des Patienten sowohl, wie von der des Arztes in Anspruch nimmt und überdies noch eine zerklüftete Oberfläche der Conjunctiva zurücklässt.

Weit rascher, sicherer und vollkommener gelangen wir mit der von v. Schröder[13]) eingeführten und auch bei uns in Livland in den letzten Jahren häufig geübten Ausbürstung der trachomatösen Lidschleimhaut mittelst eines von ihm construirten, an seinen Enden mit zahlreichen versilberten und vernickelten Kupferdrahtnadeln versehenen Pinsels.

Es gelingt in der That mit Hülfe dieses Pinsels in nur sehr kurzer Zeit die ganze Conjunctiva nicht nur von den Trachomfollikeln, sondern auch von den übrigen bei vorgeschrittenem Krankheitsprocesse in dem Gewebe befindlichen krankhaften Producten (theils fettig degenerirte, theils nekrotisch zerfallene Follikelüberreste) zu befreien und es bedarf bei entsprechender medicamentöser Nachbehandlung wenigstens nicht allzuhäufig einer Wiederholung dieses operativen Actes, resp. anderweitiger instrumenteller Nachhülfe, ja selbst Recidive stellen sich wenigstens nicht allzuhäufig ein. Nach vielen Richtungen ist mithin durch die Schröder'sche Methode das Wesen der Aufgabe der Trachombehandlung gelöst, dennoch

---

[12]) Jahresber. über die Leist. und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie 1892. Seite 242. Prag. med. Wochenschr. № 4.

[13]) Dr. Th. von Schröder: «Eine neue Methode der chirurgischen Behandlung des chronischen folliculären Trachoms». St. Petersb. med. Wochenschrift, № 1, 1888.

haften aber auch diesem Verfahren nur schwierig zu vermeidende Mängel und nicht zu überwindende Uebelstände an: allem zuvor ist bei demselben Asepsis nur schwer durchzuführen, da der zwischen den zahlreichen einzelnen Nadeln des Pinsels selbst schon nach einmaligem Gebrauch haften bleibende Follikelinhalt, sowie Reste drin sitzengebliebener zerfallener Gewebsfetzen, jedesmalige, durch Kochen allein nicht zu erreichende subtile Reinigung des Instrumentes erforderlich macht, fernerhin die überaus grosse Schmerzhaftigkeit, welche durch Cocainisirung (selbst bei 5 pCt. Lösung) nicht überwunden wird, nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen oft noch mitten in der Operation Chloroformnarkose beansprucht, endlich aber die Conjunctivalschleimhaut nach der Abbürstung einen so unregelmässig zerklüfteten und zerfetzten Boden abgiebt, dass die Hornhaut einer übermässigen Reizung ausgesetzt wird. Schon mit unbewaffnetem Auge «sieht die Conjunctiva», um mich der eigenen Worte des Autors zu bedienen, «gleich nach der Operation an den gebürsteten Stellen rauh aus und es folgt rasch leichte ödematöse Schwellung, die weitere reactive Entzündung derselben ist nicht bedeutend hält aber mehrere Tage und länger an, je nach der Stärke und Ausdehnung des operativen Eingriffs». Im weiter vorgeschrittenen zweiten Stadium, wo die Conjunctiva sehr stark geschwollen und sulzig infiltrirt, und die Follikel theils schon bindegewebig geschrumpft, resp. noch in Fettdegeneration begriffen oder schon zerfallen sind, ist zum Herausbürsten derselben die Anwendung weit stärkeren Drucks erforderlich und lässt es sich bei den tiefer im sulzigen Gewebe gelegenen Follikeln alsdann gar nicht vermeiden, auch das gesunde Gewebe der Bindehaut — selbst ohne «grosse Ungeschicklichkeit» — mit loszureissen, erst recht tritt aber dann nach der Operation die Zerklüftung hervor, wenn man die meist in der Tiefe befindlichen nekrotisch zerfallenen Follikel, «die man» wie Jaesche[14]) sich ausdrückt, «in solcher

[14]) Jaesche: «Wie sollen wir denn das Trachom behandeln» Archiv für Augenheilkunde XXIV 1891 S. 51.

Grösse nicht erwartet hätte», mit entleeren will und dieses nekrotische Gewebe wird durch die allerdings sonst auch auf den Pannus crassus günstig wirkende reactive Entzündung allein nicht resorbirt. Welch schwere Folgen solch eine Zerklüftung des Conjunctivalgewebes nach sich zieht, sehen wir bei allen mit acuter Keratitis complicirten Fällen von Trachom, in welchen selbst Schröder die Operation mit dem Metallpinsel vermieden wissen will. Und so könnte von einer Indication dieser Ausbürstungsmethode meinen Erfahrungen nach höchstens in den Anfangsstadien des Trachoms die Rede sein, denn wenn Trousseau[15]) neuerdings die Ansicht ausspricht, «dass das Auskratzen mit dem Löffel unterdrückt werden solle, da dasselbe von den verschiedenen Eingriffen als das gefährlichste für die Schleimhaut erscheine», so gilt dieser Ausspruch für das Ausbürsten mit dem Metallpinsel meines Erachtens in noch weit höherem Maasse.

Zum Schluss sei es mir gestattet der Versammlung das operative Verfahren vorzuführen, dessen ich mich seit dem Januar 1892 anfänglich nur versuchsweise, späterhin in 179[16]) und zwar sowohl in ganz leichten, dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen, wie in den vorgeschrittenen, mit Keratitiden aller Art complicirten Stadien des Trachoms ganz ausschliesslich bedient habe. Als Princip des Verfahrens hat mir die Ausschabung bei Endometritis vorgeschwebt und liess ich mir nach dem Muster der Reclamier'schen Curette für den Uterus, kleine rasirmesserscharfgeschliffene «Trachomcuretten»[17]) verschiedener Grösse anfertigen.

Nach vorausgeschickter Sterilisirung der zur Operation erforderlichen Instrumente und Wattebäusche, sowie nach peinlicher Reinigung des Auges und seiner Umgebung

---

[15]) Trousseau: Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. August 1893 Seite 249.

[16]) Anmerk. d. Verfassers:
Seit dem Sept. 1893 bis heute, den 26 Februar 1894 habe ich weitere 125 Trachomfälle in gleicher Weise behandelt.

[17]) Diese «Trachomcuretten» sind zu beziehen: in Moskau bei Schwabe, in Dorpat bei Grempler.

wird die Lidschleimhaut durch Cocain (mehrmaliges Einträufeln einer 5 procentigen Lösung) anästhesirt, alsdann zunächst die Carunkel und bei stark angezogenem unteren Lide zuerst die Uebergangsfalte, alsdann von hinten nach vorne weiter vorschreitend die ganze Conjunctiva mit besonderer Berücksichtigung der am äusseren Lidrande befindlichen Furche, in welcher nahezu durchweg perlschnurartig eine Reihe kleiner Granula ihren Sitz hat, ausgereinigt, indem man die Curette unter je, dem einzelnen Falle angepassten, schwächeren oder stärkeren Druck über die Schleimhaut hinwegführt. Mit einem in abgekühlte Sublimatlösung (1:2000) getauchten Wattebausch wird die Conjunctiva sorgfältig abgerieben, alsdann das obere Lid umgestülpt, dann entweder nach Abadie's Vorgange in der Mitte mit einer, oder aber weit besser noch unter Beihülfe eines Assistenten zu beiden Seiten des freien Knorpelrandes mit 2 anatomischen Pincetten gefasst und nochmals umgeklappt. Dank dieser Manipulation liegt nun die sonst bei nur einmaliger Umstülpung den Bulbus bedeckende untere Hälfte des oberen Lides insgesammt mit der Uebergangsfalte als glatt und stramm angezogenes Operationsfeld vor Augen. Mit einigen über die ganze Länge der Lidschleimhaut sich erstreckenden Zügen wird nun in gleicher Reihenfolge, wie beim unteren Lide, erst die Uebergangsfalte, dann bis zum Knorpelrande die untere Hälfte, dann nach Entfernung der beiden Pincetten dieser Rand selbst und die Tarsalfläche des oberen Lides derselben operativen Behandlung unterworfen: hierdurch nicht nur die mehr hervorragenden Follikel vollständig wegrasirt, sondern auch die Hüllmembranen der tieferliegenden eröffnet und unter dem dreist anzuwendenden Druck werden nicht nur der Inhalt der selbst tiefliegenden Trachomkörner, sondern auch die übrigen in dem Conjunctivalgewebe befindlichen fettig degenerirten, resp. nekrotisch zerfallenen Gewebselemente als schleimig—breiige Masse ausgedrückt und entfernt. Auch hier wiederum Abreibung mit dem Sublimatwattebausch. Um ganz sicher zu gehen, dass die krankhaften Producte alle entfernt werden walze ich alsdann noch mit der Knapp'schen Rollpincette die Carunkel,

die Conjunctiva des unteren und oberen Lides aus, abermalige Abdrückung mit Wattebausch und nahezu gar nicht mehr blutend liegt die Bindehaut, und zwar bei vorgeschrittenen Trachomfällen um das ein — oder zweifache verdünnt zunächst als hochrothe ganz glatte Fläche vor uns. Unmittelbar nach der Operation halbstündiges Kühlen mit Sublimatläppchen, Nachbehandlung in den ersten 3—5 Tagen, solange sich noch etwas weissliches serösschleimiges Exsudat auf der Oberfläche der Schleimhaut ausscheidet, das sich sonst mit der Höllensteinlösung zu Silberalbuminat verbackt, zunächst Keining'sches Verfahren, alsdann Beizen mit 5% Lapislösung. Dauer der Cur 8 Tage bis 3 Wochen je nach der Intensität der vorhandenen Complicationen.

Als Uebelstände dieser Ausschabungsmethode sind hervorzuheben:

1) die relativ starke Blutung der Conjunctiva, welche um ein freies Operationsfeld zu haben, wiederholtes Abtupfen während des Operirens nöthig macht.

2) die Anforderung häufigen Schleifens der Curette, da es auf rasirmesserartige Schärfe derselben besonders ankommt: durchschnittlich kann man ungefähr 5—7 Trachompatienten, also 10—14 Augen der Operation unterwerfen, ohne ein erneutes Schleifen des Instrumentes vorzunehmen.

Vorzüge des Verfahrens sind

Einfachheit des Instrumentariums: eine grössere und eine kleinere Trachomcurette (letztere speciell für die Carunkel); fernerhin 2 anatomische und eine Knapp'sche Rollpincette.

Einfache Handhabung für den Arzt; Durchführbarkeit ambulatorischer Behandlung, bei welcher man eventuell sogar ganz ohne Assistenz auskommen kann. Kurze Zeitdauer der Operation, die bei etwas Uebung an einem Auge nur 4—5 Minuten in Anspruch nimmt.

Die nahezu vollständige Schmerzlosigkeit nach Cocain-Anästhesirung mittelst 5 procentiger Lösung—die Patienten klagen nur bei der Ausquetschung mittelst der Rollpincette.

Das schnelle Schwinden der durch das Trachom hervorgerufenen subjectiven und die rasche Besserung, wenn nicht vollständige Beseitigung der objectiven Beschwerden. Selbst bei complicirendem Pannus crassus—natürlich nur für die Fälle, in denen nicht schon narbige—bindegewebige Schrumpfung des Cornealgewebes vorhanden—hebt sich die Sehschärfe schon nach wenigen Tagen, um in einigen Fällen zum Schluss der Cur das 4, 5 ja selbst 10 fache zu erreichen. Wo die Hornhaut mit betheiligt ist an dem Krankheitsprocess, erscheint mir die jedes Mal vor der Behandlung vorzunehmende Bestimmung der Sehschärfe von Seiten des Arztes, wenn auch nur mittelst Feststellung der Entfernung des Erblickens der Hand, oder des Zählens der Finger, überaus wünschenswerth: der an den Fingern abzuzählende Effect der Cur hebt die Schaffensfreudigkeit des Arztes und erweckt bei etwa ungeduldigen Patienten das Gefühl des Dankes.

Der radicale Erfolg des Verfahrens: Recidive habe ich im Verlaufe von mehr als $1^1/_2$ Jahren[18]) nur ausnahmsweise[19]) narbige Schrumpfung des Lides, resp. Entropium aber niemals beobachtet: ein gewisser Grad chronischer Hyperämie der Bindehaut bleibt bei den vorgeschrittenen Stadien des Trachoms, wie nach den übrigen, so auch natürlich nach dieser Behandlungsmethode nicht selten zurück.—

Da nun das von mir eingeschlagene Verfahren in keinem einzigen Falle des Trachoms contraindicirt erscheint —ich habe dasselbe in den leichtesten Formen, wo sich nur in der vorderen Lidrandfurche eine Reihe ganz kleiner Granula vorfindet, wie in den schwersten mit acuten

[18]) Heute: nach Ablauf von mehr als 2 Jahren. d. Verf.

[19]) Häufig handelt es sich bei solchen scheinbaren Recidiven nur um Infection von Seiten Anderer, beispielweise der Familienangehörigen, die mit Trachom behaftet sich aus irgend welchem Grunde nicht einer ärztlichen Behandlung unterworfen oder aber es handelt sich um Autoinfection, wo z. B. das andere im Zustande von Phthisis befindliche Auge (bei Trachompatienten auf dem Lande leider keine seltene Erscheinung) nicht der gleichen, peinlichen Behandlung an Trachom unterworfen. Eine Unterlassungssünde, deren ich mich in früheren Jahren leider auch schuldig gemacht. d. Verf.

Keratitiden complicirten Fällen, welche letztere sich schon nach wenigen Tagen, eventuell unter Beihülfe von Atropin, ganz wesentlich bessern, mit gleich gutem Effect angewandt —, so glaube ich diese Ausschabungsmethode den Herren Collegen auf's Wärmste zur Nachprüfung empfehlen zu können.

Den etwaigen Vorwurf pro domo gesprochen zu haben, nehme ich gerne auf mich, da solches Jedermanns Pflicht der von der Ueberzeugung durchdrungen, dass er sich auf dem richtigen Wege befindet. Erst recht aber thue ich solches bei Behandlung der wichtigen Frage: «Wie sollen wir denn das Trachom behandeln», in welcher trotz der kaum mehr übersehbaren Litteratur immer noch keine Einigung erzielt!

Ueber Vaginofixatio uteri.

(Nach einem Vortrage, gehalten auf dem V. Livländischen Aerztetage am 3. Sept. 1893).

Von

Dr. med. G. v. Knorre.

Assistenzarzt an der Universitätsfrauenklinik zu Jurjew (Dorpat).

Seitdem durch die bahnbrechenden Untersuchungen B. S. Schultze's die Retrodeviationen des Uterus als eine Krankheit erkannt und beschrieben worden, die in weitgehendster Weise das Wohlbefinden der Frau stört, dürfte wohl die Frage, ob dieselbe zu behandeln, ausser Discussion gestellt sein. So sehen wir denn auch, dass Gynäkologen, wie A. Martin u. A., die nur in complicirenden Zuständen, Adnexerkrankungen, pelveoperitonitischen Adhäsionen, parametranen Narben die Ursache der Beschwerden sahen und nur diese allein behandelt wissen wollten, sich nunmehr ganz den Ansichten Schultze's anschliessen.

Schultze's Verdienst ist es auch, durch Ausbildung der Pessartherapie uns die Mittel gezeigt zu haben, durch welche wir in vielen Fällen erfolgreich dieser Erkrankung entgegentreten können.

Es bleibt aber immer noch eine Anzahl von Fällen übrig, nach Sänger ca. 20 pCt., nach den Erfahrungen an der Dorpater Klinik etwa 11 pCt., wo wir mittels Pessar kein befriedigendes Resultat erzielen können, sondern nach anderen Hilfsmitteln uns umsehen müssen.

Die Gründe hierfür liegen in den verschiedensten Momenten: so finden wir, dass oft eine auffallende empfindliche Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut die orthopädische Therapie verbietet, jedes Pessar ruft entzündliche Erscheinungen hervor; in anderen Fällen macht eine fehlerhafte Gestaltung der Vagina, mag dieselbe in angeborener Kürze der vorderen Vaginalwand bestehen oder in abnormer Weite und Schlaffheit in Folge vieler Geburten, eine Pessartherapie illusorisch.

Ziehen wir ferner in Betracht, dass bis zur endgültigen Heilung meist viel Zeit vergeht, viel Geduld von Seiten der Patientin erforderlich ist, dass viele Frauen so lange sie ein Pessar tragen müssen, das Gefühl des Krankseins nicht verlieren und bedenken wir, dass bei unvernünftigem Verhalten der Kranken durchs Pessar eine Reihe neuer Beschwerden und Uebelstände geschaffen werden, so können wir uns dem Eindruck nicht verschliessen, dass bei allen guten Resultaten die Pessartherapie nie eine ideale bleiben wird, sondern nur ein Nothbehelf, bis Besseres gefunden.

Seit einer Reihe von Jahren beschäftigt denn auch die Frage nach einer operativen Behandlung der Retrodeviationen die namhaftesten Gynäkologen und sind dieselben bemüht, Methoden zu erfinden, die sicher und für die Patientin ungefährlich dieses Leiden beseitigen. — So finden sich die verschiedenartigsten Vorschläge: die einen erstreben durch Fixirung des Uterus an die vordere Bauchwand — nach vorhergeschickter Laparotomie — eine Correctur der Lageanomalie; die anderen versuchen von der Scheide aus — indem sie den Angriffspunkt bald an den Uterus selbst, bald an seine Befestigungsbänder oder die Scheide verlegen —, die normale Lage herzustellen.

In letzter Zeit sind es besonders die Operationen von der Scheide aus, welche in den Vordergrund getreten, nachdem über die Berechtigung und Indication der Ventrifixation Einigkeit geschaffen.

Sehen wir die Fachblätter der letzten Jahre durch, so finden wir fast in jedem Vorschläge zu solchen Opera-

tionen, unter denen besonders 2 Methoden um den Vorrang streiten: die Vaginofixation nach Mackenrodt und nach Dührssen.

Beide erstreben eine Fixirung des Uterus an die vordere Vaginalwand und wird das von Mackenrodt herrührende Verfahren etwa in folgender Weise ausgeführt: Nach Einstellung der herabgezogenen Portio zwischen zwei Seitenhebel, wird etwas über dem äusseren Muttermund ein querer Schnitt bis auf's Collumgewebe geführt, dann unter Anstrammen der vorderen Vaginalwand senkrecht auf den ersten, ein Sagittalschnitt geführt und jetzt nach rechts, wie links ein Lappen abpräparirt. Hierauf wird die Blase, welche von der Scheidenwandung befreit vorliegt, stumpf oder mit dem Messer von der Cervix abgelöst, hoch hinaufgeschoben und die grosse Wundfläche an der Blasenwand durch einige versenkte Catgutnähte verkleinert. Durch die jetzt freiliegende Uteruswand werden über dem inneren Muttermund zwei Silksuturen geführt und am unteren Winkel der Scheidenwunde wieder ausgestossen und so der Uterus an die Scheidenlappen fixirt; der Verschluss der noch übrigbleibenden Wunde erfolgt mit Catgut.

Anders verfährt Dührssen: derselbe führt, nachdem er in gleicher Weise die Portio eingestellt und mittelst Catheter die Blase nach links hinübergedrängt, bloss einen queren Schnitt an der Ansatzstelle des Scheidengewölbes, schiebt dann die Blase vom Uterus ab und fixirt den durch eine Sonde anteflectirten entgegengedrängten Fundus uteri mit drei versenkten sagittal liegenden Suturen (das Herabziehen wird durch drei provisorische quer angelegte Seidenzügel noch vervollständigt), worauf die Scheidenwunde quer vereinigt wird.

Wenn wir jetzt die beiden ebengeschilderten Operationsverfahren vergleichen, so imponirt das Mackenrodt'sche, als das chirurgisch Richtigere, als ein Verfahren, wobei der Operateur jederzeit das ganze Operationsfeld überblicken kann und jede Sutur, jeder Schnitt unter Controlle des Auges geführt wird. Mit Sicherheit können alle Nebenverletzungen der Blase, des Darmes vermieden, eventuell entstehende Blutungen sofort er-

kannt und gestillt werden. Diese Vorzüge der Mackenrodt'schen Methode haben bei allen Fachcollegen die richtige Würdigung gefunden, denn wie uns die Publicationen der letzten Monate beweisen, ist sie fast ausschliesslich in Anwendung gezogen worden. Ein besonderes Complicirtsein, wie Dührssen u. A. derselben vorwerfen, konnten wir nicht constatiren; die Ablösung der beiden vaginalen Lappen machte nie Schwierigkeiten und war die hierdurch bedingte längere Dauer der Operation durch den Vortheil eines klaren Ueberblickes weit aufgewogen.

Beim Dührssen'schen Verfahren schien uns die Möglichkeit einer Blasenverletzung (durch die Naht) nicht ausgeschlossen und wenn auch solche bisher nicht beobachtet, so hat doch Dührssen selbst ein späteres Einwandern von Fäden in die Blase, wie andere Störungen von Seiten der letzteren gesehen. Unbequemlichkeiten, die bei der Mackenrodt'schen Operation weder von uns noch von Anderen bemerkt worden. Ausserdem wird durch diese Methode keine normale Lage erzeugt, da die Cervix vorne bleibt und nur der Uterus im Winkel geknickt wird, ähnlich wie bei der Schücking'schen Ligatur.

Diese hier angeführten Bedenken waren es, welche uns dazu bestimmten, der Mackenrodt'schen Methode den Vorzug zu geben und hauptsächlich nach derselben zu operiren; noch bestärkt wurden wir darin, nachdem wir uns selbst durch Ausführung der Dührssen'schen Vorschläge davon überzeugt hatten, wie unsauber und unübersichtlich sich dieses Verfahren gegenüber dem gleichzeitig geübten Mackenrodt'schen erwies.

Zur Operation wurden aus dem grossen der Klinik zu Gebote stehenden Material fast nur Fälle ausgewählt, die schon seit längerer Zeit theils stationär, theils ambulatorisch behandelt worden. Fälle, wo wegen der schon Eingangs erwähnten Verunstaltungen der Scheide Pessare sich als insufficient erwiesen hatten, oder wo in Folge unzweckmässiger Stützapparate und Nachlässigkeit der

Patientin Decubitusgeschwüre sich gebildet hatten, die in narbige Schrumpfung übergegangen, eine weitere Pessartherapie contraindicirten. In einer dritten Reihe war es die stricte Weigerung der Kranken einen Ring zu tragen, in einer letzten schliesslich die Aussicht, die Retroflexion mit den Complicationen, wie Ectropien, Dammrissen, Endometritiden etc. etc. in einer Sitzung behandeln und corrigiren zu können.

Um uns nun ein sicheres Urtheil über die Leistungsfähigkeit der genannten Operation zu verschaffen, wählten wir nur solche Kranken aus, wo es sich um mobile Retroflexionen handelte; Fälle, wo nachweislich Adhäsionen bestanden hatten, haben wir nur zwei operirt, jedoch können dieselben nicht als adhärente Retroflexionen angesehen werden, da vorher die fixirenden Stränge in zweckentsprechender Weise beseitigt waren.

Bei der einen waren dieselben schon vor 5 Jahren, nach ausgeführter Laparotomie, von Prof. Kuestner mittelst Paquelin gelöst worden, der ventrifixirte Uterus aber bald darauf abgerissen, in die pathologische Stellung zurückgesunken, jedoch jetzt ganz mobil geblieben. Im 2. Fall waren die Adhäsionen durch Schultze'sche Trennung gesprengt worden und der Uterus durch ein Thomas-Pessar in Anteflexion fixirt worden, jedoch verlangte Patientin selbst dringend nach einer Operation, um das Tragen des Pessars zu umgehen.

Ausgeführt wurden an der hiesigen Frauenklinik vom August 1892 bis zum April 1893 im Ganzen 29 Vaginofixationen nach Mackenrodt und sei es mir gestattet, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Kuestner für seine Liebenswürdigkeit zu danken, die mir wiederholt die Operation zuwandte.

Was die Technik der Ausführung der Vaginofixation anlangt, so hielten wir uns anfangs im Allgemeinen an die Vorschriften Mackenrodt's. Die erste Vaginofixation wurde von meinem Vorgänger Dr. Holowko ausgeführt, der dieses Operationsverfahren im Sommer 1892 in Berlin beim Erfinder kennen gelernt und unter seiner Leitung wiederholt an der Leiche ausgeführt hatte. Dieselbe wurde also genau den Angaben Mackenrodt's entsprechend ausgeführt, die fixirenden Nähte dicht über

dem inneren Muttermund angelegt. Nach der Operation lag der Uterus leidlich anteflectirt, bei der Controlle 12 Tage später schon ganz fehlerhaft in früherer Stellung.

Da uns die Ursache dieses Misserfolges in der zu wenig hohen Fixirung des Corpus uteri zu liegen schien, änderte Prof. Kuestner bei den darauf folgenden 12 Fällen das Verfahren dahin, dass der Uterus mindestens $1^1/_2$—2 Cm. über dem inneren Muttermund gefasst wurde, wie es auch nachträglich in der Discussion zum Dührssen'schen Vortrag von Mackenrodt selbst verlangt worden. Dieses controllirten wir stets durch directe Messung, indem wir vor der Operation mittelst Sonde die Länge des Uterus, nach Abschiebung der Blase die Strecke vom äusseren Muttermund bis zur höchsten fixirenden Sutur massen. Rechneten wir jetzt für die gestreckte Cervix 5—6 Cm. von der zweiten Zahl ab, so gab uns die Differenz die Höhe an, in welcher wir das Corpus gefasst hatten.

Ein weiteres Abweichen von der Vorschrift bestand darin, dass wir die Blasenwunde nicht durch versenkte Catgutnähte verkleinerten, sondern uns mit einem möglichst hohen Zurückschieben zufrieden gaben. Das Lostrennen der Blase erfolgte bei Frauen, die geboren hatten, stumpf ohne jegliche Schwierigkeit, dagegen konnte dieselbe bei Nulliparen oft nur mit dem Messer von ihren Haftstellen abpräparirt werden. Die bei einzelnen Fällen erforderliche Verlängerung der vorderen Vaginalwand wurde nicht durch Kolporrhaphie angestrebt, sondern erzielten wir denselben Effect durch eine zweckmässige, sagittale Vereinigung des ursprünglichen förmigen Schnittes etwa in der von Skutsch seiner Zeit angegebenen Weise. Zum Verschluss der noch übrigbleibenden Scheidenwunde wurde stets Catgut genommen und behufs sicherer Fixirung der Portio nach hinten in die Kreuzbeinhöhlung vor dieselbe ein Jodoformgazetampon in die Vagina eingeführt.

Gleich nach Vollendung der Operation wurde dann, ohne dass vorher eine Reposition vorgenommen wäre, die Stellung der Gebärmutter, somit der Effect der Operation, controllirt und fand sich der Uterus stets

in schönster Anteflexion, die Portio an der normalen Stelle.

Der Verlauf der Wundheilung war bei sämmtlichen ersten 13 nach dieser Methode operirten Frauen ein tadelloser. Temperatursteigerungen wurden nie beobachtet, ebenso konnten auch weitere Complicationen in keinem Falle nachgewiesen werden.

Auffallend war es stets, wie gut die Blase den immerhin nicht geringen Eingriff vertrug. Keine Patientin hatte irgend welche Blasenbeschwerden, die meisten konnten schon wenige Stunden nach der Operation den Urin spontan entleeren, so dass nur in vereinzelten Fällen catheterisirt werden musste und auch hier nie über 2 mal 24 Stunden.

Die Nachbehandlung war eine sehr einfache, in den ersten drei Tagen musste Rückenlage eingehalten werden, vom dritten an wurde Seitenlage gestattet. Besondere Aufmerksamkeit wurde die ganze Zeit über auf eine möglichst häufige Entleerung der Blase gerichtet und wurden desshalb die Patienten angehalten alle 3 Stunden zu uriniren. Am 8.—10. Tage konnten die Kranken aufstehen, es wurde dann die Lage des Uterus controllirt und die Frauen mit der Weisung entlassen, sich nach 3—5 Wochen zur Entfernung der fixirenden Suturen wieder in der Klinik vorzustellen.

Was nun die Resultate in diesen ersten 13 Fällen anlangt, so waren dieselben quoad Heilung und Correctur der Lageveränderung durchaus unbefriedigend

In sechs Fällen lag der Uterus schon nach 8—10 Tagen, als die Kranken das Bett verliessen, wieder vollkommen retroflectirt, in einem weiteren nach 3 Wochen, in 2 schliesslich nach drei resp. fünf [1]) Monaten.

Diesen 9 Misserfolgen stehen 4 Erfolge gegenüber, von denen 3 vier Monate, einer fünf unter Aufsicht ver-

[1]) Hierzu möchte ich bemerken, dass dieser Fall sich eine Zeit lang der Controlle entzogen hatte, ich somit den Zeitpunkt, wann er recidiv geworden, nicht genau bestimmen kann.

blieben. Es wurde in diesen 4 Fällen der Uterus stets anteflectirt gefunden, sämmtliche Kranken hatten keine Beschwerden mehr. Die Menorrhagien hatten aufgehört, die Menses waren regelmässig geworden, die Kreuz- und Rückenschmerzen waren verschwunden.

In diesen Fällen war also der Erfolg ein in jeder Richtung befriedigender, womit aber nicht gesagt sein soll, dass sich auch hier keine Recidive einstellen könnten — die Beobachtungszeit von einem halben Jahre ist zu kurz, um ein definitives Urtheil fällen zu können.

Diese Misserfolge verglichen mit den wenigen Erfolgen, welche wir gehabt, hiessen uns bei den weiteren Vaginofixationen Aenderungen im Operationsverfahren anbringen, zu denen jetzt auch andere Operateure, ja Mackenrodt selbst gedrängt worden.

Wir konnten nämlich beobachten, dass diejenigen Fälle, wo die Blase höher hinaufgeschoben, somit auch das Corpus uteri höher gefasst worden, gar nicht, resp. später recidiv wurden, als diejenigen, wo die fixirenden Suturen nur wenig über dem inneren Muttermund angelegt worden waren. Aus diesem Grunde modificirten wir das Mackenrodt'sche Verfahren dahin, dass die Blase ganz hoch über die Plica vesico-uterina hinauf abgeschoben und dann 2—3 fixirende Suturen durch die Umschlagstelle des Peritoneums hindurch in's Corpus geführt wurden. Als Material zur Fixirung des Uterus gebrauchten wir nach wie vor Silkworm, welches uns jetzt noch ganz besonders zweckentsprechend erschien, da wir dadurch jegliche Drainage aus der Vagina vermieden, somit mit Sicherheit etwaigen peritonitischen Erscheinungen vorbeugen konnten. Eine festere Verklebung der beiden Flächen der Plica vesico-uterina durch Import reizender Stoffe zu erzielen, erschien nach unseren Erfahrungen bei der Ventrifixation durchaus überflüssig, weil wir unter Anwendung des nämlichen Nahtmaterials stets feste Verwachsungen des Uterus mit dem Parietalperitoneum erzielten. Der übrige Theil der Operation blieb derselbe und wurden keine Aenderungen in diesem wie in der Nachbehandlung vorgenommen.

In dieser Weise wurde 16 mal operirt und waren

die Resultate zwar bessere, jedoch noch lange nicht befriedigende zu nennen.

5 Fälle müssen wegen zu kurzer Zeit der Beobachtung ausgeschlossen werden, somit bleiben nur 11 nach, an denen wir die Erfolge controlliren konnten.

In 6 von diesen 11 Fällen lag der Uterus binnen kurzer Zeit wieder retroflectirt, und zwar bei 4 Frauen auch dieses Mal schon nach 10—20 Tagen, bei zwei weiteren nach 5 Wochen. In den übrigen 5, wie auch in den 5 Fällen, die wegen zu kurzer Zeit der Beobachtung ausgeschlossen werden müssen, behielt der Uterus stets die normale Lage und hatten sich auch die Beschwerden wesentlich gebessert. 1 Fall wurde vier Wochen nach der Operation gravid, die Lage der Gebärmutter wurde durch die Schwangerschaft in keiner Weise geändert; die Geburt steht Ende December zu erwarten.

Was den Verlauf der Wundheilung anlangt, so war derselbe auch in dieser zweiten Serie durchaus tadellos. Erscheinungen von Seiten des Peritoneum wurden nie beobachtet und vertrug die Blase diese noch grössere Malträtirung ebenso gut, wie früher; auch dieses Mal konnten alle Frauen schon binnen 24 Stunden spontan uriniren.

Ueberblicken wir jetzt die ganze Reihe der Operirten, so finden wir unter 24 Fällen von Vaginofixation 9 Lagecorrecturen, in den übrigbleibenden 15 lag der Uterus meist binnen kurzer Zeit retroflectirt.

Diese wenig erfreulichen Resultate verglichen mit den glänzenden Mackenrodt's finden ihre Erklärung in der strengen Kritik, die wir bei Controlle der gewonnenen Lage übten. Frauen, bei denen der Uterus nur annähernd retrovertirt lag, wurden von uns unter die Misserfolge aufgenommen, denn wir konnten mit Sicherheit voraussagen, dass hier, wo die vordere Fläche des Uterus dem intraabdomialen Druck ausgesetzt war, die Gebärmutter sich bei etwas längerer Einwirkung dieser und anderer Schädlichkeiten in die fehlerhafte Stellung zurücklegen müsste.

Als Misserfolge galten natürlich alle die Fälle, wo zwar das subjective Befinden der Patientin nach der Ope-

ration ein durchaus befriedigendes war, der Uterus aber in Retroflexion lag.

Intereressant sind auch die Ergebnisse, die wir beim Vergleich unserer Erfolge mit denen anderer Operateure gewinnen: So können wir in unserer ersten Reihe bessere Resultate aufweisen als Winter, welcher unter seinen ersten 14 genau nach Mackenrodt's Vorschrift operirten Fällen lauter Recidive eintreten sah, ebenso bessere als v. Steinbüchel. Diese Verschiedenheit lässt sich bei Betrachtung der Höhe, in welcher das Corpus fixirt wurde, erklären. Winter und v. Steinbüchel, die sich genau an die ursprünglichen Vorschriften Mackenrodt's hielten, fassten den Uterus näher dem inneren Muttermund, mussten also auch mehr und früher Recidive bekommen, als wir, welche 1—2 Cm. über demselben die fixirenden Suturen durchführten. Mackenrodt dagegen musste mehr Lagecorrecturen erzielen, da er laut Angabe auf dem Congress zu Breslau fast stets durch die Plica vesicouterina gestochen hatte.

In der zweiten Reihe unserer Fälle bleiben dagegen unsere Resultate hinter denen Winter's und v. Steinbüchel's zurück und liegt die Erklärung hierfür vielleicht darin, dass die von ihnen angewandten Methoden weitere Mängel der unsrigen ausschlossen. So verspreche ich mir entschieden vom Vorschlage Winter's, in jedem Falle die Operation mit einer Kolporaphie zu verbinden, den Uterus dicht unter oder am Fundus zu fassen, Vortheil, ebenso auch von der von v. Steinbüchel vorgeschlagenen Verlängerung des sagittalen Schnittes bis tief auf den Harnröhrenwulst herab und Durchführung der beiden fixirenden Suturen wenige Cm. oberhalb der Urethralmündung.

Wenn also die bisher von uns und anderen Operateuren erzielten Resultate nicht zu Gunsten der Operation sprechen, so möchten wir trotzdem noch kein ganz verdammendes Urtheil über dieselbe fällen. Wir wollen darauf hinweisen, dass das Mackenrodt'sche Verfahren der Fixirung des Corpus uteri an die vordere Vaginalwand von allen vaginalen Methoden diejenige ist, durch welche eine natürliche Stellung der Gebär-

mutter noch am ehesten erzielt werden kann, d. h. die Portio in die Kreuzbeinhöhlung, das Corpus hinter die Symphysis gebracht wird.

Wir constatiren ferner, dass uns diese Operation in Stand setzt, in einer Sitzung neben der Retroflexion die complicirenden Zustände, Cervixrisse, Dammdefecte etc. in entsprechender Weise in Angriff zu nehmen, was bei Anwendung von Pessaren unmöglich ist. Schliesslich haben wir auch noch zu beachten, dass durch dieses Operationsverfahren im Falle eines Misserfolges die Pessartherapie noch immer in Anwendung gezogen werden kann, wir also noch nichts verloren.

So am Schlusse meiner Arbeit angelangt, sei es mir gestattet, die Indicationen anzuführen, wie sie sich nach unseren Erfahrungen für die Mackenrodt'sche Operation ergeben:

1. Indicirt ist die Operation bei allen Fällen mobiler Retroflexion, die durch ein Pessar nicht in normaler Lage zu erhalten sind.

2. Indicirt wäre dieselbe bei allen Fällen von mobiler Retroflexion, welche mit Dammdefecten, Lacerationsectropien, Cervixrissen etc. combinirt sind, wo also der Pessartherapie die Behandlung jener Complicationen vorausgehen müsste.

3. Indicirt wäre das Mackenrodt'sche Verfahren in allen Fällen mobiler Retroflexion, wo das Pessar dauernd getragen werden muss.

Contraindicirt ist dasselbe:

1. Bei allen frischen Fällen von mobiler Retroflexion, wo man binnen kurzem von einer Pessartherapie Heilung erwarten kann.

2. Bei allen fixirten Retroflexionen.

3. Bei Uterus-Prolapsen.

Benutzte Literatur.

1. Dührssen. Ueber operative Heilung der Retroflexio uteri auf Grund von 114 operirten Fällen. Centralbl. 1892, pag. 923.
2. Dührssen. Ueber Vaginofixatio uteri. Centralbl. f. Gyn., Nr. 30, pag. 681—699.

3. Epper, J. Zur Therapie der Retroflexio uteri. Inaug. Diss. Bonn, 1893. Ref. Centralbl. f. Gyn. 93, pag. 662.
4. Fritsch H. Bericht über die Gyn. Oper. Berlin 1891/92, pag. 184.
5. Fritsch, H. Die Krankh. d. Frauen. Berlin 1892, pag. 219.
6. Gläser, E. Leichenversuche über das Schücking'sche Verfahren der vaginalen Fixation. Centralbl. f. Gyn. 1892. Heft 21, pag. 393.
7. Hofmeier, M. Grundriss d. gyn. Oper. Leipzig. 1892, pag. 317.
8. Klotz. Centralbl. 1891. pag. 97. Beitrag zur operat. Behandlung d. Retroflexio uteri.
9. Küstner, O. Grundzüge d. Gyn. – Jena. 1893, p. 79 u. 83.
10. Lenz, Otto. «Die Aliquié-Alexander'sche Operation etc.» Archiv XLIV, pag. 348.
11. Mackenrodt. Die operative Behandlung d. Retroflexio uteri. D. Med. W. 1892, p. 22.
12. Mackenrodt. Zur Therapie d. Retroflexio uteri. Centrabl. f. Gyn. 1892, pag. 479.
13. Mackenrodt. Zur Technik der Vaginofixation. Centralbl. f. Gyn. Heft 29, pag. 665 u. ff.
14. Mackenrodt. Antwort an Herrn Winter. Centralbl. f. Gyn. 1893. Heft 36.
15. Sänger, M. Die operat. Behandlung d. Retrodeviation d. Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur. Centralbl. f. Gyn. 1892, Heft 1.
16. Sänger, M. Ueber Retrofixatio colli uteri retroflexi. Centralbl. 1891. pag. 889.
17. Schücking, A. Weitere Erfahrungen über die vaginale Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. D. Med. W 1891, pag. 646.
18. Schücking A. Centralbl. f. Gyn. 1888. Nr. 12.
19. Schücking, A. Centralbl. f. Gyn. 1890. Nr. 8.
20. Schücking, A. Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 13.
21. v. Steinbüchel, R. Zur Technik der Vaginofixatio uteri (nach Mackenrodt). Centralbl. f. Gyn., pag. 713 bis 718. Nr. 31.
22. Stratz. Vaginale Operation d. Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes. Z. f. Geb. u. Gyn. XXI. Heft 2 und Centralbl. 1891, pag. 1031.
23. Winkel, F. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig. 1890.
24. Winter. (Zur Technik der Vaginofixatio uteri). Centralblatt f. Gyn. Nr. 27, pag. 625.
25. Winter. Erwiderung an Herrn Mackenrodt. Centralblatt f. Gyn. 1893. Nr. 32.
26. weifel, P. Vorlesungen über klinische Gynäkol. 1892, pag. 214 u. ff.

Ueber submucöse Myome.

Vortrag, gehalten auf dem V. livländischen Aerztetag in Dorpat 3. September 1893.

Von

Dr. M. Treymann (Riga).

Hochgeehrte Versammlung!

Die submucösen Myome oder Fibromyome des Uterus beanspruchen ein ganz besonderes Interesse in Bezug auf die Diagnose und operative Behandlung. Da sie der Mucosa näher liegen als dem Peritoneum und in das Cavum uteri oder in die Cervixhöhle hineinragen, geben sie den hauptsächlichen Anlass zur Schwellung der Mucosa und zu den verhängnissvollen Blutungen, die meist in erster Linie den operativen Eingriff indiciren. Ein im Cavum uteri verborgener Schleimhautpolyp von der Grösse einer Weintraube kann, wie ich in meiner Praxis erfahren, eine gesunde, kräftige Frau durch einmalige Blutung der Ohnmacht und dem Tode nahe bringen. Hahnenkammförmige, breitbasig aufsitzende Schleimhautwülste, wie ich sie bei 6 grossen interstitiellen Myomen gefunden habe, die ich in den letzten 2 Jahren durch Laparotomie entfernte, waren die Erreger beständig wiederkehrender enormer Blutungen, die die Kranken zur Operation trieben. Sie bilden den Uebergang zu den eigentlichen submucösen Myomen, die in der, der Mucosa nahegelegenen Muskelschicht beginnen, und häufig in die Uterinhöhle hineinwachsen, viel seltener in der Cervixwand sich entwickeln. Alle Autoren sind darin einig, dass die Cervixmyome selten vorkommen. Es hat ein anatomisches, aber

kein praktisches Interesse, bei der Frage zu verweilen, wie die submucösen Myome aus interstitiellen hervorgehen und ob gewisse Cervixmyome als interstitielle oder submucöse zu bezeichnen sind. Die geringe Dicke der Cervixwand gestattet im Grunde nur die Unterscheidung zweier Formen, der subserösen und der submucösen Cervixmyome. Ich werde mir daher erlauben, (in Uebereinstimmung mit Hegar, Hofmeier, Pozzi u. a.) die submucösen Myome entweder 1) als breitbasig aufsitzende oder 2) als gestielte, sog. fibröse Polypen, anzuführen.

Sehen wir von den kleinen, bohnen- oder nussgrossen gestielten Polypen des Cervix ab, die aus dem Os uteri heraushängen und leicht gefühlt und gesehen werden, ebenso leicht abgedreht werden können, so bietet die Diagnose sowohl der im Cavum uteri verborgenen, wie der im Cervix entwickelten grossen Myome oft die grössten Schwierigkeiten. Berühmte Gynäkologen, wie Scanzoni, Martin, verwechselten fibröse Polypen mit der Portio vaginalis, Andere wie Simpson, Peter Müller Barnes, Murray, Chiari, Freund — mit Prolapsus uteri, mit Inversio uteri. Ja, es sind mehrere Fälle in der Literatur bekannt, wo der invertirte Uterus als Polyp durchschnitten wurde. Dies passirte beispielsweise Marion Sims, der mit Mühe die Kranke rettete. Ein sehr glücklicher Ausgang, da die 21 von Pozzi mitgetheilten Fälle, wo der invertirte Uterus absichtlich oder unabsichtlich abgetragen wurde, ca. 50 pCt. Mortalität ergeben.

Diese Irrthümer sind nicht wunderbar, wenn man bedenkt, welch' enorme Grösse die Myome des Uterus erreichen. Bekannt ist der Fall von Hunter in New-York, der bei einer Frau von 95 Pf. Körpergewicht ein Fibromyoma von 140 Pf. Gewicht entfernte. Pozzi, Péan u. A. haben mannskopfgrosse submucöse Myome per vaginam operirt. Ich muss gestehen, dass die kindskopfgrossen Myome, die Pozzi als enorm grosse Tumoren bezeichnet, mir schon genügend imponirt haben. Man denke sich die ganze Vagina so weit ausgefüllt, dass man mit Mühe in der Narcose ein paar Finger, allen-

falls die halbe Hand einführen, den Stiel aber nicht erreichen oder kaum erreichen kann, und man wird sofort begreifen, wie das Resultat einer solchen bimanuellen Untersuchung ausfällt. Liegt nun der Uterus oben auf der Geschwulst platt, klein und welk auf, geht der Stiel bis zum Fundus uteri hinauf, so ist es mit der Sicherheit der Diagnose schlimm bestellt.

Ist das Myoma submucosum verborgen im Cavum uteri, der Cervix geschlossen, so kann es freilich nach genügender Dilatation des Cervix oft, aber auch nicht immer (wie ich später zeigen werde) erkannt werden, die Beschaffenheit und Insertion des Stiels jedoch dunkel bleiben. Eine junge Frau, bei welcher 3 Monate lang die Menstruation ausgeblieben war, hielt ich für schwanger, weil ich im Cervix das herandrängende Ei zu fühlen glaubte. Es war ein wallnussgrosser fibröser Polyp. Als ich, froh über die Diagnose, den Stiel abdrehen wollte, wobei die Zange vom harten Fibrom mehrmals abglitt, drehte sich der Uterus mit. Nach grosser Mühe — man konnte die Scheere, aber nicht hoch genug den Finger hinaufführen — gelang es, den 2 Centimeter breiten und 3 Centimeter langen, wie eine Muskelsehne gestalteten Stiel, der seinen Ursprung dicht unter dem Fundus uteri hatte, endlich zu durchschneiden. Die Operation dauerte $1^1/_2$ Stunden. Eine ältere Frau, die ein faustgrosses interstitielles Myoma uteri hatte, an starken und anhaltenden Blutungen litt und sich nicht zu einer radicalen Operation entschliessen wollte, hörte erst auf zu bluten, als ich den Uterus dilatirte und einen haselnussgrossen fibrösen Polypen mit dünnem Stiel entfernte. Sie hat seitdem, seit $1^1/_2$ Jahren, weder Beschwerden noch Blutungen gehabt.

Ist aber z. B. ein mittelgrosses Cervixmyom dem Finger und Auge auch ohne Weiteres zugänglich, ragt es selbst zur Vagina theilweise heraus, so kann das in einer Muttermundslippe stark entwickelte Myom, während die andre Lippe wie ein feiner Saum ausgezogen und verzogen ist, eine Inversio uteri oder einen Prolapsus uteri vortäuschen, besonders wenn die Grösse des Myoms den Untersuchungsraum beengt. Kann man an einen langge-

streckten fibrösen Polypen auch gut hinanreichen, so ist doch oft die Grenze zwischen der Stielinsertion und dem invertirten Fundus uteri schwer zu finden, auch mit dem Auge oft kaum zu unterscheiden, wie auch Pozzi betont. Oder umgekehrt wird ein breiter Stiel fälschlich für den invertirten Uterus gehalten. Beiläufig hat die bei diesen Untersuchungen oft nothwendige Narkose ihre grossen Bedenken, da die betreffenden Frauen meist an chronischer Anaemie und Herzschwäche (Verfettung) leiden.

Fritsche, Martin, Pozzi, Hegar und Kaltenbach, Schröder und Hofmeier sprechen sich dahin aus, dass die Operation der grossen Cervixmyome oft sehr grosse ja ungeheure Schwierigkeiten mache und dass die Unterbrechung der Operation, die Unmöglichkeit, sie in einer Sitzung zu vollenden, die Patientin der grössten Lebensgefahr aussetze. Pozzi verwirft daher die Operation à deux temps, wie sie von Duncan, Marion Sims und Gusserow in Nothfällen empfohlen wird. Jeder Praktiker wird sich aber bewusst sein, dass man immer wieder bei der Schwierigkeit der Diagnose und Operation, zu welcher oft die dringendste Indication vorliegt, auf solche Fälle gefasst sein muss.

Es giebt zwei Wege, dieser Situation Herr zu werden: 1) die sorgfältige Erwägung, ob der resp. Fall sich besser für eine Kolpomyomotomie oder für eine Laparo-Myomotomie eignet und die dementsprechende Entscheidung. 2) der Entschluss, mit Hülfe eines grossen Armamentariums durch successive Zerstückelung, nicht nur der Geschwulst, sondern selbst des Uterus in einer Sitzung zum Ziel zu kommen. Péan schlägt den letzteren Weg ein und Pozzi, der Péan's Operationsweise und Instrumentarium anschaulich schildert, scheint sich dagegen nicht ganz ablehnend zu verhalten. neigt aber doch mehr der Anschauung Martin's und Hofmeier's zu, die bei sehr grossen submucösen Myomen die Laparotomie der Kolpomyomotomie vorziehen. Nach Hofmeier würde man sich bei submucösen Myomen, die grösser als ein Kindskopf sind, besonders wenn der Cervix erhalten ist, zur Laparo-Myomotomie oder zur Castration

zu entschliessen haben. Ich glaube, dass wohl die meisten Gynäkologen mit dieser Anschauung übereinstimmen werden.

Das Operationsverfahren von der Vagina aus, wird sich natürlich sehr verschieden gestalten.

Das Einfachste ist die Abdrehung eines mässig starken Stiels, indem der gut gefasste fibröse Polyp mit der Zange rotirt wird. Immer ist zu beachten, ob der Uteruskörper sich dabei mitdreht, und in diesem Fall der Versuch sofort zu unterlassen.

Dass die Durchschneidung des Stiels mit Messer oder Scheere durchaus nicht so gefährlich ist, wie man früher glaubte, ist heutzutage erwiesen. Man hat daher auf den Ecraseur und die galvanokaustische Schneideschlinge verzichten gelernt, besonders da durch sie die Blutung nicht gestillt wird, bei dickem Stiel oft benachbartes Gewebe hineingezogen, ja das Peritoneum angerissen wurde. Wenn auch von einzelnen Unglücksfällen berichtet wird, z. B. von Werth, der bei der Durchschneidung des Stiels eine unstillbare Blutung erlebte, so dass er die Totalexstirpation des Uterus machen musste, — so blutet der Stiel beim Durchschneiden fast nie, sei es dass er nur kleine Gefässe oder retractile Gefässe besitzt (Gusserow, Hegar-Kaltenbach, Fritsche, Hofmeier, Pozzi).

Es giebt nun aber doch Stiele, die ich nicht durchschneiden würde, ohne sie vorher ligirt zu haben. Das sind 1) die breiten, 3—4 Centimeter dicken Stiele, die z. B. den Fundus uteri inversi enthalten könnten und 2) die Stiele, die hinter einer sehr grossen, die Vagina ausfüllenden Geschwulst liegen, die man allenfalls mit dem Finger erreichen, aber nicht sehen kann. Solche Stiele würde ich immer zu ligiren suchen, ehe ich das Messer oder die Scheere ansetze. Martin scheint derselben Ansicht zu sein, ebenso Pozzi, der vor der Trennung des Stiels warnt, ehe die Geschwulst verkleinert ist.

Um die unerreichbaren Stiele zugängig zu machen, wird empfohlen:

1) Das «Allongement operatoire», eigentlich

von Dupuytren empfohlen, der bei 100 Operationen nur 2 mal Blutungen aus dem abgeschnittenen Tumor erlebt haben will. Es wurde als treppenförmige Incision von Simon und als spiralige Umschneidung der Geschwulst von Hegar empfohlen. Jedoch haben Werth und Montgomery dabei profuse Blutungen erlebt.

2) Die von Chassaignac erfundenen keilförmigen Excisionen aus dem Tumor werden neuerdings warm von Hofmeier und Pozzi empfohlen.

3) Ebenso von Pozzi die Zerstückelung der Geschwulst durch besondere Instrumente von Jeannel, Collin, Segond: Kephalotrib- und kranioklastähnliche Instrumente.

Ich würde dieser Zerstückelung, die zugleich eine Zerquetschung der Geschwülste bedeutet, zustimmen bei mehr als kindskopfgrossen Geschwülsten und zwar weil 1) die Gefahr der Blutung nicht stattfände und 2) weil diese Instrumente mehr oder weniger leicht zu appliciren wären. Kindskopfgrosse Fibromyome mit den scharfen Zangen sicher und genügend vorzuziehen und festzuhalten, sie dann ohne Gefahr stärkerer Blutung tief anzuschneiden oder auszuschneiden, scheint mir sehr schwierig zu sein. Jedenfalls würde ich mich dazu bei den meist schon ausgebluteten Frauen kaum entschliessen.

4) Bei kindskopfgrossen und etwas kleineren Myomen scheint mir zur Herausbeförderung der Geschwulst bis zur Sichtbarmachung des Stieles das beste Instrument der Forceps zu sein. Auch Martin, Fritsche und Hofmeier empfehlen ihn zu diesem Zweck. Freilich ist Vorsicht geboten, denn Gosselin hat dabei einen Todesfall durch Inversio und Ruptura uteri erlebt. Die seitlichen Incisionen in den Damm, die Pozzi verwirft, heilen rasch und wurden von Dupuytren, Smith, Barnes und Koeberlé oft gemacht.

5) Die breitbasig aufsitzenden Myome werden durch die Enucleation entfernt. Da nicht einmal die meisten submucösen Myome einen Mantel, eine lockere Bindegewebshülle, auch Capsel genannt, besitzen, aus welcher sie ausgeschält werden mit Finger oder Spatel, so wird die Enucleation, besonders bei den weichen, meist un-

mittelbar in die Uterusmusculatur übergehenden Myomen oft zu einer blutigen, mit Scheere und Messer zu beendenden Operation. Dabei reisst denn auch zuweilen die Uteruswand ein, wie Schröder und Andere erfahren haben, so dass nach dieser schlecht abgelaufenen oder unvollendeten Operation sich manchmal noch hinzugesellen muss:

6) Die Exstirpatio uteri totalis vaginalis, die z. B. vor der Entfernung eines grossen Cervixmyoms nicht möglich war. Die Enucleation wurde zuerst 1840 von Amussat, dann von Maisonneuve und Lisfranc gemacht, später heftig bekämpft wegen der Unglücksfälle, neuerdings aber wieder empfohlen und gemacht von Atlee, Schröder, Pozzi, Péan.

Die Mortalität, die früher 33 pCt. betrug, ist jetzt auf 14—16 pCt. gesunken. (Gusserow, Pozzi.)

Sie gestatten mir, das Gesagte durch einige Fälle meiner Praxis zu illustriren, die ich den Krankenbögen der letzten 4 Jahre entnommen habe.

Bei allen zu berichtenden Fällen — mit Ausnahme des letzten — gab die Indication zum operativen Eingriff starke und anhaltende Uterinblutung, die bei den meisten chronische Anaemie und bedenkliches Siechthum zu Stande gebracht hatte.

1) Einer der häufigen gewöhnlichen Fälle von «fibrösen Polypen».

Eva G. 41 J. alt, Wittwe, aufgenommen den 10. Juli, entlassen den 23. Juli 1893. Seit einem halben Jahre häufige und profuse Menorrhagien. Vor 3 Tagen starke Blutung bis zur Ohnmacht. Aus dem Os uteri ragt ein nahezu hühnereigrosser Tumor von derber Consistenz hervor. Dilatation des Cervix in Narkose. Der Stiel des Tumors lässt sich als fingerdicker Strang fühlen, der von der vorderen Uteruswand dicht unterhalb des Fundus uteri entspringt. Er wird mit der Klemmzange gefasst und mit der Scheere abgetragen. Abrasio mucosae uteri. Ausspülung mit Eiswasser. 10 Tage nach der Operation genesen entlassen.

2. Eva R., 45 J. alt, verheirathet, aufgenommen den 3. April entlassen den 14. Mai 1890. Diagnose: Myoma colli uteri submucosum. Seit 11 Jahren unregelmässige, profuse Menses, besonders schlimm in den letzten 6 Jahren. Im letzten Jahr fast beständige Menorrhagien. Keine Geburt. Guter Panniculus adip. Hochgradige Anaemie. Herz gesund. Uterus nach allen

Dimensionen vergrössert, birnförmig. Os uteri ext. circa 2 Cm. weit. Im Cervix ein kugelig vorgewölbter, nicht derber Tumor zu fühlen, welcher faustgross der Uteruswand links und vorn mit breiter Basis aufsitzt. Am 11. April, 8 Tage nach der Aufnahme, nach gehöriger Desinfection der Vagina, wird die Enucleation von den Collegen Jansen, Berg und Helmsing freundlichst vorgenommen, während ich selbst durch eine kranke Hand theilzunehmen verhindert bin. Der Cervix wird beiderseits incidirt. Die den Tumor fassenden Zangen reissen wiederholt im morschen Gewebe aus. In grösseren und kleineren Fetzen wird der Tumor allmählich enucleirt, die bröckligen Massen schliesslich mit scharfem Löffel entfernt. Das Cavum uteri misst ca. 8 Cm. Rechts und hinten am Fundus uteri wird ein zweites hühnereigrosses Myom entdeckt, welches zu entfernen sich als unmöglich erweist. Keine Capsel nachzuweisen. Dauer der Operation 2 Stunden. Abends Temp. 39,0 Puls 112. Ebenso an den beiden folgenden Tagen, trotz sorgfältiger Desinfection der Vagina und des Uterus. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt carcinomatöse Degeneration des Uterus-Myoms. (Dr. Krannhals). Am 14. April, 3 Tage nach der ersten Operation, wird die Exstirpatio uteri totalis vaginalis von Dr. Berg gemacht. Sehr schwierig und mühsam. Der exstirpirte Uterus ist 12 Cm. lang, 8 Cm. breit. An der hinteren Fläche mehrere kleine subseröse Myome.. Collaps, durch Campher und Kochsalz-Infusionen behoben. 4 Wochen lang Fieber, oft bis zu 40° C. ansteigend. Dann Erisypel. faciei. Trotz hochgradiger Anaemie, äusserster Schwäche, Oedeme der Unterschenkel, Transsudate in beiden Pleurahöhlen allmähliche Besserung im Verlauf der folgenden 4—6 Wochen und endlich vollständige Genesung.

3. Trine R., 34 J., verheirathet. Vom 7. September bis zum 30. October 1889 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum. 3 Kinder gehabt. Vor 11 Jahren die letzte Geburt, vor 3 Jahren Abort. Seit 1 Jahr heftige Blutungen, 3 mal im Monat, wodurch die Patientin ganz kraftlos geworden. Hochgradige Anaemie und Abmagerung. Temp. 38,0. Am 8. September Untersuchung in Narkose: Es findet sich ein kindskopfgrosser frei beweglicher Tumor, der die ganze Vagina vollständig ausfüllt. Die schwierige Untersuchung mit der ganzen Hand ergiebt einen fingerdicken Stiel, der in den Cervix hineinragt. Die Insertion ist nicht zu erreichen. Der Uterus, etwa 8 Cm. lang, ist über dem Tumor oberhalb der Symphyse als birnförmiger flacher und welker Körper deutlich zu fassen. 5 Tage später, am 13. September Operation in Narkose: Dauer 1½ Stunden. Das Fibro-Myom (600 Grm. schwer, 32 Cm. Längsumfang, 34 Cm. Querumfang) wird mit der Naegele'schen Zange, die fest sitzt, entwickelt, dann der fingerdicke, im Cervix entspringende Stiel mit der Scheere abgeschnitten. Keine Blutung. Trotz seitlicher Incisionen — je 4 Nähte — ein kleiner Dammriss — 2 Nähte — und ein Längs-

scheidenriss in der Mitte der Vagina — 4 Nähte — aus welchem es stark blutet. Das Cavum uteri, 6 Cm. lang, wird mit Carbol-Eiswasser ausgespült. 10 Tage später die Nähte entfernt, per primam verheilt. Subfebrile Temperaturen ca. 4 Wochen andauernd. 4 Wochen nach der Operation schwache, kurz dauernde Periode. 7 Wochen nach der Operation hat die Patientin wieder leidlich gehen gelernt, ist noch sehr schwach und anaemisch. Später vollkommen genesen. ½ Jahr später um 10 Jahre jünger aussehend, mit frischer Gesichtsfarbe.

4. Elisabeth S., 54 J., vom 26. Mai bis zum 2. Juli im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum. Seit 14 Jahren angeblich Prolapsus uteri. 2 mal geboren. In den letzten Jahren 2 mal stärkere Blutungen, die je 4 Wochen andauerten. Guter Pannic. adip., hochgradige Anaemie. Vor dem Introitus vaginae liegt ein länglicher Tumor, 15 Cm. lang, oben 7, unten 4 Cm. breit, mit einem durch eine schmale Brücke verbundenen Anhängsel von etwa Hühnereigrösse, welches oberflächlich gangränescirt ist. Der Tumor macht zunächst den Eindruck eines invertirten Uterus mit einem vom Fundus uteri entspringenden Myom. Ein Corpus uteri ist bei bimanueller Untersuchung zunächst nicht nachweisbar. Am 27. Mai Untersuchung und Operation in Narkose: Beim Hervorziehen des Tumors ergiebt sich dass es sich um einen langgestreckten, fibrösen Polypen handelt, der von der vorderen Muttermundslippe ausgeht. Der Uterus ist 6 Cm. lang, welk und flach. Spaltung der Capsel, Enucleation. Naht, die nach 8 Tagen entfernt wird. Genesen — nach 4 Wochen entlassen.

5. Feige B., 30 J., unverheirathet, vom 21. August bis zum 23. Sept. 1891 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma colli uteri submucosum Pat. hat vor einem Monat eine Anschwellung im Leibe bemerkt. Seit 1 Jahr starke und schmerzhafte Menses. Vor 7 Jahren eine Geburt. Ernährung gut. Anaemie. Am 23. August Untersuchung und Operation in Narkose: In der Vagina ein nahezu kindskopfgrosser Tumor, von prallelastischer Consistenz. Die vordere Muttermundslippe als scharfer Rand fühlbar. Das Corpus uteri über dem Tumor oberhalb der Symphyse nachzuweisen. Mit der Naegele'schen Zange wird der Tumor vor die äusseren Geschlechtstheile gezogen. Seitlich Incisionen in den Damm. Der Tumor nimmt die hinteren und seitlichen Theile des Cervix ein. Zwischen dem vorderen Theil des Tumors und der vorderen Muttermundslippe gelangt man in den Uterus Die Capsel des Tumors wird im Halbkreise durchschnitten und der Tumor stumpf ausgelöst. Bei der Lösung aus der hinteren Muttermundslippe reisst plötzlich die Cervixwand quer ein und der Finger gelangt durch den Riss, aus dem es anfangs stark blutet, in die Bauchhöhle. Der Spalt wird bis in die Bauchhöhle hinein mit Jodoformgaze ausgestopft. Der entfernte Tumor ist eiförmig, 20 Cm. lang, 15 Cm. breit und weist der Rissstelle entsprechend ein 20 Kopeken-grosses Stück Serosa auf. 2 Tage später Jodoformgaze-Wechsel in Narkose. 4 Tage später zum 2. Mal ge-

wechselt. Fieberloser Verlauf. Prima intentio der vernähten seitlichen Incisionen. 4 Wochen nach der Operation genesen entlassen.

6. Magge R., 47 J., vom 20. Juni bis zum 10 Juli 1890 im Krankenhause. Diagnose: Myoma colli uteri submucosum. 2 Geburten, die letzte vor 13 Jahren. Zwei Jahre gar keine Blutungen. Früher ganz unregelmässige Menses. Seit 4 Monaten heftige Metrorrhagien. Dazwischen starke Schmerzen. Schlechte Ernährung. Hochgradige Anaemie. Ueber der Symphyse ein harter, beweglicher birngrosser Tumor fühlbar, der dicht an das Corp. uteri heranreicht. Os uteri ext. rubelgross mit scharfem Rande. Durch dasselbe wölbt sich kropfartig ein ziemlich weicher Tumor vor. Innerhalb des Cervix ist er hart und sitzt der Cervicalwand breitbasig auf, nur das linke vordere Drittel der Circumferenz frei lassend. Uterus ca. faustgross. Am 26. Juni Operation in Narkose: Bis in das Scheidengewölbe reichende Einschnitte in den Cervix. Spaltung der Capsel des Tumors. Enucleation sehr mühsam wegen der Grösse und breiten Basis des Tumors, die in das Cavum uteri hineinreicht. Heftige Blutung hauptsächlich aus den Cervixschnitten. Tamponade der Vagina. Dauer der Operation 1½ Stunden. 60,0 Grm. Chloroform verbraucht. Collaps. Langsame Erholung nach 3 mal 24 Stunden. Nach 14 Tagen genesen entlassen. Die Portio ist zerklüftet. Der Cervix bis zum Os ut. int. für den Finger durchgängig. Der birnförmige Tumor oberhalb und links vom Uterus nicht mehr zu fühlen, dagegen per rectum; ca. 2 Cent. vom Uterus-Rande entfernt das linke Ovarium als länglicher mandelförmiger Körper, mit der linken Tube zusammenhängend, zu fühlen. Das entfernte Cervix-Myom ist kindskopfgross und wiegt ca. 1000 gr.

7. Liebe K., 31 J. alt, verheirathet. Vom 8. Mai bis zum 18. Juni 1891 im Krankenhause. Diagnose: Fibromyoma uteri submucosum (Fibröser Polyp). — Menses seit dem 19. Lebensjahre alle 4 Wochen, sehr profus. 1 Jahr verheirathet, seitdem zwischen den Menses immer geringe Blutungen. Keine Schwangerschaft gewesen. Seit 4 Monaten Fluor albus, seit 3 Wochen übelriechender Ausfluss. Ernährung schlecht, hochgradige Anaemie. Sehr übelriechender, bräunlich-seröser Ausfluss aus der Vagina. In derselben ein grosser, runder, glattrandiger Tumor, der die Vagina ganz ausfüllt und nach oben hin in einen 3 Finger breiten Stiel ausläuft. Das Os uteri steht weit offen und ist als solches durch einen rothen nur wenig vorspringenden scharfen Saum gekennzeichnet. Der Stiel verläuft durch das Os uteri hinauf, die Insertionsstelle ist nicht zu erreichen. Das Corpus uteri ist nicht deutlich zu fühlen. 13. Mai: 1. Operation in Narkose: Entwicklung des Tumors mit dem Naegele'schen Forceps, durch den engen Scheideneingang, der durch 2 seitliche Incisionen erweitert werden muss. Als der breite Stiel ausserhalb des Introitus vaginae fühlbar wird, wird er mit der Dechampsschen Nadel in der Mitte durchstochen und mit doppeltem Seidenfaden ligirt. Die gleich darauf vorgenommene bimanuelle Untersuchung constatirt eine voll-

kommene Inversio uteri! Der Unterbindungsfaden ist also durch den Fundus uteri durchgeführt worden. 2 Cent. unterhalb der beiden deutlich erkennbaren inneren Tubaröffnungen. Die Breite des Geschwulststiels entspricht genau der Breite des Fundus uteri, ist jedoch nirgend deutlich von demselben abzugrenzen. Sofortige Entfernung des Seidenfadens und Ligirung des eigentlichen Polypenstiels. Er wird durchschnitten und die 5-Mark-grosse Wundfläche mit dem Paquelin verschorft. Ausspülung. Es lässt sich schon jetzt mit Sicherheit constatiren, dass eine Reposition des invertirten Uterus unmöglich ist. Lockere Jodoformgaze — Tamponade. Vernähung der seitlichen Incisionen. Der entfernte Tumor ist 14 Cent. lang. Grösster Umfang 27 Cent., Stiel 4 Cent. breit. Vom 14.—28. Mai erholt sich die Patientin, die übrigens fieberfrei bleibt, langsam unter Injectionen von Coffein natro-benz. Abends 2 Mal Sulfonal 1,0 Grm. Am 28. Mai 2. Operation: Entfernung des Stielrestes dicht am Fundus uteri unter geringer Blutung. Es ist keine Capsel und keine deutliche Grenze zwischen Uterus- und Stielmusculatur zu finden. Die Abtragung gelingt ohne Verletzung der Serosa des Uterus. Die durchschnittene Mucosa des Fundus uteri wird mit 9 Seidenknopfnähten geschlossen. Nach 7 Tagen Entfernung der Nähte: prima intentio. Vom 3. bis zum 13. Juni also 10 Tage lang, feste Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze. Trotzdem fast beständig bald schwächerer, bald stärkerer blutiger Ausfluss (wahrscheinlich die Menstruation). Beim Wechsel der Tampons fanden sich meist grosse Blutgerinnsel. Der invertirte Uterus fühlt sich etwas schlanker an. 13. Juni 3. Operation (ohne Narkose). In den Cervixsaum werden 3 Kugelzangen eingehakt und der invertirte Uterus leicht reponirt unter einem kurzen Wehelaut der Patientin. Darauf steht der Uterus. 10 Cent. lang, in normaler Lage. Os uteri intern. für einen Finger durchgängig, os uteri ext. für zwei Finger. Ausspülung mit Eiswasser. Am folgenden Tage hat die Blutung aufgehört. Nach 4 Tagen ist der Uterus 8 Cent. lang, in normaler Lage. Der Scheidentheil weich, dick. Cervicalkanal zugängig für die Fingerkuppe. Anaemie gebessert. Keine Blutung, kein Fluor albus. Kräftezustand und Stimmung gut. Am 18. Juni d. h. 5 Wochen nach der ersten Operation, genesen entlassen.

Beim letzten Fall handelt es sich um ein nicht diagnosticirtes Myoma uteri.

8. Fräulein E. von D. 42 Jahre alt, vom 31. Mai bis zum 1. August 1893 im Krankenhause. Diagnose: Endometritis et Metritis chron., Tumor ovarii dextr. Seit Jahren krank. Vor 3 Jahren Abrasio mucosae uteri wegen Endometrit. chron. und Retroversio uteri. Darnach etwa 1 Jahr hindurch vollkommenes Wohlbefinden. In den letzten 2 Jahren starke Schmerzen in der rechten Beckenseite, hochgradige hysterische Beschwerden, so dass die Pat. das Bild schwerster Erkrankung bot und eine Zeitlang von den Angehörigen für phthisisch gehalten wurde. — Die Untersuchung ergiebt rechts einen harten,

ziemlich beweglichen Ovarialtumor von Gänseei-Grösse, wobei sich der Verdacht auf Carcinom erhebt, und einen vergrösserten, nicht retrovertirten Uterus. Am 31. Juni Ovariotomie. Narkose. Bauchschnitt, über der Symphyse beginnend, bis 2 Finger breit unter dem Nabel. Rechts ein etwa gänseeigrosser, derber, höckriger Tumor, der durch einen kurzen, breiten Stiel an den Uterus geheftet ist. Der Uterus ziemlich stark vergrössert, Fundus uteri kuglich gewölbt. Einzelne Adhärenzen des Ovarialtumors lassen sich leicht lösen. Der Uterus wird sammt dem Ovarialtumor aus der Bauchwunde gehoben, der Cervix mit einem Gummischlauch umschnürt, der Stiel extraperitoneal fixirt. Vernähung des Peritoneums und der ganzen Bauchwunde, darauf Abtragung des Uterus mit dem rechten Ovarialtumor. Guter Verlauf. 8 Wochen nach der Operation genesen entlnssen.

Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Schabert) des Ovarialtumors ergab Ovarialfibrom, ferner fand sich ein wallnussgrosses Fibromyoma uteri, welches den Fundus nach innen vorwölbte, mit glatter Oberfläche, so dass es auch nach Dilatation des Uterus schwer diagnosticirt werden konnte, — und endlich eine rechtsseitige Endosalpingitis, die nach allen Erwägungen sicherlich nicht gonorrhoischer Provenienz war, sondern kaum anders, als durch die vom Uterusmyom hervorgerufene Endometritis veranlasst sein konnte. Ich bin auch überzeugt, dass das an sich seltene, im Verlauf von 2 Jahren entstandene Ovarialfibrom aufs Engste mit dieser Entwickelung der Endometritis und Endosalpingitis zusammenhängt.

Wir haben also in den 8 geschilderten Krankheitsfällen 2 fibröse Uterinpolypen und 5 Cervixmyome, darunter 2 gestielte und 3 breitbasige, diagnosticirt und 1 submucöses Uterusmyom nicht erkannt. Bei der Behandlung haben wir, von der einfachen Abdrehung und Durchschneidung des Polypenstiels angefangen, 1 Mal die Ligatur angewandt, uns 2 Mal des Forceps bedient, eine Reposition des chronisch invertirten Uterus gemacht und uns weiterhin mit der Enucleation, Exstirpatio uteri totalis und der Laparo-Myomotomie durchhelfen müssen. Keine von unseren 8 Patientinnen ist gestorben, aber mindestens 4 von ihnen (also die Hälfte) waren dem Tode nahe. Ich ziehe daraus den Schluss, dass bei der Diagnostik und operativen Behandlung der submucösen Myome des Uterus ausser der Antiseptik auch noch die Gunst des Glückes dem Arzt zur Seite stehen muss.

PROTOKOLLE

DES

SECHSTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

IN

WOLMAR

vom 5. bis 7. September 1894.

ST. PETERSBURG,
Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.
1895.

Дозволено цензурою. С.-Петерб., 13 Апрѣля 1895 г.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1.	Apping, Georg	Wolmar.
2.	Baer v., Woldemar	Helenenhof(Estl.
3.	Behr, Albert	Riga.
4.	Berg, Friedrich.	Riga.
5.	Bergmann v., Adolf	Riga.
6.	Brehm v., Hugo	Riga.
7.	Dahlfeldt, Carl.	Riga.
8.	Dehio, Carl	Jurjew (Dorpat).
9.	Devrient, Carl	Grundsahl.
10.	Elias, Emil	Lissenhof.
11.	Erasmus, Ernst	Wenden.
12.	Fischer, Elmar	Sagnitz.
13.	Gaehtgens, Peter	Wenden.
14.	Gröhn, Samuel	Lemsal.
15.	Grünberg, Jacob	Wolmar.
16.	Hampeln, Paul	Riga.
17.	Hermann, Gottlieb	Wellan.
18.	Hirschheydt v., Ernst	Riga.
19.	Kalning, Peter	Dubena (Curl.).
20.	Keilmann, Alex	Breslau (Deut.).
21.	Kengsepp, Eduard	Jurjew (Dorpat).
22.	Kessler, Leonhardt	Jurjew (Dorpat).
23.	Kiwull, Ernst	Wenden.
24.	Knorre v., Georg	Riga.
25.	Koch, Ernst	Walk.
26.	Koppel, Heinrich	Jurjew (Dorpat).
27.	Krüger, Friedrich	Jurjew (Dorpat).
28.	Kundsin, Johann	Alt Pebalg.

29.	Kymmel v., Richard	Allendorf.
30.	Lezius, August.	Jurjew (Dorpat).
31.	Lunz, Adolf	Jurjew (Dorpat).
32.	Mühlen v., Alex.	Riga.
33.	Müller, Johannes	Schujenpahlen.
34.	Pacht, Theodor	Lubahn.
35.	Petersen v., Oscar	St. Petersburg.
36.	Reisner, Arthur	Riga.
37.	Reussner, Georg	Lemsal.
38.	Sadikoff, Johannes	Talsen (Curl.).
39.	Schneider, Alfred	Trikaten.
40.	Sokolowski, Ernst	Alexandershöhe.
41.	Stryk v., Nicolai	Riga.
42.	Treu, Armin.	Sennen.
43.	Truhart, Hermann	Jurjew (Dorpat).
44.	Voss, Friedrich	Riga.
45.	Wihtol, Johannes.	Wolmar.
46.	Wolff, Arnold	Rnjen.
47.	Wolfram, William	Riga.

Programm.

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt:

Montag den 5. September 1894

10 Uhr Vormittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 10—1 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».
4. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Zur pathologischen Anatomie der Lepra» — H. Koppel.
   b) «Ueber Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden» — J. Sadikoff.
   c) «Ueber die fermentative Wirksamkeit des Dünndarmsaftes» — Fr. Krüger.
   d) «Zur Therapie der Phthisis» — C. Dehio.

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Demonstrationen aus dem Gebiete der Gynäkologie — A. Keilmann.
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Zur Casuistik der Uterusruptur» — A. Treu.
   b) «Ueber die Wichtigkeit frühzeitiger Erkennung des Gebärmutterkrebses — L. Kessler.

c) «Die Laparotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen städtischen Krankenhauses». M. Treymann.

d) «Ueber Gravidität im rudimentären Nebenhorn» G. von Knorre.

e) «Zur Diätetik der ersten Lebenswoche» A. Keilmann.

Dienstag den 6. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls des vorigen Tages.
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) Bericht über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten statistischen Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 und 1893.
   b) «Zur pathologischen Anatomie der Lues» (nebst Demonstration macroscopischer und microscopischer Präparate) A. Lunz.
   c) «Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen» P. Hampeln.
   d) «Ueber die syphilitischen Herzerkrankungen» C. Dehio.
   e) «Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochenerkrankungen» F. Berg.

IV. Sitzung von 2-6 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   f) «Die Bedeutung einiger Augenkrankheiten für die Diagnose der Syphilis» C. Dahlfeldt.
   g) «Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse». E. Sokolowski.
   h) «Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie» O. Petersen.
   (Correferent: Dr. F. Berg).
2. Vorschläge und Berathung über die zu ergreifenden Maassnahmen behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Mittwoch den 7. September.

Tagesordnung:

V Sitzung von 9—1 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Referat über einen extraordinären Fall von ‹Flexibilitas cerea intermittens spontanea› (nebst Vorführung der Patientin) G. Apping.
3. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) ‹Ueber die schriftstellerische Thätigkeit Geisteskranker› A. Behr.
   b) «Ueber Augenmuskellähmungen» H. Truhart.
   c) «Ueber complicirte Schädelbrüche» A. v. zur Mühlen.
   d) ‹Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung› A. v. Bergmann.
4. Berathung über etwa wünschenswerthe Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
5. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzung.

Schluss des Aerztetages.

Protokolle des VI. Aerztetages
der Gesellschaft livländischer Aerzte
in Wolmar.
5.—7. September 1894.

Erste Sitzung.

Montag den 5. September 1894. 10 Uhr Vormittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. G. Apping eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Anwesenden im Namen des Stadthaupts von Wolmar und der Wolmarschen Aerzte.

2. In seiner Function als Cassaführer der Gesellschaft livl. Aerzte verliest Dr. G. Apping den Cassabericht für die Zeit vom 1. September 1893 bis zum 5. September 1894; es erweist sich ein Baarbehalt von 400 Rbl. 78 Kop. Der Cassabericht wird angenommen.

3. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wenden bestimmt, als vorläufiger Termin Mitte September angesetzt.

4. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: zum Präses wird Herr Dr. H. Truhart — Jurjew, zum Secretair Herr Dr. E. Sokolowski — Alexandershöhe und zum Cassaführer Herr Dr. E. Kiwull — Wenden gewählt.

5. Der Präses Dr. Truhart begrüsst die Versammlung, dankt für das ihm in der Wiederwahl bewiesene Vertrauen und giebt, nachdem er zuvor der Vertretung der Stadt und den Collegen in Wolmar im Namen der versammelten Aerzte für die abermals gewährte Gastfreundschaft den Dank dargebracht, einen kurzen Rückblick auf die bisherige Thätigkeit

der Gesellschaft livländischer Aerzte. Eingedenk dessen, dass in dem heutigen Versammlungsorte die Eröffnung derselben stattgehabt und in pietätvoller Erinnerung dessen, dass der leider sobald darauf verstorbene Prof. Ed. v. Wahl die Seele des ersten Aerztetages gewesen, fordert Präses die Versammelten auf, das Gedächtniss an letzteren, sowie aber auch an die, in diesem Jahre dahin geschiedenen Leuchten der Wissenschaft. die Professoren Alexander Schmidt, Friedrich Bidder und Hermann Helmholtz durch Erheben von den Plätzen zu ehren. (Die Versammlung erhebt sich).

6. Der Präses macht Mittheilung über die bisher von dem Vorstande getroffenen Maassnahmen in Betreff Fundirung einer «Unterstützungskasse für Wittwen und Waisen livländischer Aerzte», spricht sein Bedauern über die ungenügende Zahl der bisher stattgehabten Anmeldungen aus und giebt der Hoffnung Ausdruck, dass dieses Project, welches für die Gegenwart als definitiv gescheitert zu betrachten sei, in Zukunft eine dem Zweck entsprechende Lösung finden möge!

7. Behufs Vertretung des Secretariates in der Universitätsstadt wird vom Präses die Wahl eines Gehilfen des Secretairs angeregt. Gewählt wird Herr Docent Dr. Fr. Krüger — Jurjew.

8. Herr Prof. C. Dehio giebt ein Referat «Ueber die Wirksamkeit und den Bestand der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» im verflossenen Jahr.

Die Gesellschaft hat sich bisher in erfreulicher Weise entwickelt und gekräftigt und den Kreis ihrer Thätigkeit fortlaufend erweitern können; da jedoch die Rechnungsabschlüsse für das laufende Jahr noch nicht erfolgt sind, so bezieht sich der Bericht über die financielle Lage der Gesellschaft zunächst nur auf das Jahr 1893. Als wichtigstes Ergebniss desselben ist hervorzuheben, dass sich der pecuniäre Boden, auf dem die Gesellschaft steht, aufs Glücklichste gefestigt hat, insofern sie nicht mehr lediglich auf private Wohlthätigkeit basirt, sondern auf eine feste Unterstützung der livländischen und estländischen Ritterschaften rechnen kann.

Die livländische Ritterschaft hat zu Ende des Jahres 1893 der Gesellschaft eine einmalige Unterstützung von 2500 Rbl.

zugewandt, und sich ausserdem verbindlich gemacht ihr jährlich 2000 Rbl. für den Unterhalt der Leprosorien zuzuweisen.

Die estländische Ritterschaft übergab der Gesellschaft einen einmaligen Beitrag von 2000 Rbl. und erklärte sich bereit zum Unterhalt der aus Estland stammenden Leprösen jährlich 1000 Rbl. beizutragen.

An grösseren privaten Spenden sind uns von zwei ungenannten Wohlthätern aus Finnland etwas über 4000 Rubel, von einer ungenannt bleibenden Gesellschaft privater Wohlthäter aus Dorpat 4400 Rbl., von einer Dame aus Estland 1000 Rbl. gespendet worden, so dass wir im Jahre 1893 im Ganzen, vielfache kleinere Spenden, Mitgliedsbeiträge und Zinsen unseres Kapitales eingerechnet, 23,156 Rbl. v e r e i n n a h m t haben.

Dem gegenüber stehn aber auch recht bedeutende A u s g a b e n.

Zunächst ist zu Ende des Jahres 1893 das Leprosorium N e n n a l baulich erweitert und um 30 neue Betten vermehrt worden, so dass daselbst jetzt 80 Lepröse untergebracht werden können. Das Leprosorium M u h l i, welches für 15—20 Kranke Raum hat, ist unverändert geblieben. Somit vermag unsere Gesellschaft gegenwärtig gegen 100 Lepröse zu versorgen.

Weitere Ausgaben erwuchsen aus den nöthigen baulichen Remonten der Leprosorien, der Gagierung der Aerzte und des Aufseherpersonals, aus der Miethe für das Leprahaus und Grundstück in Muhli und aus den Neuanschaffungen an Krankenkleidern und sonstigem beweglichen Inventar.

Die Ernährung der Kranken kostete in Muhli 15 und in Nennal 14 Kopeken pro Tag und Kopf.

Aus Alledem ergab sich die G e s a m m t s u m m e d e r A u s g a b e n pro 1893 im Betrage von rund 15,500 Rbl. Das Nähere hierüber ist in den Rechenschaftsberichten der Gesellschaft, die in den einheimischen Tagesblättern veröffentlicht sind, zu ersehen.

Der Ueberschuss der Einnahmen über die Ausgaben wurde zum Kapital der Gesellschaft hinzugeschlagen, deren B a a r v e r m ö g e n zu Ende des Jahres 1893 somit rund 19,300 Rbl. betrug.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland und Estland kann nicht umhin auch an dieser Stelle der hochher-

zigen Spender von Beiträgen und besonders unserer Ritterschaften dankbar zu gedenken, sowie auch den einheimischen Aerzten ihren Dank auszusprechen für die Unterstützung, die sie den Bestrebungen unserer Gesellschaft zu Theil werden liessen.

Das financielle Ergebniss des laufenden Jahres lässt sich noch nicht übersehen; so glänzend wie das des verflossenen wird es schwerlich ausfallen, da so grosse einmalige Spenden wohl kaum in jedem Jahre wiederkehren dürften.

Unter den sonstigen wichtigen Ereignissen im Leben unserer Gesellschaft wäre nochmals anzuführen die schon erwähnte Erweiterung von Nennal, welche dadurch nothwendig wurde, dass nunmehr auch aus Estland stammende Kranke daselbst aufgenommen werden sollen, und das umsomehr als die estländische Ritterschaft sich am Unterhalt der Kranken betheiligt. Hierzu ist eine kurze Erläuterung nöthig. Es hat sich ergeben, dass der Unterhalt eines Kranken im Leprosorium jährlich 100 Rubel kostet. Da nun unsere Gesellschaft nicht die Mittel besitzt um ihre Leprösen vollkommen unentgeltlich zu verpflegen, so hat sie die Einrichtung getroffen, dass die grosse Mehrzahl ihrer Kranken nur gegen eine Zahlung von 60 Rubeln jährlich aufgenommen wird, welche Summe in der Regel derjenigen Bauerngemeinde zur Last fällt, welche den Kranken ins Leprosorium schickt. Dank der energischen Hülfe des Herrn livländischen Gouverneurs sind diese Zahlungen von den säumigen Gemeinden auf dem Verwaltungswege bisher regelmässig eingetrieben worden, so dass jeder Kranke unserer Gesellschaft durchschnitlich nur 40 Rbl. gekostet hat. Wir hofften nun, die aus Estland stammenden Kranken unter denselben Bedingungen aufnehmen zu können. Der estländische Gouverneur hat es jedoch nicht für möglich gehalten die ihm unterstellten Bauergemeinden zu der erwähnten Zahlung von 60 Rubeln für jeden Kranken anzuhalten, und wir sind daher gezwungen die estländischen Leprösen unentgeltlich unterzubringen. Natürlich kann nun nur eine viel kleinere Zahl von estländischen Kranken bei uns verpflegt werden, als ursprünglich in Aussicht genommen war. Entsprechend der jährlichen Unterstützung der estländischen Ritterschaft im Betrage von 1000 Rubeln haben wir beschlossen 12 aus Estland stammende Lepröse unentgeltlich zu ver-

pflegen. Von den 30 in Nennal neu errichteten Betten, die ursprünglich für Estland bestimmt waren, bleiben somit 18 für Kranke aus Livland vacant.

Es lässt sich nicht läugnen, dass es den Gemeinden häufig sehr schwer fällt, die von ihnen beanspruchte Zahlung zu leisten, namentlich wenn sie dieselbe für mehrere Kranke entrichten müssen. Andrerseits würde sich unsere Gesellschaft aber sehr bald banquerott gewirthschaftet haben, wenn sie alle Lepröse unentgeltlich aufnehmen wollte. Deshalb geht unser lebhafter Wunsch dahin, dass die jährlichen Zahlungen für die Leprösen nicht mehr von den einzelnen Landgemeinden geleistet, sondern auf die allgemeinen Landesprästanden abgewälzt würden. Das kann nur mit vorheriger Bewilligung des Landtages geschehen. Wir beabsichtigen ein dahingehendes Gesuch gehörigen Ortes einzureichen und hoffen, dass dasselbe Gewährung finden wird. Nur wenn auf diese Weise die Bekämpfung der Lepra in Livland zu einer allgemeinen Landesangelegenheit gemacht wird, kann unsere Gesellschaft darauf rechnen, der Seuche mit Erfolg entgegen zu treten.

Die Erweiterung der Thätigkeit unserer Gesellschaft auf Estland hat die Errichtung eines Zweigcomitée in Reval nöthig gemacht. Die Herren A. Baron Rosen, von Mühlendahl, und Dr. von Rennenkampff haben es freundlichst übernommen unsere Interessen daselbst zu vertreten, Mitgliedsbeiträge einzusammeln und die estländischen Kranken nach Nennal zu befördern.

Zum 1. Januar 1893 befanden sich in unseren Leprosorien 55 Aussätzige; im Jahre 1893 wurden neu aufgenommen 40 Kranke, wurden auf eigenen Wunsch oder wegen Renitenz entlassen 25 Kranke, starben 10 Kranke, so dass zum 1. Januar 1894 60 Kranke von unserer Gesellschaft verpflegt wurden. Gegenwärtig ist die Zahl derselben auf 65 gestiegen. In den nächsten Wochen wird aus Estland eine grössere Anzahl Kranker erwartet, so dass bald die Zahl von 80 Kranken erreicht sein wird.

Die alte Erfahrung, dass Esten und Letten in Folge ihrer nationalen Verschiedenheiten nicht gut zusammen passen, hat sich auch in unserem Leprosorium bestätigt und namentlich

den Letten ist es nicht zu verdenken, wenn sie plötzlich nach Nennal oder Muhli, also in eine ihnen fremde Umgebung und in ein Land mit fremder Sprache versetzt, an Heimweh leiden und sich nach Hause sehnen. Unsere Gesellschaft hat deshalb beschlossen im lettischen Theil Livlands, in der Nähe von Wolmar oder Wenden ein drittes Leprosorium von 40 Betten zu errichten, welches ausschliesslich für Letten bestimmt ist. Dank der Freigebigkeit der livländischen Ritterschaft, welche uns das Inventar des ehemaligen livländischen Landesgymnasiums zu Fellin geschenkt hat, steht die ganze innere Einrichtung des künftigen Leprosoriums schon bereit und es kommt nun darauf an, ein passendes Gebäude zu erwerben oder zu erbauen. Die ersten Schritte in dieser Richtung sind schon gethan. Somit wird unsere Gesellschaft hoffentlich bald eine Gesammtzahl von 140 Betten zur Verfügung haben.

Die Zahl der Mitglieder unserer Gesellschaft betrug am 1. Januar 1894 — 530.

Wenn die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra mit Befriedigung auf das von ihr Erreichte zurückblicken kann, so stehen ihr wie aus dem vorstehenden Bericht ersichtlich, doch noch so manche Aufgaben bevor, die sie nur erfüllen kann, wenn ihr wie bisher eine allgemeine Unterstützung seitens der Heimathgenossen zu Theil wird.

9. Herr Dr. A. Reisner berichtet über die **Thätigkeit und den Bestand des Leprosoriums bei Riga.** (St. Petersb. med. Wochenschrift 1894 № 47.)

Discussion.

a) Herr Dr. J. Sadikoff — Talsen knüpft an obige Referate eine kurze Mittheilung über den Stand der Leprafrage in Curland: In Curland existiren 2 Gesellschaften zur Bekämpfung der Lepra, eine allgemeine und eine für das Kirchspiel Erwahlen. Dieser Spaltung ist es wohl auch zuzuschreiben. dass die Mittel es erst jetzt erlauben zum Bau eines Leprosoriums zu schreiten. Die allgemeine Gesellschaft hat jetzt ein Grundstück bei Talsen erstanden und wird im kommenden Frühjahr mit dem Bau beginnen. Die vorhandenen Mittel belaufen sich bis jetzt auf ca. 13,000 Rbl. und sind jährliche Subventionen zu erhoffen.

b) Herr Dr. G. Reussner — Lemsal richtet sich an die in den Leprosorien thätigen Aerzte mit der Anfrage nach der Wirksamkeit der von Wassilieff proponirten Behandlung mit Methylenblau und erwähnt einer diesbezüglichen Mittheilung in der Berliner Klin. Wochenschrift.

c) Herr Dr. H. Koppel: Wie auf dem vorigen Livl. Aerztetage mitgetheilt, sind im Leprosorium Muhli Patienten mit Methylenblau mehrere Monate hindurch behandelt worden. Es wurden allerdings die tubera blau und anfänglich auch etwas weicher. Bei fernerer monatelanger Behandlung aber kam keine weitere Veränderung zum Besseren zu Stande und wurde daher diese Behandlung abgebrochen.

10. Vortrag des Herrn Dr. H. Koppel — Jurjew: «**Zur pathologischen Anatomie der Lepra**» (erscheint demnächst in der St. Petersb. Med. Wochenschrift).

Discussion:

a) Herr Dr. A. von Bergmann — Riga: Die Unterscheidung mit Lepromen beginnender und maculöser Form — gleichsam als regressive Stufenleiter — lässt sich nicht aufrechterhalten, da maculöse Formen der Lepra später von der tuberösen gefolgt werden. Die Auffassung, dass die Lepra eine centralwärts vorschreitende Hautkrankheit sei, kann in dieser Fassung nicht vertreten werden. Wohl ist häufig eine locale Eruption nachgewiesen worden; derselben ist aber der Ausbruch der Hautknoten und der Schleimhauterkrankung (Nase, Larynx) in ganz analoger Weise gefolgt, wie sonst bei den Infectionskrankheiten. Auch bei der Lepra nervorum spricht das multiple Auftreten der Anästhesie ohne nachweisbare Hautveränderung gegen die Auffassung, dass hier die Krankheit von der Haut aus centripetal vorschreite. Die ascendirende Neuritis leprosa ist von demselben Gesichtspunkte aus aufzufassen wie die Localisation bei der Lepra tuberosa.

b) Herr Dr. H. Koppel: Ich habe mit der Namhaftmachung der Reihenfolge der einzelnen Lepraerscheinungen keine besondere Lehre aufstellen wollen, sondern aus meinen Beobachtungen zusammenfassend den Eindruck, den die einzelnen Erscheinungen auf mich gemacht in kurzer Form zum Ausdruck bringen wollen. Ich meine nicht, dass bei jeder Form die einzelnen Formen in der angegebenen Reihenfolge auftreten müssten, sondern dass ich bei einer folgenden Form die

vorhergehende nicht habe auftreten sehen, wohl aber sehr oft umgekehrt. Auf diese beobachtete Erscheinung habe ich die Aufmerksamkeit der Collegen lenken wollen.

Das Ausgehen der leprösen Erscheinungen von der Haut möchte ich auf die umrandeten Macula beschränkt wissen. Ich glaube auch nicht, dass jeder Knoten die Bedeutung einer neuen Hautinfection habe, sondern bin der Ansicht, dass die Infection an einer Stelle der Haut erfolgt, dort sich die Infectionsstoffe allmählich vermehren, aus den Infiltraten um die Blutgefässe nachgewiesenermassen ins Blut gelangen und hier den Weg der Verbreitung durch den ganzen Körper finden. Zur Weiterentwickelung kommen die Infectionsstoffe an besonderen Praedilectionsstellen, wodurch das Auftreten von Lepraerscheinungen an verschiedenen Körperstellen, die weit von einander entfernt sind, erklärlich wird.

c) Hrer Prof. Dr. K. Dehio wendet sich im Anschlusse an den Vortrag des Dr. Koppel gegen den Angriff Arnings auf die von Dehio und Gerlach aufgestellte Hypothese: dass die Lepra nervorum von peripheren leprösen Veränderungen ausgehe. Arning wendet dagegen ein 1) dass der klinische Verlauf der Lepra nervorum nicht mit dieser Hypothese übereinstimme, da oft Nervenlepra vorkomme ohne alle Fleckenbildung in der Haut; dem gegenüber ist zu betonen, dass bei einer so chronischen Krankheit die Anfänge oft nicht zur Beobachtung des Arztes kommen. Eine Kranke, die Redner gegenwärtig genau beobachtet, zeigt die charakteristischen Störungen der Lepra mutilans mit atypischen Lähmungen an Händen und Füssen, aber keinerlei Flecken oder Knoten an der Haut, welche anatomisch durchaus unverändert erscheint. Dennoch lehren die Krankenbögen der chirurgischen Klinik, dass dieselbe Kranke vor 7 und vor 6 Jahren daselbst an einer ausgesprochenen Lepra maculosa mit umschriebenen, geränderten anästhetischen Flecken am Halse, am Rumpf und den unteren Extremitäten behandelt worden ist. So mag in vielen, vielleicht allen Fällen von scheinbar reiner Lepra nervorum doch eine lepröse Hauterkrankung vorausgegangen sein. 2) wendet Arning ein, dass wenn die anästhetischen Flecke leprösen Natur wären und nicht als rein trophische Störungen betrachtet werden dürften, man in ihnen Bacillen finden müsste, was bekanntlich aber nicht gelingt.

Hiergegen ist anzuführen, dass es noch fraglich ist, ob die Leprabacillen stets im leprösen Gewebe vorhanden sein müssen und ob sie nicht unter Umständen aus den Krankheitsproducten, dem leprösen Gewebe sehr bald schwinden, so dass sie in letzterem nicht nachgewiesen werden können. Dass die Leprabacillen nicht stets in annähernd gleicher Menge in der Neubildung vorkommen, wie dieses etwa bei den Tuberkelbacillen der Fall ist, das lehrt die tägliche Erfahrung. In den Lepraknoten sind die Bacillen massenhaft, in den sog. Lepriden dagegen so spärlich anzutreffen, dass man sie oft ganz vergebens sucht.

Klinisch ist es unmöglich, die anästhetischen Lepraflecke als trophische, durch die primäre Nervenerkrankung bewirkte Störungen zu betrachten, da sich die Flecke keineswegs an die Verbreitungsbezirke der Hautnerven binden, sondern ein nach allen Seiten fortschreitendes Wachsthum und ganz unregelmässige Gestaltung zeigen. Da die Fecke oft vielfach über die Körperoberfläche vertheilt erscheinen und mit Vorliebe die Extremitäten ziemlich gleichmässig ergriffen werden und da oft die ganze Oberfläche eines Beines oder Armes in einen einzigen grossen Fleck verwandelt ist, so ist es leicht verständlich, dass dem entsprechend auch die Neuritis leprosa ascendens sämmtliche Extremitätennerven ziemlich gleichmässig befällt und die charakteristischen Symptome dieser merkwürdigen aber sehr leicht zu erkennenden Nervenstörungen bewirkt.

Dass thatsächlich die kleinzellige Infiltration der Nervenzweige, Nervenäste und Nervenstämme bei der Lepra von der Peripherie proximalwärts fortzuschreiten pflegt, das ist von Gerlach und — für die Lepra tuberosa — von Dehio anatomisch festgestellt worden und durch theoretische Bedenken nicht umzustossen

d) Herr Dr. Truhart führt einen dem von Prof. Dehio besprochenen ähnlichen Fall an, den er 1891 in der «Deutschen Medicinischen Wochenschrift» veröffentlicht hat: es handelte sich um Lepra maculosa mit Anästhesien in solchen Bezirken der Haut der Extremitäten, die völlig frei waren von Flecken. Der Fall wurde mit Tuberkulin behandelt; zunächst verblassten die Flecke und späterhin schwand auch die Anästhesie an den freien Hautstellen; eine Beobachtung die durchaus für die Anschauung des Herrn Prof. Dehio spricht.

11. Herr Dr. J. Sadikoff hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden**» (cf. St. Petersb. med. Wochenschr. 1894 № 43).

Dissecussion

a) Herr Dr. E. Fischer-Sagnitz macht darauf aufmerksam, dass man aus Petersburg von der Kaiserlichen Oekonomischen Gesellschaft jeder Zeit animale Lymphe unentgeltlich erhalten kann.

b) Herr Dr. Sadikoff sieht hierin keinen wesentlichen Vortheil, erstens weil man auf die diesbezügliche Bitte hin nicht mit dem erforderlichen Quantum versorgt werde und zweitens, weil andere Institute die Lymphe zu dem geringen Preise von 1½–2 Kop. pro Kind lieferten.

c) Herr Dr. E. Fischer: Die praktische Durchführbarkeit der Proposition des Dr. Sadikoff, dass nämlich ausschliesslich den Aerzten das Recht und die Pflicht des Impfens zustehen soll, — zweifelt Redner an. Die Impflinge seien nach seinen Erfahrungen nicht präcise zur Stelle, durch welche Unpünktlichkeit der Landarzt in der Ausübung seiner übrigen Pflichten erheblich gehindert würde. Es müsste jeder Impfling einzeln aufgesucht werden.

d) Herr Dr. Sadikoff: In der Voraussicht eines künftigen Impfgesetzes sei man berechtigt zu erwarten, dass selbiges Gesetz die Bevölkerung zum Präsentiren der Impflinge zu zwingen wissen werde.

e) Herr Dr. Apping: Weder Aerzte noch die sonst concessionirten Impfer in Wolmars Umgegend beklagen sich über ein Nichteinhalten der Termine seitens der Impflinge. Diese Erfahrung lässt die Impfung an einem Standorte rationell erscheinen.

f) Herr Dr. J. Müller-Schujenpahlen fragt an, in wieviel Procent nach den Erfahrungen des Vortragenden die Revaccination hafte?

g) Herr Dr. Sadikoff: Die Revaccination haftet in ⅔ der Fälle durchschnittlich. In den verschiedenen Gebieten und Jahren sind natürlich starke Schwankungen zu bemerken.

h) Herr Dr. G. Hermann-Wellan: Bei Stipulirung eines allgemeinen Impfreglements für die Ostseeprovinzen resp. fürs ganze Reich wäre es sweckmässig den Zigeunern specielle

Berücksichtigung angedeihen zu lassen, etwa auf dem Wege eines Zusatz- §, da sie sich als ausgesprochene Feinde der Schutzpockenimpfung erweisen.

i) Herr Dr. Truhart hebt die Möglichkeit eines Unterschiedes zwischen den bezüglich des Impfverfahrens einerseits in Livland und andrerseits in Kurland bestehenden Verhältnissen hervor. Früher als Kreisarzt in Livland thätig, weiss Redner zu berichten, dass die Impfer ein Attestat von Seiten des Kreisarztes oder der Universität besitzen müssen, um von den Gemeinden gewählt werden zu können. Es wird in entsprechenden Zeitintervallen eine Revision angesagt, an welcher sich Sanitätsbeamte, der Gemeindeälteste und der Kreischefgehilfe betheiligen In den livländischen Gemeindeschulen werden Kinder ohne Impfscheine nicht aufgenommen.

12. Der Präses Dr. Truhart schlägt vor, eine Commission zu wählen, behufs Ausarbeitung einer Organisation der Schutzpockenimpfung für alle baltischen Provinzen auf Basis des von Dr. Sadikoff in Vorschlag gebrachten Massnahmen. Der Entwurf sei dem nächsten Aerztetage zur Berathung vorzulegen.

In die Commission gewählt werden die Herren Dr. R. Heerwagen, J. Sadikoff und E. Fischer unter dem Präsidium des Herrn Dr. J. Sadikoff.

13. Vortrag des Herrn Docenten Dr. Fr. Krüger: «**Ueber die fermentative Wirksamkeit des Dünndarmsaftes**».

Nachdem Vortr. in Kürze der Literatur des Dünndarmsaftes gedacht und der verschiedenen Methoden der Gewinnung desselben Erwähnung gethan, ging er auf seine im Verein mit Dr. A. Grunert und Dr. E. Hoffmann ausgeführten Versuche über.

Die Gewinnung des wirksamen Princips des Dünndarmsaftes geschah folgender Maassen. Nach sorfältigster Reinigung eines Hundedünndarms wurde die Schleimhaut desselben abgeschabt und mit gesättigtem Chloroformwasser extrahirt, das Extract abfiltrirt, mit dem 8—10 fachen Vol. Alcohol gefällt und der Niederschlag längere Zeit (10—14 Tage) unter Alcohol stehen gelassen. Alsdann wurde der Alcohol abfiltrirt, der Filterrückstand erst mit Alcohol abs., dann mit Aether nachgewaschen und getrocknet.

Das auf diese Weise gewonnene Fermentpulver wurde mit gesättigtem Chloroformwasser extrahirt und das Extract zu den Verdauungsversuchen benutzt. In einigen Fällen wurde auch das ursprüngliche Chloroformwasserextract angewandt.

Bacterielle Wirkung war ausgeschlossen.

Die Verdauungsversuche zeigten, dass gekochtes Fibrin und Hühnereiweiss nicht verändert wurden. Stärkekleister wurde saccharificirt, Rohrzucker invertirt.

Bei der optischen Untersuchung der Einwirkung auf Rohrzucker stellte sich ferner heraus, dass der Inversion eine Reversion folgt.

Vortr. glaubt, dass die Reversion durch Bildung von Traubenzucker aus der Laevulose des Invertzuckers zu erklären sei.

(Der Vortrag wird in extenso in der «Zeitschrift für Biologie» veröffentlicht werden.)

14. Der Vortrag des Herrn Prof. K. Dehio: «**Zur Therapie der Phthisis**» wird wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verschoben.

Zweite Sitzung.

Montag den 5. September 1894. 4 Uhr Nachmittags.

1. Herr Dr. A. Keilmann demonstrirt unter dem Stereoskope Photographien aus dem Gebiete der Gynäkologie: die vorgelegten Bilder entstammen dem Materiale der Breslauer gynäkologischen Klinik, wo jetzt die stereoskopische Darstellungsmethode mit Erfolg executirt werde. Als besonders werthvoll habe sich die Methode für die Operationspraxis erwiesen: Jede beliebige Phase einer Operation wird mittels Momentphotographie fixirt und findet sich nachher unter dem Stereoskope mit einer Plastik reproducirt, die bisher durch keine Darstellungsmethode zu erzielen war.

2. Herr Dr. A. Treu-Sennen hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur Casuistik der Uterusruptur**» mit nachfolgender Demonstration der geheilten Patientin. (cf. St. Petersb. medicin. Wochenschrift 1894, № 47).

Discussion:

a) Herr Dr. G. von Knorre ist der Ansicht, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Uterusruptur sondern um

einen violenten Fall von Fornixruptur handelt. Aus der sehr lückenhaften Anamnese sprechen folgende Punkte dafür: 1) Der eigenthümliche Verlauf der Narbe in der Vagina, die 2 Monate post partum constatirt wurde. 2) Die Fühlbarkeit des sich im hinteren Scheidengewölbe spannenden Stranges, welcher angeblich beim Eingehen in den Uterus gesprengt wurde. 3) Der Mangel von Intoxicationserscheinungen, die doch bei Ausspülung, wenn auch mit noch so schwacher Carbollösung nicht ausgeblieben wären, sobald es sich um eine Uterusruptur gehandelt hätte.

Ferner macht Dr. v. Knorre auf den nicht ganz dem Falle entsprechenden therapeutischen Eingriff der Wendung aufmerksam, der wohl zweckmässiger durch Perforation zu ersetzen gewesen wäre, da seiner Ansicht nach im vorliegenden Falle das Bandl'sche Phänomen wohl schon ausgeprägt sein dürfte.

b) Herr Dr. A. Treu giebt die Möglichkeit zu, dass es sich wenigstens partiell um eine Ruptur im Scheidengewölbe gehandelt haben mag. Unwahrscheinlich ist ihm aber letzteres im Hinblick auf den Umstand, dass sich zwischen Bauchhöhle und Uterushöhle ein fetziger Wundrand fühlen liess.

c) Herr Dr. A. Keilmann: der geschilderte Fall ist aetiologisch als sehr auffallend zu bezeichnen: das Kind war klein, seit vielen Monaten todt und macerirt. Uteruscontractionen sind vom Referenten nicht erwähnt und können, da der Kopf beweglich war auch kaum vorhanden gewesen sein. Der Verlauf spricht in Anbetracht der hochgradigen Zersetzung des Uterusinhaltes desgleichen gegen das Vorhandensein der Ruptur; die Wirkung der Carbolausspülung müsste wohl bei offenem Peritoneum auch eine auffallendere gewesen sein. Der Tastbefund, der vom Referenten geschildert wird spricht auch nicht ohne weiteres für die Ruptur. Das Peritoneum konnte mindestens noch auf den inneren Fingern liegen. Die actiologische Unklarheit des Falles wird noch erhöht durch das Vorhandensein der Blasenscheidenfistel, für deren Entstehung kein einziger Umstand herangezogen werden kann. Dieses zwingt allerdings, die Frage offen zu lassen, ob nicht Traumen wirksam gewesen sind, die weder anamnestisch noch im Status vom Beobachter festgestellt worden sind. Der Verlauf des Partus bietet ohne Weiteres hierfür keinen Anhaltspunkt.

Interessant ist in diesem Falle jedenfalls, dass das Kind von Anfang December bis zum April todt getragen worden ist und hier wieder einmal gezeigt werden kann, dass Frühtod keine Ursache für Geburt ist. Die wenigen und seltenen Wehen, die den Muttermund auf 4 Querfinger eröffnet haben, sind offenbar durch die Fiebertemperaturen bewirkt worden.

d) Herr Dr. A. Reussner: Möglicherweise bestanden von einer früheren Geburt herrührende Narbenreste. Fand nun Sprengung der Narbe statt, so lag ein durch 2 Geburten complicirtes Bild vor. Undenkbar erscheint die Sprengung der Scheide durch Einführung der Finger, wobei doch beträchtlicher Widerstand gefühlt und durch den Eingang in die Bauchhöhle oder Gebärmutter eine Veränderung der augenblicklichen Handstellung verursacht werden musste.

e) Herr Dr. A. Treu weist den Zweifel Dr Keilmanns an der stattgehabten Ruptur überhaupt, zurück und erklärt mit Bestimmtheit, dass er thatsächlich mit der Hand in der Bauchhöhle gewesen ist.

Dr. Reussners Annahme, dass abnorme Verhältnisse, speciell auch die Blasenscheidenfistel, von einer früheren Geburt herstammen, wird durch die Anamnese widerlegt.

3. Herr Dr. G. v. Knorre hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Gravidität im rudimentären Nebenhorn**» mit Demonstration von Spirituspräparaten. (Erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

4. Herr Dr. Keilmann hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur Diätetik der ersten Lebenswoche**». (Erscheint in der «Deutschen med. Wochenschr.»).

Vortragender theilt mit, dass die neuesten Untersuchungen in der Hallenser und Breslauer gynäkologischen Klinik eine übernormale Körpertemperatur bei Neugeborenen constatirt hätten, die erst nach Ablauf der ersten Lebenswoche schwinde. Er habe nun in der Voraussetzung, dass unzweckmässige Heilungsverhältnisse des Nabels Gelegenheit zur Invasion von Krankheitserregern geben in diesem Sinne Untersuchungen in der Breslauer gynäkologischen Klinik vorgenommen. Die Ueberlegung dass ein möglichst schnelles Abtrocknen des Nabelschnurstumpfes, somit Verheilen unter dem Schorfe und Mangel an entzündlichen und infectiösen Processen nur bei

möglichst trockener Behandlung der Kinder eintreten könne, veranlasste den Vortragenden, einem Theile der Neugeborenen die täglichen Bäder für den Verlauf der ersten Lebenswoche zu entziehen. Der Erfolg dieses Experimentes war ein unzweideutiger: die nicht gebadeten Kinder hatten normale Körpertemperatur im Gegensatze zu den gebadeten und wiesen eine günstigere Gewichtskurve auf als die gebadeten. Vortragender hält es auf Grund obiger Beobachtungen für geboten, das Baden der Säuglinge fortzulassen bis zur Verheilung des Nabels, die erforderliche Säuberung aber auf anderem Wege zu bewerkstelligen.

Discussion:

a) Herr Dr. Sadikoff fragt, ob auch das erste Bad nach der Geburt weggelassen werden soll?

b) Herr Dr. Keilmann: Das erste Bad nach der Geburt muss natürlich vorgenommen werden und birgt wenig Infectionsmöglichkeit, da es vom Arzte überwacht werden kann.

c) Herr Dr. E. Fischer wendet sich an Dr. Keilmann mit der Frage, ob er nicht zuweilen die Fiebererscheinungen bei Kindern in der ersten Lebenswoche auf Darmkatarrh, Magenerkrankungen oder Infection im Munde, wie etwa Soor, hat zurückführen können?

Die Abschaffung der Bäder in der Bauernpraxis hält Redner für gefährlich, da eine andere gründliche Reinigung unter den gegebenen Verhältnissen nicht gut durchführbar erscheint. Vorauszusetzen ist, dass gewisse infectiöse Hautkrankheiten, wie etwa die Furunculose häufig auf Unterlassung des Badens resp. ungenügendes Baden zurückzuführen ist.

d) Herr Dr. Keilmann: nach eigenen und Anderer Beobachtungen und Untersuchungen ist für die Fiebererscheinungen der Neugeborenen gerade die Nabelerkrankung als einzig denkbare Ursache zu betrachten. Die Furcht vor Furunculose ist nicht nur unbegründet sondern wird gerade durch Fortlassung des Badens gebannt. Furunculose hat Infection zur Bedingung; eine solche kann aber nur als Allgemeininfection von der Nabelwunde aus oder zweitens durch Localaffection von der Haut aus zu Stande kommen. Beide Möglichkeiten aber werden durch das Baden begünstigt. Die «geringen Temperatursteigerungen», die bei gebadeten Kindern vorkommen, müssen durchaus

ernst angesehen werden und die geringste Infection kann die schwersten Folgen haben. Dazu ist die Infection der Augen durch Badewasser nicht minder möglich.

e) Herr Docent Dr. Krüger ist der Ansicht, dass die von Dr. Fischer angeführte Furunculose wohl häufiger Infection von aussen zur Ursache hat und zwar sei diese Ursache, wie Dr. Keilmann annimmt, in den «unsauberen» Bädern zu suchen. Redner führt folgende von ihm gemachte diesbezügliche Beobachtung an: es handelte sich um eine local-epidemisch aufgetretene Furunculose. Bei näherer Nachforschung liessen sich die Infectionen zweifelsohne auf eine schmutzige durchseuchte Badestube zurückführen. Nachdem die Badestube geschlossen worden war, hörte die Epidemie auf; es kamen keine Neuerkrankungen mehr vor.

f) Herr Prof. Dr. Dehio: In Kliniken und Krankenhäusern, wo die Kinder reinlich gehalten werden, mag man sehr wohl die täglichen Bäder der Neugeborenen entbehren können; allein unter den Verhältnissen der einfachen und erst recht der ärmlichen Bevölkerungsklassen werden die Kinder oft so schmutzig gehalten, dass es besser ist, sie täglich zu baden und die Excremente auf der Haut der Säuglinge nicht antrocknen zu lassen.

g) Herr Dr. Keilmann: Eine Sicherheit für Sauberkeit liegt auch im täglichen Bade nicht, denn auch nicht 24 Stunden soll das Kind im Schmutz liegen.

h) Herr Dr. Reussner erkennt die Ursache der vorübergehenden Temperatursteigerung bei Säuglingen nicht in der Phlebitis der Nabelgefässe sondern in der Blutzersetzung. Sollte Sepsis die Ursache der Temperaturerhöhung sein, so wäre gleichzeitig anzunehmen, dass die Krankheit in gewissem Maasse Fortschritte erkennen lässt, — wenigstens in dem einen oder anderen Falle.

i) Herr Dr. Keilmann: Blutzersetzung als Grund des Fiebers anzunehmen, ist eine völlig in der Luft schwebende Hypothese, während die Untersuchungen von Runge der Betrachtung und Werthschätzung der Nabelerkrankungen festen Boden verleihen. Aus ihnen lässt sich die Ansicht bilden, dass die Nabelerkrankung mindestens eine wichtigere Ursache der Infection und damit des Fiebers darstellt, als die Blutzersetzung.

k) Herr Dr. v. Stryk: Abgesehen von dem Uebrigen, was unser Interesse im Vortrage des Dr. Keilmann beansprucht, müssen wir ihm Dank wissen dass er uns anregt, das kritiklose Baden der Neugeborenen aufzugeben und hier wie anders nur auf Indication hin zu baden, die Säuberung des Säuglings aber auf andere Weise zu besorgen, was in der besseren Praxis auf keine Hindernisse stossen kann.

5. Herr Prof. Dr. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur Therapie der Phthisis**». (cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 44).

Discussion:

a) Herr Dr. A. Treu schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden an und referirt einen Fall, der unter analogen therapeutischen Verhältnissen eine Gewichtszunahme von 30 Pfund und bisher 2½ Jahre andauernde Heilung aufzuweisen hatte.

b) Herr Dr. Hampeln schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden über die grosse Bedeutung der hygienisch-diätetischen Behandlung der Phthise an, auch hält er es für wünschenswerth und durchführbar, dass hier zu Lande Sanatorien für Phthisiker errichtet werden. Dennoch müsste nach seiner Meinung, — sollte man nur auf diesen Weg angewiesen sein und bleiben, — unsre Lage als eine recht trostlose bezeichnet werden, trotz aller unleugbaren Erfolge, die doch thatsächlich meist vorübergehende, trügerische sind. Was übrigens auf diesem Wege erreicht werden kann, sei auch als bereits erreicht anzusehen. Dieses ist aber herzlich wenig.

Um so grössere Beachtung scheint darum jetzt wie früher die grossartige Entdeckung Koch's der wirklich causalen, das Uebel an der Wurzel angreifenden Behandlung mit dem Tuberculin zu verdienen. So sehr ihr die anfänglichen Uebertreibungen, unmotivirte Begeisterung, der ganze Freudentaumel geschadet haben, der wahre Kern der Sache ist nicht wegzustreiten. Und zwar scheint die Wahrheit d. h. die Möglichkeit erfolgreicher Behandlung der Tuberculose mit dem Tuberculin nicht blos richtig calculirt, sondern als solche auch praktisch erfahren worden zu sein. Dasselbe gilt nach Meinung Redners von dem jetzt mit allgemeinem Schweigen aufgenommenen Klebs'schen Tuberculocidin resp. Antiphthisin; seine

Erfahrungen gaben ihm Gelegenheit, sich von der imponirenden Wirkung auch dieser Behandlung zu überzeugen.

Danach würde es ihm als ein grosser Fehler erscheinen, wollte man die so glänzend inaugurirte causale Behandlung der Phthise als überwundenen Irrthum abthun. Im Gegentheil, Theorie und eine wenn auch junge Praxis sprechen für die Wahrheit dieser Therapie, wenngleich diese Wahrheit bei dem anfänglich unsinnigen, uns unbegreiflichen, auch von uns nicht getheilten Enthusiasmus freilich bis zur Unkenntlichkeit getrieben worden ist. Man hüte sich aber, mit der Beseitigung des anfänglich vorherrschenden Missverständnisses auch zugleich das richtige Verständniss des wahren Kernes der Sache zu verlieren.

6. Herr Dr. M. Treymann ist amtlich verhindert zu erscheinen und muss daher der von ihm angekündigte Vortrag: «Die Laparotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen städtischen Krankenhauses» fortfallen.

7. Herr Dr. L. Kessler's angekündigter Vortrag: «Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung des Gebärmutterkrebses» wird auf die letzte Sitzung verlegt, da Dr. Kessler am heutigen Erscheinen amtlich verhindert ist.

Dritte Sitzung.

Dienstag, den 6. September 1894. 9 Uhr Vormittags.

1) Herr Dr. Fischer-Sagnitz demonstrirt einen **Fall von Erythromelalgie** mit Verlesung der Krankengeschichte; (erscheint demnächst in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift).

Discussion.

a) Herr Dr. Truhart fragt, ob das vorhandene Schielen mit der Krankheit auftrat, oder schon früher vorhanden war? Erbrechen, Schwindel und Kopfschmerz geben Fingerzeige für eine Localisation im Gehirn; das etwaige Vorhandensein anderer Erscheinungen, wie Facialis-, Trigeminus-, Opticus- und Oculomotoriusaffectionen müsste die Diagnose eines Basaltumors zulässig erscheinen lassen.

b) Herr Dr. E. Fischer kann über den Zeitpunkt der Entstehung des Schielens nichts Genaueres angeben. Ueber Doppelbilder ist nicht geklagt worden.

c) Herr Prof. Dr. O. Petersen führt einen Fall an, den er im Mai a. c. auf dem Dermatologischen Congress zu Breslau gesehen hat. Von den im oben demonstrirten Falle vorhandenen Knötchen in der Haut der Vola manus war in jenem Falle nichts zu sehen, dagegen war ein ausgesprochenes Exanthem vorhanden. Redner hält die Diagnose Erythromelalgie im eben demonstrirten Falle nicht für zweifellos, hebt die für Gehirntumor sprechenden Symptome hervor und spricht sich dahin aus, dass es sich möglicherweise um Metastasen eines Gehirntumors handeln kann. Die weitere Beobachtung des Falles, insbesondere die Constatirung neuer Knötchenbildungen in anderen Körperregionen würde wohl die Diagnose klären.

2) Der Präses. Herr Dr Truhart proponirt das Auswerfen einer Summe von 100 Rbl. **pro anno** behufs Ermöglichung den von Dr. J. Meyer-Jurjew redigirten Hebammenkalender in allen Landessprachen drucken zu lassen. Die Gesellschaft bewilligt zu diesem Zwecke die jährliche Summe von 100 Rbl.

3) Herr Dr. H. Truhart giebt einen Bericht über die Resultate der im Auftrage der Geselischaft livl. Aerzte veranstalteten statistischen **Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 und 1893.** (Erscheint demnächst in der St. Pet. med. Wochenschrift.)

Discussion.

a) Herr Prof. Dr. O. Petersen: M. H.! Vor allem glaube ich im Sinne aller Anwesenden zu handeln, wenn ich proponire dem verehrten Vortragenden den wärmsten Dank für diese äusserst werthvolle aber ebenso mühevolle Arbeit auszusprechen; der Werth dieser Arbeit ist so bedeutend, dass sie weit über unsere Provinzen hinaus von Wichtigkeit ist. Ich möchte darauf hinweisen, dass auf dem letzten russischen Aerztecongresse in St. Petersburg im Januar a. c. der Beschluss gefasst und von dem Medicinaldepartement mit Energie aufgenommen wurde, einen speciellen Congress zur Ausarbeitung von Maassregeln für die Bekämpfung der Syphilis in Russland zu berufen. Bisher litten die vorhandenen Maass-

nahmen an dem grossen Fehler, dass es kein Organ giebt, welches darüber zu wachen hat, dass das Vorgeschriebene auch wirklich durchgeführt werde. Der heutige Bericht wird gewiss einen sehr werthvollen Beitrag zu dem Material der Verhandlungen bieten.

Zum Vortrage möchte ich mir folgende Fragen erlauben: 1) Wie ist die Registrirung der Recidive gehandhabt worden? kamen nicht in der für 2 Jahre angestellten Zählung mehrere Mal dieselben Patienten vor, wenn sie wegen Behandlung der Recidive wiederholt bei den Aerzten auftraten? 2) Wie verhält es sich mit der Zahl der extragenital Inficirten? Diese Frage ist von besonderer Wichtigkeit bezüglich der zu ergreifenden Maassregeln. In den inneren Gouvernements Russlands inficiren sich 72—84 pCt. mit der Syphilis extragenital, in den Städten nach meiner Erfahrung nur 1,8 pCt. Je höher die Cultur, desto geringer die Extragenitalinfection.

Ferner möchte ich darauf aufmerksam machen, dass als Indicator für Verbreitung der Syphilis nur die Zahl der jährlichen frischen Fälle gelten kann. Ausserdem stets zu beobachten ist das Verhältniss der frischen Syphilis zur tertiären. Dieses ist stets ein ziemlich constantes und lässt sich benutzen zur Controllirung, ob die erhaltenen Zahlen aus einer gegebenen Gegend wahrscheinlich sind oder nicht. Sobald die Zahl der tertiären Fälle grösser ist als die der frischen Fälle, muss die erhaltene Zahl angezweifelt werden.

b) Herr Dr. Truhart: Was zunächst die Frage 1 des geehrten Vorredners anlangt, so ist die Möglichkeit in der That nicht ausgeschlossen, dass im Laufe der beiden Jahre von verschiedenen Aerzten hier und da auch Recidive bei ein und demselben Individuum behandelt und daher auch in meiner Enquête als separate Fälle rubricirt worden sind, doch diese überhaupt nicht zu vermeidende Fehlerquelle dürfte wohl zweifellos in jeder Syphilisstatistik in Rechnung gebracht werden müssen und verlieren die gefundenen Daten daher nichts an ihrem relativen Werth. Bezüglich der in Frage 2 berührten Differenzirung in der Art der Infection, so habe ich in der Befürchtung, alsdann erst recht nicht zu einer auch nur annähernd vollständigen Syphilisstatistik zu gelangen, geglaubt, von der freilich nach vielen Richtungen hin bedeutungsvollen Trennung von genitaler und extragenitaler Infection, von

vorne herein Abstand nehmen zu müssen, da bei der Statistik der Satz gilt. je mehr Fragen. um so weniger Antworten.

Was endlich die Trennung der tertiären von den recenten Formen der Syphilis betrifft, so ist diese Scheidung, wie aus der detaillirten Tabelle 1 ersichtlich, bis auf's minutiöseste durchgeführt worden und nirgends ein Ueberwiegen jener über letztere zu beobachten.

4. Herr Dr. A. Lunz hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur pathologischen Anatomie der Lues**» nebst Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift.)

5. Herr Dr. E. Kiwull demonstrirt einen Fall von Alopecia neurotica.

6. Herr Docent Dr. F. Krüger demonstrirt im Auftrage des Dr. J. Meyer-Jurjew einen modificirten Lautenschläger-schen **Sterilisator** construirt von Herrn Pfeil in Jurjew.

7. Herr Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen**». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift.)

Discussion.

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Ist es nachgewiesen, dass Arteriosclerose bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern? In der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Riga kommen Folgezustände der Arteriosclerose z. B. Gangrän der Extremitäten zur Beobachtung und überwiegt in diesen Fällen die Zahl der Männer diejenige der Frauen.

b) Herr Dr. Hampeln erwiedert auf die Frage nach der Häufigkeit der Arteriosclerose bei Frauen, dass nach seinen Zusammenstellungen und soviel ihm erinnerlich, auch nach den Angaben Thoma's die Aortensclerose bei Frauen allerdings häufiger als bei Männern sei, wenn auch nur um ein Weniges.

c) Herr Dr. A. Lunz glaubt, dass das häufigere Vorkommen der Arteriosklerose bei Frauen nicht auf die Aorta, sondern auf die Art. uterina und ovarica zu beziehen ist.

Was die aetiologische Bedeutung der Syphilis für die Aortenaneurysmen anlangt, so müsste das eventuelle Auffinden von Aneurysmen bei der Lues hereditaria einen schlagenden

Beweis für diesen aetiologischen Zusammenhang bieten können; ein Gesichtspunkt, den man auch für die Tabes dorsalis ausgesprochen hat.

d) Herr Dr. Hampeln erinnert daran, dass er die Bevorzugung des mittleren, kräftigen Alters durch die Aneurysmen betont hat. Was das kindliche Alter betrifft, so würde das Auftreten von Aneurysmen hier in Fällen hereditärer Syphilis natürlich ein schlagender Beweis sein für die Bedeutung der Syphilis bei der Entstehung der Aneurysmen, die Praesumption spricht allerdings dafür, dass auch Kinder syphilitischer Eltern an Aneurysmen erkranken müssten. Das ist nun nach den Erfahrungen Redners nicht der Fall. Dieser Umstand darf aber nicht als Beweis gegen den Zusammenhang zwischen Syphilis und Aneurysma aufgefasst werden; es fehlt eben das «ceteris paribus». Das in rascher Entwickelung begriffene Gefässsystem der Kinder ist ein physiologisch anderes als das bereits fertige der Erwachsenen und liesse sich hieraus schon eine gewisse Immunität dem syphilitischen Virus gegenüber erklären.

e) Herr Prof. Dr. Dehio referirt folgende für die Aetiologie der Aneurysmen interessante Krankengeschichte aus eigenen Beobachtungen: Ein junger Mensch von ca. 30 Jahren, von dem es nicht bekannt ist, ob er syphilitisch war oder nicht. empfand bei angestrengtem Heben einer schweren Last plötzlich einen heftigen Schmerz in der Tiefe der Brust und seit der Zeit ist er die Beschwerden nicht mehr losgeworden, die sich steigerten und schliesslich zum Tode führten, welcher durch die Entwickelung eines sehr grossen Aortenaneurysma bewirkt wurde. Hier ist wohl anzunehmen, dass eine mechanische Gelegenheitsursache für die Entstehung des Aneurysma durch die plötzliche Steigerung des Blutdruckes bei der Körperanstrengung geliefert wurde. Dass eine primäre Erkrankung der Aortenwand die Grundursache des Aneurysmas auch in diesem Falle gewesen sein mag, ist natürlich und höchst wahrscheinlich.

f) Herr Dr. Hampeln; Die Betonung starker körperlicher Anstrengung als ursächlichen Momentes bei Entstehung eines Aneurysmas ist im Allgemeinen anzuerkennen. Es kann dadurch in einzelnen Fällen in der That die Aorta zum ersten Male zur Ruptur oder umschriebenen Dehnung gebracht wer-

den, aber muthmaasslich nicht eine gesunde, sondern nur eine bereits erkrankte Aorta; wobei das wesentliche Moment immer die Arteriitis, das Trauma hingegen, obschon zweifellos wirksam, — das accidentelle, gelegentliche bleibt.

g) Herr Dr. Reussner referirt folgende einschlägige Beobachtung aus seiner Praxis: Eine Dilatation des linken Ventrikels, die er anfangs mit früherem Gelenkrheumatismus in Zusammenhang brachte, ging, nachdem die Herzmittel vergeblich versucht worden, zurück unter Quecksilberbehandlung, trotzdem Patient, um einer hypochondrischen Gemüthsstimmung zu entgehen, jede Schonung unterliess. Das laute systolische Geräusch an der Mitralis und den übrigen Klappen (relative Mitralinsufficienz) schwand fast ganz.

8. Herr Prof. Dr. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die syphilitischen Herzerkrankungen**» (Cf. diese Wochenschrift 1894, Nr. 46.)

Discussion.

a) Herr Dr. Hampeln bemerkt, dass an der Existenz einer syphilitischen Myocarditis im engeren Sinne und an einer Myocarditis fibrosa vulgären Charakters aber doch in folge der Syphilis allerdings nicht gezweifelt werden kann. Sie steht fest. Anders als bei dem Aneurysma, welches fast stets syphilitischen Ursprunges ist — und differentiell diagnostisch schwieriger liegt die Sache insofern, als die gewöhnliche nicht syphilitische Myocarditis zu überwiegen scheint und sich klinisch-symptomatologisch von der syphilitischen in keiner Weise unterscheidet. Die Diagnose einer syphilitischen Myocarditis bleibt darum, wenigstens gegenwärtig, eine in hohem Grade hypothetische, da auch ihre Entstehung nach der Syphilis nicht das «propter hoc» beweist und ebenso wenig ein befriedigender Schluss ex juvantibus gestattet erscheint. Gleichwohl wird der Verdacht der Syphilis namentlich bei Ausschluss anderer Ursachen in jedem Falle rege werden müssen und ein dem entsprechendes Verfahren einzuleiten sein.

b) Herr Prof. Dr. Dehio: Die Statistik kann nur im Allgemeinen den Beweis bringen, dass es eine syphilitische Myocarditis giebt; aber im Einzelfall wird die differentielle Diagnose zwischen einer syphilitischen und einer nichtsyphilitischen Herzaffection in den meisten Fällen zweifelhaft bleiben müssen. In solchen Fällen ist es therapeutisch gerathen, lieber ein Mal

zuviel als ein Mal zu wenig eine antisyphilitische Cur zu verordnen.

c. Herr Prof. Dr. Petersen fragt an, in wie langem Zeitraum nach der Infection die Symptome des Aneurysma resp. der Herzaffection in Erscheinung treten? Es sei die Constatirung dieser Thatsache wichtig in Anbetracht der jetzt von Einigen, namentlich Fournier und Ehlers aufgestellten Behauptung, dass die tertiären Erscheinungen am häufigsten im Laufe der ersten 3 Jahre post infectionem auftreten. Die genannten Affectionen aber treten doch gewöhnlich recht spät nach der Infection auf.

d) Herr Dr. A. Lunz. Auf Grund theoretischer Erwägungen ist anzunehmen, dass die Myocarditis als specifische Erkrankung schon frühzeitig erscheinen kann, während das Auftreten des Aortenaneurysmas, als einer postsyphilitischen Affection, mehr von der Zeit der Infection absteht.

9. Der von Herrn Dr. F Berg angekündigte Vortrag: **«Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochenerkrankungen»** muss wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verlegt werden.

Vierte Sitzung.

Dienstag den 6. September 1894. 4 Uhr Nachmittags.

1. Wegen voraussichtlicher amtlicher Abhaltung am 7. Sept. giebt Dr. Apping an dieser Stelle sein angekündigtes «Referat über einen extraordinären Fall von **Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea**» nebst Vorführung der Patientin. (Cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1895, № 9).

Discussion.

a) Herr Dr. A. Keilmann theilt mit, dass ihn der vorliegende Fall an eine Frau erinnere, welche wegen engen Beckens durch die Sectio caesarea in der Breslauer geburtshilflichen Klinik entbunden werden musste: die Unterschenkel hatten beide in gleicher Weise Bajonettform; die Ansicht, dass diese Configuration durch Muskelzug zu Stande gekommen sei, könne nicht richtig sein. Die Diagnose wurde auf Rhachitis gestellt. Die Frau hatte erst im 5. Lebensjahre gehen gelernt. Andeutungen eines Rosenkranzes waren vorhanden, das Becken war allgemein verengt, nicht eigentlich platt (rhachitisch). Die

Knochen waren hart; es kann also hier wohl eine gleiche Erkrankung, wie die vorgestellte, vorgelegen haben. Osteomalacie hat Redner in geburtshilflicher Praxis in Livland nicht beobachtet; in Breslau hat er zwei Fälle gesehen: die Knochen waren in beiden Fällen hart, die Becken zur Geburt ungeeignet; in einem Falle lässt sich der Einfluss des Wochenbettes erkennen: die eine Frau war gravid und wurde durch Sectio caesarea entbunden, die andere war nicht gravid und wurde durch Castration geheilt.

b) Herr Prof. Dr. Dehio: die Configuration der Knochen im vorliegenden Falle erinnert durchaus an die bei Rhachitis vorkommende, aber die eigenthümlichen anfallsweisen Steigerungen passen nicht in das Bild der gewöhnlichen Rhachitis. Man könnte an die sogenannte acute Rhachitis denken, bei der aber Haemorrhagien, namentlich in den Epiphysenlinien vorkommen und an den Diaphysen nicht beobachtet werden. Die andrerseits in Betracht kommende Diagnose Osteomalacie ist fraglich wegen der grossen Seltenheit dieses Krankheitsbildes bei uns zu Lande. Uebrigens weiss Redner sich nicht zu entsinnen, dass Osteomalacie ausnahmsweise auch bei Kindern beobachtet worden wäre.

c) Herr Dr. A. v. Bergmann: Bei vorliegendem Falle dürfte sorgfältige Messung der einzelnen Abschnitte der unteren Extremitäten (Ober- und Unterschenkel) abnorme Längenmaassdifferenz erweisen; damit wäre der Beweis einer stattgehabten Erkrankung der Epiphysenknorpel erbracht und die Diagnose Rhachitis sicher gestellt.

Osteomalacie kommt hier zu Lande vor. Ein derartiger Fall ist im Stadtkrankenhause zu Riga beobachtet worden. Castration brachte keine Besserung, sondern wurden auch die Armknochen und ein Theil der Rippen von der Erweichung ergriffen.

2. Herr Dr. Fr. Berg hält seinen angekündigten Vortrag: **«Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochenerkrankungen»**. (Cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 45).

Discussion:

Herr Dr. A. v. Bergmann: Tuberculininjectionen dürften die Differentialdiagnose nicht ermöglichen, da Actinomycose gleichfalls in ganz ähnlicher Weise auf Tuberculin reagirt

wie die Tuberkulose und auch bei gummöser Osteomyelitis Reaction auf Tuberculin beobachtet worden ist.

3. Herr Dr. C. Dahlfeldt hält seinen angekündigten Vortrag: **«Die Bedeutung einiger Augenkrankheiten für die Diagnose der Syphilis»**.

Vortragender bespricht die bei der Syphilis in Betracht kommenden Erkrankungen des Auges mit Ausnahme derjenigen, welche nur mittels des Augenspiegels nachweisbar sind und der Augenmuskelerkrankungen. Vortragender ist der Ansicht, dass selbige, obwohl nicht direct pathognomonisch für die Lues, doch in vielen Fällen dem Arzte einen wichtigen Hinweis auf vorhandene Lues bieten können.

4. Herr Dr. E. Sokolowski hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse»**. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. medic. Wochenschrift).

5. Herr Prof. Dr. O. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie»**. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

6. Herr Dr. Fr. Berg giebt ein **Correferat** zu dem Vortrage des Herrn Prof. Petersen. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion:

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Vor ca. 6 Jahren hatte ein Fall im Rigaschen städtischen Krankenhause nach ½ Spritze der usuellen Calomelinjection letalen Ausgang. Es handelte sich um ein geschwächtes Individuum mit alter Lues und einem grossen Geschwür am weichen Gaumen und den Fauces. Gleichzeitig bestand mässige Eiweissausscheidung und eine Induration einer Lungenspitze. Längere Jodkalibehandlung brachte nur geringe Besserung; daher wurde die Calomelinjection versucht, welche eine floride, rasch zum Tode führende Phthise auslöste. Dabei ging die Heilung des Geschwüres stets vor sich.

Die Inunctionscur hat ihren grössten Vorzug darin, dass sie jederzeit unterbrochen werden kann und darin, dass sie dem Patienten stets ad oculos demonstrirt, dass er krank sei und demgemäss sich zu verhalten habe.

Bei der Behandlung ist stets das Verhalten des Allgemeinbefindens zu controlliren (Körpergewicht etc.) Quecksilber kann eventuell als provocatorisches Moment gelten, wo dasselbe bei

beginnender Verschlechterung des Allgemeinbefindens weiter zugeführt wird. Dafür sprechen alle die Ausbrüche der Lues unmittelbar im Anschluss an Curen in unseren berühmtesten Bädern. Ob unsere heutige Behandlung der Lues besser sei als die vor Jahrzehnten gebräuchliche, ist zum Mindesten fraglich; die stetig wachsende Zahl von Tabeskranken und Erkrankungen an progressiver Paralyse spricht dagegen.

b) Herr Docent Dr. F. Krüger stellt sich auf den Standpunkt Dr. Berg's, man solle die Quecksilberbehandlung erst nach dem Auftreten der Secundärerscheinungen einleiten. Zur Anwendung der einen oder anderen Applicationsmethode muss selbstredend individualisirt werden; handelt es sich z. B. um gefahrdrohende Symptome, so wende man leicht resorbirbare (lösliche) Hg-Präparate an. Bei einigen Syphilitikern gelangt man mit Injectionen nicht so leicht zum Ziel wie mit Inunctionen; so glaubt Redner, dass bei papulösem Syphilid Inunctionen schneller wirken, vielleicht wegen der gleichzeitig stattfindenden Massage.

Eine Ansammlung und Ablagerung von Hg. findet sowohl bei der Punction wie bei der Injection unlöslicher Hg-Verbindungen statt; es könnte also in dem einen wie in dem anderen Falle plötzlich Mercurialvergiftung eintreten.

c) Herr Dr. F. Berg: Eine derartige Hg-Vergiftung wie etwa nach Calomelinjection sieht man bei Einreibungen kaum, weil man jederzeit die Zufuhr unterbrechen kann; das Calomel oder das Hg. salicylicum als Dépôt kann man nicht nach Wunsch entfernen resp. vermindern. Wieviel injicirt wurde, weiss man allerdings, wieviel davon zur Aufsaugung kam, weiss man nicht. Auch scheint nach beendeter Injectionscur plötzliche Aufsaugung mit Vergiftungserscheinungen vorzukommen.

Redner lässt jeder Methode ihre Existenzberechtigung, möchte aber die Inunctionscur befürworten, wo sie irgend durchführbar ist.

d) Herr Dr. Fr. Voss führt an, dass auch bei der Inunctionscur Todesfälle in der Literatur der letzten Jahre verzeichnet sind und zwar bei Anwendung kleiner Dosen. Es könne daher diese Methode der subcutanen gegenüber nicht als völlig gefahrlos bezeichnet werden. Andrerseits müsse den socialen Verhältnissen der Kranken soweit Rechnung getragen werden, dass man, im Falle dem Kranken die eine Behandlung schwer

oder garnicht durchführbar, lieber auf dieselbe zu Gunsten der leichter durchzuführenden verzichtet, anstatt durch Bestehen auf der ersteren den Kranken von einer Behandlung ganz abzuschrecken.

e) Herr Dr. A. v. Bergmann: Sobald zugegeben wird, dass die ambulatorische Behandlung weniger zuverlässig ist als die stationäre, so darf der Arzt den Pat. garkeine Wahl zwischen beiden Behandlungsmethoden stellen, sondern nur die letztere empfehlen. Die für die acuten Infectionskrankheiten selbstverständliche stationäre Behandlung wird ja heutzutage auch für die chronischen verlangt. Rationelle Therapie der Tuberculose z. B. kann nur da stattfinden, wo der Kranke unter stetiger Controlle des Arztes steht. Für die Lues gilt dieses noch in ganz besonderem Maasse.

f) Herr Prof. Dr. Petersen führt bezüglich der im Laufe der Discussion erwähnten Todesfälle an, dass beide Mal Contra indication gegen Injection vorhanden war, nämlich Lungenaffection resp. schlechter Ernährungszustand; in solchen Fällen würde zur Friction zu schreiten sein. Gegenüber dem von Dr. Berg vertretenen Standpunkte betont Redner nochmals, dass er auf Grund seiner Erfahrungen Friction und Injection für gleichwerthig halte. Im Principe stimmt Redner mit Dr. v. Bergmann darin überein, dass stationäre Behandlung resp. zeitweilige Entfernung aus den Arbeitsverhältnissen des Patienten sehr wünschenswerth ist; leider aber giebt es unzählige Patienten, die sich für die Zeitdauer der Cur eben nicht von ihrer Arbeit frei machen können, da ist denn die Injectionscur ambulatorisch leichter durchzuführen. Wie führt der Bauer eine Frictionsbehandlung in seiner Hütte durch? fast ausnahmslos schlecht! Die alleinige Behandlung mit Jodkali genügt nicht, der P. muss Hg bekommen — in solchem Falle ist die Cur mit einmal wöchentlicher Injection von Hg praktisch durchführbar, wie die Erfahrung lehrt.

Dr. v. Bergmann meinte, die Syphilistherapie habe keine Fortschritte gemacht, wir begegneten jetzt häufiger der Tabes und progressiven Paralyse! — Es wäre sehr interessant, hierfür den statistischen Nachweis zu haben. Der Umstand, dass die Zahl der tertiären Syphilitischen abgenommen hat, spricht doch für vorhandenen Fortschritt; wir sehen heutzutage weniger durch Syphilis Entstellte als früher.

g) Herr Dr. A. Schneider-Trikaten: Bezugnehmend auf die Erörterung des Herrn Prof. Petersen, welche Art der Syphilisbehandlung auf dem Lande die zweckmässigste sei, ist zu erwidern, dass sie alle hier ganz besonders schwer durchführbar sind. Die Kranken suchen sich der Behandlung, wenn irgend möglich, zu entziehen. Zur Illustration diene ein Fall, der sich kürzlich im Trikatenschen Kirchspiel abspielte: Ein Kranker mit frisch acquirirter Lues entzog sich nach 8-tägiger stationärer Inunctionscur der Behandlung trotz aller Einwände und des Hinweises auf die ihm und seiner zahlreichen Umgebung drohenden Gefahren. Behufs Vermeidung weiterer umfangreicher Infectionen musste die polizeiliche Hülfe requirirt werden, um den Kranken im Kreishospital interniren zu lassen. Da auch zu den Injectionscuren wie zu anderen Applicationsmethoden die Kranken bei weiter Entfernung der Wohnorte vom Arzte sich ungern einstellen, so bleibt nur der gesetzliche Weg der Anzeige übrig, falls der Kranke sich der Behandlung entzieht.

h) Herr Dr. Reussner hält die Hinzuziehung der Polizei behufs Internirung Luetischer im Krankenhause für unpraktisch. Das Publicum werde vor der ärztlichen Behandlung zurückgeschreckt werden; als weitere Consequenz sei das Ueberhandnehmen der Feldscherpraxis zu befürchten.

7. Vorschläge und Berathungen über die zu ergreifenden Maassnahmen behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Nachdem Herr Dr. G. Apping für diesen Punkt der Tagesordnung das Präsidium übernommen, ergreift Herr Dr. H. Truhart das Wort:

M. H. Vereint mit den erschreckenden Ziffern bezüglich des Herrschens der Lues in Livland haben die heutigen Vorträge über die Syphilis und deren perniciösen Einfluss auf den menschlichen Organismus ein grelles Bild entrollt über die folgeschweren Gefahren, die dem sanitären und volkswirthschaftlichen Wohl der Landesbevölkerung aus der Weiterverbreitung dieser Volksseuche erwachsen. Zahlreich, heimtückisch zähe und stark ist der Feind, dem wir heute gegenüberstehen. Der gemeinsamen Arbeit auf unseren Aerztetagen ist es aber gelungen, manch schöne Frucht zu zeitigen auf dem Gebiete des Volkswohls und wenn auch der Kampf gegen die Lues weit die Grenzen unseres fachwissenschaftlichen Könnens über-

schreitet und Maassnahmen erfordert, deren Durchführung zu den schwierigsten Aufgaben des Sanitätswesens gehört, so kann uns solches ja nur zu weiterem Sporne dienen, wenigstens die uns zufallende Pflicht auch auf diesem Gebiete den Zielen unserer Gesellschaft getreu gewissenhaft zu erfüllen. Einen Plan des Kampfes gilt es zu entwerfen und schlüssig zu werden über die geeignetsten Mittel und Wege, die den Verwaltungsorganen unseres Landes und den gesetzgebenden Körperschaften zu unterbreiten wären zu weiterer Förderung. Fragen von so weitgehender Tragweite können ja unvorbereitet nie in so grossen Versammlungen gelöst werden, zunächst würde es sich daher darum handeln, aus unserer Mitte heraus eine Commission zu erwählen, welche die Aufgabe hätte, zunächst nach allen Richtungen hin den Stoff zu verarbeiten, die einzelnen Kampfesmittel eingehender Prüfung zu unterwerfen und die Wege zu kennzeichnen, auf welchen am geeignetsten das zu erstrebende Ziel zu erreichen. Bei der dieser Aufgabe innewohnenden Schwierigkeit erscheint es mir nun überaus wünschenswerth, dass einer solchen Commission eine gewisse Directive gegeben würde, ausgehend von unserer Versammlung. In diesem Sinne erlaube ich es mir, Ihnen, meine Herren, schon heute einige principielle Fragen und Gesichtspunkte, über welche College A. v. Bergmann und ich uns zuvor verständigt, zur Berathung und Discussion zu unterbreiten. Ich fasse sie zusammen in folgende einzelne Punkte, die wir für den Plan der Bekämpfung der Lues in's Auge gefasst:

1) Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe.

2) Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter.

3) Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostituirten.

4) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern.

5) Aerztliche Besichtigung aller, speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten.

6) Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten.

7) Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studentenvereine etc.

8) Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen.

9) Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitischer.

10) Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker.

11) Bindende Instruction für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte.

Discussion:

a) Herr Dr. Fr. Voss spricht die Muthmaassung aus, dass bei den in Betreff der Schutzpockenimpfung erwähnten Maassnahmen der erhöhte Kostenpunkt ein praktisches Hinderniss bieten dürfte.

b) Herr Dr. Truhart betont die Nothwendigkeit der Gesetzeskenntniss unter den Aerzten, welche keinen Zweifel darüber aufkommen lässt, wo und wie man animale Lymphe in grossen Quantitäten unentgeltlich erhalten kann; zwei Mal im Jahre habe er sich als Kreisarzt durch die Medicinal-Abtheilung mit für den ganzen Kreis ausreichender animaler Lymphe kostenfrei versorgen können.

c) Herr Dr. J. Sadikoff schlägt vor, den Punkt, «dass nur mit animaler Lymphe zu impfen sei», folgender Maassen zu fassen: «nur Aerzten ist es gestattet, mit anderer als animaler Lymphe zu impfen».

d) Herr Dr. Prof. Petersen erklärt sich für die obligatorische Controlle der Ammen und Kinderwärterinnen und ihre gesetzmässige Beprüfung auf etwa vorhandene Syphilis.

e) Herr Dr. C. Dahlfeldt: In gleicher Weise müsste dafür Sorge getragen werden, dass den Ammen keine syphilitischen Kinder zugewiesen werden.

f) Herr Dr. A. v. Bergmann: die in Rede stehenden Maassregeln gelten natürlich in erster Linie für das flache Land, wo die Zahl der Luetischen den Kampf gegen die Krankheit noch einigermaassen aussichtsvoll gestaltet. In der Stadt ist die Verbreitung eine derartige, dass keine Commune die Kosten eines rationellen Kampfes bezahlen kann. Auf dem Lande dürfte es sich als möglich erweisen, die meisten Leute durch richtige Vorstellungen zur Vernunft zu bringen. Gegen die Unvernünftigen giebt das Gesetz die entsprechenden Anhaltspunkte behufs Isolirung der Kranken.

g) Herr Dr. Fr. Voss hält den Ausweg des requisitorischen Vorgehens nicht für vereinbar mit der Wahrung des Amtsgeheimnisses, zu welchem jeder Arzt verpflichtet ist.

h) Herr Dr. P Kalning: Nicht allein wegen der hierin liegenden Verletzung des Amtsgeheimnisses sollte man sich hüten alle Syphiliskranken zur Anzeige zu bringen, — sondern hauptsächlich deswegen, weil die Kranken sich der Behandlung des Arztes entziehen werden, wenn er ihr Geheimniss nicht bewahrt.

i) Herr Dr. Truhart schliesst sich den Ausführungen des Dr. Kalning an. Nicht jeder Syphiliskranke sollte angezeigt werden, sondern nur der jegliche Behandlung consequent verweigernde.

k) Herr Dr. G. Apping berichtet, dass er seit Jahren auf dem Lande nur dann Syphilitische ambulant behandelt, wenn sie sich allen ärztlichen Vorschriften bedingungslos fügen, vor Allem ein Mal wöchentlich sich vorstellen. Thun die Patienten dieses nicht, so requirirt er die Polizei, sobald er der Meinung ist, dass durch den Kranken Gefahr für die Umgebung erwächst.

l) Herr Dr. A. Schneider: Auf den Einwand des Dr. Voss, dass die Anzeige bei der Polizei mit dem Amtsgeheimniss in Widerspruch stehe, ist zu bemerken, dass wir vor 2 Uebeln stehen: entweder wir bewahren das Amtsgeheimniss und setzen dadurch viele Menschen einer Ansteckung aus (wie in dem oben angeführten Falle, wo der betreffende Kranke mit ca. 15 Personen in einem Zimmer wohnte, mit einem grossen Theil seiner Stubengefährten aus einer Schüssel ass und beständigen Umgang hatte) oder aber wir müssen, um weiteres Unglück zu verhüten, das Amtsgeheimniss brechen. Dieses letztere scheint mir das kleinere von beiden Uebeln. Natürlich sollte die Anzeige nur dann geschehen, wenn der Kranke eine Behandlung verweigert.

m) Herr Dr. J. Sadikoff: Es ist dem Kranken freizustellen, ob das Geheimniss bewahrt werden soll oder nicht, wobei Pression auf ihn ausgeübt wird, sich behandeln zu lassen, d. h. man stellt ihm die Anzeige bei der Polizei und zwangsweise Behandlung im Hospital in Aussicht für den Fall, dass er sich der Behandlung entzieht. Es liegt also in praxi kaum ein Bruch des Amtsgeheimnisses hierbei vor.

n) Herr Dr. A. Treu: Im Einzelfalle, wo der Patient an den Amtseid des Arztes appellirend um Geheimhaltung seiner Krankheit bittet, werden wir das Versprechen der Geheim-

haltung nur bedingungsweise geben. Wir werden dieselbe davon abhängig machen, ob der Patient unsere Vorschriften genau und bis zuletzt befolgt. Entzieht der Kranke sich vor Beendigung der Cur der Beobachtung, so sind wir unsres nur bedingungsweise gegebenen Versprechens entbunden und sind dann gesetzlich sowohl als auch moralisch berechtigt und verpflichtet über seinen Zustand Bericht zu erstatten.

o) Herr Prof. Dr. Petersen: Die oben verhandelte Frage ist der Gegenstand der Berathung einer Reihe von Sitzungen der russischen dermatologischen Gesellschaft gewesen. Dort kam man zum Schluss, dass die vom Staate angestellten Aerzte verpflichtet sind, gehörigen Ortes Anzeige über syphilitische Patienten zu machen, die Privatärzte aber nicht.

p) Herr Dr. Reussner ist der Meinung, dass die Wahrung des Amtsgeheimnisses nur da in Frage kommt, wo der Patient sich selbst müht und einer Cur unterzieht. Weigert er sich das Nöthige zu thun, und misstraut er dem Arzte, so scheint der Arzt berechtigt, dem Kreisarzte über den Kranken Mittheilung zu machen, sei es auch nur aus dem Wunsch, dem Kranken zu helfen. Dieser Modus müsste sich ohne weitere Unannehmlichkeiten und praktische Schwierigkeiten handhaben lassen. Selbstverständlich liegt kein Grund vor, den Zustand der Patienten Unberufenen zu verrathen.

q) Herr Dr. E. Fischer hält es für nothwendig und zeitgemäss, Schritte zu thun für die Befreiung der Aerzte von der Leistung des Amtseides, der sie eventuell mit gesetzlichen Forderungen in Conflict bringt. Infectionskrankheiten müssen nach heutigem Gesetze zur Anzeige gebracht werden; Die Syphilis ist eine solche, folglich dürfte der Arzt sie nicht verheimlichen, sondern hat über sie zu berichten.

r) Herr Dr. J. Sadikoff: Es existirt bereits eine gesetzliche Bestimmung darüber, dass jeder entlassene Militär durch die Polizeiverwaltung einem Arzte zur Besichtigung vorgestellt werden muss und werden über diese Besichtigungen Bücher geführt. Stellt sich ein Reservist als krank heraus, so wird er durch die Polizeiverwaltung der localen Militärverwaltung zur Uebergabe an ein Hospital zugestellt. Erst nach seiner Genesung wird er von der Civilverwaltung acceptirt.

s) Herr Dr. C. Dahlfeldt hält die gründliche Aufklärung des Publicums über das Wesen der Syphilis für das einzige

aussichtsvolle Schutzmittel gegen die Verbreitung der Krankheit und erklärt sich für Hinwegräumung des geheimnissvollen Dunkels, welches von Laien wie von Aerzten um das Wesen der Lues und um die concreten Krankheitsfälle verbreitet wird.

Zum Schluss verliest Dr. H. Truhart in Abwesenheit des Herrn Dr. R. Heerwagen Riga folgenden von letzterem im Auftrage des III. Livl. Aerztetages ausgearbeiteten **«Entwurf einer Instruction für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte»**, welcher die Zustimmung der Versammlung erhielt.

1) Die Untersuchung ist in einem besonderen, zu diesem Zwecke geeigneten Local vorzunehmen. In der Wohnung der Prostituirten darf dies nur ausnahmsweise mit Bewilligung der Aufsichtsbehörde und nur dann geschehen, wenn der Raum hell ist und wenn ausreichende Beleuchtung auch für die Untersuchung in liegender Stellung gewährleistet ist.

2. Die zu Untersuchende darf ausser Hemd und Pantoffeln keine Kleidungsstücke anhaben, auch diese sind im Bedarfsfalle zu entfernen. Schminke, Poudre und dergl. sind nicht zu dulden.

3) Bei der Untersuchung ist zunächst die Haut des Gesichts, des Kopfes, der Ohren, des Nackens, der Arme und der Hände zu besichtigen, die Conjunctiva palpebr. auf etwaige Erkrankungen zu untersuchen, darauf bei aufgeknöpftem, resp. vom Körper genügend abgezogenem Hemde, die Haut der Brust — wobei eine Mamma pendula stets aufzuheben ist — und des Rückens. Hierbei ist expl. zu veranlassen, einige Worte zu sprechen, damit etwaige Heiserkeit bemerkt wird.

Hierauf wird zur Auffindung etwa geschwellter Lymphdrüsen der Hals und die Ellenbogenbeugen abgetastet.

Sodann werden Lippen und Wundwinkel, die Zunge und der harte Gaumen und unter Anwendung des Spatels die Wangenschleimhaut, der weiche Gaumen und die Rachengebilde inspicirt.

Nunmehr hat sich die zu untersuchende Person auf den Explorationsstuhl zu setzen, resp. auf die Couchette zu legen. Das Hemd wird weit nach oben geschlagen, die Haut des Bauches und der Schenkel in Augenschein genommen, die Leistengegend abgetastet. Hierauf sind die Nates auseinanderzuziehen um den After frei sehen zu können, die äusseren Genitalien und bei auseinandergezogenen Schamlippen der Schei-

deneingang. Hierauf ist der Zeigefinger an der hinteren Wand der Scheide hinaufzuführen, bis die Fingerkuppe den oberen Rand der Symphyse erreicht und mit der Fingerkuppe die Harnröhre zur Mündung hin abzustreichen.

Schliesslich ist mittelst Mutterspiegels die Scheidenschleimhaut und der Scheidentheil der Gebärmutter in Augenschein zu nehmen, wobei störende Schleimmengen durch Wattebäusche zu entfernen sind. Hierbei ist der Mutterspiegel mit Glycerin, nicht mit Fett oder Oel zu bestreichen.

2) Sollte sich bei der Untersuchung einer der sistirten Personen herausstellen, dass dieselbe noch nicht entjungfert ist, so ist von der Untersuchung mittelst Mutterspiegels Abstand zu nehmen; desgleichen, wenn eine der regelmässig kommenden Prostituirten zur Zeit grade menstruirt ist.

5) Nach der Untersuchung einer jeden Person sind die bei derselben benutzten Instrumente mit Bürste, Seife und heisser Sodalösung (1 pCt.) zu reinigen und in 3 pCt. Carbolsäurelösung unterzutauchen. Dies wird natürlich besonders gründlich vorzunehmen sein, wenn die vorher untersuchte Person sich als syphilitisch oder der Syphilis verdächtig erwiesen hat.

Anmerkung. Den Herren Untersuchungsärzten wird ferner empfohlen es sich angelegen sein zu lassen, dass jede Prostituirte ein Speculum und einen Spatel ausschliesslich zum persönlichen Gebrauch hat.

6) Die Internirung der Untersuchten in einem Krankenhause ist zu veranlassen, wenn dieselbe eins oder mehrere folgender Symptome aufweist:

a) Eitriger Vaginalcatarrh.

b) Eitriges Secret der Cervix uteri oder Erosionen am Muttermund.

c) Eitriges oder schleimiges Secret der Harnröhre.

d) acute Bartholinitis.

e) eitriges oder schleimiges Secret der Bartholinischen oder Periurethral-Drüsen.

f) Condylomata acuminata.

g) Schanker, an welcher Stelle des Körpers sie sich befinden, mögen, und alle anderen eiterabsondernden Flächen und Erosionen innerhalb, an oder in der Nähe der Genitalien.

h) Bubonen.

i) Syphilitische Initialsclerose sowie deren Reste in Form von mehr oder weniger weichen Infiltraten; sowie alle Erscheinungen, welche den Verdacht erregen, Initialsclerosen zu sein.

k) Alle syphilitischen Eruptionen auf der Haut und Schleimhäuten, welche der condylomatösen (secundären) Periode der Syphilis angehören, sowie alle Erscheinungen, welche den Verdacht erregen, solche Eruptionen zu sein.

l) Krätze.

m) Filzläuse.

n) Symptome aller übrigen localen oder allgemeinen Krankheiten, welche von Person zu Person übertragbar sind.

Anmerkung. Es ist erwünscht, dass die Herren Untersuchungsärzte darauf hinwirken, dass syphilitische Prostituirte im Laufe der ersten zwei Jahre ihres Leidens in regelmässigen Intervallen — auch wenn die Syphilis sich nicht grade durch sichtbare Erscheinungen manifestirt — antiluetischer Behandlung unterzogen werden.

Entsprechend dem Eingangs gemachten Vorschlage wählt die Versammlung eine Commission, welcher die Aufgabe gestellt wird, auf Grund der oben angeführten Gesichtspunkte nebst den in der Discussion vorgeschlagenen Amendements einen Entwurf über die zum Kampf gegen die Syphilis erforderlichen Maassregeln gedruckt den Mitgliedern der Gesellschaft livländischer Aerzte vor dem nächsten Aerztetage zuzustellen und denselben auf dem nächsten Aerztetage zur Discussion und Entscheidung zu bringen. Zu Gliedern dieser Commision werden erwählt Dr. H. Truhart, Dr. Zoege von Manteuffel, Dr. Ströhmberg (Dorpat) und Dr. R. Heerwagen, Dr. A. v. Bergmann (Riga). Letzterer wird, nachdem Dr. Truhart die Wahl abgelehnt, zum Präses dieser Commission erwählt.

Fünfte Sitzung.

Mittwoch, den 7. September 1894. 9 Uhr Morgens.

1) Herr Docent Dr. L. Kessler hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die Wichtigkeit frühzeitiger Erkenntniss des Gebärmutterkrebses**». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. medic. Wochenschrift.)

2. Herr Dr. Albert Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die schriftstellerische Thätigkeit Geisteskranker.**» (Der Vortrag wird in extenso an anderer Stelle abgedruckt werden.)

Im Zusammenhange mit der Demonstration einer reichhaltigen Collection von Drucksachen, die von Paranoikern veröffentlicht waren, bespricht Vortragender verschiedene Symptome und Erscheinungsformen der Paranoia. Uebereinstimmend mit der Magnan'schen Eintheilung der Paranoia constatirt Vortragender in den vorliegenden schriftstellerischen Productionen eine unverkennbare Zweitheilung: in dem einen Theile derselben sei eine logische Gedankenfolge vorhanden, das Bewusstsein der Verfasser erscheine ungetrübt. Auf Schritt und Tritt lässt sich die illusionäre resp. hallucinatorische Verfälschung der Wirklichkeit nachweisen. Diese sogenannte Paranoia der Entarteten zeichnet sich dadurch aus, dass während der ganzen Lebensdauer des Patienten die Krankheit einen constanten Charakter trage, während dagegen die andere Form durch verschiedene Phasen hindurch allmählich zum Schwachsinn führe. Die schriftstellerischen Erzeugnisse der Paranoiker, welche zur letzteren Gruppe gehören, enthalten die absurdesten Ideen in verworrener, höchst gesuchter, breitspuriger Fassung: Neugebildete Worte, erdachte Lettern, nicht zu enträthselnde Ausdrucksweisen zeigten zur Genüge, dass die Autoren mit der Mitwelt und der Wirklichkeit endgültig gebrochen hätten.

Weiterhin besprach der Vortragende das Verhältniss der Paranoischen zu den Entarteten (Degenerirten), betonte die Wichtigkeit der Kenntniss der letzteren Gruppe besonders für den Gerichtsarzt und schildert an der Hand von Krankengeschichten das Leben zweier geisteskranker «Scribenten», die er beobachtet hatte und die zu dieser Gruppe gehörten. (Autoreferat.)

3) Herr Dr. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Augenmuskellähmungen**» (wird in der Petersburger medicinischen Wochenschrift erscheinen).

4) Herr Dr. A. v. zur Mühlen hält seinen angekündigten Vortrag «**Ueber complicirte Schädelbrüche.**» (Cf. St. Pet. medicin. Wochenschr. 1895 Nr. 9.)

5) Herr Dr. A. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag: «**Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Be-**

handlung». (Erscheint demnächst in der St. Petersburger medicin. Wochenschrift.)

6) Der Präses Herr Dr. T r u h a r t giebt einen Rückblick auf die Thätigkeit und den Verlauf des VI. livländischen Aerztetages und stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (Cf. § 23) gewünscht werde. Die Frage wird einstimmig im verneinenden Sinne beantwortet.

7) Der Aerztetag wird statutengemäss durch den örtlichen Kreisarzt Herr Dr. G. A p p i n g geschlossen.

D. z. Secretair Drd. med. E. S o k o l o w s k i.

Bericht über die Thätigkeit des Leprosoriums zu Riga.

Vorgetragen auf dem VI. Aerztetage der «Gesellschaft livl. Aerzte» in Wolmar. 5. September 1894.

Von

A. Reisner.

Es sind in nächster Zeit 3 Jahre seit der Eröffnung des Rigaschen Leprosoriums verflossen, und schon am Schluss des 2. Jahres erwiesen sich die vorhandenen Räumlichkeiten als zu eng und es wurde der von vorneherein geplante zweite Flügel für weitere 40 Betten im Januar dieses Jahres fertig gestellt. Der neue Flügel ist genau so erbaut und eingerichtet wie der erste, weil sich sämmtliche Einrichtungen, sowohl die Ventilation, Heizung, Wasserversorgung, Ventilation der Abtritte als auch deren cementirte Gruben im Laufe der Jahre als vortrefflich erwiesen hatten. Modificirt wurde nur die Anlage der Senkgruben für das abfliessende Gebrauchswasser, deren Lage sich als zu niedrig, also in zu grosser Nähe des Grundwassers erwies; die neu getroffene Einrichtung ermöglicht eine viel länger dauernde Selbstthätigkeit derselben als früher.

Ferner ist schon früher die Wasserversorgung durch die alten Brunnen aufgegeben, und ein sehr ergiebiger artesischer Brunnen, dessen Wasser mittelst eines Petroleummotors in das Reservoir gehoben wird, versorgt die Anstalt mit sehr gutem Wasser.

Verpflegt wurden in der Anstalt seit der Eröffnung 104 Patienten, davon wurden 25 theils in andere Anstalten übergeführt, theils als gebessert und augenblicklich nicht gemeingefährlich entlassen und von Zeit zu Zeit controllirt; als lepraverdächtig befanden sich kurze Zeit zur Beobachtung 4 Personen im Leprosorium. Gestorben sind 14, davon 12 mit Lepra tuberosa, 1 Fall mit Lepra nervorum und ein Fall, der zur Beobachtung eingeliefert war und am Tage darauf ver-

starb. Der Sectionsbefund der an Lepra tuberosa Verstorbenen zeigte immer mehr oder weniger ausgedehnte und derbe pleuritische Adhäsionen.

In der Mehrzahl der Fälle kamen lobuläre Pneumonien vor, welche meistens den ganzen unteren Lappen betrafen und nur in einzelnen Herden in den anderen Lungenlappen sich fanden; häufig waren ebenfalls käsige Herde in diesen nachzuweisen, regelmässig waren die Milz und die Leber bedeutend vergrössert und das sehr breite bindegewebige Gerüst derselben durch Granulationsgewebe und Leprabacillen charakteristisch verändert, die Nieren waren häufig amyloid und fettig degenerirt, doch zeigten sie in keinem Falle specifische lepröse Veränderungen.

Die Therapie war, wie es ja leider das Wesen dieser Krankheit verlangt, meistens nur eine symptomatische und selbstverständlich behauptete die Chirurgie, wenn die Leprome an wichtigen Organen auftraten, welche solchem Eingriff zugänglich sind, den ersten Platz. So wurden wegen Larynxstenose 3 Tracheotomien ausgeführt, ferner 2 Iridectomien gemacht an einer Patientin, die auf dem einen Auge bereits erblindet war; nachdem der Effect der ersten Operation sehr bald durch ein Recidiv vernichtet war, wurde zum 2. Mal vor einem Jahr operirt, dieses Mal mit mehr Erfolg, da bis jetzt noch kein Recidiv eingetreten ist. Sonst beschränkte sich die chirurgische Behandlung ausser verschiedenen kleinen Operationen, als z. B. Entfernung gangränöser Phalangen der Finger und Zehen, hauptsächlich auf die Behandlung der leprösen Ulcera.

Bei der Allgemeinbehandlung prävalirte seit den Erfahrungen, die ich in $1^1/_2$ Jahren gemacht hatte, der Gurjunbalsam. Obgleich wir auch Recidive nach vollkommenem Schwinden der leprösen Symptome erlebten, so wurde ich nur in der Ansicht auch Anderer, welche dieses Mittel anwenden, bestärkt, dass nämlich die Behandlung mit diesem Mittel sehr lange auch nach scheinbar vollkommenem Schwinden aller Anzeichen der Lepra fortgesetzt werden muss. Meine Herren, Sie erinnern sich der Patientin, welche ich Ihnen im vorigen Jahr vorstellte; sie wurde gleich nach der Vorstellung als geheilt entlassen, aber schon nach einem Monat kam sie mit einem sehr heftigen Recidiv zurück in das Leprosorium. Es wurde sofort energisch wieder die Behandlung mit dem Balsam begonnen, und so wurde die Patientin in diesem Frühjahr schon auf den alten Status gebracht. Da sie den Balsam innerlich nicht gut vertrug, wurde jetzt nur noch die Einreibung gemacht, anfangs täglich, darauf 2 mal wöchentlich, zuletzt nur einmal und schliesslich wurde die Behandlung ganz ausgesetzt. Im Juli dieses Jahres zeigte sich schon wieder, dass ein Recidiv im Anzuge, Röthung und Schwellung der Randpartien an den Stellen der früheren Infiltrate (welche sich durch blasse Broncefarbe auszeichneten). Es wurde wieder die volle Gurjunbehandlung begonnen, bis jetzt nur mit geringem

Erfolg. Das Eigenthümliche bei diesem letzten Recidiv ist der Mangel an Bacillen in dem neugebildeten Gewebe und das Fehlen des Fiebers, während beide Factoren beim ersten Recidiv im October 1893 dem Krankheitsbilde den typischen Character verliehen. Bei einem zweiten Fall sind durch $1^1/_2$ jährige Behandlung die Infiltrate verschwunden und keine Pigmentirungen nachgeblieben und ist sogar die Anästhesie der afficirten Partien geschwunden, sogar die electrische Erregbarkeit der atrophirten Muskelgruppen am Daumen- und Kleinfingerballen hat sich wieder eingestellt. Trotzdem jetzt keinerlei Symptome der Lepra vorhanden sind, wird die Behandlung fortgesetzt und Patient ist bewogen, die Anstalt nicht zu verlassen. Bei einem 3. und 4. Falle ist ebenfalls so bedeutende Besserung eingetreten, dass ich nach wie vor den Gurjunbalsam, auch wenn die Recidive nicht ausgeschlossen sind, für ein vorzügliches, wenn nicht augenblicklich für das einzige Mittel halte, welches zur Behandlung der Lepra in geeigneten Fällen immer versucht werden soll.

Einiges über Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden.

Von

Dr. J. Sadikoff

(Talsen in Kurland.)

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetag der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wolmar, am 5. September 1894).

Wenn ich, meine Herren, für kurze Zeit Ihre Aufmerksamkeit für die Impffrage in Anspruch zu nehmen wage, so geschieht dieses einestheils der grossen Wichtigkeit dieser Sache wegen, zum andern Theil aber auch deswegen, weil ich bemerkt zu haben glaube, dass von manchem Arzte die Impfung jetzt als etwas, wenn ich so sagen darf, nicht ganz Standesgemässes betrachtet wird und man sie, wenn es nur angeht, gern dem Discipel etc. überlässt, wie z. B. auch das Blutegelsetzen, Zähneziehen und Aehnliches, — ein Schicksal und eine Auffassung, vor welchen ich die Impfung gerne bewahrt sehen möchte. Liebermeister sagt 1885 in seinen Vorlesungen: «Jenner's Entdeckung der Kuhpocken (1796) ist die grösste Leistung, welche die Therapie aller Länder aufzuweisen hat»! Und sollten wir jetzt andrer Ansicht geworden sein, wo neuerdings bei der Therapie der Infectionskrankheiten die Prophylaxis ein immer grösseres Gewicht, ja ich möchte sagen, den Löwenantheil erhält und sich in der alten Schutzpockenimpfung die Prophylaxis in ihrer gelungensten Form präsentirt, so dass wir eine so schwere Infectionskrankheit wie die Pocken heutzutage als vermeidbar bezeichnen können.

Es ist nicht meine Absicht, eine vollständige Abhandlung über die Impfung hier vorzubringen, sondern ich will nur einiges in praktischer Beziehung Erwähnenswerthe anführen und das Interesse der Herren Collegen für diese Frage zu gewinnen suchen. Ich meine dabei besonders die Herrn Landärzte, für die ja gerade diese Aerztetage bestimmt sind, und bitte die Herrn Specialisten um Entschuldigung, wenn ich etwas aus einem sie wenig interessirenden Gebiete vorbringe.

Ich übergehe die im vorigen Jahrhundert übliche Inoculation von Variola vera in die Haut (durch die sogenannte Varioline), welches Verfahren zu Anfang dieses Jahrhunderts mit Recht in Europa völlig verlassen ist, und berücksichtige nur die Vaccine-Impfung.

An den Impfstellen, und zwar nur an diesen, entwickelt sich im Rete Malpighi eine Pustel, welche bis zum Abfall der Krusten eine Dauer von ca. 22 Tagen hat und zwar geht die Entwicklung folgendermaassen vor sich:

Am 3. Tage röthet sich die Impfstelle stärker und beginnt sich ein Knötchen zu entwickeln, auf welchem sich bis zum 5. Tage, wo dann auch etwas Fieber sich einstellt, ein perlfarbiges Bläschen entwickelt. Am 7 Tage bekommt dieses eine Areola, am 7—9. Tage kommt gewöhnlich ein Erythem hinzu, welches meist 2 Tage stehen bleibt. Die Eintrocknung beginnt am 11.--12. Tage. Die Höchstentwicklung der Pustel wäre also ca. am 8. Tage, vom 3.—4. Tage kann aber oft bereits mit Erfolg abgeimpft werden.

Wie wir gesehen, dauert das Incubationsstadium bei der Vaccine-Impfung 3—5 Tage, während es bei der Variola vera bekanntlich wenigstens 9 Tage, d. h. ca. 6 Tage länger dauert. Dieses ist praktisch von der grössten Wichtigkeit, denn daraus folgt, dass wir die Möglichkeit haben die Variola zu coupiren. Wenn wir also Jemand in den ersten Tagen nach seinem Zusammenkommen mit Pockenkranken mit Erfolg impfen, so tritt die Schutzkraft der Vaccination 2—3 Tage früher ein, ehe die Erscheinungen der Variola hätten auftreten können. Ist die Impfung zu spät ausgeführt, so können im

schlimmsten Falle Variola und Vaccine neben einander verlaufen, was keinerlei Bedenken hat. (Pfeiffer). Wir haben also in der Vaccination einen sicheren Schutz für alle Angehörigen, Pfleger etc., welche bis vor 4 Tagen zurück mit Pockenkranken in Berührung gekommen sind.

Das Contagium der Variola ist bekanntlich im Blute und im Ausschlage enthalten. Es entsteht nach Pfeiffer durch einen zu den Sporozoen gehörigen Parasiten (welcher direct nur das Protoplasma der Epithelzellen angreift). «Diese schädliche Substanz vernichtet nicht die von ihr ergriffenen Elemente, wohl aber verändert sie dieselben so in ihrer Zusammensetzung, dass sie dadurch für längere Zeit oder für immer unfähig werden, so thätig zu sein, wie sie es müssten, um bei einer gleichen Infection die gleiche Krankheit von Neuem zu leisten.» (Ackermann 1891.) Pfeiffer stellt die Hypothese auf, dass dieses durch Retention von Parasitenkeimen entstehe, welche für eine gewisse Zeit auf das Gewebe einwirken. Er sagt: «Es müssen also in geschützten Gewebestellen Parasiten selbst zurückbleiben; von hier aus wird der Immunitätszustand so und so lange Zeit erhalten und erneuert, bis mit dem Absterben des letzten Parasitennestes auch im zugehörigen Gewebe der Schutzzustand erlischt.» Die Hypothese — und eine Hypothese bleibt es, solange bei dem Immunisirten noch nicht das Vorhandensein der Keime mikroskopisch nachgewiesen ist — welche gar nicht so unmöglich ist, würde auch vielleicht die Erklärung geben, warum eine Revaccination nöthig ist, und warum Personen, welche die Variola vera durchgemacht haben, meist für immer immun bleiben. Denn je kräftiger und zahlreicher die in den Organismus eindringenden Parasiten sind, desto kräftigere und zahlreichere Keime werden sie auch in den Geweben ablagern und desto länger wird die dadurch bewirkte Immunität dauern. Es wird also nach der viel kräftigeren Infection bei Variola vera auch die Immunität viel länger anhalten, als bei der abgeschwächten bei Vaccine. Ebenso sieht man, dass je kräftiger sich die Impfpusteln entwickelt haben, also je kräftiger der Impfstoff gewesen, desto länger die Immunität dauert.

Bei der Impfung dauert die Immunität 10—12 Jahre lang. Sie hört nicht plötzlich auf, sondern erlischt allmählich; so lange noch Impfschutz besteht, kommt es bei der Revaccination nicht zu völliger Pustelbildung und bei Variola-Infection nur zu Varioliden-Erkrankung — Thatsachen die eben auch für die Pfeiffer'sche Hypothese sprechen. Die vor einigen Jahren erfolgten heftigen Angriffe gegen die Impfung, aus denen sie siegreich hervorgegangen, haben viel zur Klärung der ganzen Sache beigetragen.

Leider muss ja zugegeben werden, dass durch die Impfung Infection mit anderen Krankheiten vorkommen kann, da man antiseptisch nicht vorgehen kann, ohne auch das Contagium in der Lymphe zu zerstören.

Mit der Lymphe können übertragen werden: Erysipel, Septikämie, Syphilis, Tuberculose, Lepra, Impetigo und Herpes.

Mit Erysipel muss nicht das am 7—9. Tage erscheinende Erythem verwechselt werden; dieses ist mehr hellroth, auch entfernt von der Impfstelle, hat keine scharfen Ränder und stört nicht den Verlauf der Vaccine. Das mit der Lymphe übertragene Erysipel (Fehleisen's Streptococcus) zeigt sich am 3.—4. Tage nach der Impfung. Die Impfstellen sind dick infiltrirt und gehen die Pusteln meist eitrig zu Grunde. Ein zweites Erysipel (Rosenbach s Streptococcus) das sogenannte Späterysipel, woran aber nicht die Lymphe schuld ist, kann auftreten am 7—9. Tage. Es wird durch Unreinlichkeit und Beschädigung (Kratzen etc.) der Impfstellen verursacht. Es verursacht unregelmässiges Verheilen der Impfstellen, oft auch Furunkelbildung.

Die Septikämie zeigt sich als Drüsen- und Lymphgefässentzündung, Abscess und Phlegmone (Septikämiebacillen oder Streptococcus pyogenes). Bei der Ueberimpfung der Syphilis bildet sich an der Impfstelle ein Schanker. Da Syphilis beim Rinde nicht vorkommt, so verhütet man diese Gefahr, wenn man animale (Kälber-) Lymphe gebraucht, auch kann man leicht durch die Untersuchung die Syphilis an dem über 1 Jahr alten Stammimpfling erkennen.

Die Uebertragung der Tuberculose ist noch nicht nachgewiesen, doch muss man theoretisch die Möglichkeit zu geben. Die Uebertragung von scrophulösen Hauterkrankungen ist beobachtet. Ebenso verhält es sich mit der Lepra.

Impetigo (durch Staphylococcus pyogenes aureus) kann sowohl durch humanisirte als durch Kälberlymphe übertragen werden. Es können nur einzelne Pusteln vorhanden, aber auch der ganze Körper bedeckt sein Der Verlauf ist gutartig, er erfordert nur Reinlichkeit und Waschungen mit antiseptischen Lösungen. Der Verlauf der Vaccine wird meist nicht beeinträchtigt.

Herpes circinatus ist durch Uebertragung bei Kälberlymphe beobachtet worden. Er ist ungefährlich und heilt rasch bei Behandlung mit schwacher Quecksilberlösung.

Die genannten Infectionen, besonders Syphilis, Tuberculose und schwere Form von Sepsis lassen sich verhüten dadurch, dass man nicht Kinderlymphe, sondern animale aus einem zuverlässigen Impfinstitut anwendet. Erisypel ist, da man die Kälber ja nicht aseptisch halten kann, oft nicht zu vermeiden, doch schützen Reinlichkeit und schützender Verband der Impfstellen meist davor.

Aus dem eben Gesagten ergiebt sich auch, dass, wenn man die Wahl hat, die Kälberlymphe vorzuziehen ist. Wir haben ja jetzt in Russland eine genügende Anzahl guter Impfinstitute[1]), aus denen man leicht zu jeder Zeit für ein Billiges gute Lymphe beziehen kann, und es ist daher nicht nöthig anders als im Nothfalle die Lymphe von den Kindern abzunehmen, was ja auch häufig mit manchen Unannehmlichkeiten verbunden ist, und das Vorurtheil der Leute ist in diesem Punkte auch nicht ganz ohne Grund. Durch die Reizung und eventuelle Infection der Pusteln entsteht eben leicht Erysipel beim Stammimpfling. Manche ziehen jedoch Lymphe von einem gesunden reinlichen Kinde, dessen Eltern man kennt, der

[1]) Lymphe aus dem Оспопрививательный институтъ Императорскаго Человѣколюбиваго Общества въ Каменецъ-Подольскѣ kommt $1^1/_2$—2 Kop. pro Impfung; sehr gute Lymphe.

Kälberlymphe vor, welche ja nicht aseptisch sein kann und Gewebstheile enthält. Bei Impfungen von grösseren Massen, wo man es nicht allzu genau nehmen kann, wie es den Landärzten meist vorkommt, wäre Kälberlymphe auch schon deshalb vorzuziehen, weil die Impfung viel schneller von Statten geht. Die Kälberlymphe behält ausserdem ihre Wirksamkeit recht lange, wenn sie nur luftdicht verschlossen, an einem kühlen Orte aufbewahrt wird. Mir sind Fälle bekannt, wo sie noch nach 1 Jahre gehaftet hat. Für einige Monate ist ihre Haftfähigkeit also sicher. Zur Kälberlymphe ist bekanntlich fast immer Glycerin hinzugesetzt; dadurch werden, wie Untersuchungen ergeben haben, die Bakterien, welche unvermeidlich in der Lymphe mit enthalten sind, in ihrem Wachsthum behindert und macht solche Lymphe bei längerer Aufbewahrung eine Art Reinigungsprocess durch. Bei Impfungen mit solcher Lymphe sind Infectionen mit Erysipel viel seltener beobachtet. Nimmt man die Lymphe von Kindern, so thut man nach Müller gut auch Glycerin hinzuzuthun, so dass auf 1 Theil Lymphe 2 aq. und 2 Glycerin kommen. Bei der Lymphabnahme muss man 2 Pusteln beim Stammimpfling, um nicht seine Immunität fraglich zu machen, unberührt lassen.

Wir kommen hiermit in's Gebiet der Impftechnik, von welcher ich auch einige Punkte besprechen möchte. Zunächst wäre die Frage zu beantworten, an wie viel Stellen soll man impfen und wie gross sollen dieselben sein? Wie ich bereits erwähnt habe, wird selbstverständlich die Immunisirung zur Menge und Güte des inoculirten und haftenden Impfstoffes im geraden Verhältnisse stehn. Die Dauer der Immunität wird also auch desto länger sein, je mehr Pusteln sich entwickelt haben.

Das Experiment und die Erfahrung haben nun ergeben, dass zu einer Immunisirung von ca. 10 Jahren als Minimum 2 gut ausgebildete Impfpusteln nöthig sind. Da sich nun aber nicht an allen Impfstellen immer Pusteln entwickeln, so wird man natürlich an mehr als 2 impfen müssen. Das deutsche Impfgesetz verlangt daher Impfen an wenigstens 6 Stellen. Eine grosse Impfstelle statt mehrerer kleiner anzulegen, ist nicht vortheilhaft, weil

sich die Pusteln viel langsamer und unvollkommener entwickeln, z. B. auch das Incubationsstadium länger dauert als bei mehreren kleineren. Wenn nur eine Pustel sich entwickelt hat, so ist zum zweiten Mal zu impfen.

Man impfe also an wenigstens 6 Stellen, c. 1 Cm. jede von der andern entfernt, auf einen Arm oder auf beide vertheilt; bei der Vaccination am besten nur auf den linken Arm. Bei humanisirter Lymphe kann man an Stelle der Schnitte auch Striche mit der Impfnadel etc. machen, für die animale Lymphe, welche viel schwächer ist, genügt das nicht.

Die Instrumente und die Hände des Impfers müssen aseptisch sein. Zur Reinigung der Impfstelle können nur schwache Antiseptica, z. B 3 pCt. Carbol- oder Borsäure-Lösung verwandt werden, weil sonst der Erfolg zweifelhaft wird. Sublimatlösung 1 : 1000 oder Aether sind zu stark. Am besten ist, dass man darauf sieht, dass die Kinder tags vorher gebadet werden. Die beim Impfen gebrauchten Instrumente (Messer, Hohlsonde etc.) sind nach jeder Impfung mit steriler Watte abzuwischen. Pinsel, oder ähnliche schlecht zu reinigende Gegenstände zur Auftragung der Lymphe sind selbstverständlich unzulässig. Ganz junge Kinder sollten wegen der Möglichkeit latenter Syphilis nicht geimpft werden, ebenso schwächliche und kränkliche nur, wenn Pocken am Orte und dessen Umgebung herrschen. Doch genug davon — das wird ja schon jeder Impfer, wenn er eben Arzt ist, schon selbst richtig zu beurtheilen wissen. Ich hoffe, meine Herrn Collegen, das Sie aus dem Wenigen, was ich so aus der ganzen Impffrage herausgegriffen habe, denn doch den Eindruck erhalten haben, dass es bei der Impfung noch so manche offene Frage giebt, dass dabei auch so manche Frage an den Impfer herantritt, welche eben nur ein Arzt (und zwar sogar nur einer, welcher sich mit der Impfung auch beschäftigt hat) richtig beantworten kann, dass also die Impfung ein vollgiltiger Zweig der ärztlichen Thätigkeit ist. Das Impfgeschäft sollte daher mit nichten Andern als Aerzten überlassen werden und sollten gerade die Landärzte, welche schon so manchen Zweig der Medicin den Specialisten ärztlichen und

nichtärztlichen Standes überlassen müssen, Alles thun, die Impfung nicht aus Händen zu lassen, sowohl in ihrem eigenen Interesse als im Interesse der Bevölkerung. In Deutschland ist dieses auch in richtiger Weise festgelegt. Der § 8 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 sagt: «Ausser den Impfärzten sind ausschliesslich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen.» Ja, man ist dort sogar noch weiter gegangen: es muss jeder Arzt, welcher Impfung vornehmen will, noch nachweisen, dass er die auf den Universitäten vorhandene Gelegenheit zur Erlernung der Impftechnik benutzt hat. Von diesem Nachweis hängt auch die Zulassung zum Staatsexamen ab.

Ich ersuche die Versammlung sich darüber auszusprechen, ob es nicht opportun wäre, höheren Ortes darum zu petitioniren, dass in den Ostseeprovinzen nur Aerzte, welche ja in genügender Anzahl vorhanden sind, zur Ausübung der Impfung zugelassen würden, und vielleicht eine Commission zu ernennen zur Ausarbeitung eines Impfreglements nach dem heutigen Stande der Wissenschaft für die Ostseeprovinzen, vielleicht auf Grundlage dieses meines folgenden Projectes.

Anmerkung: Dr. Sadikoff verliest hierauf ein selbst verfasstes Reglement für die Schutzpockenimpfung in den russ. Ostseeprovinzen, welches von einer Commission begutachtet werden soll. In die Commission werden gewählt; Dr. Sadikoff-Talsen, Dr. Heerwagen-Riga, Dr. Fischer-Sagnitz unter dem Präsidium des Dr. Sadikoff.

Zur Casuistik der Uterusruptur.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetag der Gesellschaft livländ. Aerzte am 5. September 1894 in Wolmar.

Von

Dr. med. Armin Treu,

prakt. Arzt in Sennen.

Meine Herren! Wenn ich, als Landarzt in einer für livländische Verhältnisse, was Verkehrsmittel und sanitäre Einrichtungen betrifft, höchst uncivilisirten Gegend, es unternehme, Ihnen einen Fall aus meiner geburtshülflichen Praxis vorzutragen, so werden Sie es durch das Interesse, welches der mitzutheilende Fall darbietet, gerechtfertigt finden.

Mängel, welche meinen Ausführungen naturgemäss anhaften, wie mangelnde Kenntniss der neueren Literatur und mangelhafte, klinischen Idealen sehr wenig entsprechende Beobachtung des Krankheitsverlaufes, werden Sie im Hinblick auf die primitiven Verhältnisse, unter denen wir zu arbeiten haben, gütigst entschuldigen.

Ich bin in der Lage, Ihnen, meine Herren, einen Fall von geheilter Uterusruptur mitzutheilen. Das interessante Capitel über die Aetiologie und Entstehung der spontanen Uterusruptur, welches von Bandl[1]) in maassgebender Weise behandelt worden ist, kann ich unberührt lassen, da es sich in meinem Fall nicht um spontane, sondern um violente, durch äussere Gewalt bedingte Ruptur handelt. Dagegen will ich, bevor ich zur Krankengeschichte

meiner Patientin übergehe, einige Worte über die Häufigkeit, die Mortalität, sowie über die verschiedenen Ausgänge der Gebärmutterzerreissungen sagen.

Die Häufigkeit der Uterusruptur lässt sich ziffermässig nicht darstellen, obgleich einige Autoren es versucht haben. Die Resultate der diesbezüglichen statistischen Zusammenstellungen sind denn auch bei den einzelnen Autoren ungemein verschieden. Während Collins[2]) in der grossen Gebäranstalt zu Dublin (1826—1835) unter 16,654 Geburten 34 Mal Uterusruptur zu verzeichnen hatte, wonach schon auf ca. 490 Geburten ein Fall von Gebärmutterzerreissung käme, giebt Burns dieses Verhältniss wie 1:940, Bandl wie 1:1183, von Franqué wie 1:3225 und Bluff sogar wie 1:7466 an. Ziehen wir nun aus den angeführten Zahlen das Mittel, so käme unter 2660 Geburten ein Mal Uterusruptur vor.

Fast ebenso schwierig, wie die Häufigkeit der Uterusruptur zu constatiren, ist es, sich eine richtige Vorstellung zu machen von dem Mortalitätsverhältniss, denn man kann a priori annehmen, dass viele Fälle von tödtlich verlaufener Uterusruptur der Publication entgehen, während Fälle von sicher constatirter geheilter Gebärmutterzerreissung doch wohl so bemerkenswerth sind, dass sie auch vom Lande her fast immer werden berichtet worden sein.

Die Anschauung von der «fast absoluten (95 pCt.) Tödtlichkeit», die ich in einer Publication v J. 1878 vertreten fand, ist als zu pessimistisch zu bezeichnen, während Bluff's[3]) Statistik, der 62 Fälle von Uterusruptur mit 26 Genesungen gesammelt hat, ein unbegreiflich günstiges Verhältniss ergiebt. Ich habe 33 alte Bände von «Schmidt's Jahrbüchern» durchgesehen und dabei 79 einschlägige Publicationen gefunden. Von den mitgetheilten 79 Fällen von Uterusruptur endeten 70 tödtlich, während 9 Patientinnen genasen. Es scheint also, dass jedenfalls mehr als 10 pCt. Genesungen bei der Uterusruptur zu verzeichnen sein dürften.

Was die Ausgänge der Uterusruptur betrifft, so ist vor Allem zu constatiren, dass die meisten von derselben be-

troffenen Patientinnen in wenigen Stunden an meist innerer Verblutung zu Grunde gehen. Nächstdem führt am häufigsten consecutive septische Peritonitis, spätestens einige Tage nach dem Eintritt der Katastrophe zum Tode. In einigen Fällen ist Einklemmung eines Darmabschnittes in die Risswunde und dadurch bedingter Ileus als Todesursache angegeben.

Um Ihnen, meine Herren, die verschiedenartigen günstigen Ausgänge der Uterusruptur gleichsam zu illustriren, will ich Ihnen einige Fälle aus der älteren medicinischen Literatur kurz referiren.

Dufour[4]) und Raige beobachteten im Jahre 1797 eine Gebärmutterzerreissung bei vollständig prolabirtem Uterus. Der Muttermund war, während der ca. 8 Monate lang schwangere Uterus zwischen den Beinen der Frau lag und bis zu den Knien hinabreichte, nur etwa 1 Zoll im Durchmesser erweitert. Plötzlich riss während einer Wehe die Gebärmutter $2^1/_2$ Zoll über dem Muttermunde rechts ein und der kindliche Körper wurde im Augenblick durch den Riss ausgestossen. Die Nachgeburt folgte leicht und der Uterus blieb in der Grösse eines Strausseneies zwischen den Beinen liegen. Nach 12 Stunden sah man die Risswunde gangraenesciren, es bildete sich ein Brandschorf, die Gebärmutter verkleinerte sich allmählich, die Wunde vernarbte und war nach 2 Monaten völlig geheilt. Noch nach 13 Jahren befand sich die Frau ganz wohl, obgleich der Uterus vor den äusseren Genitalien lag.

Nägele[5]) berichtet über die glückliche Niederkunft einer Frau, deren Uterus vor 2 Jahren durch äussere Gewalt schwer verletzt worden war. Die Verletzung bestand darin, dass die Frau, im 8. Monat schwanger, einen Stoss mit einer Wagendeichsel in den Unterleib bekam. Links im Abdomen bildete sich darauf eine Geschwulst, in welcher der Steiss und ein Fuss der Frucht deutlich zu fühlen war, während per vaginam der Kopf als vorliegender Theil gefühlt wurde. 6 Tage später stellten sich Wehen ein, durch welche in einigen Stunden das Kind bis auf die Brust geboren wurde. Da die Geburt nun nicht weiter vorrückte zog die Hebamme an den Schultern und

am Kopf des Kindes, wodurch der Rumpf in der Lendengegend abgerissen wurde. 4 Tage später öffnete sich ein Abscess an der Bauchwand spontan, und es trat ein Fuss hervor, an welchem ziehend die Patientin alles zurückgebliebene entfernte. Im Grunde der ca. 5 Zoll im Durchmesser haltenden Oeffnung sah man den Uterus und eine Darmschlinge. Nach ca. 6 Wochen war die Wunde verheilt. 1/2 Jahr später bildete sich an dieser Stelle eine Hernia ventralis, die sich durch ein Bruchband gut zurückhalten liess. Etwa ein Jahr nach der Verletzung abortirte Pat. im 2. Monat der Schwangerschaft. Ca. 3 Monate darauf wurde sie wieder schwanger und diese Schwangerschaft verlief ganz normal; ebenso glücklich ging die Geburt von statten. Jetzt untersuchte N. durch die Bruchpforte im linken Musculus rectus abdominis und fühlte an der linken Seite des Gebärmutterkörpers sehr deutlich eine 2 Zoll lange und in der Mitte 1/2 Zoll breite Vertiefung. «Es unterliegt keinem Zweifel», meint Nägele, «dass dieses die vollkommen vernarbte Stelle war, wo der Uterus vor 2 Jahren den Riss erlitten hatte».

Fitzek[6]) beobachtete eine Ruptur des Uterus mit Austritt des Kindes in den Mastdarm, von wo er dasselbe per anum mittelst der Zange extrahirte. Auch dieser Fall endete für die Frau mit Genesung.

Aehnliche interessante Fälle könnte ich Ihnen, meine Herren, noch mehrere anführen, doch würde uns das zu weit führen. Ich will daher mit Ihrer Erlaubniss zur Krankengeschichte meiner Patientin übergehen.

A. T. Gesindeswirthin unter Kosse, vollendet bald ihr 43. Lebensjahr. Vor 20 Jahren heirathete sie und hat seitdem 11 Mal normal und ohne Kunsthülfe, das letzte Mal vor 8 Jahren, geboren. 6 ihrer Kinder sind am Leben und gesund. Sie selbst ist früher immer gesund gewesen. Auch nach ihrer letzten Entbindung und Lactation vor 8 Jahren ist sie normaler Weise menstruirt worden bis zum 25. März 1893 inclusive. Seitdem hat Pat. keine Regel mehr gehabt, da sie um diesen Termin schwanger wurde. Nach dem Ausbleiben der Regel und dem Beginn der fühlbaren Kindsbewegungen erwartete die Frau ihre Niederkunft um den Jahreswechsel 1893/94. Statt dessen hörten am 24. December 1893 die Kindsbewegungen vollständig auf. Es stellten sich vage Schmerzen

im Unterleibe ein, die allmählich schwächer wurden und, nach Aussage der Frau, keine Aehnlichkeit mit Wehen hatten. So lebte denn die Patientin den Januar, Februar und März hindurch in relativem Wohlbefinden. Ende März a. c. stellte sich ein ziemlich reichlicher, wässriger, blutig gefärbter und übelriechender Ausfluss aus den Genitalien ein, der bis zur Entbindung (14 Tage) in ziemlich gleicher Intensität fortdauerte. 24 Stunden vor meiner Ankunft bekam Patientin stärkere aber atypische Schmerzen, die sie ans Bett fesselten.

Am 11. April 1894 wurde ich zu der Kranken abgeholt und traf etwa um 11 Uhr Abends bei ihr ein. Ich fand die Patientin auf der Pritsche einer bäuerlichen Badstube liegend. Gesicht und Schleimhäute blass, Extremitäten kühl, Körpertemperatur erhöht. Puls schwach, über 120 Schläge in der Minute. Die äussere Untersuchung des Abdomen ergab nichts Auffallendes.

Bei der inneren Untersuchung fand ich den Kopf des Kindes frei beweglich über dem Beckeneingang. Der Muttermund war für 5 Finger durchgängig. Der ca. 1. Finger breite ziemlich wulstige Saum desselben hatte hinten links eine hasenschartenförmige Einkerbung, von welcher ausgehend ein derber, narbenartiger Strang quer nach rechts und etwas nach oben ziehend zu fühlen war. In der Gegend der kleinen Fontanelle war ein Loch im kindlichen Schädel zu fühlen, welches aber offenbar die Dura mater nicht mitbetraf, da keine Gehirnsubstanz abging. Aus den Genitalien der Frau floss eine blutig-wässrige Flüssigkeit von intensiv jauchigem, faeculentem Geruch.

Im Befinden der Patientin und in der fauligen Beschaffenheit der Frucht sah ich die Indication zur sofortigen Entbindung, und zwar entschloss ich mich zur Wendung.

Nachdem ich die Patientin leicht chloroformirt hatte, ging ich mit der rechten Hand in die Vagina ein. Meine conisch zusammengelegten Finger passirten etwa bis zur Mitte der ersten Phalangen ohne Schwierigkeit den äusseren Muttermund. Dem Durchtritt der Metacarpo-phalangeal-Gelenke meiner Hand dagegen setzte der Muttermund, besonders jener oben erwähnte quere narbige Strang ein bedeutendes Hinderniss entgegen. Indem ich mich bemühte, dieses Hinderniss allmählich zu überwinden, fühlte ich es plötzlich weichen, und meine Hand drang — in die Bauchhöhle. Ich zog die Hand etwas zurück und ging, mich mehr nach vorne haltend, in die Uterushöhle ein, ergriff einen Fuss der Frucht und wandte und extrahirte letztere ohne Schwierigkeit in einem Tempo. Die Frucht habe ich leider garnicht in Augenschein genommen, da ich meine ganze Aufmerksamkeit der Frau zuwandte. Im Befinden derselben fand ich garkeine Veränderung, selbst die Beschaffenheit des Pulses änderte sich nicht, so dass ich schon anfing an meiner Diagnose zu zweifeln. Als die Placenta trotz energischem Credé ca. nach einer Stunde

nicht folgte, ging ich wieder mit der rechten Hand ein. Ich fühlte einen quer oder schräg nach rechts oben verlaufenden Riss in der hinteren Cervixwand. Der Riss hatte unregelmässige, lappige Ränder und schien auf der linken Seite der Frau auch etwas auf die vordere Wand der Cervix überzugehen. Nun ging ich erst durch den Riss in die Bauchhöhle ein, und fühlte mit der Volarfläche meiner Hand die glatte, vom Peritoneum überzogene hintere Uteruswand, während die Dorsalfläche der Hand mit den offenbar vom Netz bedeckten Gedärmen in Berührung kam. An der hinteren Uteruswand entlang drang ich weiter aufwärts, bis ich den Fundus uteri erreichte und denselben umgreifend nur die Bauchdecken zwischen meiner von aussen auf das Abdomen gelegten linken Hand und den Fingerspitzen der innerlich untersuchenden rechten Hand fühlte. Nachdem ich diese wieder durch den Riss zurückgezogen hatte, führte ich sie in den fest um die Placenta contrahirten Uterus. Erst nach langen vergeblichen Bemühungen gelang es mir, einen Lappen der Placenta in die Hand zu bekommen und, an diesem und gleichzeitig mit der linken Hand am Nabelstrang ziehend, die Nachgeburt aus dem Uterus zu entfernen. Die Placenta war ziemlich hart, übelriechend, hatte eine dunkel grünlich-braune Farbe und machte den Eindruck, als sei sie schon lange von der Uterussubstanz gelöst gewesen. Während der ganzen Zeit verlor Patientin nur geringe Mengen Blut.

Nun machte ich eine Uterusausspülung mit ganz schwacher (ca. ½%) Carbollösung und verliess die Patientin ca. um ½2 Uhr Morgens in der festen Ueberzeugung, dass sie verloren sei.

Ueber den weiteren Krankheitsverlauf kann ich Ihnen, meine Herren, nur sehr dürftige Mittheilungen machen. Am 13. IV. a. c. war der Mann der Patientin bei mir und erzählte Folgendes: Bald nach meiner Abfahrt wurde Patientin in das Wohnhaus transportirt und zu Bett gebracht. Am nächsten Tage hatte sie häufig Erbrechen und klagte über starke Schmerzen im aufgetriebenen Unterleibe. Ich vermuthete septische Peritonitis und verordnete kalte Compressen auf den Leib und Morphiumtropfen innerlich. Am 28. IV. wurde ziemlich derselbe Status geschildert. Das Erbrechen hatte aufgehört. Die Morphiumverordnung wurde repetirt. Am 28. VI. erzählte mir der Mann, dass die Frau nach 10 wöchentlichem Krankenlager aufgestanden sei und sich, abgesehen von beständigem Urinträufeln, ganz wohl befinde. Seit der Entbindung sei der Urin kein Mal willkürlich gelassen worden. In der ersten Woche sei eitriger, mit Wasser untermischter Ausfluss vorhanden gewesen; später nur wässriger Ausfluss (Urin). In den ersten 14 Tagen hätte Patientin ausser Thee nichts genossen, später allmählich zunehmenden Appetit gehabt. Die Schmerzen und die Schwellung des Unterleibes sollen seit der

2 Morphiumverordnung (28. IV.) allmählich nachgelassen haben. Am 22. VIII. a. c. bestellte ich die Patientin zu mir und hatte Gelegenheit den folgenden Status aufzunehmen:

A. T. ist kräftig gebaut, wohl genährt und wohl aussehend. Die nächste Umgebung der äusseren Genitalien zeigt ein trockenes Ekzem. Die Vulva und der Scheideneingang sind normal. Ungefähr in der Mitte der Scheide befindet sich ein die vordere mit der hinteren Wand verbindender narbiger Strang etwa von der Stärke eines Zündhölzchens. Links an diesem Strang vorbei gelingt es leicht 2 Finger, so wie ein mittleres Speculum hindurchzuführen, während rechts kaum ein Finger durchdringt. Die Portio vaginalis ist nicht zu sehen und zu fühlen; die Scheidengewölbe sind abgeflacht und stossen in der Mitte in einer bogenförmig, mit der Convexität nach hinten gerichteten Furche an einander. Diese Furche beginnt rechts seitlich, verläuft von dort quer und etwas nach hinten über den Scheidengrund, biegt ungefähr in der Mitte desselben um und endet links vorne. Die Sonde dringt in diese Furche überall nur ca. ½ Centimeter tief ein; es gelingt also nicht von einem Punkte der Furche aus in die Unterushöhle zu gelangen. Nur im linken vorderen Endpunkt der Furche dringt die Sonde bequem ein und zwar gelangt man von dort aus in die Blase. Betrachtet man diese Stelle durch das Speculum, so sieht man die Furche links vorne in einer Oeffnung endigen, in welche ein, wie es scheint, von Blasenschleimhaut gebildeter Pfropf hineinragt. An diesem Pfropf vorbei sieht man langsam Urin herabsickern. Durch die Harnröhre lässt sich ein dicker, männlicher Metall-Katheter bequem in die Blase einführen. Eine Communication zwischen Harnröhre und Scheide ist nicht vorhanden. Vom Rectum aus fühlt man den Uterus ganz in der linken Seite des Beckens in retrovertirter und gestreckter Stellung. Die hintere Fläche des Organs fühlt sich hart und uneben an, und erscheint der Uterus in seinem unteren Abschnitte fest mit der Umgebung verbacken.

Dieses, meine Herren, ist im Wesentlichen der Befund, welchen meine Patientin (die Sie hier in relativ blühendem Gesundheitszustand vor sich sehen), jetzt darbietet, nachdem sie vor bald 5 Monaten eine complete Uterusruptur erlitten hatte, eine Affection, welche die bei Weitem grösste Mehrzahl der davon betroffenen Frauen in wenigen Stunden dahinrafft.

Literatur

1. Bandl: Ueber Ruptur der Gebärmutter. Wien 1875.
2. R. Collins: A practical Treatise on Midwifery containing the Result of Sixteen Thousand Six Hundred and fifty-four births, occurring in the Dublin Lying — in Hospital, during a Period of seven years, commencing November 1826. London 1835. Ref. H. F. Kilian. Schmidts Jahrb. 1837. (B. XIII.) p. 265.
3. Bluff: Siebolds Journ. Bd. XV H. 2.
4. Dufour: Revue méd. 1835. Decbr.
5. H. F Nägele (damals Privatdocent in Heidelberg): Medicinische Annalen. Bd. IV. H. 4. 1839.
6. Joh. Fitzek: Med.-chir. Centralblatt. 1876. № 15.

Zur Therapie der Phthise.

Von

Prof. Dr. K. Dehio.

Ein auf dem VI. livländischen Aerztetag zu Wolmar am 5. September 1894 gemachter Vorschlag.

M. H.! Wenn ich für eine kurze Zeit ihre Aufmerksamkeit erbitte, so geschieht es nicht um Sie mit einer breiten Darlegung der Grundsätze und Anschauungen zu ermüden, welche der heutigen Therapie der Phthisis zu Grunde liegen und welche ja Ihnen Allen bekannt sind. Ich möchte Ihnen nur einige aphoristische Gedanken vorlegen, die mir oft in meiner Praxis aufgestiegen sind und speciell die Phthiseotherapie bei uns zu Lande betreffen. Wie oft werden wir nicht von jungen Menschen consultirt, die bis vor Kurzem in blühender Gesundheit gestanden haben und nun zu hüsteln und zu kränkeln begannen. Eine geringe Abmagerung und Blässe, vielleicht etwas Kurzathmigkeit und Brustschmerzen sind die einzigen Veränderungen, sind die einzigen Störungen, die sie zum Arzte treiben. Allein das Sthetoscop lässt ein paar Rasselgeräusche an einer Lungenspitze erkennen und eröffnet damit die ganze trübe Perspective in die oft elend endende Zukunft des beginnenden Phthisikers. Was thun? — ist hier die schwer zu beantwortende Frage. Handelt es sich um einen reichen und unabhängigen Menschen, so kann er sich freilich durch eine Reise in den Süden oder nach Davos die günstigsten Chancen für die Wiederherstellung seiner Gesundheit schaffen — viel häufiger aber haben wir es mit Kranken zu thun, deren Mittel

es nicht gestatten, einen der theuren Curorte oder eine elegante Heilanstalt des Auslandes aufzusuchen. Hier muss womöglich auf anderem Wege Rath geschaffen werden.

Die Antwort auf die Frage, was zu thun sei, hat zu verschiedenen Zeiten und je nach den in der Medicin herrschenden Richtungen und Strömungen sehr verschieden gelautet. Aus meiner Kinderzeit ist mir sehr lebhaft erinnerlich, wie die Furcht vor Erkältung die ganze Therapie der Lungenschwindsucht beherrschte. Die Kranken durften zumal in den langen kühlen und kalten Jahreszeiten ihre Wohnung nicht verlassen, und die Folge war, dass sie permanent in dumpfen, kleinen, luft- und lichtlosen, überheizten Stuben ihr trauriges und monotones Dasein fristen mussten; war Fieber vorhanden, so wurde die schon ohnehin oft schmale Kost auf Thee und Hafertum reducirt, um durch Luxuszufuhr dem fieberhaften Process nicht neue Nahrung zuzuführen; bei Husten und Auswurf wurden Lakritz und Salmiak und andere Expectorantien so lange verordnet, als der Magen es irgend vertrug. So irrationell diese Behandlungsmethode dem modernen Arzt auch erscheinen mag, so hat es doch lange gedauert, bis eine Besserung derselben sich Bahn brach.

Der erste Fortschritt bestand darin, dass die Furcht vor der frischen Luft, zum Theil wenigstens, überwunden wurde. Man sah ein, dass, wenn der permanente Zimmeraufenthalt schon gesunden Lungen nicht wohlthut, die mit Staub und allen möglichen Exhalationen verunreinigte Stubenluft den kranken Lungen erst recht nicht zum Heil gereichen könnte. Man begann die Kranken wenigstens im Sommer auf's Land zu schicken, und die Klimatotherapie feierte ihre ersten Triumphe. Sehr erleichtert wurde dieselbe durch die moderne Ausbildung der Verkehrsmittel, welche auch uns Nordländern den schönen sonnigen Süden in eine früher nicht geahnte Nähe rückte. Aber die Uebertreibungen blieben nicht aus; je schwerer die Krankheit, desto mehr war man bemüht dem Leidenden als letztes Mittel einen Winteraufenthalt im Süden zu ermöglichen. Kranke im letzten Stadium,

kaum mehr im Stande sich auf den Beinen zu halten, wurden den Strapazen der weiten Reise unterworfen und die Leichensteine der Kirchhöfe von Nizza und Meran sind die stummen und doch so beredten Zeugen dieser erfolglosen Therapie — erfolglos vor Allem deshalb, weil meist erst zu Ende der Krankheit versucht wurde, was in ihrem Beginn hätte geschehen müssen.

Erst später sah man ein, dass der Mensch von Luft allein nicht lebt und dass bei einer zehrenden Krankheit in erster Linie die Kräfte geschont und Ersatz für den verstärkten Zerfall der Körpersubstanz geschafft werden muss. Gute Ernährung und gute Pflege traten neben der Beschaffung reiner Luft in den Vordergrund der therapeutischen Forderungen.

Nur zu bald lehrte jedoch die Erfahrung, dass Nahrung und Pflege in der weiten Fremde nur für schweres Geld zu haben sind, und dass ein Phthisiker, der aus Mangel an Mitteln gezwungen ist, ein enges und nicht zu erheizendes Stübchen, wenn auch im schönsten Curort zu bewohnen, gar oft viel schlimmer dran ist, als wenn er daheim in der liebenden Pflege der Seinen geblieben wäre. Es ist eine gesunde Aeusserung des praktischen Sinnes unserer Aerzte, wenn sie heute mit der Verordnung einer Reise in den Süden vorsichtiger geworden sind und nur solche Kranke zu derselben überreden, die auch in der Fremde sich all' den Comfort erlauben können, an den sie zu Hause gewöhnt sind.

Ein fernerer wichtiger Umstand ist wohl zu beachten: Ebenso, wie wir von einem Gesunden, der an ein unregelmässiges und unvernünftiges Leben gewöhnt ist, nicht verlangen können, dass er alsbald eine vernunftgemässe Lebensweise einschlägt, wenn wir ihm nur die Principien einer solchen erläutern, ohne ihn praktisch zu derselben anzuhalten — ebenso dürfen wir von einem Phthisiker nicht erwarten, dass er im Stande sei, die diätetischen Vorschriften, die wir ihm geben können, auch sofort mit Verständniss und Consequenz zu erfüllen. Hierzu gehört mehr als eine mündliche Unterweisung. Will man etwas erreichen, so muss man erzieherisch auf den Kran-

ken einwirken. Der Arzt muss im Stande sein, den Kranken fortwährend zu beaufsichtigen und ihm nicht nur mit Rath zur Seite stehen, sondern ihn auch durch thatkräftige Hülfe zu allem dem anhalten, was zu seiner Heilung nöthig ist. Das ist nun in offenen Curorten, wo die Kranken fast ganz ihrem eigenen Ermessen überlassen sind und thun und lassen können, was sie wollen, kaum zu erreichen.

Hier tritt nun die Behandlung in geschlossenen Heilanstalten in ihre Rechte, wie sie zuerst von Bremer (Görbersdorf) und Dettweiler (Falkenstein) errichtet worden sind. In diesen Anstalten finden die Kranken Alles, was ihnen Noth thut und — last not least — eine permanente ärztliche Beaufsichtigung und den praktischen, erzieherischen Zwang, ihr Leben genau nach den Forderungen der Hygiene und Therapie einzurichten. Der regelmässige Turnus des täglichen Anstaltlebens bringt es mit sich, dass sie nolens volens sich in das ihrem Gesundheitszustand angepasste Getriebe hineinfügen und fast niemals in die Lage kommen, Dinge zu unternehmen oder sich Extravaganzen zu erlauben, die ihnen unzuträglich sind. Wie viele junge, an das unregelmässige Treiben der Grossstädte gewöhnte Leute lernen hier zum ersten Mal eine vernunftgemässe Lebensführung. und wo etwa Zweifel darüber auftauchen, was gut oder schädlich ist, da steht ihnen der Arzt zur Seite, welcher regulirend und corrigirend in das Leben der Kranken eingreift und die sachgemässe Ausführung seiner therapeutischen Anordnungen überwacht. Es ist eine bekannte Thatsache, dass hydropathische und sonstige physikalische Heilmethoden nirgends solche Erfolge erzielen, wie in diesen Anstalten, bloss aus dem Grunde, weil sie zu Hause fast nie in kunstgemässer Weise ausgeführt werden.

Und in der That: die Erfolge der Anstaltsbehandlung sind vielversprechend. Wenn Dettweiler bei Phthisikern, die in der ersten Zeit ihrer Erkrankung in seine Anstalt kamen, in 50 pCt. Heilung erreicht haben will, so ist das ein Resultat, welches die bisher übliche ungünstige Prognose der Lungentuberculose wesentlich hoffnungsreicher gestalten muss.

So standen die Dinge, als die Episode der specifischen Behandlung der Tuberculose mit dem Koch'schen Mittel die Welt in einen Taumel von medicinischem Optimismus hineinriss, wie man ihn noch nie erlebt hatte. Leider war es nur ein schöner Traum, und wie wir ernüchtert aus demselben erwachten, da sahen wir uns denselben Problemen der Schwindsuchts-Behandlung gegenübergestellt wie vorher. Die ärztliche Welt sah ein, dass die Zeit für eine antitoxische Behandlung der tuberculösen Infection noch nicht gekommen sei, und kehrte zu dem richtigen Grundsatz zurück, dass wir diesem Würgeengel gegenüber bis jetzt nichts anderes thun können, als die Tuberculösen so früh wie möglich unter solche Bedingungen zu setzen, unter denen die Krankheit erfahrungsgemäss am ehesten zur spontanen Ausheilung gelangt.

Aber ein Fortschritt war doch erreicht. Das Bestreben auch den Armen und Schwachen die Wohlthat einer rationellen Behandlung zu Theil werden zu lassen, hatte einen neuen, lebhaften Anstoss erhalten und dieser trug seine Früchte.

Deutschland ging voran mit der Einrichtung von Sanatorien, die nicht gegen schweres Geld sich den Reichen öffnen, sondern als Volksheilstätten den Armen unentgeltlich zu Gebote stehen. Die erste derartige Anstalt ist dank der energischen Initiative Finkelnburg's und Dettweiler's vom Frankfurter Verein für Reconvalescenten-Anstalten in Falkenstein vor zwei Jahren eröffnet worden und viele ähnliche Gründungen sind nicht nur in Deutschland, sondern auch in Oesterreich, wo Schrötter die erste Anregung gegeben hat, sowie in Frankreich im Entstehen. — So sind wir nach unseren jetzigen Kenntnissen auf dem rechten Wege. Will man die mächtigste und verderblichste aller Volksseuchen erfolgreich bekämpfen, so muss man seitens des Staates und der öffentlichen Wohlthätigkeit dem Bedürfniss der niederen Stände nach einer rationellen Hülfe entgegenkommen.

Und wie steht es nun bei uns? hier giebt es weder für Arme noch für Reiche ein geeignetes Unterkommen,

wenn sie an der Phthise erkranken. Wer nicht im Stande ist in der Fremde, fern von der Heimath und seiner Familie, ein theures Sanatorium oder einen Curort aufzusuchen, der befindet sich daheim in einer üblen Lage.

Gewissenhafte und theilnehmende Aerzte findet er hier eher als anderswo — aber die Methode der Behandlung ist hier mehr die durch das Wort als die durch die That. Wir sagen dem Kranken was er thun soll, wir schicken ihn womöglich auf's Land, und rathen ihm gut zu essen und sich zu pflegen, aber dann sind wir oft am Ende unseres Könnens. Dass der Kranke wirklich Alles, so wie wir es meinten, erfüllt, das sind wir fast nie im Stande durchzusetzen, denn wir haben nicht die Möglichkeit als Hausärzte den Kranken zu demjenigen Regime thatsächlich anzuhalten, das ihm Noth thut.

Es liegt auf der Hand, dass solches in radicaler Weise nur geschehen könnte, wenn auch bei uns Sanatorien und Heilanstalten für Schwindsüchtige eröffnet würden. Unser rauhes Klima würde dieses nicht hindern; das Vorurtheil, dass Lungenkranke durchaus keine niedrig temperirte Luft einathmen dürfen, ist durch die günstigen Erfahrungen, die man an vielen Orten, namentlich in Davos, mit der Winterluftkur gemacht hat, wohl glücklich überwunden. Ein jeder von Ihnen, m. H., kennt die erquickende, den Bronchialbaum reinigende Wirkung, die eine Winterfahrt im offenen Schlitten hat. Warum sollen wir diese Wohlthat nicht auch den Lungenkranken zubilligen, vorausgesetzt, dass wir sie, in die nöthigen Pelze und Filzstiefel verhüllt, auf seitlich mit Brettern oder Segeltuch verschlagenen, windsichern offenen Veranden vor einer Erkältung der äussern Hautdecken schützen können. Natürlich dürfen solche Versuche nur mit Umsicht und nicht bei ungeeigneten Fällen gemacht werden. Einen zu Hämoptoe neigenden Phthisiker werde ich nicht plötzlich in die strenge Winterkälte hinaussetzen. Aber nicht immer ist es bei uns im Winter 20° kalt und es giebt viele Lungenkranke, die eine Abkühlung ihrer Lungenluft ausgezeichnet vertragen.

Ein viel schwereres Hinderniss besteht in der Aermlichkeit unserer socialen Verhältnisse. Das Kapital, welches zur

Gründung von Sanatorien nöthig ist, findet sich hier unendlich schwer und das Risiko, dass eine solche Anstalt sich am Ende nicht rentiren könnte, ist ein sehr grosses. Sollte es da nicht möglich sein, die grossen Sanatorien durch andere Unternehmungen in kleinem Maassstabe wenigstens theilweise zu ersetzen? Hier bin ich an dem Punkte angelangt, wo ich meine Vorschläge dem Urtheile der Collegen unterbreiten möchte.

Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass der Landaufenthalt auch bei uns derjenigen Heilfactoren keineswegs entbehrt, deren der beginnende Phthisiker bedarf. Ein Beispiel mag das erhärten. Im Juni dieses Jahres zog mich eine junge Frau aus St. Petersburg zu Rathe, die im Winter eine Influenza überstanden und seitdem einen leichten Spitzenkatarrh nachbehalten hatte. Eine starke Abmagerung und Verlust des Gesundheitsgefühles war die Folge, Fieber jedoch nicht mehr vorhanden. Da die Patientin auf mehreren livländischen Gütern Verwandte hatte, so rieth ich ihr den Sommer auf dem Lande zu verbringen. Ich gab ihr aufs Genaueste Vorschriften, wie sie sich zu verhalten hätte und was sie essen und trinken sollte. Ich gab die Stunden an, an denen sie sich, wie das in den deutschen Heilanstalten üblich ist, vor Kälte wohl geschützt, im Lehnstuhl auf der Veranda aufhalten sollte, ich bezeichnete die Dauer und Ausdehnung ihrer Spaziergänge, ich verordnete Salzwasser-Abreibungen, Kreosot und das Trinken bestimmter reichlicher Mengen von Milch oder Kefir, ich bestimmte die Stunde des Aufstehens und Schlafengehens — kurzum ich sorgte dafür, dass die Kranke zu jeder Tagesstunde genau wusste, was sie nun zu thun und zu lassen hatte. Vor Allem aber gab ich ihr den Rath, ihre Lebensweise genau und regelmässig von dem benachbarten Arzte controlliren und reguliren zu lassen. Die Kranke, welche ihrem Temperament nach durchaus nicht zu den gehorsamsten Patienten gehörte, fügte sich und erfüllte Alles gewissenhaft. Hier hatte ich erreicht, was sonst nur in Anstalten möglich ist: sie konnte in keinem Sanatorium besser gepflegt werden. Das Resultat war, dass sie in 3

Monaten 18 Pfund zugenommen hat und widerstands- und leistungsfähiger geworden ist. Der Spitzenkatarrh ist fast ganz geschwunden.

Sollten nun unsere Landärzte nicht öfter in der Lage sein, bei sich zu Hause oder auf benachbarten Gütern ähnliche Curen durchzuführen? Ein oder zwei isolirte Zimmer und Veranden finden sich, wenn man nur sucht, wohl überall. Kost und Pflege lässt sich in einem landischen Hauswesen so gut und reichlich beschaffen, wie nur irgend zu wünschen, und die permanente erzieherische Thätigkeit des Arztes ist dabei leicht zu erreichen. Die Methode der hygienischen Behandlung erlernt der Arzt in praxi leicht, wenn er nur die Principien beherrscht. Dass eine nach diesen Grundsätzen geleitete Behandlung auch im Winter nicht zu den Unmöglichkeiten gehört, das lehren uns die Erfolge, welche erzielt werden. Auch bei uns zu Lande wird man den Kranken in geschützten Vorbauen und Veranden während des grössten Theils der kalten Jahreszeit den Genuss der frischen Luft ermöglichen können.

Mein Vorschlag also ist: Einrichtung kleiner Pensionate für beginnende Phthisiker in den landischen Doctoraten oder dicht bei ihnen und dort eine thatkräftige Beaufsichtigung und Leitung der Kranken seitens der Aerzte. Ich bin überzeugt, dass der Erfolg die aufgewandte Mühe lohnen wird.

Ein Fall von Erythromelalgie.

Demonstrirt auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livl. Aerzte in Wolmar.

Von

Drd. med. Elmar Fischer.

M. J. 50 a. n. aus Bremenhof (Odenpäh) gebürtig. stammt aus einer Soldatenfamilie. Neuropathische Veranlagung hereditär nicht nachweisbar. Vor 20 Jahren hat sie Typhus, vor 10 Jahren Scarlatina durchgemacht. Nach letzterer Erkrankung behauptet sie ab und zu an Kopfschmerzen gelitten zu haben. Anfangs hat sie sich mit Feldarbeiten, seit 12 Jahren aber hauptsächlich mit Handarbeiten, speciell mit Weberei, wobei beide Hände gleichmässig in Anspruch genommen wurden, beschäftigt. Lasten hat sie immer auf der linken Schulter getragen, Alcohol, Taback und Morphiummissbrauch wird geleugnet. Im Juni 1890 schlug der Blitz in den Schornstein des Hauses, in dem sie gerade sich mit Wäscheplätten beschäftigte. Sie gibt an, ausser einem grossen Schreck damals keinerlei Störungen empfunden zu haben. Im Herbst desselben Jahres bezog sie ein feuchtes sehr kaltes Quartier, webte damals viel, wobei ihr die Hände oft blau vor Kälte waren. Sie erkrankte im Anschluss daran mit Kopfschmerzen und Schwindel und und hat einen ganzen Monat im Bett zugebracht. Während der Zeit bemerkte sie zum ersten Mal in den Fingern und Zehen ein Gefühl von Jucken, Vertaubtsein und Schmerzen, etwa in der Art, wie nach einer Erfrierung I. Grades. Eine Einreibung soll ihr damals geholfen haben. Ausserdem bezog sie ein besseres Quartier. Von nun an war sie $1^1/_2$ Jahre hindurch vollkommen gesund und konnte alle Arbeit verrichten. Im Winter 1892 kommt sie wiederum in ein schlechtes, kaltes Quartier, es war so kalt, dass das Wasser im Zimmer gefror. Nun stellten sich Schmerzen in den Fingern der linken Hand ein, sowie Jucken und Pelzigsein in den Zehen. Im Februar 1893 bezieht sie wieder ein besseres Quartier, — die Schmerzen werden geringer und sie kann wieder arbeiten. Im Mai 1893

hat sie Gelegenheit mich ihres Leidens wegen zu consultiren. Ich erinnere mich sicher, damals an der Hand, in der sie Schmerzen zu haben behauptete, objectiv nichts Abnormes gefunden zu haben. Da ich es für eine Gewerbsneurose hielt, so verordnete ich Schonung und gab, um den etwas herabgekommenen Ernährungszustand zu heben, ein Roborans. Gegen eventuell auftretende Kopfschmerzen veordnete ich Antifebrin. Der Zustand der Patientin war nunmehr ein so erträglicher geworden, dass sie bis zum Februar 1894 sehr viel und angestrengt gearbeitet hat. Bis zu dieser Zeit waren die Schmerzen in der linken Hand und im Kopf nur anfallsweise aufgetreten. Seit dem Februar 1894 stellten sich die Schmerzen in den Fingern der linken Hand permanent ein, Kopfschmerzen und Schwindel waren häufig und es kam zu Würgen und wirklichem Erbrechen. Die Schmerzen sollen so intensiv gewesen sein, dass der Schlaf bis auf ein Minimum reducirt wurde. Die Hand magerte ab und aus der Handfläche «entströmte ihr Hitze». Appetit und Stuhl sind dabei gut gewesen, über Erscheinungen abnormer Art an den übrigen Organen konnte keine Auskunft gegeben werden.

Gegenwärtig bietet die Patientin nun folgendes Bild: Sie ist von mittlerer Statur, die Hautfarbe etwas cyanotisch, Kopfhaut empfindlich, die Haare fallen ziemlich reichlich aus. Die Augenlider sind beweglich, die Pupillen reagiren normal, am Facialis und Trigeminus nichts auffälliges, Geruch, Geschmack, Gehör, Sprache und Schlingbewegungen normal. An den inneren Organen, ausser eswas Bronchitis nichts Pathologisches nachweisbar. Intelligenz und Gedächtniss intact, Lesen und Sehen gut möglich. Motilität: Alle Gelenke bis auf das linke Humerusgelenk und die Phalangealgelenke der linken Hand normal. Der Gang ist normal aber sehr vorsichtig, bei plötzlichen oder lang andauernden Bewegungen tritt Schwindel ein. Sensibilität. Tast- Druck- und Temperatursinn erhalten, links in der Hand Hyperalgesie. Reflexe normal. Vasomotorische secretorische und trophische Störungen: Die Endphalangen der linken Hand kolbig angeschwollen, die Nägel krallenförmig gekrümmt, das Nagelbett injicirt. Die Haut an den Fingern der linken Hand glänzend und gespannt. An der Vola manus dunkel blaurothe fleckige Verfärbungen am Daumen, Zeigefinger, Daumen und Kleinfinger-Ballen, an den Endphalangen aller Finger der linken Hand. Im Unterhautzellgewebe, über das Niveau der Haut prominirend kleine linsengrosse Knötchen, die zeitweilig fast vollständig verschwinden können, beim gesteigerten Schmerz erscheinen sie am deutlichsten, wobei die Hand alsdann transpirirt.

Fasse ich noch kurz die wichtigsten Symptome des vorliegenden Krankheitsfalles zusammen, so sind es: Anfangs anfallsweise, später permanente exacerbirende starke

Schmerzen in der linken Hand, beginnend von den Fingerspitzen, blaurothe fleckige Verfärbungen an der Innenfläche derselben Hand, Hitzegefühl und Transpiration daselbst, kolbige Anschwellung der Endphalangen, krallenförmige Verkrümmung der Nägel und Injection des Nagelbettes, Knötchenbildung unter resp. in der Haut Schwindel- und Schwächegefühl. Abmagerung der ganzen Hand und Unbeweglichkeit der Phalangealgelenke. Es handelt sich hier also, wie Sie sehen, um vasomotorische, secretorische, trophische und sensible Störung einer Extremität und wahrscheinlich mit ebensolchen Störungen im Gehirn im Anschluss an oft eingetretene Kälteeinwirkung und ein intensiv betriebenes Gewerbe (Weberei). Solche Krankheitsbilder sind zuerst von Weir Mitchel, später von Gerhardt, Senator und Anderen als Erythromelalgie bezeichnet worden.

Ueber die Verbreitung der Lues in Livland.

Bericht

über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 u. 1893.

Von

Dr. H. Truhart-Dorpat.

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livl. Aerzte in Wolmar den 6. September 1894).

M. H.! Wie Ihnen wohl noch erinnerlich hatte auf dem III. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte Herr Dr. A. von Bergmann Riga, einer an ihn ergangenen Aufforderung liebenswürdigst Folge gebend, unter dem Thema: «die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben», die so überaus wichtige Syphilisfrage zur Sprache gebracht.

Die sich damals an den Vortrag anschliessende Debatte ergab unter Anderem, dass die bisherige, auf die Syphilis bezugnehmende officielle Jahresstatistik auch hier bei uns zu Lande bislang sich nur auf durchaus unzuverlässige und unvollständige Daten stütze , insbesondere auch den bisher vorliegenden officiellen Jahresberichten der Aerzte keineswegs zu entnehmen sei, wie viele von den behandelten Krankheitsfällen als auf frischer Infection beruhend, wie viele als veraltete Syphilis (tertiäre Formen) anzusehen wären. Da nun aber eine erfolgversprechende Bekämpfung eines Feindes Allem zuvor eine genaue Kenntniss seiner Stärke zur Voraussetzung habe, fernerhin gerade die Anzahl der recenten Fälle den besten Maassstab für die fortschreitende Weitervertreitung der Lues böte, beschloss die Versammlung, zunächst von einer endgültigen Discussion über den Kampf gegen die Lues Abstand nehmend, behufs sicherer Feststellung der Verbreitung der Syphilis in Livland in Grundlage einer rationellen Eintheilung ihrer Formen, bei welcher die Primär- und Secundär-Infectionen

von den tertiären Krankheitserscheinungen zu trennen wären, eine diesbezügliche statistische Enquête im Laufe der folgenden Jahre im Lande in's Werk zu setzen und das Präsidium mit der Veranstaltung einer solchen zu betrauen.

Der mir gewordenen Aufgabe bin ich bestrebt gewesen für die verflossenen beiden Jahre 1892 und 1893 gerecht zu werden und habe ich bei der Veranstaltung der Enquête den Modus eingeschlagen, dass ich jedem einzelnen, im Livländischen Gouvernement in Stadt und Land practicirenden Arzte privatim für jedes Semester gesondert gedruckte Schemata mit der Bitte übersandte, lediglich solche Fälle einzutragen, die von den betreffenden Aerzten thatsächlich behandelt worden seien, da erfahrungsgemäss mit Syphilis behaftete Kranke nur zu oft der Reihe nach verschiedene Aerzte zu consultiren pflegen, mithin bei Rubricirung der nur zur Beobachtung gekommenen Fälle das Gesammtresultat der erhobenen Statistik bei weitem höhere, dem Thatbestande nicht entsprechende Ziffern hätte ergeben müssen. In jenen Schematen waren die recenten Erkrankungen (Primär- und Secundär-Affectionen) von veralteter Syphilis (tertiäre Formen) streng geschieden und je für Männer, Frauen und Kinder besondere Rubriken aufgestellt; endlich habe ich es mir angelegen sein lassen, festzustellen, wie viele Syphilitiker in der Privatpraxis, sei es stationär oder ambulatorisch, und wie viele von ihnen in Krankenheilanstalten, Lazarethen oder Kliniken der Behandlung unterworfen worden sind.

Bevor ich der Versammlung nun die Resultate der von mir angestellten statistischen Enquête unterbreite, ist es mir zunächst Bedürfniss denjenigen Herren Collegen, die ich in Anbetracht der Wichtigkeit der Sache schonungslos mit immer und immer wieder erneuten Mahnbriefen — es waren deren insgesammt 783 — zu belästigen mich veranlasst sah, nachträglich meine Entschuldigung zu machen, den wenigen Herren Collegen aber, die mir ohne jede weitere Mahnung und präcise die betreffenden Daten haben zukommen lassen, an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Eine Statistik, zumal für den relativ nur kurzen Zeitraum von 2 Jahren angestellt, kann nur dann einen Werth beanspruchen, wenn die betreffenden Daten einerseits auf Zuverlässigkeit, andererseits auf Vollständigkeit Anspruch erheben dürfen.

Was jene erste Prämisse anlangt, so glaube ich im vorliegenden Falle, da ja bei meiner privaten Enquête der äussere Zwang wegfiel, allen Grund zu haben, mich der Annahme hinzugeben, dass dieselbe, so weit möglich, erfüllt ist und wenn die von mir gesammelten Daten an Zahl hier und da nicht unwesentlich hinter den officiellen Angaben zurückbleiben, so dürfte diese Thatsache, da doppelte oder mehrfache Aufzählung ein- und derselben Syphilispatienten in meinen Zahlenreihen in Wegfall kommt oder wenigstens auf das denkbar minimale Maass beschränkt ist, eher für, als gegen die Richtigkeit der

aufgegebenen Zahlen in die Wagschale fallen. Die zweite Prämisse, die Vollständigkeit der statistischen Daten, kann ich leider für unsere Metropole, die Gouvernementsstadt Riga, nicht in Anspruch nehmen, dafür ist es mir aber für das ganze übrige Livland mit Einschluss aller übrigen Städte, wenn auch nach Ueberwindung grosser Hindernisse, allendlich gelungen, die gewünschten Auskünfte nahezu ausnahmslos einzusammeln.

Unter 292 Aerzten des rund 1.200.000 Einwohner umfassenden Gouvernements Livland hatten nach Abzug der Aerzte, welche während der Enquête verstarben oder aus Livland fortgezogen waren, für jedes einzelne Halbjahr alle bis auf 98 ihren Beitrag zur Statistik geliefert. Das Gros derjenigen Aerzte, welche keine Daten eingesandt, nämlich 78 an der Zahl, entfällt auf die Stadt Riga, während die übrigen 20 auf ganz Livland, die Stadt Dorpat und alle anderen Städte miteingerechnet, sich vertheilen. Von den meisten der letzteren 20 habe ich nachträglich in Erfahrung bringen können, dass sie von einem speciellen Bericht glaubten Abstand nehmen zu können, da sie entweder überhaupt keine Syphilispatienten in ihren Journalen verzeichnet gefunden oder aber es sich alsdann um solche Kranke gehandelt habe, die schon von anderen behandelt, mithin bereits von diesen aufgegeben worden waren. Es darf daher die Statistik betreffs Livlands mit Ausnahme der Stadt Riga, für welche die von mir angeführten Zahlen nicht unwesentlich hinter der Wirklichkeit zurückstehen müssen, als nahezu complet angesehen werden.

Die nebenanstehenden Tabellen № 1 und № 2 mögen zur besseren Orientirung bezüglich der Detailverhältnisse der Verbreitung der Lues in Livland dienen. In beiden Tabellen ist das Princip eingehalten worden, das Auftreten der Syphilis in Städten und Kreisen zu sondern, fernerhin die Erkrankungen der Männer, Weiber und Kinder zu specialisiren, endlich die primären und secundären, als recente Krankheitsformen, von den tertiären streng zu scheiden.

Tabelle № 1 enthält die Syphilisstatistik pro 1892 und 1893 nach Semestern geordnet, während Tabelle № 2 einen summarischen Ueberblick über die Verbreitung der luetischen Erkrankungen, nach den beiden Jahrgängen angeordnet, bietet und zugleich einen Vergleich gestattet mit den diesbezüglichen officiellen Daten, die in Grundlage der von sämmtlichen Aerzten des Gouvernements alljährlich einzureichenden Jahresberichte von der Livländischen Medicinal-Abtheilung zusammengestellt sind, indem letztere gleichfalls für jede Stadt und jeden Kreis Livlands gesondert neben den durch meine Privat-Enquête gewonnenen Ziffern in besonderer Rubrik verzeichnet sind.

Die Angaben, betreffend die Bevölkerungsziffern, die ich behufs Berechnung des procentualischen Verhältnisses benutzt habe, stützen sich auf die Resultate der letzten Volkszählung in Livland, von denen ich nur in ganz vereinzelten Verhält-

nissen, entsprechend den in den letzten Jahren stattgehabten Verschiebungen abgewichen bin, so bei der Einwohnerzahl der Stadt Walk, welche als Knotenpunkt der baltischen Bahn sich neuerdings wesentlich vergrössert hat, wie fernerhin für den Fellinschen und Pernauschen Kreis, deren Bevölkerungsziffer dadurch eine nicht unwesentliche Veränderung erfahren hat, als die in früheren Jahren zum Fellinschen Kreise gezählten Kirchspiele Hallist und Karkus neuerdings, und zwar seit der Reorganisation der Polizeiverwaltung als zu dem Pernauschen Kreise gehörig, angesehen werden.

Die in runder Summe für ganz Livland angenommene Einwohnerzahl von 1,200,000 vertheilt sich auf die einzelnen Städte und Kreise hiernach folgendermaassen:

Städte.		Kreise.	In Livland in Summa.
I. Riga u. Patrimonialgebiet	200.000 Einw.	I. Rigascher Kreis	106,325 Einw. = 306,325 Einw.
II. Dorpat-Jurjew	40,000 »	II. Dörpt.-Jurjewsch. Kr.	147,189 » = 187189 »
III. Wolmar	2,500 »	III. Wolm. Kr. incl. Lemsal	107,220 » = 109,720 »
IV. Fellin	5,000 »	IV. Fellinsche Kreis	89,736 » = 94,736 »
V. Pernau	13.000	V Pernausche Kreis	80,779 » = 93,779 »
VI. Walk	8,000 »	VI. Walksche Kreis	106,387 » = 114,387 »
VII. Wenden	4,300 »	VII. Wendensche Kreis	122,505 » = 126,805 »
VIII. Werro	2,700 »	VIII. Werrosche Kreis	87,782 » = 90,482 »
IX. Arensburg	3,500 »	IX. Insel Oesel	53,119 » = 56,619 »
In den Städten zusammen	279,000 Einw.	In den Kreisen zusammen	901,042 Einw. = 1,180,042 Einw.

Syphilis-Statistik in Livland pro 1892 u 1893

nach Semestern geordnet.

			1892. Semester I. Primäre u. secund. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Tertiäre. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	1892. Semester II. Primäre u. secund. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Tertiäre. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	1893. Semester I. Primäre u. secund. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Tertiäre. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	1893. Semester II. Primäre u. secund. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Tertiäre. Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.
I. Rigasche Kreis.	Riga	Stadt	338	132	18	488	80	28	4	112	375	121	13	509	67	29	5	101	360	93	9	462	79	28	6	113	357	100	13	470	74	34	—	108
		Kreis	241	69	6	316	8	8	4	20	6	5	1	12	10	5	4	19	262	74	12	348	2	1	2	5	2	2	2	6	6	3	3	12
	zusammen:		579	201	24	804	88	36	8	132	381	126	14	521	77	34	9	120	622	167	21	810	81	29	8	118	359	102	15	476	80	37	3	120
II. Dörptsche Kreis.	Dorpat	Stadt	99	5	8	112	54	22	6	82	61	13	2	76	47	19	2	68	85	8	2	95	56	24	1	81	96	12	—	108	55	19	—	74
		Kreis	33	43	15	89	11	9	—	20	22	44	4	70	12	11	—	23	45	42	15	102	9	16	—	25	28	46	1	75	5	10	—	15
	zusammen:		132	48	21	201	65	31	6	102	83	57	6	146	59	30	2	91	130	50	17	197	65	40	1	106	124	58	1	183	60	29	—	89
III. Wolmarsche Kreis.	Wolmar	Stadt	30	8	2	40	2	1	—	3	25	10	2	37	1	1	—	2	6	5	2	13	1	—	—	1	7	6	—	13	—	2	—	2
		Kreis	20	14	3	37	17	2	—	19	13	6	4	23	7	3	1	11	15	12	5	32	4	3	1	8	16	4	2	22	8	4	—	12
	zusammen:		50	22	5	77	19	3	—	22	38	16	6	60	8	4	1	13	21	17	7	45	5	3	1	9	23	10	2	35	8	6	—	14
IV. Fellinsche Kreis.	Fellin	Stadt	23	25	1	49	3	2	1	6	19	20	—	39	2	2	1	5	18	13	—	31	3	1	—	4	11	9	—	20	3	—	—	3
		Kreis	8	6	1	15	2	3	—	5	8	5	—	13	—	—	—	—	2	2	—	4	1	—	—	1	9	2	—	11	—	—	—	—
	zusammen:		31	31	2	64	5	5	1	11	27	25	—	52	2	2	1	5	20	15		35	4	1	—	5	20	11	—	31	3	—	—	3
V. Walksche Kreis.	Walk	Stadt	21	6	2	29	1	1	—	2	8	3	—	11	—	—	—	—	14	9	1	24	—	—	—	—	12	4	—	16	—	—	—	—
		Kreis	22	4	2	28	4	2	—	6	6	2	1	9	4	—	—	4	6	3	2	11	2	2	—	4	5	1	—	6	2	—	1	3
	zusammen:		43	10	4	57	5	3	—	8	14	5	1	20	4	—	—	4	20	12	3	35	2	2	—	4	17	5	—	22	2	—	1	3
VI. Werrosche Kreis.	Werro	Stadt	10	11	8	29	—	3	—	3	7	6	1	14	—	5	—	5	3	12	1	16	—	—	—	—	5	9	—	14	1	1	—	2
		Kreis	8	3	—	11	1	3	—	4	3	1	—	4	—	1	—	1	4	3	2	9	1	1	1	3	2	1	2	5	2	—	—	2
	zusammen:		18	14	8	40	1	6	-	7	10	7	1	18	—	6	—	6	7	15	3	25	1	1	1	3	7	10	2	19	3	1	—	4
VII. Wendensche Kreis.	Wenden	Stadt	20	5	—	25	6	5	2	13	10	3	1	14	1	3	4	8	12	2	—	14	2	—	—	2	18	10	1	29	2	1	—	3
		Kreis	2	1	—	3	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	4	2	—	6	3	—	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—
	zusammen:		22	6	—	28	6	5	2	13	12	3	1	16	1	3	4	8	16	4	—	20	5	—	—	5	18	12	1	31	2	1	—	3
VIII. Pernausche Kreis.	Pernau	Stadt	6	4	1	11	2	1	—	3	9	10	—	19	2	2	—	4	27	8	1	36	7	1	—	8	48	16	—	64	4	3	—	7
		Kreis	6	3	—	9	—	—	—	—	1	3	1	5	1	1	—	2	4	—	—	4	—	—	—	—	9	7	—	16	2	—	—	2
	zusammen:		12	7	1	20	2	1	—	3	10	13	1	24	3	3	—	6	31	8	1	40	7	1	—	8	57	23	—	80	6	3	—	9
IX. Oeselsche Kreis.	Oesel	Arensb.	7	2	—	9	1	—	—	1	11	10	—	21	—	—	—	—	6	3	1	10	—	—	—	—	5	3	—	8	—	—	—	—
		Kreis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	4	—	—	—	—	2	4	—	6	—	—	—	—
	zusammen:		7	2	—	9	1	—	—	1	11	10	—	21	—	—	—	—	7	6	1	14	—	—	—	—	7	7	—	14	-	—	—	—
In Livland — in Summa:			894	341	65	**1300**	192	90	17	**299**	586	262	30	**878**	154	82	17	**253**	874	294	53	**1221**	170	77	11	**258**	632	238	21	**891**	164	77	4	**245**

Tabelle 2.

Syphilis-Statistik in Livland pro 1892 und 1893 nach Jahrgängen geordnet

(nebst zum Vergleich dienender Tabelle der dies bezüglichen officiellen Daten.)

			1892								Gesammtsumma aller Kranken pro 1892.		1893								Gesammtsumma aller Kranken pro 1893		1892 + 1893.								Gesammtsumma aller Kranken pro 1892 u. 1893	
			Primäre u. secund.				Tertiäre.						Primäre u. secund.				Tertiäre.						Primäre u. secund.				Tertiäre.					
			Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:
I.	Riga	Stadt:	713	253	31	997	147	57	9	213	1210	2099	717	193	22	932	153	62	6	221	1153	1959	1430	446	53	1929	300	119	15	434	2363	4058
		Kreis:	247	74	7	328	18	13	8	39	367	171	264	76	14	354	8	4	5	17	371	128	511	150	21	682	26	17	13	56	738	299
Stadt Riga u. Rig. Kreis zusammen:			960	327	38	1325	165	70	17	252	1577	2270	981	269	36	1286	161	66	11	238	1524	2087	1941	596	74	2611	326	136	38	490	3101	4357
II.	Dorpat	Stadt:	160	18	10	188	101	41	8	150	338	573	181	20	2	203	111	43	1	155	358	516	341	38	12	391	212	84	9	305	696	1089
		Kreis:	55	87	17	159	21	27	—	48	207	55	73	88	16	177	14	26	—	40	217	51	128	175	33	336	35	53	—	88	424	106
Stadt Dorp. u. Dörp. Kr. zusammen:			215	105	27	347	122	69	8	198	545	628	254	108	18	380	125	69	1	195	575	567	469	213	45	727	247	137	9	393	1120	1195
III.	Wolmar	Stadt:	55	18	4	77	3	2	—	5	82	53	13	11	2	26	1	2	—	3	29	28	68	29	6	103	4	4	—	8	111	81
		Kreis:	29	19	7	55	20	5	1	26	81	115	28	15	6	49	9	7	—	16	65	103	57	34	13	104	29	12	1	42	146	218
		mit Lemsal	4	1	—	5	4	—	—	4	9	7	3	1	1	5	3	—	1	4	9	4	7	2	1	10	7	—	1	8	18	11
Stadt Wolm. u. Wolm. Kr. zusammen:			88	38	11	137	27	7	1	35	172	175	44	27	9	80	13	9	1	23	103	135	132	65	20	217	40	16	2	58	275	310
IV.	Fellin	Stadt:	42	45	1	88	5	4	2	11	99	81	29	22	—	51	6	1	—	7	58	65	71	67	1	139	11	5	2	18	157	146
		Kreis:	16	11	1	28	2	3	—	5	33	48	11	4	—	15	1	—	—	1	16	31	27	15	1	43	3	3	—	6	49	79
Stadt Fellin u. Fell. Kr. zusammen:			58	56	2	116	7	7	2	16	132	129	40	26	—	66	7	1	—	8	74	96	98	82	2	182	14	8	2	24	206	225
V.	Pernau	Stadt:	15	14	1	30	4	3	—	7	37	42	75	24	1	100	11	4	—	15	115	103	90	38	2	130	15	7	—	22	152	145
		Kreis:	7	6	1	14	1	1	—	2	16	33	13	7	—	20	2	—	—	2	22	45	20	13	1	34	3	1	—	4	38	78
Stadt Pernau u. Pern. Kr. zusammen:			22	20	2	44	5	4		9	53	75	88	31	1	120	13	4	—	17	137	148	110	51	3	164	18	8	—	26	190	223
VI.	Walk	Stadt:	29	9	2	40	1	1	—	2	42	22	26	13	1	40	—	—	—	—	40	34	55	22	3	80	1	1	—	2	82	56
		Kreis:	28	6	3	37	8	2	—	10	47	35	11	4	2	17	4	2	1	7	24	33	39	10	5	54	12	4	1	17	71	68
Stadt Walk u. Walk. Kr. zusammen:			57	15	5	77	9	3	—	12	89	57	37	17	3	57	4	2	1	7	64	67	94	32	8	134	13	5	1	19	153	124
VII.	Wenden	Stadt:	30	8	1	39	7	8	6	21	60	43	30	12	1	43	4	1	—	5	48	43	60	20	2	82	11	9	6	26	108	86
		Kreis:	4	1	—	5	—	—	—	—	5	55	4	4	—	8	3	—	—	3	11	47	8	5	—	13	3	—	—	3	16	102
Stadt Wenden u. W. Kr. zusammen:			34	9	1	44	7	8	6	21	65	98	34	16	1	51	7	1	—	8	59	90	68	25	2	95	14	9	6	29	124	188
VIII.	Werro	Stadt:	17	17	9	43	—	8	—	8	51	40	8	21	1	30	1	1	—	2	32	45	25	38	10	73	1	9	—	10	83	85
		Kreis:	11	4	—	15	1	4	—	5	20	48	6	4	4	14	3	1	1	5	19	19	17	8	4	29	4	5	1	10	39	67
Stadt Werro u. Wer. Kr. zusammen:			28	21	9	58	1	12	—	13	71	88	14	25	5	44	4	2	1	7	51	64	42	46	14	102	5	14	1	20	122	152
IX.	Oesel	St. Arensb.	18	12	—	30	1	—	—	1	31	16	11	6	1	18	—	—	—	—	18	28	29	18	1	48	1	—	—	1	49	44
		Kreis:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	7	—	10	—	—	—	—	10		3	7	—	10	—	—	—	—	10	
St. Arensburg u. Oes. Kr. zusammen:			18	12	—	30	1	—	—	1	31	16	14	13	1	28	—	—	—	—	28	28	32	25	1	58	1	—	—	1	59	44
Gesammtsumme d. Syphilispatienten im Gouvernement Livland:			1480	603	95	2178	344	179	34	557	2735	Offic. Dat. 3536	1506	532	74	2112	334	154	15	503	2615	Offic. Dat. 3282	2986	1135	169	4290	678	333	49	1060	5350	Offic. Dat. 6818

A. Resultate der statistischen Enquête betreffend alle Formen der Lues.

Als Schlussresultat der angestellten Enquête (conf. Tabelle 2) geht hervor, dass im Laufe der Jahre 1892 und 1893 in Livland mit Einschluss der Gouvernementsstadt Riga 5350 Fälle von Syphilis in ärztliche Behandlung kamen, was 4.46 pro Tausend der Gesammtbevölkerung ergiebt. Von diesen 5350 Fällen sind in Lazarethen, Krankenhäusern, wohlthätigen Anstalten und Kliniken einer stationären Behandlung unterworfen worden: 1853 Personen, mithin 34,6 pCt. aller Syphilispatienten, und zwar vertheilen sich letztere folgendermaassen auf die einzelnen Kreise:

Stationäre Behandlung der Syphilispatienten pro 1892 und 1893.	Primäre u. secundäre Syphilis.				Tertiäre Syphilis.				Gesammtsumme aller stationären Syphilispat.
	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusamm.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusamm.	
I. Riga u. Kreis	455	166	3	624	57	22	—	79	703
II. Dorpat u. »	243	163	19	425	136	78	3	217	642
III. Wolmar » »	51	15	2	68	2	2	—	4	72
IV. Fellin » »	43	56	1	100	4	4	2	10	110
V. Pernau » »	42	34	—	76	6	2	—	8	84
VI. Walk » »	34	19	1	54	—	—	—	—	54
VII. Wenden » »	39	15	1	55	10	9	6	25	80
VIII. Werro » »	25	38	10	73	1	9	—	10	83
IX. Arensburg und Oesel.	13	12	—	25	—	—	—	—	25
Summe aller stationär behandelt. Syphilit. in Livland.	945	518	37	1500	216	126	11	353	1853

Bei einem Vergleich der officiellen, von der Livländischen Medicinal-Verwaltung in Grundlage der von den Aerzten Livlands eingereichten Jahresberichten zusammengestellten Daten (conf. Tabelle 2) mit meiner Gesammtziffer von 5350 Syphilitikern stellt sich pro 1892 und 1893 zusammen eine Differenz von 1468 Patienten heraus, da wir in jenen 6818 verzeichnet finden. Diese Differenz kommt in ihrer weit überwiegenden Mehrzahl auf Conto der Stadt Riga, von wo aus bei mir nur 3101 Syphilisfälle angemeldet worden sind, während die officielle Liste deren 4357 aufführt. Die Schwankungen in den übrigen Städten und Kreisen sind relativ nur sehr geringe (conf. ebendaselbst.)

Für Livland ohne die Gouvernementsstadt Riga, dessen Bevölkerung inbegriffen alle die übrigen Städte in runder Summe 1,000,000 beträgt, ergeben sich nach meinen Untersuchungen insgesammt 2987 mithin 2.99 p. Mille Syphiliskranke, entsprechend den officiellen Daten 2760, mithin 2,76 p. Mille.

Behalten wir die gleiche Eintheilung nach Kreisen, inclus. der in ihnen befindlichen Städte bei, so kommen laut den angestellten Untersuchungen:

auf je 1000 Einwohner			1892.	1893.	1892+1893
I. im Rigaschen Kr. bei	306325	Einw.	5,15	4,98	10,12 Syph.
II. » Dörptschen » »	187189	»	2.91	3.07	5,98 »
III. » Wolmarschen» »	109720	»	1,57	0,94	2,51 »
IV. » Fellinschen » »	94736	»	1,39	0,78	2,17 »
V. » Pernauschen » »	93779	»	0,57	1.46	2,04 »
VI. » Walkschen » »	114387	»	0,78	0,56	1,34 »
VII. » Wendenschen» »	126805	»	0,51	0,46	0,98 »
VIII. » Werroschen » »	90482	»	0.78	0.56	1,35 »
IX. auf der Insel Oesel	56619	»	0'55	0,49	1,04 »

Wollten wir diese pro Mille-Berechnung auch auf die Städte Livlands als solche ausdehnen, so würden wir bezüglich der Verbreitung der Syphilis für die kleinen Städte jedenfalls ein durchaus unrichtiges Bild erhalten, da im Livländischen Gouvernement die Kreisstädte speciell der Sitz der grösseren Krankenhäuser sind, in welchen im Falle syphilitischer Erkrankung unter der bäuerlichen Bevölkerung des Kreises gerade letztere das Hauptcontingent der Frequenz bildet und solches umsomehr, als die Gemeindeglieder des Kreises alsdann unentgeltliche Behandlung in diesen Hospitälern finden. Anders gestalten sich die Verhältnisse für Riga und Dorpat, da ich in meinen Tabellen die in letzterer Stadt im sogenannten Bezirkshospital behandelten Syphilitiker, von denen die weit überwiegende Mehrzahl gleichfalls dem bäuerlichen Stande angehört, als zum Kreise gehörig verzeichnet habe. Das Verhältniss bezüglich aller Formen von Syphilis gestaltet sich alsdann

Auf je 1000 Einwohner	1892.	1893.	1892+1893.
in der Stadt Riga nebst Patrimonialgebiet	6,05	5,77	11,82
in der Stadt Dorpat	8,45	8,95	17,40

Effectiv muss sich aber das Verhältniss für Riga im Vergleich zu Dorpat weit ungünstiger gestalten, da, wie nochmals betont sei, von 78 Aerzten aus Riga mir keine Berichte zugegangen sind.

B. Resultate der statistischen Enquête betreffend die **recenten** Formen der Lues.

Schliesst man die tertiären Fälle von Syphilis aus und ziehen wir nur die primären und secundären Krankheitsformen in Betracht, welche die alljährlich stattfindende Weiterverbrei-

tung der Seuche illustriren, so ergeben sich (conf. Tabelle 2) für 1892 und 1893 zusammen in Livland mit Einschluss der Gouvernementsstadt Riga insgesammt 4290 frische Infectionen (pro 1892: 2178 und für 1893: 2112), mithin auf je 1000 Einwohner 3,58 (resp. 1,82 und 1,76). Bringen wir Riga mit den nur unvollständig vorliegenden statistischen Daten nicht in Rechnung, so ergeben sich für Livland, inbegriffen alle übrigen Städte, für 1892 und 1893 zusammen 2361 recente Krankheitsformen (pro 1892: 1181 und pro 1893: 1180), mithin auf je 1000 Einwohner 2,36 (resp. 1,18 und 1,18).

Einen Vergleich mit den officiellen Daten bin ich hier nicht in der Lage zu bringen, da bei den officiellen Jahresberichten der Medicinalabtheilung eine specielle Berücksichtigung der frischen Erkrankungen nicht vorliegt.

Das Verhältniss der recenten (primären und secundären) syphilitischen Erkrankungen gestaltet sich für die einzelnen Kreise des livländischen Gouvernements in den Untersuchungsjahren folgendermaassen:

1892.		1893.		1892+1893.	
I. Riga und Kreis:					
1325 Syph.	= 4,32 ‰	1286 Syph.	= 4,20 ‰	2611 Syph.	= 8,52 ‰
II. Dorpat und Kreis:					
347 »	= 1,85 »	380 »	= 2,03 »	727 »	= 3,88 »
III. Wolmar und Kreis:					
137 »	= 1,25 »	80 »	= 0,73 »	217 »	= 1,98 »
IV. Fellin und Kreis:					
116 »	= 1,22 »	66 »	= 0,70 »	182 »	= 1,92 »
V. Pernau und Kreis:					
44 »	= 0,47 »	120 »	= 1,28 »	164 »	= 1,75 »
VI. Walk und Kreis:					
77 »	= 0,66 »	57 »	= 0,50 »	134 »	= 1,17 »
VII. Wenden und Kreis:					
44 »	= 0,35 »	51 »	= 0,40 »	95 »	= 0,75 »
VIII. Werro und Kreis:					
58 »	= 0,64 »	44 »	= 0,49 »	102	= 1,13 »
IX. Arensburg und Oesel:					
30 »	= 0,53 »	28 »	= 0,49 »	58 »	= 1,02 »

Wie aus der voranstehenden Tabelle zu ersehen, findet bei der p. Mille-Berechnung bezüglich des Auftretens der frischen Infection mit dem Syphilisgift in den kleinen Kreisstädten mit ihren Kreisen eine überraschende Uebereinstimmung statt, durchschnittlich werden in denselben im Verlauf von 2 Jahren 1,39 von 1000 Einwohnern inficirt. Diese Uebereinstimmung der Ziffern untereinander bietet schon an und für sich eine gewisse Gewähr für die Richtigkeit der von den Aerzten des Landes eingelieferten Daten, letztere findet aber darin noch

eine ganz wesentliche Unterstützung, dass die Syphilisstatistik für Werro und den Werroschen Kreis als absolut richtig angesehen werden darf, da in demselben der für eine solche statistische Erhebung einzig zuverlässige, wenn auch nicht überall durchführbare Modus eingehalten worden ist, dass jeder einzelne in jenen Jahren an Syphilis behandelte Patient von den einzelnen Aerzten namentlich aufgeführt worden ist und der Herr Kreisarzt Dr. Karp sich der dankenswerthen Mühewaltung unterzogen hat, die Listen auf die etwaige Wiederkehr ein und desselben Namens zu controlliren, wodurch die Möglichkeit ausgeschlossen ist, dass Patienten, die nur von einem Recidiv befallen, eventuell mehrere Aerzte zu Rathe gezogen hatten doppelt oder mehrfach rubricirt worden sind.

Eine ‰ Berechnung der frischen Syphilisinfectionen für die Bevölkerung der kleinen Städte erscheint aus den schon sub A. angeführten Gründen unzulässig und besitzt für die Stadt Riga wegen der Unvollständigkeit der eingelaufenen Daten nur einen relativen Werth, da de facto sich für diese das Verhältniss wesentlich ungünstiger gestalten muss. Es erkrankten nach den vorliegenden Erhebungen auf je 1000 Einwohner:

in der Stadt Riga — 1892 — 4,99 p. Mille 1893 — 4,67 p. Mille
in der Stadt Dorpat — 1892 — 4,70 p. Mille 1893 — 5,08 p. Mille
an recenter Syphilis.

Rückschau.

Selbst unzweifelhafte Zuverlässigkeit der einzelnen Ziffern vorausgesetzt, kann eine Statistik, abgesehen von einem relativen Werth für das betreffende Land selbst und auch hier nur wenn lange Zahlenreihen zu Gebote stehen — in vollem Umfang nur Bedeutung gewinnen, wenn die Möglichkeit geboten ist, sie mit den Resultaten auf gleichem Princip ruhender Untersuchungen in anderen Ländern, deren Bevölkerung sich wenigstens auf annähernd gleichem Niveau der Culturentwicklung befindet, nebeneinanderzustellen.

Trotzdessen, dass in unserem realistisch-aufgeklärten Jahrhundert mit vollstem Recht der Statistik eine eminente Bedeutung auf jedem Gebiet eingeräumt wird und trotzdessen, dass die Lues, diese von Geschlecht zu Geschlecht sich forterbende «ewige» Krankheit anerkanntermaassen nicht nur das sanitäre sondern auch das volkswirthschaftliche Wohl der menschlichen Race in ungehemmtem Siegeszuge untergräbt, verfügen wir doch heutigen Tags immer noch nicht über eine Syphilisstatistik, die mit exacten Zahlen uns Aufschluss böte über die Verbreitung der Lues in den Culturstaaten Europas.

«Am sichersten wäre es», sagt Blaschko auf Seite 28 seines 1893 in Berlin herausgegebenen Werkes «Ueber Syphilis und Prostitution», «die Zahl der alljährlich frisch Erkrankenden, die Zahl der alljährlich wegen Syphilis Behandelten und die Zahl der überhaupt Syphilitischen zu unterscheiden. Freilich fehlen uns für derartige Statistiken fast alle Unterlagen».

Von der gleichen Anschauung ausgehend fasste schon im Jahre 1891 der III. Livländische Aerztetag eine analoge statistische Enquête für Livland in's Auge, doch liegen bisher nur die Untersuchungsresultate für 2 Jahrgänge vor und fehlt es letzteren gänzlich an analogen Vergleichungsobjecten in anderen Ländern.

Speciell für unser Gouvernement dürfte ein ungefähres Bild der etwaigen Weiterverbreitung der Syphilis in allen ihren einzelnen Formen gemeinsam aus folgenden den alljährlichen Jahresberichten des Reichs-Medicinaldepartements entnommenen Zahlenreihen für Livland erschlossen werden.

	Officielle Daten.	Privat-Enquête.
1887	2361 Lues	— Lues.
1888	2595 »	—
1889	2684 »	— »
1890	2804 »	— »
1891	3439 »	— »
1892	3536 »	2735 »
1893	3282	2615 »

Aus den officiellen Daten lässt sich deutlich eine von Jahr zu Jahr steigende Tendenz der Verbreitung der Lues für Livland entnehmen, die wohl nicht allein auf den jährlichen Zuwachs der Bevölkerung zurückgeführt werden kann.

Ist nun auch ein Vergleich mit anderen Ländern wegen des Mangels einer in unserem Sinne geführten Specialstatistik über Syphilis nicht möglich, so lässt sich doch aus dem Vergleich der Syphilis hier mit den Ziffern der in anderen Ländern herrschenden venerischen Geschlechtskrankheiten in toto, approximativ ein Schluss ziehen.

«Die Statistik der venerischen Krankheiten speciell in den nordischen Ländern», sagt Blaschko l. c. S. 23, «ist deswegen recht gut brauchbar, weil daselbst die Mehrzahl der Venerischen in den Krankenhäusern verpflegt wird. Die allerbeste, ja vielleicht einzig brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten hat das Königreich Dänemark».

Nach Hjelt waren von 1000 Einwohnern venerisch:

in Schweden	1861–68 = 1,24
» » (ausser Stockholm)	1861–68 = 0,78
in Norwegen (exclus. Gonorrhoe)	1859–70 = 0,86
» » (ausser Christiania)	1859–70 = 0,65
in Finnland	1859–70 = 2,27
» » (ausser Helsingfors)	1859–70 = 2,08
in Dänemark	1862–70 = 4,36
» » (ausser Kopenhagen)	1862–70 = 2,03

Nach unserer Enquête syphilitisch:

in Livland .	1892 = 2,27
» » (ausser Riga)	1892 = 1,53
in Livland . .	1893 = 2,17
» » (ausser Riga)	1893 = 1,46

In den grösseren Städten gestaltet sich das Verhältniss der Verbreitung der Lues nach den spärlich nur vorliegenden Daten über alle Formen der Syphilis gemeinsam folgendermaassen:

Nach Hjelt:	Nach Blaschko:
in Kopenhagen 4,16.	in Berlin 4,0.

Laut vorliegender Enquête:

in Riga (vergl. oben)	1892 : 6,05. 1893 : 5,77.	in Dorpat	1892 : 8,45. 1893 : 8,95.

Hiervon recente Syphilis { in Riga: 4,83. in Dorpat: 4,89.

Wenn wir erwägen, dass in jenen zum Vergleich herangezogenen nordischen Ländern alle venerischen Krankheiten in toto gezählt sind, während in unserer Enquête, und zwar für das Centrum Riga nur ein Theil der thatsächlich vorhandenen Syphilis in Berücksichtigung gezogen worden ist, wenn wir gleichzeitig in's Auge fassen, dass Lues bekanntlich bezüglich der Häufigkeit des Auftretens wesentlich hinter Gonorrhoe zurücksteht, so liefern jene für Livland und speciell für Livlands grösseren Städte gefundenen Ziffern für Lues ein überaus trauriges Bild, welches ernstester Beachtung werth ist und zu reiflichster Erwägung Anlass bietet, welche Mittel zur Abwehr zu ergreifen sind, um dem ferneren Vorwärtsschreiten dieses heimtückischen Feindes unserer Landesbevölkerung einen geeigneten Damm zu setzen.

Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen.

Von

Dr. P. Hampeln.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar.

Die Aetiologie der Aortenaneurysmen ist oft genug eingehend geprüft worden, dennoch weist gerade die neuere Literatur eine auffallende Verschiedenheit der Ansichten darüber auf und erscheint es um so mehr berechtigt, sich immer wieder mit dieser Frage zu beschäftigen.

Wenngleich zuzugestehen ist, dass allen Aneurysmen, seltene Formen ausgenommen, etwas wichtiges gemeinsam ist, nämlich die Entstehung durch centrifugale Dehnung der Arterienwand, und dass ohne den Blutdruck überhaupt kein Aneurysma zu Stande kommen kann, so folgt daraus doch noch nicht eine wesentliche pathogene Bedeutung dieses allen gemeinsamen Momentes.

Denn bekanntlich verfügt die normale Aortenwand über elastische Kräfte von genügender Stärke, den gewöhnlichen oder auch gesteigerten Blutdruck ohne dauernde Veränderung ihrer Lichtung auszuhalten. Es erscheint schon darum sehr zweifelhaft, dass der Aortendruck allein ein Aneurysma zur Folge haben sollte. Auf der anderen Seite ist nicht einzusehen, wie eine umschriebene, einige Quadratcentimeter messende Erweiterung der sonst normalen Aorta durch einen nach allen Richtungen gleich wirksamen Druck entstehen sollte, da die einzige Wirkung solcher allgemeinen Drucksteigerung

doch auch nur eine diffuse gleichmässige Dehnung der ganzen Aorta, nicht eine umschriebene sein kann. Bekannt sind aber hier nur allgemeine, nicht localisirte Drucksteigerungen.

Ein diese Verhältnisse gut beleuchtendes Beispiel bietet die Pathologie in der Aortenklappen-Insufficienz. Hierbei wirkt dauernd ein hochgradiger, sonst kaum erreichter oder doch nicht übertroffener Druck Tag und Nacht auf die Aortenwand, mit lebhafter herzsystolischer Steigerung. Und doch kommt es in reinen Fällen dieser Insufficienz nur zur diffusen Erweiterung und Schlängelung der Aorta und ihrer Hauptäste, oft am deutlichsten an der Stelle des stärksten Druckes, am aufsteigenden Aortenast ausgeprägt. Die ausserdem bei Aortenklappeninsufficienz auftretenden Aneurysmen werden nur bei der mit Arteriosclerose verbundenen Form beobachtet. Wir dürfen daraus schliessen, dass sie dieser, und nicht der Insufficienz als solcher ihre Entstehung verdanken. Die hier noch dazu oft genug blos relative Insufficienz ist das Secundäre, die Aortendilatation und Aortensclerose hingegen das Primäre des ganzen Vorganges. In diesen Thatsachen erblicke ich darum einen wichtigen Grund für die von mir (Zeitschr. f. kl. Med. XI, 493) vor Jahren befürwortete principielle Scheidung dieser arteriosclerotischen Form von der endocarditischen Insufficienzform und eine wesentliche Bestätigung der Unabhängigkeit der Aneurysmen von der Insufficienz als solcher und davon abhängiger Drucksteigerung.

Gesteigerter Blutdruck an sich bewirkt eben, wie auch die Thier-Experimente Lewaschews ergeben und die Versuche Thoma's an Kautschukschläuchen nicht widerlegen, höchstens diffuse Gefässdehnung, Arteriectasie oder Phlebectasie, kein Aneurysma.

Wir sehen uns so in Ermangelung genügender Begründung des Blutdruckes als wesentlichen Momentes bei Entstehung eines Aneurysmas, wenngleich ohne ihn, aber als Voraussetzung, wie gesagt, nie ein An. zustande kommt, auf einen anderen Entstehungsgrund hingewiesen. Als [illegible] ist im Allgemeinen eine die Festigkeit der Aortenwand irgendwo beeinträchtigen-

de Läsion anzunehmen. Damit wären die Bedingungen einer sofort nothwendig eintretenden Aortenerweiterung gegeben und zwar in einer der Läsion genau proportionalen Ausdehnung. Hierbei bedarf es denn gar nicht der Annahme einer hochgradigen, meist auch nicht nachgewiesenen arteriellen Drucksteigerung, da auch der gewöhnliche Blutdruck völlig ausreicht die Aorta genau dem Widerstandsverluste entsprechend zu dehnen, es sei denn, dass reparatorische Vorgänge, wie compensirende Endarteritis den Schaden repariren. Das Primäre ist hiernach also immer der Widerstandsverlust, die Dehnung der Aorta das Secundäre, nicht umgekehrt.

Welcher Antheil hiernach einer die gewöhnliche Arterienspannung steigernden Action, der Anstrengung oder Ueberanstrengung, berufsmässiger oder gelegentlicher zukomme, erscheint nun klar genug. Es ist der Antheil der Gelegenheitsursache, der secundären, accidentellen, während das wesentliche den ganzen Vorgang beherrschende Moment in der primären Aortenläsion liegt.

Klinische und pathologisch-anatomische Thatsachen weisen nun weiter auf die Arteriosclerose als diese Läsion hin, wobei ich von den einem ganz anderen Gebiete angehörenden angeborenen, traumatischen und sog. Arrosionsaneurysmen absehe. Ich beschränke mich in dieser Darstellung auf die wichtige Gruppe der Aortenaneurysmen Erwachsener. Hier aber wird die Aortensclerose so regelmässig neben dem Aneurysma und in so augenscheinlicher Beziehung zu ihm angetroffen, dass an einem Causalzusammenhang beider nicht zu zweifeln ist und zwar im Sinne einer Abhängigkeit des An. von der Arteriosclerose, nicht umgekehrt.

Thoma freilich, dessen ausgezeichnete Untersuchungen dieser ganzen Frage die grösste Beachtung fordern, hält die primäre Atonie der Aortenmuscularis für den wesentlichen, mechanischen Entstehungsgrund des Aneurysmas, und die Arteriosclerose, wie überhaupt, so auch hier, für einen secundären, wesentlich compensirenden Vorgang. Doch scheint mir der Beweis für diesen Causal-

nexus nicht geführt zu sein, vielmehr die bisher herrschende Lehre von der entzündlichen Natur der Arteriosclerose im gewöhnlichen Sinne wohl begründet und unerschüttert dazustehen.

Wie uun bei entzündlichen Processen überhaupt, so ist auch bei der Arteriosclerose wesentlich an Stoffe infectiöser oder toxischer Natur als Krankheitsursache zu denken. Doch lässt sich mit Sicherheit die Betheiligung keiner einzigen bekannten Infection oder Intoxication an der As. nachweisen. Es kommen darum wahrscheinlich Schädlichkeiten allgemeiner Natur, Retention regressiver Stoffwechselproducte, Ernährungsfehler, Ueberernährung und eine unzweckmässige Ernährung in Betracht. Dafür spricht schon die Häufigkeit der As. überhaupt, ihre Zunahme mit dem Alter und ihr Ueberwiegen beim weiblichen Geschlecht.

Hieraus nun müsste, die Gleichartigkeit der As. vorausgesetzt, ebenso die ätiologische Unbestimmtheit des ja wesentlich auf As. beruhenden Aortenaneurysmas gefolgert werden. Und in der That kennt die pathologisch-anatomische Betrachtung auch nur quantitative Unterschiede zwischen grossen und kleinen, diffusen und circumscripten, spindel- und sackförmigen Aneurysmen etc Eine derartige sich auf das rein grob Anatomische beschränkende Eintheilung dürfte jedoch nur genügen, wenn jene Voraussetzung der Gleichartigkeit aller arteriosclerotischen Processe als richtig sicher wäre. Das aber ist zum mindesten noch nicht erwiesen: im Gegentheil scheinen wichtige Thatsachen dagegen zu sprechen. Von diesen schon die grosse Seltenheit des Aneurysma für sich und besonders im Vergleich mit der ausserordentlichen Verbreitung der As. überhaupt, ferner sein auffallendes Vorwiegen beim männlichen Geschlecht und im mittleren Alter, während As. gerade das weibliche Geschlecht und das höhere Alter bevorzugt; nach der symptomatischen Seite wiederum die Neigung der in früheren Jahren auftretenden Aneurysmen zu den hier häufigen Herdsymptomen, Lähmung des Recurrens, Druck auf die Trachea, den Bronchus, den Oesophagus, resp. Perforation in diese Organe, während andere Aneurysmen, ins besondere der späteren Jah-

re diese Herdsymptome in der Regel vermissen lassen. Alles dieses weist, da die in allen Fällen gleiche, höchstens graduell verschiedene Wirkung des Blutdruckes, da einfach mechanische Verhältnisse den Unterschied nicht zu erklären vermögen, auf eine besondere Form der Aortensclerose hin.

Diese erscheint nach der anatomischen Seite durch einen in seinen Folgen auch sichtbaren, destructiven, die von Thoma sog. «Ruptur im allgemeinen» begünstigenden Charakter ausgezeichnet. Er ist den reparatorischen auch hier wirksamen Vorgängen überlegen, während bei der einfachen senilen Ectasia aortae und den Uebergangsformen der Aneurysmen der destructive Charakter zurücktritt und der «Compensation» Zeit lässt. Daher dort die Herdsymptome als Ausdruck der Ruptur, die hier fehlen.

Aus dieser so begründeten Annahme einer besonderen, gerade zum Aneur s. str. in naher Beziehung stehenden Arteriosclerosenform darf aber weiter auch auf einen besonderen Entstehungsgrund geschlossen werden und, falls sich dieser zwanglos findet, darin eine weitere Bestätigung der Hypothese erblickt werden.

In Bezug hierauf ergiebt die Analyse meiner 50 Aneurysmengeschichten folgendes:

Meist waren die verschiedensten acuten Infectionskrankheiten, Masern, Scharlach, Pocken Typhus, etc. vorausgegangen, ohne jedoch einen anderen Schluss als den einer rein zufälligen Folge zu rechtfertigen. So scheint mir auch im Curschmann'schen Falle eines An. einer jungen Dienstmagd, 3 Jahre nach Scharlach beobachtet, der doch nur per exclusionem geführte Beweis des causalen Zusammenhanges zwischen beiden Erkrankungen nicht zulässig. Ist ja doch ausser anderen möglichen Ursachen z. B. die infantile Syphilis nicht ausgeschlossen und dem vereinzelten Falle darum um so geringere Beweiskraft zuzugestehen.

Bedenkt man nun diese Dürftigkeit positiver, einen Causalnexus zwischen acuten Infectionskrankheiten und dem Aneur. stützender Daten, ferner, dass das Auftreten eines An. nach ihnen ja nichts auffallendes, zunächst

nichts weiter als einen Zufall bedeutet; in der Annahme dass es sich auch wirklich nur darum handele, werden wir um so mehr bestärkt, als nach unserer Erfahrung auch die Beziehungen der As. zu acuten Infectionskrankheiten höchst problematischer Natur sind.

Weniger Bedenken regen sich gegenüber der Malaria, die oft exquisit chronisch verläuft und zu Organ- und Gewebserkrankungen führt, die gewisse Analogien mit dem arteriosclerot. Process erkennen lassen. Doch fehlt es an einer thatsächlichen Begründung auch dieses Zusammenhanges, ja die Häufigkeit der Aneurysmen in malariafreien Orten spricht sogar direct dagegen.

Demnach muss das Untersuchungsergebniss in Bezug auf den Zusammenhang acuter Infectionskrankheiten und der Malaria mit dem Aneurysma s. str., resp. der zum Aneurysma tendirenden Form der Arteriosclerose als ein negatives bezeichnet werden Zu gleichem Resultat führt die Untersuchung eines etwa vorhandenen Einflusses acuter Intoxicationen. Es bleiben nunmehr die chronischen Intoxicationen und Infectionen als mögliche Ursachen in Erwägung zu ziehen. Bei ersteren kommen hauptsächlich der Alcohol und Tabak in Betracht, während die Annahme einer immerhin möglichen Abhängigkeit des Aneurysmas von anderen Giften, etwa dem Blei, Quecksilber, Arsen etc. in unserem Beobachtungsmaterial gar keine Unterstützung findet. Alcohol und Tabakgenuss dagegen spielen in der Anamnese dieser Krankheit eine grosse Rolle, sodass, besonders der Alcohol wohl als eine Ursache verdächtigt werden darf. Dafür spricht ausser der Thatsache seines Genusses noch die bekannte Beziehung des Alcohols zu chronisch entzündlichen, der Arteriosclerose anscheinend verwandten Vorgängen am Nervensystem. zu interstitieller Hepatitis und Nephritis.

Dennoch erscheint er nach unserer Erfahrung, obschon bei der Entstehung der Arteriosclerose und des Aneurysmas überhaupt mitthätig, gerade den wichtigen, zur Ruptur tendirenden Aneurysmen-Formen gegenüber nur von untergeordneter Bedeutung zu sein. Dieses gilt noch mehr von seinem Rivalen, dem Tabak.

Da nun aber weiter ebensowenig irgend welche Beziehungen des Aneurysmas zu sog constitutionellen Krankheiten oder zur Gicht. Arthritis deformans auffallen, so bleibt als letzte Erklärungsinstanz die Gruppe der chronischen Infectionskrankheiten und zwar wohl allein in ihren 2 Hauptvertretern, der Tuberculose und Syphilis, übrig.

Von diesen wiederum kann die Tuberculose sofort ausgeschlossen werden. Aortenaneurysmen und Tuberculose kommen allerdings gelegentlich combinirt vor, doch ohne irgend einen Hinweis auf die abhängige Stellung des Aneurysmas, während für das umgekehrte uns hier aber nicht weiter angehende Verhältniss auch meine Erfahrungen sprechen.

Auf diesem Wege des Ausschlusses wären wir bei der Syphilis als der letzten, wahrscheinlichen Ursache der Aortenaneurysmen angelangt.

Dass sie es aber, wenigstens in einer bestimmten Kategorie von Fällen, auch wirklich ist, dafür sprechen folgende wichtige Gründe.

Zunächst führt eine zuverlässige Anamnese meist zur positiven Angabe einer vor 10—20 Jahren acquirirten constitutionellen Syphilis oder mindestens zu dem sehr begründeten Verdachte dieser Erkrankung, die ja erfahrungsgemäss oft ziemlich verborgen oder unter dem Bilde einer unschuldigen localen venerischen Affection verläuft. Ferner liegt es ja in dem eigenthümlichen, verhängnissvollen Wesen der Syphilis, dass sie nicht blos, was ja auch sonst, besonders bei der Tuberculose zutrifft, die verschiedensten Organe und Gewebe ergreift, kaum eines verschonend, sondern ein wahrer Proteus sich noch dazu durch einen wunderbaren Polymorphismus auszeichnet, worin es ihr keine andere Krankheit gleich thut.

In ihrem Frühstadium, abgesehen von dem oft latenten primären Infectionsgeschwür, die verschiedensten Exantheme: Erytheme, Bläschen, Knötchen, Pusteln auf Haut und Schleimhäuten; später condylomatöse Schleimhautwucherungen; dann nach Jahren scheinbarer Gesundheit die rasch zerfallenden und vernarbenden Gummata und

endlich als letzte Spätwirkung nach Jahren und Jahrzehnten, chronische Entzündungen vulgärer Erscheinungsform, dennoch ihre Abhängigkeit von der Syphilis deutlich verrathend und darin allgemein anerkannt. als: Iritiden, Keratitiden, Otitiden etc. nicht gummöser Natur. Zu allerletzt die amyloide Degeneration.

In solchen merkwürdigen, ein ganzes Leben beherrschenden Eigenschaften dieses unverwüstlichen Krankheitskeimes, besonders in seinen erwiesenen Spätwirkungen darf man nun wohl mit Recht eine wichtige Unterstützung des aus den früheren Ergebnissen gefolgerten Zusammenhanges zwischen der Syphilis und dem arteriosclerotischen Aneurysma erblicken trotz fehlender anatomisch-specifischer Merkmale.

Schon nach dem bisher Erörterten muss es als höchst wahrscheinlich bezeichnet werden, dass das zuweilen bereits in der Jugend, vorwiegend aber im kräftigen Mannesalter entstehende, zur Ruptur neigende umschriebene arteriosclerotische Aneurysma zum Unterschiede von der mehr diffusen, vorwiegend im Senium erscheinenden und nicht zur Ruptur neigenden Form, auf die Syphilis als wesentliche Ursache zu beziehen ist.

Dafür spricht kurz recapitulirt: 1) die berechtigte Annahme von der entzündlichen und somit wahrscheinlich infectiösen Natur der Arteriosclerose; 2) der Exclusionsbeweis in den Aneurysmafällen zu Gunsten der Syphilis als Infection 3) die dieser Annahme günstige Verlaufseigenthümlichkeit der Syphilis und 4) die Thatsache syphilitischer Antecedentien in den meisten Aneurysmafällen.

Es fehlt nun noch der statistische Beweis für die letzte Behauptung. Das Material dazu kann nur eine besonders sorgfältige Anamnese bieten. Sache der Beweisführung bleibt es, aus diesen Thatsachen richtig zu schliessen.

Zunächst bedarf es einer Verständigung über die Betonung der «sorgfältigen» Anamnese. Es scheint nämlich, dass das gewöhnliche, in seiner Art auch sorgfältige Examinationsverfahren hier nicht genügt, sondern, um zuverlässig zu sein, durch ein Examen mehr inquisitori-

schen Charakters ersetzt werden muss. Denn die sonst gewöhnlich genügende Frage nach der vorausgegangenen Krankheit bleibt hier auch dem Gebildeten gegenüber oft resultatlos. Es muss darum der Befragte durch eine richtige und jedes Missverständniss ausschliessende Fragestellung sich zu einer klaren, bejahenden oder verneinenden Antwort gezwungen sehen. Bei solchem Verfahren erfolgt oft im Moment eine bejahende Antwort, während die gewöhnliche Frage nach einer Erkrankung resp. der Syphilis, bona fide verneint wurde.

Ausser solchen falsch examinirten oder auch sophistischen, vor sich scheinbar gerechtfertigten Leugnern giebt es aber andere meist aus der Klasse der Ungebildeten, mit offenbarer mala fides. Diesen beizukommen fällt begreiflicher Weise oft sehr schwer. In einer zweiten Kategorie von Fällen erwachsen die Schwierigkeiten aus der oft verborgenen Natur der Erkrankung, sei es, dass die Kranken, besonders Frauen und jüngere weibliche Individuen, subjectiv unfähig, den Charakter dieser Krankheit zu erkennen, völlig bona fide die ihnen ganz unverständliche Frage nach der Syphilis verneinen, oder dass die Syphilis objectiv in «occulter» Form völlig verborgen verlief. Occult in gewöhnlichem Sinne des Wortes, oder auch blos latent, larvirt, unter dem Bilde einer örtlichen rasch heilenden Erkrankung.

Aus alledem erhellt die grosse Schwierigkeit, in Bezug auf vorausgegangene Syphilis die Wahrheit zu ermitteln und welche Vorsicht gegenüber einem negativen Examinationsergebniss zu walten hat.

Unter Anwendung des Gesagten auf mein casuistisches Material muss auch ich zunächst bekennen, dass es nur zum Theil den an eine g u t e Anamnese zu stellenden Forderungen entspricht, weil eben, besonders in früheren Jahren, sich nicht durchweg genügende Examinationsvorsicht beobachtet findet. In vielen Fällen fehlen die betr. Angaben ganz, in anderen sind sie lückenhaft, unvollständig. Hier, etwa in der Hälfte aller meiner Aneurysmafälle bleibt darum die Frage nach vorausgegangener Syphilis zweifelhaft und unentschieden. In der anderen Hälfte liegen brauchbare Angaben vor.

Mein casuistisches Material besteht aus 50 Fällen, 17 der ambulatorischen Privatpraxis, 33 der Hospitalpraxis. Von diesen Kranken waren 41 männlichen. 9 weiblichen Geschlechts, von letzteren 7 verheirathet resp. verwittwet, 2 ledig. Ein Weib befand sich im 3 Lebensdecennium, 6 Kranke (5 M. und 1 W.) standen im 4., 22 (20 M. und 2 W.) im 5., 15 (10 M. und 5 W.) im 6., und endlich 3 Männer im 7. Lebensdecennium.

Also ein auffallendes Ueberwiegen des männlichen Geschlechts im besten Alter und der verheiratheten, also der Infection ausgesetzten unter den Weibern. Von den zwei ledigen hatte eine zugeständlich wiederholt geboren, bei der andern, plötzlich verstorbenen, fehlten genauere anamnestische Angaben, doch ergab die Obduction verdächtige entzündliche Reste in den Genitalorganen.

In den 17 Fällen meiner Privatpraxis war das anamnestische Ergebniss bei den Männern in Bezug auf venerische Affection im allgemeinen, mit Ausnahme eines Falles, stets positiv. In diesem einen Falle fehlten die betreffenden Angaben ganz, er ist somit überhaupt nicht in Rechnung zu bringen. Von den anderen hatten 7 an constitutioneller Syphilis vor 8—20 Jahren, meist vor weniger als 20 Jahren gelitten; bei 6 gleichfalls vor 7—20 Jahren, hatte die Affection in einem Ulcus oder Ulcus und Gonorrhoe bestanden, in einem Falle hatte nur Gonorrhoe vorgelegen. Die beiden Frauen wussten nichts über venerische Affectionen zu berichten, hatten aber abortirt.

In den 33 Fällen der Hospitalpraxis fehlen die betreffenden Angaben ganz 13 mal, 10 mal lauteten sie positiv (6 mal Syphilis, 2 mal Ulcus, 2 mal Gonorrhoe) 10 mal negativ.

Bedenken wir nun bei Verwerthung dieses Zahlenmaterials, dass die bekannten latenten oder leicht zu übersehenden Initialerscheinungen der Syphilis in einer Reihe von Fällen auch ohne beabsichtigte Täuschung ein negatives anamnestisches Resultat haben müssen, trotz sicher erfolgter aber erst in Spätsymptomen sich offenbarender Infection, ferner dass in manchen Fällen die Unbildung der Patienten eine hartnäckige Ableugnung thatsächlich

vorausgegangener Syphilis verschuldet, was auch in dem Verhältniss der Zahlen meiner Privatpraxis zu denen der Hospitalpraxis (82 : 32 pCt. positive Resultate) ausgedrückt ist, so erscheint die gewonnene positive Zahl der an Syphilis Erkrankten oder doch der Syphilis Verdächtigen gross genug, um schon allein als Zeugniss für die Syphilis als Ursache des Aneurysmas der Aorta und gegen ein blos zufälliges Zusammentreffen beider zu gelten.

Vollends wird uns die Uebereinstimmung des auf diesem Wege gewonnenen Urtheils mit den oben aus der Natur der As. und des Aneur. und der Syphilis gezogenen Folgerungen bestimmen dürfen, den behaupteten Causalzusammenhang als erwiesen anzusehen.

Weitere, willkommene Bestätigung dieses Urtheils finde ich in meiner Erfahrung, dass ein sicher diagnosticirtes, umschriebenes Aortenaneurysma den fast nie trügenden Rückschluss auf eine vor 8—20 Jahren vorausgegangene constitutionelle Syphilis gestattet, ganz wie bei der Tabes, und umgekehrt, dass, falls Syphilis, sowohl in manifester als latenter, larvirter oder occulter Form mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, was möglich ist, oder der Termin der Syphilis weit, 30 — 40 Jahre und mehr zurückliegt, trotz aller auf ein Aneurysma hinweisenden Zeichen (Neuralgien, Lähmungen, pulsirender Tumor etc.) gegen das Aneurysma zu entscheiden ist.

Hieraus folgt die praktische Bedeutung der gewonnenen Erkenntniss vom Zusammenhange der Syphilis und des Aortenaneurysmas. Bekanntlich schwankt die Diagnose sehr oft zwischen diesem und einem intrathoracalen Tumor, trotz ausgebildeter, aber immer noch vieldeutiger Localzeichen. Da erscheint es denn als kein geringer praktischer Gewinn, nach sicherem Ausschluss der Syphilis die Diagnose im Sinne eines Tumors entscheiden zu können. Der umgekehrte Schluss freilich ist nicht statthaft, wir dürfen uns aber wohl an dem einen Vortheil genügen lassen.

Endlich erscheint auch praktisch-therapeutisch diese Auffassung der Aneurysmenätiologie von Bedeutung. Freilich nicht in dem zunächst zu erwartenden Sinne, als wäre nun auf grössere therapeutische Erfolge bei consequenter

Anwendung antisyphilitischer Curen zu rechnen. Die Principien der Aneurysmenbehandlung werden, glaube ich, trotz der gewonnenen Erkenntniss immer wesentlich hygienische, diätetische und mechanische bleiben.

Nichtsdestoweniger ist die Behauptung insofern aufrecht zu erhalten, als die Erkenntniss einer jeden weiteren, ernsten, der Syphilis entspringenden Krankheit zu neuen Anstrengungen nach erfolgreicher Abwehr dieser Seuche anregt.

Es liegt nicht im Plane der Arbeit, auf diese wichtige Frage näher einzugehen, nur soviel soll angedeutet werden, dass ihre Lösung wie mir scheint, nicht auf eigentlich medicinischem Gebiet, auch nicht auf den staatlich-polizeilichen Anordnungen, sondern allein auf dem Gebiet der Familien- und Volkserziehung in Schule und Haus zu suchen ist. Die Frage ist demnach kurz gesagt wesentlich eine bisher vernachlässigte und durchaus nicht aussichtslose Erziehungsfrage.

Die Syphilis des Herzens.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

Vorgetragen auf dem VI. livländischen Aerztetag zu Wolmar am 5. September 1894.

M. H.! Je mehr es uns gelingt, in die Pathologie der Syphilis einzudringen, desto mehr erkennen wir, dass die Rolle, welche die syphilitische Infection spielt, nicht damit abgeschlossen ist, dass sie diejenigen specifischen Gewebsveränderungen und Krankheitsprocesse hervorruft, die wir in das Schema der Primäraffection, der secundären Allgemeinerkrankungen und der tertiären oder tardiven Krankheitserscheinungen unterbringen, sondern dass die Bedeutung dieser Seuche viel weiter reicht. Ich sehe hier ab von solchen Erkrankungen, wie z. B. der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse der Irren, deren Zusammenhang mit der Syphilis zwar zweifellos, aber in seinen einzelnen Gliedern noch nicht klargelegt ist, und deren Zahl sich in Zukunft vielleicht noch vermehren wird. Ich denke vielmehr an solche Erkrankungen, die zwar an sich nicht syphilitischer Natur sind, aber doch genetisch in einer nahen Abhängigkeit von syphilitischen Krankheitsprocessen stehen, in sofern, als sie durch die letzteren hervorgerufen und verursacht werden. Unter diesen Verursachern späterer secundärer Erkrankungen spielen die syphilitischen Veränderungen des Gefässsystems zweifellos die Hauptrolle.

Es ist Ihnen, meine Herren, bekannt, dass die kleineren und kleinsten Arterien in Folge der luetischen Allgemeininfection einer specifischen Erkrankung unterliegen,

die zuerst von Heubner als Endarteriitis syphilitica beschrieben worden ist. Dieselbe äussert sich in einer fortschreitenden Wucherung und Verdickung der Intima, die schliesslich zu einer vollkommenen Obliteration der Gefässlichtung führen kann, und es liegt auf der Hand, dass hierdurch schwerwiegende Ernährungsstörungen in den betroffenen Organen und Geweben hervorgerufen werden müssen. Am besten sind uns diese Veränderungen am Gehirn bekannt, wo wir es bekanntlich in Folge der syphilitischen Infection nicht nur mit gummösen Erkrankungen der Meningen und der Gehirnsubstanz, sondern auch mit einer an sich nicht syphilitischen Gehirnerweichung in Folge von Arteriitis syphilitica zu thun haben können. Analog liegen die Verhältnisse wohl in allen Organen und Organsystemen des Körpers. Ich erinnere nur an die Leber (Lebergummata und sog. syphilitische Lebercirrhose) und die Nieren (Gummata und arteriosclerotische Schrumpfniere auf syphilitischer Basis)

Es sei mir gestattet, als Gegenstand der heutigen Besprechung ein Organ herauszuheben, an dem syphilitische Erkrankungen nur selten beobachtet werden und daher nur wenig bekannt sind, an dem sich aber das eben Gesagte gleichfalls bestätigen lässt. Ich meine das Herz.

Das Verdienst, zuerst aus den in der Literatur niedergelegten Einzelbeobachtungen eine zusammenfassende Darstellung der syphilitischen Erkrankungen des Herzens versucht zu haben, gebührt meines Wissens T. Lang[1]), dessen Monographie im Jahre 1889 erschien. Im Jahre 1893 hat sodann F. Mracek[2]) eine vollständigere Zusammenstellung der Literatur in einer fleissigen Arbeit gegeben, welche sowohl die pathologische Anatomie als die Klinik der Herzsyphilis berücksichtigt. In einem kurzen aber lehrreichen Aufsatz hat schon früher Sacharjin[3]) die Diagnostik und Therapie der Lues des Herzens besprochen.

---

[1]) T. Lang. Die Syphilis des Herzens. Wien. 1889.

[2]) F. Mracek. Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1893. Ergänzungsheft II.

[3]) Sacharjin. Klinische Abhandlungen. Berlin. Hirschwald. 1890.

Die anatomischen Veränderungen der Herzsyphilis betreffen in erster Linie das Muskelfleisch, das Myocard, und wenn auch das Endocard und Pericard häufig mit erkranken, so beruht das doch meist nur auf einem Uebergreifen des Krankheitsprocesses von dem Herzmuskel auf die äussere und inwendige Ueberkleidung desselben. Wie überall, so äussert sich auch am Herzfleisch die syphilitische Erkrankung zunächst in der Bildung des specifischen infectiösen Granulationsgewebes in Form einer röthlich-grauen Einlagerung, welche mikroskopisch aus Rundzellen besteht und hie und da grössere epithelioide Zellen und vereinzelte Riesenzellen enthält. Charakteristisch ist hier wie überall, dass die Zelleninfiltration sich mit Vorliebe um die feineren Gefässe entwickelt und von hier aus in die Bindegewebsinterstitien zwischen den Muskelzügen und Muskelfasern hineinwuchert. Wo das geschieht, da geht die Muskelmasse durch Atrophie zu Grunde. Die weitere Umbildung des syphilitischen Granulationsgewebes gestaltet sich nun in den einzelnen Fällen verschieden.

Es kann erstens zur Bildung compacter, circumscripter geschwulstähnlicher Massen kommen, in deren Centrum die charakteristischen regressiven Veränderungen der Zellnekrose stattfinden, durch welche die Granulationsmasse schliesslich in typische Gummaknoten umgewandelt wird. Stets finden wir, dass in der Umgebung solch eines Gumma das Granulationsgewebe sich weiter entwickelt und sich zu richtigem, organisirtem Bindegewebe umbildet. So zeigt sich das Gumma des Herzens stets von einer Schwiele eingeschlossen, die ihre Züge wie polypenähnliche Fangarme, weit in die noch erhaltene Muskulatur hinein erstrecken kann. Diese Gummaknoten können bis haselnuss- und wallnussgross werden und ergreifen nicht nur die Muskelwand, sondern können auch in den Trabekeln und Papillarmuskeln sitzen. — Wie hier die Gummabildung, so überwiegt in anderen Fällen die Bindegewebsbildung, so dass mehr oder weniger ausgedehnte Herzschwielen entstehen, in deren Centrum nur kleine, linsengrosse oder kleinste, mikroskopische Herde gummöser Käsemasse sitzen. Wir können diesen Process

als interstitielle gummöse Myocarditis bezeichnen. Es kann sich drittens das syphilitische Granulationsgewebe auch vollkommen zu Bindegewebe organisiren ohne alle gummöse Zellnekrose, und das Resultat ist dann die Bildung eines derben fibrösen Bindegewebes, welches bald mehr diffus zwischen die Muskelbündel eingelagert ist, bald mehr disseminirt und circumscript in die Substanz des Herzfleisches eingesprengt ist und sich in nichts von den sog. Herzschwielen unterscheidet, welche bei der gewöhnlichen, schwieligen Myocarditis entstehen. — Endlich können ohne alle specifische Granulationsbildung die feineren und feinsten Zweige der Coronararterien in grösseren oder kleineren Abschnitten an der schon erwähnten obliterirenden Endarteriitis syphilitica erkranken. Der Verschluss der Gefässe führt dann in dem zu ihnen gehörenden Ernährungsbezirk zur anämischen Nekrose der Muskelsubstanz und zur Resorption derselben. An ihrer Stelle bleibt schliesslich eine sehnig glänzende Narbe. Es ist derselbe Process, wie bei der gewöhnlichen Sclerose der Coronararterien mit nachträglicher herdweiser Myomalacie und Schwielenbildung, nur dass hier die Ursache der primären Gefässerkrankung in der syphilitischen Infection zu suchen ist. Da die Herzwand an der Stelle, wo die Schwiele sitzt, der Muskelkraft beraubt ist, mit welcher sie dem endocardialen Blutdruck widersteht, so kann an der Stelle der Schwiele eine Ausbuchtung der Herzwand, ein partielles Herzaneurysma entstehen, welches natürlich die Gefahr der Herzruptur mit sich führt. Andrerseits wird dieser partielle Ausfall an Muskelkraft wie überall durch Dilatation und Hypertrophie der noch erhaltenen Herzwand compensirt.

Die anatomische Diagnose der durch die Syphilis des Herzens gesetzten Veränderungen ist leicht, sobald charakteristische Gummabildungen vorhanden sind; sehr schwierig wird sie aber, wenn nur myocarditische Schwielenbildungen vorliegen, denn diese unterscheiden sich in nichts von der gewöhnlichen fibrösen Myocarditis. Nur wenn wir zugleich eine starke Hyperplasie der Intima der Gefässe finden, so spricht diese Gefässerkrankung

eher für die syphilitische Natur des Processes, denn bei der gewöhnlichen schwieligen Myocarditis pflegt sie nur in geringem Grade vorhanden zu sein.

Die syphilitischen Veränderungen des Pericard gehören zu den häufigsten Begleiterscheinungen der luetischen Erkrankung des Herzmuskels. Wenn die syphilitische Granulationsgeschwulst unter dem Epicard sitzt oder sich bei weiterem Wachsthum der Herzoberfläche nähert, so wird dasselbe in Mitleidenschaft gezogen. Es kommt zu einer mehr oder weniger circumscripten Gewebsproliferation, durch welche das Epicard über der syphilitischen Neubildung verdickt wird, und oft sieht man an solchen Stellen auch gummöse Veränderungen: kleine, flache oder bucklige, gelblich opake Knotenbildungen und Vorwölbungen, durch welche die Herzoberfläche ein unregelmässiges Aussehen gewinnt (gummöse Pericarditis). In anderen Fällen fehlt die Gummabildung und es besteht nur eine mehr diffuse Verdickung und Trübung des Epicard, auf welchem sich auch fibrinöse Massen niederschlagen können; zuweilen bilden sich auch partielle Adhäsionen oder ausgedehntere Verwachsungen der Pericardialblätter, flüssige Exsudate werden jedoch hierbei im Herzbeutel nicht beobachtet.

Analoge Veränderungen finden sich auch am Endocard. Entsprechend der Ausbreitung der gummösen oder schwieligen Erkrankung der Muskelwand erkennt man eine Mitbetheiligung des Endocards, in welchem sich gelbliche oder weisse, oft knorpelharte plattenförmige Verdickungen bilden, welche aus fibrösem Gewebe mit oder ohne Einlagerung gummöser Massen bestehen. Sie sitzen auf der Herzwand oder an den Trabekeln, und zeigen eine unregelmässig höckerige, mit derben Knötchen besetzte Oberfläche (gummöse Endocarditis). Die Klappen selbst pflegen intact zu sein, und wenn sich auch an diesen Verdickungen zeigen, so sitzen sie an der Anheftungsstelle der Klappen, und nicht am freien Rand derselben und werden durch gummöse und schwielige Neubildungen hervorgerufen, welche sich an den Herzostien im Myocard niedergelassen haben und von hier auf die Klappenmembran übergreifen. Eine eigentliche, durch Ver-

wachsung der Klappen bedingte Stenose oder eine durch Schrumpfung bewirkte Insufficienz wird dabei nicht beobachtet.

Bei der hereditären Syphilis kommen dieselben Veränderungen am Herzen vor, wie bei der später acquirirten. Dieselben sind aber sehr selten und unter 150 Sectionen von syphilitischen Säuglingen, die in der ersten Lebenswoche gestorben waren, hat Mracek nur vier Fälle von Herzsyphilis gesehen. Viel häufiger findet sich bei solchen Kindern eine diffuse fettige Degeneration des Herzmuskels; dieselbe ist aber auf den allgemeinen elenden Ernährungszustand der Kinder zurück zu führen und hat direct nichts mit der Syphilis zu thun.

Ueber die klinischen Symptome und den Verlauf der syphilitischen Herzaffectionen ist in den gebräuchlichen Hand- und Lehrbüchern keine Auskunft zu erhalten, und auch die Specialwerke über Syphilis geben nur kurze, unvollständige Daten, aus denen sich eine abgerundete Anschauung von diesen Erkrankungen nicht gewinnen lässt. Die Krankheit ist eben sehr selten und die einschlägigen Beobachtungen finden sich in der italienischen, französischen, englischen und deutschen Literatur so zerstreut, dass es dem Einzelnen fast unmöglich ist, sich mit denselben bekannt zu machen. Erst Mracek hat sich das Verdienst erworben, eine vollständige Zusammenstellung der publicirten Fälle in ausführlichen Referaten mit sachverständiger Kritik geliefert zu haben. Danach sind etwa 60 sichere, durch die Obduction beglaubigte Fälle vom Herzsyphilis bekannt und ausserdem etwa 20 Beobachtungen, in denen die Diagnose einer syphilitischen Herzaffection auf Grund der Anamnese und des Erfolges der specifischen Behandlung wohl sehr wahrscheinlich ist.

Leider sind sehr viele dieser 80 Fälle erst auf dem Sectionstisch erkannt worden, und auch bei den übrigen sind die Angaben über die intra vitam beobachteten Störungen oft sehr mangelhaft, so dass sie nur mit Vorsicht verwerthet werden können. Dennoch gelingt es bei einer aufmerksamen Durchsicht des ganzen Materials, sich ein

einigermassen klares Bild vom Verlauf und den klinischen Symptomen der Herzsyphilis zu machen.

Aus der vorstehenden Schilderung der pathologischen Anatomie der Herzlues geht hervor, dass uns bis jetzt nur solche Veränderungen bekannt sind, die dem tardiven, gummösen Stadium der Syphilis angehören. Es lässt sich aber nicht leugnen, dass manche klinische Erfahrungen dafür sprechen, dass auch in der secundären Periode und besonders zur Zeit des Ausbruchs der ersten Allgemeinsymptome das Herz sich an den, den gesammten Organismus ergreifenden Störungen betheiligen kann. Oefters beobachtet man um diese Zeit bei Individuen, die sonst nie am Herzen gelitten hatten, leichtere oder schwerere Anfälle von Herzklopfen, Herzdruck und Präcordialangst, die bei einer specifischen antisyphilitischen Behandlung ebenso verschwinden wie die Symptome auf der Haut. Ob es sich hierbei lediglich um functionelle Störungen handelt, die etwa durch eine toxische Wirkung des im Körper kreisenden syphilitischen Virus auf die automatischen Herzcentra hervorgerufen werden, oder ob auch im und am Herzen rasch vergängliche, ohne Narbenbildung resorbirbare Zellneubildungen auftreten, wie sie z. B. auf den Schleimhäuten vorkommen, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden, da autoptische Befunde fehlen.

Ernstere Störungen der Herzthätigkeit werden wohl nur in den spätern Stadien der Syphilis beobachtet. So viel aus der bisherigen Casuistik ersichtlich ist, fallen dieselben vorzugsweise in das 4. bis 10. Jahr nach der syphilitischen Infection, wenngleich auch noch spätere Erkrankungen beobachtet worden sind. Das stimmt mit den anatomischen Befunden, die in die Rubrik der tardiven Veränderungen hineingehören gut überein. Wie wir sahen, handelt es sich in erster Linie um eine Erkrankung des Myocard, die, wie ich an dieser Stelle hinzufügen kann, mit Vorliebe den linken Ventrikel, aber oft auch den rechten, und nicht selten beide Herzhälften befällt. Sie führt zu partiellen, oder auch mehr diffusen Zerstörungen der Muskelmasse des Herzens, die durch Bindegewebe, resp. durch eingelagerte Gummaknoten er-

setzt wird. Wenn wir so schon anatomisch eine sehr ausgesprochene Analogie mit der gewöhnlichen schwieligen Myocarditis constatiren konnten, so wird es uns nicht Wunder nehmen, dass auch die klinischen Symptome der Herzsyphilis eine fast bis zur Identität gehende Uebereinstimmung mit jener Erkrankung zeigen.

Hier wie dort beobachten wir Störungen der Herzrhythmik und die Zeichen der verminderten mechanischen Leistungsfähigkeit des Herzmuskels, die bald mehr auf den einen oder den andern Ventrikel, bald mehr auf das ganze Herz zu beziehen sind. Die Kranken klagen oft über Herzklopfen, das anfallsweise, ohne ersichtliche Gelegenheitsursache auftreten kann, oder auch mehr permanent ist und durch die verschiedensten Einflüsse psychischer oder somatischer Natur, kleine Aufregungen, geringe Körperanstrengungen und ähnliches hervorgerufen oder verstärkt wird. Der Puls ist oft unrhythmisch oder ungleich, zeigt Intermissionen oder Bigeminie und kann alle Formen der Irregularität annehmen. Dabei braucht nicht alle Mal die Blutcirculation sehr zu leiden; man sieht nicht so selten Kranke, die trotz einer sehr hochgradigen Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit weder cyanotisch sind noch an Oedemen leiden. Stärkern Anforderungen ist das Herz freilich auch in diesem Zustand nur selten gewachsen. Treppensteigen bewirkt Oppressionsgefühl und Kurzathmigkeit, das Heben einer schweren Last oder die Bauchpresse bei der Defäcation rufen stenocardische Anfälle hervor. Oft treten solche Anfälle auch ganz unerwartet auf, so dass die Kranken plötzlich anscheinend aus vollkommener Gesundheit in die höchste Lebensgefahr gerathen und einem sogenannten Herzschlage erliegen können.

Oefter aber ist die Herabsetzung der Herzkraft, besonders des linken Ventrikels, deutlich; die Füllung der grossen Körperarterien ist gering, der Puls klein und die Ueberlastung des kleinen Kreislaufes äussert sich in permanenter Dyspnoe und chronischen Stauungskatarrhen der Luftwege. Ist auch der rechte Ventrikel befallen, oder wird er in Folge der Leistungsunfähigkeit des linken secundär insufficient, so führt die Rückstauung im grossen

Kreislauf zur Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Leber, zu Stauungskatarrhen des Verdauungstractus, Dyspepsie, Meteorismus, Verstopfung und schliesslich zu allgemeiner Cyanose und hydropischen Erscheinungen. So entwickelt sich allmählich das Bild der chronischen Herzschwäche, das ich Ihnen nicht näher zu schildern brauche. Objectiv lässt sich dann meist die Dilatation des ganzen Herzens oder seiner einzelnen Abschnitte leicht nachweisen, ohne dass Symptome von organischen Klappenfehlern vorhanden wären. Charakteristisch für dieses Stadium der dauernden Herzinsufficienz sind die plötzlichen, unerwarteten Steigerungen derselben, die sich in Anfällen von Cardialasthma, oder Präcordialangst oder in den quälenden Ausbrüchen der Angina pectoris äussern. Zwischen diesen Anfällen können Zeiten relativen Wohlbefindens liegen, aber oft bleibt solch ein Anfall auch der einzige, indem er rasch in complete Herzlähmung und Herzstillstand übergeht und der Kranke unter kurzen, schweren Leiden oder auch ganz plötzlich stirbt.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass sich ein einheitliches Bild des Verlaufes der Herzsyphilis nicht geben lässt. Oft ist der Kranke sich seines gefährlichen Leidens nicht bewusst, und wenn der Tod, wie schon angedeutet, in einem überraschenden stenocardischen Anfall, oder apoplectiform durch Syncope des Herzens erfolgt, dann lehrt erst die Section die Todesursache kennen. Dergleichen ist ja bekanntlich schon bei der gewöhnlichen Myocarditis und Coronarsclerose nicht selten, aber ganz besonders häufig bei den syphilitischen, gummösen Erkrankungen des Herzens. Mracek hat in 58 Fällen erwiesener Herzsyphilis 21 gefunden, die durch plötzlichen Tod endeten.

In andern Fällen können die Kranken unter den Erscheinungen der chronischen Herzinsufficienz allmählich zu Grunde gehen.

Aber nicht immer ist der Verlauf ein so ungünstiger. Die syphilitische Granulationsgeschwulst hat kein andauerndes Wachsthum, sondern macht zeitweilig oder auch für immer Stillstände, geht regressive Metamorphosen ein und kann sich zu Narbengewebe organisiren. Dem entsprechend kann, ganz wie bei der gewöhnlichen

schwieligen Myocarditis, auf alle Zeichen einer schweren Muskelerkrankung des Herzens eine Zeit der Ruhe und auch völlige Genesung folgen, wenn nämlich die syphilitische Neubildung sich organisirt hat, der durch dieselbe gesetzte Muskeldefect durch compensatorische Hypertrophie ersetzt ist und der Sitz des Erkrankungsherdes weiter keine Störungen bewirkt. Es ist auch eine völlige, oder fast völlige Resorption der Infiltrate ohne Bildung eines grössern Narbenherdes nicht ausgeschlossen, besonders bei einer specifischen Behandlung mit Jodkali oder Quecksilber.

Sie sehen, m. H., dass wir leider nicht im Stande sind aus den Symptomen und dem Verlauf der Herzsyphilis pathognomonische Erkennungszeichen dieser Krankheit abzuleiten. Die Diagnose muss daher aus den anammnestischen Daten und einer etwaigen gleichzeitigen syphilitischen Erkrankung andrer Organe erschlossen werden. Die frühzeitige Erkenntniss der Krankheit ist aber von der grössten praktischen Wichtigkeit, denn sie giebt uns die Indication für die einzig erfolgreiche Behandlung mit Specificis. Wenn also ein Mensch, welcher nachweislich syphilitisch inficirt ist, mit Herzbeschwerden erkrankt, ohne dass ein Klappenfehler oder die gewöhnlichen Ursachen für ein sonstiges Herzleiden (Gelenkrheumatismus, Nierenschrumpfung, Lungenemphysem, Alkoholismus) vorliegen, so haben wir ein Recht an Herzsyphilis zu denken, um so eher, wenn er jung ist und Coronarsclerose als Alterserscheinung nicht wahrscheinlich ist. Die Diagnose wird um so plausibler, wenn die gewöhnliche Behandlung (Ruhe, Diät und etwa Digitalis) erfolglos bleibt. Dann hat man das Recht, und ich glaube auch die Pflicht nicht länger zu warten, sondern eine specifische Behandlung einzuleiten. Dass man dabei vortreffliche Resultate erzielen kann, das lehren die Fälle, welche Sacharjin in Moskau veröffentlicht hat, und von denen ich Ihnen einen referiren möchte.

Ein Mann von 37 Jahren, der vor 2 Jahren syphilitisch inficirt und danach mit Quecksilber behandelt worden war, erkrankte eines Nachts plötzlich mit einem Anfall von Angina pectoris. Um dieselbe Zeit traten Schmerzen in den Tibien auf. Gebrauch von Quecksilberpillen, wonach die Knochenschmerzen schwinden. Acht Monate später ein zweiter Anfall von Angina

pectoris. 3 Wochen später Athemnoth und Oedem der Füsse. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich Obstipation, vergrösserte schmerzhafte Leber, Ascites, Oedeme der Extremitäten, Corpulenz. Puls 120. schwach, arhythmisch. Herzdämpfung nach rechts verbreitert, schwaches systolisches Geräusch auf dem Sternum, Orthopnoë, Rasselgeräusche in den abhängigen Lungenpartien; deprimirte Gemüthsstimmung, Gedächtnissschwäche, Druckempfindlichkeit der Waden und äusserste Schwäche aller Bewegungen, besonders der Füsse. Einschränkung der flüssigen und festen Nahrung, Wein, Excitantien und Digitalis hatten keinen nennenswerthen Erfolg. Darauf wurde 2 Wochen lang Jodnatrium (3.0 bis 4.0 p. die) gebraucht und eine wesentliche Besserung erzielt. Die tägliche Harnmenge stieg auf 4000 Ccm., die Oedeme schwanden, die Athmung wurde frei, der Schlaf ruhig, Puls regelmässig und kräftig, die Leber verkleinerte sich und war nicht mehr schmerzhaft. Da jedoch die Parese der Beine und die Gedächtnissschwäche fortdauerten, und auf eine syphilitische Erkrankung des Nervensystems bezogen wurden, so wurde das NaJ. nach einer kurzen Unterbrechung energisch (4,0 bis 7,5 p. die) 2½ Wochen weiter gebraucht, und schliesslich noch eine kurze Inunctionskur hinzugefügt. Während derselben schwanden auch die nervösen Symptome, und die früher vermissten Patellarreflexe kehrten wieder. Die Herzdämpfung verkleinerte sich zur Norm.

Neben der Herzerkrankung lag hier zugleich Syphilis des Nervensystems und wahrscheinlich auch eine syphilitische Erkrankung der Leber vor. Für uns ist die Beseitigung der Erscheinungen von Seiten des Herzens in erster Linie von Interesse, denn sie bestätigt nachträglich die Diagnose der Lues des Herzens.

Mit der Diagnose der Erkrankung sind auch die therapeutischen Indicationen gegeben. Sind die Erscheinungen bedrohlich, so ist eine energische Schmierkur und der gleichzeitige Gebrauch von NaJ. und KJ. in grossen Dosen angezeigt; sind sie weniger ängstlich so kann man erst Hg. gebrauchen und dann Jod nachfolgen lassen, oder auch umgekehrt. Nach 3 bis 5 Monaten muss die Kur, wie auch Sacharjin es thut, wiederholt werden, auch wenn die Beschwerden sich nicht wiederholt haben. Natürlich muss die diätetische Behandlung gleichzeitig nach denselben Principien eingerichtet werden, wie bei allen sonstigen Muskelerkrankungen des Herzens.

Sollte es sich auch bei der specifischen Behandlung ereignen, dass die Erscheinungen sich nicht bessern und der Kranke dennoch zu Grunde geht, so kann das daran

liegen, dass die syphilitischen Krankheitsproducte nicht mehr resorbirbar, oder die Zerstörungen in der Herzwand zu gross und irreparabel sind, oder es ist auch möglich, dass man sich in der Diagnose geirrt und keine syphilitische Herzaffection vorgelegen hat. Ich glaube jedoch, dass der Arzt sich im letzten Fall keine Vorwürfe wegen der Behandlung zu machen braucht. Wie bei der Hirnsyphilis, so wird man auch hier gut thun, lieber ein Mal eine Schmierkur unnütz zu verordnen, als die völlige Klärung des Thatbestandes abzuwarten und dann mit der specifischen Behandlung zu spät zu kommen.

Die Franzosen haben den Gebrauch von KJ. schon lange empfohlen, in Fällen, wo die Symptome einer chronischen Myocarditis oder Coronarsclerose vorliegen, und auch in Deutschland ist der Gebrauch dieses Mittels bei derartigen Erkrankungen seit Sommerbrodt's Empfehlung wohl ziemlich allgemein geworden Dass man damit in der That öfters treffliche Erfolge erzielen kann habe auch ich erfahren. Sollte es hier nicht häufiger als wir es jetzt vielleicht ahnen, um leichtere occulte Fälle von Herzsyphilis handeln, sei es nun eine gummöse Erkrankung oder eine syphilitische Endarteritis der Kranzgefässe? Wenn man es sich zur Pflicht macht bei der Aufnahme der Anamnese stets nach vorhergegangener Syphilis zu fahnden, so wird sich diese bis jetzt nicht zu entscheidende Frage vielleicht bald klären. Welch wichtige ätiologisch interessante und therapeutisch bedeutungsvolle Resultate mit Hilfe verständiger anamnestischer Erhebungen speciell in Bezug auf die Syphilis der inneren Organe zu gewinnen sind, das haben Sie, m. H., soeben aus dem Vortrag meines Herrn Vorredners an einem neuen Beispiel ersehen können[4]).

[4]) Herr Dr. Hampeln hatte auf Grund anamnestischer Erhebungen nachgewiesen, dass das Aortenaneurysma sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Individuen entwickelt, die nachweislich syphilitisch inficirt gewesen sind.

Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea.

Von

Dr. Apping.

Vorgetragen auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wolmar.

Ich erlaube mir Ihnen hier einen seltenen Fall einer Knochenerkrankung vorzustellen, die man nach den einzelnen Symptomen als Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea bezeichnen könnte, und die sich dadurch charakterisirt, dass abwechselnd der Ober- und die Unterschenkelknochen der einen oder andern Extremität plötzlich im Laufe weniger Stunden unter heftigen Schmerzen ohne nachweisbare Ursache erweichen, so dass man sie gleichsam wie Wachs biegen kann um alsdann im Verlauf von 3—4 Wochen wieder zu erhärten.

Der einzelne Anfall tritt, wie gesagt, plötzlich und ohne Vorboten auf, wobei das Kind in der Nacht mit einem Schrei aufwacht, und am Tage, wenn es steht oder geht, ohne äussere Ursache hinfällt und über heftigen Schmerz in dem afficirten Körpertheil klagt, welcher alsdann in 2—3 Stunden ohne Temperatursteigerung anschwillt. Die heftigen Schmerzen dauern 2—3 Tage und in dieser Zeit lässt sich nun bei der Untersuchung eine mehr oder weniger ausgeprägte Biegsamkeit der befallenen Knochen, welche namentlich an den beiden Unterschenkeln deutlich zu fühlen ist, constatiren. Vom 3. resp. 4. Tage an empfindet Patientin Schmerz nur bei Berührung und Druck auf den erkrankten Knochen, während bei ganz ruhiger Lage sie schmerzfrei ist. Um diese Zeit wird auch der Knochen beim Liegen weniger nachgiebig, um unter allmählichem Aufhören der Schmerzen im Verlauf von 3—4 Wochen die Consistenz eines normalen Knochens anzunehmen, wobei, wenn die Lagerung der erkrankten Extremität eine ungünstige war eine Difformität zurückbleibt. Zu bemerken ist, dass in dem letzten Jahr auch in der Zwischenzeit die Knochen der Unterschenkel sich seitwärts etwas biegen lassen.

Die Untersuchung der andern Organe hat, so oft sie vorgenommen wurde, mit Ausnahme einiger rhachitischen Symptome geringen Grades, stets ein negatives Resultat ergeben. Es lässt sich keine Temperatursteigerung constatiren und auch nicht Eiweiss im Urin nachweisen. Die Krankengeschichte der Patientin ist kurz folgende:

Dora Diemant, 5¾ Jahre alt, ist die Tochter gesunder jüdischer Eltern, ihre 2 älteren Brüder sind am typhösen Scharlach gestorben; von ihren 4 jüngeren noch lebenden Geschwistern ist der eine Bruder Idiot, während eine Schwester und 2 Brüder gesund sind. Ausser der erwähnten Erkrankung ist Patientin mit Ausnahme eines katarrhalischen Icterus stets gesund gewesen.

Der erste Anfall erfolgte, als Patientin 6 Wochen alt war, und wurde damals der rechte Oberschenkel in der oben beschriebenen Weise afficirt, worauf eine Pause von 3 Monaten eintrat, bis der linke Oberschenkel erkrankte. Dann vergingen 1¼ Jahr, in welcher Zeit Patientin keinerlei auffallende Krankheitssymptome aufwies, äusserlich einen gesunden Eindruck darbot und umherging. Ausser den erwähnten 3 Anfällen sind bis jetzt noch 11 erfolgt und zwar wurden befallen: der rechte Oberschenkel 5 Mal, der linke 3 Mal. der rechte und linke Oberschenkel je 3 Mal. Die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen betrugen 2—6 Monate.

Die Behandlung von Seiten verschiedener Aerzte hat bis jezt keinen wirklichen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit gehabt, da der letzte Anfall sich noch vor 2 Monaten einstellte und bestand die Therapie in Verordnung von Phosphor, Kalkwasser, Leberthran, Jodkali und Salzbädern.

Von der Lösung:

Phosphor 0,01
Ol. Jec. Aselli 10.0

hat Patientin 10 Tropfen 3 × täglich circa 1½ Jahren gebraucht.

Ferner wurde, um einer Verkrümmung der Knochen nach Möglichkeit vorzubeugen, selbstverständlich auf eine richtige Lagerung resp. Bandagirung des erkrankten Knochens geachtet und wenn trotzdem ziemlich bedeutende Difformitäten eingetreten sind, welche Patientin sogar am Gehen verhindern, so ist es dem Umstande zuzuschreiben, dass Patientin nicht einer Hospitalbehandlung unterzogen werden konnte, die socialen und hygieinischen Verhältnisse unzureichende waren und oft die ärztliche Hülfe zu spät in Anspruch genommen wurde. Ausserdem ist noch zu bemerken, dass der Knochen nicht immer in seiner ganzen Länge gleichmässig erweicht und eine entstandene Difformität bei der darauffolgenden Erweichung sich nicht ohne Weiteres ausgleichen lässt.

Was nun den Status präsens anlangt, so sehen Sie hier ein Kind mit bleicher Gesichtsfarbe, ziemlich schlechter Ernäh-

rung und etwas rhachitischem Habitus. Während bei der Untersuchung der einzelnen Organe sich nichts Abnormes nachweisen lässt, so bemerken Sie gleich eine ziemlich starke Difformität der langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten und zwar ist der linke Oberschenkelknochen um circa 100° nach vorn und aussen verkrümmt, der rechte Oberschenkel stumpfwinkelig nach aussen gebogen. Der rechte Unterschenkel erscheint ungefähr in der Mitte um 130° nach vorne gekrümmt der linke dagegen nur um circa 160°. Die Winkel sind nach hinten offen. Die beiden Unterschenkelknochen sind in der Richtung von innen nach aussen etwas biegsam.

Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Knochen- und Gelenkerkrankungen.

Von

Dr. med. Fritz Berg.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Livl. Aerztetag in Wolmar, den 6. September 1894.

M. H.! Wenn ich es versuche, Ihnen in Kürze zu referiren über «die Syphilis in ihren Beziehungen zu den Knochen- und Gelenkerkrankungen», so bin ich mir wohl bewusst Ihnen nichts Erschöpfendes und Vollständiges zu bieten; ist es mir doch nicht möglich gewesen, während einer stark besetzten praktischen Thätigkeit umfangreiche Literaturstudien zu machen. Ich habe geglaubt nicht fehl zu gehen, wenn ich Ihnen aus eigenen Anschauungen und Beobachtungen referire, und diese verificire und vervollständige nach den neuesten Referaten und Discussionen medicinischer Gesellschaften, wie sie sich zerstreut in deren Sitzungsberichten niedergelegt finden.

Knochenerkrankungen kommen in dem Frühstadium der Syphilis, bei der recenten Form, nicht vor und sind die Schmerzen und das Reissen in den Knochen, wie sie, wenn auch selten, von den Kranken angegeben werden bei Ausbruch des maculösen, häufiger bei dem papulösen Exanthem, nicht Erkrankungen der Knochen sui generis, sondern rheumatoider und auch wohl neuralgischer Natur, verbunden mit beträchtlicher Störung des Allgemeinbefindens, wie Schmerzen, gestörter Schlaf und fieberhafte Erscheinungen. In wenigen Tagen meist ist

mit dem vollständigen Ausbruch des Exanthems Fieber und Schmerz geschwunden. In dem gummösen Stadium, und bei der tardiven Form treten die Knochenerkrankungen in die Erscheinung, bei erworbener und bei hereditärer Syphilis. Diejenige Form der Knochenerkrankung, die in verhältnissmässig frühem Stadium zur Beobachtung kommt und unser therapeutisches Handeln erheischt, ist die Knochennekrose in Mund und Nase. Ich habe sie mehrfach, auch noch in allerletzter Zeit, bereits im 2. Jahre der Erkrankung zu behandeln Gelegenheit gehabt. Am frühesten und wohl auch am häufigsten erkrankt die Nasenscheidewand, demnächst die Muscheln, der Vomer, Theile des Oberkiefers, das knöcherne Gerüst der Nase. Von den Patienten sehr häufig nicht bemerkt, stellt sich auf der Nasenscheidewand die Ulceration ein, als rundes erbsen- oder haselnussgrosses Geschwür, das um sich greifend die deckenden Weichtheile des Septum zerstört: der dünne Knochen liegt blos und nekrotisirt. Zu nicht geringem Erstaunen der Pat. gelangt man mit der Sonde durch das Loch aus einer Nasenhöhle in die andere, findet auch häufig das Loch bereits benarbt. Ob es hier bereits das zerfallende Gumma ist, das zur Ulceration führt, oder ein ähnlicher destruirender Process, abhängig von specifischen Erkrankungen kleiner und kleinster Gefässe, — das mit Sicherheit zu entscheiden überlasse ich dem sach- und fachkundigen pathologischen Anatomen; für meine Aufgabe erachte ich es, Ihnen hier das klinische Bild zu schildern und das Handeln vom Standpunkte des Praktikers anzugeben. Bei ausgiebigerer Nekrose in der Nasenhöhle und auf dem Boden derselben, fehlt nicht der oft intensive Kopfschmerz, Unwegsamkeit der Nase, und stinkender blutig schleimig eitriger Ausfluss lässt die Diagnose der syphilitischen Ozaena nicht schwer werden. Dass bei solchen ausgiebigen Nekrosen mit profuser Eiterung hochgradige Störungen des Allgemeinbefindens mit Fieber einhergehen, sah ich noch vor wenigen Wochen bei einem 35-jährigen Manne, 2 Jahre nach der Infection, der stark heruntergekommen mit abendlichem Fieber in meine Behandlung trat. Einen Theil der nekrot. Knochenpartien hatte ihm ein

Rigaer College gelöffelt, als es jedoch endlich gelang das ganze nekrotische Septum, die rechts gelegenen Muscheln und ein grosses Knochenstück vom Boden der Nasenhöhle zu entfernen, nach dessen Fortnahme sich der spaltförmige ca. 2 Cm. lange Defect im harten Gaumen präsentirte, schwanden wie mit einem Schlage der scheussliche Gestank und das Fieber. Nach kurzer Erholungszeit konnte dann die specifische Behandlung einsetzen, die gut vertragen wurde und Pat. der Heilung entgegenführte; ein praktischer Beleg dafür, dass immer die Localbehandlung exact und sachgemäss ausgeführt werden soll und mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand zu gehen hat. Wie man aber auch andererseits sich abwartend zu verhalten hat, ehe man grössere chirurgische Eingriffe zur Entfernung grösserer nekrotisirender Knochen macht, lehrte mich ein Fall, in dem ein Feldscher, der sich bei der Section einer syphilitischen Leiche inficirte, ausser dem Verlust des Septum und einem grossen Defect im harten Gaumen scheinbar Totalnekrose des ganzen rechten Oberkiefers bekam. Es bildeten sich secernirende Fisteln am rechten inneren Augenwinkel, dem unteren Augenhöhlenrand, am rechten Proc. alveolaris, und schien der ganze rechte Oberkiefer in seinen Verbindungen gelockert. Der Process, der sich durch mehrere Jahre hinzog, den Pat. physisch und moralisch stark herunterbrachte und trotz vielfacher Jod- und Hg-Kuren absolut nicht ausheilen wollte, veranlasste ihn mehrfach, mich um die Ausführung der Oberkieferresection an ihm zu bitten. Ich glaubte diese seine Bitte abschlagen zu müssen, weil mir der Knochen noch nicht genügend demarkirt erschien und resecirte ihn nicht — ich bedaure es auch heute nicht, denn im Laufe der Zeit ist dennoch nach Abstossung mehrfacher grösserer und kleinerer nekrot. Knochenstücke Alles ausgeheilt ohne eingreifende verstümmelnde Operation, einige kleine Narben am rechten inneren Augenwinkel und am Os zygomaticum und ein haselnussgrosser Defect am harten Gaumen, welcher durch eine Platte gedeckt wird, erinnern an das überstandene schwere Leiden. Nächst diesen häufigsten Knochenerkrankungen kommen solche fast an allen Knochen des Ske-

lets vor: am Kopf, der Clavicula, dem Sternum, den Rippen, Humerus, Ulna, Radius, den Phalangen als Dactylitis ossea, der Tibia, seltener der Fibula und an der Wirbelsäule. An den flachen Schädelknochen, dem Stirnbein und den Scheitelbeinen am häufigsten, seltener am Hinterhauptbein treten sie uns als schmerzhafte diffuse Auftreibung, als Periostitis entgegen, namentlich gerne an solchen Stellen, welche ein Trauma traf. und weichen sie unschwer der specifischen Behandlung. War diese genügend energisch und genügend ausgiebig, so schwinden sie vollständig und ist meist nach Jahr und Tag nichts mehr von der früheren schmerzhaften Anschwellung zu entdecken; nur selten bleibt eine leichte Verdickung permanent. Wie an den Schädelknochen, so läuft auch derselbe Process ab an: Sternum, Clavicula, Beckenknochen, Ulna, am häufigsten an der Vorderfläche der Tibia. Anders ist es jedoch, wenn es zur Bildung des Gumma gekommen ist, an den Röhrenknochen sowohl wie an den flachen Knochen. Periostitis, Ostitis, Osteomyelitis syphilitica spielen sich hinter einander ab, oder sind wohl auch zu gleicher Zeit vorhanden und führen zu condensirender Ostitis und Periostosen, oder es kommt zum Zerfall des Gumma und Einschmelzung des Knochens. Das jahrelange Bestehen dieser schleichenden Processe führt zu bleibenden Auftreibungen an den flachen Knochen, zu voluminösen Verdickungen an den Röhrenknochen, an den Tibien zu der für die Syphilis hereditaria tarda typischen «Säbelklingenform». Die Localisation dieser tertiär-syphilit. Krankheitsproducte in den langen Röhrenknochen erzeugt eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit derselben gegen mechanische Einwirkungen und schützt ihrerseits die pathologische Verdickung und Volumzunahme des Knochens diesen vor dem Zerbrechen, — ein natürlicher Reparationsprocess. Meist kommen diese Processe, die ich als Osteomyelitis gummosa glaube bezeichnen zu müssen, multipel vor und bilden bei der Syphilis hereditaria tarda mit ihren Schmerzen, der gestörten Nachtruhe, eine Quelle jahrelanger Leiden. Sie treten in den ersten Lebensjahren bereits auf und erstrecken sich bis in die Pubertätsjahre, auch über diese

hinaus, exacerbiren wohl auch gerade in denselben. Trotz der Schwere und der langen Dauer der Erscheinungen sind es immerhin glücklicherweise seltene Erkrankungen, welche der Therapie nicht unzugänglich sind. Chirurgische Eingriffe sind bei diesen Erkrankungen gewöhnlich nicht erforderlich, es sei denn, dass eine stark prominirende Osteophytenbildung am Stirnbein abgemeisselt werden muss, weil sie beim Tragen der Kopfbedeckung genirt oder aus kosmetischen Gründen entfernt werden soll, oder eine ähnliche an der Aussenseite der Ulna, resp. auf der Kante der Tibia bei der Beschäftigung stört und der wiederholten Verletzung ausgesetzt ist. Immerhin sind es Seltenheiten. Ich persönlich habe eine solche Abmeisselung bisher zu machen keine Gelegenheit gehabt, entsinne mich aber wohl in casuistischen Mittheilungen Referate darüber gefunden zu haben.

Zur Illustration des geschilderten Processes und der Möglichkeit der vollständigen Ausheilung erlauben Sie mir einen Fall aus meiner Praxis in Kürze anzuführen.

Schwächliches anämisches 14jähriges Mädchen. Vater leidet an Syphilis tarda, Mutter an Phthise gestorben. Multiple Osteomyelitis gummosa an beiden Tibien und am linken Humerus. Syphilis hereditaria tarda. Angeblich bisher homöopathisch behandelt. Starke dolores osteocopi Abends und Nachts nur bei Witterungswechsel. Schlaf sehr schlecht. In der Ernährung sehr heruntergekommen. Stark neurasthenisch. Dreimonatliche energische Hg. und Jodbehandlung in Kemmern bringen die Schmerzen zum Schwinden und lassen die Knochenverdickungen scheinbar etwas schlanker erscheinen. Mit dem Eintritt guten Schlafes und eines phänomenalen Appetites geht die Ernährung rapide in die Höhe. Wird gesund entlassen mit stark verdickter Tibia beiderseits und Humerus. Bis jetzt, nach 5 Jahren, hat sich keine Störung weiter geltend gemacht und ist keine Therapie erforderlich gewesen und wer heute das blühende Mädchen sieht, dürfte ihr das überstandene schwere Leiden wohl nicht ansehen.

Anders jedoch ist das klinische Krankheitsbild, wenn die gummöse Neubildung im Knochen als grosser makrosk. Krankheitsheerd Platz gegriffen hat. Wie Periostitis und Osteomyelitis, so kann auch das Gumma an allen möglichen Stellen des Skelets, an flachen und Röhrenknochen vorkommen. Sein Lieblingssitz sind die Schädelknochen, Tibia, Ulna, Clavicula und Sternum. Widerstandsfähiger

dem therapeutischen Eingriff gegenüber als die Periostitis, kann es dennoch zur Resorption kommen, geht aber andererseits in Zerfall über, in welchem Zustande es jahrelang jeglicher Behandlung trotzt mit seinem schmutzigen, torpiden Geschwürsgrunde und seinen lividen unterminirten Rändern, wenn nicht geeignete Localbehandlung bessere Chancen zur Ausheilung schafft. Man scheut daher auch den chirurgischen Eingriff nicht und exstirpirt das Gumma, ob es am Schädel, oder in einem der langen Röhrenknochen sitzt, oder sonst wo. Wie man dem Hautgumma, sitze es wo es wolle auf den Hautdecken, mit scharfem Löffel, Scheere und Messer zu Leibe geht, so exstirpirt man das Knochengumma, ehe es zur Usur und starker Einschmelzung des Knochens geführt hat.

Im vorigen Jahre wurde mir ein Patient mit tard. Lues nach Kemmern zugeschickt, dem College Zoege-Manteuffel mehrere Gummata am Schädel exstirpirt hatte. Sie hatten fast Hühnereigrösse gehabt und hatten den ganzen Schädelknochen bis auf die Dura durchsetzt. Jahrelang hatten sie bis dahin jeglicher Behandlung getrotzt und dem Patienten constante rasende Kopfschmerzen verursacht, die ihn vollständig heruntergebracht und ihn arbeitsunfähig und lebensmüde gemacht hatten. Die specifische Kur nach der Operation vertrug er brillant und habe ich ihn in diesem Jahr, nach erneuerter Kur wegen Erkrankung der Nase, als gesunden, arbeitsfähigen Mann entlassen können.

Schwerer verlaufen solche Fälle bei der Syphilis hereditaria tarda.

Eine 20-jährige Dame, hereditär syphilitisch, kam nach Kemmern in meine Behandlung. Pat. klein, schmächtig, anämisch, schlecht genährt, litt seit vielen Jahren an gummösen Neubildungen am linken Stirnbein und am rechten Tibiakopf. Starke subiective Beschwerden. In St. Petersburg hatte man das Gumma an der linken Seite des Stirnbeins exstirpirt und war dieses auch ausgeheilt mit einer gewaltigen, stark eingezogenen und stark entstellenden Narbe, von der Exstirpation des Gumma am Tibiakopf hatte man Abstand nehmen müssen in derselben Sitzung und auch fernerhin, des sehr schlechten Allgemeinbefindens der Pat. wegen. Die fast ununterbrochene spec. Behandlung am Wohnort sowie auch die langdauernde und energische, gut überwachte Behandlung führten scheinbar zu gar keinem Resultat.

Als die seltenste der syphil. Knochenerkrankungen bleibt mir noch die Erkrankung der Wirbel zu nennen

übrig. Sie charakterisirt sich eigentlich nur durch einen constanten dumpfen Schmerz an einer bestimmten Stelle der Hals- oder Brustwirbelsäule, der bei Druck stärker wird, bei aufrechter Stellung und bei Bewegungen zunimmt und bei horizontaler Lage fast ganz schwindet. Die Diagnose der syph. Wirbelerkrankung ist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose und nur dann mit einiger Sicherheit zu stellen, wenn andere Anzeichen mit absoluter Sicherheit bestehende Syphilis nicht ausschliessen und andere Ursachen, wie Trauma, Tuberculose auszuschliessen sind. Sicher bleibt nur der Rückschluss, wenn die specifische Behandlung den Krankheitsprocess definitiv zur Ausheilung gebracht hat.

Dass sie bei Kindern sowohl wie bei Erwachsenen vorkommt, event. mit Wirbelcaries endet, belegen Mittheilungen in der Literatur (Centralblatt für Chirurgie, 1891 Nr 14, Jasinski). In 15-jähriger Kemmernscher Praxis habe ich unter 3—4000 Syphilitikern jeglichen Stadiums und jeglichen Alters und Geschlechts nur 2 mal Wirbelerkrankungen zu sehen und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Den einen Fall verlor ich nach beendeter Kur bald aus dem Gesicht, den anderen habe ich noch jetzt unter Augen. Beides waren Männer zwischen 30 und 40 Jahren. Sie klagten über dumpfen Schmerz im Bereich des 2. und 3. Brustwirbels, Unvermögen lange aufrecht zu gehen und zu stehen, und leichte Ermüdung in den Beinen. Eine energische und wiederholte Behandlung hat vollständige Heilung gebracht, nachdem elektrotherapeut. Maassnahmen, Corset, Ferr. candens, Wasserbehandlung in allen möglichen Formen und alles mögliche Andere im Stich gelassen hatten.

Die syphilitischen Gelenkerkrankungen*) sind selten. Sie sind zu unterscheiden in 1) acute seröse Gelenkentzündungen, 2) subacute oder chronische seröse und 3) von einem Gumma auf das Gelenk fortgeleitete,

*) [1]) Langenbeck's Archiv 1883 28. Band. Prof. Max Schüller.
[2]) Centralblatt für Chirurgie 1888 № 32, Monastyrski.
[3]) Centralbl. 1891, № 26, O. Rasch. in dem Archiv für Dermatol. und Syphilis 1891, Heft I.
[4]) Centralbl. für Chir. 1888 № 9.

oder durch den Sitz desselben bedingte Gelenkentzündungen, zu welcher Kategorie ich auch diejenigen rechne, bei denen die Gelenke erkrankten durch Fortschreiten der gummösen Osteoperiostitis resp. Osteomyelitis der Diaphysen.

Die acuten serösen Gelenkentzündungen kommen zuweilen bei secundärer Syphilis vor mit Ausbruch des Exanthems. Sie befallen ein, auch mehrere grössere Gelenke, Knie-, Ellbogen- Schultergelenk etc. und sind unschwer von der Polyarthritis rheumatica acuta zu unterscheiden durch: Fehlen des Fiebers, der Röthung, und die geringgradige Schwellung. Die Schmerzhaftigkeit ist meist eine geringe, so dass von einer Localbehandlung mit Immobilisation kaum die Rede sein kann, zumal da sie mit Einleitung der antiluetischen Behandlung schnell und sicher zu schwinden pflegen. In der Literatur habe ich Fälle gefunden, in denen wegen grosser Schmerzhaftigkeit in mehreren Gelenken zur Immobilisation geschritten werden musste. Ich selbst habe wenig solcher Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. 2) Die subacute oder chronische Gelenkentzündung, nach Virchow «Chondritis syph.», nach Finger «hypertrophische syphilitische Synovitis», kommt meist in einem Gelenk vor, doch scheint eine besondere Praedisposition eines spec. Gelenks nicht zu existiren, da sie am Knie-, wie am Ellbogen-, resp. Fussgelenk beobachtet worden ist. Die Diagnose der syph. chron. Gelenkentzündung ist am Lebenden nicht leicht zu stellen, wenn nicht andere sichere Anzeichen bestehender Syphilis zugleich vorhanden sind. Eine Verwechselung mit der ihr ähnlichen Arthritis deformans rheumatica ist zu vermeiden, wenn man in Betracht zieht — die Neigung dieser letzteren zu allen möglichen Knochendeformitäten an den Rändern des Knochens, welche der luetischen Arthritis fehlt. Schwellung, Schmerzen, Schwerbeweglichkeit, Knarren bei Bewegungen haben ja beide gemeinsam. Auf den pathol. anatomischen Befund bei beiden einzugehen, liegt ausserhalb des Rahmens meiner Arbeit. In praxi entscheidet, ob syphilit. Gelenkentzündung, ob Arthritis deformans, doch der Erfolg der specifischen Kur. Die 3.

und letzte Form endlich, die gummöse Form, findet sich bei der tardiven Form der acquirirten Syphilis und bei der hereditären. Das Gumma sitzt entweder in unmittelbarer Nähe des Gelenks, beispielsweise in einem Condylus des humerus, oder im Tibiakopf, oder es sitzt im Gelenkkörper selbst, resp. eine Osteomyelitis syph. der Diaphyse des Röhrenknochens hat das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen.

So selten die serösen syphil. Gelenkentzündungen in Eiterung überzugehen pflegen, kann das Gumma bei dieser Form in Zerfall übergehen und zu destruirenden Processen im Gelenk, zu Einschmelzungen des Knorpels und des Knochens führen. Ist es bereits zu solchen gekommen, so ist der operative Eingriff am Platz und Incision, Excochleation, Sequestrotomie und Resection müssen gemacht werden. denn keine spec. Behandlung allein ist im Stande Heilung zu bringen. Bleibt die Erkrankung der Spontanheilung, zu welcher selbst diese schweren Erkrankungen nach jahrelangem Siechthum tendiren, überlassen, so ist die totale Ankylose die unbedingte Folge. Eine derartige Erkrankung hatte ich vor mehreren Jahren zu sehen Gelegenheit. Bei einem stark heruntergekommenen Syphilitiker von ca. 30 Jahren, der eine Rupia syphilit. und zahlreiche Narben ausgeheilter Hautgummata auf der ganzen Körperoberfläche, namentlich im Gesicht, hatte, war das ganze linke Handgelenk durch ein Knochengumma in Zerfall begriffen. Die Operation wurde verweigert. Die mehrfach wiederholten spec. Kuren und ausgiebiger Jodgebrauch hatten den von ihm erhofften Heileffect nicht. Als ich ihn nach 5 Jahren wiedersah, war im Handgelenk totale Ankylose eingetreten, der Krankheitsprocess jedoch noch nicht ganz zum Abschluss gekommen, es bestanden noch einige schwach secernirende Fisteln, Schwellung und beträchtliche Druckempfindlichkeit. Der 2. Fall, hereditäre Lues bei einem 19-jährigen Mädchen bot ein ähnliches Bild am linken Fussgelenk. Hier wie dort Refüsiren jeglichen operativen Eingriffs, jahrelange Behandlung und endlich Ankylose in Spitzfussstellung. Gleichzeitig bestehende Ulcerationen in Nase und Rachen hatten die Diagnose gesichert.

Dass eine Verwechselung, wo nicht sichere andere Anhaltspunkte für Syphilis gleichzeitig vorhanden sind, mit tuberculöser Erkrankung des Gelenks vorkommen kann[5]), unterliegt wohl kaum einem Zweifel. Sie ist auch leicht erklärlich, wenn man in Betracht zieht, dass der Gummaknoten ja nicht immer makroskopisch, gross und sichtbar zu sein braucht, sondern auch in miliarer Form auftreten kann. (Monastyrski fand Lustgartensche Bacillen in den Miliarknoten und Fehlen der Koch'schen Bacillen). Zu differential-diagnostischen Zwecken wird man sich heut zu Tage wohl des Tuberkulins bedienen.

Nicht nur mit tuberculösen Processen können Verwechselungen vorkommen, auch mit anderen bösartigen Neubildungen, den sarcomatösen und carcinösen Dass syph. Geschwüre, resp. Infiltrationen und gummöse Processe krebsig entarten können, ist eine bekannte Thatsache und finden sich dafür in der Lit. genügend Belege. So berichtet, um nur einen anzuführen, Lang in den Wiener medic. Blättern 1888, Nr. 10 über krebsige Entartung syph. Geschwüre an Zunge, Gaumen, Unterlippe. Am Hoden kommt sie auch vor. Verständlich erscheint es mir daher, dass ein hervorragender Chirurg einem Pat. die Oberarmamputation vorschlug, der am linken Ellbogengelenk, reichlich eine handbreit auf den Oberarm und desgl. auf den Unterarm sich erstreckend eine Unmasse Gummata trug, welche mit der kolossalen spindelförmigen Anschwellung des Gelenks und der lividen Haut-Verfärbung ganz den Eindruck eines Sarcoms machten. Die von einem Fachmann ausgeführte mikrosk. Untersuchung schien die Diagnose zu bestätigen. In der Folge hat sich das jedoch als menschlicher Irrthum erwiesen. Pat. entfloh unmittelbar vor der Operation aus dem Hospital durch das Klappfenster und ist nach ausgiebiger jahrelanger Jodkali und Hgbehandlung geheilt worden und hat seinen Arm behalten. Es waren also Gummata und kein Sarcom.

Ziehe ich das Facit dieser kurzen Betrachtungen, so ergiebt sich daraus, dass a) syph. Knochen- und Gelenk-

[5]) Monastyrski, Centralblatt für Chirurgie 1888, № 32.

erkrankungen vorzukommen pflegen, sowohl bei acquirirter, als bei hereditärer Syphilis, b) die Knochenerkrankungen kommen häufiger zur Beobachtung, die Gelenkerkrankungen sind seltene Erkrankungen, c) beide tendiren unter geeigneter Behandlung zur Ausheilung.

Daraus ergiebt sich die Regel für unser therapeutisches Vorgehen: Periostitis, Osteomyelitis, Gumma am flachen Knochen und Röhrenknochen, am Gelenk und in dem Gelenkkörper sitzend, kann bei geeigneter Behandlung ausheilen, wie auch die Gelenkentzündung ohne chirurgischen Eingriff; ist es zur vollständigen demarkirten Knochen-Nekrose gekommen, so soll operativ eingegriffen werden. Sitzt das Gumma am Knochen leicht erreichbar, wie am Schädel, oder Tibia, und erweist sich der spec. Kur gegenüber renitent, so soll es exstirpirt werden, ist es in Erweichung und Zerfall übergegangen, so soll es entfernt werden. Immer hat Localbehandlung mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand zu gehen.

Wenn ich Ihnen, m. H. auch keine erschöpfende Darstellung der besprochenen Krankheitsformen zu geben im Stande gewesen bin, so habe ich doch versucht in dieser kleinen Skizze, gezeichnet nach eigenen Anschauungen und Erfahrungen und zusammengetragenem casuistischem Material, Ihnen über syph. Knochen- und Gelenkerkrankungen das Wichtigste für den Praktiker vorgeführt zu haben.

Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse.

Vortrag gehalten am 6. Sept. 1894 auf dem 6. livländischen Aerztetag in Wolmar.

Von

Ernst Sokolowski,

Ordinator des Irrenhauses auf Alexandershöhe bei Riga.

Im vergangenen Jahre fand ich Gelegenheit, in der psychiatrischen Abtheilung eines Aerztecongresses einen Vortrag des Prof. Tschisch «Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse» zu hören. Es handelte sich im Wesentlichen um die statistische Zusammenstellung und kritische Durchsicht aller ätiologischen Möglichkeiten für die Entstehung der progressiven Paralyse. Die Zahlen an sich sprachen lebhaft, die im Laufe des Vortrages eröffneten Gesichtspunkte waren wohl geeignet, die Nothwendigkeit vorhergegangener Syphilis für alle Fälle der progressiven Paralyse wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Die an den Vortrag sich knüpfende Debatte war lebhaft, alles wurde erwähnt, was irgend pro resp. contra in Betracht gezogen werden konnte, — nur einer Frage wurde mit keiner Silbe Erwähnung gethan: Was nämlich die verschiedenen Redner eigentlich unter «progressiver Paralyse» verstanden. Denn das war von vornherein zu constatiren, dass die Lebhaftigkeit der gegen die Nothwendigkeit vorhandener Syphilis Opponirenden in direct proportionalem Verhältnisse stand zu der Weite der Schranken, in denen sich bei ihnen die Diagnose der

progressiven Paralyse bewegte. Durch diese Beobachtung fühle ich mich berechtigt, heute einige Worte über die Aetiologie und Diagnose der progressiven Paralyse zu verlieren.

Ich habe unter allen in meiner Pflege gewesenen Paralytikern, die von mir wie von anderen als solche aufgefasst worden waren, eine beträchtliche Anzahl solcher Patienten ausfindig gemacht, die einem oder mehr Erfordernissen für eine Diagnosticirung der progressiven Paralyse eigentlich nicht entsprechen. Unter diesen hauptsächlichen Erfordernissen verstehe ich:

1) Das Vorhandensein der motorischen Symptome bereits zu Beginn der Krankheit
2) Die Progression im Verlaufe.
3) Den entsprechenden pathologisch-anatomischen Befund.

Zu meinen Beobachtungen und Zusammenstellungen habe ich das Material der Irrenanstalt zu Alexandershöhe seit anno 1869 und dasjenige der Dorpater Klinik für Nerven- und Geisteskranke seit deren Gründung 1883 benutzt, welches mir Prof. Tschisch freundlichst zur Verfügung gestellt hat. Im Ganzen stehen mir 281 Krankengeschichten von Paralytikern zur Verfügung. Davon sind ohne nennenswerthe Anamnese 132, die Anamnese bekannt bei 149. Nur diese 149 habe ich benutzt, um alles Ungewisse möglichst bei Seite zu lassen. Unter den 149 Paralytikern mit genauer Anamnese giebt es:

I. Notorisch Syphilitische: 109 = 73 pCt.
II. Wahrscheinlich Syphilitische: 15 = 10 pCt.
III. Nicht Syphilitische: 25 = 17 pCt.

Die genaue Beprüfung der I. und III. Gruppe lag nun in meinem besonderen Interesse und bei Durchsicht aller Krankengeschichten und Sectionsprotokolle resp. Prüfung der Patienten selbst erweist sich, dass bei den nichtsyphilitischen Paralytikern das Fehlen der hauptsächlichen Erscheinungen der progressiven Paralyse sich folgendermaassen vertheilte: Es fehlte

Die Progression in 1 Falle.
Der anat.-pathol. Befund in 1 Fall.

Die motorischen Symptome und die Progression in 6 Fällen.

Die motorischen Symptome und der anat.-path Befund in 1 Fall.

Die Progression und der anat.-pathol. Befund in 1 Fall.

Die motorischen Symptome, die Progression und der path. anat. Befund in 6 Fällen.

Das heisst, in den Fällen, die zur Section kamen, fehlte der anatomisch-pathol. Befund der progressiven Paralyse und allen 16 oben erwähnten Fällen gemein ist das Fehlen der Progression im Krankheitsverlaufe.

Besteht nun gleich die Berechtigung um dieses Umstandes willen die letztgenannten Fälle aus der Zahl der progressiven Paralytiker zu streichen, so bleibt doch die Diagnose in den 9 übrigen Fällen unstreitig trotz des nach der Anamnese notorischen Nichtvorhandenseins der Syphilis in der Vorgeschichte der Patienten.

Indessen sind die 100 i. e. 72 pCt. notorisch syphilitischen Paralytiker sämmtlich progressive Paralytiker Absolut bewiesen ist hierdurch allerdings nichts; das vorliegende Material an sich fordert nur auf zur Einengung der Diagnose «progress Paralyse» und betont die bekannte Thatsache, dass der Syphilitische disponirt ist zur Erkrankung an progress. Paralyse.

Die progressive Paralyse ist ein durchaus circumscriptes, sehr präcise abgegrenztes Krankheitsbild und keineswegs geeignet zum Rettungshafen diagnostischer Incompetenz oder zum Nothrahmen für unklare Krankheitsbil der Wie ich theils nachträglich, theils im Verlaufe der Beobachtungen constatiren musste, befinden sich in der Zahl der zeitweilig von Anderen oder von mir als progressive Paralytiker aufgefassten Patienten Neurastheniker, katatonische Irre, alte Hebephreniker, Alkoholparalytiker, Patienten mit organischen Hirnerkrankungen verschiedener Art. Alles Leute ohne die typischen motorischen Symptome, ohne Progression im Verlaufe der Krankheit, ohne den anatomisch-pathologischen Befund in den Fällen, die zur Section kamen und ohne Lues in der Anamnese. Für viele dieser Zustände wäre die Bezeichnung Demen-

tia sehr zulässig; ja, für manche dürfte die Diagnose« Dementia paralytica» nicht übel angebracht sein, aber nie und nimmer rubriciren sie unter die progressive Paralyse.

Ich für meine Person wäre nicht abgeneigt, z. B. die Alkoholparalyse geradezu als regressive Paralyse zu bezeichnen, denn mit der nachhaltigen Entziehung des betreffenden Nocens, des Alkohol, bildet sich die Krankheit zurück, häufig allerdings nur bis auf einen Zustand, der als Heilung mit mehr oder weniger Defect bezeichnet werden kann und etwa wie eine verfrühte senile Demenz aussieht. NB. tritt die Alkoholparalyse durchschnittlich in viel späterem Lebensalter auf als die progressive Paralyse. Im Uebrigen sind die motorischen Erscheinungen, insbesondere die Sprachstörung der Alkoholparalyse nie dieselben, wie bei der progressiven Paralyse. Die Sprache der Alkoholiker trägt einen meckernden, tremolirenden Charakter im Gegensatze zum charakteristischen Häsitiren der progressiven Paralytiker, welches aber zu Beginn der Krankheit nur bei lebhafterem Sprechen als leichtes Beben der Oberlippe (wie mehrfaches Ansetzen zur Hervorbringung eines Lippenlautes) imponirt. Was sich als differentialdiagnostisch wichtig zur Unterscheidung beginnender progressiver Paralyse von der Neurasthenie hervorheben lässt, ist etwa Folgendes:

Sprachstörungen sind bei progressiver Paralyse vorhanden, — bei der Neurasthenie fehlen sie.

Hypalgesie bei progressiver Paralyse, — Hyperalgesie bei Neurasthenie.

Relatives, subjectives Wohlbefinden Morgens bei Paralytikern, — Abends bei Neurasthenikern.

Reges Beschäftigtsein und ernste Besorgniss um die vorhandenen Krankheitssymptome beim Neurastheniker — im Gegensatze zur geringen Besorgniss um die nicht de facto vorhandenen Symptome beim Paralytiker. Oder aber: allgemeines dumpfes Gefühl des Unbehagens beim Paralytiker — im Gegensatz zum höchst detaillirt praecisirten Unbehagen des Neurasthenikers dessen beständigem Bestreben dasselbe zu definiren und zu motiviren.

Es ist vielleicht der Ort hier noch auf ein nicht seltenes Anfangsstadium der progressiven Paralyse aufmerksam zu machen. Es trägt den Charakter eines Delirium acutum, zeigt dabei Reflexanomalien und Sprachstörungen, endet als gallopirende Paralyse in kurzer Frist mit dem Tode durch Pneumonie, Herzschwäche, Septicaemie oder heilt aus mit nachfolgender eminenter Erschöpfung, aus der sich der Pat. noch recht gut erholen kann, um dann einen gewissen Zeitraum der Remission zu durchleben oder aber in langsame aber sichere Progression zu verfallen. Der anatomische Befund in den früh zum exitus gelangenden Fällen bietet Hyperämie des Gehirnes, starke Ueberfüllung der Lymphbahnen, kernzellige Infiltrationen, aber meist noch keine Degeneration der nervösen Elemente.

Im Allgemeinen lässt sich über die progressive Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der notorisch syphilitischen Paralytiker Folgendes sagen.

Die an progressiver Paralyse erkrankenden Syphilitiker sind diejenigen, welche eine leichte Form der Lues durchmachten und deren Behandlung in Folge dessen eine oberflächliche war. Die Zeitdauer zwischen der syphilitischen Infection und der Erkrankung an prog. Paralyse beträgt im Durchschnitte 10 Jahre.

Die Durchschnittszeit für die Manifestirung der progr. Paralyse ist die 2. Hälfte der 30-er Lebensjahre. Doch existirt der Krankheitsprocess schon längst vor der Manifestirung, d. h. lange bevor der Patient als geisteskrank auffiel.

Die Erkrankung beschleunigende Momente sind: Alkoholmissbrauch, Extravaganz in geschlechtlichen Genüssen, geistige Ueberanstrengung (insbesondere Rechnen) und körperliche Strapazen (insbesondere Nachtwachen).

Entscheidend für die Schnelligkeit des Manifest werdens und für die Form der progr. Paralyse ist die Höhe der vom Individium erreichten psychischen Entwicklung: Exaltation wie Depression werden vom psychisch präcise coordinirten Individuum länger und besser corrigirt, totale Demenz tritt garnicht oder sehr spät auf, Krankheitsgefühl ist erhalten, die Gedächtnissschwäche ist

geringer, welche sich beim Paralytiker besonders in Erinnerungsfälschungen zeigt, die auf Vermengung und Verwechselung von Träumen mit der Wirklichkeit beruhen. Die Wahnvorstellungen sind blass und tragen deutlich den Charakter der subjectiv empfundenen Unwahrscheinlichkeit.

Die gebildeten Stände liefern an Paralytikern wie an notorischen Syphilitikern ein weit grösseres Material als die ungebildeten.

Das männliche Geschlecht ist das von der progr. Paralyse bei Weitem bevorzugte; (nach Prof. Tschisch, weil das Weib ein dürftiger entwickeltes und daher weniger exponirtes Centralnervensystem hat als der Mann). Mir scheint der Umstand erwähnenswerth, dass die Anzahl der syphilitischen Männer diejenige der Frauen um ein Beträchtliches überwiegt. Dieses mag wohl darin seinen Grund haben, dass eine Frau eine ganze Reihe von Männern ansteckt ehe sie weiss, dass sie jüngst syphilitisch wurde, während bei der Offenkundigkeit eines Primäraffectes auf dem penis hinsichtlich der Weiterverpflanzung alle auf eine bona fides zurückzuführenden Fälle in Wegfall kommen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass nach Massgabe der Entwickelung und Verstaatlichung des Prostituirtenwesens die übrige Frauenwelt vor der Lues geschützt wird. Das ganze grosse Contingent für Frauenlues — die Prostituirten sind aber wegen ihrer kurzen Lebensdauer der Erkrankung an progressiver Paralyse nicht ausgesetzt.

Die Dauer der progressiven Paralyse beträgt nicht mehr als 5, — im Durchschnitte 3 Jahre (gerechnet von dem Zeitpunkte, der dem Patienten Gelegenheit bot, sich als Geisteskranken zu dokumentiren.)

Quecksilberpräparate wirken nur im Anfangsstadium der progr Paralyse, scheinen den Eintritt von Remmissionen zu beschleunigen und letztere zu verlängern. Nach Prof. Tschisch ist das Verhalten des Körpergewichtes bei begonnener Cur von grösster Wichtigkeit für den zu erwartenden Einfluss des Quecksilbers auf den Verlauf der progress. Paralyse.

Wenn nun durch eine möglichst enge und präcise Abgrenzung der progress. Paralyse der Procentsatz der Fälle antecedenter Syphilis um ein Beträchtliches vergrössert werden muss, so werden selbstverständlich dennoch die Fälle nie fehlen, die das charakteristische Bild der progr. Paralyse bieten und deren Anamnese die Syphilis vermissen lässt. Diese Fälle werden die Statistik verderben so lange die Lues bona und mala fide geleugnet wird. Ich lasse die bona fides, die unerbittliche Feindin allen Forschens und Strebens, die Schutzheilige des Obscurantismus und jeglichen Unfugs bei Seite und wende meine Aufmerksamkeit den Fällen zu, in denen die Lues mala fide in Abrede gestellt wird. Wenn ich nach meinen Beobachtungen zur Ueberzeugung gelangte, dass der allgemein anerkannte Satz: «besonders Syphilitiker sind disponirt für der Erkrankung an progress. Paralyse» folgendermassen abgeändert werden sollte: «Nur Syphilitische sind disponirt etc.,» so will ich nicht versäumen, auf eine praktisch wichtige Thatsache aufmerksam zu machen, der jedem Psychiater wohl bekannt sein dürfte: Der Zeitpunkt der Aufnahme des Paralytikers in die Behandlung ist absolut ungeeignet für die Erhebung einer brauchbaren Anamnese: Der P verleugnet nur allzu oft seine Lues und die Angehörigen nicht minder, solange wenigstens als ihre Prognose zu derjenigen des Arztes im Gegensatze steht. Da hilft kein Versichern, kein Ueberzeugen, kein Beweisen; der Laie hat nun einmal über Geisteskrankheiten seine eigene Meinung und den betreffenden Angehörigen als unheilbar zu nehmen will ihm nicht in den Sinn, denn: «er kann ja so vernünftig reden,» oder «er erkennt die Verwandten bei Gelegenheit jedes Besuches» oder «er erinnert sich so gut vergangener Zeiten etc. etc.». Nach einigen Monaten tritt gar eine Remmission ein, ja der Kranke ist im stande ein halbes Jahr lang seinen Berufspflichten zu genügen. Es triumphirt die Prognose der Angehörigen, «der Arzt hatte Unrecht!» Jedoch es treten wieder Symptome auf, der Zustand des Patienten wird schlimmer als je, aber alle Versicherungen des Arztes beziehentlich der Unheilbarkeit des Kranken erscheinen immer noch

als unzuverlässig, zum mindesten darf die Hoffnung nicht verloren werden. Es finden sich Aerzte, die den Kranken als Neurastheniker nehmen und behandeln. Er wird von Arzt zu Arzt, von Anstalt zu Anstalt gebracht, selbst Wetterstrand und Johann von Kronstadt bemühen sich vergebens. Der Kranke hat mittlerweile deutliche Einbusse seiner ästhetischen Gefühle erlitten, Andeutungen läppischen Reichthumswahnes lassen ihn in der Gesellschaft lächerlich erscheinen, das Familienleben ist durch den charakteristischen Eifersuchtswahn bedroht u. dgl. m.

Jahr und Tag ist seit den ersten Anfängen der Krankheit ins Land gegangen, Geduld uud Hoffnung sind erschlafft; allmälig beginnt die Prognose der Anverwandten mit derjenigen des Arztes übereinzustimmen d. h. «der Kranke ist unheilbar». Und nun ist der Moment gekommen, der zur Erhebung einer Anamnese als geeignet betrachtet werden kann: In einer grossen Anzahl der Fälle wird bei ernstlichem Befragen der competenten Angehörigen die Lues zugegeben, zuweilen ungern. Sollte dieser Versuch negativ ausfallen, so ist es durchaus anzurathen, dass nach erfolgtem exitus letalis ein nochmaliges Examen unter der Verwandtschaft des Verstorbenen angestellt werde.

Interessant ist es, dass die Patienten selbst in vielen Fällen bis zu ihrem Tode die Lues consequent ableugnen, wie sichs nach den erlangten Aussagen der Angehörigen constatiren lässt.

Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Behandlung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. livländischen Aerztetage.

Von

Dr. O. Petersen.

M. H.! Als mir in diesem Sommer unser allverehrter Präsident den Vorschlag machte, auf dem diesjährigen Aerztetage einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Syphilisbehandlung zu halten, schwankte ich lange, ob ich auf diese Proposition eingehen sollte. Unwillkürlich drängte sich mir die Frage auf, ob ich Ihnen, die Sie ja Alle beständig der medicinischen Tagesliteratur folgen, etwas Neues bieten, oder wenigstens durch meine Mittheilung eine genügende Anregung zu weiterer Arbeit geben könnte. Andererseits ist im letzten Decennium so unglaublich viel über Syphilis-Therapie publicirt worden, dass es in der kurz bemessenen Zeit eines Vortrages kaum möglich ist einen kritisch gesichteten Ueberblick der neuesten Litteratur zu geben. Nun, ich will den Versuch wagen und bitte von vorn herein um Entschuldigung wenn es mir nicht gelungen, der mir gestellten Aufgabe gerecht geworden zu sein.

Vor einigen Jahren sagte mir ein alter College, der als Oberarzt eines Syphilishospitales noch jetzt thätig ist: «Ach, was ist denn an der heutigen Syphilis-Therapie Neues, vor 40 Jahren gab es schon die 2 Mittel, Jod und Quecksilber, und so steht es auch noch heute, was kann man da noch weiter haben wollen, darüber kommen wir doch nicht hinaus»!

Nun so einfach liegt denn die Sache doch nicht, und wenn ich unseren heutigen Standpunkt mit demjenigen vergleiche, mit welchem wir vor 20 Jahren in die Praxis traten, so sind doch recht wesentliche Fortschritte zu constatiren.

Als wichtigsten Schritt möchte ich vor Allem hervorheben, dass trotz der modernen Richtung der Specialisirung doch immer mehr Stimmen gerade im Kreise der Specialisten für Syphilis laut werden, die darauf drängen, dass die Syphilis-Therapie nicht eine Domaine der Specialisten, sondern Allgemeingut werden sollte, die Behandlung einer so verbreiteten Volksseuche muss jedem Arzte geläufig sein und dafür zu sorgen muss eine Hauptaufgabe der Syphilidologen sein! Dieses ist auch der Beweggrund, weshalb ich es übernahm, heute hier über die Syphilis-Therapie zu sprechen.

Wenn wir die Therapie der früheren Zeiten mit der gegenwärtigen Behandlungsart vergleichen, so zeigt sich der Hauptunterschied darin, dass man früher die Syphilis, jetzt aber die Syphilitiker behandelt, d. h., früher achtete man darauf à tout prix die Syphilis-Erscheinungen wegzuschaffen, einerlei, ob dabei der Patient herunter kam oder nicht durch mangelhafte Ernährung, Salivation, Mangel an Luft etc.

Heute achten wir vor Allem darauf, dass der Patient unter möglichst guten hygienischen Verhältnissen stehe, gut genährt werde, und, ausser auf die Syphilis achten und behandeln wir alle gleichzeitigen anderen Krankheiten der Syphilitiker. Wem von uns ist es nicht z. B. bekannt, welche Rolle die Tuberculose oder Scorbut beim Syphilitiker spielen und wie schlecht das Hg. bei diesen Complicationen vertragen wird!

Bevor wir die specifische Behandlung beginnen, ist es unsere Pflicht den Allgemeinzustand des Patienten zu heben. Alles was den Stoffwechsel fördert, hat einen günstigen Einfluss auf den Rückgang der Syphilis. Auch die günstige Wirkung der Schwefelbäder findet ihre Erklärung darin, dass sie den Stoffwechsel beschleunigen.

Bevor wir uns nun zu den specifischen Mitteln gegen Syphilis wenden, haben wir vor Allem die sogen. Abortiv-Behandlung zu besprechen, die darin besteht, dass man die Initialsclerose entfernt. Früher suchte man sie durch Aetzmittel zu zerstören, in der Neuzeit wurde die Excision der Initialsclerose empfohlen.

Bezüglich der Initialsclerose herrschen bekanntlich 2 Anschauungen. Die Einen sagen, dieselbe sei bereits die Erscheinung der Allgemeinerkrankung des Organismus, daher ist eine Excision zwecklos. Die anderen sind der Ansicht, dass die Initialsclerose (der harte Schanker) anfangs nur den Heerd einer localen Infection darstelle, entfernt man denselben, bevor sich das Virus weiterverbreitet, so kann der Patient vor der Allgemeinerkrankung geschützt werden. Theoretisch klingt das sehr gut, die Praxis lehrt jedoch, dass wir von der Excision des harten Schankers kaum viel zu erwarten haben. Ich selbst habe über 500 mal die Initialsclerose excidirt, jedoch nur in einem Falle ein positives Resultat erzielt, quoad restitutionem ad integrum. Wohl aber habe ich nicht selten eine andere Beobachtung gemacht: wenn die Initialsclerose entfernt worden, so bedurfte es geringerer Mengen Hg., um die Erscheinungen der Syphilis zum Schwund zu bringen.

Folglich befürworte ich die Excision der Initialsclerose (wenn sie am Präputium sitzt und bei gleichzeitiger Circumcision leicht entfernbar), weil dann gewöhnlich der Verlauf der frischen Syphilis ein schnellerer ist. Ob sie auf die Zahl und Intensität der Recidive von Einfluss, lasse ich unentschieden, da in dieser Beziehung die Lebensverhältnisse der Patienten eine nicht geringe Rolle spielen.

Wir kommen nun zu den bekannten specifischen Mitteln gegen Syphilis, das Hg und Jod, und fügen gleich hinzu, dass darüber wohl Alle einig sind, dass das Hg jedenfalls, wenn nicht besondere Contraindicationen vorliegen, dasjenige Mittel ist, welches in erster Linie genannt zu werden verdient, d. h. wenn wir einen Patienten mit frischer Syphilis vor uns haben, muss unser erster Gedanke sein, hier ist zur Hg-Behandlung zu schreiten.

Da tritt denn sofort an uns die Frage heran, wann soll man mit der Hg-Behandlung beginnen? Die bisher herrschende Ansicht war, dass man mit der Hg-Cur wartet, bis das Exanthem aufgetreten, als sogen. secundäre Erscheinung. Ich muss gestehen, dass es mir immer schwer gewesen, namentlich im Hospital, wo jeder Tag dem Patienten, wie auch dem Hospital eine gewisse Summe Geldes kostet, unthätig zu sein, abwartend, bis sich endlich das Exanthem zeigt. Andererseits musste ich mir sagen, dass dieser Modus agendi so garnicht mit unseren Anschauungen bezüglich der Infectionskrankheiten überhaupt übereinstimme. Es wird doch Niemand einfallen, beim Typhus exanthematicus, Milzbrand etc. etc. erst ein bestimmtes Stadium abzuwarten, bevor er seinen Kampf gegen die Infection beginnt. Als sich daher die ersten Stimmen vernehmen liessen, die für die sogen. Frühbehandlung der Syphilis plaidirten, begann auch ich damit und kann heute auf Grund eigener Beobachtung an weit über 500 Patienten sagen, dass sie entschieden rationell und erfolgreich ist und uns den grossen Vortheil bietet, nicht mehr in den Hospitälern die Patienten wochenlang zu halten, bevor wir die Allgemeinbehandlung beginnen. Einen Nachtheil habe ich nie davon gesehen, Recidive traten jedenfalls nicht öfter auf, als bei der früheren Behandlungsweise. Ja, ich habe eine Reihe von Fällen beobachtet, wo die Roseola überhaupt nicht, oder nur sehr spärlich auftrat. Nur ein Punkt ist bei der Frage von der Frühbehandlung von ganz ausserordentlicher Wichtigkeit, das ist die genaue Diagnose der Initialsclerose. Sobald auch nur der leiseste Zweifel darüber besteht, dass wir es nicht mit der specifischen Initialsclerose zu thun haben, dann lieber das Exanthem abwarten. Aber es giebt jedenfalls eine grosse Reihe von Fällen, wo die charakteristische Härte des Bodens einer oberflächlichen, wenig secernirenden Ulceration, begleitet von Scleradenitis der nächstgelegenen Drüsen keinen Augenblick in Zweifel lässt, dass wir es mit Syphilis zu thun haben. Dann beginne man sofort mit der Hg-Kur, wenn keine sonstige Contraindication (schlechte Ernährung, Tuberculose, Scorbut) vorliegt.

Nun kommen wir zur nächsten Tagesfrage, welche Art der Hg-Behandlung ist die beste?

Bekanntlich bestehen gegenwärtig 3 Arten der Hg-Behandlung:

1) Die innere Verabreichung.

2) Die Einreibungen.

3) Die Injectionen von löslichen resp. unlöslichen Hg-Salzen.

Ausserdem sind noch als neuere, jedoch nicht allgemein gebräuchliche Applicationsarten des Hg empfohlen worden: Von Unna das Belegen grösserer Hautpartieen mit Hg.-Pflaster, von Watraczevski das Einschütten von Calomel in die Strümpfe, von Welander das Bestreichen der Haut mit Hg.-Salbe, von Ehrmann und Gärtner das Einführen von Hg. in die Haut durch Kataphorese im Bade.

Auf dem XI. internationalen med. Congress in Rom hat Baccelli intravenöse Injectionen von Sublimatlösungen vorgeschlagen und hat G. Lewin, wie er am 10. Juli a. c. in der Berliner dermatologischen Vereinigung mitgetheilt 3 Fälle derartig behandelt (zu 0,003—0,006 pro dosi), vorläufig ohne Erfolg.

Es würde uns zu weit führen, über diese noch wenig erprobten Methoden ausführlicher zu sprechen, aus eigener Erfahrung kann ich nur sagen, dass sowohl der Unna'sche Vorschlag, wie auch das Watraczevski'sche Verfahren in Ausnahmsfällen, zur Aushülfe auf Reisen, für kurze Zeit ganz praktisch, im Uebrigen aber als systematische Behandlung kaum je mit den übrigen, üblichen Methoden concuriren können und wohl auch nicht sollen.

Bei den zahlreichen Debatten in verschiedenen ärztlichen Gesellschaften und in den Zeitschriften, welche der 3 Hauptmethoden: innere Behandlung, Einreibung, Injectionen, die wirksamste, ist viel gestritten worden, wie mir scheint, mit Unrecht. Wirksam sind alle 3 Methoden, das steht ausser allem Zweifel und es lässt sich schwer sagen, welche die wirksamste, denn bei dem Urtheil darüber herrscht ein merkwürdiger Subjectivismus, je nach der Schule, aus welcher die Debattirenden stammten.

Namentlich ist die Injection unlöslicher Hg-Salze viel angegriffen worden und noch heute wollen die französischen Collegen den Injectionen nicht die Gleichberechtigung mit den Hg.-Einreibungen zuerkennen, selbst so achtungswerthe Specialcollegen, wie Fournier, der in seinem so geistreich geschriebenen Buch «la therapie de la syphilis» wohl die guten Seiten der Injectionstherapie anerkennt, aber eine Reihe Einwendungen gegen sie erhebt, die aber keine Kritik aushalten. Es ist eben schwer, sich von dem «von den Vätern Ererbten» loszusagen. Ricord aber stellte in die erste Linie Hg.-Pillen, dann Einreibungen. Die Injectionsmethode aber kannte er eben zu wenig. Ja, wenn Ricord sie empfohlen hätte, dann würde sie weniger Gegner finden. Es dauert eben eine bestimmte Zeit, bis sich eine neue Behandlungsmethode einbürgert.

Wenn wir nun auch wissen, dass alle 3 Methoden der Hg.-Einführung in den Körper wirksam sind gegen den Syphilisprocess, so hat doch jede derselben auch ihre Schattenseiten und daraus resultirt, dass wir eben individualisiren müssen, d. h. in jedem gegebenen Falle die Contraindicationen zu berücksichtigen haben, die auch verschieden sind je nach den Verhältnissen, wie Alter, Constitution, sociale Lage etc.

Die interne Hg.-Behandlung, die jetzt zum grösseren Theile verlassen worden, hat den grossen Nachtheil, dass bei längerer Kur, wie sie gegen Syphilis nöthig ist, leicht der Verdauungsapparat angegriffen wird.

Die Einreibungen mit grauer Salbe haben den grossen Nachtheil, namentlich in der ambulanten Praxis (und wir müssen in Betracht ziehen, wie gross doch gerade die Zahl der Syphilitiker unter der Landbevölkerung ist), dass man nicht weiss, wie der Patient die Einreibungen ausführt. Selbst in der Hospitalpraxis, in den grossen Specialhospitälern, kann man nicht genügend controlliren, ob die Frictionen und wie sie gemacht werden.

Lehrreich dafür ist folgendes Beispiel: Als vor einer Reihe von Jahren in dem St. Petersburger Kalinkinhospital für weibliche Syphiliskranke eine Abtheilung

remontirt, und dabei ein Ofen abgerissen wurde, fand man auf demselben einen ganzen Haufen Päckchen mit grauer Salbe. Statt die Salbe einzureiben, hatten die Pat. sie dorthin geworfen. Und die Aerzte mögen sich wohl gewundert haben, dass das Hg. nicht wirkte.

Ferner ist es nicht möglich, Einreibungen zu verwenden, wenn Pat. eine sehr stark behaarte Haut hat, oder mit ulcerirten Syphiliden bedeckt ist. Nicht selten hindern ihn auch die socialen Verhältnisse, die Einreibungen auszuführen.

Gegen die Injectionen führt man an, dass sie mit löslichen Salzen alle 1—2 Tage gemacht werden müssen, was in der Privatpraxis und Ambulanz schwerer für den Patienten durchführbar. Bezüglich der tiefen Injectionen mit Emulsionen unlöslicher Hg.-Salze wird die Schmerzhaftigkeit (die übrigens meist nicht bedeutend) angeführt, sowie die Gefahr der Embolien (die jedoch minimal, da sie mir bei vielen Tausenden von Injectionen nie vorgekommen).

Die Abscessbildung nach den Injectionen beobachtete man wohl bei Einführung von Calomel resp. Hydrarg. oxydat. flavum. Bei dem Hydrarg. salicylicum kommt sie aber nicht mehr zur Beobachtung. Die Gefahr der Hg. Vergiftung aber ist nach den Injectionen nicht grösser als nach den Einreibungen. Somit kann ich Ihnen auf Grund langjähriger eigener Erfahrungen die Versicherung geben, dass Hg. Einreibungen und unlösliche Hg. Injectionen was die Wirksamkeit betrifft gleichzustellen sind, bezüglich der Anwendung in der ambulanten wie der Hospitalpraxis aber die Injectionen ihrer bequemeren Anwendungsweise wegen vorzuziehen sind, wenn keine Contraindicationen vorliegen.

Als Contraindicationen gegen die Injectionsbehandlung sind anzusehen.

1) Schlechte Ernährung.
2) Kindesalter.
3) Tuberculose, selbst geringen Grades (daher ist jeder Syphilis-Patient vor Beginn der Allgemeinbehand-

lung genau auf den Zustand seiner Lungen zu untersuchen).

4) Nephritis (daher die Harnuntersuchung nie zu versäumen).

5) Allgemeine Nervosität (wegen der erhöhten Schmerzempfindlichkeit).

In allen diesen angeführten Fällen greift man lieber zu Einreibungen, jedenfalls aber gleichzeitig auf den Zustand der Nieren und Lungen achtend. Dieses ist bisher viel zu häufig ausser Acht gelassen worden und so mancher Misserfolg einer Hg. Behandlung ist wohl auf Nichtbeachtung dieser Organe zu schieben.

Vertragen werden die Injectionen gut (ich wende ausschliesslich Hydrargyrum salicylicum an, suspendirt in Vaselinum liquidum. Hg. sal. 1,0: Vaselin. liqui l. 10,0); der beste Beweis dafür ist, das namentlich die Patienten der niederen Stände oft bitten, ich möge ihnen doch wieder Injectionen machen. Hier wäre aber gleich zu bemerken, dass namentlich nach der 1. Injection nicht selten eine Temperatursteigerung, nach einigen Stunden p. injectionem auftritt, die mit Schweiss endigt. Auch Erythema medicamentosum kommt vor, ebenso wie nach Einreibungen.

Was nun die Dosirung anbetrifft, so injicirt man gewöhnlich 1 Mal wöchentlich (und dieses ist der grosse Vortheil für den Patienten, namentlich in der Landpraxis) 0,1 Hg. salicylic. in die regio fossae trochantericae posterior, von oben und aussen nach unten und innen, so dass die Injectionsmasse intragluteal zu liegen kommt. Locale Infiltrate kommen vor, aber nicht immer und in geringerem Grade, als nach Sublimat-Injectionen. Die 1. und 2. Injection mache ich, der zu erwartenden Reaction wegen gewöhnlich zu 0,05. Die Wirkung ist stets eine gute und zwar sowohl bei frischer, als auch bei tardiver Syphilis. Dieses im Gegensatz zu den Einreibungen, die oft bei veralteten Spätformen der Syphilis (wenn nicht gleichzeitig Schwefelbäder gegeben werden) nicht wirken, weshalb wohl auch die alte Regel Ricord's entstanden, bei frischer Syphilis — Hg, bei alter Syphilis — Jodkali.

Bei frischer Syphilis mache ich durchschnittlich 8—12 Injectionen zu 0,1 Hg. sal., bei Recidiven 4—8 Injectionen, dieses entspricht 30—40 resp. 15—30 Einreibungen. Bezüglich der Quantität der einzuführenden Hg. Menge fehlt uns noch ein rein wissenschaftliches Kriterium, wir handeln da völlig empirisch. Hoffentlich bringt uns die nächste Zeit in dieser Beziehung Fortschritte, wenn wir erst eine einfache, leicht durchführbare Methode der Hg. Bestimmung im Harne haben, dann kann man sich bei der Einführung von Hg. von der Intensität der Hg. Ausscheidung durch den Harn leiten lassen. Dr. Prochorow, Landarzt im Jamburg'schen Kreise berechnet die einzuführende Hgmenge pro Kilometer Körpergewicht und ist dabei zu ganz merkwürdigen Resultaten gekommen, er führt ganz enorme Quantitäten ein, ohne Vergiftungserscheinungen zu erhalten, der Erfolg ist jedoch nicht günstiger, als beim Einführen kleiner Dosen, wie wir es thun.

Wir kommen nun zu einer weiteren, erst in neuerer Zeit von Fournier aufgeworfenen Frage, wann soll man die Hg. Behandlung wiederholen, in bestimmten Zeiträumen, ob Erscheinungen da sind oder nicht, oder nur dann, wenn Recidive auftreten. Der Lehrsatz lautet: Syphilis ist eine chronische Infectionskrankheit, folglich erheischt sie auch eine chronische Behandlung. Diese Lehre hat vielfach Anhänger gefunden, wohl auch bei Einigen der anwesenden Collegen, ich kann mich jedoch nicht zu denselben rechnen, denn wenn wir eine Kur einleiten, müssen wir doch eine sichtbare Erscheinung haben, gegen die wir vorgehen. So aber wissen wir nicht, ob im gegebenen Augenblick irgend wo Syphilisherde durch das eingeführte Hg. erreicht und vertilgt werden. Andererseits ist doch Hg. kein indifferentes Mittel und wir wissen ganz gut, dass der Körper nur bis zu einer gewissen Grenze mit Hg. gesättigt werden kann, erhält er zu viel Hg., so wirkt dieses nicht mehr günstig, sondern ungünstig auf die Syphiliserscheinungen. Eine Erklärung dafür fehlt uns, die Thatsache aber ist unleugbar. Daher dürfte es doch rationeller sein, nur dann Hg. einzuführen, wenn es durch irgend eine Sy-

philis-Erscheinung motivirt wird. Das Wichtigste ist, die erste Kur systematisch durchzuführen (meist geschieht das ja leider nicht, namentlich in der ambulatorischen Praxis) und jedes Recidiv sofort zu behandeln. So halte ich es seit Jahren und kann mit dem Resultat nur zufrieden sein. Die Häufigkeit der Recidive ist sehr verschieden, wirken doch ausser der vorhergegangenen Behandlung zu ihrem Erscheinen noch viele andere Ursachen mit, wie unregelmässiges Leben, Ausschweifungen und geistige Ueberanstrengung etc. Jedenfalls kann man nicht, wie es Manche thun, als Kriterium für den Werth einer Behandlungsmethode die Häufigkeit der Recidive benutzen.

Gern würde ich nun noch die Frage über die Jod Behandlung der Syphilis eingehender besprechen, doch würde uns das zu weit führen und zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Ich kann nur sagen, dass man mit den grossen Dosen Jodkali, wie sie heut zu Tage so beliebt sind, zu weit geht und auch Fournier nimmt jetzt diesen Standpunkt ein, er geht nicht über 10,0 pro die. Mehr zu geben ist nutzlos für den Patienten und dabei angreifend für die Tasche, namentlich in der Land- und Hospitalpraxis. Meist erreicht man auch Erfolge mit kleinen Dosen 1—4,0 pro die. Andererseits wird auch noch zu wenig auf die Nebenwirkungen Gewicht gelegt, besonders auf die Gefahr der Glottis-Oedeme, die schon Manchem das Leben gekostet haben, daher sei man vorsichtig bei der ersten Anordnung von Jod an einem unbekannten Patienten.

Zum Schluss möchte ich noch der anderen in letzter Zeit empfohlenen Mittel gegen Syphilis Erwähnung thun, wie das innerliche Verabreichen von Jodoform, Jodol und Europhen. Keines dieser Mittel hat sich bewährt und die Concurrenz mit unseren althergebrachten Mitteln aushalten können, ebenso wenig das von Güntz so sehr recomandirte Chromwasser.

Wohl aber wurde im vergangenen Jahre ein Mittel vorgeschlagen, welches a priori viel versprach und in seiner theoretischen Begründung sehr verlockend schien, eine neue Aëra der Syphilisbehandlung uns verheissend,

ich meine die Serumtherapie. Tommasoli, Fournier und Bonadun veröffentlichten Fälle, in denen sie Syphilis-Patienten Injectionen mit Serum von Thieren (Hunden, Pferden, Kaninchen) die ja bekanntlich immun gegen Syphilis sind, gemacht und guten Erfolg erzielt hatten, doch die Kritik blieb nicht aus und bald darauf erschienen die Mittheilungen von Kollmann (Leipzig) die negative Erfolge aufwiesen. Jedoch wer weiss, vielleicht führt dieser Weg uns doch noch zu günstigen Resultaten und das wäre in der That dann ein grosser Fortschritt in der Syphilis-Behandlung, die Immunisirung. Ueber die Rolle der Schwefelbäder in der Syphilisbehandlung zu sprechen, überlasse ich gern dem darin viel competenteren Collegen F Berg, und will nur kurz erwähnen, dass man jetzt seine Patienten, die eben eine frische Syphilis, gut behandelt, überstanden, davor warnt nun gleich noch eine Schwefelbäderkur durchzumachen, wie das früher so beliebt als Nachkur war, wir schicken jetzt mit Vorliebe die schweren frischen und die tardiven Syphilitiker in die Schwefelbäder.

Entschuldigen Sie, m. H., dass ich Ihre Aufmerksamkeit so lange in Anspruch genommen, wenn wir Syphilidologen aber erst auf unser Hg. Thema kommen, können wir schwer aufhören.

Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie.

(Correferat).

Vortrag gehalten am 6. Sept. 1894 auf dem 6. livländischen Aerztetag in Wolmar.

Von

Dr. med. Fr. Berg.

M. H. Nach den sachgemässen Ausführungen meines geehrten Vorredners, des Herrn Dr. Petersen, bleibt mir über die moderne Luestherapie zu sagen nicht viel und nichts Neues übrig. Ich glaube mich daher namentlich auf dasjenige beschränken zu können, worin meine Anschauungen von den seinigen abweichen — wenngleich sie auch im Wesentlichen dieselben sind.

Was die Excision des harten Schankers betrifft, so glaube ich dieselbe, wo sie angängig ist. als gute und rationelle Localbehandlung empfehlen zu müssen. Ich habe sie viele Mal auszuführen Gelegenheit gehabt und habe niemals davon Schaden und Nachtheile gesehen. wol aber evidenten Nutzen. Sie ist gewiss nicht im Stande. den Pat. vor den Gefahren der Syphilis zu schützen, vermag auch nicht späteren Recidiven vorzubeugen, wol aber glaube ich in manchen Fällen nach Excision einen auffallend milden Verlauf der Syphilis beobachtet zu haben, wenngleich ich ja nicht mit Sicherheit sagen kann, dass der Verlauf wegen gemachter Excision ein so auffallend gutartiger gewesen ist. Ich führe Ihnen zum Belege nur einen mehrerer analoger Fälle an. Ein junger Kaufmann von circa 30 Jah-

ren acquirirt ein Ulcus durum und liess sich von mir etwa in der 3. Woche post infectionem die Schankerexcision machen. Heilung per primam, keine specifische Behandlung. Keine Anzeichen von Syphilis nachweisbar im Laufe dreier Jahre während welcher sich der gewissenhafte Pat. bei mir und anderen Collegen zahlreichen Untersuchungen hat unterziehen lassen. Während der ganzen Zeit hat der Pat. sich des allerbesten Allgemeinbefindens erfreut. Im Beginn des 4. Jahres linksseitige Iritis, die prompt einer spec. Behandlung wich. Ist ihm diese allendlich doch nicht erspart worden, so sind ihm, glaube ich, doch 3 Jahre ungetrübten Wolbefindens geschafft worden, wenigstens sind ihm die wiederholten Kuren erspart worden und der Pat. in seiner Berufsthätigkeit in keinerlei Weise gestört worden. Dass es nicht immer so gut geht und dass trotz der Schankerexcision die Allgemeinerscheinungen im gewöhnlichen Tempo folgen, lehrt ja die tägliche Erfahrung. Ein 2. Fall betraf einen jungen Mann, dem ich 8 Tage vor seiner Hochzeit, die er auf keinen Fall glaubte verschieben zu dürfen, die Excision machen musste. Nach prompt eingetretener prima intentio heirathete er zum Termin. Während eines 1-jährigen Beobachtungstermines habe ich keine Allgemeinerscheinungen entdecken können. Ob wirklich auf die Dauer Mann und Frau von der Syphilis werden verschont bleiben, wird die Zukunft lehren; die ihm so ungemein lästige Localbehandlung ist ihm wenigstens erspart geblieben.

Wir werden ja die Excision nicht vornehmen an einem sehr späten Termin und nicht dann, wenn wir nicht im Gesunden operiren können, werden sie auch nicht machen, wenn die Sclerose an der glans sitzt und eine grosse Narbe hinterlassen dürfte, auch nicht wenn sie extragenital etwa am Augenlide oder Nasenflügel etc. sitzt. wol aber werden wir sie als gute Localbehandlung befürworten, wenn sie am Rande eines langen Präputium sitzt, an dem man mit der Circumcision dieses und die Sclerose entfernen kann.

Der Termin, an welchem die Allgemeinbehandlung zu beginnen hat, muss meiner Meinung und Erfahrung nach

ein später sein, d. h. erst dann beginnen, wenn die Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind. Der Nutzen, den eine früher eingeleitete Allgemeinbehandlung bringen soll, scheint mir ein illusorischer zu sein, denn die Syphilis wird durch die frühe Behandlung im Keime nicht erstickt, dafür sprechen ja all die späteren Recidive, wol aber glaube ich in solchen Fällen, wo eine frühzeitige Allgemeinbehandlung, also noch vor dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen, eingeleitet wurde, ganz besonders schwere Fälle von Syphilis gesehen zu haben. Die Syphilis halten wir für eine Infectionskrankheit und das Hg. schätzen wir als das werthvollste antisyphilitische Mittel in allen ihren Stadien, den recenten, gummösen, tardiven und den hereditären, aber ein unfehlbares Mittel, das die Syphilis im Keime erstickt und ihre Weiterentwickelung unmöglich machte, ist es nicht und soll es deshalb, meine ich, dann angewandt werden, wenn uns die Nothwendigkeit dazu drängt, d h. wenn Anzeichen der Allgemeinerscheinungen vorhanden sind. Ich halte dafür, dass es richtiger den typischen natürlichen Verlauf einer chronischen Infectionskrankheit nicht willkürlich zu unterbrechen — gegen den Strom zu schwimmen ist nicht rathsam — mit der Allgemeinbehandlung einzusetzen, wenn sie mit Ausbruch der Allgemeinerscheinungen gewissermassen ihren Höhepunkt erreicht und überschritten hat und ihr dann von Fall zu Fall nachzugehen. In welche missliche Lage geräth Pat. und Arzt wenn die Allgemeinbehandlung vorzeitig begonnen war, durch eine Reihe von Wochen ausgeführt wurde und nach Abschluss derselben das prächtigste papulöse Exanthem auftritt — wie ich das mehrfach und noch in allerletzter Zeit zu sehen Gelegenheit hatte — und äussere Verhältnisse und das Befinden der Pat. eine Fortsetzung der Kur nicht gestatten, weil Salivation und eine nicht unbeträchtliche Abnahme des Körpergewichts eingetreten war. Dass das Zutrauen der Pat zu der Kurmethode einen argen Stoss erlitten hat, ist doch das Mindeste, wenn auch nicht das Schlimmste an der Sache und mit diesem Zutrauen der Pat haben wir Aerzte doch gewiss zu rechnen. Es will uns daher scheinen, dass wir mehr

dem Pat. einen Gefallen anthun, in seinem Verlangen ihn möglichst schnell von seinem Leiden zu befreien, als sachlich rationell vorgehen, und glaube deshalb — namentlich aber auch um möglichen Irrthümern in der Diagnose vorzubeugen, die doch immerhin vorkommen können, solange man es mit der Sclerose allein ohne Allgemeinerscheinungen zu thun hat — zu der Allgemeinbehandlung erst nach Ausbruch der Allgemeinerscheinungen rathen zu müssen.

Von den therapeutischen Mitteln zur Bekämpfung der Syphilis verdienen unstreitig als die besten und brauchbarsten die Hg-präparate und das Jod genannt zu werden. Das von Günz in Dresden vorgeschlagene chroms. Kali hat, soweit mir die Lit. über Syphilisbehandlung bekannt ist, das nicht gehalten, was der Autor von demselben versprach und ist, soviel ich darüber Erfahrung habe, praktisch nicht brauchbar Das Hg. schätzten wir seit Alters her, und auch heute noch, als das werthvollste Heilmittel für alle Formen der Syphilis, der frühen, recenten, der tertiären und der hereditären und brauchen es bei Erwachsenen sowol wie bei Kindern; das Jod versagt seine Dienste in dem Frühstadium der Syphilis, erweist sich dafür wirksam und unentbehrlich für die Spätformen. Bei der Anwendung des Hg. haben wir das Bestreben, das Medicament in vorsichtiger, den Organismus schonender Form beizubringen in nicht zu grossen Einzeldosen dem Körper einzuverleiben, so dass Vergiftungserscheinungen vermieden werden und das Mittel genügend lange Zeit gebraucht werden kann, entsprechend dem Charakter und dem chronischen Verlauf der Krankheit, einerlei ob es vom Darm aus, durch die Haut oder vom Unterhautbindegewebe durch die Lymphbahnen eingeführt wird. Seitdem man daher das Mittel in Anwendung bringt, ist es das Bestreben gewesen, den besten Modus dafür zu finden, bei dem es zugleich möglich sein soll, Zufuhr und Ausscheidung genau zu messen; wie weit jede einzelne Methode diesen Anforderungen entspricht, soll hier nicht discutirt werden.

Die Art das Hg. einzuverleiben ist 1) die interne, 2) die cutane und 3) die subcutane.

Die internen Mittel, als Calomel, Sublimat in Pillen und in Lösung, das Protojodur. hydrarg., das Hydrarg. tannic. oxydulat. etc. etc. sind heute noch im Gebrauch und leisten bei Kindern und bei Erwachsenen vortreffliche Dienste und wenn ihr Gebrauch heut zu Tage durch die Injectionsmethoden auch wesentlich eingeschränkt ist, so bleiben sie doch immerhin für viele Fälle, namentlich der ambulatorischen Praxis, wo aus äusseren Gründen eine andere Methode nicht angängig ist, durchaus brauchbar. Hier bei uns zu Lande und in Deutschland mag ihr Gebrauch ein beschränkterer sein, in Frankreich und England beispielsweise stehen sie noch in hohem Ansehn und dürften wohl auch bei uns nicht ganz entbehrlich sein. In welcher Form, ob als Calomel, Sublimat, JodHg. oder Hydrarg. tannic. oxydulat. das Medicament angewandt wird, bleibt Erfahrungssache des Einzelnen, je nachdem er bei Kindern oder Erwachsenen es zu verordnen pflegt Dass man mit den internen Mitteln gute Resultate erreichen kann, unterliegt ja keinem Zweifel, doch sollen sie, wenn verordnet, lange gebraucht werden, bei recenter Lues mit Unterbrechungen bis zu 2 Jahren. Leider werden sie auf die Dauer vom Magen und Darm nicht vertragen, machen Enteritis und Salivation und liegt es daher nahe, diesen Applicationsmodus obgleich er sehr bequem ist, durch einen besseren zu ersetzen, der Magen und Darm nicht angreift.

Diesen Anforderungen entspricht die namentlich von Lewin eingeführte subcutane Injectionsmethode. Zur Injection gelangen lösliche und unlösliche Präparate. Sollte ich Ihnen, m. H., alle Mittel aufzählen, die zu Injectionen verwandt wurden und versucht wurden und ihren Werth und Unwerth zu besprechen versuchen, es würde weit den Rahmen dieser kleinen Skizze überschreiten, ich beschränke mich daher darauf, Ihnen als gebräuchlichste zu nennen, das Sublimat von den löslichen, das Calomel, das Hydrarg. salicyl. und das graue Oel von den unlöslichen. Das Sublimat kommt in 1—2 pCt. selbst 5 pCt. Lösung zur Anwendung und bewährt sich sehr gut. Die Injectionen schmerzen meist recht stark, obgleich auch das individuell sehr verschieden ist — ich sah

einen Officier nach täglichen Injectionen anstandslos zu Pferde im Dienst — und müssen recht oft, 3—4 mal wöchentlich, und in grösserer Anzahl gemacht werden. Nicht immer hält es der Pat. solange aus und daher auch wohl die häufig beobachteten Recidive. Infiltrationen sah ich recht häufig, Abscesse habe ich nach vielen Hunderten von Injectionen nicht gesehen

Eine nachhaltigere Wirkung hat man durch Anwendung der unlöslichen Präparate zu erzielen versucht. Das salicylsaure Hg. und das Calomel, welche man in Ol. vaselini oder Paraffinum liquidum 1 : 10 emulgirt anwendet. werden vortrefflich vertragen und geben sehr gute Resultate. Das Calomel giebt eine sehr energische und nachhaltige Wirkung ab und kommt etwa alle 6, 8—10 Tage zur Anwendung. 3—4 Injectionen, selten 5—6, eine Pravaz'sche Spritze voll. Das salicylsaure Hg. 1—2 mal wöchentlich angewandt, 6—8—10—12 Injectionen und mehr ist eine gut, schnell und sicher wirkende Injection, die gewiss der Empfehlung werth ist. Das graue Oel nach Lang kommt in grösseren Intervallen, von wenigstens einer Woche zur Anwendung, 3—4 Injectionen im Ganzen, macht aber. soviel ich sah und selbst Erfahrung habe, beträchtliche Indurationen von sehr langem Bestand. obgleich der therapeutische Effect ein guter war. — Zur Anwendungsweise nur soviel — es soll tief in die Nates injicirt werden.

So bequem, sicher, präcise und sauber die Injectionsmethode auch sein mag, so hat sie doch ihre grossen Schattenseiten, denn — alle Injectionen schmerzen und wenn auch zugegeben werden muss, dass die Schmerzhaftigkeit meist nicht sehr gross ist, stösst man doch manchmal auf Individuen, die sich auf keinen Fall einer erneuerten Injection unterziehen wollen. Auch die scheinbare Präcision ist keine genügende, denn wir haben keinen sicheren Maassstab dafür, ob alles von dem unlöslichen Präparat, das wir lege artis tief in die Muskulatur der Glutealgegend injicirten, resorbirt wird, vielleicht längere Zeit liegen bleibt und dann durch irgend ein accidens rapide zur Aufsaugung kommt. Wie sollte sonst die colossale Salivation und Stomacace, die man nach

beendeter Injectionscur zu sehen Gelegenheit hat, zu erklären sein. Stellen sie sich, m. H. nur vor einen heruntergekommenen Pat. mit schwerer Lues, der 3, 4 Injectionen von Hydrarg. salicyl. bekommen hat, oder 1, 2 Calomelinjectionen: alles ist ganz gutgegangen und plötzlich finden sie ihn im Bett, sitzend, den Oberkörper nach vorne gebeugt, weil der Speichelfluss ihn nicht liegen und schlafen lässt, mit stark angeschwollener Zunge, foetor ex ore und nur im Stande mit Mühe etwas Milch, oder sonst Flüssigkeiten zu schlucken. Die Hg-Resorption findet dabei ruhig weiter statt, den Hg-heerd können Sie nicht eliminiren und wenn schliesslich diese kritische Situation auch glücklich ausläuft, Sie stehen ihr gegenüber augenblicklich doch ohnmächtig da. Die schlimmeren Folgen dieser Injectionen sind die Lungenembolien und der Tod nach Calomelinjectionen. Dass solche vorkommen können, lässt sich zur Genüge aus der Lit. erhärten und auch meine Collegen vom Rigaschen Stadtkrankenhaus werden das bezeugen können, die wenn ich nicht irre, vor nicht gar langer Zeit, einen Todesfall nach Calomelinjection gesehen haben. Eine Lungenembolie nach Injectionen von Hydr salicyl. sah ich selbst, die nach schwerem Krankenlager glücklich in Genesung endete — eine schwere acquirirte Influenza sollte es nach Meinung des Pat gewesen sein. Nun, m. H.! nach diesen kurzen Auseinandersetzungen werden Sie mir wohl Recht geben, dass auch vor den Injectionen unlöslicher Hgpräparate dennoch wohl zu warnen ist, oder richtiger, sie nicht als ganz ungefährlich anzusehen sind. Für ambulatorische Praxis und Hospital sind sie gewiss empfehlenswerth. Trotz dieser relativen Gefährlichkeit bleibt die subcutane Injectionsmethode eine Bereicherung unserer Kampfesmittel gegen eine verheerende Krankheit, gegen welche in allerletzter Zeit intravenöse Injectionen von Sublimatlösungen empfohlen sind. Von Italien ausgegangen, ist die Methode auch in Berlin von Lewin versucht worden, soll aber bisher keine ermuthigenden Resultate ergeben haben. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen und ist die Angelegenheit noch nicht spruchreif.

Die letzte zu besprechende Anwendungsweise von Hg.

bleibt die altbewährte Inunctionscur. Sie gilt als die beste, weil sie die genannten Gefahren nicht mit sich bringt, in gleichmässigem ruhigem Tempo das Medicament dem Organismus in gut vertragenen Quantitäten beibringt und daher auch genügend lange ausgedehnt werden kann. So lange es nichts Vollkommeneres giebt, pflegt man sie als die zuverlässigste anzusehen, welche — wenn genügend lange ausgedehnt und soweit erforderlich, genügend oft wiederholt — die nachhaltigsten guten Resultate ergiebt. Erwachsene, wie Kinder, männliche und weibliche Individuen ertragen sie meist gut und nur da muss von derselben Abstand genommen werden, wo eine Idiosynkrasie gegen Hg. überhaupt besteht, oder wo die Haut die Einreibungen der grauen Salbe absolut nicht vertragen will (Eczembildung), was übrigens sehr selten vorkommt. Ob die gewöhnliche officinelle graue Salbe angewandt wird, oder die Hg-seife scheint gleichgültig zu sein, ebenso wie geringe Modificationen in der Zusammensetzung der Salbe selbst. Von ungemein grosser Wichtigkeit bleibt die Localbehandlung der Plaques, Condylome etc. etc. welche niemals unterbleiben soll und die exacteste Zahn- und Mundpflege, gegen welche so ungemein viel von den Kranken, selbst den intelligenten und denen der gebildeten Klassen gesündigt wird. Der Hautpflege soll nach Möglichkeit Rechnung getragen werden, daher möglichst häufig, wenn möglich täglich gebadet werden. Für Licht, für Luft, für Bewegung im Freien in guter Jahreszeit soll gesorgt werden, ebenso wie für genügende Ernährung und soll nach Möglichkeit alles vermieden werden, was irgend einen schädigenden und schwächenden Einfluss auf den Organismus ausüben kann. Es soll ein vernünftiges Regime durchgeführt werden. Seit Alters her und heute noch erfreuen sich die Schwefelbäder eines besonderen Renommée's bei der Behandlung der Syphilis und das mit gewissem Recht. Dass sie keine Specifica gegen die Lues sind ist ja bekannt, wohl aber leisten sie Vortreffliches für die Hautcultur und erweist sich die Combination von Inunctionscur und Schwefelbad als praktisch gut und glücklich. Man schickt die Pat. in die Schwefelbäder, weil es gut ist die Pat. zum Zweck

geeigneter Behandlung aus den gewöhnlichen Verhältnissen herauszureissen und sie an einen Ort zu bringen, an dem sie sich nur zum Zweck der Behandlung aufhalten sollen, wie ja das für viele andere Erkrankungen mit Recht geschieht. Das Wasser allein macht es freilich nicht, wohl aber die genannte Combination und das vernünftige Regime bei guten hygienischen Verhältnissen unter der Controlle erfahrener Aerzte. Das wolbekannte Aachen verdankt seinen Ruf sicherlich nicht allein seinen Quellen und seinen vortrefflichen Badeeinrichtungen und der hochentwickelten Badetechnik, sondern auch der Schaar hervorragend tüchtiger praktischer Aerzte, zu denen das grosse ärztliche Publikum begründetes Vertrauen hegt.

Was von den Schwefelbädern gilt, gilt ebenso von den Jod- und Soolbädern etc., auch hier werden die Kuren gut vertragen und gute Resultate erreicht.

Zum Schluss noch ein Wort über die Dauer der Behandlung. Die so häufig beliebte Zahl der 30 Einreibungen scheint mir viel zu niedrig bemessen zu sein, namentlich für die erste Behandlung, diese gerade möchte ich möglichst ausgiebig durchgeführt wissen, weil sie mir gewissermaassen die Basis für die späteren Wiederholungen abzugeben scheinen. Die Anzahl der ersten Einreibungen muss soweit thunlich eine hochbemessene sein und — das Individualisiren selbstredend nicht zu vergessen — auf 50 und 60 Inunctionen ausgedehnt werden. Die schwersten Schädigungen welche die Syphilis setzt bleiben immer die Erkrankungen des Centralnervensystems und auffallend ist es, dass man meistentheils von den Pat., die man mit solchen schweren Leiden in Behandlung bekommt, die Aussage zu Protokoll bekommt, sie seien kurze Zeit mit Pillen, oder mit einer ganz geringen Anzahl Einreibungen oder Injectionen behandelt worden, es sei ja ein ganz kleiner Schanker dagewesen und wenige Flecke, hier im Beginn der Erkrankung meist energisch eingeschritten worden und ausgiebig behandelt worden. Ich lebe der Ueberzeugung, dass die schweren Spätformen der Syphilis seltener sein würden, wenn lang ausgedehnte Schmierkuren im Beginn durchgeführt werden und wiederholt würden, wenn Recidive eintreten.

Bei der Behandlung der Spätformen der Syphilis mit langdauernden Inunctionskuren erreicht man oft ein Stadium in welchem die Heilung scheinbar nicht fortschreiten will, es scheint als ob der Organismus sich an das Medicament gewöhnt hat und nicht mehr recht reagiren will, selbst wenn man die gewöhnliche Tagesgabe von 4 Grm. auf 5 und 6 erhöht, hier muss die Pause eintreten und das Jod an die Stelle treten, um alternirend dem Hg. wieder Platz zu machen, eventuell mit demselben combinirt werden.

Pillen und Pulver und Injectionen befreien den Kranken von den Erscheinungen der Syphilis, die Inunctionskur bleibt die solideste und zuverlässigste der Methoden, doch nur dann wenn die Zahl der Inunctionen eine grosse ist und bei eintretenden Recidiven im Laufe der 2 ersten Jahre im Wiederholungsfalle nicht zu knapp bemessen und gut dem Individuum angepasst wird. Energisch sollen wir dieser Geissel des Menschengeschlechts aufs Haupt schlagen wenn sie auftritt und energisch sollen wir dem heimtückischen Feinde zu Leibe gehen, wenn er sich wieder zeigt. Immer wird es ja wol maligne Formen der Lues geben, in denen sich unsere ganze Therapie ohnmächtig erweist, in der übergrossen Zahl der Fälle werden wir durch intensive Behandlung erfolgreich, weil zielbewusst handeln, handeln zum Segen des lebenden und kommenden Geschlechts.

Die Behandlung der complicirten Schädelbrüche.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar.

Von

Dr. med. A. v zur Mühlen.

Assistent der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

M. H. Die Zeiten, in welchen complicirte Fracturen, und namentlich die des Schädels, ein Schreckgespenst für die ärztliche Welt bildeten, sind vorüber. Jeder Arzt, und namentlich die Collegen vom Lande, werden sich häufig in die Lage versetzt sehen, diesen Unglücklichen durch ihre Kunst das bedrohte Leben zu erhalten; und die schwersten Vorwürfe werden mit Recht denjenigen treffen, durch dessen Nachlässigkeit oder Unkenntniss ein Menschenleben vernichtet wurde, während der Verletzte durch sachkundige Behandlung vollständig hätte hergestellt werden können. Jeder Arzt ist verpflichtet, die Regeln der Asepsis und Antisepsis soweit zu beherrschen, um eine frischgesetzte Wunde kunstgerecht verbinden und behandeln zu können, — und mehr bedarf es bei weitaus den meisten complicirten Fracturen des Schädels nicht. um sie unter die günstigsten Bedingungen für eine prima intentio zu setzen. Eine specielle Domaine des Chirurgen bilden sie nicht, und falsch wäre es eine Entschuldigung gelten zu lassen, welche auf dieser Annahme fusst. Die Verletzung an und für sich ist in seltenen Fällen die directe Ursache des Todes, häufig aber erliegt der Patient einer sich secundär entwickelnden eitrigen Menin-

gitis oder einem Hirnabscess. Begünstigt wird das Hinzutreten dieser Complication durch den Umstand, dass die Verletzungen so gut wie immer inficirt in sachkundige Behandlung kommen, sei es, dass die Hand eines Curpfuschers zum Schaden des Patienten in der Wunde herumgewühlt hat, sei es, dass schon bei dem Insult eine Verunreinigung erfolgte. Wenn es uns trotzdem gelingt, in weitaus den meisten Fällen eine Heilung der Verletzten zu erzielen, so soll uns dieser Erfolg veranlassen, in unseren Bemühungen nicht lässig zu werden, und unsere Therapie nach keiner Richtung hin zu verändern, es werde uns denn Besseres geboten.

Die Methode der Behandlung der complicirten Convexitätsbrüche, wie sie bei uns ausgeübt wird, ist in kurzen Zügen folgende: In jedem Falle wird der Kopf vollständig abrasirt, denn nur auf diese Weise ist eine exacte Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung möglich. Die groben Verunreinigungen werden theils mit der Pincette, theils mit einem Gazebausch unter einem leichten Strahl einer 3 pCt. Borsäure oder 1 ‰ Sodalösung entfernt, und darauf das ganze Terrain mit Jodoformpuder bestreut. Ist die Galea in nur geringer Ausdehnung abgehoben, so wird Jodoformgaze locker darunter geführt; grössere Lappen werden durch einige Nähte fixirt, und an den tiefsten Stellen Incisionen behufs Drainage geführt. Nur wenn die Fractur ein operatives Vorgehen erheischt, ist eine Vergrösserung der Weichtheilwunde gestattet, sonst ist sie unter keinen Umständen gerechtfertigt. Von einem vollständigen Verschluss kleinerer Wunden durch die Naht, den E. v. Bergmann, König u. a. empfehlen, haben wir immer Abstand genommen. Bekanntlich haben die Weichtheilwunden des Schädels in Folge der ausserordentlich günstigen Gefässvertheilung eine grosse Neigung zur Heilung per primam intentionem. Unregelmässig gestaltete Wundränder, wie wir sie bei Quetschung und Zerreissung finden, gangränesciren in den seltensten Fällen. Wenn wir nun doch dem primären Verschluss entsagten, so geschah es aus dem Grunde, um Stagnation oder Zersetzung des sich etwa bildenden Secretes zu vermeiden.

In der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga sind vom Jahre 1891 bis zum Mai 1895 25 complicirte Fracturen des Schädelgewölbes behandelt worden. Davon genasen 18, starben 6, — ein Pat. entzog sich zu früh der Behandlung — was eine Mortalität von 25 pCt. ergiebt. Rechnen wir jedoch einen moribund eingelieferten, und 4 welche bereits inficirt und hoch fiebernd auf die Abtheilung kamen, ab, so stellt sich das Verhältniss wie 18:1, der Procentsatz der Verstorbenen beträgt nur noch 5.

Die Eintheilung der Schädelbrüche in solche, die durch Keilwirkung entstanden sind, in Biegungs- und Berstungsbrüche bietet ein mehr theoretisches Interesse. Die therapeutischen Maassnahmen des Arztes werden mehr von der Ausdehnung und Form der Fractur, sowie von den dieselben begleitenden Verletzungen der Weichtheile des Schädelinneren bestimmt. Aus dem Grunde ist es praktischer, eine Sonderung des Materials in:

1) Einfache Fissuren,
2) Depressionsbrüche,
3) grosse Splitterbrüche

vorzunehmen.

I. Einfache Fissuren.

Am einfachsten gestaltet sich die Behandlung derjenigen complicirten Schädelbrüche, wo nur eine resp. einige Fissuren von grösserer oder geringerer Ausdehnung vorliegen. Die Wunde wird desinficirt, verbunden, und man lässt den Verband 8—10 Tage, auch länger, ruhig liegen, in welcher Zeit die Wunde häufig geheilt ist. Eine Trepanation ist dann indicirt, wenn sich Symptome einer endocraniellen Blutung oder Eiterbildung einstellen. Der älteren Annahme gegenüber, dass bei allen Fissuren des Schädeldaches eine ausgedehnte Zertrümmerung der Tabula interna vorliege, und daher in jedem Falle behufs Entfernung der Splitter der Schädel zu eröffnen sei, hat sich in neuerer Zeit die in vollstem Umfange berechtigte Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass diese Befürchtung meist unbegründet ist Nur wenn die scharfen Fragmente das Gehirn reizen, sollen sie durch eine Trepanation eliminirt werden, sonst lasse man sie unberührt, da sie,

wie es an zahlreichen Präparaten nachgewiesen ist, anstandslos wieder einheilen, auch wenn sie vollkommen aus jedem Zusammenhang gelöst waren, der Nekrose nie verfallen.

In den uns vorliegenden 7 Fällen wurde 4 mal ein glatter Heilungsverlauf erzielt, bei 3 musste eine Trepanation vorgenommen werden. Von diesen letzteren genas einer, an dem die Trepanation nach fast achtwöchentlichem gutem Heilungsverlaufe vorgenommen werden musste, und ein zwischen Knochen und intacter Dura liegendes eitrig zersetztes Hämatom freilegte. Auf diesen Fall komme ich später noch einmal zurück. Zwei Patienten starben, einer war bereits inficirt und fiebernd eingebracht worden, die Section ergab eine eitrige Meningitis, auf den anderen Fall. der nach mancher Richtung hin von Interesse ist, will ich näher eingehen:

Die 70-jährige F M. war betrunken eine Treppe hinabgestürzt, und wurde vollkommen bewusstlos in's Krankenhaus gebracht. Nahe der Grenze des Os frontale gegen das linke Os parietale befand sich eine 3 Ctm. lange Quetschwunde, in welcher eine Fissur von vorn nach hinten verlief. Pupillen reagiren träge, Puls 100, Lähmungen nicht vorhanden. Pat. wurde verbunden und lag eine Woche, in welcher Zeit grosse Unruhe mit Benommenheit wechselte. Zugleich schien sie die linke Seite weniger zu bewegen. Bei der dann vorgenommenen Trepanation erwies sich die innere Tafel weiter fracturirt. Die Dura war unverletzt, eine Punction ergab etwas Blut. Von einem weiteren Eingriff wurde abgesehen und Pat. verbunden. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch, es bildete sich eine vollständige Lähmung der linken Seite aus, und nach 4 Tagen trat der Exitus letalis ein. Die Section ergab im rechten Schläfenlappen und zwar ziemlich in der Mitte desselben gleich unter der Fossa Sylvii einen taubeneigrossen Blutherd, der in den Arachnoidalsack durchgebrochen war. Im vorderen Zipfel des rechten Schläfenlappens fand sich ein zweiter kleinerer Zertrümmerungsherd. In der linken vorderen und mittleren Schädelgrube war Blut, welches wahrscheinlich aus dem im Schläfenlappen befindlichen Erguss stammte.

Dieser Fall bietet ein Analogon zu den von Jakobson[1]) berichteten Fällen, bei welchen sich bei Verletzungen der einen Schädelhälfte Zertrümmerungsheerde auf der

[1]) Berichte von Jakobson aus dem «Guys Hospitals Reports.» Citirt bei König 76.

gegenüberliegenden Seite fanden, und zwar hauptsächlich auf der gegenüberliegenden Stirnhälfte sowie an der Unterfläche von Stirn- und Schläfenlappen.

Diese Fälle sind prognostisch ungünstig, weil die Symptomatologie so ungemein complicirt ist. Die allmählich auftretenden Ausfallserscheinungen liessen eine primäre Zertrümmerung des Hirnes in der Gegend der rechten psychomotorischen Zone nicht möglich erscheinen. Anderseits wiederum wies der Symptomencomplex auf eine successive Ausschaltung dieser Centren hin, wie diese jedoch zu Stande kam, konnte intra vitam nicht entschieden werden. Zwar kommen Zerreissungen der vis-à-vis gelegenen Meningea media vor, doch hätten dieselben Erscheinungen durch einen nach der Peripherie zu sich vergrössernden Zertrümmerungsheerd, oder durch eine subarachnoidale Blutung hervorgerufen werden können. Letztere verursacht nach König diffus ausgebreitete Lähmungen.

Wir haben den Fall daher von dem Gesichtspunkte aufzufassen, dass in Folge schwerer Verletzung der linken Schädelhälfte in dem gegenüberliegenden Schläfenlappen ein Zertrümmerungsheerd entstand. Ob durch das in der Umgebung des Heerdes sich ausbildende collaterale Oedem, oder ob durch den Durchbruch des Blutes in den Arachnoidalraum ein Druck auf die psychomotorischen Centren ausgeübt wurde, lässt sich nicht entscheiden. Gegen die Annahme, dass die Hämorrhagie eine apoplectische gewesen sei, spricht der Umstand, dass diese nur in seltenen Fällen an die Oberfläche des Hirnes durchbrechen [2]), während bei einem Contusionsheerd eine intrameningeale Blutung fast nie fehlt! [3])

II. Depressionsfracturen.

Häufiger als bei Fissuren werden wir bei Fracturen mit Depression in die Lage kommen, operativ vorgehen zu müssen. Fragen wir die modernen Lehrbücher und Monographien um Rath, wo wir zu trepaniren haben, und wann wir es bleiben lassen sollen, so können wir obenan

[2]) Strümpel. Krankheiten des Nervensystems. Pag. 359.
[3]) König. Spec. Chirurgie. Pag. 32.

die Forderung E. v. Bergmann's stellen. «Dass eine beschränkte Depression ohne Splitterung nicht angerührt werden darf. Die Wunde wird wie eine einfache Knochenentblössung ohne irgendwelche Rücksicht auf die Fractur behandelt.» Doch haben wir im Auge zu behalten, dass fast alle Gewalten, welche das Schädelgewölbe in geringer Ausdehnung treffen, neben einer äusserlich unscheinbaren Depression eine hochgradige Splitterung der Interna bewerkstelligen. Trotzdem darf nur dann trepanirt werden, wenn die Erscheinungen dafür sprechen, dass das Gehirn in irgend welcher Beziehung insultirt wird, sei es, dass Splitter in dasselbe eingedrungen sind, sei es, dass sie die Hirnoberfläche reizen oder Gefässzerreissung herbeigeführt haben. Ferner ist eine Trepanation indicirt: wenn in den Spalten des Bruches Haare oder andere Fremdkörper eingeklemmt sind, ferner «wenn uns die Beschaffenheit der Knochenläsion für die Heilung ungünstig zu sein scheint, werden wir sie durch eine vortheilhaftere zu ersetzen suchen, welche die Nachbarschaft weniger gefährdet, und einen schnelleren Vollzug der reparativen Vorgänge begünstigt[4])». Endlich wird bei bereits eingetretener Infection der Wunsch die infectiösen Producte nach aussen hin abzuleiten eine Trepanation gerechtfertigt erscheinen lassen.

Scheinen nach dem soeben Angeführten die Indicationen für die Trepanation ziemlich eng umgrenzt und leicht zu befolgen, so wird man doch häufig in Verlegenheit sein, welchen Weg man einzuschlagen hat. Hier wird nun, um mich den Worten E. v Bergmann's anzuschliessen, «die individuelle Einsicht, die man bald Erfahrung, bald Tact nennt,» entscheiden.

Diesen Ueberlegungen folgend, sind bei uns in den letzten Jahren 15 complicirte Fracturen mit eng umgrenzten Depressionen behandelt worden. Bei 6 wurde ohne jeglichen Eingriff Heilung erzielt, bei weiteren 6 musste trepanirt werden. Zwei, die bereits fiebernd einkamen, starben, einer am Tage darauf an purulenter Meningitis, eine Pat., über welche von Dr. Bergmann

[4]) Bergmann. Die Lehre von den Kopfverletzungen. Pag. 175.

im vorigen Jahre genauer berichtet worden ist, an schubweise sich manifestirenden Hirnabscessen Ein kleiner Pat. wurde von der Mutter weggebracht, doch war sein Zustand ein so desolater, dass an ein Aufkommen kaum zu denken war.

Wie schwierig in einzelnen Fällen die Stellungnahme für ein operatives Vorgehen ist, will ich durch 2 Beispiele illustriren.

Bei dem Pat P. mit einer Depressionsfractur des rechten Os parietale stellte sich nach einem fast 7 Wochen währenden reactionslosen Heilungsverlauf hohes Fieber (39,4) ein. Allerdings war der Weichtheillappen stark geschwellt und unter dem Lappen Eiter. Seitens des Gehirns lagen keine Reizerscheinungen vor, das Sensorium war vollkommen frei.

Ob in solchen Fällen eine Trepanation indicirt ist oder nicht, darüber liesse sich streiten, da man ja auch anzunehmen berechtigt ist, dass durch callöse Neubildung den Mikroorganismen der Weg ins Schädelinnere verlegt sein kann. Jedoch brauchen die Brüche des Schädels im Allgemeinen eine längere Zeit, ehe eine knöcherne Vereinigung eintritt, als etwa Fracturen an den Extremitäten. (Cf. Conradi: Nassauische med. Jahrbücher Heft 7 u. 8 und Boinet: Arch. générales 1837 citirt bei Bruns u. Bergmann). Hervorgerufen wird diese träge Consolidation theils durch die Unverrückbarkeit der Fragmente, theils ist sie die Folge der Abhebung von Dura und Periost durch Blutextravasat[5]). Aus dem Grunde schien die Trepanation indicirt zu sein. Sie ergab dunkle geronnene Blutmassen zwischen Dura und Knochen, aber keinen Eiter. Reactionslose Heilung.

Als Gegenstück will ich hier einen Fall anführen, wo bei einer einfachen Fissur nach einem fast 8-wöchentlichen ziemlich ungetrübten[6]) Heilungsverlauf über der in der reg. temp. sin. gelegenen complicirten Fractur Schwellung und Fluctuation auftraten, und die dort vorgenommene Trepanation ein zwischen Dura und Knochen gelegenes in der Mitte eitrig zersetztes Hämatom freilegte. Glatte Heilung.

Mir scheint demnach, dass die Eröffnung der Schädelhöhle in ähnlichen Fällen nicht nur erlaubt, sondern geboten ist.

Eine Entfernung eines oder mehrerer deprimirter Fragmente aus dem Grunde, weil die Depression zu einer

[5]) Bergmann pag. 136.

[6]) Im Krankenbogen finde ich nur notirt, dass das Sensorium zu Zeiten leicht getrübt war. Temperatur und Puls immer normal.

Raumbeschränkung im Schädelinneren und dadurch zu Hirndruck führen könnte, entbehrt, wie in neuerer Zeit nachgewiesen ist, jeder Begründung. Symptome des Hirndruckes, welche gleich nach der Verletzung auftreten, und daher auf diese zu beziehen sind, gleichen sich allmählich wieder aus, während langsam sich einstellende Druckerscheinungen auf durch Gefässverletzung bedingte Blutung zu beziehen sind. Nach Bruns war eine Trepanation resp. Elevation indicirt, wenn die Tiefe der Depression 1/4 Zoll betrug, dagegen berichtet Bergmann[7]) über Fälle, wo Eindrücke von 6—8 Ctm. im Quadrat und 1—2 Ctm. Tiefe ohne eine Spur von Raumbeschränkung ertragen wurden. Auch die Furcht, dass die fortbestehende Depression als solche leicht die Veranlassung zu einer später eintretenden Epilepsie sein könnte, vermag die Beseitigung derselben nicht zu rechtfertigen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche aus der Verletzung resultiren, und mitunter epileptiforme Anfälle auszulösen im Stande sind, können sehr mannigfaltige sein, und ist hier nicht der Ort, näher auf dieselben einzugehen. Es möge der Hinweis genügen, dass sich Epilepsie nach Monaten oder Jahren einstellte, auch wenn die deprimirten Fragmente prophylactisch entfernt waren.

III. Grössere Splitterbrüche.

Die grösseren Stück- und Splitterbrüche, deren Entstehen auf eine breitangreifende Gewalteinwirkung zurückzuführen ist, sind häufig mit so ausgedehnten Hirnzertrümmerungen combinirt, dass an ein Fortbestehen des Lebens nicht mehr zu denken ist. In solchen Fällen kommen irgendwelche operative Maassnahmen garnicht in Betracht. Es hat keinen Zweck, Splitter und Fragmente zu entfernen, wo deren Entfernung doch nichts mehr nützen kann.

Anders jedoch gestaltet sich der Fall, wo bei ausgedehnter Zertrümmerung des Schädeldaches das Schädelinnere, abgesehen von der mehr weniger hochgradigen Commotion, geringen oder gar keinen Schaden erlitten hat, da kann durch rechtzeitiges sachkundiges Eingreifen voll-

[7]) Bergmann, l. c. 166.

ständige Heilung erzielt werden. Wir sind in der Lage über 2 derartige glücklich verlaufene Fälle berichten zu können. Die Fälle sind von Interesse, behufs Entscheidung der Frage, ob man die Fragmente gleich entfernen soll, oder sie, um den durch ihre Entfernung resultirenden grossen Defect zu vermeiden. auf die Hoffnung hin, dass sie vielleicht wieder einheilen, soweit wie irgend möglich in situ lässt. Bekanntlich heilen die Fragmente bei uncomplicirten Fracturen in der Regel wieder ein, und die Frage liegt nahe, ob wir nicht durch Desinficiren der Wunde und den aseptischen Occlusionsverband dasselbe erreichen können. Das ist aber entschieden nicht der Fall. Die unbedingte Voraussetzung für die Einheilung der gelösten Fragmente ist das Fernhalten von Eiterung und diese Voraussetzung mit Bestimmtheit erfüllen zu können, sind wir, in Anbetracht der Sachlage nicht im Stande. A priori erscheint es daher sicherer, wenn wir durch Entfernung der Fragmente die Wundverhältnisse einfacher gestalten, und dadurch den Heilungsverlauf günstig beeinflussen. Auf Vorschläge und Berichte, welche in neuerer Zeit gemacht worden sind, und die durch temporäre Entfernung der Fragmente den Anforderungen der Antisepsis mehr glauben genügen zu können, will ich später zurückkommen. Als Beleg für meine eben ausgeführte Ansicht will ich 2 Fälle kurz referiren.

In dem einen handelt es sich um einen 10-jährigen Knaben, der in einem Stall bewusstlos unter einem Pferde liegend gefunden wurde. Pat. befand sich als er auf die Abtheilung gebracht wurde, in einem vollkommen comatösen Zustande, Puls arythmisch, klein, Pupillen reagirten träge, Lähmungen waren nicht vorhanden. Ueber dem linken Ohre verlief schäg nach hinten oben eine Risswunde von mehr als 15 Ctm. Länge die durch eingetrocknetes Blut, Haare und Fremdkörper verunreinigt war. Die sofort vorgenommene Operation ergab eine Splitterung der Schädelkapsel über dem linken Ohre von etwa Handflächengrösse. Zum Ohr verlief eine ½ Ctm. weit klaffende Fissur, eine zweite zum oberen Winkel des Os occipitale, wo ein kleines Knochenstück tief gegen das Hirn vorgetrieben war. Der äussere Rand der Fissur war unter den inneren verschoben. Ich entfernte alle Fragmente, elevirte nach Abmeisselung des vorspringenden Randes die äussere Platte, vernähte die während der Operation gesetzten Schnitte und tamponirte mit Jo-

doformgaze. Der Puls, der während der Operation, die ohne Narkose gemacht wurde, fast unfühlbar und sehr frequent geworden war, wurde nach subcutaner Application von Campher besser. Im Laufe einiger Stunden erholte Pat. sich sichtlich, am Abend sprach er bereits, war vollkommen orientirt, nur über seinen Unfall konnte er nichts aussagen, und ist dieser Erinnerungsdefect auch geblieben. Als nach 2 Tagen der Verband gewechselt wurde, war die Wunde vollkommen reactionslos. Sie schloss sich ohne eine Spur von Eiterung und nach 7 Wochen konnte Pat. geheilt entlassen werden.

In dem anderen Falle, der eine 52-jährige Frau betraf, die im Schlafe von ihrem Manne mit einem Hammer auf den Kopf geschlagen war, handelte es sich um einen Splitterbruch, der ebenfalls gleich über und hinter dem linken Ohre gelegen, von etwas geringerer Ausdehnung als der vorige war. Die sehr zahlreichen Fragmente waren untereinander im Zusammenhang, und etwas unter die sonst keine Fissuren zeigende Schädelkapsel dislocirt. Der ganze Bruch machte den Eindruck einer ausgedehnten Depressionsfractur und zwar näherte er sich der Form, welche man als die peripherische bezeichnet. Ich entfernte nur das hinterste Fragment, und konnte nach Abmeisselung der Ränder die übrigen in toto leicht eleviren. Trotz sorgfältig durchgeführter Antisepsis stellte sich eine Eiterung ein; die Hoffnung, dass vielleicht die Sequester spontan durch die Fisteln ausgestossen würden, erfüllte sich nicht und so musste nach etwa 10 Wochen die operative Entfernung der Fragmente vorgenommen werden, die sich fast alle als lebensunfähig erwiesen. An die Operation schloss sich eine reactionslose Heilung, der entstandene Defect betrug in der horizontal gelegenen Längsrichtung 11, im Breitendurchmesser 9 Ctm.

In diesem Falle war die Annahme, dass der Heilungsverlauf durch keine Eiterung gestört werden und dadurch die Bedingung für ein reactionsloses Einheilen der Fragmente erfüllt würde, durchaus berechtigt. Die Weichtheilwunde war relativ klein (8 Ctm.). Die Wunde selbst erschien nicht verunreinigt, Pat. kam gleich nach der Verletzung auf die Abtheilung. Durch eine Secundäroperation musste der Zustand geschaffen werden, den man wohl schon bei dem ersten Eingriff durch Entfernung der Splitter hätte erreichen können, nämlich ein aseptischer Wundverlauf. Ein so ausgedehnter Splitterbruch lässt sich nicht exact desinficiren.

Der Defect, welcher durch diese ausgiebige Entfernung der aus ihrem Zusammenhang getrennten Fragmente gesetzt, wird, kann, wie wir gesehen haben, unter Umständen ein sehr grosser sein. Und wenn auch die Gefahren,

welche eine langdauernde Eiterung für das Gehirn involvirt, vollauf berücksichtigt werden müssen, so können doch anderseits die Unbequemlichkeiten und Gefährdungen, denen ein mit solch' einem Substanzverlust des Schädeldaches behafteter Mensch in der Ausübung seines Berufes ausgesetzt ist, nicht unberücksichtigt bleiben.

Das Bestreben der Chirurgen ist daher in den letzten Jahren darauf gerichtet gewesen, diesem Uebelstande abzuhelfen, und es sind verschiedene Verfahren empfohlen worden, um den Defect zu decken, so die Heteroplastik, welche als Material Celluloid (A. Fränkel) Elfenbeinplatten oder decalcinirte Knochen (Senn) einer anderen Thierspecies empfiehlt, die Homoplastik, die Knochen von Individuen derselben Species nimmt (Mac Ewen, Ollier) und die Autoplastik. Für die traumatisch entstandenen Schädeldefecte kommt eigentlich nur die Autoplastik in Betracht, und kann eine Deckung nach der Methode Müller-König oder durch die von Mac Ewen zuerst angewandte Implantation der temporär entfernten Fragmente erreicht werden.

Nach Müller-König wird ein Hautperiost-Lappen, der etwas grösser als der Defect ist, bis auf einen dünnen Stiel umschnitten, und nach gehöriger Retraction der Weichtheile nur die Tabula externa in dünner Schicht abgemeisselt. Nachdem die den Defect deckende Narbe gleichfalls bis auf einen dünnen Stiel umschnitten und vorsichtig von der Dura abpräparirt ist, werden beide Lappen vertauscht, und durch Nähte fixirt. Der dadurch erlangte knöcherne Verschluss ist vollkommen genügend. König hat auf die Weise einen 8 Ctm. langen und 5 Ctm. breiten, Schönborn einen 14 Ctm. langen und 4 Ctm. breiten, Körte einen 8 Ctm. langen und 4 Ctm. breiten Defect gedeckt.

Wenn somit diese Erfolge zur Nachahmung auffordern, so kann man doch durch den Unverstand der Pat., welche sich einer Operation nicht unterziehen wollen, daran verhindert werden.

Rechnen wir mit diesem Umstande, so ist es zu verstehen, dass die Implantation als das einfachere Verfahren die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen beginnt. Von v Braman Justo u. A. wird über solche glücklich

verlaufene Einheilungen berichtet. Aus dem letzten Jahre liegt eine sehr lesenswerthe Arbeit von Brentano[8]) vor, in welcher die günstigen Erfolge der Implantation an der Hand von 5 ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten mitgetheilt werden. Zugleich schildert er genauer das von ihm auf der Abtheilung des Herrn Körte geübte Verfahren.

Die vom Periost abgelösten Fragmente werden in einer Sublimatlösung von 1 : 1000,0 durch Abreiben mit den Händen gereinigt, und in warmer 0,75 pCt. Kochsalzlösung bis zu ihrer Wiedereinlegung aufbewahrt. Verunreinigungen, welche sich auf diese Weise nicht entfernen lassen, sollen mit der Zange abgekniffen werden. Besondere Sorgfalt soll auf die Blutstillung verwandt werden: stehen die Blutungen aus der Diploe auf vorübergehende Tamponade nicht, so soll der Paquelin angewandt werden. Dura- und Hirnwunden wurden nach allgemein üblichen Regeln versorgt. Ausserdem hebt Brentano hervor, dass es nach ihren Erfahrungen gleichgültig sei, ob die Knochenstücke jedesmal der ganzen Dicke der Schädeldecke, oder nur der Tab. externa oder interna allein angehören. Auch die Grösse sei nicht von Belang, indem Stücke von 1—2 Ctm. Breite und Meisselspähne einheilen.

Unerlässlich jedoch, meint Brentano, sei das Fernhalten von Eiterung, und dieses ist, meiner Meinung nach, der einzige wunde Punkt der sonst so bestechenden therapeutischen Maassnahme. Ich gebe zu, dass eine bedeutend exactere Desinfection des Operationsterrains sowie der Fragmente durch ihre provisorische Entfernung möglich ist, jedoch wie die Sachen einmal liegen, auf Eiterung müssen wir uns immer gefasst machen.

Immerhin ist die Methode beachtenswerth und fordert zur Nachahmung auf. Weitere Publicationen werden ergeben, ob ihr das Bürgerrecht in der Chirurgie zuzugestehen ist, oder nicht.

---

[8]) Ueber traumatische Schädeldefecte und ihre Deckung. Deutsche med. Wochenschrift, 1894. Heft 17, 18 und 20.

Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. livländischen Aerztetage in Wolmar.

Von

Dr. A. v Bergmann,

Riga.

M. H.! Seit Chassaignac und seinen Zeitgenossen ist die Osteomyelitislehre auch noch heute nicht in das ruhige Fahrwasser allgemeiner Anerkennung gelangt, sehen wir auch heute noch nicht dieselbe als ausgebautes Ganzes sich uns präsentiren. Ja, die allerneueste Zeit hat Angriffe gebracht, welche angelegt sind die durch die Arbeit verflossener Decennien aufgerichteten Merkzeichen umzureissen, die Specificität der einzelnen Formen zu leugnen, die Osteomyelitis mit Pyämie zu identificiren, soweit erstere ihre Entstehung einer Staphylokokkeninvasion verdankt. Vergegenwärtigen Sie sich in flüchtigen Umrissen das Gebiet, auf dem die in Rede stehende Erkrankung sich abspielt. In dem Haversischen System durchziehen die Blutgefässe den Knochen. In den langausgedehnten Kanälen der Compacta sind sie nur von spärlich entwickeltem Zellgewebe umgeben, dasselbe nimmt zur Spongiosa hin an Mächtigkeit zu, um hier — in der Spongiosa — die Knochensubstanz in den Hintergrund zu drängen. Die Kanäle des Haversischen Systems sind hier kurz und breit geworden, die zwischenliegende Knochensubstanz schlank und dünn. Im centralen Mark der Röhrenknochen endlich haben die Weich-

theile sich derart entwickelt, dass die Knochensubstanz auf ein Minimum reducirt, nur noch in feinsten Knochenbälkchen vorhanden ist.

In der Spongiosa sowohl wie in der Compacta zweigen Kanäle des Haversischen Systems ab, verlaufen direct nach aussen und nach innen und vermitteln so die Gefässcommunication einerseits mit den Gefässen des Periosts, andererseits mit den im Röhrenmark sich verästelnden Aa. nutritiae.

Ein principieller Unterschied zwischen dem zelligen mit Fett reichlich untermengten Gewebe, das die Gefässe in den Haversischen Kanälen einscheidet und dem Fettmark der Röhrenknochen existirt nicht.

Diese gleichartige Beschaffenheit des Röhrenmarks, des Marks der Spongiosa und, soweit solches vorhanden auch der Compacta, muss betont werden gegenüber den früher aufgestellten Entzündungsformen am Knochen, gegenüber der Unterscheidung von Osteomyelitis, Ostitis u. s. w.

Der Entzündung sind direct und in erster Linie die Weichtheile des Knochens unterworfen; ob diese nun in der Spongiosa oder im Röhrenmark zuerst erkranken, darf auf die Nomenclatur der Erkrankung keinen Einfluss haben, es handelt sich eben nur um eine Erkrankung der Weichtheile — des sog. Markes der Knochen, um eine Osteomyelitis.

Selbst wenn eine Entzündung — derselben muss natürlich eine gewisse Progredienz eigenthümlich sein — jenes Gefässgebiet primär betrifft, welches in Gestalt ausgebuchteter Capillaren die innerste Grenze des Periostes bedeutet, müssen wir des Zusammenhanges dieser Gefässe mit dem Haversischen System eingedenk, den Fortgang und die weitere Ausbreitung der Entzündung in den Weichtheilen des Knochens suchen. Für unser therapeutisches Handeln ist dieses ungemein wichtig, da wir uns nicht mit der Diagnose «eitrige Periostitis» und einer Incision blos bis auf den Knochen begnügen dürfen.

Je acuter die Entzündung einsetzt, je stärker das Knochenlager zwischen den Haversischen Kanälen, desto eher reagirt die zwischen die entzündeten Weichtheile

eingeschaltete Knochensubstanz durch Nekrose, sie stirbt ab, sei es nun in Gestalt eines corticalen Blättchens, einer grösseren Platte, eines halbcylindrischen oder gar röhrenförmigen, eventuell die ganze Diaphysenlänge begreifenden, Sequesters.

Je mehr die Knochensubstanz gegenüber den Weichtheilen im Haversischen System zurücktritt, desto seltener kommt es zur Nekrose. Die Knochensubstanz reagirt auf die entzündliche Zellenhyperproduction der eingeschlossenen Weichtheile durch Erweichung, sie wird arrodirt, rareficirt, die ganze betroffene Partie gewinnt eine weichere Consistenz, ja schliesslich kann es zu völligem Schwund der Knochensubstanz bis auf eine dünne corticale Schicht compacten Knochens kommen.

Dieser passiven Rolle der Knochensubstanz steht eine active gegenüber — die Bildung neuer Knochensubstanz — welche dort spielt, wo der Entzündungsreiz ein schwacher, schleichend sich entwickelnder ist und wo er eine gewisse, recht niedrige Grenze nicht überschreitet.

Die entzündliche Knochenhyperproduction ist nicht etwa eine Leistung der fertig vorhandenen Knochensubstanz, sondern ebenfalls der Weichtheile des Knochens, und zwar findet sie nicht nur von der innersten Schicht des Periostes — der sog. «zone ostéogène» Ranviers aus statt, sie ist auch eine Function des Knochenmarks, des Röhrenmarks sowohl, wie desjenigen des Haversischen Systems. Die Knochensubstanz nimmt an Mächtigkeit zu, nach aussen hin und auf Kosten des Haversischen Systems, endlich kann es zu vollständiger Eburnisation kommen. Ferner haben wir uns zu vergegenwärtigen, dass während der Wachsthumsperiode ein entzündlicher Reiz Längenwachsthum des Knochens in abnormer Weise hervorrufen oder aber Zurückbleiben desselben bedingen kann durch seine Einwirkung auf den Epiphysenknorpel, jene zwischen Diaphyse und Epiphyse eingeschaltete Knorpelscheibe, welche an den flachen Knochen in den Randepiphysenknorpeln ihr Analogon findet.

Endlich übt unter Umständen Entzündung einer Diaphyse eine Art Fernwirkung auf das nächstliegende Gelenk aus, insofern sich in letzterem seröses Exsudat bildet,

obgleich der Epiphysenknorpel und die Epiphyse selbst noch intact sind. Mit Zerstörung des Epiphysenknorpels und damit meist Hand in Hand gehender Erkrankung der Epiphyse selbst, ist eine weitere Umwandlung des Exsudats gegeben, da nunmehr eine directe Beeinflussung des Gelenkinhaltes durch die Entzündungserreger gegeben ist.

Auf dem soeben beschriebenen Terrain vollzieht sich die Invasion einer Anzahl von Mikroben: der Staphylo- und Streptococcus vor Allen, der Pneumococcus, der Typhusbacillus, der Tuberkel- und Leprabacillus, ja auch Actinomycose und Lues treten hier gleichfalls in die Erscheinung.

Gestatten Sie mir zunächst die Actinomycose, Lues und Lepra aus dem Kreise unserer Betrachtung auszuschliessen, und an die Besprechung jener Knochenerkrankungen zu treten, bei der die Entzündung mit Eiterbildung verläuft, es sich um eitrige Osteomyelitis, gew Osteomyelitis schlechtweg genannt, handelt.

Wir werden ferner auch die Tuberculose ausscheiden müssen, obgleich die neueren Autoren dem Tuberkelbacillus eine eiterbildende Eigenschaft zugesprochen, mithin den bei der Tuberculose gefundenen Eiter mit dem bei der Staphylococcen-Osteomyelitis producirten identificirt haben.

Klinisch ist diese Identificirung jedenfalls noch nicht durchgesetzt worden. Sehen Sie sich einen entleerten, primär vernähten tuberculösen Abscess an, auch wenn sein Inhalt wie richtiger Eiter ausgesehen hat — wie reactionslos verkleben die Wundränder, legt sich die Wundhöhle zusammen, und was entsteht, wenn sie einen Staphylococcenabscess durch Naht vereinigen würden!

Differentiell diagnostisch käme die Tuberculose nur da in Betracht, — bei ihrem fast ausschliesslich epiphysären Sitz — wo es sich um die Frage handelt, ob eitrige Epiphysenosteomyelitis vorliegt. Was den Pneumococcus anbetrifft, so liegen zunächst nicht genügend Beobachtungen vor, um klinisch die durch ihn geursachte Osteomyelitisform sicher zu diagnosticiren und als besondere

Species von der eitrigen Osteomyelitis abzugrenzen. Gangolphe[1]) hebt hervor (nach Mirowitsch), dass bei dieser Form die Periostablösung durch Eiter und die Sequesterbildung fehle, dagegen frühzeitige Gelenkaffection prävalire. Präciser können wir uns zur Frage der durch den Typhusbacillus geursachten eitrigen Osteomyelitis stellen dank den Arbeiten von Ebermann, Rosenbach, Helferich, Orlow Fränkel u. v. A. und ganz besonders dank der Arbeit Klemm's[2]), der in überzeugender Weise das durch den Eberth'schen Typhusbacillus gelieferte Entzündungsproduct unterscheidet von dem der eitrigen Osteomyelitis. Der Typhusbacillus producirt ein seröses oder hämorrhagischseröses Fluidum. Klemm hat das Verdienst, in einem Fall von exquisiter sog. albuminöser Periostitis Typhusbacillen nachgewiesen zu haben Bisher ist die Entstehung dieser interessanten Form der Osteomyelitis einer abgeschwächten Wirkung des Staphylococcus zugeschrieben worden (Garré, Schlange).

Charakteristisch ist ferner für die Typhuserkrankung des Knochens der vorwiegend corticale Sitz der Sequester, welche sich meist langsam unter geringen localen Reactionserscheinungen, jedoch mit heftigen Schmerzen bilden. Die Osteomyelitisform, welche sich im Anschluss an den Typhus, in der Reconvalescenz oder noch später entwickelt, und sich der eitrigen Osteomyelitis in Bezug auf die Beschaffenheit des Eiters und der Knochennekrose an die Seite stellt, ist nach den Untersuchungen Klemm's in der That nichts anderes als eine richtige eitrige Osteomyelitis — eine Mischinfection von Eberth'schem Bacillus und Staphylococcen, oder es ist der Staphylococcus eingewandert auf den durch den Typhusbacillus vorbereiteten, der Infection besonders zugänglich gemachten Boden.

Die Staphylococcen-Osteomyelitis ist von Pasteur als «furoncle des os» bezeichnet worden. In der That sehen Sie in einer Reihe von Fällen am spongiösen Ende der

[1]) Maladies infect. et parasit. des os. pag. 414.
[2]) Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. 46 pag. 862.

Diaphyse eines Röhrenknochens — in der region juxta-épiphysaire der Franzosen — den rothen, hyperämischen erweichten Knochen durchsetzt von kleinen, gelben Eiterheerden, welche einzeln verstreut oder gruppenweise zusammenstehend, meist die Neigung zum Confluiren zeigen und eine Parallele mit dem Furunkel der Haut möglich erscheinen lassen.

Meist findet man bei den zur Operation kommenden Fällen die Maschen der Spongiosa in grösserer Ausdehnung eitrig infiltrirt, die einzeln stehenden Abscesschen in der Minderzahl, mehr in der Peripherie der Spongiosa, aber auch in der Compacta vorhanden. Das Röhrenmark zeigt vorherrschend die Neigung zu mehr weniger ausgebreiteter eitriger Einschmelzung, miliare Abscesschen sind hier selten, frühzeitig findet sich Eiter zwischen dem Knochen und dem Periost, die in demselben schwimmenden Fetttropfen sind ein Beweis für die enorme Steigerung des Innendruckes im entzündeten Knochen, für die Geschwindigkeit, mit der durch die entzündliche Infiltration das Fett verdrängt und mit dem Eiter durch die Haversischen Kanäle herausgepresst wird. Dergestalt wird beim Röhrenknochen die Compacta aussen und innen von Eiter umspült und stirbt ab. Wie weit die Ausdehnung der Nekrose reichen wird, ist a priori nicht zu bestimmen und hängt sehr wesentlich von der Therapie ab. Bei frühzeitigem und radicalem Eingriff sind schon recht bedeutende Periostablösungen wieder rückgängig geworden und hat die befürchtete ausgedehnte Nekrose sich auf einen kleinen Sequester reducirt.

Wo das Periost nahezu in seiner Totalität abgelöst ist und wo namentlich eine Lockerung der Diaphyse in ihren beiden Epiphysenlinien hinzugekommen, ist eine Totalnekrose sicher, wenn nicht bereits früher die schwere Allgemeinerkrankung, die diesen Fällen eigenthümlich, dem Leben ein Ende macht.

Das klinische Bild der Osteomyelitis ist in seinen Erscheinungen ein derart mannigfaltiges, dass dasselbe am besten in Gruppen getheilt Ihnen vorgeführt werden soll.

Entgegen der Eintheilung Garré's[3]), der 10 Unterabtheilungen der Osteomyelitis aufführt, halte ich Gangolphe's Eintheilung in foudroyante, schwere und benigne Osteomyelitis für die praktisch brauchbarste, und würde nur proponiren statt schwere und benigne: typische und atypische Form von Osteomyelitis zu sagen.

Bei der foudroyanten Form tritt die Schwere der Allgemeinerkrankung in den Vordergrund, der typhöse Zustand, der rasche Kräfteverfall. An der erkrankten Extremität ist Schwellung, Oedem der Haut, Infiltration der Weichtheile, undeutliche Fluctuation in der Tiefe, grosse Druckempfindlichkeit des Knochens zu constatiren. Eine starke venöse Stase lässt die cutane Venenzeichnung deutlich hervortreten.

Meist tritt der Tod ein bevor es zu stärkerer Eiterproduction gekommen. Der rapide Verlauf und die häufige Localisation an den Epiphysen erschweren die Diagnose und lassen die chirurgische Behandlung meist zu spät kommen.

Bei der II. Gruppe treten die localen Erscheinungen mehr in den Vordergrund. Von schweren Symptomen der Allgemeinerkrankung eingeleitet, entwickelt sich das Bild schwerer localer Entzündung, starker Eiterung in der Tiefe der befallenen Extremität. Die bei der I. Gruppe erwähnte teigige Schwellung, die undeutliche Fluctuation macht bald einem deutlichen Schwappen Platz.

Das hohe Fieber fällt ab — meist nur vorübergehend — in dem Moment, wo der unter enormem Druck stehende Eiter das abgelöste Periost rupturirt und sich nun in die Umgebung ergiesst, sich in den Muskelinterstitien ausbreitet. Enorme Eitersenkungen sind die Folge, wenn die Hülfe auch jetzt noch nicht erscheint. Selbst wenn spontan der Durchbruch nach aussen erfolgt, ist der letale Ausgang die Regel, sei es, dass er in den nächsten Wochen bis Monaten erfolgt, nachdem an den verschiedensten Skelettabschnitten neue Knochenheerde, in den Lungen, den Nieren secundäre Abscesse aufgetreten waren, oder sei es, dass Perioden relativen Wohlseins selbst für

[3]) Bruns Beiträge zur klin. Chirurg. X p. 241 u. ff.

längere Zeit folgen bis der Organismus in dem vergeblichen Bestreben die localen Störungen — die Nekrose des Knochens — zu eliminiren in dem Kampf mit der damit verbundenen langwierigen Eiterung und allen ihren Folgen (secundäre Eiterheerde, amyloide Degeneration innerer Organe u. A.) erliegt.

Für die typischen Osteomyelitisfälle ist festzuhalten, dass eine vollständige Restitutio in integrum ohne Kunsthülfe nicht möglich ist.

Die Epiphysenosteomyelitis, welche ausschliesslich in die I. und II. Gruppe hingehörige Erkrankungen liefert, kann insofern diagnostische Schwierigkeiten machen, als die Mitbetheiligung des Gelenks das Krankheitsbild beherrscht. Nun sind aber Erguss im Gelenk, intensive Schmerzen, Fieber, auch einer gonorrhoischen Erkrankung oder acutem Gelenkrheumatismus eigen. Indessen wird bei ersterer die Anamnese bereits Anhaltspunkte geben, dann aber machen weder Tripperknie z. B. noch die rheumatische Erkrankung des Kniegelenks eine derartige Schwellung wie die Osteomyelitis, bei der die cutanen gefüllten Venen, das teigige Oedem. die bei sorgfältiger Palpation unverkennbare Auftreibung des Knochens die richtige Diagnose ermöglichen. Seiner versteckten Lage wegen bietet das Hüftgelenk die meisten Schwierigkeiten für die Diagnose und die Erkrankung seiner angrenzenden Epiphysen eine ungünstige Prognose, weil ein actives therapeutisches Vorgehen meist zu spät beschlossen wird. Endlich illustrirt die Gelenkerkrankung bei einer Epiphysenosteomyelitis deutlich, welch eclatanter Unterschied zwischen ihr und dem metastatischen Empyem desselben Gelenks bei Pyämie besteht.

Dort die lebhafte Mitbetheiligung der ganzen Umgebung, das entzündliche Oedem der tiefergelegenen Theile, die starke venöse Stauung, die lebhafte Druckempfindlichkeit, hier vollzieht sich meist ohne alle locale Vorboten die Erkrankung des Gelenks, plötzlich — oft zufällig entdeckt — ist das Gelenk bis zum Schwappen mit Eiter gefüllt und die bedeckende Haut zeigt kaum je eine Veränderung ihres Aussehens.

Der gleiche Unterschied wiederholt sich überall, wo man einen pyämischen Abscess mit einem durch Osteomyelitis bedingten vergleicht. Berücksichtigen wir ferner die sonstigen charakteristischen Symptome der Pyämie, die Schüttelfröste, die multiplen Weichtheilabscesse, die eigenartige Gestalt der Temperaturcurve, so müssen wir die Behauptung Jordan's:[4]) «Die acute Osteomyelitis ist eine pyämische Erkrankung der Entwickelungsperiode» für nicht richtig gewählt erklären.

Zwar kann jede Osteomyelitis — bei nicht rationeller Behandlung — zur Pyämie führen, indem sich ihr Krankheitsbild dann ändert, aber dasselbe kann bei jedem Furunkel und namentlich Carbunkel geschehen, ohne dass dieselben deswegen pyämische Erkrankungen genannt werden dürfen.

Auch die secundären Knochenherde sind keineswegs unbedingt als pyämische Metastasen aufzufassen.

Gussenbauer[5]) hält dafür, dass die mehrfachen Knochenheerde und die der innern Organe bei der acuten Osteomyelitis gleichzeitig angelegt seien.

Zweifellos beansprucht die Entwickelung der einzelnen Knochenheerde zu diagnosticirbaren Depots je nach Umständen verschieden lange Zeit. Ferner ist constatirt worden, dass Staphylococcen sich sehr lange Zeit — Jahre hindurch — in einem Stadium der Latenz im Knochen halten können, um dann plötzlich zu einer typischen Osteomyelitiserkrankung — oft mit schweren Allgemeinerscheinungen — zu führen.

Allein ebenso steht die Beobachtung fest, dass je frühzeitiger und je radicaler eine Osteomyelitis operirt wird, desto sicherer das Auftreten secundärer Heerde ausbleibt. Früher konnte man die Unterscheidung zwischen dem secundären osteomyelitischen Herd und einem pyämischen Abscess in der Weise machen, dass man den ersteren auf eine erneute Ansiedlung des Krankheitsvirus geschoben, etwa in der Weise wie beim acuten Gelenkrheumatismus die einzelnen Gelenke zeitlich getrennt von einan-

---

[4]) Jordan: Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd. X, pag. 752.
[5]) Gussenbauer: Verhandl. des Chir. Cong. Berlin 1894.

der befallen werden, während man den metastatisch pyämischen Process durch eine Verschleppung des Krankheitsproducts — des Eiters — sich erklärte Allein dieser Auffassung wird heut zu Tage die Berechtigung abgesprochen (v. Recklinghausen[6]), und müssen wir uns daher bescheiden, bis die pathologische Anatomie eine befriedigende Differenzirung dieser Vorgänge gefunden, welche sich klinisch strict auseinanderhalten lassen. In einer Reihe von Fällen dieser II. Gruppe sind neben den Staphylococcen auch Streptococcen gefunden worden, in einer weiteren Zahl von Fällen ausschliesslich Streptococcen. Zunächst ist es jedoch noch nicht gelungen diese Fälle klinisch abzugrenzen. Gangolphe, Lannelongue und Achard u. A. differiren einstweilen sogar in den Grundzügen des von ihnen entworfenen klinischen Bildes.

In die III. Gruppe — die atypischen Fälle — müssen wir Fälle hineinstellen, über deren Zugehörigkeit zur eitrigen Osteomyelitis die Zukunft eventuell anders entscheiden wird, wenn es gelingt in befriedigender Weise den Widerspruch zu lösen, der sich zwischen dem Staphylococcenbefund im Entzündungsproduct dieser Fälle und ihrem klinischen Bilde findet, welches entschieden vom Typus der Staphylococcenerkrankung abweicht. Der Fund von Staphylococcen einerseits in serösen Exsudaten, von Typhus- und Tuberkelbacillen andererseits in eiterähnlichen Ergüssen hat die Autoren veranlasst phlogogene und pyogene Wirkung allen den im Knochenmark gefundenen Mikroben zuzusprechen, und nur den Staphylo- und Streptococcen die pyogene Wirkung in ganz besonderem Maasse zu vindiciren (K. Müller[7]).

Dass dieser Standpunkt sehr wenig befriedigt, indem er klinisch wesentlich differirende Bilder unter einen grossen ätiologischen Hut bringt, liegt auf der Hand.

---

[6]) v. Recklinghausen. Deutsche Chirurgie. Handbuch d. allg. Pathol. pag. 173.

[7]) K. Müller. Der jetzige Stand der Eiterungsfrage vom bakt. Standpunkt aus. Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. 1894. pag. 807.

Gestatten Sie mir nun kurz die einzelnen Abweichungen zu skizziren, die im Hinblick auf den in der II. Gruppe geschilderten Typus vorkommen; dieselben beziehen sich 1) auf den Ausgang 2) auf das Entzündungsproduct 3) auf den Beginn der Osteomyelitis.

1. giebt es Fälle, welche in typischer Weise einsetzen, allein der weitere Verlauf ist atypisch: nach wenig Tagen ist das Fieber abgefallen, die Schwellung bildet sich zurück, die Schmerzhaftigkeit schwindet und der Kranke scheint genesen, erst nach längerer Zeit erfolgt unter geringen localen Entzündungserscheinungen die Abstossung a) eines kleinen Sequesters, b) es kommt nach Jahren zur Bildung eines Knochenabscesses, c) es entwickelt sich allmählich Hypertrophie der Knochensubstanz bis zur Eburnisation. Die ossificirende Osteomyelitis kann mit intensiven Schmerzen verbunden sein (Gosselin's ostéite à forme névralgique). Diese «forme névralgique» kommt aber auch da vor, wo im Knochen d) Herde entzündlicher Einschmelzung der Knochensubstanz sich etablirt haben. Glücklicherweise ist die forme névralgique selten, meist hat sie ihren Sitz in der Tibia, doch habe ich einen Fall beobachten können, wo im Oberschenkel die unsäglichsten Schmerzen Platz gegriffen hatten. Mehrfache Eingriffe brachten immer nur vorübergehenden Erfolg, obgleich successive die ganze Femurdiaphyse zur Aufmeisselung gekommen war, wobei mehr oder weniger ausgedehnte, aber von einander deutlich abgegrenzte Erweichungsherde auf's sorgfältigste entfernt wurden. Wiederholt wird im Verlauf dieser rareficirenden Form Spontanfractur beobachtet. e) Unter recidivirender Osteomyelitis sind jene Fälle gemeint, wo nach überstandener typischer Erkrankung, trotz rationeller Behandlung, doch immer wieder eine Osteomyelitis in dem betroffenen Knochen sich wiederholt. Solche Kranke können mehrfach zur Operation kommen. Jede neue Attaque ruft gewöhnlich immer geringere Allgemeinerscheinungen hervor

2. Eine weitere Kategorie von Fällen setzt ebenfalls typisch ein, allein das gelieferte Entzündungsproduct ist nicht Eiter.

Wohl kommt es im Knochen zur Nekrose, allein der

Sequester ist umgeben von a) einer eingedickten, käseartigen Masse, von der auch das Spatium zwischen abgelöstem Periost und dem Knochen angefüllt ist. b) Das Periost kann von einer serösen eiweisshaltigen, mehr oder weniger tingirten Flüssigkeit abgelöst werden, welche in geringer Menge Eiterkörperchen, Fett und in einem Theil der Fälle Staphylococcen enthält. Nur Klemm ist es gelungen Typhusbacillen in dem sog. albuminösen Exsudat nachzuweisen.

3. In der 3. Kategorie von Fällen weicht der Beginn der Erkrankung vom Typus ab. Meist ohne Vorboten tritt eine ephemere Temperatursteigerung ein, an die sich einige Wochen subfebriler Temperatur schliessen können. Die erkrankte Extremität schmerzt, meist localisirt sich der Schmerz in der Nähe des Gelenks, in diesem tritt ein Erguss auf, der durch Compression und Ruhe wieder schwindet, um dann wieder aufzutreten, sobald etwas ausgiebigere Bewegungen vorgenommen werden.

Das sind die Fälle, welche gewöhnlich für Tuberculose gehalten werden bis ein Abscess den Irrthum aufdeckt, der typischen Osteomyelitiseiter enthaltend, entweder zwischen Periost und Knochen sitzt oder das Periost blos an einer Stelle abgehoben und rupturirt hat und dann an seiner Aussenseite sich hinabgesenkt hat Verbreitet der Abscess sich z. B. vom untern Femurende ausgehend in die Kniekehle, so kann er dank den anatomischen Verhältnissen eine Zeitlang der Entdeckung entgehen, zumal da kein Fieber besteht und das Bein eventuell auch noch in einem immobilisirenden Verbande gehalten wird. Es kann auf diese Weise — wie ich das einmal zu beobachten Gelegenheit gehabt — der Abscess in das Kniegelenk hinein perforiren. Hier hatte thatsächlich die Temperatur einige Abende 38,0 und 38,3° betragen, aber dieses brauchte garnicht einmal auf den sich vollziehenden Durchbruch bezogen zu werden, sondern fand durch eine während dieser Zeit spielende Angina ihre genügende Erklärung.

Hierher wären endlich auch die Fälle zu stellen, welche von Gangolphe als «osteoarthropathies infectieuses chroniques d'emblée» in einem gesonderten Kapitel betrachtet

worden sind. In meiner Abtheilung sind ein paar derartiger Fälle in verschiedenen Stadien der Entwickelung zur Beobachtung gekommen. Im vorgeschrittensten Fall wurden Staphylococcen nachgewiesen. Schleichend hatte sich hier eine Auftreibung des unteren Viertels einer Femurdiaphyse ausgebildet, der Kranke hatte Schmerzen sobald er auftrat, im Gelenk war mässiger Erguss vorhanden, passiv waren die Bewegungen im Gelenk schmerzlos. Fieber wurde in Abrede gestellt, bestand auch bei der Aufnahme nicht Bei der Operation erwies sich die ganze aufgetriebene Partie des Oberschenkelknochens mit einem flüssigen Detritus erfüllt, bestehend aus dunkelroth verfärbter erweichter Knochensubstanz und hämorrhagischer, Fetttropfen enthaltender Flüssigkeit. Beim Evidement erwies sich die Corticalis derart verdünnt, dass sie bei jeder Lageveränderung des Beines einknickte, sie wurde daher gleichfalls entfernt. Die Heilung erfolgte, wenn auch langsam und mit Verkürzung so doch mit fester Consolidation.

M. H. Aus dem Ihnen Dargelegten sehen Sie wie mannigfaltig die Abweichungen vom Typus sein können! Wo sollen wir die Erklärung hierfür suchen?

Ausser dem bereits erwähnten Wege, den die neuesten Arbeiten eingeschlagen und der dahin führt, phlogogene, pyogene und nekrotisirende Wirkung allen hier in Betracht kommenden Mikroorganismen zuzuschreiben und damit jeder Art zu vindiciren, dass sie gelegentlich jede Form hervorbringen kann, ausser diesem Wege hätten wir dann noch die Theorie von der abgeschwächten Wirkung des Staphylococcus zu erwähnen.

Wodurch eine derartige abgeschwächte Wirkung zu Stande kommt — ist ja noch eine absolut ungelöste Frage. Dass aber eine Abschwächung der Wirkung des Osteomyelitisvirus auf den Gesammtorganismus zu existiren scheint, dafür sprechen mehrfach Beobachtungen, vor Allem die, dass bei nacheinander erkrankenden Knochen oder bei der sog. recidivirenden Osteomyelitis, wenn die Recidive in kürzeren Intervallen einander folgen, die Allgemeinerscheinungen immer schwächer werden resp. ganz fortbleiben können.

Bei einem 13-jährigen Mädchen, dem 1892 wegen schwerer Osteomyelitis die eine Tibiadiaphyse total resecirt, das andere Bein im Oberschenkel amputirt wurde, entwickelte sich 1½ Jahre später eine Osteomyelitis des Darmbeins ohne alle Fiebererscheinungen, trotzdem die producirte Eitermenge, welche den Knochen allseitig umspülte ca. 3 Liter betrug.

Dass diese Immunität gegen die Allgemeinwirkung des Osteomyelitisvirus eine vorübergehende, dafür scheinen die Fälle von Spätrecidiven zu sprechen. Wenn 10 bis 40 Jahre nach erstmaliger Erkrankung wiederum die betr. Extremität erkrankt, so pflegt die Intensität der Allgemeinerscheinungen eine recht heftige zu sein. Kraske und Garré wollen diese Fälle als Neuerkrankungen aufgefasst wissen, während Gangolphe mit Recht hervorhebt, dass es doch merkwürdig sei, warum die Neuerkrankung immer nur die einmal bereits betroffene Extremität befalle!

M. H. Ich fürchte Sie bereits zu lange aufgehalten zu haben, deshalb übergehe ich das interessante Kapitel der Knochenerkrankungen im Anschluss an Scharlach, Pocken und andere Infectionskrankheiten, da diese Erkrankungen nicht aus dem Rahmen der soeben besprochenen Osteomyelitisformen heraustreten. Betonen will ich nur, dass in der Aetiologie der Osteomyelitis auch den Infectionskrankheiten eine gewisse Rolle zufällt.

Ich wende mich nun noch kurz der Therapie zu. Dieselbe kann und darf nur den Principien folgen, welche maassgebend sind für alle Fälle von Eiterung. Freier Abfluss für den Eiter, breite Eröffnung des ganzen Gebietes, das den Eiter producirt, eventuell gänzliche Elimination desselben. Die Spaltung der Weichtheile bis auf den Knochen darf nur ein Nothbehelf sein und zwar nur da, wo die äusseren Verhältnisse, etwa die mitgenommenen Instrumente für ein radicales Vorgehen ungeeignet sind. Stets ist der Knochen breit zu eröffnen und zwar nicht nur die Markhöhle, sondern das dem erkrankten Gebiet entsprechende spongiöse Ende der Diaphyse, event. beide.

Ist die Allgemeinerkrankung eine foudroyante oder sehr schwere, die Schwellung der Extremität eine diffuse, das Knochenmark diffus von miliaren Abscessen durchsetzt, dann ist die Totalresection indicirt, selbst wenn die Periostablösung keine ungewöhnlich ausgedehnte. Sie werden beim Beobachten dieser Indicationen für die Totalresection eine Anzahl von Fällen am Leben erhalten, die sonst unrettbar verloren wären.

Auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin sind Stimmen gegen die Totalresection laut geworden. Meine Erfahrung die sich auf mehr als 150 Fälle stützt, hat mich ein Anderes gelehrt und stimme ich den französischen Autoren ganz zu, die wohl die Indication für die Totalresection möglichst eng gezogen wissen wollen, aber innerhalb dieser Grenzen auch nur in der Totalresection die einzige Heilungsmöglichkeit sehen.

An den flachen Knochen ist der Nachtheil, welchen die Totalresection für die Function des betreffenden Körpertheils bringt, eigentlich gleich Null zu setzen, da bei einigermaassen erhaltenem Periost von den ausgedehnten Periostflächen unschwer die dünne Knochenlamelle producirt wird, welche genügt um die Function des alten Knochens zu ersetzen.

Bei den Röhrenknochen liegen die Verhältnisse natürlich anders, hier wird es in der That vorkommen, dass der Operirte vielleicht zeitlebens zum Gebrauch eines Schienenapparates gezwungen ist.

Bei den Tibiaresectionen bleibt die Stelle, wo oben der Tibiaschaft beginnt, häufig weich, auch wenn der ganze Schaft und die dem spongiösen oberen Ende entsprechende Partie durch festen neugebildeten Knochen ersetzt ist

Von 7 totalen und 1 partiellen Resection der Tibia, welche in den letztverflossenen 4 Jahren in meiner Abtheilung gemacht worden sind, ist ein Fall ohne alle Spur von Knochenregeneration entlassen worden und hat sich auch später keine solche eingestellt. In diesem Fall war die Heilung ganz besonders rasch von statten gegangen. Seitdem lasse ich die mit Gaze ausgestopfte Periosthöhle längere Zeit tamponirt, bis ich beginnende Knochenproduction von Seiten des Periost merke. Die übrigen Fälle

sind alle mit Schienen entlassen worden, haben sich aber an den Gebrauch derselben so gewöhnt, dass sie durch dieselben kaum behindert werden — wenigstens was die Fälle anbetrifft, die ich habe im Auge behalten können. Innerhalb des oben erwähnten Zeitraums sind in meiner Abtheilung gemacht worden:

2 Resectionen des os innominatum — also einer Beckenhälfte nach vorausgegangener Exarticulation des Oberschenkels. Beide Fälle sind mit wenig secernirender Fistel entlassen worden:

2 totale Darmbeinresectionen sind geheilt, ebenso 3 partielle Darmbeinresectionen.

2 totale Darmbeinresectionen sind gestorben, der eine Fall jenes vorhin erwähnte Mädchen betreffend, starb in Shok wenige Stunden nach der Operation. Der zweite war eigentlich seines desolaten Zustandes wegen inoperabel, er überlebte den Eingriff, der nicht einmal radical ausgeführt werden konnte, um etwa 10 Tage.

2 partielle Femurresectionen sind mit guter Consolidation geheilt.

2 totale und 1 partielle Fibularesection sind mit vollkommener Knochenregeneration entlassen worden, 1 partielle ging vor Eintritt derselben nach Hause.

1 Ulna-, 1 Clavicula-, 3 partielle Rippen-Resectionen sind mit guter Regeneration entlassen worden.

M. H. Von 27 derart Operirten ist es gelungen 25 dem Leben zu erhalten! Angesichts der Schwere der Erkrankung ist das Loos eine Zeitlang — selbst wenn es das ganze Leben wäre — einen leichten Apparat zu tragen, kein zu schweres.

Ich beklage unter den 15 Todesfällen, welche ich in den letzten 4 Jahren bei ca. 125 Osteomyelitisfällen — die Nekrosen nicht mit eingerechnet — gehabt, mehrere, denen wahrscheinlich das Leben erhalten worden wäre, hätte ich mich zur Totalresection rechtzeitig entschlossen.

PROTOKOLLE

DES

SIEBENTEN ÄRZTETAGES

der

Gesellschaft Livländischer Aerzte

IN

Wenden

vom 14. bis 16. September 1895.

ST. PETERSBURG
Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.
1896.

Дозволено цензурою. Спб., 10 Апрѣля 1896 г.

Verzeichniss der Theilnehmer.

1.	Anders, Ernst	St. Petersburg.
2.	Aristow, Victorin	Riga.
3.	Bätge, Arthur	Reval.
4.	Bergengrün, Paul	Riga.
5.	Bergmann v., Adolf	Riga.
6.	Blumwerk, Constantin	Reval.
7.	Braschnewitz, Andreas	Smilten.
8.	Büttner, Heinrich	Reval.
9.	Dehio, Karl	Jurjew (Dorpat).
10.	Deubner, Carl	Riga.
11.	Devrient, Carl	Grundsahl.
12.	Elias, Emil	Lissenhof.
13.	Engelhardt v., Arved	St. Peters Kapelle.
14.	Engelhardt v., Roderich	Riga.
15.	Engelmann, Georg	Riga.
16.	Erasmus, Ernst.	Wenden.
17.	Etzold, Ernst	Hallist.
18.	Fischer, Elmar	Sagnitz
19.	Frey, v. Eugen	Salismünde.
20	Gähtgens, Peter	Wenden.
21.	Girgensohn, Otto	Riga.
22.	Greiffenhagen, Wilhelm	Reval.
23.	Grünberg, Jacob	Wolmar.
24.	Heerwagen, Rudolph	Riga.
25.	Hirschheydt v., Ernst	Riga
26.	Hoffmann, Ferdinand	Krähnholm. Estl.
27.	Holst v., Rudolph	Jurjew (Dorpat).
28.	Kanep, Karl	Ramotzky.
29.	Kessler, Leonhard	Jurjew (Dorpat).
30.	Kieseritzky, Woldemar	Jurjew (Dorpat).
31.	Kiwull, Ernst	Wenden.
32.	Klemm, Paul	Riga.

33. Knorre v., Georg	Riga.
34. Knüpffer, Wilhelm	Reval.
35. Koch, Ernst	Walk.
36. Körber, Bernhard	Jurjew (Dorpat).
37. Kroon, Carl	Alt-Anzen.
38. Krüdener v., Heinrich	Riga.
39. Kügelgen v., Arved	Rappin.
40. Kusick, Julius	Reval.
41. Kusmanow, Alexander	Rappel (Estl).
42. Lenz, Alexander	Sesswegen.
43. Lezius, Oscar	Pölwe.
44. Liebet, Carl	Drostenhof.
45. Lossky, Michael	Riga.
46. Mey, Edgar	Riga.
47. Meyer, Hermann	Popen. Kurl.
48. Meyer, Hugo	Schloss Adsel.
49. Meyer, Johannes	Jurjew (Dorpat).
50. Meyer, Ludwig	Wenden.
51. Middendorff, Max	Reval.
52. Müller, Johannes	Schujenpahlen.
53. Neuwaldt, Georg	Erla.
54. Otto, Richard	Jurjew (Dorpat).
55. Pander, Harry	Riga.
56. Raue, Bruno	Marienburg.
57. Rimscha v., Robert	Riga.
58. Russow, Karl Ernst	Jurjew (Dorpat).
59. Sadikoff, Johann	Talsen (Kurl).
60. Samson v., Eduard	Reval.
61. Sass, von, Albert	Arensburg.
62. Schabert, Arthur	Riga.
63. Schilling, Arthur	Annenhof.
64. Schneider, Alfred	Tricaten.
65. Schwarz, Eduard	Riga.
66. Seeberg, Hugo	Mitau.
67. Seiler, August	Mitau.
68. Sokolowski, Ernst	Alexandershöhe.
69. Solt, Peter	Mitau.
70. Ströhmberg, Christian	Jurjew (Dorpat).
71. Stryk v., Nicolai	Riga.
72. Treu, Armin	Lindheim.

73. Treymann, Matthias	Riga.
74. Truhart, Hermann	Jurjew (Dorpat).
75. Vierhuff, Julius	Subbath. (Kurl.).
76. Weiss, Edgar	Reval.
77. Wihtol, Johannes	Wolmar.
78. Wolfram, William	Riga.
79. Zöge v. Manteuffel, Werner	Jurjew (Dorpat).
80. Zöpffel, Victor	Essern (Kurl.).

Verzeichniss

Der mit der Gesellschaft livländischer Aerzte im Schriftwechsel stehenden Vereine und Institute.

1. Die Gesellschaft Omsker Aerzte.
2. Congress russischer Aerzte zum Andenken Pirogoffs.
3. Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.
4. » » russischer Aerzte zu Riga.
5. » » Mitauer Aerzte.
6. » » Revaler »
7. » » Jurjewer »
8. » » der Aerzte Nord-Curlands.
9. Deutscher aerztlicher Verein in St. Petersburg.
10. Verein der St. Petersburger Aerzte.
11. Die Gesellschaft Rjäsaner Aerzte.
12. » » Kiewer »
13. » » der Neuropathologen und Psychiater an der Kaiserlichen Moskauer Universität.
14. St. Petersburger Institut für biologische Wissenschaft.
15. Kaiserliches Institut für experimentelle Medicin in St. Petersburg.
16. Kinderhospital der Heil. Olga in Moskau.
17. Pharmacologisches Institut zu Jurjew.
18. Pharmaceutisches » » »
19. Bacteriologisches » » »
20. Physiologisches » » »
21. Pathologisches »
22. Ophthalmologische Klinik » »
23. Chirurgische » » »
24. Gynäkologische » »

Programm.

Eröffnung des Aerztetages

Donnerstag den 14. September 1895.

9 Uhr Morgens.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Referat über den Bestand und die Wirksamkeit der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».
4. Vortrag des Herrn Dr. med. Bergengrün: «Topographisches über den bacillus leprae».
5. Referat des Herrn Dr. med. O. Petersen: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfeleistung während der Zeit der ersten 4 Jahre seines Bestehens».
6. Bericht und Berathung über den im Auftrage des VI. livl. Aerztetages ausgearbeiteten Commissionsentwurf betreffend die Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden.

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) »Ueber das ärztliche Berufsgeheimniss». E. Kiwull.
   b) «Ueber diaphoretische Cur» C. Dehio.
   c) »Darmcatarrh und Darmneurose» R. v. Engelhardt.
   d) «Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane» A. Schabert.

e) «Ein Beitrag zur Heilbarkeit der Blasentuberculose» W. Greiffenhagen.

f) «Die Rhachits im Säuglingsalter» E. Mey.

2. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Freitag den 15. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—12 Uhr Vormittags.

1. Demonstrationen, Krankenvorstellung und kleinere Mittheilungen.
2. Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis:
   a) Rückblick über die Thätigkeit und Recapitulation der bisherigen Beschlüsse der livländischen Aerztetage und der auf letzteren gewählten Specialcommissionen betreffend die Bekämpfung der Lues.
   b) Vorlage eines im Auftrage des vorigjährigen Aerztetages ausgearbeiteten Commissionsentwurfes betreffend den Plan des Kampfes gegen die Verbreitung der Syphilis in Livland.
   c) Berathung über das mittelst Schreiben der Livländischen Medicinalabtheilung vom 8. August dieses Jahres der Gesellschaft livländischer Aerzte übersandte Programm eines im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congresses, welchem die Aufgabe gestellt werden soll, einen allgemeinen Plan für den Kampf gegen die Syphilis in ganz Russland auszuarbeiten.
   d) Schlussberathung der Versammlung über den Plan der Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Von 12 — 3 Uhr gemeinsamer Ausflug der versammelten Aerzte in das Aathal bei Wenden.

IV Sitzung von 3 — 7 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die Ursachen des Trachoms» H. v. Krüdener.
   b) «Heiserkeit» R. Otto.
   c) «Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung.» P. Bergengrün:

d) «Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena.» R. v. Rimscha.
e) «Facialislähmung bei acuter Otitis media und ihre Behandlung.» F. Voss.

2. Verlesung des Protokolls des heutigen Tages.

Sonnabend den 16. September.

Tagesordnung:

V Sitzung von 9 – 1 Uhr Vormittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) Ueber das Selbstbestimmungsrecht der Frau.» L. Kessler.
   b) «Aphorismen über die Behandlung Geisteskranker.» Behr.
   c) «Hysterie und hysterisches Irresein.» E. Sokolowsky.
   d) «Zur Therapie der Adnexerkrankungen.» G. v. Knorre.
   e) «Die Laparotomieen und Symphyseotomieen in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses» M. Treymann.
   f) «Indicationen bei Uterus Myomen.» L. Kessler.

VI. Sitzung von 3 – 6 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber Blinddarmentzündung.» P. Klemm.
   b) «Die Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche.» W. Greiffenhagen.
   c) «Ueber Ruhestellung und Entlastung erkrankter Körpertheile» (nebst Demonstration von Apparaten) E. Anders.
   d) «Ueber Spättodesfälle nach Narcose». W. Zoege v. Manteuffel.
2. Berathung über etwa wünschenswerthe Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
3. Verlesung der Protokolle der Sitzungen des heutigen Tages.

Schluss des VII. Aerztetages

6 Uhr Nachmittags.

Erste Sitzung

Donnerstag den 14. September 1895. 9 Uhr Morgens.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. P. Gähtgens eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Anwesenden im Namen des Stadthauptes von Wenden und der Wendenschen Aerzte.

2. Dr. E. Kiwull giebt als Cassaführer der Gesellschaft livländischer Aerzte seinen Kassenbericht für die Zeit vom 5. September 1894 bis zum 14. September 1895: der augenblickliche Baarbehalt der Kasse beläuft sich auf 110 Rbl. 53 Cop. Der Rechenschaftsbericht wird angenommen.

3. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wenden bestimmt. Die Termine sollen nach Beschluss der Versammlung auf Ende August und Anfang September fallen; die definitive Festsetzung derselben wird dem Vorstande überlassen.

4. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: Zum Präses wird Dr. **H. Truhart**, zum Secretair Dr. **E. Sokolowski**-Alexandershöhe und zum Cassaführer Dr. **E. Kiwull**-Wenden wiedergewählt.

5. Der Präses Dr. Truhart dankt für das ihm in der Wiederwahl bewiesene Vertrauen und schlägt behufs Vertretung des Sekretariates in der Universitätsstadt die Wahl des Dr. **Ch. Ströhmberg** zum Sekretairsgehilfen vor. Dr. Ströhmberg wird einstimmig gewählt.

6. Prof. K. Dehio giebt folgendes **Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra»** im verflossenen Jahre:

Da das laufende Rechnungsjahr noch nicht abgeschlossen vorliegt, so kann ich in Bezug auf die financielle Lage unserer Gesellschaft nur über das Jahr 1894 berichten. Daran anknüpfend werde ich dann auch die wichtigsten Thatsachen aus dem Leben der Gesellschaft, welche in's Jahr 1895 fallen, referiren.

Unsere Gesellschaft begann das Jahr 1894 mit einem Baar-Vermögen von 17,000 Rubeln in Werthpapieren und 2209 Rbl. 38 Kop. in baarem Gelde. Hierzu kamen im Laufe des Jahres Baar-Einnahmen im Betrage von 13,994 Rbl. 51 Kop. welche sich folgendermaassen zusammensetzten:

Zinsen vom Kapital	1055	Rbl. 90	Kop.
Mitgliedsbeiträge	2601	» —	»
Subsidie der livländischen Ritterschaft	2000	» —	»
Subsidie der estländischen Ritterschaft	1000	» —	»
Krankengelder	2997	» 24	»
Einmalige Schenkungen . .	4340	» 37	»
	13 994	Rbl. 51	Kop.

Wie Sie sehen, sind nächst den einmaligen Darbringungen die jährlichen Unterstützungen der livländischen und estländischen Ritterschaft unserer Gesellschaft besonders werthvoll, denn sie sichern als regelmässige Einnahmen vor Allem den Betrieb unserer Leprosorien. Die übrigen Einnahmen setzen sich aus den Zinsen unseres Kapitals, den Krankengeldern (bekanntlich leisten die Bauergemeinden für ihre Leprakranken, welche in unseren Leprosorien verpflegt werden, eine monatliche Zahlung von 5 Rubeln pro Kranken) sowie den Mitglieds-Beiträgen zusammen. Die Zahl der Mitglieder unserer Gesellschaft betrug am 1. Januar 1895 710.

Den Einnahmen stehen nun nicht unbedeutende Ausgaben gegenüber, die in erster Linie durch den Unterhalt der Leprosorien von Muhli und Nennal und die Verpflegung der in denselben lebenden Kranken verursacht worden sind.

Der Betrieb des Leprosoriums Muhli hat im Jahre 1894 2825 Rbl. 55 Kop. beansprucht, der des Leproseriums Nennal 6587 Rbl. 72 Kop. — Hierzu kommen noch 237 Rbl. 55 Kop. für einen in Muhli nothwendig gewordenen Umbau der Badestube und der Waschküche sowie 518 Rbl 75 Kop. als Restzahlung für den Erweiterungsbau in Nennal vom Jahre 1893. — Nicht unerwähnt bleibe, dass unsere Gesellschaft es für ihre

Pflicht gehalten hat, zwei junge Mediciner, welche die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel und im Saara'schen Kirchspiel zu wissenschaftlich practischen Zwecken im Laufe des letzten Sommer's an Ort und Stelle untersucht haben, mit je 100 Rbl. zu unterstützen. Auf das Ergebniss dieser Forschungen kommen wir noch zu sprechen. Die Correspondenz, Fahrten nach Nennal. Remuneration der Seelsorger und die sonstigen Betriebskosten haben 334 Rbl. 1 Kop. verzehrt, so dass auch in diesem Jahr noch ein Rest der Einnahmen übrig geblieben ist, der in zinstragenden Papieren angelegt wurde. Das Baarvermögen unserer Gesellschaft bestand somit zum 1. Januar 1895 aus: 20,500 Rbl. in Werthpapieren und 2050 Rbl 16 Kop. in baarem Gelde.

Wenngleich dieser Cassenabschluss nicht so günstig ist, wie der des vorigen Jahres, so hat er doch einen Kapitalzuwachs ergeben, den wir im Jahre 1895 sehr nöthig haben, wie sich sogleich zeigen wird.

Die Generalversammlung beauftragte nämlich den Verwaltungsrath, nunmehr, nachdem alle gesetzlichen Vorbedingungen erfüllt sind, das Leprosorium Muhli käuflich für unsere Gesellschaft zu erwerben. Bisher haben wir dasselbe nur miethweise benutzen können. Die Kaufsumme beträgt 4000 Rbl. und wird in der allernächsten Zeit zur Auszahlung kommen.

Ferner hat unsere Gesellschaft den Beschluss gefasst in der Nähe von Wenden ein Leprosorium, zunächst von 40 Betten für lettische Lepröse zu erbauen und das dazu nöthige Grundstück zu kaufen. Der Bau ist im Frühling dieses Jahres in Angriff genommen worden und schon stehen die steinernen Mauern unter Dach und Fach. Durch die hierdurch verursachten Kosten, sowie durch den Ankauf von Muhli wird das Kapital unserer Gesellschaft zum grössten Theil verbraucht werden. Wenn wir dann nach Vollendung des Baues über 140 Betten zur Verpflegung Aussätziger verfügen werden, so erhebt sich die Frage, woher nun die Mittel zur Erhaltung aller dieser Kranken beschafft werden sollen. Die Zinsen vom Rest unseres Kapitales reichen jedenfalls hierzu nicht aus und auch die jährlichen Zahlungen der Mitglieder sowie die etwa zu erwartenden freiwilligen Beiträge, einschliesslich der ritterschaftlichen Subsidien dürften kaum genügen um die Verpflegung von 140 Leprösen zu decken.

Unsere Gesellschaft hat deshalb die nöthigen Schritte gethan um die Bekämpfung der Lepra in Livland auf eine gesicherte Basis zu stellen. Wenn die Zahl der Leprösen in einer einzelnen Bauergemeinde mehr als 2 oder 3 beträgt, so überschreitet es die financiellen Kräfte der Gemeinde, die Kosten der Verpflegung der Kranken zu bestreiten. Es ist daher wohl unumgänglich nöthig, dass die Verpflegung der Leprösen aus der Kasse der Landesprästanden bestritten wird; nur so kann diese Last von den einzelnen Bauergemeinden abgewälzt und in gerechter Weise auf die ganze Provinz übertragen werden. Die dahin gehenden Wünsche und Vorschläge unserer Gesellschaft haben sowohl beim livländischen Landrathscollegium als auch beim Herrn Gouverneur das freundlichste Entgegenkommen gefunden und so hoffen wir, dass die Sache der Bekämpfung der Lepra in Livland, welche sich bisher lediglich auf die private Initiative unserer Gesellschaft stützte, demnächst zu einer allgemeinen Landesangelegenheit werden wird. Nur wenn die Verpflegung der Leprösen für den einzelnen Kranken und für die betreffenden Bauergemeinden mit keinerlei directen Kosten verbunden ist, lässt sich erwarten, dass eine so grosse Anzahl von Aussätzigen sich in die Leprosorien begeben wird, wie das zu einer erfolgreichen Eindämmung der Seuche unbedingt nöthig ist. Fürs Erste hat uns die Munificenz der livländischen Ritterschaft die Summe von 3000 Rubeln zur Verfügung gestellt, um dadurch die bisher von den Bauergemeinden geleisteten Zahlungen abzulösen.

Was nun die Zahl der von uns verpflegten Kranken betrifft, so wurden nach Muhli und Nennal zusammen im Jahre 1894 neu aufgenommen 45 Kranke. Es starben 10 und wurden entlassen 22, sodass sich zum 1. Januar 1895 73 Aussätzige in unserer Pflege befanden, von denen 54 aus Livland, 14 aus Estland und 5 aus anderen russischen Gouvernements stammen.

Unsere Gesellschaft hat aus allen Kreisen Livlands Kranke aufgenommen und obgleich sich aus der Zahl derselben keine genaueren Schlüsse auf die Verbreitung der Seuche in den einzelnen Bezirken des Landes ziehen lassen, so zeigt sich doch, dass kein Kreis des Landes völlig leprafrei ist und dass die Seuche wenigstens sproradisch überall vorkommt.

Es ist Ihnen bekannt, dass der Aussatz in manchen Gegen den Livlands ganz besonders häufig ist und gleichsam Nester bildet, welche als Ansteckungsherde gefährlich sind. Auf Kosten unserer Gesellschaft haben nun die Herren Lohk und Allik im Lauf der beiden letzten Sommer einzelne dieser Krankheitsherde genauer untersucht und dabei festgestellt, dass die räumliche Ausdehnung derselben keine grosse ist, dass aber die einzelnen Fälle in der Regel recht dicht zusammengehäuft sind. So hat Lohk auf der Insel Oesel gefunden, dass daselbst die Lepra sich auf die Halbinsel Schworbe und den angrenzenden Theil des Kielkond'schen Kirchspiels beschränkt, während die 10 übrigen Kirchspiele der Insel, abgesehen von 2—3 sproradischen Fällen, völlig leprafrei sind. Im Ganzen hat er 50 noch lebende Fälle von Lepra aufgefunden, von denen sich 22 gegenwärtig im Leprosorium Nennal befinden. Herr Allik hat das Saara'sche Kirchspiel und die umliegenden Gemeinden durchsucht und folgendes constatirt: im ganzen Kirchspiel finden sich 52 Lepröse von denen 22 auf die Tiegnitz'sche, 10 auf die Pattenhof'sche, 9 auf die Saarahof'sche, 5 auf die Kurkund'sche, 5 auf die Laiksaar'sche und einer auf die Freihof'sche Gemeinde entfallen. Im benachbarten Gutmannsbach'schen Kirchspiel giebt es nur einen Leprösen, im benachbarten Köppo'schen Kirchspiel nur 2, im benachbarten Hallist'schen Kirchspiel dagegen ist die Lepra wieder ziemlich häufig, doch fehlen darüber noch nähere Daten. Diese enge Umgrenzung der einzelnen Lepraherde hängt offenbar mit den beschränkten Verkehrsverhältnissen der Bevölkerung zusammen. Während Hellat auf Oesel vor 7 Jahren nur 25 Lepröse auffinden konnte, hat Lohk daselbst die doppelte Zahl constatirt und während nach Hellat im Jahre 1878 im Saara'schen Kirchspiel 35 Lepröse vorhanden waren, hat Allik daselbst 52 gefunden. Dasselbe betrübende Resultat wiederholt sich im Tarwast'schen Kirchspiel wo Hellat 24 Lepröse zählte und jetzt nach den Untersuchungen von Lohk und Dr. Pallop allein im Gebiet der Tarwast'schen Bauergemeinde wenigstens 50 Lepröse vorhanden sind. In allen neuerdings wieder untersuchten Leprabezirken hat sich die Krankenzahl ungefähr verdoppelt, und und wenn wir auch zugeben wollen, dass einige Kranke Hellat entgangen sind, so lässt sich doch unmöglich annehmen,

dass er die Hälfte aller damals vorhandener Leprösen übersehen haben sollte. Es geht also aus alledem der betrübende Schluss hervor, dass die Lepra in unserem Lande jedenfalls in der Zunahme begriffen ist und es ist das Verdienst der genannten Herrn hierfür zuerst den zahlenmässigen Beweis erbracht zu haben.

Gewiss würden auch genauere Nachforschungen auch in anderen Gegenden Livlands einen ähnlichen Nothstand ergeben. Für die Stadt Dorpat, von welcher früher angenommen wurde, dass sich in ihr keine Leprösen ausser den in den Kliniken behandelten befinden, haben die Nachforschungen des Dr. Koppel erwiesen, dass in derselben wenigstens 18 Aussätzige wohnhaft sind. Die angeführten Thatsachen genügen, um die Nothwendigkeit einer energisch fortgesetzten Bekämpfung der Seuche zu beweisen.

7. Dr. Meyer-Popen entwirft ein Pendantbild zu dem Referate des Herren Prof. Dehio und schildert in Kurzem die Ausbreitungsverhältnisse der **Lepra in Kurland**: Daselbst sei die Lepra gleichfalls in Inselform verbreitet. Das kurländische Oberland sei frei, der Norden dagegen durchseucht und zwar könne man eine Zunahme der Krankheitsfälle etwa um das doppelte constatiren seit den Untersuchungen des Dr. Hellat.

8. Dr. P. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: **«Topographisches über den Bacillus Leprae»** und demonstrirt diesbezügliche mikroskopische Präparate. («St. Petersburg. med. Wochenschr.» № 47).

Discussion.

a) Prof. Dr. K. Dehio fragt ob Redner Serienschnitte aus seinen Schleimhautpräparaten hergestellt? Solche würden die Frage, wie die bacillären Globi zu deuten sind, — in unwiderleglicher Weise entscheiden können.

b) Dr. P. Bergengrün hält die grosse Anzahl der hier ausliegenden, von ihm angefertigten Präparate für genügend beweiskräftig. Ueberzeugend könne freilich nur die genaue Betrachtung der Präparate wirken, nicht aber die blosse Beschreibung derselben. Im Uebrigen habe Redner die Absicht, auch noch Serienschnitte anzufertigen.

c) Dr. C. E. Russow fragt, ob am leprösen Kehlkopfe makroskopisch ein Oedem nachzuweisen sei, da solches als

Hilfsbeweis für die vom Redner vertretene Auffassung über die Ansiedelung des Leprabacillus in den Lymphräumen, dienen könnte.

d) Dr. P. Bergengrün: Kehlkopfödeme sind bei der Lepra nachzuweisen, doch ist das lepröse Oedem härter als dasjenige anderer Provenienz; es ist nicht das weiche, glasige Oedem wie etwa bei der Tuberculose. Redner spricht sich dahin aus, dass die merkwürdige Formentwickelung bei Lepra der Schleimhäute ausschliesslich auf bacilläre Thrombosirung zurückzuführen sei.

9. Dr. O. Petersen ist am Besuche des Aerztetages verhindert und muss daher sein angekündigter Vortrag: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfeleistung während der Zeit der ersten 4 Jahre seines Bestehens» — fortfallen.

10. Dr. S. Sadikoff-Talsen verliest die von ihm abgefassten und von der auf dem VI. livländischen Aerztetage gewählten Commission (Dr. Sadikoff, Heerwagen, E Fischer) begutachteten und redigirten

Gesichtspunkte für ein Reglement der Schutzpockenimpfung in den russ. Ostseeprovinzen.

§ 1. Der Impfung unterliegt:

a) *) Jedes Kind zu der auf sein Geburtsjahr folgenden Impfsaison (§ 9).

Anmerkung. Kinder, welche aus irgend welchen Ursachen nicht zu obengenannter Zeit geimpft werden, sind in der nächsten Impfsaison zur Impfung zu stellen.

b) Jedes Kind, in der Impfsaison des Jahres, in welchem es 11 Jahre alt wird, so fern es nicht in den 5 letzten Jahren mit Erfolg revaccinirt worden.

§ 2. Jede Gemeinde und jeder Flecken, Hakelwerk u. dgl. bildet einen besonderen Impfbezirk, wobei jedoch Gemeinden unter 500 Seelen sich den benachbarten anschliessen können.

*) § 1. a) Lautet nach Beschluss des VII. livl. Arztetages: «Der Impfung unterliegt: Jedes Kind spätestens in der Impfsaison, die in sein zweites Lebensjahr fällt». (Anmerk. des Secretairen.)

In den Städten können mehrere Impfbezirke je nach Bedürfniss eingerichtet werden.

§ 3. Jeder Impfbezirk ist verpflichtet einen Impfer anzustellen.

§ 4. Nach dem 23. April (Georgi) bis spätestens zum 15. Mai jeden Jahres haben in den Landgemeinden die Gemeinde-Verwaltungen, in den Städten und Flecken etc. die Polizeiverwaltungen durch ihre Organe genaue Listen aller im laufenden Jahre der Vaccination und Revaccination unterliegenden, im Impfbezirke wohnhaften, Kinder zusammenzustellen und den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen einzusenden. In diese Listen sind auch alle im Bezirke befindlichen Kinder einzutragen, welche das im § 1 vorgeschriebene Alter bereits überschritten haben und sich durch kein Zeugniss als bereits geimpft, revaccinirt ausweisen können.

§ 5. Bis zum 1. Februar jeden Jahres haben die Gemeinden, Städte und Flecken der Kreispolizeiverwaltung vorzustellen die Reversale derjenigen Aerzte, resp. Impfer, welche sich verpflichtet haben im laufenden Jahre in den betreffenden Impfbezirken die Impfung auszuführen. Die Kreisverwaltungen stellen dieselben den betreffenden Kreis-, resp. Stadtärzten behufs Revision vor

§ 6. Die Schulvorstände haben bei der Aufnahme von Schülern von denselben die betreffenden Impf- resp. Revaccinationsscheine einzufordern und dafür Sorge zu tragen, das die revaccinationspflichtigen Schüler sich revacciniren lassen.

§ 7. Jährlich, nach dem 15. December, jedoch noch vor Ablauf des Jahres, haben die einzelnen Impfbezirke ihre Impf- und Revaccinations-Journäle (§ 23), welche vom Impfer, Gemeindeältesten und Schreiber, in Städten und Flecken von betreffenden Beamten der Polizei zu unterschreiben sind, den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen, resp. Bauercommissaren einzureichen, welche diese bis zum 15. Januar, nebst den Impflisten (§ 3) dem betreffenden Kreis- resp. Stadtarzte zur Revision zu übergeben haben.

§ 8. Die Kreis- resp. Stadtärzte haben bis zum 1. April die Impfjournäle nebst den von ihnen gemachten Bemerkungen den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen resp. Bauercommissaren zurückzustellen, welche die erforderlichen Massregeln zukünftiger Vermeidung etwaiger Mängel und zur Beahndung der Schuldigen anzuordnen haben.

§ 9. Die Impfungen haben in der Zeit vom 15. Mai bis zum 15. August jeden Jahres an den vom Gemeindevorstand resp. Polizei mit dem Impfer vereinbarten Terminen stattzufinden. Das Local dazu ist vom Impfbezirke zu stellen, muss im Centrum desselben liegen und den Anforderungen der Hygiene entsprechen.

Anmerkung 1. Kinder, welche aus legalen Gründen nicht zu den Terminen haben kommen können, sind jedoch auch zu späterer Zeit im Laufe des Jahres vom Impfer zur Impfung anzunehmen.

Anmerkung 2. Von in den Impflisten eingetragenen Kindern, welche bereits vor der officiellen Impfsaison geimpft sein sollten, sind zum Impftermin nur die betreffenden Zeugnisse vorzustellen.

§ 10. Die Impfbezirksverwaltungen sollen es sich angelegen sein lassen, die Impfung, wenn möglich, nur von Aerzten ausführen zu lassen.

§ 11. Die Medicinalverwaltung erlässt, wann es erforderlich, Instructionen für die Impfenden nach dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft.

§ 12. Die Gemeindeverwaltungen und Organe der Polizei sind verpflichtet, die nach § 3 in die Listen eingetragenen Kinder an den vereinbarten Terminen zur Impfung zu stellen.

§ 13. An den zur Impfung und Besichtigung (§ 15) bestimmten Terminen müssen Abgeordnete der Gemeindeverwaltungen resp. der Polizei zur Wahrung der Ordnung anwesend sein. Ebenso müssen die Listen der zu impfenden Kinder im Locale ausliegen.

§ 14. Diejenigen Eltern, Vormünder, Wirthe und Vorstände, welche der an sie erlassenen Aufforderung zur Stellung der Kinder zur Impfung und der darauffolgenden Besichtigung (§ 15) nicht folgeleisten, werden auf dem Lande nach den für Gemeinden bestehenden Bestimmungen bestraft (z. B. § 24. der kurländischen Gemeinde-Ordnung), in Städten und in den Gemeinden im Wiederholungsfalle sind sie durch die obigen (§ 12) Behörden dem Friedensrichter zur Bestrafung zu übergeben (§ 29 resp. 102 уст. о нак. нам. М. с.)

§ 15. 7 Tage nach der Impfung sind alle Impflinge dem Impfer im bestimmten Impflocale zur Besichtigung vorzu-

stellen, es sei denn, dass sie aus legalen Gründen nicht erscheinen können.

§ 16. *) Die Kinder sind in reinlichem Zustande, womöglich gebadet, zur Impfung zu stellen. Unreinliche sind zurückzuweisen und müssen sich nach einer Woche wieder zur Impfung vorstellen.

§ 17. Schwächliche Kinder oder solche mit Scrophulose, Tuberkulose, Syphilis, Rachitis, oder aber mit einem Ausschlage oder Drüsenanschwellungen behaftete sind nicht zu impfen, sondern fürs nächste Jahr zurückzustellen und ist darüber im Journal zu vermerken.

Eine Ausnahme macht, wenn Pocken am Orte herrschen.

§ 18. **) Lymphe zum Weiterimpfen darf nur von Aerzten abgenommen werden und dann nur von gut entwickelten Pusteln an reinlichen, völlig gesunden Kindern, wobei jedoch wenigstens 2 Pusteln beim Impfling unberührt bleiben müssen.

§ 19. Beim Impfling ist die Impfung an 3—6 Stellen, ca. 1 Centimeter von einander, vertheilt auf einen oder beide Arme, vorzunehmen, die Revaccination jedoch am Besten nur auf dem linken Arme.

§ 20. Die Impfung gilt als gehaftet, wenn zum Wenigsten sich 2 Pusteln gut entwickelt haben.

§ 21***). Sollte die Impfung nicht oder nur ungenügend gehaftet haben, oder die Pustelu sich bei der Besichtigung in ihrer Entwickelung durch Kratzen etc. gestört erweisen, so

*) § 16. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Die Impflinge sind reinlich, gebadet zur Impfung vorzustellen.» (Anmerk. des Secretairen).

**) § 18. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Im Prinzip ist ausschliesslich mit animaler Lymphe zu impfen. Humanisirte Lymphe darf nur unter ärztlicher Controlle und nur in Ausnahmefällen benutzt werden. (Anmerk. des Secretairen).

***) § 21. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Sollte die Impfung nicht oder nur ungenügend gehaftet haben, oder die Pusteln sich bei der Besichtigung in ihrer Entwickelung durch Kratzen etc. gestört, erweisen, so ist der Impfling am Besichtigungstermine abermals zu impfen und nach einer Woche zu besichtigen. Im Falle negativer Impfungserfolge ist mit der 3. Vaccination der Impfverpflichtung Genüge geleistet.» (Anmerk. des Secretairen.)

ist der Impfling am Besichtigungstermine abermals zu impfen und nach einer Woche zu besichtigen. Kinder bei denen auch die zweite Impfung nicht haftet, sind zur Impfung auf das nächste Jahr zurückzustellen und wird darüber der betreffende Schein ausgestellt, (§ 22) und im Journal vermerkt.

§ 22. Für jede Impfung resp. Revaccination werden vom Impfer unter № Scheine ausgestellt, auf welchen angegeben sein müssen: Vor-, Vaters- und Familiennamen, Zugehörigkeit, Datum der Geburt, Wohnort, Tag der Impfung und Besichtigung und ob die Impfung resp. Revaccination gehaftet hat, oder ob der Besichtigte nach den Impfnarben als schon geimpft und deshalb als immun zu betrachten sei, oder ob die Impfung nicht gehaftet und der Besichtigte sich zur nächsten Impfsaison wieder zu stellen habe. Um Verwechselungen zu vermeiden, hätten die einzelnen Arten der Scheine sich durch die Farbe ihres Papiers zu unterscheiden und zwar: für die gehaftete Impfung oder deren Constatirung weisse Scheine; für die Revaccination, ob gehaftet, oder nicht, blaue und für nicht gehaftete Impfung, wenn sich die Besichtigten im nächsten Jahre wiederstellen müssen, rothe Scheine.

§ 23. *) Ueber die Vollziehung der Impfung und Ausstellung der betreffenden Scheine werden in jedem Impfbezirke Schnurbücher geführt, und zwar je 1 für Impfung und Revaccination. In diese Journäle werden auch die Bemerkungen über Nichterscheinen der Geimpften, besonderer Verlauf der Vaccine, Mischinfectionen etc., Art und Herkunft der Lymphe eingetragen.

§ 24. Der Impfer kann für jede Impfung resp. Besichtigung mit Ausstellung eines Scheines 25 Kop. Silber vom Impfbe-

*) § 23. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Ueber die Vollziehung der Impfung und Ausstellung der betreffenden Scheine werden in jedem Impfbezirke Schnurbücher geführt und zwar je 1. für Impfung und Revaccination. In diese Journäle werden auch die Bemerkungen über Nichterscheinen der Geimpften, besonderen Verlauf der Vaccine, Mischinfectionen etc. eingetragen. Den zu führenden Vaccinations und Revaccinationsjournälen ist eine Rubrik beizufügen, die Bemerkungen darüber enthält, welcher Provenienz die bei der letzten Impfung benutzte Lymphe war.» (Anmerk. des Secretairen).

zirk resp. Verwaltung beanspruchen. Die ausserdem zu leistende Vergütung für die Fahrt zu den Impfplätzen, Lymphe etc. beruht auf gegenseitiger Vereinbarung mit den Gemeinden resp. Polizeiverwaltung. Journäle, gedruckte Scheine hat der betreffende Impfbezirk zu stellen.

Anhang.

Massregeln beim Ausbruch von Pocken.

I. Sollte an einem Orte Jemand an den natürlichen Pocken erkrankt sein, so ist von den Personen, welche nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften dazu verpflichtet sind, darüber sofort an die Kreispolizeiverwaltung und Impfer Meldung zu machen, welche Erstere davon dem betreffenden Kreis- resp. Stadtarzt zur Ergreifung der erforderlichen, sanitäts-polizeilichen Massregeln Mittheilung zu machen hat.

II. a) In dem Gesinde, Hofe, resp. Hause der Stadt, in welchem die natürlichen Pocken ausgebrochen, sind sämmtliche Personen, an denen nicht schon in den letzten 5 Jahren die Impfung resp. Revaccination vorgenommen, unverzüglich vom betreffenden Impfer (von sich aus) von Neuem zu impfen. Die Vergütung dafür wie bei § 24.

b) In dem betreffenden Impfbezirke sind darauf sämmtliche Nichtgeimpften der Impfung zu unterziehen, und die der Revaccination Unterliegenden (§ 1) zu revacciniren.

c) Die Polizei hat mit Beihilfe des betreffenden Kreis- resp. Stadtarztes die erforderlichen Massregeln zur Verhinderung der Verbreitung der Krankheit (z. B. Isolirung, Beaufsichtigung der Kranken, Desinfection etc.) zu ergreifen.

d) An dem betreffenden Hause ist an sichtbarer Stelle eine Warnungstafel mit der Aufschrift: «Hier sind natürliche Pocken»! zu befestigen, welche 18 Tage nach der Genesung resp. dem Tode des Kranken und gründlicher Desinfection des Locals entfernt wird.

Discussion:

a) Dr. Ströhmberg: Bevor über das vorliegende Reglement discutirt wird, muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Impfung in Livland bereits geregelt ist und zwar in folgender Weise: die in einer bestimmten Gemeinde geborenen Kinder werden in die Impfbücher eingetragen und obli-

gatorisch geimpft. Die Bücher werden von den Commissären revidirt. Zur Impfung soll ausschliesslich animale Lymphe benutzt werden, die dem Impfer unentgeltlich verabfolgt wird.

b) Dr. Sadikoff erwidert, dass die Impfung nur in den Landgemeinden, nicht aber in den Städten Livlands geregelt sei und in ersteren auch nur, soweit ihm bekannt, durch ein Erlass an die Commissäre.

c) Dr. E. Fischer entgegnet Herrn Dr. Ströhmberg, dass im Jurjewer Kreise, speciell im Theal'schen Kirchspiele von einem bäuerlichen Impfer fast nur mit humanisirter Lymphe geimpft wurde. Bezüglich des bisherigen Modus der Zusammenstellung von Impflisten sei die Commission der Meinung, dass selbiger nicht alle der Impfung zu unterziehenden Kinder umfasse; die Commission erklärt sich daher für Gründung von Impfbezirken, in denen innerhalb einer bestimmten Zeit die Impflisten nach dem derzeitigen impfpflichtigen Kinderbestande anzufertigen sind.

ad § 1. a. und § 4 das «Reglement etc.»:

d) Dr. Meyer-Popen hält den einjährigen Zeitraum zwischen Geburt und Impfung für zu lang; er ist der Ansicht, dass Kinder von 3—4 wöchentlichem Lebensalter bereits der Impfung zu unterziehen sind.

e) Dr. J. Vierhuff-Subbath: Nach der Fassung des § 1 a. wären allerdings die Impfungen, welche bisher im Laufe des ersten Lebensjahres stattfinden, erst im zweiten Lebensjahre vorzunehmen. Zur Vermeidung einer solchen Auffassung müsste im § 1 a. das Wort «Geburtsjahr» durch «Lebenstag» oder «Lebensmonat» ersetzt werden.

f) Dr. Kusmanoff-Rappel proponirt den § 4 so zu fassen, dass in die vom 23. April bis zum 15. Mai anzufertigenden Listen alle noch ungeimpften Kinder eingetragen und sämmtliche in der darauf folgenden Impfsaison d. h. im Laufe desselben Jahres geimpft werden müssen.

g) Dr. J. Sadikoff: Die praktische Durchführung des von Dr. Kusmanoff gemachten Vorschlages würde auf Schwierigkeiten stossen, weil für die Handhabung der Revaccination ein getrenntes Verfahren eingeschlagen werden müsste. Ausserdem würden in die Listen Kinder eingetragen werden, deren Lebensalter, nach der Ansicht Redners, zur Impfung noch nicht qualificiren dürfte.

h) Dr. E. Koch Walk befürwortet die Ansetzung zweier Impftermine im Jahr (Frühling und Herbst). Es wäre die Impfung jedes neugeborenen Kindes nur über einen Impftermin hinauszuschieben gestattet und daraus resultire die relative Sicherheit dafür, dass jedes Kind innerhalb des ersten Lebensjahres geimpft wird.

i) Dr. Truhart macht darauf aufmerksam, dass bisher die Organe der Polizei wenigstens auf dem Lande und in den kleinen Städten dem Bauercommissairen nur die Geburtslisten aus den Registern der evangelisch lutherischen Kirche einliefern, eine geregelte Controlle der den anderen Confessionen angehörigen Kinder daher nicht stattfände.

k) Dr. E. Etzold: Eine Vollständigkeit der Impflisten wäre nur zu erreichen durch obligatorische Anzeigepflicht der Geburten.

l) Prof. K. Dehio fragt an, ob § 1. a. nicht so gefasst werden könnte, dass der Impfzwang sich in der Regel auf Kinder unter einem Jahr beziehe. Aehnliche Bestimmungen fänden sich in allen europäischen Staaten.

m) Dr. R. Heerwagen verwahrt sich gegen die im Laufe der Discussion laut gewordene Auffassung, als werde die Kinderimpfung durch § 1. a. auf das 2. Lebensjahr verlegt; § 1. a. bestimme nur den Termin, an welchem für unterlassene Impfung Straffälligkeit einzutreten hat. Dr. Heerwagen entgegnet ferner H. Prof. Dehio, dass der Termin der Straffälligkeit nach der Fassung des § 1. a. um mehr als ¼ Jahr kürzer sei als dieses in Deutschland der Fall ist.

n) Dr. J. Vierhuff schlägt folgende Fassung des § 1. a. vor: «Jedes Kind unterliegt der Impfung spätestens in der Impfsaison, die in sein zweites Lebensjahr fällt».

α) Es wird beschlossen, dem § 1. a. die von Dr. J. Vierhuff vorgeschlagene Fassung zu geben.

β) Die bisherige Fassung des § 4 wird beibehalten.

ad § 7 das «Reglement etc.».

o) Dr. Ch. Ströhmberg hält die Revision der bereits durch die Commissäre geprüften Bücher seitens der Kreisärzte für überflüssig.

p) Dr. R. Heerwagen hält es für wichtig, dass die Journäle von den Kreisärzten revidirt werden, umso mehr als für die Letzteren die Provenienz der Lymphe von Interesse sein

muss. Auch wäre es wünschenswerth, dass die Journäle nach Möglichkeit von Aerzten geführt werden.

q) Dr. J. Sadikoff befürwortet gleichfalls die Revision der Bücher seitens der Kreisärzte. Nach seinen Erfahrungen beansprucht dieselbe wenig Zeit und Mühe. Den Impfern könne man keine Competenzen einräumen, sie gerade bedürfen der ärztlichen Controlle, da es nicht selten vorkommt, dass Impfer Zeugnisse ausstellen in Fällen, wo die Impfung garnicht anschlug.

r) Dr. Truhart: Bei dem bis dato bestehenden unzureichenden Sanitätswesen dürfte auch nach Einführung der Revision seitens der Kreisärzte — keine consequente Controlle des Impfwesens zu erwarten sein. Die endgiltige Regelung der eben diskutirten Frage müsse daher der Zukunft nach allendlicher Realisirung der Sanitätsreform überlassen werden.

γ) Es wird beschlossen, die Fassung des § 7 beizubehalten.

ad § 16 des «Reglement etc.»:

s) Dr. Ch. Ströhmber schlägt vor, die zur Impfung erschienenen Kinder an Ort und Stelle waschen zu lassen und dann zu impfen.

t) Dr. P. Bergengrün erklärt sich für die Anlage von Badeeinrichtungen im Impflokale.

u) Dr. Kusmanow-Rappel hält eine allgemeinere Fassung des § 16 für zweckmässig, da die Impflinge sehr verschiedene Grade der Sauberkeit resp. Unsauberkeit aufweisen können. Er proponirt daher dem § 16 folgende Fassung zu geben:

«Die Kinder müssen in gesäubertem Zustande zur Impfung erscheinen».

v) Dr. Ch. Ströhmberg betont, dass man den Arm des Impflings kurz vor der Impfung so wie so desinficire.

w) Dr. J. Sadikoff erwidert Herrn Dr. Ströhmberg, dass der desinficirte Arm des Impflings gleich nach der Impfung durch die etwaige schmutzige Wäsche sofort wieder verunreinigt werden könne.

x) Dr. N. v. Stryk schlägt für den § 16 folgende Fassung vor: «Die Impflinge sind reinlich, gebadet zur Impfung vorzustellen».

δ) Es wird beschlossen dem § 16 die von Dr. N. v. Stryk in Vorschlag gebrachte Fassung zu geben.

ad § 18 das «Reglement etc.»:

y) Dr. N. v. Stryk erklärt die Präcisirung der Bedingungen für die Gewinnung und Benutzung der humanisirten Lymphe für überflüssig, da ja zu Beginn des § 18 dem Impfer die Anwendung humanisirter Lymphe verboten werde, der Arzt aber diesbezüglich freie Hand behalten soll.

z) Dr. R. Heerwagen möchte den § 18 erhalten wissen, da er Bezug nehme auf entsprechende Bestimmungen in Kurland.

aa) Dr. Truhart bringt folgende Formulirung des § 18 in Vorschlag: «Im Principe ist ausschliesslich mit animaler Lymphe zu impfen. Humanisirte Lymphe darf nur unter ärztlicher Controlle und nur in Ausnahmefällen benutzt werden».

ε) Die von Dr. Truhart proponirte Fassung des § 18 wird angenommen.

ad § 19 das «Reglement etc.»:

bb) Dr. Truhart empfiehlt aus für den Impfling in Betracht kommenden Bequemlichkeitsgründen die Vaccination auf dem rechten und die Revaccination auf dem linken Arme vorzunehmen.

cc) Dr. N. v. Stryk giebt weder dem rechten noch dem linken Arme den Vorzug, erklärt jedoch die Trennung der Lokalisation für die Vaccination einerseits und Revaccination andererseits — als unwesentlich.

dd) Dr. R. Heerwagen befürwortet und applicirt die Impfung auf beiden Armen, weil die Pusteln (etwa auf 5 Stellen vertheilt) auf einem Arme nicht Platz finden. Nach den in London angestellten Beobachtungen wachse der prophylaktische Werth der Impfung nach Maassgabe der Anzahl zur Entwickelung gelangter Pusteln.

ee) Dr. E. Etzold fragt an, ob einer der Anwesenden beobachtet hat, dass nach erfolgreicher Vaccination die Revaccination angeschlagen habe?

ff) Dr. R. Heerwagen giebt an, wiederholt erlebt zu haben, dass die Revaccination nach erfolgreicher Vaccination anschlug, doch nur bis zum 5. Tage nach dem Impfakte, niemals aber am 7. Tage, wie es von anderen angegeben wird.

ς) Es wird beschlossen den § 19 keiner Abänderung zu unterziehen.

ad § 21 das «Reglement etc.»:

gg) Dr. R. Heerwagen proponirt, den Schluss des § 21 («Kinder, bei denen auch die zweite Impfung nicht haftet, sind zur Impfung auf das nächste Jahr zurückzustellen und wird darüber der betreffende Schein ausgestellt (§ 22) und im Journale vermerkt») durch folgende Fassung zu vereinfachen: «Im Falle negativer Impfungserfolge ist mit der 3. Vaccination der Impfverpflichtung Genüge geleistet».

η) Es wird beschlossen, die von Dr. Heerwagen für den § 21 proponirte Fassung anzunehmen.

ad § 23 das «Reglement etc.»:

hh) Dr. Kusmanoff Rappel schlägt vor, die Provenienz der benutzten Lymphe in einer besonderen Rubrik der Journäle zu vermerken.

ii) Dr. Truhart stellt hierzu folgendes Amandement: Den zu führenden Vaccinations- und Revaccinationsjournälen ist eine Rubrik beizufügen, welche Bemerkungen darüber enthält, welcher Provenienz die bei der letzten Impfung benutzte Lymphe war.

ϑ) Das Amandement des Dr. Truhart wird als Fassung für eine Ergänzung zu § 23 — angenommen.

ad § 24 das «Reglement etc.»:

kk) Dr. Kusmanoff Rappel wünscht der Honorarzahlung weniger enge Schranken gesetzt als § 24 solche fixirt hat und proponirt daher folgende Fassung: «Der Impfer soll für jede Impfung resp. Besichtigung mit Ausstellung eines Scheines als Minimalhonorar 25 Kop. Silber vom Impfbezirke resp. der Stadtverwaltung empfangen.

ll) Dr. Ch. Ströhmberg will die Honorarzahlungen dem Ermessen der Gemeinden anheimgestellt wissen.

mm) Dr. R. Heerwagen: Damit keine unlautere Concurrenz und streberhaftes Unterbot entstehe, muss das Honorar oder ein Minimalhonorar fixirt sein.

nn) Dr. Truhart erkennt die von Dr. Heerwagen angeführte Gefahr hinsichtlich der Impfer an, hinsichtlich der Aerzte jedoch komme sie nicht in Betracht. Daher erklärt sich Redner dafür, dass für die Impfer ein Minimalhonorar fixirt werde, — die Aerzte dagegen unentgeltlich zu impfen haben.

ι) Es wird beschlossen, die Fassung des § 24 beizubehalten.

ad II. a. und b. des «Anhang».

oo) Dr. E. Anders erinnert an die Anschauung, nach welcher die Vaccination während einer Pockenepidemie widerrathen wird.

pp) Dr. R. Heerwagen kann, geleitet durch eigene Erfahrungen und die Kenntnissnahme diesbezüglicher Literatur, die von Dr. Anders erwähnte Anschauung nicht theilen. Jedenfalls besteht bei gleichzeitig vorhandener Vaccine und Variola die Wahrscheinlichkeit, dass die Variola einen leichten Verlauf nimmt.

qq) Dr. J. Sadikoff vertritt den eben von Dr. Heerwagen geäusserten Standpunkt und betont seinerseits, dass die neuere Literatur durchaus zum Impfen bei ausgebrochener Pockenepidemie anräth.

rr) Dr. E. Weiss-Reval hat im Stadt-Krankenhause zu Riga Gelegenheit gehabt, ca. 400 Fälle von Pocken zu beobachten, wobei er sein Augenmerk auch speciell auf eine etwaige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch nach der Infection erfolgte Impfung richtete und hat die Ueberzeugung gewonnen, dass in der That eine Beeinflussung stattfinde und zwar im günstigen Sinne. Ca. 6—7 Fälle, bei denen Pocken und Impfpusteln gleichzeitig bestanden verliefen relativ leicht.

ss) Dr. J. Kusick-Reval: Sich den Ausführungen des Dr. Heerwagen anschliessend theilt Redner aus seiner Praxis mit, dass er vor ca. 3 Jahren in Reval 2 ungeimpfte Knaben von 3 und 5 Jahren in Behandlung nahm, von denen der eine Bruder unter deutlichen Prodromen der Variola erkrankt war und mit dem anderen in einem Bette schlief. Die an dem Letzteren vorgenommene Vaccination war von Erfolg gekrönt und der Knabe blieb von der Variola verschont.

tt) Prof. B. Körber: Da sich bei zu spät ausgeführter Vaccination Vaccine und Variolapusteln bei demselben Individuum gleichzeitig entwickeln können, was dem Arzte resp. Impfer zur Last gelegt werden könnte, — möchte Redner im Anhange des Dr. Sadikoff'schen Elaborates (II a.) den Ausdruck «unverzüglich» durch die Worte «bis zum 4. Tage» ersetzt sehen.

uu) Dr Kusmanoff Rappel empfiehlt eine allgemeine Fassung für die in II a. des «Anhanges» getroffenen lokalen Bestimmungen, es sollte daselbst heissen: «Bei Ausbruch der natürlichen Pocken sind sämmtliche Bewohner des betreffenden Dorfes resp. Gutshofes unverzüglich zu impfen etc.».

vv) Dr. R. Heerwagen macht darauf aufmerksam, dass in Livland Dörfer nicht existiren und schlägt daher die noch allgemeinere Bezeichnung «Impfbezirk» vor, wie sie in II. b. des Anhanges bereits angewendet sei.

ww) Dr. H. Meyer Popen will ganz unbestimmt lassen wie weit die Nachbarschaft bei ausgebrochener Epidemie geimpft werden soll; die Grösse des Umkreises sei abhängig zu machen von den jeweiligen Erfordernissen.

xx) Dr. J. Sadikoff erinnert daran, dass ja nicht allein Aerzte sondern auch Impfer vacciniren, denen man die Entscheidung nicht überlassen könne, wieviel im Umkreise zu impfen sei.

yy) Dr. Meyer-Popen weist den Einwand des Dr. Sadikoff zurück, da kein Impfer ohne ärztlichen Auftrag — item nicht ohne Anweisung der Orte impfen könnne.

z) Es wird beschlossen II a. und b. des Anhanges in unveränderter Fassung beizubehalten.

a) Dr. J. Sadikoff, als Präses der auf dem VI. livländ. Aerztetage behufs Begutachtung und Redaktion des Dr. Sadikoff'schen «Reglement für Schutzpockenimpfung etc.» ernannten Commission — verliest folgenden **Commissionsantrag**: Die Gesellschaft livländischer Aerzte wolle beschliessen:

1) Mit dem eingehend zu motivirenden Gesuche an die Medicinalabtheilung zu gehen, dass Impfung und Revaccination für jeden Bewohner des Gouvernements mit Ausnahme der Stadt Riga obligatorisch werde.

2) Der Medicinalabtheilung davon Mittheilung zu machen, dass die Gesellschaft Livländischer Aerzte ihre Mitwirkung bei der Ausarbeitung diesbezüglicher Verordnungen jederzeit bereitwilligst den zuständigen Organen zur Verfügung stellt.

3) Das Präsidium zu bevollmächtigen, als Delegirte des livländischen Aerztetages bei etwa gewünschter Mitarbeit an der Ausarbeitung eines Impfgesetztes zu fungiren und selbiges zu ersuchen hierbei nach Maassgabe der Möglichkeit den vom Aerztetage gebilligten Gesichtspunkten Geltung zu verschaffen.

4) Den Schwestergesellschaften in Kurland und Estland von diesen Beschlüssen Mittheilung zu machen und hieran das Ersuchen zu knüpfen, dass diese Gesellschaften auch ihrerseits analoge Schritte ergreifen.

J. Sadikoff. Heerwagen. Fischer.

Discussion:

a) Dr. R. Heerwagen lehnt von vorneherein ein etwaiges Ansinnen ab, als beanspruche das vorliegende Reglement die Bedeutung eines Gesetzentwurfes. Es sei mit der Möglichkeit zu rechnen, dass viele in obigem Reglement getroffene Bestimmungen sich als praktisch undurchführbar erweisen aus mancherlei für den Aerztetag unabsehbaren z. B. legislativen Gründen. Ausser dem medicinischen — kämen eben auch andere Ressorts als durchaus maassgebend in Betracht.

b) Dr. Truhart schliesst sich den Ausführungen des Dr. Heerwagen über Wesen und Bedeutung des Dr. Sadikoff'schen Elaborates an und proponirt der Versammlung, über die in Betreff desselben zu ergreifenden Maassnahmen schlüssig zu werden, resp. über den verlesenen Commissionsantrag in Verhandlung zu treten.

α) Es wird beschlossen nach dem Punkt 1. des Commissionsantrages zu verfahren, i. e. mit dem eingehend zu motivirenden Gesuche an die Medicinalabtheilung zu gehen, diese Behörde wolle dafür Sorge tragen, dass Impfung und Revaccination für jeden Bewohner des Gouvernements, mit Ausnahme Riga's, obligatorisch werde.

Auf Antrag des Präses Dr. Truhart wird beschlossen:

β) (cf. Punkt 3 des Commissionsantrages). Das von der Commission redigirte, vom VII. livländischen Aerztetage approbirte und stellenweise veränderte Elaborat Dr. Sadikoff's der Medicinalabtheilung einzuschicken mit dem Gesuche, den durch selbiges geäusserten Gesichtspunkten bei etwaiger Ausarbeitung eines Impfgesetzes nach Maassgabe der Möglichkeit Geltung zu verschaffen.

γ) (cf. Punkt 4 des Commissionsantrages). Mit den ärztlichen Gesellschaften Kurlands und Estlands

in Betreff der Impfungsfrage in Relation zu treten; ihnen das Elaborat Dr. Sadikoff's zuzuschicken und sie über die bisher seitens des livl. Aerztetages diesbezüglich getroffenen Maassnahmen zu instruiren.

δ) Eine Commission zu ernennen, welche mit der endgiltigen Redaktion der «Gesichtspunkte für ein Reglement etc.» und mit der Realisirung der unter α, β und γ gefassten Beschlüsse des Aerztetages beauftragt wird.

ε) Zu Gliedern dieser Commission werden Dr. R. Heerwagen und E. Sokolowski gewählt.

Schluss der 1. Sitzung.

D. Z. Secretair Dr. med. Ernst Sokolowski.

Zweite Sitzung

Donnerstag den 14. September 1895, 4 Uhr Nachmittags.

1. Dr. E. Kiwull hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber das ärztliche Berufsgeheimniss:»

In folgendem erlaube ich mir, dem «Livländischen Aerztetag» ein kurzes Referat über ein Thema zu geben, das in der letzten Zeit, sowohl bei uns in Russland, als auch anderwärts mehr in den Vordergrund des Interesses getreten ist und an dessen Bearbeitung nicht allein Mediciner, sondern auch Juristen thätig gewesen sind. Ich meine das Thema des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Die Arbeiten, auf die ich mich in diesem Referat beziehe, sind medicinische von Petersenn, Berthenson, Plazek und juristische von Koni und Taganzew.

Ich gedenke mich kurz zu fassen und werde die ältere Geschichte dieser Frage nicht weiter berühren, trotzdem dieselbe des Interessanten genug bietet.

Betrachten wir zunächst die einschlägigen Gesetzesbestimmungen der wichtigeren Culturstaaten Westeuropas und vergleichen dieselben dann mit den bestehenden Bestimmungen der russischen Gesetzgebung.

Was Deutschland angeht, so sagt § 300 des Strafgesetzbuches: «Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Vertheidi-

ger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehülfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafen bis zu 1,500 Mark, oder mit Gefängniss bis zu 3 Monaten bestraft.»

Nach § 52 der Strafprocessordnung sind Aerzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist, zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt.

Die französische Gesetzgebung, der code pénal § 378, bestraft Verletzung des Berufsgeheimnisses der Aerzte, Pharmazeuten, Hebammen mit Gefängniss von 1 bis 6 Monaten und einer Geldstrafe von 100 bis 500 Francs.

Die Frage ob der Arzt der Zeugnisspflicht genügen soll, wird seiner eigenen Entscheidung überlassen. — Er kann nicht zur Aussage über ein ihm in Ausübung seines Berufes anvertrautes Geheimniss gezwungen werden.

Und wie streng diese Bestimmungen gehandhabt werden, ersieht man aus einem Factum in der bekannten Affaire des Cornelius Herz im Panama-Skandal. — Die Professoren Brouardel und Delafois waren auf obrigkeitlichen Befehl nach England gesandt worden, um zu constatiren ob C. Herz nach Frankreich gebracht werden könne, um Zeugenaussagen zu machen. Als man jedoch mit der Verlesung des Gutachtens in der Gerichtssitzung begann, legten alle anwesenden Aerzte stürmisch gegen die öffentliche Verlesung Protest ein, und dieselbe musste unterbleiben.

Das österreichische Strafgesetzbuch sagt § 498: «Ein Heil- oder Wundarzt, Geburtshelfer oder eine Wehemutter welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Personen Jemand anderem, als der anfragenden Behörde entdecken, sollen für die Uebertretung das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf 3 Monate, das zweite Mal auf 1 Jahr, das dritte Mal für immer — bestraft werden.»

Das ungarische Strafgesetzbuch sagt § 328: «Oeffentliche Beamte, Advokaten, Wundärzte, Apotheker und Hebammen, welche ein ihnen Kraft ihres Amtes, ihrer Stellung oder ihrer Beschäftigung zur Kenntniss gelangtes, den guten Ruf einer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss ohne begründete Ursache einem dritten offenbaren, begehen

ein Vergehen und werden auf Antrag der verletzten Partei mit Gefängniss bis zu 3 Monaten und an Geld bis zu 1,000 Gulden bestraft.»

Die endgültige Form für Italien (Strafgesetzbuch § 163) sagt: «Wer ohne gegründete Ursache ein Geheimniss offenbart, von welchem er Kraft seines Standes oder Gewerbes Kenntniss erlangt hatte und dessen Offenbarung Schaden stiften kann, wird mit Haft von höchstens einem Monat oder einer Strafe von 50 bis 1,000 Lire bestraft; diese Strafe darf nicht unter 300 Lire betragen, wenn Schaden entstanden ist.»

In England wird die Wahrung des Berufsgeheimnisses nur den Juristen zur Pflicht gemacht. Bestimmungen für Aerzte giebt es auffallender Weise keine.

Recapituliren wir, so finden wir, dass mit Ausnahme der englischen, alle Gesetzgebungen dem Arzte strenges Berufsgeheimniss auflegen und ihn mehr oder weniger streng für die Verletzung desselben bestrafen. Dabei zeichnet sich besonders die Fassung der Bestimmung im österreichischen Strafgesetzbuch durch Schärfe und Klarheit aus, ausserdem noch dadurch, dass nicht zu viel der Interpretation des Richters überlassen wird.

Wenn wir zum Vergleich jetzt die russischen Gesetzesbestimmungen heranziehen, so finden wir directe auf das ärztliche Berufsgeheimniss bezügliche Paragraphen nicht. Nur ganz allgemein gehaltene Bestimmungen finden wir im § 423 des Strafgesetzbuches: «Für Veröffentlichung von Sachen, die geheim gehalten werden sollen etc., unterliegt der Schuldige je nach der Wichtigkeit der Sache und den mehr oder weniger nachtheiligen Folgen, die dadurch entstanden sind, oder hätten entstehen müssen: entweder der Entsetzung vom Amt, oder der Ausschliessung aus dem Dienst, oder aber überdies der Gefängnisshaft auf eine Zeit von 4 bis 8 Monaten»

Ferner § 137 des Friedensrichter-Strafgesetzes nur auf Beamte bezüglich. «Wer eine unter dem Siegel der Verschwiegenheit ihm gemachte Mittheilung oder auf sonst welche ungesetzliche Weise in Erfahrung gebrachtes Geheimniss in der Absicht aussprengt, die Ehre Jemandes zu kränken, unterliegt dem Arrest nicht über 15 Tage oder einer Geldbusse im Betrage von nicht mehr als 50 Rubeln.»

Dagegen haben wir eine grosse Anzahl von Bestimmungen in denen der Arzt vom Gesetz verpflichtet wird, Berufsgeheimnisse zu offenbaren: 1) Vorschriften wider Verbreitung epidemischer und ansteckender Krankheiten (§§ 854 — 858 «Уложеніе о наказаніяхъ») und 2) Pflichtversäumnisse der Aerzte, Accoucheure und Hebammen (§§ 872—880 «Уложеніе о наказаніяхъ»).

Und endlich haben wir noch den Facultätseid oder Hippocratischen Eid: «Quae vero inter curandum, aut etiam medicinam minime faciem in communi hominum vita vel videro, vel audiero, quae in vulgus efferri non decet, ea arcana esse ratus, silebo!»

Von Seiten hervorragender russischer Juristen (Koni-Taganzew) ist die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses mehrfach ventilirt worden. Zunächst stellen sie sich zum Hippocratischen Eide so, dass sie sagen: «er habe nur moralische und keine juristische Bedeutung». — Dieselbe Auffassung finden wir in einer Senatsentscheidung (1887. № 23. Рѣшеніе уголовнаго кассаціоннаго Департамента).

Am schwierigsten gestaltet sich die Frage bei uns, wenn der Arzt Zeugenaussagen vor Gericht machen muss. Denn während fast alle westeuropäischen Gesetzgebungen dem Arzt das Recht zugestehen, Zeugenaussagen zu verweigern, geniessen bei uns dieses Recht nur Geistliche und Juristen. — (§ 704* уставъ уголовнаго судопроизводства.) In der ursprünglichen Fassung dieses Gesetzesparagraphen waren Aerzte auch aufgenommen worden, aber nachher wieder gestrichen, weil: «освобожденіе этихъ лицъ отъ свидѣтельства весьма часто послужило бы важнымъ препятствіемъ къ обнаруженію истины и къ сокрытію ихъ соучастія или пособія въ преступленіи».

In schwierigen Fällen bleibt dem Arzt aber nach unserem Gesetz doch ein Ausweg, denn nach § 722 steht jedem Zeugen das Recht zu, auf an ihn gestellte Fragen nicht zu antworten, die ihn eines Verbrechens beschuldigen.

---

*) § 704. Недопущеніе къ свидѣтельству: священники — въ отношеніи къ признанію сдѣланному имъ на исповѣди.

Присяжные повѣренные и другія лица исполнявшія обязанности защитниковъ подсудимыхъ — въ отношеніи къ признанію сдѣланному имъ довѣрителями во время производства о нихъ дѣлъ.

In den schwierigen Fragen über Syphilis und Ehe ist der Arzt dort, wo sich strenge Vorschriften über die Verletzung des Berufsgeheimnisses finden in einer sehr gedrängten Lage. Folgt er dem edlen Triebe der Menschheit zu nützen und bricht das Berufsgeheimniss, so begeht er eine strafbare Handlung und tritt mit dem Gesetz in Conflict. Und mag man gegebenen Falles die sich in einer solchen Handlung dokumentirende Gesinnung bewundern, — die Handlung bleibt trotzdem strafbar. Auch wenn die Motive noch so ehrenwerthe waren, — es ist und bleibt ein Bruch des anvertrauten Geheimnisses.

Nach russischem Gesetz giebt es, wenigstens nach Ansicht eines so bedeutenden Juristen wie K o n i, eine directe Anzeigepflicht bei Syphilis n i c h t. Uebrigens erscheint mir der bezügliche Gesetzesparagraph sehr verschieden auslegbar. (§ 936, врачебный уставъ XIII. III).

Wir können also schweigen, wenn wir es mit unserem Gewissen verantworten können.

Ich glaube aber, dass wir nicht allein schweigen können, sondern auch schweigen müssen. Denn uns als Aerzten muss in erster Linie der kranke, unglückliche Mensch, der uns sein Vertrauen geschenkt hat — und nicht das Verbrechen vorschweben. — Und ferner muss die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass nach Anzeige aller Fälle von Syphilis, diese Krankheit sich nur noch mehr auf heimlichem Wege ausbreiten könnte und damit an Stelle des beseitigten Uebels ein viel grösseres entstände.

Zur Beurtheilung der ganzen Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses erscheint es zweckmässig zu unterscheiden zwischen Fällen, wo es sich um Geheimnisse handelt, die dem Arzt von seinem Patienten freiwillig mitgetheilt werden und in den Fällen wo der Arzt als Experte auftritt und verschiedenes erfährt. (Lebensversicherungen, Recrutencommission, Eisenbahnverwaltungen, Gerichte). In letzteren Fällen, und ebenso in den Fällen, die direct vom Gesetz vorgesehen sind, dürfen wir, indem wir mit dem Gesetz rechnen müssen, von einer Verletzung des Berufsgeheimnisses nicht sprechen.

Ebenso kann es sich nicht um eine Verletzung des Berufsgeheimnisses handeln, wenn Dinge in Frage kommen, die der

Arzt ausserhalb seines Berufes erfahren, oder deren Enthüllung mit Einwilligung der betreffenden Person geschah.

Ich schliesse! Ich habe die Absicht gehabt, Sie, meine Herren, in kurzen Umrissen mit den einschlägigen Gesetzesbestimmungen bekannt zu machen. So lange übrigens uns das Gesetz noch nicht stricte auf das ärztliche Berufsgeheimniss bezügliche Vorschriften macht, stehe ich nicht an, den alten Hippocratischen Eid mir als Richtschnur zu nehmen. Und dass derselbe wohl den Kern der Sache trifft, erhellt daraus, dass er Jahrhunderte überdauert hat und noch heute in Anerkennung steht.

2. Professor K. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber diaphoretische Curen**» («St. Petersburger medicinische Wochenschrift») und demonstrirt ein nach seinen Angaben construirtes Schwitzbett mit dazugehöriger Heizvorrichtung.

Discussion:

a) Dr. J. Müller-Schujenpahlen erkundigt sich danach, ob Herr Professor Dehio die diaphoretische Behandlung der Oedeme auch der chirurgischen vorziehe. Redner hält die Letztere für ebenso wirksam und nicht wesentlich unbequemer für den Patienten.

b) Professor K. Dehio glaubt über die chirurgische Behandlung der Oedeme mit Incision und Punktion keine massgebenden Erfahrungen zu haben. — In seiner Hospitalklinik, die sich in einem alten Krankenhause befindet, hält Redner die Gefahr des Erysipels für recht gross.

c) Dr. E. Mey theilt mit, dass er in alten Krankenhäusern selten die chirurgische Behandlung der Oedeme gesehen habe und zwar wegen der Infektionsgefahr. In den neueren und neusten Anstalten dagegen, werde sowohl die Incisionsmethode als auch die Troicartbehandlung häufiger geübt und zwar mit gutem Erfolge.

d) Dr. N. von Stryk richtet an den Vortragenden die Frage, ob er bei Chlorose auf das Schwitzbett eine allmälige oder plötzliche Abkühlung folgen lasse?

e) Professor K. Dehio: Bei Chlorotischen habe er nach dem Schwitzen trockene Abreibungen des Körpers mit Frottirtüchern vornehmen lassen, um auf diesem Wege eine gewisse reaktive Contraction der Hautcapillaren zu erzielen.

f) Dr. R. von Engelhardt ersucht den Vortragenden um Auskunft über seine Erfolge in der Anwendung intensiver Diaphorese auf die Uraemie; ihm scheine die Zweckmässigkeit dieser Therapie speciell bei vorhandener Uraemie in Frage gestellt; denn wenn auch zwei Mal soviel Harnstoff ausgeschieden würde als in den Tagen vorher, so spricht doch die enorme Wasserabgabe dafür, dass der Procentsatz retinirter Harnbestandtheile steigt, wodurch eine grössere Gefahr für den Patienten entstehen muss.

g) Professor K. Dehio: Ein Fall von schwerer Uraemie bei acuter Nephritis nahm an der Hand der diaphoretischen Behandlung mit dem Schwitzbette sehr rasch einen günstigen Verlauf. Weitere Erfahrungen ständen dem Vortragenden nicht zur Verfügung.

3. Dr. R. von Engelhardt hält seinen angekündigten Vortrag: **«Darmkatarrh und Darmneurose»** («St. Petersburger medicinische Wochenschrift»).

Discussion:

a) Dr. E. Sokolowski erinnert an die häufig anzutreffende Hyperästhesie und Hyperalgesie nervöser Individuen, deren Berücksichtigung Reserve empfiehlt bei der Beurtheilung solcher Symptome wie die vom Vortragenden erwähnte Schmerzempfindlichkeit beim Druck auf die Aa. iliacae. A priori wäre immerhin mit der Möglichkeit zu rechnen, dass ein an vielen Körperstellen (so auch über den Aa. iliacae) hyperästhetisches Individuum gleichzeitig an einem Darmkatarrh leidet.

Ferner dürfte die nach Vorheransagen (bei dem von Dr. R. von Engelhardt erwähnten Druckexperimente) geäusserte Schmerzempfindlichkeit unter Umständen ihren pathognomonischen Werth einbüssen und zwar durch den Nachweis vorhandener Suggestibilität des Untersuchungsobjektes.

b) Dr. R. von Engelhardt räumt den eben geäusserten Einwänden zwar eine allgemeine Berechtigung ein, betont jedoch, dass dieselben für das von ihm benutzte und diesbezüglich zur Genüge geprüfte Krankenmaterial keine Giltigkeit haben.

c) Dr. Ed. Schwarz tritt für die vom Vortragenden in Betreff der Druckpunkte gemachten Angaben ein; auch ihm

haben sich solche meist als brauchbare differentialdiagnostische Symptome erwiesen. Ferner betont Redner die Wichtigkeit des allgemeinen Bildes, das der Kranke darbietet: Klage ein Patient über Darmsymptome neben vielen anderen Symptomen nervösen Charakters, so sei es von vornherein wahrscheinlich, dass es sich auch um nervöse Darmsymptome handelt, wobei freilich die Möglichkeit nicht auszuschliessen wäre, dass auch ein Nervöser an Darmkatarrh erkranken kann. Somit erwachsen denn der Diagnose oft nicht unerhebliche Schwierigkeiten.

Zum Schluss will Redner nicht versäumen, auf ein Krankheitsbild hinzuweisen, das zu den Darmneurosen zu rechnen sei, dass aber durch seine schlimme Prognose dem Arzte einen schweren Stand biete: Bei jugendlichen Individuen, meist weiblichen Geschlechtes und zwar bei Letzteren mit dem Auftreten der Periode — zeigen sich Darm- oft Magendarmsymptome, die über viele Jahre allen Curen trotzen. Die betreffenden Individuen sind als Degenerirte zu erkennen, deren schwächster Theil Darm und Magen sind.

d) Dr. A. Schabert bestätigt nach eigener Erfahrung die Existenz nächtlicher Durchfälle als Zeichen des Catarrhes. Nur in Bezug auf ihre Deutung neige er zu anderer Ansicht: Redner glaubt, dass die während der Nacht, der Rückenlage und der Bettwärme stattfindende Congestion zu den Unterabsorganen der Grund der gerade nächtlichen Zufälle sind. Er sei zu dieser Ansicht gelangt auf Grund der Beobachtung, dass die Durchfälle während der menstruellen Periode meist Nachts erfolgen.

e) Dr. R. von Engelhardt hebt hervor, die Durchfälle bei Chlorotischen, die zur Zeit der Menstruation auftreten, meist am Tage beobachtet zu haben und möchte dieselben durchaus nicht für catarrhalischer, sondern für neurotischer Natur halten. Die Disposition zum Katarrh mag gewiss während dieser Zeit erhöht sein durch den Afflux des Blutes zu den Unterleibsorganen, aber die Wahrscheinlichkeit spreche für vasomotorische Störungen, die den Durchfall hervorrufen.

f) Dr. Ed. Schwarz: Gegen die Ausführungen des Herrn Dr. Schabert sei zu erwähnen, dass bei sexuellen Erkrankungen Darmsymptome zu den gewöhnlichsten Beobachtungen gehören, dass sie als nervös und nicht als ca

tarrhalisch aufzufassen seien und dass sie nicht nur beim weiblichen, sondern ebenso beim männlichen Geschlechte zu den häufigsten Erscheinungen gehören. Vom aetiologischen Gesichtspunkte seien die Erwägungen des Herrn Dr. Schabert gewiss zu berücksichtigen, doch habe ja Dr. von Engelhardt in seinem Vortrage ausschliesslich die klinisch-diagnostische Seite der eben diskutirten Frage verhandeln wollen.

Dr. A. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag: **«Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane.»** («St. Petersburger medicinische Wochenschrift»).

Discussion:

a) Dr. Zöge von Manteuffel: Wenn der Vortragende die verschiedensten Erkrankungen der Harnorgane durch den Congestionszustand erklärt, so sei dieses ebenso angreifbar als wenn der Temperenzler die sociale Frage, von *seinem* Standpunkte ausgehend, allein durch die Abstinenz lösen will. Es sei ja die Alkoholfrage sicher eine wesentliche und verkenne Redner auch keineswegs die Bedeutung der Congestion, doch müsse einmal hinsichtlich der Gonorrhoeinfektion bemerkt werden, dass hier mehr die Menge des aufgenommenen virus für den Verlauf der Krankheit verantwortlich zu machen sei, als die Congestion; jene hänge direkt vom Kaliber der Harnröhre ab; manche Individuen reiten, saufen etc. mit frischer Gonorrhoe völlig ungestraft und zwar diejenigen, bei welchen sich Enge des orificium und der Harnröhre constatiren lässt.

Ferner könne die plötzliche Entleerung der Blase bei Ischurie für das auftretende Urethralfieber, — namentlich von so deletärem Verlaufe, wie es Vortragender schildere — nicht verantwortlich gemacht werden. Hier seien doch wol stets Keime anzuschuldigen, die zwar nicht nothwendig am Catheter hafteten, wol aber aus der Harnröhre stammen können.

Die von den Franzosen so allgemein angeschuldigte Congestion könne in der Form der venösen Hyperaemie für die hypertrophische Prostata als namentlich secundäres Leiden von Bedeutung werden. Die in solchen Fällen behufs Verhütung der Congestion exekutirte Castration hat sich nicht stets bewährt, ja, hat zum Ausbruche unheilbarer Psychose geführt.

Es sei weder für unsere pathologischen Vorstellungen vortheilhaft, noch für die Therapie fruchtbar, Alles von einem Standpunkte aus zu betrachten.

b) Dr. A. von Bergmann: Es existire in der That eine ganze Anzahl von Beobachtungen, welche beweisen, dass letale Blutungen bei Prostatikern dem Catheterismus gefolgt sind (cf. Assmuth, «St. Petersburger medicinische Wochenschrift).

Die Ausführungen des Herrn Dr. Schabert erscheinen etwas zu spekulativ gefärbt; seine Erklärung des Falles von Diabetes insipidus befriedige nicht. Mit der Diagnose «congestive Blutung» aus den Harnwegen müsse man sehr vorsichtig sein. Nierencarcinome z. B. entwickeln sich sehr langsam. Nach Le Dentu können 5 bis 7 Jahre zwischen erster Blutung und Auftreten eines nachweisbaren Tumors vergehen. Redner ist ein Fall bekannt, in welchem zwischen primärer Blutung und dem exitus an Nierenkrebs 12 Jahre vergangen waren; Anfangs hatte Patient alle Jahre kurz dauernde Blutungen, die nach Bädern schwanden und auf Blasenhämorrhoiden bezogen wurden. Drei Jahre vor dem Tode konnte erst ein Tumor nachgewiesen werden.

c) Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Ausführungen des Vortragenden: es sei durchaus gefährlich, die sich darbietenden Krankheitsbilder von einem einseitigen Standpunkte aus zu beurtheilen und anstatt die einzelnen Thatsachen einer gleichmässigen Beurtheilung zu unterziehen, — einzelne besonders zu betonen. Man gelange bei solchem Verfahren leicht zu falschen Urtheilen und auf das schlüpfrige Feld der Hypothesen, welche letztere nur zu leicht zur Begründung falscher Vorstellungen verführen. Die Erklärung der höchst interessanten Beobachtung, dass der Kranke mit Diabetes insipidus Nachts 16 Mal mehr Urin entleerte als Tags — durch Congestion in den Harnorganen zur Zeit des Schlafes — sei eine durchaus gewagte. Die die Congestion verursachende veränderte Thätigkeit der Vasomotoren im Schlaf, welche vom Vortragenden zur Erklärung herangezogen wurde, sei eine durchaus hypothetische. Zur Entschuldigung der vielleicht scharf erscheinenden Vorwürfe führt Redner an, dass auch andere demselben Fehler verfallen seien, den Vortragender sich habe zu Schulden kommen lassen; so der geistreiche

Prof. Meynert, der von einseitig pathologisch-anatomischem Standpunkte ausgehend sich schon auf den ersten Seiten seiner letzten Arbeit im Hypothesenstrudel befinde trotzdem er in der Vorrede erklärt, sich jeglicher Hypothesen enthalten zu wollen.

d) Dr. A. Schabert: Soweit die Ausführungen der Herren Zöge v. Manteuffel und Ed. Schwarz die Frage der Hypothese und ihrer Berechtigung in der Wissenschaft ganz im Allgemeinen betreffen, möchte Redner erwidern, dass es nur ein Missverständniss sein könne, wenn als Grundlage seines Vortrages die Hypothese angenommen werde. Die Grundlage seines Vortrages bilden die am Krankenbette gemachten Beobachtungen; der Vortrag sei daher rein praktischer Natur und sein Zweck auch ein rein praktischer, nämlich, die Darlegung einer Anzahl therapeutischer, hygienischer und prophylaktischer Massregeln in Rücksicht auf jene Beobachtungen. Es könne natürlich nicht befriedigen, Beobachtungen zu sammeln, sondern man müsse auch deren wesentliche Gründe festzustellen suchen. Die französiche Schule der Urologen, an ihrer Spitze Guyon, habe nun seit Jahren mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass wir in der Congestion der Harnorgane — auf welchem Wege sie auch ausgelöst sein mag — ein bedeutsames Moment von pathogenetischer Dignität zu erblicken haben. Prüft man eine grosse Zahl unsrer bereits bestehenden und allseitig anerkannten therapeutischen und hygienischen Maassregeln, welche auf dem Gebiete der Urogenitalkrankheiten zur Anwendung gelangen, so wird man constatiren müssen, dass die Empirie schon seit langem den Weg betreten hat, den die Theorie erst später aufzusuchen sich bestrebt. Die Praxis habe sich schon lange für die Berücksichtigung der Congestion auf therapeutischem Gebiete und im Sinne ihrer Vermeidung entschieden.

Gegenüber den speciellen Ausführungen des Herren Dr. Zöge v. Manteuffel müsse Redner auf seinem Standpunkte verharren. Die tägliche Erfahrung beweise ein für alle Mal, dass die Propagation des gonorrhoischen Processes von allen den Momenten begünstigt wird, welche Congestionen erzeugen. Dem gegenüber sei es vollständig müssig, sich irgend welchen Vorstellungen über den Zusammenhang von der Menge des aufgenommenen virus d. h. der numerischen Stärke

der Gonococcen und dem Verlaufe der Krankheit hinzugeben. Solche Erwägung liege ganz ausserhalb der Möglichkeit des Beweises.

Auch gegenüber der Negirung des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel, dass plötzliche Entleerungen noch Harnverhaltung die geschilderten Folgen haben können (natürlich nicht haben müssen) — weist Redner auf das einschlägige publicirte Material hin. Das bacteriologische Moment allein, d. h. reine Katheter vorausgesetzt, der Import von Harnröhrenbakterien in die Blase, — könne zur Erklärung der der Entleerung folgenden Cystopyelitis nicht genügen. Man sei gezwungen, an ein weiteres begünstigendes Moment zu denken. In Uebereinstimmung mit Anderen sehe Redner selbiges in der durch die Harnverhaltung an sich hervorgerufenen Congestionirung des ganzen Systemes, der Blase und der Nieren und in der der Entleerung folgenden, daher sich noch addirenden Hyperämia ex vacuo. Den Umfang und die Bedeutung der letzteren habe Herr Dr. v. Bergmann durch sein Beispiel von letaler Blutung nach Katheterismus zur Genüge illustrirt.

e) Dr. N. v. Stryk: Speciell die Cystitis der Frauen sei nicht zu ausschliesslich als sekundäre Erkrankung bei Genitalleiden aufzufassen: ein sehr grosser Theil sei infektiöser Natur, ein anderer werde bei sonst gesunden Frauen beobachtet.

f) Dr. A. v. Bergmann: Die von Dr. Schabert gezogene Parallele zwischen callöser Striktur und Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut sei wohl dahin zurechtzustellen, dass Dr. Schabert nicht die callöse Striktur sondern die Schwellungsstriktur der Harnröhre gemeint hat. Dass die mechanische Erklärung der Störungen bei Prostatahypertrophie nicht von der Hand zu weisen sei, beweisen die günstigen Erfolge, welche erzielt worden sind sobald der hypertrophische mittlere Prostatalappen entfernt wurde. Dass die Erfolge der Castration bei Prostatahypertrophie durch Elimination congestiver Zustände zu erklären sei, erscheine nicht plausibel, da es sich in den einschlägigen Fällen um alte Individuen, oft mit Hodenatrophie handelt, bei denen von Congestion wohl nicht mehr die Rede sein dürfte.

g) Dr. A. Schabert: Die von Dr. v. Bergmann berührte Parallele bezog sich in der That nur auf den Vorgang

der Schwellung. Anatomisch seien die erwähnten Processe ja nicht zu vergleichen.

In Bezug auf die Art der Wirkung der Castration auf die Prostatahypertrophie möge man sich noch verschiedene Vorstellungen machen; doch könne es nicht geleugnet werden, dass gerade bei letzgenannter Erkrankung die Congestion eine wichtige Rolle spielt, was durch das alte Beispiel der Wiederkehr längst verschwundener Erektionen illustrirt werde. Auch die Angaben der Operateure, dass schon nach kurzer Zeit oft nach wenigen Tagen post operationem ein Rückgang der Symptome z. B. des erschwerten Harnens zu constatiren sei, liesse darauf schliessen, dass es sich nicht um den Rückgang im Sinne einer Atrophie sondern im Sinne der Abschwellung eines congestionirten Organes handele.

h) Dr. Zöge v. Manteuffel bemerkt Herrn Dr. v. Bergmann gegenüber, dass er sich nur gegen die Auffassung ausgesprochen habe, als habe die plötzliche Entleerung der Blase an sich — durch Congestion zum Urethralfieber geführt. Die Frage der Blutungen habe Redner nur indirekt gestreift.

Dem Vortragenden gegenüber wolle Redner noch erwähnen, dass ihm die Anschauungen der französchen Schule wohl bekannt seien und er mit Genugthuung constatiren könne, dass Vortragender die von Seiten Redners erhobenen Einwände an die richtige Adresse habe gelangen lassen, — nämlich nach Frankreich.

i) Prof. K. Dehio: Wie in letzter Zeit gegenüber der bakteriellen Infektion die Bedeutung der Disposition für die Genese der Infektionskrankheiten in den Vordergrund gestellt wird. so scheint auch Herr Dr. Schabert in der Pathologie der Urogenitalkrankheiten die Bedeutung der Congestion gegenüber der Wirksamkeit pathogener Mikroorganismen stärker als bisher üblich betonen zu wollen. Gewiss steckt darin ein richtiges Moment. Allein es kommt sehr darauf an, die Congestion nicht zu überschätzen. Es scheint, dass die Congestion immer nur ein disponirendes Moment zur Entstehung oder zur weiteren Ausdehnung der entzündlichen gonorrhoischen und tuberculösen Processe abgeben kann und habe vielleicht Dr. Schabert auch nichts anderes sagen wollen. Dann aber wäre wohl zu wünschen, dass diese Bedeutung der Congestion präcise zum Ausdrucke gebracht wird. Man dürfe nie

sagen, die Congestion bewirke eine weitere Ausdehnung des Krankheitsprocesses sondern man werde nur behaupten können, dass die Congestion für die Entwicklung der pathogenen Mikroorganismen den günstigen Nährboden schaffe und so die Entstehung resp. die weitere Ausdehnung des parasitären Krankheitsprocesses begünstige.

k) Dr. J. Vierhuff: Nachdem sich so viele Stimmen gegen die Congestion in der Aetiologie der Urogenitalkrankheiten ausgesprochen haben, möchte Redner einen Fall referiren, in welchem die Congestion als Ursache einer Nierenblutung angesehen werden müsse: Eine junge, etwas anämische Frau, gravid im sechsten Monate, erkrankte plötzlich an Nierenblutung. Es bestand Schmerzhaftigkeit in der einen Nierengegend und im entsprechenden Urether; kein Albumin im Harn. Die Blutung kam unter Morphium, Eisbeutel etc. bald zum Stillstande, e erfolgte keine Frühgeburt. Die Blutung hat sich nicht wiederholt.

5. Dr. W. Greiffenhagen hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ein Beitrag zur Heilbarkeit der Blasentuberkulose»**. (wird anderweitig veröffentlicht).

6. Dr. E. Mey hält seinen angekündigten Vortrag: **«Die Rhachitis im Säuglingsalter»**.

Vortragender hat an 1000 ein- und zweijährigen Kindern der Arbeiterbevölkerung Riga's auf den Impfstationen Untersuchungen über das Vorkommen der englischen Krankheit angestellt, wobei es sich erwies, dass 86% aller untersuchten Kinder mehr oder weniger die Zeichen der Rhachitis darboten.

Nach genauer Feststellung der Ernährungs- und der Wohnungsverhältnisse dieser Bevölkerungsschicht ist Redner zu dem Schluss gekommen, hauptsächlich in Folge der auffallenden Abnahme der Intensität der Rhachitis im Spätsommer dass in erster Linie der lange Aufenthalt der Säuglinge während der rauhen Jahreszeit in den überfüllten Wohnräumen, wo sie 7—8 Monate des Jahres von der Aussenluft und dem Sonnenlicht abgeschlossen sind, das massenhafte Auftreten der in Rede stehenden Entwickelungsanomalie erklärt. Die Ernährung spielt dabei erst in zweiter Linie eine Rolle.

(Der Vortrag wird im nächsten Jahre in extenso in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden).

Discussion:

a) Dr. E. Anders wendet dem Herrn Vortragenden ein, dass die von ihm beschuldigten hygienischen Bedingungen und der von ihm besonders urgirte Luftmangel nur ein ätiologisches Moment bilden könne gegenüber dem so frequenten Vorkommen der Rhachitis unter den allergünstigsten Verhältnissen, wo für alle hygieinischen Momente gesorgt ist. Hier käme besonders Heredität: Lues und Phthise der Eltern in Betracht, — Erkrankungen der Kinder an Diarrhöen, Bronchialaffectionen, Brechdurchfällen und acuten Exanthemen, in erster Linie Masern. Es würde zu weit führen, wollte man darüber in Discussion treten, ob die Rhachitis intrauterinen Ursprungs oder aber als Stoffwechselerkrankung des frühen resp. frühesten Lebensalters aufzufassen sei. — Gegenüber dem gar zu starken Betonen des Ventilationsmangels führt Redner an, dass im 2. Lebensjahre das Kind unverhältnissmässig häufiger an die Luft gebracht werde als im ersten und doch dem 2. Lebensjahre gehöre gerade die floride Entwicklung der Rhachitis an.

Die grosse Frequenz der Craniotabes am Orte der vom Vortragenden angestellten Beobachtungen stehe in befremdendem Verhältnisse zu dem relativ seltenen Vorkommen derselben in der Residenz. Daselbst könne man bei den nur etwas entwickelteren Formen der Rhachitis viel häufiger die Affectionen der Wirbelsäule nachweisen.

b) Dr. E. Mey erwidert Herrn Dr. Anders, dass die Anfänge jeder Rhachitis, die im zweiten Lebensjahre zur Beobachtung gelangt, in das Säuglingsalter verlegt werden müssen. Tuberculose und Lues spielen in der Aetiologie der Rhachitis als allgemeine, den Organismus schädigende Momente gewiss eine Rolle, in erster Linie sei jedoch nach Redners Ansicht als Causalmoment die 7–8 Monate währende Entbehrung der Aussenluft und des Sonnenlichtes anzusehen.

Bezüglich des beobachteten Auftretens der Rhachitis im Anschluss an acute Krankheiten hält Redner es für wahrscheinlicher, dass die schon seit längerer Zeit bestehende Rhachitis erst während der acuten Krankheit diagnosticirt werde.

c) Dr. A. v. Bergmann: Es bestehe ein auffallender Gegensatz zwischen dem geringen Contingent rhachitiskranker

Kinder in der chirurg. Ambulanz des Rigaschen Stadtkrankenhauses und den Zahlen, die Herr Dr. Mey gefunden. Es wäre erforderlich, die Symptome procentualisch geordnet zu sehen, auf die hin Dr. Mey die Diagnose ‹Rhachitis› gestellt. Die intensive Beschäftigung mit einem gegebenen Thema verführe leicht zum Fanatismus. Ewald z. B. habe einen Procentsatz für die Wanderniere gefunden, wie er Anderen nie zugänglich ward. Herr Dr. Mey würde sich einen solchen Vorwurf ersparen durch procentualische Ordnung der seine Diagnose begründenden Symptome.

d) Prof. K. Dehio betont, dass die Craniotabes nicht mit der einfachen Nachgiebigkeit der Knochen des Hinterhauptes verwechselt werden dürfe, die durch das Offenstehen der Fontanellen und der Suturen im ersten Halbjahre des Lebens bedingt wird.

In Dorpat, wo die Rhachitis entschieden seltener sei als in St. Petersburg, scheinen die Kinder der Hebräer häufiger an Rhachitis zu erkranken als die der Esten und Deutschen.

e) Dr. E. Mey: Gegen die Erwägung des Herrn Professor Dehio sei anzuführen, dass von den meisten Autoren jede auch noch so geringe Nachgiebigkeit der Schädelknochen als pathologisch, als ein Ausdruck der rhachitischen Erkrankung aufgefasst werden müsse. Auf dem Magdeburger Congresse im Jahre 1884 ist im Anschlusse an einen Vortrag von Bohn diese Frage in positivem Sinne beantwortet worden.

Vortragender fasst die permanente Einwirkung der Aussenluft und des Sonnenlichtes als die hauptsächlichsten Bedingungen auch für die Verhütung des Zustandekommens der Rhachitis an einem in gesundem Zustande geborenen und von gesunden Eltern stammenden Kinde Da die Erfüllung dieser Bedingungen bei unserem Klima nicht möglich sei, so werde eben die normale Entwickelung der Säuglinge beeinträchtigt, i. e. durch die mangelhafte Oxydirung des Blutes behindert.

f) Dr. C. Deubner hält die Rhachitis für sehr verbreitet in den unteren Klassen der Rigaschen Bevölkerung mit Bevorzugung der jüdischen Race, doch hält er gegenüber dem grossen Zahlenmateriale des Herrn Dr. Mey für angezeigt, festzustellen, ob der Craniotabes in der That die Bedeutung eines ersten Frühsymptomes der Rhachitis beizumessen sei, wie Dr. Mey es hervorhob.

Herrn Dr. Anders erwidert Redner, dass er in Uebereinstimmung mit Herrn Dr. Mey die Rhachitis im ersten Lebensjahre für sehr verbreitet halte und der Meinung sei, dass alle Kinder, welche im 2. Lebensjahre Zeichen der Rhachitis aufweisen, schon im ersten Lebensjahre von der Krankheit ergriffen waren.

g) Dr. H. Truhart berichtet aus seiner gerichtlichen Praxis folgenden Fall: Ein uneheliches Kind war von der Mutter getödtet worden. Die bei Gelegenheit der Obduktion vorgenommene Untersuchung erwies: rhachitische Erkrankung der Epiphysen und Craniotabes in hohem Grade. Der citirte Fall erbringe den Beweis, dass die Rhachitis, wie im Speciellen die Craniotabes als deren Symptom — angeboren vorkommen.

Schluss der II. Sitzung.

D. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Dritte Sitzung.

Freitag, den 15. Sept. 1895, 9 Uhr Vormittags.

1. Dr. P. Bergengrün demonstrirt seinen in der I. Sitzung gehaltenen Vortrag erläuternde mikroskopische Präparate und Zeichnungen.

2. Dr. E. Anders macht die Versammlung im voraus mit einer Collection von orthopädischen aus Filz hergestellten Apparaten bekannt, deren therapeutische Verwerthung auf der VI. Sitzung in dem von Dr. Anders angekündigten Vortrage zur Sprache kommen soll. (cf. Programm: VI. Sitzung 1. c.).

3. Dr. A. Treu giebt ein **Referat über den Bestand seines jüngst in Lindheim gegründeten Sanatoriums für Lungenkranke:**

Meine Herren Collegen! Wie Ihnen, soweit Sie Leser der «St. Petersb. med. Wochenschrift» sind, bekannt sein wird, habe ich seit dem Mai dieses Jahres eine private Pension für Lungenkranke errichtet. Dieses mein Unternehmen ist insofern eine Frucht des Livl. Aerztetages, als der im vorigen Jahre von Herrn Prof. Dehio vor der Gesellschaft livl. Aerzte gehaltene Vortrag «zur Therapie der Phthise» einen meinerseits

schon seit Jahr und Tag gehegten Plan zur Reife gebracht hat. Daher gestatte ich mir, die mir von unserm Herrn Präsidenten liebenswürdigst gebotene Gelegenheit zu ergreifen und Ihnen, meine Herrn, mit einigen Worten über die bisherige Entwicklung meiner im Entstehen begriffenen Anstalt zu berichten.

Was die Lage und die sonstigen localen Verhältnisse, sowie die Aufnahmebedingungen betrifft, brauche ich keine Worte zu verlieren; ich verweise in dieser Beziehung auf meine Bekanntmachungen in der «St. Petersb. med. Wochenschrift» (Nr. 12 und Nr. 34). Ich will Ihnen in Folgendem blos ein ungefähres Bild von der bisher naturgemäss recht bescheidenen Frequenz und der von mir geübten Behandlung entwerfen.

Ausser einer Anzahl gesunder oder blos erholungsbedürftiger Sommerfrischler habe ich bisher 5 Patienten mit nachgewiesener Lungentuberkulose bei mir aufgenommen. In 2 von diesen Fällen handelte es sich um alte, ganz chronisch und fieberfrei verlaufende Processe. In beiden Fällen war demnach der Erfolg der Cur ein günstiger. Der eine von den letztgenannten Patienten verliess Lindheim nach einmonatlichem Aufenthalte daselbst mit einer Körpergewichtszunahme von 5¼ Pfd., der andere hatte sein auf 114 Pfd. herabgesunkenes Körpergewicht nach monatlicher Cur auf 126 Pfd. gebracht.

Anders verhält es sich mit 2 Fällen von kürzlich ausgebrochener Phthise. In beiden Fällen handelte es sich um junge (19 resp. 20 jährige), im höchsten Grade erethisch veranlagte Naturen, die mit mehr oder weniger hohen Abendtemperaturen zu mir kamen und während der ganzen Beobachtungszeit in charakteristischer Weise gefiebert haben. Der eine von diesen Fällen betrifft ein junges Mädchen aus Kurland, welches nach 2 monatlichem Aufenthalte in Lindheim mit einer Körpergewichtsabnahme von beinahe 10 Pfd. und einer nachweisbaren Verschlimmerung des objectiven Lungenbefundes aus pekuniären Gründen entlassen werden musste. Der zweite erethische Patient ist ein junger Mann aus Riga, der schon am ersten Mai bei mir eintraf und, abgesehen von einem 14-tägigen Aufenthalte bei den Angehörigen am Strande und in Riga, die ganze Zeit seitdem bei mir verbracht hat. Diesen sehr interessanten Kranken werde ich Gelegenheit haben, den ganzen Winter über zu beobachten. Bisher ist er keinen Tag ganz fieberfrei

gewesen und hat dementsprechend seit seiner Aufnahme circa 17 Pfd. an Körpergewicht eingebüsst. Subjectiv fühlten sich die beiden letzterwähnten Kranken trotz des ungünstigen Krankheitsverlaufes meist ausgezeichnet.

Der 5. Fall betrifft eine junge Frau (24 a. n.) aus St. Petersburg, die im Juni dieses Jahres zu husten begann; Anfang August constatirte Dr. W. daselbst den folgenden Status: «Dämpfung über beiden Lungenspitzen, bronchiales Athmen mit vereinzelten klingenden Rasselgeräuschen. Im September Tuberkelbacillen in reichlicher Menge. Leicht febrile Abendtemperaturen». Pat. langte am 30. August Nachmittags in Begleitung des Mannes in Lindheim an.

Bei der Untersuchung am 31. August fand ich den von Dr. W. mitgetheilten Status, nur konnte ich keine klingenden Rasselgeräusche entdecken. Das Körpergewicht, welches vor einigen Wochen in St. Petersburg 128 Pfd. betragen haben soll, betrug am 31. August 131½ Pfd., am 5. September 132 Pfd. und am 12. September 135½ Pfd. Die Temperatur, welche Anfangs Abends bis 37,6 (einmal bis 38,5) stieg, ist seit dem 6. September so gut wie normal. Viel weniger Husten, weniger Auswurf, welch letzterer häufig Blutbeimengungen enthielt. Diesen Fall habe ich Ihnen, meine Herren, trotz der kurzen Beobachtungszeit ausführlicher mitgetheilt, weil er klar beweist, dass die weite Fahrt per Axe von Werro bis Lindheim — als solche bei der nöthigen Vorsicht den Krankheitsprocess in keiner Weise ungünstig beeinflusst, dass somit der häufigste Vorwurf, welcher von ärztlicher Seite meiner Anstalt gemacht worden ist, — die weite Entfernung von der Eisenbahn — hinfällig wird. Was die Behandlung betrifft, so sind die Hauptfactoren derselben — gute Luft und gute und reichliche Ernährung — durch die localen und wirthschaftlichen Verhältnisse in Lindheim gegeben. Die Lebensweise ist geregelt. Morgens im Bette trinken die Kranken gewöhnlich heisse Milch mit Selters und etwas Soda. Darauf wird der ganze Körper mit kühlem Wasser abgerieben, vorausgesetzt, dass die Morgentemperatur unter 37,5 ist. Nachher wird ein kühles Fussbad genommen und dann aufgestanden. Das Hauptgewicht lege ich aber auf sorgfältigste Unschädlichmachung des bacillenhaltigen Sputums. In letzterem erblicke ich eine eminente Gefahr — weniger für die Umgebung des

Kranken als vielmehr für den Patienten selbst. Ich bin nämlich überzeugt, dass die so häufige und dann stets verhängnissvolle Complication der Lungentuberculose mit gewissen Verdauungsstörungen mit dem von den meisten Menschen gewohnheitsmässig betriebenen Verschlucken des Sputums in causalem Zusammenhange steht. Das Erste, was ich meinen Patienten — auch in der Ambulanz — einschärfe ist daher: «Nur ja niemals den Auswurf verschlucken oder an einem Orte deponiren, wo er eintrocknen könnte». Um diese Vorschrift strikte erfüllen zu können, ist ein beständiges Beisichtragen des Dettweilerschen Taschenfläschchens für Hustende unerlässlich. Ohne diesen Apparat wird jeder Patient häufig in die Lage kommen, besonders wenn er in Gesellschaft anderer Personen einen Hustenanfall bekommt, sein Sputum entweder zu verschlucken, oder ins Taschentuch oder aber auf die Diele zu deponiren, wobei oft auch noch ein Uebriges gethan wird, indem man das Sputum mit der Stiefelsohle recht schön verreibt. Nur durch consequente Erziehung und bei beständiger Anwesenheit des Taschenfläschchens lässt sich diese gefährliche Unsitte abstellen. Kreosot wende ich nur bei fiebernden Patienten an, dann aber consequent und in grossen Dosen (15—20 Tropfen pro dosi).

Discussion.

a) Dr. L. Meyer — Wenden wendet sich an Herrn Dr. Treu mit der Anfrage, ob er in seiner Praxis eine schädliche Wirkung des Kreosots auf den Darmtract habe beobachten können? Redner habe die Erfahrung gemacht, dass das Mittel Anfangs vertragen werde, später aber einen Catarrhus intestinalis verursache. Die neueren Mittel Kreosotal und Guajacol. carbon. seien nach Redners Beobachtungen ganz unschädlich für den Darm und zeigen gute Erfolge.

b) Dr. A. Treu habe bei jahrelangem consequentem Gebrauche des reinen Kreosot niemals eine nennenswerthe Störung der Magen-Darmfunctionen, die durch das Kreosot bedingt wurden, gesehen. Redner finde daher keinen Grund, von dem reinen Kreosot abzugehen, da es unzweifelhaft in manchen Fällen entschieden günstig wirkte.

c) Dr. C. Deubner erwähnt, dass reines Creosot von allen Präparaten auch ihm das beste zu sein scheine. In der

tuberculösen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zu Riga habe er seit 8 Jahren die Gelegenheit, in geeigneten Fällen das Creosot und seine Surrogate anzuwenden und gebe er dem reinen Creosot entschieden den Vorzug. Auch das jüngst empfohlene Nutrincreosot scheine ihm, soweit bis jetzt zu entscheiden, keinen Vorzug vor dem Creosot zu haben.

4. Der Präses Dr. Truhart begrüsst im Namen der Gesellschaft livl. Aerzte den eben in der Sitzung erschienenen Medicinalinspector, Herrn Dr. med. V. J. Aristow.

5. **Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis in Livland:** (das Präsidium für diesen Theil der Tagesordnung übernimmt der örtl. Kreisarzt Dr. P. Gaehtgens).

I. Dr. H. Truhart giebt der Versammlung ein kurzes Referat der bisherigen Beschlüsse der livl. Aerztetage und der auf letzteren gewählten Specialcommissionen betreffend die Frage der Bekämpfung der Lues.

II. Dr. H. Truhart verliest das mittelst Schreiben der livl. Medicinalabtheilung vom 8. August dieses Jahres sub № 1885 ihm als Präses der «Gesellschaft livl. Aerzte» behufs Berathung auf dem Aerztetage übersandte Programm eines im November 1896 in St. Petersburg abzuhaltenden Congresses, welchem die Aufgabe gestellt werden soll, einen allgemeinen Plan für den Kampf gegen die Syphilis in ganz Russland auszuarbeiten.

Die Berathung und Discussion über diesen letzteren Punkt der Tagesordnung wird auf den Schluss der Sitzung verlegt, da die Versammlung zuvor von dem vorzulegenden Commissionsbericht bezüglich der Bekämpfung der Syphilis speciell in Livland Kenntniss zu nehmen und über denselben in Verhandlung zu treten wünscht.

III. Dr. H. Truhart verliest als Präses der auf dem VI. livl. Aerztetage gewählten «Commission zur Berathung über die behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland zu ergreifenden Massnahmen» folgendes Elaborat der Commission.

Commissionsbericht.

Die Commission bestand aus folgenden Gliedern: Dr. H. Truhart (Präses), W. v. Zoege-Manteuffel, R. Heerwagen C. Ströhmberg und Sokolowsky, welch letzterer an die Stelle des auf dem Aerztetage gewählten,

jedoch an der Theilnahme der Sitzung behinderten Dr. A. v. Bergmann getreten war.

Als Directive der Verhandlungen über den auszuarbeitenden Entwurf dienten der Commission folgende dem VI. livländischen Aerztetage unterbreitete und mit einzelnen Amendements nach stattgehabter Discussion angenommene Gesichtspunkte:

1) Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe.
2) Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter.
3) Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostitution.
4) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern.
5) Aerztliche Besichtigung aller, speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten.
6) Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten.
7) Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studenten-Vereine.
8) Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen.
9) Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitischer.
10) Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker.
11) Bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte.

Unter Berücksichtigung der auf dem VI. Aerztetage gestellten und von der Versammlung acceptirten Amendements, sowie unter Zugrundelegung der von Dr. Ch. Ströhmberg für die Commission zusammengestellten Gesetzesparagraphen gelangte letztere zu folgenden Beschlüssen

Punkt 1 der Directive lautet: «Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe».

1. (ad p. 1.) Vaccination ist ausschliesslich mit animaler Lymphe vorzunehmen. Ausnahme sind nur unter Controlle seitens der competenten Aerzte zulässig.

conf. T. XIII. Уставъ медицинск. Полиціи vom Jahre 1892: § 764: «Den durch § 763 zum Impfen qualificirten Personen wird das Impfen gestattet, jedoch nicht anders als unter Aufsicht der Kreisärzte und nur mit Lymphe, welche sie von den letzteren erhalten».

Ibidem § 767 bestimmt die Controlle über die Impfer in den Städten seitens der Stadtärzte.

Punkt 2 der Directive: «Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter».

2. (ad p. 2.) Der Aerztetag geht an die Medicinalabtheilung mit dem Gesuch, Ammen ohne ärztliches Gesundheitszeugniss nicht anstellen lassen zu wollen; desgleichen dafür Sorge zu tragen, dass zur Ernährung syphilitischer Säuglinge keine oder nur syphilitische Ammen angestellt werden. Gleichzeitig wird den Aerzten die sanitäre Controlle der Ammen ans Herz gelegt mit dem Ersuchen event. Uebertretungen des § 739 (Уставъ медицинск. Полиціи) gesetzlich verfolgen zu lassen.

conf. T. XIII Уставъ мед. Полиціи § 739 vom Jahre 1892: «Frauen, die mit ansteckenden oder anderen schädlichen Krankheiten behaftet sind, ist es verboten als Ammen oder Kinderwärterinnen in den Dienst zu treten, indem sie ihre Krankheit verschweigen oder verheimlichen.»

Hierzu T. XV, Strafgesetzbuch § 855: «Die Zuwiderhandelnden werden mit Arrest oder Gefängniss bis zu 8 Monaten bestraft.»

Anmerkung: Durch ein Circulair des Medicinaldepartements vom 31. Januar 1856, Nr. 16 ist es Prostituirten, auch nachdem sie ihr Gewerbe aufgegeben haben, für immer verboten sich als Ammen zu verdingen.

3. (Commissionsantrag). Der livländische Aerztetag geht in Anbetracht der Erfahrung, dass durch den nach der Beschneidung hebräischer Kinder üblichen Act des Aussaugens nicht vereinzelt Infectionen mit Lues stattfinden, sowie im Anschluss an den § 733 des Врач. Уставъ an die Medicinalabtheilung mit dem Gesuche, Schritte zu thun, dass eine geregelte sanitäre Controlle der Rabbiner eingeführt werde.

conf. Св. Зак. T. XIII, Ausgabe 1892, § 733 des Врач. Уставъ: «Jeder, der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaftet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen anderen übertragen könnte».

Hierzu T. XV, Strafgesetzbuch § 103: «Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen Krankheit auf andere Personen, unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht

mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rbl.›

Punkt 3 der Directive: «Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostitution.»

4. (ad p. 3.) Die Commission ist der Ansicht, dass die bisher vorgesehenen Maassnahmen behufs sanitärer Controlle der Prostituirten im Allgemeinen als zweckmässig und genügend zu betrachten sind, sofern sie dem Sinn des Gesetzes entsprechend gehandhabt wird.

Punkt 4 der Directive: «Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern».

5. (ad p. 4.) Im Princip stimmt die Commission für die Internirung der Prostituirten auf mindestens 2 Jahre nach stattgehabter Infection. In Praxi glaubt sie jedoch von einer solchen Maassnahme Abstand nehmen zu müssen, einerseits weil die Durchführbarkeit zufolge der hierzu erforderlichen Geldmittel auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen dürfte, andererseits aber auch, weil die Erfahrung lehrt, dass die Prostituirte auf Einschränkung ihrer persönlichen Rechte stets und allenthalben in gefährlicher Weise reagirt, nämlich: durch Potenzirung ihres Bestrebens sich der sanitären Controlle überhaupt zu entziehen.

Anmerkung: Die Kreis-, Stadt- und übrigen in Frage kommenden Aerzte, haben dafür Sorge zu tragen, dass die einmal mit Lues inficirten Prostituirten nach der Infection mindestens 2 Jahr hindurch in antisyphilitischer Behandlung behalten werden. Hierbei ist die Aufmerksamkeit insbesondere auf die in den Städten praktisirenden, jedoch zu Landgemeinden angeschriebenen Prostituirten zu richten, da letztere erfahrungsgemäss nach einmaliger antiluetischer Behandlung im Stadthospital aus den Städten auf polizeilichem Wege ausgewiesen zu werden pflegen und alsdann nur zu oft zur Verbreitung der Lues unter der Landbevölkerung Veranlassung bieten. In diesen speciellen Fällen erscheint eine Reorganisation der sanitären Controlle der Prostituirten dringend geboten und zwar müsste nach Ansicht der Commission in jedem Einzelfalle gleichzeitig mit der Exmission der Prostituirten die be-

treffende Gemeindeverwaltung davon in Kenntniss gesetzt werden, dass jene mit Syphilis behaftet und andauernder sanitärer Controlle, resp. antiluetischer Behandlung im Laufe der folgenden Jahre zu unterwerfen sei.

Punkt 5 der Directive: «Besichtigung aller speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten».

6. (ad p.5.) Die Commission constatirt, dass die Controlle von Arrestanten im Св. зак. genügend vorgesehen ist, woselbst (T. XIV) specielle Verordnungen in Betreff der kranken Arrestanten getroffen sind und die Anstellung von Gefängnissärzten angeordnet wird.

Punkt 6 der Directive: «Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten».

7. (ad p. 6.) Dasselbe gilt von der ärztlichen Controlle der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten».

Punkt 7 der Directive: «Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studentenvereine».

8. (ad p. 7) Die Commission ist der Ansicht, dass die sanitäre Controlle unter den Angehörigen der verschiedenen Genossenschaften behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis wesentlich zu verschärfen sei, speciell auf den Fabriken, sowie in den höheren Lehranstalten, deren Zöglinge, wie solches z. B. für Dorpat durch privatim erhobene statistische Enquêten wiederholt zahlenmässig nachgewiesen worden, in erschreckend hohem Procentsatz mit Syphilis behaftet sind.

Die Commission stellt daher den Antrag, der livländische Aerztetag wolle an die Medicinal-Abtheilung das Gesuch richten, die erforderlichen Schritte zu ergreifen, um die sanitäre Controlle der Fabrikarbeiter, wie speciell auch der Zöglinge der höheren Lehranstalten zu verschärfen, so unter Anderem

1) die den Verwaltungen grösserer Fabriketablissements gesetzlich (conf. Сборникъ циркуляровъ Мин. Внут. дѣлъ citirt nach Войно § 502) auferlegten sanitären Verpflichtungen auch auf die Verwaltungen der kleineren Fabriken auszudehnen und

2) dahin zu wirken, dass die Zöglinge der höheren Lehranstalten und zwar des Polytechnicums in Riga, sowie der Universität Jurjew verpflichtet würden, sowohl bei ihrer Immatri-

pulation, wie zu Anfang jedes Studiensemesters ein ärztliches Zeugniss darüber einzureichen, ob sie mit Syphilis behaftet sind oder nicht.

Punkt 8 der Directive: «Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen».

9. (ad p. 8.) Die Commission hält es für zweckentsprechend, da diese Frage bislang von Seiten der Staatsregierung für's ganze Reich gesetzlich noch nicht geregelt ist, zunächst auf privatem Wege durch die betreffenden Verwaltungsorgane unter Heranziehung des § 733 des Сводъ законовъ T. XIII Ausgabe 1892 und des § 103 des Strafgesetzbuches T. XV die Regelung derselben für Livland anzubahnen. Der Präses der Commission wird betraut die erforderlichen Schritte zu ergreifen, unter Anderem auch mit der Ende August dieses Jahres in Wolmar tagenden Livländischen Provinzialsynode in diesbezügliche Beziehungen zu treten.

Anmerkung: Der Artikel 733 d. Св. Закон. T. XIII lautet: Jeder, der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaftet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen anderen übertragen könnte.

Der Art. des Strafgesetzbuches T. XV. folgendermassen: Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen ansteckenden Krankheit unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rubel.

Punkt 9 der Directive: «Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitiker».

10. (ad p. 9.) Die stationäre Behandlung ist der ambulatorischen nach Ansicht der Commission bedingungslos vorzuziehen und soll in der Praxis von jedem Arzte jedem syphilitischen Patienten dringend angerathen, eventuell durch unentgeltliche Behandlung erleichtert werden.

Punkt 10 der Directive: «Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker».

11. (ad p. 10.) Die unentgeltliche Hospitalbehandlung der Syphilitiker, welche für die Unbemittelten durch den Указъ Правительственнаго Сената 1868 года sub Nr. 13197 angeordnet worden,

ist auf breitester Basis auch für weitere Kreise anzustreben und zwar auf dem Lande durch allendliche Realisirung der von dem livländischen ordentlichen Landtage im Jahre 1893 beschlossenen und obrigkeitlich bestätigten Sanitätsreform für Livland (conf. Protocoll des V livländ. Aerztetages Seite 9—13), sowie in den grösseren Centren der Provinz, wie Riga und Jurjew, durch Neugründung von speciellen Syphilishospitälern, resp. Special-Kliniken für Syphilis und Hautkrankheiten.

Zu diesem Zweck hätte der Aerztetag der Medicinal-Abtheilung ein dringendes diesbezügliches Gesuch einzureichen.

Punkt 11 der Directive. «Bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte».

12. (ad p. 11.) Die Commission erkennt eine bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte als nothwendiges Erforderniss an und stimmt dem vom VI. Aerztetage acceptirten diesbezüglichen Entwurf bei.

Discussion.

ad 1 des «Commissionsberichtes»:

a) Prof. K. Dehio: schlägt vor den Punkt 1 dahin zu ergänzen[1]), dass die Kreisärzte verpflichtet werden, animale Lymphe zu beschaffen.

b) Dr. C. Ströhmberg: Das Gesetz gewähre ja die Möglichkeit, die theoretische Forderung — Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe — in Praxi durchzuführen.

c) Dr. R. Heerwagen: Im Gesetze fehle die genügende Betonung der animalen im Gegensatze zur humanisirten Lymphe; die Commission habe daher den Zusatz betreffend die Anwendung der humanisirten Lymphe für nothwendig befunden.

d) Dr. W Zöge v. Manteuffel: Die Commission vertrete bei der Erfüllung ihres Missum den wissenschaftlichen Standpunkt, was die praktische Durchführung des letzteren belangt, so käme freilich in allen streitigen Fällen die Person des Kreisarztes als letzte Instanz in Betracht.

α) Der Aerztetag beschliesst, die Proposition des Herrn Prof. Dehio als Zusatz zum Punkt 1 des Commissionsberichtes anzunehmen.

[1]) Die zu Beschlüssen erhobenen Passus der Discussion sind gesperrt gedruckt. (Anmerk. des Secretairen.)

ad. 2 des «Commissionsberichtes»:

e) Dr. J. Vierhuff: es erscheine fraglich, ob die Competenzen der Medicinalabtheilung soweit reichen, dass sie in Betreff der Annahme von Ammen dem Publicum Vorschriften machen und Controlle üben kann.

f) Dr. C. Ströhmberg: Die Medicinalabtheilung sei sehr wohl in der Lage, Vorschriften darüber erlassen zu können, dass Ammen nicht ohne ärztliches Zeugniss angestellt werden. Die Befolgung der Vorschriften habe die Polizei durchzusetzen.

g) Dr. Zöge v. Manteuffel: erklärt die Bevormundung des Publicums und der Aerzte seitens der Polizei für principiell verwerflich und praktisch unzweckmässig. Das Wesentliche der im Punkt 2 des Commissionsberichtes enthaltenen Bestimmungen sei die polizeiliche Ammencontrolle.

ad. 5 (Anmerkung) des «Commissionsberichtes»:

h) Dr. J. Sadikoff macht den Vorschlag den Punkt 5 (Anmerk.) folgendermaassen zu ergänzen: Bei Wohnungswechsel der inficirten Prostituirten in den Städten sind die städtischen Verwaltungen davon in Kenntniss zu setzen, dass jene mit Syphilis behaftet und daher der sanitären Controlle resp. antiluetischen Behandlung zu unterwerfen sind.

β) Es wird beschlossen, den Punkt 5 (Anmerk.) des Commissionsberichtes entsprechend dem Antrage des Herrn Dr. Sadikoff zu ergänzen.

ad. 8 des «Commissionsberichtes»:

i) Dr. R. Heerwagen erklärt die im Punkt 8 des Commissionsberichtes vorgesehene sanitäre Controlle der Schüler höherer Lehranstalten für unzweckmässig. Es sei nicht verständlich von welchem irgend in Betracht kommenden theoretischen oder praktischen Gesichtspunkte solche Maassregel als den augenblicklich verfolgten Zielen des Aerztetages dienlich erscheinen dürfte. Den einzigen positiven Effect der Controllmaassregeln für Studirende sieht Redner in der Anhäufung von Papieren in der Universitätskanzellei.

k) Dr. C. Ströhmberg: Die Hauptfaktoren der Verbreitung der Syphilis seien: Verheimlichung der Krankheit und das Fehlen der unentgeltlichen und insbesondere der stationä-

ren Behandlung. Als Theilmassregel gegen die Verheimlichung sei die Forderung der Gesundheitszeugnisse von Zöglingen der höheren Lehranstalten anzusehen.

l) Dr. E. Sokolowski fasst die Aufgabe der Commission resp. des Aerztetages derart auf, dass für die Ansetzung des Hebels bei der Luesbekämpfung die zur Zeit allgemein fühlbaren, der administrativen und sanitären Reform zugänglichen, cardinalen Missstände als Angelpunkt dienen sollten. Vor Hinwegräumung erwähnter Missstände wäre von der Creirung allzuspecieller Gesetzesparagraphen abzusehen, zumal wenn es sich um die Einschränkung von Gefahren handelt, die sich naturgemäss der administrativen Massregelung und polizeilichen Controlle entziehen wollen und können, wie z. B. jugendlicher Leichtsinn etc. Durch die Einführung in ihrem absoluten Werthe noch strittiger Positiva dürfte die vom Aerztetage geplante, wie jede Reform an Gewicht verlieren.

m) Dr. Zöge v. Manteuffel giebt zu, dass die augenblickliche Fassung des Punkt 8 keine ganz glückliche sei, ist aber der Meinung, dass eine Controlle, ja eine Bevormundung der Studirenden — im Allgemeinen sehr wünschenswerth wäre, da dieselben durch Unwissenheit und Leichtsinn nachweislicher Maassen zur Verbreitung der Lues viel beiträgen.

n) Dr. J. Sadikoff: Es sei nicht einzusehen, warum eine Bevormundung speciell der Studirenden eingeführt werden soll. Bekanntlich werden in grossen Handelsstädten etc. die venerischen Krankheiten durch die jungen Kaufleute, Commis u. s. w. verbreitet und wären daher consequenter Maassen auch diese der Controlle zu unterwerfen. Redner erklärt sich gegen diese Specialisirung und Abgrenzung der sanitären Controlle wie principiell gegen solche Bevormundungen überhaupt.

o) Dr. H. Meyer-Popen: Könnte das Zeugniss eines Arztes bei der praktischen Durchführung der in Punkt 8 vorgesehenen Bestimmung als Dokument nicht dem betreffenden Zögling einer höheren Lehranstalt Collisionen mit dem Strafgesetze einbringen? Hierzu eine Handhabe bieten zu müssen, dürfte mit den ärztlichen Berufspflichten nicht in Einklang zu bringen sein.

p) Dr. Zöge v. Manteuffel: Es sei stets damit zu rechnen, dass der Arzt nicht nur die Pflichten des Vertrauens-

mannes und Menschenfreundes, sondern auch die des Hygieinikers zu erfüllen habe.

q) Dr. E. Sokolowski. Analog dem Gange der Verhandlungen über die Luesfrage auf dem vorigjährigen Aerztetage sei nunmehr die discutirte Frage wiederum auf dem strittigen Gebiete des Berufsgeheimnisses angelangt. Nach Meinung Redners stehe der Aerztetag unter solchen Umständen vor der Alternative: entweder eine neue allgemein gültige resp. aufzuoctroyrende Präcisirung des Berufsgeheimnisses zu erstreben — oder aber jegliche Bestimmungen, welche den Arzt in das vielbesprochene Dilemma bringen können, nach Möglichkeit zu vermeiden.

r) Dr. H. Truhart erinnert an den Standpunkt, den Dr. C. Dahlfeldt in den vorigjährigen Verhandlungen über das Berufsgeheimniss vertrat.

«Die gründliche Aufklärung des Publikums über das Wesen der Syphilis sei das einzige aussichtsvolle Schutzmittel gegen die Verbreitung dieser Krankheit und das geheimnissvolle Dunkel sei hinwegzuräumen, welches von Laien wie von Aerzten um das Wesen der Lues und um die concreten Krankheitsfälle verbreitet werde».

Redner schliesst sich dieser Anschauung an und sieht in der von der Commission vorgeschlagenen Controlle der Studirenden einen wichtigen Schritt zur erstrebenswerthen Annäherung an das Ziel einer offenkundigen Handhabung der Luesfrage.

s) Dr. R. Heerwagen vertritt gleichfalls das Lüften des um das Wesen der Syphilis ausgebreiteten Schleiers, ist jedoch der Ansicht, dass solches durch die sanitäre Controlle der Studenten keineswegs zu erreichen sein dürfte. Im Gegentheil, sei mit Sicherheit zu erwarten, dass das Bestreben der Krankheitsverheimlichung und die Erfindungsgabe bei derselben nur noch in potenzirtem Maasse zur Geltung kommen werden. In Anbetracht solcher Erwägung proponirt Redner, den die Zöglinge höherer Lehranstalten betreffenden Passus aus dem Punkt 8 des Commissionsberichtes zu streichen.

γ) Es wird beschlossen, dem Antrage des Herrn Dr. Heerwagen entsprechend von einer sanitären Controlle der Zöglinge höherer Lehranstalten abzusehen.

ad. 9. des «Commissionsberichtes».

t) Dr. Truhart referirt über seine Correspondenz mit dem Herrn Livländischen Generalsuperintendenten F. Hollmann

1. betreffend die Interpretation und praktische Handhabung des Kirchengesetzes bei Eheschliessungen, falls nachgewiesenermaassen recente Syphilis bei einem der beiden Nupturienten vorliege.
2. bezüglich der etwaigen Bereitwilligkeit der Provincialsynode miteinzutreten in den Kampf gegen diese das ganze Land in Mitleidenschaft ziehende Seuche.

Das Antwortschreiben seiner Magnificenz vom 1. Sept. 1895 sub № 155. welches verlesen wurde, lautete in Kürze dahin

ad 1. dass das Kirchengesetz seiner Auffassung nach bis dato keine Bestimmungen enthalte, welche den Predigern als solchen das Recht einräume, selbst bei ärztlich festgestellter acuter Syphilis des einen Theils der Nupturienten, die Copulirung zu verweigern

und ad 2. dass die Provincialsynode gern bereit sei, die Aerzte im Kampfe wider die Lues zu unterstützen unter der doppelten Voraussetzung einmal, dass die gesetzliche Basis für ein Vorgehen der Prediger in der gewünschten Weise gefunden und zum andern, dass den Sprengeln die Möglichkeit geboten werde, über die Modalitäten der Ausführung die erforderliche Klarheit zu erlangen.

δ) Dr. Truhart wird beauftragt dem Herrn Livländischen Generalsuperintendenten die Mittheilung zu machen, dass der livl. Aerztetag in Anbetracht des bevorstehenden Petersburger Congresses von event. diesbezüglichen Formirungen des Reichsgesetzes aus Opportunitätsrücksichten gegenwärtig Abstand nimmt.

u) Dr. A. v. Kügelgen befürwortet, dass schärfere Gesetzesbestimmungen erlassen werden gegen Personen, die sich unberufener Weise mit Behandlung der Syphilis befassen, wie z. B. alte Weiber auf dem flachen Lande.

v) Dr. E. Fischer erinnert daran, dass das Gesetz bis dato nur im § 104 (Strafgesetzbuch für Friedensrichter) eine zwar eventuelle Bestrafung der Curpfuscher vorgesehen habe.

w) Dr. A. Kusmanoff: Nach dem augenblicklichen Standpunkte des Gesetzes sei es dem Arzte zwar möglich, den Curpfuscher der Polizei anzuzeigen, diese theilt ihm mit, dass er nach dem allgemeinen Gesetze: «Die Behandlung Kranker liegt nur Aerzten ob» — Kranke nicht behandeln darf. Eine Strafe ist für die Uebertretung des genannten Gesetzes nicht vorgesehen. Erst im Wiederholungsfalle kann der Curpfuscher laut § 29 des Strafgesetzbuches bestraft werden.

x) Dr. W. Zöge v. Manteuffel führt an, dass es ganze Distrikte giebt, deren syphilitisch inficirte Bewohner sich dem Arzte consequent entziehen bis endlich die ausgiebigsten Zerstörungen des Körpers im tertiären Stadium der ärztlichen Behandlung zugänglich werden. Das Dorf Tschorna am Peipus liefere z. B. das Hauptcontingent für das Rhinoplastikmaterial in der Dorpater chirurg. Klinik.

y) Dr. A. Schneider schlägt vor, eine Gesetzbestimmung in Betreff der Kurpfuscherei mit besonderer Berücksichtigung Livlands und der übrigen Ostseeprovinzen zu beantragen. Für das weite Reich dürfte eine diesbezügliche Aenderung des bestehenden Gesetzes wenig angebracht sein, nach welchem es Jedermann gestattet ist, seinem Mitmenschen «aus Barmherzigkeit» zu helfen.

Redner illustrirt durch ein Beispiel, wie gross die Plage der Kurpfuscherei für die Landbevölkerung und wie gering der durch das Gesetz gewährte Schutz sei.

z) Dr. R. Heerwagen schlägt vor, der durch Dr. von Kügelgen angeregten Frage Geltung zu verschaffen und die im Commissionsbericht ausgesprochenen Massnahmen, um einen Punkt zu erweitern, durch welchen beantragt werden soll: Zuständigen Ortes darum zu petitioniren dass gegen Kurpfuscher, die in Sachen der Syphilis viel Schaden stiften, Gesetzesbestimmungen geschaffen werden, welche leicht zu handhaben sind und strenge Strafen ermög. lichen.

ε) Der Antrag des Dr. R. Heerwagen wird angenommen.

ad 11. Des «Commissionsberichtes».

aa) Dr. R. Heerwagen erklärt sich für folgende Ergänzung des Punkt 11: Die Institute, welche bereits die Verpflichtung haben, Syphilitische unentgeltlich zu verpflegen,

sollen in die Lage gebracht werden, solcher Verpflichtung in denkbar weitestem Umfange nachzukommen.

bb) Dr. E. Sokolowski schliesst sich dem Vorschlage des Herrn Dr. Heerwagen an und berichtet kurz über den Bestand der Verpflegung Syphilitischer im Krankenhause der «Allgemeinen Fürsorge» zu Alexandershöhe i. e. der zur Zeit einzigen in der Stadt Riga befindlichen Station für die Behandlung Syphilitischer: Die männliche syphilitische Abtheilung daselbst verfüge augenblicklich über nicht mehr als 9 Freibetten.

cc) Dr. J. Sadikoff: Nicht die betreffenden Hospitäler allein sollten bei der Verpflegung Syphilitischer die Kosten tragen, sondern die Gemeinde des betreffenden Kranken müsste zur Verpflegung desselben beisteuern. Anspruch auf Ersatz von Seiten des Kranken dürfte in solchem Falle nicht erhoben werden.

dd) Dr. R. Heerwagen erwidert Herrn Dr. Sadikoff dass es volkswirthschaftlich fehlerhaft sei, die Last der Zahlungen von den grossen Communen auf die kleineren abzuwälzen. Es wäre daher seiner Meinung nach von der Zahlungsverpflichtung der Heimathsgemeinden abzusehen.

ee) Dr. H. Truhart hält es für unwesentlich um specialisirte und detaillirte Bestimmungen in Betreff der unentgeltlichen Verpflegung Syphilitischer nachzusuchen. Der Antrag der Commission gehe eben dahin, die unentgeltliche Behandlung der Syphilitischen auf breitester Basis aufzubauen.

ff) Dr. R. Heerwagen: Es wäre dennoch wünschenswerth, in Anbetracht der geschilderten Verhältnisse im Krankenhause zu Alexandershöhe — dieses Institutes etwa in einem Zusatze zu Punkt 11 besonders Erwähnung zu thun und zu petitioniren, dass das Krankenhaus des Livländischen Collegiums allgemeiner Fürsorge in die Lage versetzt werde, den Anforderungen auf Verpflegung Syphilitischer in vollkommenerem Masse Genüge leisten zu können, als dieses bisher der Fall ist.

ζ) Der Antrag des Dr. R. Heerwagen wird angenommen.

IV. Zur Schlussberathung der Versammlung über den Plan der Bekämpfung der Syphilis in Livland übernimmt Dr. H. Truhart wiederum das Präsidium und eröffnet die Discussion:

a) Dr. H. Truhart weist darauf hin, dass ein Kampf gegen die Syphilis nur dann einen wirksamen Erfolg versprechen könne, wenn entsprechend der auch auf dem vorigjährigen Aerztetage allgemein anerkannten Grundanschauung der Versammlung endlich ein Mal der Schleier zerrissen werde, mit welchem auch heutigen Tages immer noch von Seiten des Publicums und der Presse, wie aber auch von Seiten der Aerzte die Luesfrage verhüllt zu werden pflegt. Die Erfahrung des letzten Jahres hat wiederum gelehrt, dass auch unsere Tagespresse nur mit Zögern oder aber auch garnicht gewillt ist, Fragen, die sich auf diese in alle Gebiete des socialen Lebens hineingreifende Volksseuche beziehen, in ihren Spalten zu berühren. Ich möchte daher die Proposition stellen, dass wir aus unserem Aerztekreise heraus eine Commission erwählen, die die Aufgabe hätte, in populärer Form sei es in der Tagespresse oder aber als Brochüre die Bedeutung der Luesfrage zu behandeln.

α) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

b) Dr. R. Heerwagen proponirt: dass die bisherige Commission (Dr. Truhart, Zöge v. Manteuffel, Ströhmberg, Heerwagen, Sokolowski) beauftragt werde, unter der Redaction des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel die besagte Veröffentlichung zu übernehmen. Gleichzeitig soll es der Commission anheimgestellt bleiben, die Abhandlung in der Tagespresse oder aber als Brochüre erscheinen zu lassen.

β) Die Proposition des Herrn Dr. Heerwagen wird angenommen.

c) Dr. H. Truhart schlägt vor, der Medicinalabtheilung darüber Mittheilung zu machen, dass der Livländische Aerztetag über die Fragen des ministeriellen Elaborates wegen der zuvorgerückten Zeit des nächstjährigen Aerztetages keine definitiven Beschlüsse fassen

kann, dass aber ein Entwurf des Aerztetages der Medicinalabtheilung unterbreitet werden wird, welcher die Ansichten und Wünsche des Aerztetages in Hinsicht auf den kommenden Congress in Petersburg enthalten soll.

γ) Der Vorschlag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

ad «Commissionsbericht» in toto.

d) Dr. J. Sadikoff: Der Kampf gegen die Syphilis sollte von medicinischen Standpunkten geführt werden, nicht aber durch Gesetzgebungen, wozu nebenbei eine ärztliche Gesellschaft nicht die Bestimmung hat. Gegen die Bestätigung der von der Commission aufgestellten Bestimmungen spreche das rein menschliche Gefühl: das Individium soll als Student bevormundet werden, desgleichen bei Eingehung der Ehe, ferner als Vater in der Wahl der Amme für seine Kinder und — sogar als Arzt durch bindende Instructionen bei Besichtigung der Prostituirten. Redner schlägt daher vor, nur den Punkt 11 des Commissionsberichtes, betreffend die unentgeltliche Behandlung des Syphilitischen — der Medicinalabtheilung vorzustellen.

e) Dr. A. v. Bergmann: Die Vorschläge der Commission beruhen auf Erweiterungen und Verschärfung bestehender Gesetze. Die Gesetze aber sind bisher insufficient gewesen, ihr Ziel zu erreichen, sie scheitern an der Schlechtigkeit, dem Leichtsinn und der Nachlässigkeit der Menschen, welche unter den Gesichtswinkel dieser Gesetze fallen. Den Erweiterungen und Zusätzen wird dasselbe Loos der Insufficienz zu Theil werden. Der Aerztetag hat sein Bestes gethan, wenn er es Dank seiner Initiative dahin bringt, dass die Luetischen unentgeltlich behandelt werden.

Das Collegium der allgemeinen Fürsorge kann freilich solcher Aufgabe nicht genügen. Private Sammlungen sind gleichfalls aussichtslos.

Es wäre keine Ungerechtigkeit, wenn die Regierung den Communen die unentgeltliche Behandlung der Luetischen auferlegen würde, zumal den Stadtverwaltungen, welche Abgaben von den Bordellen erheben, — allein keinen Groschen für die Behandlung der Opfer der Prostitution verausgaben.

Nach obigen Ausführungen befürwortet Redner, dass der an die Medicinalabtheilung zu befördernde Entwurf des Aerztetages einzig und allein in der gründlichen Bearbeitung des Punkt 11. des Commissionsberichtes zu bestehen und in der unentgeltlichen Behandlung Syphilitischer zu gipfeln habe.

f) Dr. C. Ströhmberg: Die Schlussberathung der Verhandlungen über die Luesfrage sollte sich darauf beschränken, was in dieser Sitzung unter 5. IV. a, b und c bereits beschlossen wurde. Von der Vorstellung eines speciellen Projektes für den Kampf gegen die Syphilis sollte abgesehen werden bis der St. Petersburger Congresses stattgefunden hat.

g) Dr. H. Truhart proponirt, den Commissionsbericht, freilich erst nach definitiver Redaktion, mit den auf dem VII. Aerztetage getroffenen Amendements in toto als Direktive zu benutzen bei der Ausarbeitung des an die Medicinalabtheilung zu befördernden Entwurfes (cf. III. Sitzung 5. IV γ).

δ) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

h) Dr. Truhart proponirt ferner, gleichzeitig mit der Einsendung des Entwurfes an die Medicinalabtheilung um schleunige Einführung der auf dem Landtage 1893 beschlossenen und bereits bestätigten Sanitätsreformen in Livland zu petitioniren.

ε) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

i) Dr. Truhart proponirt, die Realisirung der in den Schlussverhandlungen sub. 5. IV. c, g und h gefassten Beschlüsse des Aerztetages einer 3-gliederigen Commission aufzutragen und selbiger die Competenz einzuräumen, die Resultate ihrer Arbeit im Namen und Auftrage des livl. Aerztetages von sich aus der Medicinalabtheilung vorzustellen.

ς) Die Proposition des Herrn Truhart wird angenommen.

η) Auf Vorschlag des Herrn Dr. R. Heerwagen werden in die Commission gewählt: DDr. W. Zöge v. Manteuffel, H. Truhart und C. Ströhmberg.

ϑ) Die Anfrage des Präses Dr. Truhart: ob zuständigen Ortes um specielle Instruktionen für Liv-

land in der Luesfrage nachgesucht werden soll, wird von der Versammlung in verneinendem Sinne beantwortet.

Schluss der III. Sitzung.

d. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Vierte Sitzung.

Freitag, den 15. Sept. 1895, 5 Uhr Nachmittags.

1. Dr. H. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber die Ursachen des Trachoms“.** («St. Petersb. med Wochenschrift».)

Discussion:

a) Dr. E. v. Hirschheydt: Die Erwägung einiger allgemein für das Sarkom als wesentlich anerkannter Eigenschaften lasse die Berechtigung der vom Vortragenden hervorgehobenen Analogie zwischen Trachom und Sarkom fragwürdig erscheinen. Das Sarkom sei gekennzeichnet durch seine Malignität, durch den Charakter einer Allgemeinerkrankung und durch die Metastasen während das Trachom ein durchaus lokales Individuum sei und des malignen Charakters entbehre.

b) Dr. H. v. Krüdener: Die Analogie zwischen dem Trachom und den Tumoren liege in der Neubildung und in dem Zerfalle der neugebildeten Massen. Ferner sei hervorzuheben, dass das Sarkom nicht immer einen malignen Charakter habe, wie z. B. das Riesenzellensarkom des Unterkiefers.

c) Dr. H. Truhart citirt die Forschungen Schmidt-Rimpler's auf dem einschlägigen Gebiete: genannter Autor habe 1888 auf dem Heidelberger Congresse Mittheilung über die von ihm gezogenen Reinkulturen gemacht, die den Reinkulturen Sattler's und Michel's analog gewesen seien Es würde Redner von Interesse sein, zu erfahren, ob Schmidt-Rimpler nachträglich eine etwaige Entdeckung von Coccen zur Veröffentlichung gebracht hat.

d) Dr. v. Krüdener: ihm seien weitere Publikationen Schmidt-Rimpler's nicht bekannt als die, welche 1888 auf dem Heidelberger Congresse zur Sprache gelangten.

e) Dr. A. Schabert: Der erste Eindruck der v. Krüdener'schen Zeichnungen lasse der Vermuthung Raum, als könnte es sich, — in Anbetracht der Configuration und scharf geschnittenen Conturen der Pigmente — um Russ oder anderes Fremdkörpermaterial handeln. Wäre solche Vermuthung von der Hand zu weisen, wenn in Berücksichtigung gezogen wird, dass zum Nachweise eines organischen Elementes stets der Zellkern erforderlich ist? Dieser zum Pigmente in Beziehung stehende Kern sei in den v. Krüdenerschen Untersuchungssubstraten nicht nachgewiesen.

f) Dr. H. v. Krüdener: Der Gedanke an eine etwaige Verunreinigung ist schon aus dem Grunde zurückzuweisen, weil sich die Pigmente im geschlossenen Follicel befinden. Ein Kern liess sich allerdings auch an den scharf begrenzten Bildungen nicht nachweisen und ein Entfärben der Gebilde gelang nicht.

g) Dr. H. Truhart: ihm seien die diesbezüglichen Untersuchungen Prof. Rählmann's bekannt, welche keine Kernbildung ergaben.

Was die Entstehung des Trachomes belange, so spreche für die Neubildung der Umstand, dass Trachomfollikel auch auf der Caruncel entdeckt werden, während die letztere bei bestehendem Follicularcatarrh von jeglicher Follikelbildung frei bleibe.

2. Dr. R. Otto hält seinen angekündigten Vortrag: **„Heiserkeit“.** («St. Petersb. med. Wochenschrift.»)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün: Der Larynxspiegel sei bereits 1809 oder 1810 von Senn in Genf ersonnen worden: Er combiuteri das Instrument in seiner jetzt gebräuchlichen Form, benutzte es aber nicht, weil er dachte, dass man mittelst eines so kleinen Dinges nichts Rechtes sehen könne. Benjamin Bell demonstrirte in London 1829 als Erster die Anwendung des Laryngoskopes. Besondere Verdienste um die Verbreitung des Laryngoskops erwarb sich Emanuel Garcia, der übrigens nicht Arzt sondern Gesanglehrer war.

b) Dr. R. Otto erwidert, dass ihm weniger daran gelegen gewesen sei, die historische Seite in der Frage der Erfindung des Kehlkopfspiegels zu berücksichtigen als vielmehr das

Ganze zusammenzudrängen, was sich naturgemäss um den Specialstoff sammle. Er wolle gerne zugeben, dass Garcia nicht der allererste Erfinder des Laryngoskopes war, indess habe er völlig unabhängig von früheren Einflüssen seine Erfindung gemacht, die dann glücklicherweise die beste Vertretung und Ausbeutung ihrer Technik durch Türk und Czermak gefunden hat.

3. Dr. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung".** («St. Petersb. med. Wochensch.»).

Discussion:

a) Dr. E. Mey bemerkt dem Vortragenden gegenüber, dass Letzterer die Folgen des einfachen Schnupfens zu tragisch dargestellt habe, während die länger dauernde Coryza luetica schon viel eher von schlimmen Folgen begleitet werde.

b) Dr. P. Bergengrün: Gewiss dauere die Coryza luetica länger als die Coryza simplex und könne darum eher verderblich sein. Wenn jedoch der gewöhnliche Schnupfen lange dauert, so sei er ganz bestimmt sehr lebensgefährlich.

c) Dr. R. v. Rimscha hebt in Anknüpfung an ein von Dr. Bergengrün demonstrirtes Bild hervor, dass die Vegetationen bei postrhinoscopischer Untersuchung kleiner erscheinen als sie in der That sind. Redner konnte in einem Falle, wo die adenoiden Vegetationen einen postrhinoscopisch bis zur Höhe der mittleren Muschel reichenden charakteristischen Zapfen zeigten, — denselben Zapfen von vorne sehen und dieses Mal reichte er bis zum unteren Rande der unteren Muschel. Es gelang nun, von vorne den Zapfen mit der kalten Schlinge zu entfernen und damit zu constatiren, dass es sich bei beiden Untersuchungen um denselben Zapfen gehandelt hatte. Um sich von der Grösse der adenoiden Wucherungen zu überzeugen, ist es erforderlich von vorne zu untersuchen.

d) Dr. E. Anders bestätigt aus eigener Erfahrung die Schilderung und Beobachtung geistiger Verstumpfung der mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder und macht auf das häufige Vorkommen des pectus carinatum bei diesen Patienten aufmerksam.

e) Dr. R. Otto: Im Anschluss an die Ausführungen des Herrn Dr. Anders möchte Redner die von ihm gemachte, überaus häufige, doch offenbar nicht zufällige Beobachtung registriren, dass es sich bei solchen durch die adenoiden Vegetationen herbeigeführten Formveränderungen des Thorax um ein gleichzeitiges unverhältnismässiges Wachsthum der Kinder handele; indem es den Anschein gewinnt, wie wenn der verkürzte Tiefendurchmesser des Thorax durch Compensationserscheinungen ausgeglichen würde. In einigen, bezüglich der Anamnese vom Redner genau requirirten Fällen konnten junge Leute ihres zu geringen Brustmasses wegen der Wehrpflicht nicht genügen; alles Fälle, in denen es sich zweifellos in der Jugend um adenoide, jetzt der Atrophie verfallene Vegetationen gehandelt hatte.

f) Dr. P. Bergengrün: Es wäre wünschenswerth, dass jedes durch die erwähnten Wachsthumserscheinungen gekennzeichnete Indiviuum untersucht würde, behufs Constatirung etwa vorhandener adenoider Vegetationen. Die Missverhältnisse des Körperbaues könnten eventuell auch auf schlechte Ernährung, Tuberculose, hereditäre Lues etc. zurückgeführt werden. Dass die mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder fast alle schmalschulterig und engbrüstig sind, ist eine Beobachtung, die Redner mit Herrn Dr. Otto ganz und gar theilt.

g) Dr. R. v. Rimscha: Bei näherer Prüfung der psychischen Defecte an den mit adenoiden Vegetationen behafteten Kindern lasse sich nachweisen, dass speciell die Unaufmerksamkeit zum grössten Theile auf schlechtem Gehöre beruht. Die Eltern geben an, das Kind höre gut, es frage zwar zuweilen «was», wenn man jedoch die Frage nicht wiederhole, so lässt sich beobachten, dass das Kind die Frage wohl verstanden hat. Dieser Umstand ist nach den Beobachtungen Redners auf Herabsetzung des Gehöres (bis etwa auf 1/3) zurückzuführen. Das betreffende Kind hört zur Noth, deutlich aber erst auf directe Anrede, wodurch es mit der Zeit unaufmerksam wird.

h) Dr. P. Bergengrün: Es sei nicht immer genau zu constatiren, ob das Kind in der That nicht hören kann oder ob es sich um die erwähnte Aprosexia nasalis handelt, die

das Kind an einer richtigen Antwort verhindert; Thatsache sei, dass es häufig factisch nicht begreift, worum es sich handelt.

i) Dr. R. v. Rimscha fragt (recurrirend auf die diesbezüglichen Ausführungen des Vortragenden) in wieweit der Nachweis dafür erbracht sei, dass Kälte eine Vergrösserung der Schwellkörper hervorrufe?

k) Dr. P. Bergengrün: Es sei eine von anerkannten Grössen (soweit es Redner erinnerlich von Zarniko und Moritz Schmidt) oft hervorgehobene und vom Redner an seiner eigenen Person beobachtete Thathsache, dass sich die Nase in der Kälte umsomehr verengert je höher der vorhandene Kältegrad ist. Aus diesem Grunde leiste die Nase als Sicherheitsventil gegen Lungen — und Halserkrankungen das, was ihr als Schutzvorrichtung zukomme.

4. Dr. R. v. Rimscha hält seinen angekündigten Vortrag: **„Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena“.** («St. Petersb. med. Wochenschrift».)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün: Welch ein Act der Menschenfreundlichkeit in der Beobachtung und Therapie so vieler Fälle von Ozaena liegt, könne nur der ermessen, der selbst einem Ozaenafalle gegenüber zu sitzen und den pestilenzialischen Gestank einzuathmen, Gelegenheit hatte. Redner habe einer solchen That des Herrn Dr. v. Rimscha beigewohnt, bei welcher es gelang, den Gestank für eine Zeit von (seither) 1½ Jahren zu beseitigen. Pat. kam nach 6 Monaten in Redners Behandlung, litt an Schwindel, Kopfweh bis zur Unsinnigkeit, war unfähig zu jeglicher geistigen Beschäftigung. Redner amputirte ihm beide unteren Muscheln, kratzte beide Keilbeinhöhlen aus und erzielte rechts Heilung, links blieb noch minimale Eiterung nach. Schwindel, Kopfweh und Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung waren dauernd beseitigt. In diesem Falle konnte man in beide Meatus des Keilbeines hineinsehen, was sehr selten gelingt.

b) Dr. R. v. Rimscha habe nach einmaliger schlimmer Erfahrung speciell darauf geachtet, ob nicht Defecte in der Keilbeinhöhle vorkommen und es habe den Anschein, als ob diese nicht sehr selten vorkommen. Man fühle neben dem rauhen Knochen weiche Stellen, bei deren Berührung vom

Patienten Schmerzen angegeben werden. Wahrscheinlich also handle es sich hier um die blosgelegte Dura.

c) Dr. Bergengrün: Was die Beseitigung des Gestankes durch Jod-Jodkali-Glycerin betreffe, so sei zu erwähnen, dass dieselbe symptomatisch, auf kurze Zeit sehr wohl gelingt. Das Anerkennenswerthe und Hervorragende liege aber in der so selten vorkommenden Radikalheilung der von Dr. v. Rimscha erwähnten Patientin V. L. und des auch vom Redner gesehenen Falles.

5. Dr. F. Voss ist amtlich verhindert auf dem Aerztetage zu erscheinen und muss daher der von ihm angekündigte Vortrag: **„Facialislähmung bei acuter otitis media und ihre Behandlung"** fortfallen.

6. Dr. E. Anders theilt ein Verfahren bei **„Trepanation des Warzentheiles am Felsenbeine"** nach otitis media mit, das er mit Ausschliesslichkeit seit Jahren geübt hat und demonstrirt hierzu Knochenpräparate.

Die Aufgabe, die Referent sich hierbei stellt, ist: auf dem kürzesten und gefahrlosesten Wege in das antrum mastoideum zu gelangen und dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen, resp. von hier aus unter genauer Orientirung bis zum cavum tympani vorzudringen. Zu diesem Zwecke stellte Referent zahlreiche Untersuchungen am Schädel an, welche sich vorherrschend auf Minderjährige bezogen. — Nachdem die Felsenbeine beiderseits herausgenommen, — wurden sagittale Sägeschnitte durch den Knochen angelegt das antrum mastoideum treffend. Die topographischen Studien des Referenten über die Lage des antrum mastoideum erwiesen dasselbe hauptsächlich oberhalb und etwas nach hinten von der oberen Wand des meatus auditorius externus. Die linea temporalis bietet keinen Massstab für die Lage der mittleren Schädelgrube, deren Boden in einer ganzen Reihe von Fällen tiefer als jene liegt. Referent demonstrirt an vorgelegten Präparaten, wie die durch die linea temporalis durchgestossenen Stahlnadeln meist in die mittlere Schädelgrube eindringen. Sehr zahlreich sind auch im Kindesalter die sog. gefährlichen Felsenbeine. An mehreren Präparaten zeigt Referent, wie der processus mastoideus durch sehr weite Vorwölbung des sulcus transversus bis auf einen schmalen Knochenstreifen reducirt erscheint. Hintere und mittlere Schädelgrube drängen

den Knochen oft so zusammen, dass sich auf dem Sägeschnitte ein Knochendreieck darstellt, in dessen Mitte, mehr an der Basis desselben, sich des antrum mastoideum befindet In den Fällen, in denen eine otitis media vorgelegen hatte, findet sich das antrum mastoideum bedeutend erweitert. Referent zeigt, wie in einer Reihe von Fällen die gewöhnlich üblichen Verfahren (ins besondere nach Schwarze) die Eröffnung der hinteren und mittleren Schädelgrube kaum vermeiden lassen. In Anlehnung an Andere, besonders an Hartman, findet Referent folgenden Weg zur sichersten und gefahrlosesten Eröffnung des antrum mastoideum. Letzteres ist zunächst zu eröffnen, wobei der gestaute Eiter sogleich nach wenigen Meisselschlägen hervorquillt. Von hier ist es leicht, sich über die Nähe der hinteren und mittlern Schädelgrube zu orientiren. Nachdem die Ohrmuschel nach vorne umgeschlagen und der Eingang des meatus auditorius etc. durch Zurückschieben des Periostes freigelegt ist, wählt Referent für das Ansetzen des schmalen Meissels einen Punkt, der einige mm. unterhalb der spina supra meatum gelegen ist und meisselt in einer Richtung von vorne aussen und unten nach hinten innen und oben. Man gefährdet keinesweges die mittlere Schädelgrube sondern gelangt gewöhnlich je nach dem Alter der Patienten in einer Tiefe von 3—5 mm. in das antrum mastoideum. Jetzt ist es leicht, sich weiter zu orientiren. Begnügt man sich mit der Eröffnung des antrum, vielleicht mit der Ausräumung der Zellen, wenn solche vorhanden und infiltrirt sind, — so hat weiter nichts zu geschehen.

Soll weiter vorgedrungen werden, so ist jetzt die Richtung des Meissels zu verändern und zwar die meist übliche von oben aussen und hinten nach unten innen und vorne zu verfolgen um an den kuppelförmigen Raum des cavum tympani zu gelangen. Einige der demonstrirten Präparate zeigen, wie bei der sehr grossen Enge des Raumes ein anderer Weg kaum erübrigt. Aber auch an den anatomisch bequem liegenden Felsenbeinen ist der Weg ein praktischer zur Orientirung über die Lage der benachbarten Schädelgruben. — Referent erinnert an die Fälle, in denen der etwas weiter nach hinten aufgesetzte Meissel mit den ersten Schlägen den sulcus transversus erscheinen lässt. Referent hat die Fälle im Auge, wo der pathologische Process den Weg des Vorgehens noch nicht

durch Durchbruch nach aussen vorgezeichnet hat, wo die Eröffnung der Schädelgruben contraindicirt ist, wo im Gegentheile, eine intacte Corticalis die Beurtheilung der topographischen Verhältnisse ausschliesst.

(Autoreferat.)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün fragt an, ob Herr Dr. Anders die linea temporalis immer als Ausgangspunkt bei der Meisselung an erwachsenen Individuen nimmt oder ob er mit dem allgemein anerkannten Standpunkte übereinstimmend die linea temporalis für die extremste Grenze hält, die irgend erlaubt ist?

b) Dr. E. Anders: Es wäre zu rathen, ein für alle Mal für das Kindesalter die linea temporalis nicht zur Richtschnur zu nehmen, da sie meist höher steht als der Boden der mittleren Schädelgrube. — Für Erwachsene wäre es gewiss auch opportun nur eine Linie, die bis zu ½ ctm. unterhalb der linea temporalis liegt zur oberen Grenze für die Trepanation zu nehmen, da auch bei Erwachsenen nicht gar selten die geschilderten topographischen Verhältnisse statthaben.

c) Dr. v. Rimscha dankt Herrn Dr. Anders für die werthvollen Mittheilungen über die Trepanation am processus mastoideus des Kindes. Am Erwachsenen sei es häufig nicht nothwendig bei vorhandener acuter Otitis media das antrum mastoideum zu eröffnen, sondern man könne sich auf Eröffnung der Cellulae mastoideae beschränken.

d) Dr. E. Anders erwidert auf den Einwand des Herrn Dr. v. Rimscha, dass es ihm zu wenig Garantie biete, im Falle einer Mittelohreiterung mit der Eröffnung der cellulae mastoideae vorlieb zu nehmen, er halte bei dem relativ geringen Eingriffe die gleichzeitige Eröffnung des antrum mastoideum für unerlässlich. Nur der letztgenannte Akt sichere den Abfluss des Eiters für alle Fälle, da nur zu leicht eine Verschwellung und Verlegung oberhalb, auf dem Wege zum cavum tympani, bestehen könne.

Schluss der IV. Sitzung.

D. z. Secretair: Ernst Sokolowski.

Fünfte Sitzung.

Sonnabend den 16. Sept. 1895, um 9 Uhr Vorm.

1) L. Kessler. **Nochmals über eine Frage aus dem Gebiete des Selbstbestimmungsrechtes der Frau.**

Vortr. berichtet zunächst über die Ergebnisse der laut Beschluss des II. livl. Aerztetages (Wenden 1890) von ihm angestellten Enquête bezüglich etwaiger durch Verweigerung oder Behinderung ärztlicher Hülfeleistung von Seiten des Ehemannes verschuldeter Gesundheitsschädigung, resp. herbeigeführten Todes der Frau. Fälle von dadurch bedingtem schwerem langem Siechthum, so wie eine Reihe von letalen Ausgängen werden aus den ihm zugegangenen Mittheilungen der Collegen referirt und sodann darauf hingewiesen, dass damit sicherlich die Gesammtheit der einschlägigen Fälle nicht erschöpft ist, vielmehr eine grosse Anzahl von Fällen, in denen die Frau zu Grunde gegangen, weil der Mann einen Arzt überhaupt herbeizuholen sich geweigert, garnicht zur Kenntniss der Collegen oder des grösseren Publicums gelangen.

Vortr. bespricht sodann die 2 Factoren, die bisher den Uebergriffen und der Vergewaltigung des Mannes der Frau gegenüber den Schein des Rechtes geliehen, und wesentlich dazu beigetragen haben, dass der Frau ihr Recht in obiger Beziehung so sehr hat verkümmert werden können, nämlich:

1) das sog. Hausrecht;

2) ein gewisses, aus der weit verbreiteten irrthümlichen Meinung, sich die Frau in derselben absoluten Abhängigkeit von dem Willen des Mannes denken zu dürfen, wie ein schwerkrankes Kind von demjenigen der Eltern, entsprungenes Gewohnheitsrecht.

Letztere Parallele wird als an sich unzulässig zurückgewiesen, und ausserdem in eingehender Darlegung nachgewiesen, dass das vermeintliche absolute Verfügungsrecht der Eltern über Leben und Gesundheit des Kindes nirgends begründet ist und dem Geist der Gesetzgebung durchaus widerspricht.

Bezüglich der Anwendbarkeit des sog. «Hausrechtes» des Mannes als etwaiger Stütze für die Behinderung der von der Frau gewünschten ärztlichen Berathung oder Hülfeleistung verliest Vortr. ein von ihm vom Herrn Prof. Engelmann

erbetenes Gutachten, welches klar darlegt, welche Einschränkungen nach dieser Seite hin die elterliche, sowohl als die hausherrliche Gewalt erleidet einerseits durch diejenigen Bestimmungen, durch welche die Gesetzgebung Leben und Gesundheit überhaupt, unter Androhung schwerer Strafen, und speciell diejenige der Kinder und Ehefrauen unter Androhung verschärfter Strafen, unter ihren Schutz stellt; andererseits dadurch, dass nach russ. Recht die Frau dem Ehemann gleichberechtigt ist. Der Arzt habe also nicht nur die Berechtigung, sondern sogar die Verpflichtung, dasjenige was er im Interesse der Kranken für geboten erachtet, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln gegen den Behinderer durchzusetzen — resp, falls ihm dies nicht gelingt: von der etwa dadurch erwachsenen Gesundheitsschädigung dem Untersuchungsrichter oder der Procuratur Anzeige zu machen. Prof. Engelmann empfiehlt, dass der Aerztetag sich an die Gouvernementsobrigkeit wende, damit eine Anweisung an die Procureure exportirt werde, dass solchen Anzeigen Folge gegeben werde.

Vortr. befürwortet gleichfalls eine derartige (schon vor 5 Jahren von ihm angeregte) Inanspruchnahme der Hülfe der Staatsgewalt, da ohne eine solche die tiefeingewurzelten Vorstellungen von der Berechtigung und Gültigkeit des bisher bestehenden Gewohnheitsrechtes schwer zu überwinden und zu beseitigen sein dürften. (Autoreferat).

Discussion:

a) Dr. Hoffmann—Krähnholm theilt als Materialbeitrag zwei Fälle mit, in welchen bei Querlagen die Ehemänner die Erlaubniss zur Vornahme der Operation gaben, die Kreissenden selbst bis zuletzt dagegen waren. Der Eingriff wurde trotzdem vorgenommen mit gutem Erfolge für Mutter und Kind.

b) Dr. Kessler: betont das Uebergewicht und die schädlichen Folgen der gegentheiligen Fälle.

c) Dr. M. v. Middendorff: wünscht festgestellt, wem innerhalb der Hospitalräume das Hausrecht zusteht? Dem leitenden Arzte oder dem ein Zimmer des Hospitals einnehmenden Kranken, resp. dem Gatten, den Eltern oder Vormündern desselben?

d) Dr. Ströhmberg: erklärt kategorisch, dass das Hausrecht innerhalb des Hospitales dem Arzte zukommt und referirt über ein Erlebniss im Werroschen Krankenhause: Redner hatte einer Frau mit deren Einwilligung eine nothwendig erforderliche Amputation gemacht. Nach einigen Tagen erschien der Mann und äusserte seine Unzufriedenheit über die ausgeführte Operation in einer für den Arzt beleidigenden und die kranke Frau beunruhigenden Weise. Redner sah sich genöthigt, den Mann gewaltsam aus dem Krankenhause entfernen zu lassen und ihm den Zutritt bis zu dem Zeitpunkte zu verbieten, wo der Zustand der Frau sich soweit gebessert haben würde, dass sie ohne Schaden für ihre Gesundheit durch laute Unterhaltung molestirt werden dürfte. Der hinausgewiesene Mann wandte sich an Juristen mit der Absicht, den Arzt zu verklagen, erhielt aber den Bescheid, dass letzterer im Recht war.

e) Dr. E. Anders: In der Residenz lebt man der Meinung, dass der Arzt im Hospitale kein Hausrecht hat. Nur zu häufig bietet daher der Einzelfall grosse Schwierigkeiten und Hindernisse wegen der Unmöglichkeit, sich von der Stellungnahme der Vertreter des Patienten zu den indicirten Operationen zu überzeugen.

f) Prof. K. Dehio: spricht die Ansicht aus, dass dem Kranken innerhalb des Hospitales gewiss ein gewisses Hausrecht zustehe, denn der Kranke hat unzweifelhaft das Recht, Besucher, die ihm unbequem sind, hinauszuweisen. Umgekehrt hat der Oberarzt des Hospitales nicht das Recht, den Besuch des Kranken anders zu verbieten als aus dem Grunde, weil solches im gesundheitlichen Interesse des Kranken oder im Interesse der Ordnung des Hospitalbetriebes unumgänglich nöthig ist; im ersteren Falle handelt der Arzt, kraft seiner ärztlichen Pflicht, im zweiten — kraft seines polizeilichen Rechtes oder Aufsichtsrechtes in einer staatlich bestätigten Anstalt, — in keinem Falle aber kraft eines Hausrechtes. In Deutschland scheine das Verfügungsrecht der Patienten eingeschränkter zu sein als bei uns zu Lande.

g) Dr. Wolfram: glaubt nicht zu irren, wenn er annimmt, dass diese Frage in Deutschland geregelter ist als hier, da, wie ihm aus seiner Assistentenzeit bekannt, in Deutschland gesetzlich bestimmt ist, dass verstümmelnde Operationen

nur mit ausdrücklicher Erlaubniss der Angehöriger sei es der Eltern, der Gatten oder der betreffenden Patienten selbst gemacht werden dürfen. Redner habe wiederholt erlebt, dass wenn sich während eines operativen Eingriffes eine verstümmelnde Operation als unumgänglich nothwendig erwies, die Narcose unterbrochen wurde, auf dass zuvor die erforderliche Erlaubniss eingeholt werde.

g[1]) Dr. Kessler bemerkt gegen Dr. Wolfram, dass bezüglich der heute eigentlich in Rede stehenden Frage über die Competenz oder Nicht-Competenz des Ehemannes zur Behinderung einer dringend indicirten und von der Frau selbst gewünschten Operation an dieser die Verhältnisse in Deutschland uns hier zu Lande insofern nicht tangiren, als das russische Recht Gleichberechtigung von Mann und Frau statuirt, während die alte germanische Rechtsanschauung sich letztere in grösserer Abhängigkeit vom Mann denkt, und auch (wenn er nicht irre) das «Hausrecht» weiter ausdehnt als das russische.

h) Dr. Anders: macht auf die praktische Handhabung der hier diskutirten Fragen aufmerksam: a priori sei vorauszusetzen, dass z. B. in Betreff der auszuführenden Operationen kein bedingungsloses Verfügungsrecht des Arztes gelten könne. Ein gegen Zahlung eingenommenes Zimmer setze doch nur das Verhältniss zwischen Wirth und Miether voraus, welches unter bestimmten festgesetzten Bedingungen entrirt wird.

i) Dr. v. Zöge-Manteuffel: spricht sich im Sinne des von Dr. Kessler in seinem Vortrage geäusserten Standpunktes aus und proponirt, in Betreff der aufgeworfenen Rechtsfragen mit der Prokuratur in Relation zu treten.

k) Dr. R. Heerwagen: betont, dass es freilich die Pflicht der Prokuratur wäre, dem verständnisslosen und schädigenden Vorgehen des Ehegatten Schranken zu setzen, wünscht jedoch zu erfahren, inwieweit die Hilfe der Prokuratur oder Polizei bisher den Aerzten etwa versagt bleibe?

l) Dr. Kessler hat in dieser Hinsicht mit der Dorpater Polizei ungünstige Erfahrungen gemacht. Bei Consultation des Prof. jur. Engelmann dagegen hat Redner erfahren, dass schwere Gesundheitsschädigungen des Mannes durch die Frau von der Prokuratur eo ipso in Angriff genommen werden.

m) Dr. Heerwagen: erinnert daran, dass eine völlige Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau civilrechtlich nicht ausgesprochen sei: dem Mann stehe das Recht zu, ohne die Frau zu instruiren ein Immobil käuflich zu erwerben, der Frau sei das Recht versagt, solches ohne Kenntnissnahme seitens des Gatten zu thun.

n) Dr. v. Zöge-Manteuffel: es sei wünschenswerth, dass zu Recht bestehende Gesetze in der erforderlichen Weise bekannt werden; daher wäre der Prokuratur ein diesbezügliches Elaborat einzuschicken mit der Anfrage, wie sie sich zu den von Prof. Engelmann geäusserten Ansichten verhalte und ob in den obwaltenden Missverhältnissen Wandel geschafft werden kann?

o) Prof. Dehio: fragt an, ob juristisch für die Periode der Geburt und des Wochenbettes ein Zustand der herabgesetzten Zurechnungsfähigkeit der Mutter und Wöchnerin angenommen wird oder nicht?

p) Dr. Kessler: glaubt, dass der psychisch abnorme Zustand, wie er für den Kindesmord als Milderungsgrund angenommen wird, für eheliche Verhältnisse keine Giltigkeit hat.

q) Dr. Ströhmberg: In der Criminaljustiz wird der Gebärenden eine Verminderung der Selbstbestimmungsfähigkeit zugestanden, solches entspricht der Tendenz, Milde walten zu lassen bei Verbrechen, die von der Mutter am neugeborenen Kinde verübt worden sind. Soweit Redner die Praxis unserer Gerichte als Experte kennen gelernt hat, würde im Verfahren des Civilgerichtes die Gebärende sicherlich als im Besitze ihrer vollen Dispositionsfähigkeit anerkannt werden.

r) Dr. Truhart hebt die Einschlägigkeit einer grossen Anzahl von Rechtsfragen hervor und betont die Nothwendigkeit dessen, dass der livl. Arztetag sich in der eben diskutirten Frage an die Staatsgewalt wende.

s) Dr. L. Kessler proponirt, eine Commission einzusetzen, die bis zum nächsten Arztetage alles auf die Vetofrage des Ehemannes Bezügliche soweit auszuarbeiten hat, dass ein von ihr formulirtes Gesuch an die Gouvernementsbehörde eingereicht werden kann. Ausserdem hat die Commission auch die übrigen hier zur Sprache gekommenen

Rechtsverhältnisse, soweit sie den Arzt interessiren möglichst klarzustellen.

α) Der Antrag des Dr. L. Kessler wird angenommen.

t) Dr. Truhart stellt das Amendement, dass die Commission verpflichtet werde, einen Juristen zu ihren Verhandlungen hinzuzuziehen.

β) Das Amendement des Dr. Truhart wird angenommen.

γ) In die Commission werden gewählt: Dr. L. Kessler und Dr. Ströhmberg, welche sich behufs der Wahl eines dritten Commissionsgliedes cooptiren sollen.

δ) Der Aerztetag spricht sich dahin aus, dass er sich die Entscheidung über die Anwendung des zum nächsten Aerztetage fertigzustellenden Elaborates der obengewählten Commission vorbehält.

2) Dr. A. Behr ist amtlich verhindert, auf dem Aerztetage zu erscheinen, weswegen der von ihm angekündigte Vortrag: **„Aphorismen über die Behandlung Geisteskranker"** fortfällt.

3) Dr. E. Sokolowski hält seinen angekündigten Vortrag: **„Hysterie und hysterisches Irresein"** (St. Petersb. med. Wochenschr.).

Discussion.

a) Dr. Ed. Schwarz hebt hervor, dass die Ausdrucksform des Vortragenden nicht immer mit genügender Betonung die Ansicht habe hervortreten lassen, dass es sich bei den Hysterischen nicht um Simulation sondern um Krankheit handelt und dass die Simulation, welche vorzukommen pflegt als Symptom der Krankheit aufzufassen sei. Eine solche schärfere Betonung des Obigen wäre nach der Discussion über traumatische Neurose vielleicht erwünschter als sachlich wirklich nothwendig.

b) Dr. E. Sokolowski giebt die Möglichkeit zu, die ihn leitenden Gedanken nicht in genügender Formvollendung vorgebracht zu haben, zweifelt jedoch an der Missverständlichkeit derjenigen Passus, welche für die Ausführungen des Herrn Dr. Ed. Schwarz in Betracht kommen dürften.

c) Dr. J. Wihtol hebt die grosse Wichtigkeit einer suggestiven Behandlung der Hysterie hervor, da er in einzelnen

Fällen bei einem Collegen von einer derartigen Behandlung überraschende Erfolge gesehen hat. So seien länger dauernde hysterische Lähmungen durch die Hypnose wie mit einem Schlage beseitigt worden. Vor einigen Wochen habe Redner Gelegenheit gehabt, hysterische Krämpfe dadurch beseitigen zu können, dass er Pat. Vaseline auf die vom Krampfe befallenen Theile schmierte gleich mit dem Bemerken, dass diese Medicin unfehlbar wirke. In der Folge dauerten die Krämpfe kürzere Zeit. Leider wurde die Patientin der Behandlung entzogen. Redner empfiehlt diese Behandlung jedem praktischen Arzte.

d) Dr. E. Weiss fragt an, ob Vortragender die von Breuer u. Freud vorgeschlagene und auf deren Anschauung über das Wesen der Hysterie gestützte Therapie — zu üben Gelegenheit gehabt habe?

e) Dr. E. Sokolowski erwidert, dass er die Beuer-Freudsche Therapie einzuschlagen bisher keine Gelegenheit gehabt hat.

f) Dr. Ed. Schwarz habe Fälle beobachtet, die sich genau mit den von Breuer u. Freud beschriebenen deckten und in denen es gelang, ohne Hypnose, bei gewonnenem vollkommenem Vertrauen des Patienten alle Einzelheiten des Shokes zu erfahren und durch «Abreagiren» eine Heilung zu erzielen.

g) Dr. H. Meyer-Popen stellt die Anfrage, ob es gleichgiltig sei, welche Kategorie der Hysterischen der suggestiven Behandlung unterzogen werden: autosuggestible oder allosugestible Patienten? Giebt es ein Frühsymptom der Hysterie, nach welchem sich entscheiden lässt, ob die suggestive Therapie Erfolg haben könnte?

h) Dr. Ed. Schwarz: Das Kriterium, ob die suggestive Therapie bei einem hysterischen Individuum Erfolg haben werde, hänge wohl von dem psychischen Niveau desselben ab; je hochgradiger degenerirt ein Individium sei, umso unzugängiger sei es für die suggestive Therapie.

4) Dr G. v. Knorre hält seinen angekündigten Vortrag: **„Zur Therapie der Adnexerkrankungen“** («St. Petersb. med. Wochenschr.»).

Discussion:

a) Dr. L. Kessler fragt, ob Vortragender bei Laparotomien nicht gelegentlich statt durch den unteren Bauchwund-

winkel — durch die Vagina drainirt hat? ihm habe sich die Drainage durch einen vom Douglas aus durch die Vagina hinausgeleiteten fingerdicken Gummidrain als zweckmässig erwiesen.

b) Dr. G. v. Knorre hat von der Drainage nach der Vagina bei Laparotomien nicht so gute Resultate gesehen wie von der Mikulicz'schen Drainage (zu den Bauchdecken). Redner selbst sei es nicht ganz klar geworden, warum er diese Resultate bekommen, da doch bei der vaginalen Drainage der Drain am tiefsten Punkte sich befindet. Redner wandte stets viel Gaze an.

Prophylaktisch lasse sich bei einer Tripperinfektion ausser Ruhelage nichts machen.

c) Dr. W Knüpffer möchte wegen der zu befürchtenden Bauchhernien die Drainage mit einem kleinen Jodoformgazestreifen bevorzugen. Redner thut eines Falles Erwähnung, wo er einen doppeltfaustgrossen eitrigen Tubentumor zu operiren Gelegenheit hatte. Der Eitersack platzte beim Herausschälen und es ergoss sich massenhaft jauchiger, stinkender Eiter in die Bauchhöle und über die Bauchwunde. Prima intentione erfolgte die Heilung.

d) Dr. Joh. Meyer-Jurjew richtet an Herrn Dr. v. Knorre die Frage, ob er in Fällen, wo das Ovarium sich als intact erweist, dasselbe zurückzulassen für zulässig hält. Redner habe in einem Falle dieses Verfahren eingeschlagen, um die nach der Castration häufig auftretenden nervösen Störungen zu vermeiden. Redner hält in Fällen, wo der Tubensack intact entwickelt werden kann die Drainage für nicht erforderlich; im anderen Falle bevorzugt er die Vaginaldrainage, um die Abdominalhernie zu vermeiden.

e) Dr. G. v. Knorre betont die Wichtigkeit der Radikaloperation, um vor Recidiven sicher zu sein und um der Frau den Entschluss zur Operation durch die Aussicht auf nachfolgende Sterilität zu erschweren. Redner hält dieses für wichtig, da die Frauen mit dem Entschlusse zur Operation oft viel zu leichtsinnig sind. Das conservative Vorgehen hat, auch nach den Untersuchungen Winkels, die an einem reichen Leichenmaterial gemacht wurden, keine besondere Berechtigung, da in den meisten Fällen sich beide Seiten als erkrankt erweisen.

Ferner zeigen die Erfolge der conservativen Operation, dass in den meisten Fällen Recidive auftreten.

f) Dr. M. Treymann bevorzugt die Mikuliczsche Jodoformgaze-Drainage durch die Bauchwunde. Sie sei sicherer und wirksamer als die vaginale Drainage, die trotz der verschiedenen Methoden ungenügende Resultate ergebe. Weiche Drainageröhren werden zusammengedrückt, harte z. B. Glasröhren werden auf die Dauer nicht vertragen, wie Redner sich des Oefteren überzeugt habe.

5) Dr. M. Treymann hält seinen angekündigten Vortrag: **„Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses"** («St. Petersb. med. Wochenschr.»).

Discussion:

a) Dr. W. Knüpffer bittet Vortragenden um Auskunft über die Häufigkeit von ihm beobachteter Nath- resp. Bauchdeckenabscesse, da er (Redner) eine überraschend grosse Anzahl erlebt habe. Unter 43 Laparotomien habe Redner 15 Mal Abscesse beobachtet trotz gründlicher Desinfektion und peinlichster Vermeidung aller in Betracht kommenden Schädlichkeiten. Procentarisch vertheilen sich die Abscesse dergestalt, dass bei durchgreifenden Näthen in 29%, — bei Etagennäthen 50% der Fälle Abscesse vorkommen. Es würde Redner interessiren, zu erfahren, welche Beobachtungen hinsichtlich der erwähnten Frage im Rigaschen Stadtkrankenhause gemacht worden sind.

b) Dr. M. Treymann behandelt die Bauchdecken vor der Operation mit Bädern, Waschung und Sublimatcompresse und hat trotzdem relativ häufig Stichkanaleiterung erlebt, vorzugsweise bei Operationen des Pyosalpinx und bei Laparotomien mit extraperitonealer Stielversorgung und zwar ging in letzgenannten Fällen die Eiterung vom Stiele aus. Redner wendet nur in letzteren Fällen die Etagennaht, sonst die einfache Naht an. Als Nahtmaterial verwende er ausschliesslich Seide.

c) Dr. W. Wolfram: Die von Herrn Dr. Treymann gegebene Statistik enthalte wiederum eine Mahnung, dass von der extraperitonealen Stielversorgung abzugehen sei: Vortragender habe für seine Myomotomien 30% Mortalität angegeben;

Redner selbst habe bei derselben Methode etwa 20% Mortalität zu verzeichnen. Dabei habe die Autopsie keine Sepsis ergeben, weshalb die Sterblichkeit nur der Methode zur Last gelegt werden müsse. Redner ist fest entschlossen, zur Totalexstirpation überzugehen.

Was die Vorbereitungen zur Laparotomie anbetrifft, so empfiehlt Redner, den Patienten ein paar Tage vor der Operation das Abdomen 2 mal täglich mit leichter Sublimatlösung zu waschen. Bei den 5 letzten Laparotomien habe Redner keine Nahtabscesse beobachtet; ob dieser Umstand dem Zufalle zuzuschreiben sei, wage Redner nicht zu entscheiden.

d) Dr. W. Knüpffer empfiehlt seinerseits gleichfalls die Totalexstirpation.

Was die Desinfection der Patienten belange, so bediene sich Redner der Sublimatcompressen, welche für die ganze Nacht vor der Operation applicirt werden.

e) Dr. A. v. Bergmann: Zur Desinfection des Operationsterrains genüge sorgfältiges Abreiben u. Rasiren des Terrains mit nachfolgender Alkoholabreibung. Sublimat werde in der chir. Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses garnicht angewandt, wegen der drohenden Gefahr eines Eczemes auf dem Operationsterrain Bei dicken Personen machen die Suturen Decubitus, dem man durch Gazebäuschchen vorbeugen kann, über die man die Nähte knüpft.

Ferner komme es offenbar darauf an, der Seide ein Antiseptikum mitzugeben; selbige wird in der chir. Abtheilung gekocht und dann in Salicylalkohol gelegt, aus welchem sie zur Naht gereicht wird.

Man müsse daran festhalten, dass Nahteiterungen auf Fehler in der Antisepsis zu beziehen sind. Je sorgfältiger und gewissenhafter das mit der Antisepsis betraute Personal ist, desto sicherer wird der Erfolg. Referent habe dieses seit 5 Jahren erfahrungsgemäss bestätigen können; die Oberin seiner Abtheilung habe es jetzt bis zu einem derart hohen Grade von Vollkommenheit in der Zubereitung des Nahtmateriales gebracht, dass Nahteiterungen nicht mehr vorkommen.

f) Dr. Joh. Meyer-Jurjew hat, abgesehen von Fällen, wo bei extraperitonealer Stielversorgung vom verjauchenden Stiele nachträglich die Nähte inficirt wurden, eine Nacheiterung erlebt. Er wendet intraperitoneal nur im Lautenschlä-

gerschen Apparate sterilisirte Seide, bei der Bauchnaht nur Silkworm an ohne Etagennähte anzulegen. Die Bauchhaut wird durch 2 Bäder, darauf durch starkes Abbürsten, Rasiren, Alkohol und Sublimat desinficirt.

g) Dr. G. v. Knorre führt an, dass er für die Bauchnaht am liebsten Silkworm als Nahtmaterial benutzt. Er habe nach Anwendung des Silkworm nie Bauchdeckeneiterung beobachtet. Leider habe das fil de Florence einen Fehler: es ist zu kurz und daher nicht in allen Fällen anwendbar. In Betreff der Seide bestätigt Redner die von Dr. v. Bergmann angeführten Beobachtungen: die Seide müsse nach dem Kochen in ein Antiseptikum gethan werden, als solches verwendet Redner den Alkohol und erlebt auch bei Benutzung von Seide keine Bauchdeckeneiterungen.

6. Der angekündigte Vortrag des Dr. L. Kessler: **„Indicationen bei Uterusmyomen"** muss wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verlegt werden.

Schluss der V. Sitzung.

A. Z. Secretair: Ernst Sokolowski.

Sechste Sitzung.

Sonnabend den 16. September 1895, 3 Uhr Nachm.

1. Prof. K. Dehio demonstrirt Wachsabgüsse von Körpertheilen, welche mit den mannigfachsten Erscheinungen der Lepra in ihren verschiedenen Formen und Stadien behaftet sind.

Der Gang der im höchsten Grade naturgetreuen Darstellungsmethode ist in Kurzem folgender: Von dem darzustellenden Objekte wird zunächst ein Gypsabguss gewonnen und dieser dann mit einer Wachsmasse ausgegossen; letztere ist in der Weise imprägnirt, dass in ihr die Hautgrundfarbe bereits getroffen ist. Nach Auseinandernahme der umhüllenden Gypsform erscheint nun das Präparat in der genauesten Wiedergabe der zu erwartenden Plastik, um dann im Detail vervollständigt zu werden.

Die vorliegenden Präparate sind auf Bestellung des Herrn Prof. Dehio in Jurjew von Herrn Kasten verfertigt worden, welcher behufs Ausübung der geschilderten Darstellungs-

methode in Berlin an der Klinik des Prof. Lassar angestellt ist.

2. Dr. L. Kessler hält seinen angekündigten Vortrag: **„Indicationen bei Uterusmyomen“.** («St. Petersb. med Wochenschr.»)

Discussion:

a) Dr. M. Treymann stimmt dem Vortragenden vollkommen bei, wenn von der operativen Behandlung der Myome als der besten, vielleicht einzigen die Rede ist. Das unaufhaltsame Siechthum zwinge zur Anwendung der radikalen Methode, sei es dass dieselbe vom Abdomen oder aber von der Vagina aus zur Anwendung gelangt. Die Péan'schen Erfolge drängen uns dazu, zumal bei den kleineren Myomen, die Exstirpatio uteri myomatosi per vaginam häufiger vorzunehmen als es bisher geschehen ist. Auch die Laparo-Myotomie sei heutzutage nicht mehr so zu fürchten wie früher. Die Unterbindung der Arteriae uterinae etc. sei nur ein Nothbehelf, der meist wirkungslos bleiben werde.

b) Dr. L. Kessler hat gleichfalls unbefriedigende Resultate von der Unterbindung der Arteriae uterinae gehabt und hält diese sowie die übrigen nicht-radikalen Behandlungsmethoden für nicht empfehlenswerth, sobald die Myome schon Symptome gemacht haben, welche überhaupt einen operativen Eingriff indiciren. Durch jede insufficiente Behandlungsmethode werde der Entwicklung des Siechthumes bei vorhandenem Myome Vorschub geleistet.

c) Dr. G. v. Knorre möchte gleichfalls die Unterbindung der Arteriae uterinae (nach Gottschalk-Küstner) behufs Erzielung einer Schrumpfung des Myomes nicht mehr anwenden, weil die mit dieser Methode concurrirende vaginale Totalexstirpation einen fast ebenso grossen Eingriff darstellt und sicher hilft, während die Unterbindung der Uterinae oft resultatlos bleibt.

Hinsichtlich der Indikationen zur Myomotomie betont Redner, dass er die so häufig geltend gemachte Indikation wegen eventuell eintretender Gefahren bei Gravidität — nicht anerkennen kann, da der grösste Theil der Myome keine besonders bedrohlichen Erscheinungen bei der Geburt mache — allenfalls Blutungen, welche durch eine entsprechende Therapie zu bekämpfen sein dürften.

Selbstverständlich können unter Umständen, besonders bei excessiv grossen Myomen, lebensgefährliche Erscheinungen auftreten, die eine Operation erheischen; dann sollte in der Schwangerschaft operirt werden.

3. Dr. P. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber Blinddarmentzündung“.** («St. Petersb. med. Wochenschr.»)

Discussion:

a) Dr. A. v. Bergmann: der Standpunkt, den Redner vor 3 Jahren vor dem Aerztetage vertrat, habe durch die Erfahrungen an den seither operirten Fällen keine Verschiebung erfahren. Es handle sich hier um den von Kymmel vertretenen Standpunkt. Schwierigkeiten biete die Frage, wann bei einer ersten sogenannten perityphlitischen Attaque operativ einzugreifen sei; in einem Falle erwies die Untersuchung in der Narkose, dass der perityphlitische Tumor, welcher vorher zu palpiren war, nicht existirte; eine Incision bis aufs Peritoneum erwies, dass thatsächlich nichts zu palpiren war, daher wurde abgewartet. Allein, schon am nächsten Tage setzte eine foudroyante Peritonitis ein, welche zum Tode führte und einer Perforation des processus vermiformis in die freie Bauchhöhle hinein — ihre Entstehung verdankte. Ein operativer Eingriff hätte die Kranke wahrscheinlich gerettet.

Weiter könne man bei der Operation an einen processus vermiformis kommen, der durch Lage und Fixirung nicht entfernbar ist, in einem solchen Falle habe Redner sich durch Tamponade nach Mikulicz geholfen. Die betreffende Kranke ist vor wenigen Tagen geheilt entlassen worden.

b) Prof. K. Dehio: Aus den Verhandlungen des letzten Congresses für innere Medicin in München — geht hervor, dass die Chirurgen die Indikationen für die operative Behandlung der Blinddarmentzündungen nach den pathologisch-anatomischen Formen der Krankheit zu stellen bemüht sind. Das sei gewiss ein richtiges Bemühen, allein, die Schwierigkeit besteht darin, dass es durchaus nicht immer möglich ist, aus den klinischen Symptomen die pathologische Form der Wurmfortsatzerkrankungen zu erkennen. Es komme ferner hinzu, dass es Perityphlitiden giebt, bei denen nicht nur entzündlich-phlegmonöse Infiltration des Bindegewebes, son-

dern in der Tiefe derselben auch sogar Eiter vorhanden sein kann und die dennoch zur Resorption und Spontanheilung kommen. Die grössere Aufmerksamkeit, die man den sog. serösen, chronischen, recidivirenden Entzündungen neuerdings zugewandt hat beweise ferner, dass auch diese bei langem Zuwarten trotz mehrfacher Recidive schliesslich doch zur Ruhe kommen können. Deshalb dürfte der etwas weniger operationslustige Standpunkt, den auf dem genannten Congresse Chirurgen wie Sonnenburg eingenommen haben — ein vollkommen berechtigter sein.

c) Dr. P Klemm giebt Herrn Prof. Dehio zu, dass man noch lange nicht soweit sei, für jeden Fall von Perityphlitis die Indikation für eine Operation anzugeben, weil eben häufig die Einsicht in die pathologischen Vorgänge fehle und nur aus ihnen die objektiven Symptome abgeleitet werden können. Trotzdem aber ist Redner der Meinung, dass es eine Reihe von Zeichen giebt, die uns den Verdacht nahe legen, dass sich gewisse Vorgänge im Wurmfortsatz abspielen, die für das Individuum Gefahren mit sich bringen und die es wünschenswerth erscheinen lassen, durch eine Operation den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Wir sollen natürlich nicht von vornherein darauf ausgehen, Frühoperationen zu machen, wohl aber sollten wir durch inniges Hand in Handgehen mit den Chirurgen unser ganzes Augenmerk auf die Entwicklung des Symptomencomplexes zu richten, um sofort bei allarmirendem Charakter der Symptome eingreifen zu können. Redner glaubt in seinem Vortrage auf diese Momente hingewiesen zu haben, wobei er freilich zugeben möchte, dass es Fälle giebt, wo man in dubio sein wird, was im Augenblicke zu geschehen hat, andererseits jedoch müsse eingeräumt werden, dass es Symptome giebt, die einem eo ipso das Messer in die Hand zwingen. Die Frage der Abscessbildung stehe nicht so im Vordergrunde des Interesses, wie das allgemein angenommen werde, da die Bildung von Eiterdepots noch lange nicht zu den schlimmsten, das Leben am meisten bedrohenden Symptomen gehört.

d) Dr. A. v. Bergmann: Die Resorption von Eiter sei doch ein Faktor, mit dem man nicht rechnen dürfe. Spontanheilung von Empyem sei wiederholt beobachtet worden und doch würde es Keinem einfallen bei Empyemen abzuwarten. Wo Eiter nachzuweisen sei — und Solches könne schon bei

relativ kleinen Abscessen in Narkose geschehen — müsse eingegriffen werden. Ferner geben die recidivirenden Perityphlitiden Indikation für die Operation. Bei den acuten Attaquen habe man dem Lenander'schen Standpunkte zu folgen und bei jeder Abweichung des Krankheitsbildes von der Norm den Eingriff zu diskutiren, wobei ein rechtzeitiges Hand in Handgehen der Chirurgen mit den Internisten wichtigste Bedingung sei.

e) Dr. E. Anders weist darauf hin, dass die Indikation immerhin innerhalb bestimmter Grenzen schwanke und dass wir auf ein statistisches Material angewiesen seien; es müsse die Gefahr des Eingriffes in Zahlen ausgedrückt werden. Redner leugnet nicht die Berechtigung eines frühen Eingriffes, solange die Indikationsstellung keine präcisere; denn eine namhafte Zahl von Fällen werde dabei in die Ziffer der Geretteten gezogen. Redner führt einen einschlägigen Fall aus seiner Erfahrung an.

f) Dr. A. v. Bergmann. Die Indicationen für die Operation seien bereits recht präcisirt:

Sobald die acute Attaque nach erfolgter Entfieberung wieder Ansteigen der Temperatur zeigt, sobald im Verlaufe ein Schüttelfrost eintritt, oder exorbitante Schmerzen verbunden mit schlechtem Allgemeinbefinden auftreten — sei der Eingriff ernstlichst zu erwägen. Die Abscesse, die recidivirende Form indiciren strikt die Operation; damit sei gesagt, dass die Fälle, in denen man hinsichtlich des Eingriffes schwankt, doch recht eng begrenzt sind.

g) Dr. Zöge v. Manteuffel. Die Indicationsstellung sei freilich schwierig; aber vorwiegend für die recidivirenden Perityphlitiden. Den Patienten können wir nicht einmal die Versicherung geben, dass der Anfall sich wiederholt, vielleicht war es thatsächlich der letzte.

Eine wesentliche Förderung der Frage habe aber das frühe Operiren zu Wege gebracht, — nicht die klinische Beobachtung. Und wenn wir auch nicht alles und gleich operiren, so geben Zahlen wie Lenander sie giebt doch zu denken. Redner bezweifelt, dass Internisten solche Heilungsreihen aufweisen könnten.

h) Dr. E. Anders. Die für die Indication zur Operation angeführten Cardinalsymptome seien nicht ganz exakt. Die

von Herrn Dr. v. Bergmann geltend gemachten Indicationssymptome: Schüttelfrost, Wiederansteigen der Temperatur oder zu spätes Abfallen der Temperatur — dürften wohl auch den Fällen zuzuzählen sein, welche operationslos günstig verlaufen. Auch die erwähnten Symptome würden also die Indicationsgrenze nicht genauer normiren. Indessen gehöre die Lösung der Frage eines erfolgreichen therapeutischen Verfahrens sicher dem operativen Vorgehen an. Der späte operative Eingriff involvire die Gefahren, — nicht der frühe. Die Internisten aber wären kaum im Stande ein äquivalentes Verfahren an die Stelle des operativen Eingriffes zu setzen.

i) Dr. A. v. Bergmann habe 14 oder 15 Fälle von Appendicitis mit Resection des processus vermiformis behandelt. Ein Fall betraf einen Mann mit erster Attaque, in der bereits neun Schüttelfröste vorhergegangen waren. Redner entfernte den processus vermiformis und eröffnete einen Abscess in der Radix mesenterii. Pat. sei nach einem schweren Krankenlager mit andauernden Schüttelfrösten — genesen. Sein Organismus habe also das septische Material verarbeitet, das während jener ersten Schüttelfröste durch die Mesenterialvenen aufgenommen war. Wäre die Operation gleich nach dem ersten Schüttelfroste erfolgt, so wäre doch mindestens das nachfolgende Krankenlager wesentlich abgekürzt worden, da nicht soviel durch die Mesenterialvenen aufgenommen worden wäre. Die übrigen Fälle betrafen recidivirende Appendicitis. Die betreffenden Patienten kamen zur Operation, weil ihnen ihr Zustand derartige Beschwerden machte, dass sie das Risiko der Operation gerne auf sich nahmen nur um ihre Beschwerden loszuwerden. In allen diesen Fällen war der Erfolg günstig.

k) Dr. P. Klemm. Eine Blinddarmentzündung könne gewiss derart verlaufen, dass Schüttelfröste wiederholentlich auftreten, nur müsse man sich Mühe geben, diese richtig zu deuten, denn sie können häufig genug der Ausdruck dessen sein, dass die necrotisirenden Vorgänge am Darm progredient sind.

l) Prof. K. Dehio. Aus der Debatte gehe hervor, dass in einer grossen Zahl von Krankheitsfällen Internisten wie Chirurgen einstimmig dafür sein werden operativ einzugreifen. In einer anderen Reihe von Fällen aber seien die Indicationen für die Operation durchaus nicht leicht zu stellen und sie

sind es, in denen der Chirurg und der Internist gemäss der Verschiedenheit des Krankenmateriales, an dem sie ihre Erfahrungen sammeln, — am häufigsten verschiedener Meinung sein werden. Die Anzahl solcher für die Therapie strittiger Fälle wird sich nur dann allmälig verringern, wenn einerseits die Chirurgen sich in den inneren Kliniken davon überzeugen, wieviele Typhlitiden und Perityphlitiden bei exspectativer Behandlung günstig verlaufen — und wenn andrerseits die Internisten sich durch eigenen Augenschein darüber belehren lassen werden, dass die Operation der Perityphlitis thatsächlich nicht so gefährlich ist, wie das von den Nichtchirurgen noch häufig angenommen wird.

m) Dr. W. Zöge v. Manteufel. Die Indicationsstellung werde einzig und allein durch die pathologischen Kenntnisse gefördert werden und diese verdanken wir nicht der klinischen Beobachtung, auch nicht den Sectionen, wo die Patienten das operative Stadium schon überschritten haben, — sondern nur den Operationen.

4. Dr. W Greiffenhagen hält seinen angekündigten Vortrag: **„Die Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche“.** (St. Petersb. med. Wochenschr.).

Discussion:

a) Dr. W. Zöge v. Manteuffel will die Indicationen zur Radikaloperation noch weiter gestellt wissen, da Bruchbänder doch nie Sicherheit gegen Einklemmung geben.

Ferner fragt Redner an, ob die Operation nach Frank nicht bedenkliche Einklemmungen des Samenstranges hervorrufen, wie wir sie am Nerv nach Fracturen des humerus etc. sehen?

Redner würde sich scheuen, den Samenstrang in den durch Callus sich verändernden Raum zu placiren.

b) Dr. W. Greiffenhagen schliesst sich den Ausführungen des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel an und meint, man habe wol das Recht, die Radikaloperation anzuempfehlen.

Frank habe von Seiten des Samenstranges nie irgend welche Störungen — auch 3 Jahre nach der Radikaloperation — beobachtet.

5. Dr. E. Anders hält seinen angekündigten Vortrag **„Ueber Ruhestellung und Entlastung erkrankter Körpertheile (nebst Demonstration von Apparaten)“.** (»St. Petersb. med. Wochenschr.«).

Discussion:

a) Dr. W. Zöge v. Manteuffel will scharf scheiden zwischen Kindern und Individuen, die nahe der Grenze des Knochenwachsthumes stehen. Kinder können sehr lange ruhig liegen und wir müssen mit Sicherheit die Vernarbung abwarten ehe mit der Leistung der physiologischen Functionen begonnen wird.

b) Dr. E. Anders. Bei Erwachsenen habe das lange Liegen in der That grosse Schwierigkeiten. Die Spondylitis aber bei Erwachsenen sei meist so gravide, dass ein Theil der Patienten unabhängig von den therapeutischen Eingriffen auf die horizontale Lage angewiesen ist.

c) Dr. A. v. Bergmann. Es sei ein Unterschied zu machen zwischen der Behandlung in der Privatpraxis und der — im Hospitale: Die absolute Bettruhe für die Coxitis sei in der Privatpraxis nicht durchzuführen; man werde hier Besseres leisten, wenn man das kranke Kind in einen geeigneten Stützapparat legt, sobald das akuteste Stadium vorüber.

d) Dr. E. Anders erwidert Herrn Dr. v. Bergmann, dass er die horizontale Lage nur für die Spondylitis im Auge gehabt habe. Nur eine bestimmte Periode der Coxitis gehöre der horizontalen Lagerung an; sonst habe man Immobilisation und Krücken in Anwendung zu bringen. Die Extremitäten bilden einen ausgesprochenen Gegensatz zur Wirbelsäule, welche wir auf keinem anderen Wege als durch die horizontale Lage entlasten können.

6. Dr. W. Zöge v. Manteuffel hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber Spättodesfälle nach Narcose“**. («St. Petersburger med. Wochenschrift»).

7. Der Präses Dr. H. Truhart giebt einen Rückblick auf die Thätigkeit und den Verlauf des VII. livl. Aerztetages und stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf. § 23) gewünscht werde?

Die Frage wird von der Versammlung einstimmig in verneinendem Sinne beantwortet.

8. Der VII. livl. Aerztetag wird statutengemäss durch den örtlichen Kreisarzt Dr. P. Gaehtgens geschlossen.

Schluss der VI. Sitzung.

d. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Topographisches über den Bacillus leprae, mit Demonstration microscopischer Präparate.

Von

Dr. Paul Bergengrün.

Vortrag zum 7. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden am 14. September 1895.

Hochverehrte Versammlung!

Die von Hansen, dem Entdecker des Bacillus leprae vertretene Ansicht, dass der letztere nur in Zellen eingeschlossen vorkomme, ist heutzutage in allen Welttheilen die herrschende; auch unsere vaterländische livländische Lepraliteratur vertritt denselben Standpunkt, und nur wenige Autoren, in erster Linie Unna und Leloir, sind anderer Meinung.

Indem ich mich auf Grund eingehender Untersuchungen, die ich im Verein mit Dr. Ottocar Gerich-Riga angestellt habe, zu dieser Minorität bekenne, bitte ich Sie, meine Herren, die Stichhaltigkeit unserer Gründe für diese unsere Stellungnahme an der Hand der ausliegenden Präparate Ihrer werthen Kritik zu unterziehen; ich hoffe, Sie davon überzeugen zu können, dass die Leprabacillen der Hauptsache und Regel nach nicht intracellulär, sondern ausserhalb der Zellen ihr Domicilium haben.

Die Präparate entstammen den Schleimhäuten von 17 Kehlköpfen, die mit Lepra tuberosa behaftet waren und einzelnen anderen Partien der oberen Luftwege.

Für die freundliche Ueberlassung dieses Materials, erlaube ich mir dem Director des Leprosoriums zu Riga, Dr. med. Adolf von Bergmann an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Wir fassen die Resultate unserer Untersuchung in zwei Kardinalpunkte zusammen:

I. Die Leprabacillen liegen thatsächlich ausserhalb der Gewebszellen.

Es ist uns nicht gelungen, Gewebszellen und Bacillen, welche räumlich zu einander in naher Beziehung standen, gleichzeitig bei derselben Tubuseinstellung zu erblicken, wie das etwa bei Kern, Kernkörperchen und Contur einer Zelle der Fall ist: man sieht, wenn die Mikrometerschraube in Ruhe ist, an einer Stelle des Gesichtsfeldes entweder Bacillen oder eine Zelle, aber nie an derselben Stelle Beides zusammen. — Davon überzeugen Sie sich am leichtesten, wenn Sie sich ein sog. Ausstrichpräparat ansehen, welches aus frischem Gewebssaft eines Hautknotens vom Lebenden gewonnen wurde.

Das Ausstrichpräparat wird, wie das bei jeder Neuaufnahme im Rigaschen Leprosorium geschieht, so hergestellt, dass die Epidermis leicht abgekratzt und die vortretende Lymphe mit einem Deckgläschen aufgetupft, auf demselben verdünnt, vorsichtig getrocknet und gefärbt wird. Von einer Zerstörung der Zellen und von mechanischem Herausdrücken der Bacillen aus denselben kann keine Rede sein. Diese Präparate zeigen deutlich intacte blaue Zellen und räumlich von ihnen ganz unabhängige freie Stäbchen, nie aber einen Bacillus intracellulär.

II. Die Leprabacillen befinden sich in den Lymphbahnen des Körpers und zwar in jeder der für dieselben gewöhnlichen Gesellschaftsformen:

Sie treten nämlich auf: als grosse Bacillenhaufen, als Büschel oder Bacillenbündel, als isolirte Individuen.

Was nun die erste Form, die Haufen anlangt, so hält man sie ziemlich allgemein für Zellen, die mit Stäbchen vollgepropft sind und nennt sie Schollen, Globi oder Leprazellen.

Dass es sich hier aber nicht um Zellen handeln kann, wird durch 3 Thatsachen bewiesen.

1) Diesen Gebilden fehlt ein Kern. Ein solcher wird bei erwachsenen Zellen nur dann vermisst, wenn sie entweder verhornt sind, — dann haben sie

stets Plattenform. — oder wenn sie im Zerfall begriffen, körnig degenerirt sind.

Beides trifft aber hier nicht zu: die Gestalt der Bacillenhaufen ist immer rundlich, kuglig, eiförmig, keulenartig oder bandartig, oft auch ganz unregelmässig mit Fortsätzen, welche in die verschiedensten Ebenen hinausstrahlen, in der abenteuerlichsten Weise versehen, wie das sonst bei Zellen nie vorkommt und wie Sie das hier sehen können.

Trübungen im supponirten Zellleibe fehlen immer Man hat die hellen Flecke, welche die fraglichen Gebilde oft, aber lange nicht immer enthalten, Kerne genannt. Das sind aber Vacuolen, bacillenlose wahrscheinlich mit homogener Lymphflüssigkeit gefüllte Räume und keine etwa bläschenförmigen Kerne: denn sie nehmen nie Kernfärbung an und lassen sich bei geeigneten Durchschnitten als deutliche Canäle, oft als Halbrinnen. oder tiefe Einschnitte in die gefärbte Masse hinein erkennen.

2) Die Conturen dieser sog. «Leprazellen» lösen sich bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen in eine Aneinanderlagerung von Bacillen oder deren Abkömmlingen auf.

Oft ist die Conturlinie eines solchen sog. Globus auch insofern eine nur scheinbare, als sich mit der Mikrometerschraube eine überraschende Verlängerung derselben nach einer Seite hin erzielen lässt, ein Umstand der auch darauf hinweist, dass das fragliche Gebilde verschiedene Ebenen durchsetzt und in einem Rohre liegt. Manchmal treten dann längliche Gruppen lose durch Zooglöa mit einander verbundener Stäbchen aus einer Contur hervor, ein anderes Mal eine Schaar freier Bacillen, welche alle längs gestellt, dieselbe Verlaufsrichtung einschlagen.

3) Die in Rede stehenden Bacillenconglomerate färben sich nur mit Bacterienfarben deutlich und verweigern die Annahme von Kern- und Protoplasmafarben.

Die fraglichen Gebilde sind unserer Ansicht nach, entsprechend der Unna'schen Auffassung, Thromben in

dilatirten Lymphgefässen und bestehen aus Zooglöa, Bacillen, Bacillenresten und geronnener Lymphflüssigkeit. Für diese Annahme bieten unsere Präparate mannigfache Stützen dar:

a) Die rothen Massen liegen zumeist in Hohlräumen, welche mit einem deutlichen Endothel ausgekleidet sind.

b) Die Mikrometerschraube zeigt an manchen, besonders deutlich an etwas dickeren Schnitten, dass die eine Hohlwand des Rohres, den quer oder schräg geschnittenen Thrombus beherbergt, diesem wie eine Kappe aufsitzt; diese wird nämlich durch die Schraubenbewegungen über der rothen Scheibe, d. i. dem Thrombusquerschnitte, dergestalt hin und her bewegt, dass die letztere sich unter der umgebenden Kante versteckt und wieder hervortritt.

c) Andere Bilder lassen erkennen, dass ein feineres bacillenerfülltes Gefäss in ein gröberes einmündet. Andererseits sehen Sie in einem weiteren Bilde den Durchschnitt eines ganzen Gefässbündels, woselbst 3 endotheliale Schläuche von verschiedener Grösse nebeneinander verlaufen; ein jeder von ihnen beherbergt eins der grossen rothgefärbten Gebilde, einen Bacillenthrombenschnitt.

d) Die von Neisser bei seinen microscopischen Lepraforschungen stets vermissten Längsschnitte der Bacillenhaufen, die unsere Präparate in so grosser Menge aufweisen, stützen Gerich's und meine Anschauung resp. die in Rede stehende Unna'sche Lehre in kräftigster Weise. Sie zeigen uns wurstförmige, kettenartige schmälere in vielfacher Parallelzeichnung neben einander in glattem Bindegewebe verlaufende, oft die Drüsenacini korbgeflecht ähnlich umspinnende, oder auch, wie Haarwellen aussehende, oft mit kolbiger Auftreibung versehene Stränge und Bänder, wir bemerken da Schlängelungen, kurze und lange, breite und schmale Bogenformen, und erblicken deutliche Kniee. Ist ein solcher thrombosirter Schlauch gerade dort quergetroffen, wo er aus einer Richtung und Ebene in eine andere umbiegt, so sehen wir bei einer Tubuseinstellung eine Scheibe oder das Stück einer Kugel und bei einer zweiten den in dieses sich fortsetzenden Längsthrombus. Ganz besonders deutlich in

den haarwellenähnlichen Bacillen-Schnüren da, wo einer kolbigen Auftreibung des Röhrchens ein Stück der Hohlwand fortgeschnitten ist.

Ferner sehen wir längs getroffene jüngere Thrombenstücke deutlich zwischen den anscheinend ganz normalen aber auseinander gedrängten Bindegewebszellen, ebenso wie wir das bei den vorerwähnten Bacillenschnüren sehen, ohne Beisein von Rundzellen; das bedeutet aber: nicht an Zellen, wohl aber an präexistirende Gewebsspalten gebunden finden sich die Bacillenthromben.

e) Das strahlen- oder strudel- u. wirbelartige Auseinanderfahren vieler Reihen von Thrombendurchschnitten in vielen Schnitten, ausgehend von einem Mittelpunkt oder auch von mehreren Centren, sowie auch die, die Richtung dieser Strahlen einhaltende und ihr entsprechende gekrümmte Form der Thromben, weist darauf hin, dass sie sich in präexistirenden Räumen befinden.

Die erwähnten vielgestaltigen, abenteuerlich geformten oft cactusartigen Gebilde glauben Gerich und ich als Ausgüsse varicös dilatirter, lymphangiectatischer Stellen des Saftstromgebietes deuten zu müssen.

f) Hier sehen Sie deutlich den Thrombus in einem gebogenen an zwei Stellen vom Schnitt getroffenen Rohre liegen, dessen beide kreisförmige Querschnittflächen mit einander durch den grauschimmernden und mit einzelnen Bacillen von aussen besetzten Mantel eines Lymphgefässes verbunden sind, ähnlich wie das bei den Stollen eines Hufeisens der Fall ist.

Die 2. Conglomerationsform — Bacillenbündel und Büschel — die Uebergangsform von dem isolirten zu dem thrombosirenden Auftreten des Bacill. leprae, zeigt mehrere, nahe bei einander liegende Individuen; diese lassen schon, wo nur 4 oder 5 Stäbchen zusammenliegen, das Bestreben erkennen sich zu einer runden, oft schon deutlichen Kreisform zu aggregiren. Die Neigung zur Bildung solcher Configurationen spricht ebenfalls für die Annahme der Unna'schen Lehre.

Die isolirten Bacillen endlich müssen sich in den structurlosen Gewebsspalten befinden, den sog. Saftkanälchen,

welche ja die Anfänge der Lymphbahnen repräsentiren da, wie schon angeführt, der Nachweis nicht gelingt, dass sie innerhalb der Zellen stecken; damit soll aber keineswegs gesagt sein, dass ihre intracelluläre Lage ganz unmöglich ist und wir haben besonders im Epithel vereinzelte Stellen gefunden, wo diese Ausnahme deutlich constatirt werden konnte.

Andrerseits sehen wir ganze, lange Ketten hintereinander gereihter Einzelbacillen den pericapillären Räumen entsprechend, aber auch ohne diese, durch das Gewebe in das Papillarstratum und durch dieses in das oft sehr verdickte Epithel hineinziehen.

Entsprechend dem Obengesagten, ist die Anordnung der 3 Gesellschaftsformen des Bacill. leprae, wenn auch vielfachen Schwankungen unterworfen doch im Allgemeinen die, dass die isolirten Bacillen sowie die Büschelformen mehr im kräftig entwickelten, stark gefärbten, dichtgepflasterten Rundzellengewebe vorkommen, woselbst sie oft in unzähligen Mengen ausgesät erscheinen.

Ja, es kommt vor, dass sie das Gewebe total verdrängen: man sieht dann in einem Gesichtsfelde mit der schwächsten Vergrösserung die eine Hälfte des Bildes blau (Rundzellen) die andere mit geflammten, zackigen Conturen roth (Bacillen) gefärbt; das Bacillenlager sendet Fortsätze tief ins Rundzellengewebe hinein.

Mehr central in den Grenzgebieten zwischen jugendlichem und älterem Lepragewebe, wo sich die Lymphräume mehr ausdehnen können, wo sich die Saftspalten schon zu Gefässchen sammeln, kommen die Thromben und deren Durchschnitte zur Beobachtung. Im jungen Rundzellgewebe sieht man die Thromben viel seltener, ebenso auf der andern Seite im schon solid gewordenen Narbengewebe. Im Epithel findet sich, wie auch im Perichondrium, der Bac. leprae nur isolirt oder in Bündeln, — selten erweitern sich die intercellulären Räume so gewaltig, wie Sie das in dem Präparate sehen, wo der Thrombus sich bis dicht an's Drüsenlumen heran zwischen die Epithelzellen eingedrängt hat.

Wenn wir somit von der U n n a'schen Lehre von dem intralymphovasculären constanten Wohnort der Leprabacillen

überzeugt sein müssen, so können wir uns trotz der unleugbaren Wichtigkeit dieser Thatsache doch nicht verhehlen, dass die Cardinalfrage, auf welche das anatomische Studium der Lepra doch hinauslaufen muss, nämlich die nach dem Invasionswege der Bacillen, noch lange nicht gelöst ist. Vielleicht dürfen wir aber die Hoffnung hegen, dass die gewonnene Erkenntniss einst die enge Pforte öffnen helfen werde, durch welche wir einst zum Tempel der Gewissheit eingehen könnten, der Gewissheit nämlich, wie die allerelendesten unserer Mitmenschen von einem Fluche zu befreien wären, dessen Schrecknisse unsere theure baltische Heimath seit Jahrhunderten erfüllen.

Ueber diaphoretische Heilmethoden.

Von

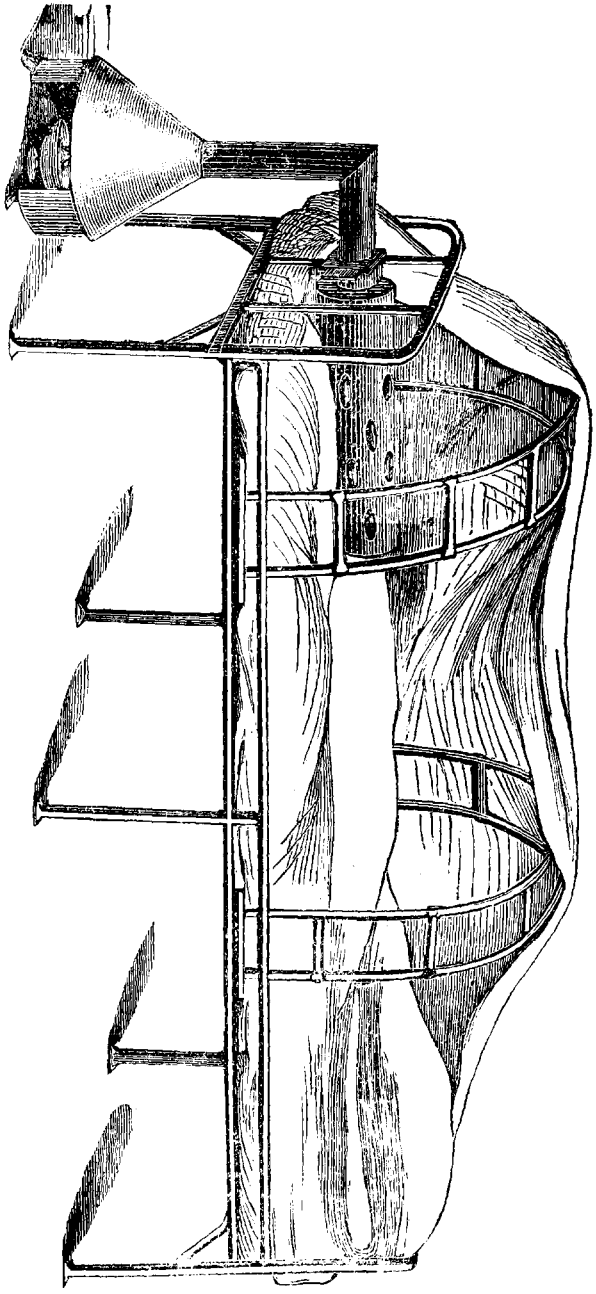
Prof. Dr. Karl Dehio.

Ein am 14. (26.) September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetag zu Wenden gehaltener Vortrag.

M. H.! Als vor 2 Jahren die Cholera ihre Opfer auch bei uns forderte, habe ich vielfach den Versuch gemacht die asphyctischen und algiden Kranken dadurch zu erwärmen und zum Schwitzen zu bringen, dass ich ihnen physiologische Kochsalzlösung intravenös injicirte und zugleich vermittelst einer einfachen Vorrichtung erwärmte Luft unter die Decke des Krankenbettes leitete und somit die Kranken in eine warme Athmosphäre versetzte. Obgleich die therapeutischen Erfolge dieser Behandlung von Cholera ebenso negativ ausfielen, wie alle die unzähligen Versuche, die man sonst bei dieser Krankheit unternommen hat, so habe ich doch die Erfahrung gemacht, dass auf diese Weise sehr energische diaphoretische Wirkungen erzielt werden können. Alle meine Kranken, mochten sie noch so blau und kalt daliegen, wurden in kurzer Zeit warm und geriethen in profusen Schweiss. Ich habe deshalb das von mir geübte Verfahren in den letzten zwei Jahren auch vielfach bei anderen Kranken angewandt und mich stets von der zuverlässigen Wirksamkeit desselben überzeugt. Ich stehe deshalb nicht an, Ihnen dasselbe für alle die Fälle zu empfehlen, wo Sie ihre Kranken rasch und auf bequeme Weise zum Schwitzen bringen wollen.

Erlauben Sie mir nun, den von mir benutzten Apparat[1]) kurz zu beschreiben. (cfr. die beigefügte Abbildung).

[1]) Der Apparat ist vom Klempnermeister Mirwitz nach meiner Angabe angefertigt und kann durch die Droguenhandlung von Pfeil in Dorpat (Jurjew) bezogen werden.



Er besteht im Wesentlichen aus einer aus Eisenblech gefertigten Röhre von etwa 7 Cmtr. Durchmesser. Diese Röhre besteht aus 2 im rechten Winkel zusammenstehenden Schenkeln, von denen der eine horizontal, der andere senkrecht verläuft. Der senkrechte Theil der Röhre verbreitert sich nach unten zeltförmig, so dass ein etwa 32 Cmtr. im Durchmesser haltender Raum entsteht, der an seinem Fussende einen thürähnlichen Ausschnitt besitzt, durch welchen eine gewöhnliche Spirituslampe bequem hineingeschoben und wieder herausgelangt werden kann. Dieser zeltförmige Heizraum ruht auf 3 eisernen Füssen derart, dass zwischen dem unteren Rande der Zeltwandungen und dem Fussboden ein etwa fingerbreiter Spalt übrig bleibt, so dass die Luft bequem in den Heizraum von allen Seiten eintreten kann. In diesen Heizraum wird eine brennende Spirituslampe hineingestellt, so dass die von ihr erwärmte Luft unter dem Zeltdach in die Höhe steigen und in die schornsteinähnlich aus demselben sich erhebende Blechröhre hineinströmen muss. Der horizontale Arm der Schornsteinröhre wird vom Fussende des Bettes her, zwischen den Gitterstäben der Fusslehne hindurch unter die Bettdecke und das Oberlacken des Krankenlagers geschoben, so dass er mit etwa zwei Dritteln seiner Länge zwischen die Beine des Kranken zu liegen kommt. Die erwärmte Luft muss somit aus dem Schornsteinrohr in den Bettraum ausströmen. Zum bequemeren Gebrauch des Apparates sind nun noch folgende Vorrichtungen angebracht. Der vertikale Schenkel des Schornsteinrohres besteht aus zwei dicht in einander passenden und auf einander verschieblichen Hülsen, so dass er beliebig, je nach der Höhe des zu erwärmenden Bettes verkürzt und verlängert werden kann. Der horizontale Schenkel kommt dadurch je nach Bedürfniss höher oder niedriger zu liegen. Am Beginn des horizontalen Schenkels befindet sich eine verschiebbare Blechklappe durch welche in derselben Art wie durch die bei den russischen Oefen gebräuchlichen Ofenklappen, die Lichtung des Rohres theilweise oder auch ganz verschlossen werden kann. Dadurch vermögen wir den Zufluss der erwärmten Luft zum Bettraum beliebig zu re-

guliren. Dieser Blechschieber befindet sich noch ausserhalb der Fusslehne des Bettes, so dass die Stellung desselben regulirt werden kann, ohne dass der Kranke dadurch belästigt wird. Um dem ganzen Apparat und namentlich der Lage des horizontalen Röhrenschenkels Festigkeit und Halt zu verleihen, befindet sich am letzteren da, wo er zwischen den Sprossen der Fusslehne des Bettes liegt, ein eiserner Querstab, dessen Enden durchbohrt und mit Bindfaden versehen sind; man kann nun mit Hülfe dieser letzteren den ganzen Apparat fest an das Fussende des Bettes anbinden und ihn so fixiren, dass die untergestellte brennende Lampe sicher geschützt ist und auch die Kleider der Krankenwärterin nicht mit der Flamme in Berührung kommen können. Natürlich erhitzt sich der Apparat und namentlich das Schornsteinrohr in ziemlich hohem Grade; ich habe deshalb um den horizontalen Schenkel desselben, so weit er in den Bettraum hineinragt eine cylindrische Hülle aus mit Wasserglas durchtränkter Pappe[2]) herumlegen lassen, die als schlechter Wärmeleiter die Beine des Kranken vor der Berührung mit dem heissen Eisenblech schützt. Diese Hülle hat etwa 15 Cmtr. im Durchmesser und ist nicht blos an ihrem Ende offen, sondern auch seitlich mit zahlreichen Löchern versehen, so dass sie der erwärmten Luft, welche sich zwischen ihr und dem Blechrohr ansammelt, nach allen Seiten den Austritt gestattet.

Sehr wichtig ist nun die Herrichtung des Bettes selbst. Es kommt darauf an, dass der Körper des Kranken von einem grösseren Luftraum umgeben ist, so dass die Perspiration ungehindert von Statten gehen kann. Es werden deshalb zwei halbrunde Bügel, wie sie z. B. zur Befestigung der Eisbeutel bei der Behandlung der Peritonitis benutzt werden, etwa in der Höhe der Kniee und des Epigastrium des Kranken quer über das Bett gespannt, an die Seitenstäbe des Bettgestelles angebunden und nun Laken und Decken über diese Bügel gebreitet. Die Decken werden mit Heftnadeln an die Fusslehne so be-

[2]) Asbestpappe eignet sich hierzu weniger, weil sie zu weich ist.

festigt, dass ein möglichst fester Verschluss gegen die Aussenluft zu Stande kommt, wobei namentlich um das Ende der Papphülle herum die Decken fest gestopft werden müssen. Dasselbe geschieht auch an den Seiten des Bettes und oben werden die Decken um den Hals und hinter die Schultern des Kranken gesteckt. Gewöhnlich brauche ich hierzu zwei Decken. So entsteht ein abgeschlossener, zeltähnlicher Hohlraum, in welchem der Kranke so liegt, dass nur der Kopf sich in der kühleren Aussenluft befindet, der ganze übrige Körper aber in dem Heissluftbade liegt. Da die Patienten stark schwitzen, ist es zweckmässig zwischen das Pfühl und Unterlacken noch ein Gummituch zu breiten. In der Abbildung sind Decke und Oberlacken von der einen Seite zurückgeschlagen, um den ganzen Apparat sichtbar zu machen, im Uebrigen ist aus derselben die Einrichtung des Schwitzbettes leicht verständlich.

Vielfache Temperaturmessungen haben mir gezeigt, dass durch eine mittelgrosse Spiritusflamme[3]) binnen 15 bis 20 Minuten mit Leichtigkeit eine Wärme von 40 bis 50° C. und sogar noch mehr im ganzen Innenraum des Bettes erzeugt werden kann.

Ich bin mir nun, meine Herren, dessen sehr wohl bewusst, dass ich mit dieser Einrichtung nichts Originelles ersonnen habe; der Versuch, die Kranken durch Zuleitung warmer Luft zu erwärmen und schwitzen zu lassen, ist schon vielfach gemacht worden. Ich erinnere nur an die in vielen grösseren Hospitälern gebräuchlichen sogenannten Dampfkästen, die ja auch mit trockener, heisser Luft gefüllt werden können (Etuves sèches). Auch die Zuleitung warmer Luft in die Krankenbetten selbst, in der Art, wie ich sie übe, ist schon vor mir öfter ausgeführt worden. Soviel mir bekannt, haben z. B. Fiedler in Dresden, ferner Eichhorst in seinem bekannten Lehrbuch, Scholz in seiner noch zu citirenden Monographie über die Behandlung der Bleichsucht und Jacob-

[3]) Benzin und Petroleumäther eignet sich nicht als Brennmaterial, weil die Verbrennungsgase dieser Stoffe durch ihren unangenehmen Geruch die Kranken belästigen.

sohn in der Zeitschr. für Krankenpflege Juli 1895 ähnliche Vorrichtungen beschrieben. Die Franzosen haben für einen derartigen Wärmeofen den eleganten Namen «Phenix à air chaud» erfunden. Allein eine ausgebreitetere Anwendung hat die Methode bisher nicht gefunden, wie ich vermuthe aus dem Grunde, weil nur Wenige sich die Mühe gemacht haben, durch die Berücksichtigung von allerlei practischen Kleinigkeiten diese Behandlungsweise zu einer wirklich bequemen auszuarbeiten. Ob mir das gelungen ist, das zu entscheiden überlasse ich Ihrem Ermessen.

Welche Stellung nimmt nun das Schwitzbett, wie ich es soeben beschrieben habe, in der Reihe der physikalischen Methoden der Diaphorese ein?

Vor allem unterscheidet es sich von den mit Wasserdampf gesättigten russischen Dampfbädern und den durch trockene Wärme wirkenden römisch-irischen Heissluftbädern dadurch, dass nicht der ganze Körper in einen heissen Raum gesteckt wird, in welchem dieselbe heisse Luft, die auf die äussere Haut wirkt, auch geathmet werden muss. Der Kopf des Kranken bleibt vielmehr frei im kühlen Medium der Zimmerluft, was viele Kranke, die an Kopfcongestionen leiden oder zu Schwindelgefühlen neigen, dankbar empfinden; es wird ferner dadurch, dass die kühlere Zimmerluft geathmet wird, die Wärme- und Feuchtigkeitsabgabe durch die Lungen nicht behindert, während im russischen Dampfbade Beides, sowohl die Wärmebindung durch Wasserverdunstung, als auch die Wärmeabgabe durch Strahlung an die kühlere Athmungsluft innerhalb der Lungen fortfällt, und im römisch-irischen Bade wenigstens das letztere dieser beiden Momente nicht zur Geltung kommen kann. Da nun unter gewöhnlichen Verhältnissen etwa 15% der gesammten Wärmeabgabe des Körpers durch die Lungen erfolgt, so ist ersichtlich, dass im Schwitzbett, wo die Wärmeabgabe auf dem Wege der Athmung nicht behindert ist, eine bedeutend geringere Wärmestauung innerhalb des Körpers bewirkt wird, als in den Heissluft- und vollends in den allgemeinen Dampfbädern. Die letzteren unterscheiden sich übrigens in einem noch

viel wichtigeren Punkt von meinem Schwitzbett. Der mit Feuchtigkeit gesättigte mehr als körperwarme Raum des Dampfbades verhindert nicht nur die Wärmeabgabe durch die Lungen, sondern ebenso auch die Verdunstung des Schweisses auf der gesammten Körperoberfläche. Jegliche Wärmebindung durch Feuchtigkeitsabdunstung ist also unmöglich und somit der Organismus des wichtigsten Mittels beraubt, durch das er sich gegen die plötzliche Vermehrung seiner Eigenwärme schützen kann. Daher sehen wir denn auch, dass bei gleich hohen Temperaturen im russischen Dampfbad, im römisch-irischen Heissluftbad und im Schwitzbett, die Bluttemperatur im Körperinneren sich nicht gleich verhält, sondern im Dampfbad am raschesten und höchsten, im Schwitzbett am langsamsten und am wenigsten ansteigt.

Eine Mittelstellung zwischen dem russischen Dampfbad und dem Schwitzbett nehmen die sogenannten Dampfkastenbäder ein, bei denen sich zwar der Körper im heissen Dampf befindet, Kopf und Lungen aber nicht unter der Dampfathmosphäre stehen.

Am meisten ähneln dem Schwitzbett die Etuves sèches insofern sie auch nur auf den Rumpf und die Extremitäten die Hitze in trockener Form wirken lassen. Aber sowohl die Dampfkästen als die trockenen Kästen verlangen, dass der Patient im Stande sei, das Bett zu verlassen und sich längere Zeit in sitzender Stellung zu erhalten, während bei der Anwendung des Schwitzbettes die Kranken kaum gerührt zu werden brauchen und höchstens von ihrem gewöhnlichen Lager auf das Schwitzbett gehoben werden.

Von allen genannten diaphoretischen Verfahren ist also das Schwitzbett das schonendste und mildeste.

Die physiologischen Wirkungen desselben lassen sich leicht beurtheilen.

Das allmähliche Ansteigen der Temperatur im Bettraum wirkt auf die ganze Oberfläche des Körpers als ein milder aber anhaltender Wärmereiz, durch welchen eine sehr bedeutende Dilatation des gesammten Capillarnetzes der Haut mit den zugehörigen feinsten und feinen arte

riellen und venösen Gefässen bewirkt wird; die Haut gewinnt eine immer lebhaftere Röthe und eine dem grösseren Blutreichthum entsprechende Turgescenz. Plethysmographisch lässt sich eine Volumszunahme der Extremitäten leicht nachweisen. Dem entsprechend muss die Blutfülle der inneren Organe sinken und etwaige Stauungen in denselben abnehmen; der ganze Körper erfährt also eine tiefgreifende Aenderung seiner Blutvertheilung, indem das Blut in grösseren Massen zur Peripherie und den Extremitäten strömt. Entsprechend der Verminderung der Widerstände in diesen weiten Gefässgebieten sinkt der Blutdruck in den Arterien des grossen Kreislaufes und das Herz arbeitet gegen einen geringeren Aortendruck. Der gleichmässige thermische Hautreiz bewirkt übrigens auch reflectorisch eine Herabsetzung des Tonus der vasomotorischen Centra, welche gleichfalls zur Erniedrigung des arteriellen Blutdrucks beiträgt.

So lange es noch nicht zu einem stärkeren Schweissausbruch gekommen ist, muss mit physikalischer Nothwendigkeit die Wärmeabgabe durch die Haut im Schwitzbett vermindert sein; ja — sobald die Temperatur der äusseren Luft höher wird als die Körpertemperatur, muss sogar der Organismus, wenigstens bei trockner Haut, von aussen Wärme aufnehmen. Deshalb sehen wir stets die Temperatur des Körpers nicht blos an der Peripherie sondern auch in der Axelhöhle und im Mastdarm steigen; meist ist dieser Anstieg nur mässig und geht selten über 38,5 bis 39,0° hinaus. Höhere Temperaturen habe ich nur ausnahmsweise z. B. bei einem Diabetiker beobachtet, der auf keine Weise zum Schwitzen zu bringen war und der nach einem ca. einstündigen Aufenthalt im heissen Bett in der Axilla 39,3° C. zeigte bei einer Temperatur des Bettraumes von 47° C.

Nachdem die Bluttemperatur um etwa 1—1½ Grad gestiegen ist, erfolgt reichlicher Schweiss und dieses Zusammentreffen der Temperaturerhöhung mit dem Schweissausbruch weist wohl darauf hin, dass die gesteigerte Körper- resp. Blutwärme es ist, welche die Schweisscentra zur intensiven Thätigkeit anreizt. Dass der locale, thermische Hautreiz nicht allein die Ursache ist, welche

die Haut zum Schwitzen bringt, wird schon dadurch bewiesen, dass auch das Gesicht, besonders Stirn und Wangen, die ja durchaus nicht der heissen Luft ausgesetzt sind, hochroth werden und sich mit dicken, tropfenden Schweissperlen bedecken.

Die Menge des abgesonderten Schweisses, welche durch Wägungen des Kranken vor und nach dem Schwitzen mit genügender Sicherheit festgestellt werden kann, ist je nach der Höhe und Dauer der Temperatur des Schwitzbettes und der Individualität des Patienten sehr verschieden. Bei 45 bis 50° C. im Bettraum und zweistündiger Dauer der Erwärmung können 1—2 Liter Schweiss ausgeschieden werden, wenn man aber den Kranken vorher reichlich warmes Getränk geniessen lässt, so steigt die Menge des producirten Schweisses oft auf's Doppelte. Sehr regelmässig kann man beobachten, dass der diaphoretische Effect des Schwitzbettes die ersten 2—3 Male nur gering ausfällt, später aber so reichlich wird, dass die Kranken wie in Schweiss gebadet und die Unterlagen und Betttücher völlig durchnässt sind. Wenn es sich um nicht hydropische Kranke handelt, so wird dieser starke Wasserverlust sehr bald durch Durst und vermehrte Flüssigkeitsaufnahme ausgeglichen.

Was das Herz betrifft, so bewirkt die Steigerung der Blutwärme und die thermische Reizung der Haut bei nicht herzkranken Individuen regelmässig eine nicht unbedeutende Erhöhung der Frequenz des Pulses, die oft von 60—70 auf 100 bis 120 Schläge p. min. steigen kann; die Radialarterie ist dabei weit, die Welle ziemlich hoch und von etwas dicrotem Charakter. Das Schwitzbett übt also offenbar einen reizenden Einfluss auf den automatisch-motorischen Apparat des Herzens aus und trotz der Herabsetzung des Blutdruckes werden wir, da das Herz frequenter schlägt, wohl kaum von einer Erleichterung oder Verminderung der Herzarbeit während des Schwitzens reden dürfen.

Wie der Puls, so wird auch die Athmungsfrequenz durch das Schwitzbett vermehrt, was wohl zum Theil

auf reflectorische Erregung des Athmungscentrums durch den thermischen Hautreiz, zum Theil aber wohl auf eine directe Reizung desselben durch die erhöhte Eigenwärme des Blutes zurückzuführen ist.

Sie sehen also, m. H., dass wir durch das Schwitzbett eine ganze Reihe von physiologischen Functionen sehr energisch beeinflussen können. Der Blutdruck sinkt, die Blutvertheilung im Körper unterliegt einer fundamentalen Aenderung, die Frequenz der Herzschläge und der Athmung steigt und die Haut transpirirt und scheidet grosse Mengen von Flüssigkeit aus. Da ist es denn wohl selbstverständlich, dass auch der Stoffwechsel ein anderer wird. Ich selbst habe zwar in dieser Beziehung keine Untersuchungen angestellt, aber die Beobachtungen von Godlewsky[4]), Argentow[5]), Frey[6]). Schleich Topp[7]) und Andern mehr haben den Beweis geliefert, dass die Ausscheidung des Harnstoffes bei gleichbleibender Nahrungszufuhr und bei Personen, die sich im Stickstoffgleichgewicht befinden, durch Schwitzbäder bedeutend vermehrt wird. — Noch bedeutender ist die Vermehrung der ausgeschiedenen Harnsäure, welche das Doppelte und Dreifache des Normalen betragen kann. Wird hierdurch eine gesteigerte Umsetzung der Eiweissstoffe bewiesen, so besteht kein Zweifel, dass auch das Fett einer energischen Verbrennung unterliegt. Dasselbe gilt wahrscheinlich auch für die Kohlehydrate. Dem entsprechend muss die O-Aufnahme und die CO_2-Ausscheidung durch die Athmungsluft vermehrt sein. Diese Beschleunigung des Stoffumsatzes findet sich nun nicht blos an den Tagen, wo die Kranken das Schwitzbett benutzt haben, sondern hält noch mehrere Tage später an. Daher

---

[4]) Argentow. Wratsch 1893. № 11 citirt nach der Petersb. med. W. S. 1893.

[5]) Godlewsky. Wratsch. 1883. № 5 referirt in der Petersb. med. W. S. 1883.

[6]) Frey. Die Schwitzbäder in physiolog. u. therapeut. Beziehung. Volckman's Sammlung klin. Vorträge 1889. № 332.

[7]) Topp, Therapeut. Monatshefte 1894. I. u. II. Heft.

sehen wir denn auch stets, dass Kranke, welche sich bei der gewöhnlichen Hospitalkost im Gleichgewicht der Ernährung befinden, auch wenn sie nicht hydropisch sind, bei einem anhaltenden Gebrauch des Schwitzbettes magerer werden und an Körpergewicht verlieren. Die gewaltige Steigerung der Oxydationsvorgänge während des Schwitzens muss natürlich mit einer vermehrten Wärmeproduction einhergehen und wir werden daher die Erhöhung der Körpertemperatur, welche im Schwitzbett zu Stande kommt, nicht lediglich auf die Wärmestauung, sondern zum Theil auch auf die erhöhte Wärmeproduction zurückführen müssen.

In der Regel habe ich meine Kranken zwei Stunden lang schwitzen lassen. Wenn man sie dann, wie ich das immer gethan habe, sich allmählich abkühlen lässt, indem man das Lämpchen im Wärmeofen auslöscht, aber die Kranken noch etwa $^1/_4$ Stunde ruhig im allmählich kühler werdenden Schwitzbett liegen lässt, so kehren die Functionen langsam, im Laufe von 2—3 Stunden zur Norm zurück. Das Herz beruhigt sich, die Pulswelle gewinnt ihr gewöhnliches Aussehn wieder, die Athmung wird langsam, die Haut blasser, der Schweiss hört auf. Ein gewisser Turgor der Haut, die sich weicher und elastischer anfühlt, ist auch am anderen Tage noch zu bemerken und lässt darauf schliessen, dass die durch das Schwitzen erzielte Aenderung der Blutvertheilung und der grössere Blutreichthum der peripheren Körpertheile noch lange anhält. Meist fühlen sich die Kranken nach der diaphoretischen Procedur erfrischt und wohler als vorher, und nur selten klagen sie über etwas Frösteln das durch eine wärmere Decke leicht beseitigt wird.

Die Effecte, die sich durch das Schwitzbett erzielen lassen, sind also folgende:

1) Eine tiefgreifende Aenderung der Blutcirculation und der Blutvertheilung im Körper, die mit einer Herabsetzung des Blutdruckes verbunden sind.

2) eine energische Wasserentziehung durch Anregung der Schweissproduction.

3) eine lebhaftere Steigerung des Gesammtstoffwechsels und vermehrter Verbrauch der Körpersubstanz.

Hieraus ergeben sich die Indicationen für die Anwendung des Schwitzbettes.

Es ist natürlich nicht meine Absicht, Ihnen alle die krankhaften Zustände aufzuzählen, bei denen dasselbe benutzt werden kann. Es sei mir nur gestattet, Ihnen einige Erfahrungen mitzutheilen, die ich mit dieser Behandlungsmethode gemacht habe.

In erster Linie habe ich das Schwitzbett als wasserentziehendes Mittel beim Hydrops der Nierenkranken angewandt. Dass in diesen Fällen durch alle Arten der Diaphorese gute Erfolge erzielt werden, ist ja bekannt. Es ist daher verständlich, dass auch das Schwitzbett sich trefflich bewährt hat. Ich muss aber betonen, dass dasselbe viel bequemer und leichter anwendbar ist, als alle die früher in meiner Klinik benutzten diaphoretischen Methoden, wie heisse Bäder, hydropathische Einwickelungen und dergleichen und dass ich aus diesem praktischen Grunde das Schwitzbett allen anderen Verfahren bei Weitem vorziehe. Ein paar Beispiele mögen die Wirksamkeit desselben illustriren.

Fall I. Nephritis post scarlatinam.

Karl K. 30 Jahr alt. Landarbeiter. Erkrankte am 23. December an Scharlach mit starker Angina und mässigem Exanthem. Die Krankheit verlief anfangs regulär. In der zweiten Woche zeigten sich angeblich die ersten Oedeme. Da dieselben trotz der Behandlung mit warmen Bädern nicht verschwanden, so trat Patient am 30. Januar, also am 37. Krankheitstage in die Hospitalklinik ein.

Status präsens: Kräftig gebauter Mensch, diffuser Bronchialkatarrh; an der Herzspitze ein accidentelles, blasendes Geräusch, zweiter Herzton gespalten. Sichtbare Schleimhäute etwas cyanotisch. Starke Oedeme des ganzen Körpers. Körpergewicht 173 Pfund russisch = 71 Kilo. Mässiger Durchfall. Urin spärlich, trübe, blutig, enthält 1,5 pro mille Eiweiss und im Sediment hyaline und granulirte Cylinder, rothe Blutkörperchen, Nierenepithelien.

Vom 38. Krankheitstage an erhält Patient täglich auf zwei Stunden das Schwitzbett, welches regelmässig bis zum 49. Krankheitstage gebraucht wird.

Der Erfolg ist aus folgender Tabelle ersichtlich.

Krankheitstag	Tägliche Urinmenge	Körpergewicht	Behandlung
38.	500	173 Pfund	—
39.	800	— »	—
40.	590	— »	Schwitzbett
41.	800	— »	»
42.	1190	160 »	»
43.	2000	— »	»
44.	2400	— »	»
45.	2890	—	»
46.	3040	159 »	»
47.	3250	— »	»
48.	3300	— »	»
49.	3200	150 »	—
50.	—	— »	—

Am 50. Krankheitstage fühlte Patient sich sehr wohl, der Bronchialkatarrh war geschwunden und die Oedeme waren, bis auf ganz geringe Reste an den Malleolen, nicht mehr vorhanden. Der reichlich entleerte Urin enthielt aber noch Spuren von Eiweiss.

Man sieht aus der Tabelle, wie entsprechend der Abnahme der Oedeme das Körpergewicht sinkt. Durch das Schwitzbett wurde jedes Mal eine sehr reichliche Diaphorese erzielt. Zugleich ist ersichtlich, wie während der Kur die tägliche Menge des Urins wächst und bis zu übernormalen Quantitäten aufsteigt.

Leider verliess der Kranke am 50. Krankheitstage das Hospital, bevor der Urin ganz eiweissfrei geworden war; das subjective Befinden war so gut, dass Patient sich für arbeitsfähig hielt und sich nicht mehr in der Klinik zurückhalten liess.

Fall II. Nephritis acuta.

Mathias A. 44 a. n. Landarbeiter.

Patient hat vor 6 Jahren wegen geschwollener Beine 3 Wochen auf der medicinischen Klinik krank gelegen und ist danach als völlig genesen entlassen worden. — Vor 10 Tagen ist er ziemlich plötzlich mit Schmerzen in der Brust und der rechten Lungengegend erkrankt, später begannen die Beine und der Bauch anzuschwellen und es stellten sich Kopfschmerzen ein. Der Zustand verschlimmerte sich stetig, so dass Patient sich am 5. Juni des Jahres in die Hospitalklinik aufnehmen liess.

Es fand sich eine sehr hochgradige hydropische Schwellung der Beine, der Genitalien und der unteren Hälfte des Rumpfes,

Kurzathmigkeit, Bronchialkatarrh. Am Herzen keine Veränderungen, Puls normal, keine auffallende Cyanose. Mässiger Ascites.

Die tägliche Urinmenge sehr gering. Der Urin trübe, hochgestellt, c. 2 p. m. Eiweiss (n. Essbach) enthaltend; im wolkigen Sediment zahlreiche hyaline und granulirte Cylinder.

Ordination: Milchdiät; täglich ein Schwitzbett.

Datum	Tägliche Urinmenge	Eiweissgehalt	Körpergewicht	Behandlung
5. Juli	—	—	189 Pfund	Schwitzbett
6. »	1400	2 p. mille	— »	»
7. »	—	1,5 » »	187 »	»
8. »	800	1,0 » »	— »	»
9. »	1200	1,0 »	173 »	»
10.	3600	0,8 » »	— »	»
11. »	2700	1,0 » »	— »	»
12. »	2900	1,2 » »	161 »	
13. »	2900	0,7 » »	— »	—

Sogleich vom ersten Mal an transspirirte Patient sehr stark im Schwitzbett und fühlte sich nach demselben sehr erleichtert. Vom 5. Tage der Behandlung stieg die tägliche Urinmenge über die Norm, der Eiweissgehalt und die Nierencylinder verminderten sich zwar, aber schwanden nicht ganz, die hydropischen Erscheinungen nahmen rasch ab und waren am 12. Juli ganz geschwunden; dementsprechend hatte sich das Körpergewicht um 28 Pfund = 11½ Kilo vermindert. Patient fühlte sich ganz wohl und verliess das Hospital mit einer schwachen, aber noch bestehenden Albuminurie.

Fall III. Chronische Nephritis mit Uebergang in secundäre Schrumpfniere.

Frau Julie P. 35 a. n.

Hat 6 Mal geboren, zuletzt im April 1894. Drei Monate nach der letzten Geburt bemerkte sie eine Anschwellung ihrer Füsse und Unterschenkel, und es wurde damals eine Nierenkrankheit (Eiweiss im Urin) constatirt. Heisse Bäder brachten nur geringe Besserung. Immerhin ist Patientin bis zum Sommer 1895 stets auf den Füssen gewesen und hat ihren Haushalt besorgt. Vor 3 Wochen stellten sich Schmerzen in der Brust und im Bauch ein und Patientin hat wegen der stärker werdenden Schwellung der Füsse auf den Rath einer Freundin täglich ein kaltes Fussbad von einstündiger Dauer gebraucht. Danach bedeutende Verschlimmerung ihrer Krankheit, so dass Patientin am 3. Juli die Hospitalklinik aufsuchte.

Status präsens. Mittelmässiger Ernährungszustand; blasse Schleimhäute. Sehr hochgradiger allgemeiner Hydrops. Athemnoth, doppelseitiger Hydrothorax, der im Sitzen eine bis

an die Schulterblattwinkel reichende Dämpfung bewirkt. Hochstand des Zwerchfells, starker Ascites, Puls klein, Herztöne rein. Extremitäten kühl und etwas cyanotisch. Täglich 3—6 flüssige Stühle.

Urin spärlich, gelb, trübe; p. sp. 1017. Reichlicher Eiweissgehalt $2^3/_4$ p. mille nach Essbach. Im Sediment Nierenepithelien, hyaline Cylinder. Reichliche Leucocyten (Blasenkatarrh).

Ordination: Milchdiät. Spirit. aether. Hoffmanni. Täglich ein Schwitzbett von 2-stündiger Dauer.

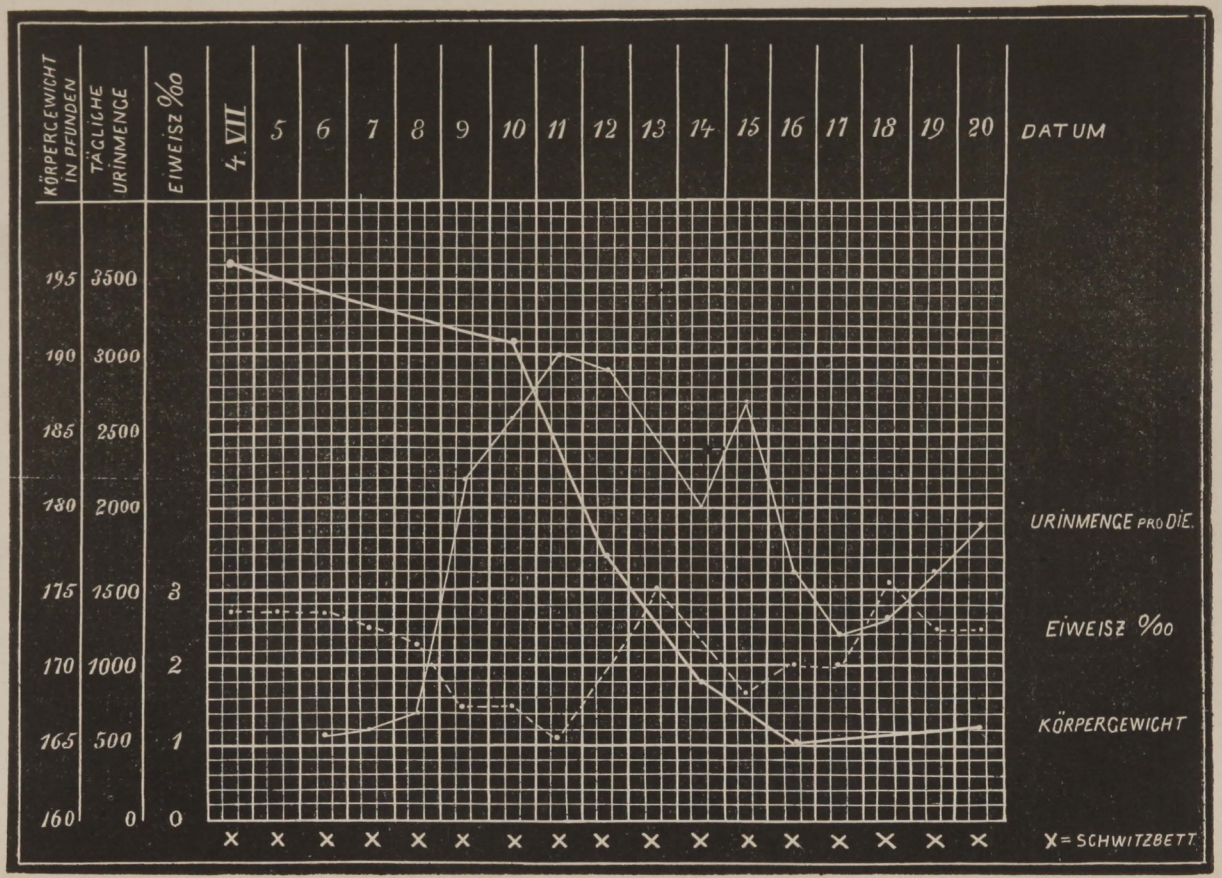
Der Erfolg der Behandlung ist aus der Curve I ersichtlich, welche das Körpergewicht, die tägliche Harnmenge und den Eiweissgehalt des Urin's angiebt.

Was den Effect des Schwitzbettes in diesem Fall anlangt, so ist zu bemerken, dass die ersten 3 Male durch dasselbe nur eine geringe Diaphorese erzielt wurde. Doch fühlte sich Patientin dabei sehr wohl und gab an, dass die Erwärmung der Extremitäten während desselben ihr sehr angenehm sei. Ueber Beschwerden von Seiten des Herzens wurde nicht geklagt. Vom 4. Tage der Behandlung erst begann die Kranke im Schwitzbett stark zu schwitzen und gleichzeitig stellte sich eine sehr bedeutende Steigerung der Diurese ein. Hand in Hand mit der verstärkten Wasserausscheidung durch Haut und Nieren gingen die hydropischen Erscheinungen zurück und das Körpergewicht nahm rasch ab. Am 12. Tag der Behandlung waren die Oedeme geschwunden und Patientin verbrachte von nun an einige Stunden des Tages ausserhalb des Bettes. Die Cyanose liess nach, der Puls wurde voller und die Extremitäten waren weniger kühl. Auch die Durchfälle schwanden nun. Trotz dieser allgemeinen Besserung und obgleich die Oedeme verschwunden waren, wurde doch mit der Schwitzkur fortgefahren und es ist nun sehr charakteristisch, dass, obgleich Patientin nach wie vor stark schwitzte, doch das Körpergewicht nicht weiter sank, sondern sich auf gleicher Höhe erhielt; offenbar wurde das durch die Haut ausgeschiedene Wasser durch vermehrtes Trinken ausgeglichen. Auch die Diurese, welche, so lange noch Oedeme vorhanden waren, sehr reichlich war, sank auf die Norm und hielt sich trotz des fortgesetzten Schwitzens dauernd auf derselben. Der procentische Eiweissgehalt des Urin's stieg und fiel im umgekehrten Verhältniss zur täglichen Urinmenge; es folgt daraus, dass der tägliche Eiweissverlust durch die Nieren unabhängig von der stärkeren oder geringeren Diurese sich permanent auf ziemlich gleicher Höhe hielt.

Am 17. Tage der Behandlung musste Patientin, welche sich ganz wohl fühlte und sich für arbeitsfähig hielt, auf ihren Wunsch entlassen werden.

Diese Krankengeschichten bieten manches Lehrreiche. Zunächst ersehen wir aus ihnen, dass alle Kranke trotz des starken Schwitzens bedeutend grössere Harnmengen ausscheiden als bisher. A priori sollte man das Umgekehrte erwarten. Die Schwitzkur wirkt also bei den hydropischen Kranken nicht nur als ein unfehlbares Diaphoreticum, sondern zugleich als ein sehr energisches Diureticum, und diesem Umstande haben wir mit das rasche Schwinden der Oedeme zu verdanken. Gegenüber den medicamentösen Diureticis besitzt die Schwitzkur den nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass sie sicherlich keinerlei das Nierenparenchym reizende oder schädigende Wirkung besitzt und daher auch in solchen Fällen angewandt werden kann, wo wir vor Kali aceticum, Juniperus, Calomel und auch vor dem Diuretin Bedenken hegen. Wir wissen nichts Genaueres über die Veränderungen der Blutcirculation in den Nieren während der Schwitzkur und nur das Eine dürfen wir mit Sicherheit annehmen, dass nämlich eine etwaige Stauungshyperämie in den Nieren durch das Schwitzbett vermindert oder beseitigt wird. Offenbar werden günstigere Verhältnisse für die Stromgeschwindigkeit des Blutes in dem complicirten Capillarsystem der Nieren geschaffen und diese äussern sich wiederum in der verstärkten Secretion des Harnwassers. Dass aber deshalb nicht ohne Weiteres auf die Heilung oder Besserung der Nierenerkrankung als solcher geschlossen werden darf, geht daraus hervor, dass die Albuminurie nicht aufhört und der tägliche Eiweissverlust, wie Fall 3 lehrt, gleich bleiben kann. Leider habe ich das Fortbestehen der Albuminurie nach der Schwitzkur, wenn auch häufig in vermindertem Maasse, in fast allen Fällen von Nephritis und Nierenschrumpfung, die ich mit dem Schwitzbett behandelt habe, constatiren müssen. Ich muss also sagen: Das Schwitzbett bewirkt bei den chronischen Nierenerkrankungen einen raschen Schwund der Oedeme; zugleich damit wird eine sehr erfreuliche Besserung des subjectiven Befindens und des allgemeinen Kräftezustandes erzielt. Das alles sind sehr werthvolle symptomatische Erfolge. Wir nützen dem Kranken sehr viel, wenn

Curve I. Chronische Nephritis.



wir ihn, vielleicht auf lange Zeit, von den hydropischen Erscheinungen befreien und ihm ein mehr oder weniger vollkommenes Wohlbefinden wiedergeben. Aber ein curatives Mittel in dem Sinne, dass durch dasselbe die anatomischen Veränderungen der Niere selbst rückgängig gemacht werden könnten, besitzen wir im Schwitzbett nicht. Bei der acuten Form der Nephritis kann allerdings vollkommene Genesung eintreten und es hat auf mich den Eindruck gemacht, als ob die Schwitzkur diesen glücklichen Verlauf befördere und die Genesung beschleunige.

Die Sicherheit, mit der sich die Oedeme der Nierenkranken durch das Schwitzbett beseitigen lassen, hat mich dazu veranlasst, auch andere Formen der Wassersucht mit demselben zu behandeln.

Bei einem Mann mit hypertrophischer Lebercirrhose, starkem Icterus, sehr grossem Ascites und starker hydropischer Schwellung der unteren Extremitäten, den ich 17 Tage lang täglich 2 Stunden stark schwitzen liess, so dass er jedes Mal 400—600 Ccm. Schweiss verlor, sank das Körpergewicht von 205 Pfund (= 84 Kilo) auf 173 Pfund (= 71 Kilo) wobei der Ascites bis auf einen geringen Rest und die Oedeme der Beine vollkommen schwanden. Das Allgemeinbefinden besserte sich dabei zusehends und als ich Patienten nach 5 Monaten wiedersah, fühlte er sich recht wohl, der Ascites und der Hydrops der Beine waren nicht wiedergekehrt. Der Schwund der Oedeme wurde in diesem Fall übrigens noch dadurch beschleunigt, dass ich den Kranken 6 Tage lang wegen einer intercurrenten Influenza Salipyrin (2—3 Gramm täglich) brauchen liess. Während des Salipyringebrauches stieg die Urinsecretion bis auf 4600 Ccm. täglich und die Abnahme der Oedeme und des Ascites war besonders rapid.

Chronische Herzfehler habe ich mehrfach der Schwitzkur unterzogen, wenn dieselben zu Stauungsödemen geführt hatten. Hier sind aber die Erfolge bei Weitem nicht so günstig wie bei den Nierenerkrankungen. Von 7 Fällen, über die ich genauere Notizen besitze, haben nur zwei einen deutlichen Nutzen von der Diaphorese gehabt, indem die Oedeme sich verringerten und die Beschwerden der Kranken nachliessen. Es waren beides Mitralklappenfehler, welche zu einer mässigen Schwellung der Beine und mässiger allgemeiner Cyanose geführt hatten. In den übrigen Fällen, wo die Herzschwäche schon

sehr bedeutend war und hochgradige Cyanose, ausgebreitete pralle Oedeme, Orthopnoe, starker Ascites und Hydrothorax vorlagen, konnte ich constatiren, dass sich die Kranken die ersten Male im Schwitzbett recht wohl fühlten; die Wärme war ihnen angenehm, die kalten Extremitäten wurden warm, und ein ziemlich reichlicher Schweiss war stets, wenigstens bei der zweiten und dritten Wiederholung des Schwitzbettes zu erzielen. Sehr bald aber, meistens beim 5. oder 6. Mal des Schwitzens fingen die Kranken an über Beklemmung und Präcordialangst zu klagen, die Cyanose wurde stärker, die Pulswelle niedriger und leichter zu unterdrücken. Die Urinsecretion wurde durch das Schwitzbett nicht vermehrt und die Oedeme nahmen eher zu als ab. Ich war daher gezwungen, die Schwitzkur wieder aufzugeben. — In einem Falle von Insufficienz und Stenose der Mitralis habe ich, nachdem die schwersten Erscheinungen der Herzinsufficienz durch Digitalis beseitigt und durch Punction des Ascites die Athmung erleichtert worden war, meinen Wärmeofen so angewandt, dass die Kranke nur mit der unteren Hälfte des Körpers im Schwitzraum lag und vor Allem die ödematösen Beine erwärmt wurden. Diese Applicationsweise wurde gut vertragen und führte regelmässig zu einem mässigen Schweissausbruch über den ganzen Körper. Dabei verminderten sich bei verstärkter Diurese allmählich die Oedeme und die Athmung wurde freier.

Diese Erfahrungen weisen darauf hin, dass die durch die Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes zu erzielende Schonung des kranken Herzens überwogen wurde durch die Reizung desselben, die, wie wir sahen, eine Folge der erhöhten Blutwärme ist. Der kranke Herzmuskel verträgt offenbar solche Reizungen sehr schlecht und reagirt auf dieselben mit einer Verminderung seiner motorischen Energie.

Zur Illustration des Gesagten erlaube ich mir die folgende Krankengeschichte mit zugehöriger Curve des Körpergewichtes und der täglichen Harnausscheidung vorzulegen. Ich glaube, dass dieselbe, wie für mich, so auch für Manchen meiner Leser viel Lehrreiches enthalten dürfte.

Fall IV. Insufficientia valvulae mitralis.

Frau Anna S. 41 a. n.

Patientin leidet seit drei Jahren an Kurzathmigkeit und gelegentlichem Herzklopfen. Im Juni 1895 erkrankte sie an rheumatischen Gelenkschmerzen und bald darauf begannen die Beine zu schwellen. Im August gesellte sich eine stetig zunehmende Schwellung des Leibes hinzu, die Athmung wurde sehr erschwert und vom 18. September wurde ihr durch Punction des Abdomens 5½ Liter ascitischer Flüssigkeit entleert. Da die Beschwerden nicht nachliessen, trat sie am 20. September in die Hospitalklinik ein.

Die Untersuchung ergab eine typische Mitralinsufficienz mit sehr unregelmässigem Puls, starker allgemeiner Cyanose und hochgradigen Oedemen des ganzen Körpers. Körpergewicht 202 Pfund = 82 Kilo. Orthopnoe, Leberpuls und herzsystolischer Puls der Halsvenen. Stauungsurin mit geringem Eiweissgehalt.

Cfr. Curve № II.

Vom 20. bis 24. September erhielt Patientin volle Schwitzbetten von anderthalb- bis zweistündiger Dauer. Die beiden ersten Male waren ihr dieselben sehr angenehm, sie schwitzte ausgiebig und fühlte sich sehr erleichtert; seit Wochen zum ersten Mal konnte sie wieder eine Nacht ruhig liegend schlafen. Allein am 23. und 24. September klagte sie über Beängstigungen während des Schwitzens, die Orthopnoe wurde wieder stärker. In der Nacht vom 25. auf den 26. September hatte sie einen schweren Anfall von cardialem Asthma und am folgenden Morgen war der Puls sehr klein und frequent und der Spitzenstoss, welcher früher nur um eine Fingerbreite die linke Mamillarlinie überragt hatte, reichte jetzt bis zur vorderen Axillarlinie. Es war also eine acute Dilatation des linken Ventrikels eingetreten, welche mich veranlasste, die Schwitzkur abzubrechen und Digitalis zu verordnen. Dieses Mittel wurde vom 26. bis 30. September gebraucht und das Resultat war eine deutliche Besserung des Pulses und der Herzthätigkeit. Das Körpergewicht, welches während der Schwitzkur auf 183 Pfund gesunken war, hielt sich zwar auf gleicher Höhe, aber die Diurese nahm zu und die Athemnoth wurde geringer. Die folgenden fünf Tage hielt sich Patientin ziemlich unverändert, da aber der Ascites sehr stark war und die Kranke arg belästigte, so wurden am 4. October durch Punction nochmals 6 Liter Ascitesflüssigkeit entleert, wodurch das Körpergewicht auf 164 Pfund sank. Weiterhin erhielt die Kranke innerlich nur Tinct. Valerianae aether. Da die acute Dilatation des Herzens geschwunden war und Patientin trotz der noch bestehenden Cyanose und des allgemeinen Hydrops weniger über Athemnoth klagte als bisher, so versuchte ich es nun mit den Schwitzbädern derart, dass ich nur die untere Körperhälfte bis zum Gürtel in's Schwitzbett steckte. Ich

hoffte, dass das Herz, dank dem Digitalisgebrauch nun stark genug sei, um diese vorsichtige Behandlung zu vertragen. Der Erfolg war, dass, sobald die Beine sich erwärmt hatten, nicht blos die untere Körperhälfte, sondern der ganze Körper und auch das Gesicht in mässiges Schwitzen gerieth. Zu meiner Freude vertrug die Patientin diese Behandlung sehr gut. Die Herzbeschwerden verstärkten sich nicht, die Athmung wurde nicht frequenter, die Oedeme begannen sichtlich zu schwinden und das Körpergewicht nahm dementsprechend ab.

Nachdem diese so zu sagen abortive Schwitzkur, welche am 6. October begonnen worden war, 5 Tage gedauert hatte, stellte sich auch die charakteristische diuretische Wirkung derselben ein und die Tagesmenge des Urins stieg von 1100 Ccm. am 10. October successive auf 1800 Ccm., 1700 Ccm., 2200 Ccm., 2800 Ccm. und 3000 Ccm. am 15 October; die Oedeme schwanden zur Zeit dieser starken Diurese rapid bis auf ganz geringfügige Reste und das Körpergewicht, welches am 9. October noch 161 Pfund betragen hatte, war am 16. October nur noch 142 Pfund. Da die Oedeme nicht mehr vorhanden waren, sank die Harnmenge zum 17. October, an welchem Tage die Schwitzkur beendet wurde, auf 1500 Ccm. Die Kranke schläft jetzt gut und geht des Tages umher, die Extremitäten sind warm und nicht mehr cyanotisch, die Athmung frei, die Herzdämpfung nur noch nach links um eine Fingerbreite vergrössert; nur der Puls ist noch recht unregelmässig und die Auscultation lässt viele frustrane Herzcontractionen erkennen.

Will man also das Schwitzbett bei Herzkranken anwenden, so darf das nur bei relativ leichten Fällen geschehen, die noch nicht sehr lange an Oedemen leiden und bei denen die Energie der Herzaction noch nicht allzusehr gelitten hat. Und auch in solchen Fällen wird man gut thun, die Erwärmung nur mit Vorsicht und nicht auf die ganze Körperoberfläche wirken zu lassen.

Dasselbe gilt auch, wie mich meine Erfahrungen lehren, vom Lungenemphysem, wo die Insufficienz des rechten Herzens zu Oedemen geführt hat. Die zu energische Anwendung des Schwitzbettes veranlasst leicht die Steigerung der Dyspnoe und der Cyanose. Nur leichtere Fälle geben bei einsichtiger Anwendung des Wärmeofens einen guten Erfolg.

Ich wende mich nun zu der grossen Gruppe der rheumatischen Affectionen der Gelenke, Muskeln und Fascien, so wie der sogenannten rheumatischen Neuralgien. So wenig wir auch über die Natur dieser Erkran-

kungen wissen, so geniesst doch die diaphoretische Therapie derselben einen alten, wohlbegründeten Ruf, und wir dürfen wohl annehmen, dass die Beschleunigung des Stoffwechsels und die energische Erneuerung der gesammten Säftemasse des Körpers durch das Schwitzbett das wirksame Agens dieser Behandlungsmethode darstellen. Seit einerseits die pharmakotherapeutische Behandlung der rheumatischen Affectionen durch Salicylsäure, Antipyrin, Antifebrin und das ganze Heer der Antipyretica und Antalgica sich in die Praxis (wie ich gern zugebe mit Recht), eingebürgert hat und andrerseits in der Massage ein Mittel gefunden worden ist, um eine sehr bedeutende Anregung des localen Stoff- und Säftewechsels und dadurch glänzende Heilerfolge beim Rheumatismus zu erzielen, ist die diaphoretische Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen mehr als nöthig in den Hintergrund gedrängt worden. Ich halte es daher für eine sehr zeitgemässe Mahnung, wenn Moritz[8]) neuerdings wieder die trefflichen Erfolge der Diaphorese, namentlich bei gleichzeitigem internen Gebrauch der Salicylate energisch betont.

Ich habe das Schwitzbett im letzten Jahr bei allen Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus angewandt. Bei ersterem sind die Erfolge der Salcylsäure meist so sicher, dass man vielfach mit der innerlichen Verordnung dieses Mittels auskommt. Allein manchmal gelingt dabei nur eine relative Besserung; das Fieber schwindet zwar, aber in einem oder mehreren Gelenken bleiben fixe Schmerzen und Schwellungen nach, gegen die die Salicylsäure nur wenig hilft. In solchen Fällen nun hat mir das Schwitzbett vortreffliche Dienste geleistet. Es unterliegt für mich gar keinem Zweifel, dass hier eine combinirte Behandlung mit innerlicher Verabreichung der Antirheumatica und gleichzeitiger Schwitzkur viel rascher zum Ziel führt als das Schwitzen oder die innere Therapie allein. Beim acuten Gelenkrheumatismus, wo jeder Versuch den Kranken zu rühren, die

[8]) E. Moritz. Ueber die Behandlung des Rheumatismus. Pet. med. Woch. 1894. Nr. 31.

schwersten Schmerzen hervorruft, sind mir die Vorzüge des Schwitzbettes, welches die Kranken durch nichts belästigt und alle activen und passiven Bewegungen desselben vermeiden lässt gegenüber den übrigen diaphoretischen Methoden ganz besonders aufgefallen. Die schmerzlindernde Wirkung tritt ungemein rasch, schon während des Schwitzens ein, so dass die Kranken sich sofort erleichtert fühlen und die Wiederholung der Procedur dringend verlangen. Dasselbe gilt auch bei den subacuten und chronischen Formen der Krankheit.

Beim Muskelrheumatismus habe ich die Massage der schmerzenden Muskeln mit der Schwitzkur zusammen angewandt und so die s. g. türkischen Bäder nachgeahmt, bei denen das Kneten der Körpermuskulatur bekanntlich mit der Diaphorese in der glücklichsten Weise combinirt wird. Auch in schweren Fällen von Lumbago, die schon Wochen lang bestanden haben und den gewöhnlichen Einreibungen und Knetungen nicht weichen wollten, habe ich durch das Schwitzbett Heilungen erzielt, die ohne dasselbe wohl kaum eingetreten wären.

Endlich sei noch der Ischias erwähnt, die so oft allen Heilungsversuchen widersteht. In einem schweren Fall von 4-wöchentlicher Dauer und mit fast completer Unmöglichkeit die Beine zu bewegen, habe ich Salicylsäure, Antipyrin, den faradischen Pinsel und Massage vergeblich versucht. Patient blieb an's Bett gefesselt und konnte keinen Schritt ohne die schwersten Schmerzen thun. Nach einer zehntägigen energischen Schwitzkur war die Besserung deutlich; Patient konnte, auf einen Stock gestützt, umhergehen ohne zu hinken und empfand nur bei energischer Flexion des Beines im Hüftgelenk noch Schmerzen. Fast völlig genesen, verliess er das Hospital.

Die warmen Empfehlungen der Scholz'schen Behandlung der Chlorose und der schweren Anämieen mit Schwitzbädern haben auch mich veranlasst das Schwitzbett bei diesen Krankheiten anzuwenden und ich bin durch die guten Resultate, die ich mehrfach von denselben gesehen habe, überrascht gewesen. 2 Fälle von Chlorose, bei denen Eisen und alle sonst üblichen Mittel

vergeblich versucht worden waren, habe ich durch energische Diaphorese geheilt. Eine Beobachtung sei hier kurz referirt.

Fall V. Chlorosis.

Frl. Irmgard B. 18 Jahr alt.

Patientin ist seit einem Jahr bleichsüchtig und mit allen üblichen Mitteln erfolglos behandelt worden. — Sie weist das typische Bild einer schweren Chlorose mit allen subjectiven und objectiven Erscheinungen derselben auf. Wachsartige Blässe, allgemeine Schlaffheit und Müdigkeit; Ohrensausen, Ohnmachtsanwandlungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, anämisches Blasen an der Herzspitze. Trotz schwachen Appetites hat Patientin ein ziemlich reichliches Fettpolster.

Vom 2. Juni bis zum 1. Juli 1895 nimmt Patientin im Ganzen 21 Schwitzbetten von zweistündiger Dauer. Zugleich gute gemischte Nahrung, aber keinerlei Medicamente. Die Diaphorese war von Anfang an sehr reichlich, die Axelhöhlentemperatur stieg, wie einige Messungen ergaben, im Schwitzbett auf etwa 38,2° C.; die ersten Male klagte die Kranke dabei über Herzklopfen, später wurde die Kur ohne Beschwerde ertragen.

Die günstigen Erfolge waren nicht zu verkennen. Schon nach einer Woche besserte sich die Stimmung, die Bewegungen wurden rascher und energischer. Patientin empfand Freude an kleinen Spaziergängen, die Ohnmachtsanwandlungen und das Ohrenklingen blieben fort und zum Schluss der Kur fühlte sich Patientin vollkommen gesund. Dem entsprechend besserte sich auch der objective Befund, das Gesicht bekam etwas Farbe, wenngleich eine gewisse Blässe auch zuletzt noch vorhanden war, das anämische Geräusch am Herzen verschwand, der Appetit hob sich. Bemerkenswerth ist, dass die Menstruation nach dem 15. Schwitzbett eintrat — eine Woche früher als zu erwarten war.

Die fortschreitende Besserung der Blutbeschaffenheit lässt sich aus folgenden Zahlen erkennnen:

	Haemoglobingehalt nach Fleischl.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Cub.-Mm. Blut.
2. Juni	32% der Norm	3,200000
9. »	36% » »	3,520000
16. »	45% » »	4,800000
23. »	45% » »	5,075000
30. »	50% » »	5,680000

Als ich die Kranke am 2. Juli aus der Behandlung entliess, sah sie noch etwas blass aus, war aber sonst vollkommen gesund. — Jetzt, nach mehr als 3 Monaten ist Patientin bei guter Gesundheit und fühlt sich nach ihren eigenen Worten seit der Schwitzkur wie neugeboren.

Einen ähnlichen guten Erfolg habe ich in einem Fall von schwerer Anämie nach acuten Durchfällen und Hämorrhoidalblutungen bei einem 44-jährigen Mann erzielt, dagegen blieb die Schwitzcur erfolglos bei einer schweren Pseudoleukämie und in einem Fall von essentieller perniciöser Anämie, die sich im Gefolge einer acuten Gastro-Enteritis eingestellt hatte.

Die günstigen Erfolge der Diaphorese bei der Chlorose sind wohl auf die energische Anregung des Stoffwechsels und der Blutbildung zurück zu führen.

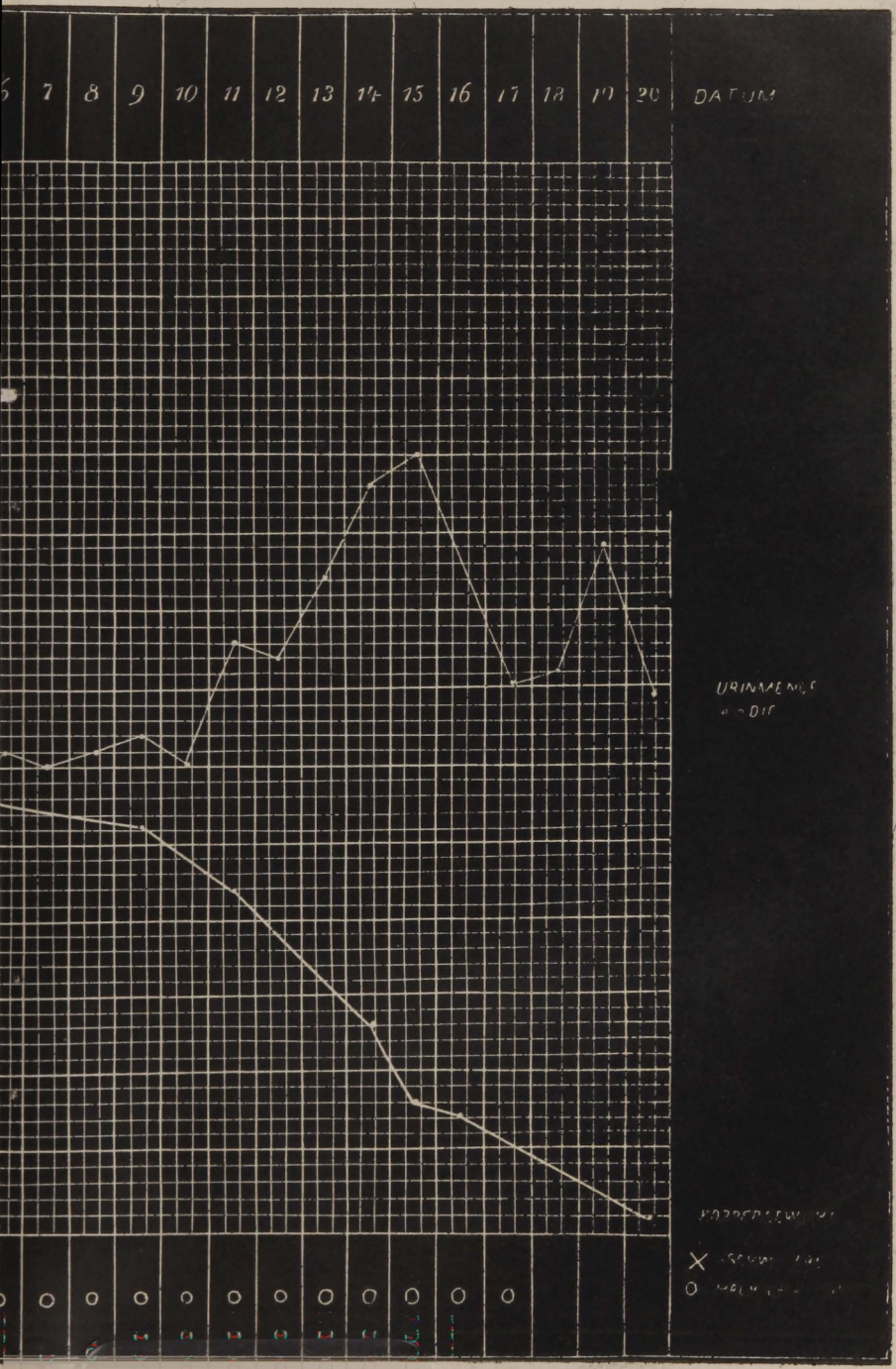
Ich habe Ihnen, meine Herren, einige Erfahrungen über die Wirkung der Schwitzkur vorgelegt; aber ich meine, dass damit noch lange nicht alle Fälle, in denen dieselbe mit Nutzen angewandt werden kann, erschöpft sind. Wer die physiologischen Wirkungen der Schwitzkur vor Augen hat, wird gewiss noch viele Indicationen für diese Behandlungsmethode finden. Ich glaube aber, dass Sie auch aus dem Gesagten die Ueberzeugung gewinnen können, dass wir im Schwitzbett ein sehr wirksames therapeutisches Agens besitzen. Dasselbe verdient eine viel häufigere Anwendung, als sie bisher üblich war, zumal es nicht blos in Hospitälern, sondern auch in der Privatpraxis leicht hergerichtet werden kann.

Namentlich denke ich hier an die acuten s. g. Erkältungskrankheiten, die uns in den Hospitälern nur selten, desto häufiger aber in der Hauspraxis begegnen.

Es würde mich freuen, wenn meine Worte dazu beiträgen die Schwitzkur, die alte Heilmethode, bei Ihnen wieder in Erinnerung und zu Ehren zu bringen.

Curve II. Insuffici

cientia uritralis.



Darmkatarrh und Darmneurose.

Von

Dr. R. v. Engelhardt.

Vortrag, gehalten auf dem VII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden am 14. September 1895.

M. H.! Aerztliche Kunst und medicinische Wissenschaft werden heutzutage leider mit einem gewissen Recht als Gegensätze bezeichnet, und nach der Epoche der exact wissenschaftlichen Diagnostik scheint eine Zeit gekommen, die das empirische Können, die Therapie wieder in den Vordergrund stellt. Wir stehen augenblicklich unter dem Zeichen der specifischen Therapie, der Brücke, die vom Wissen zum Können führt.

Aber nicht nur die Heilmethode, auch die Erkenntniss des Krankheitsbildes befreit sich von der rein pathologisch-anatomischen Fessel. Der klinische Symptomencomplex erhält auch ohne einheitliche pathol.-anatomische Grundlage sein Recht als selbständige Krankheitsform. Nicht die objectiv darstellbare Erkrankung der Zelle steht im Vordergrunde, die Aetiologie rückt an deren Stelle und die unheilbringende Trias: Lues, Alkohol und Nikotin — drängt zu energischer Abwehr — zu Prophylaxe und Hygieine.

Wie überall vollzieht sich auch auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten ein ähnlicher Umschwung. Die chemisch-mikroskopische Aera ist zum Theil überwunden und die todten Retortenversuche werden nicht mehr der complicirten Psychophysik des menschlichen Organismus gleichgesetzt. Die Magenkrankheiten werden nicht mehr allein nach dem Salzsäuregehalt des Magensaftes rubricirt — der Motilität und Resorption wird die nöthige Aufmerksamkeit wieder zugewandt u. s. w.

Nur die Darmkrankheiten scheinen fast bei dem allgemeinen Fortschritt vergessen zu sein. Während der Magenkatarrh stark an Terrain eingebüsst hat, führt der Darmkatarrh noch immer eine weit verbreitete, zweifelhafte Existenz. Ob nicht das Schicksal des Magenkatarrhs auch dem Darmkatarrh bevorsteht? — Diese Frage wird sich wohl Mancher vorgelegt haben und sie ist es, die ich heute unter dem Titel «Darmkatarrh und Darmneurose» meiner Besprechung zu Grunde lege.

Seit den bedeutsamen Untersuchungen Nothnagel's die soeben wiederum als selbständiges, abgerundetes Werk unter dem Titel «Die Erkrankungen des Darms und Peritoneums. I» mit manchen Aenderungen und Ergänzungen erschienen sind, ist auf diesem Gebiete verhältnissmässig wenig Neues gefunden worden. Es macht sich in Nothnagel's Besprechung des Darmkatarrhs das Bestreben geltend, die klinische Erkrankungsform mit dem pathologisch-anatomischen Befunde in Einklang zu bringen, doch hat der Verf. die Schwierigkeit dieser Forderung empfunden, denn in zwei gesonderten Kapiteln bespricht er sehr lehrreich und reichhaltig die rein klinischen Symptome Obstipation und Diarrhoe ohne Rücksicht auf die pathol. Anatomie. Bei der Bearbeitung des Darmkatarrhs hätte meines Erachtens auch das klinische Princip mehr vorwalten sollen.

Die klinische Erfahrung lehrt nun, dass der chronische Darmkatarrh je nach Intensität und Localisation die verschiedenartigsten Symptome hervorrufen kann. Obstipation und Diarrhoe beherrschen die Scene in wechselvollem Durcheinander und nur in den allgemeinsten Zügen ist es gelungen, diese bunten klinischen Bilder mit einem bestimmt lokalisirten pathol.-anatomischen Befunde in Einklang zu bringen. Der Versuch den Dünndarmkatarrh vom Dickdarmkatarrh zu trennen ist gemacht worden, und doch genügen noch längst nicht die differentiellen diagnostischen Merkmale. Umgekehrt treten uns nicht minder bei der Beurtheilung pathol.-anat. Befunde in Bezug auf ihre klinische Dignität grosse Schwierigkeiten entgegen, so z. B. die wichtige Unterscheidung zwischen Ueberbleibseln wiederhol-

ter acuter Katarrhe und den einem chronischen Katarrh zukommenden Veränderungen. In beiden Fällen muss das Schlussresultat eine Schleimhautatrophie sein, die Nothnagel in 80 % aller Obductionen überhaupt, wenigstens auf kurze Strecken des Darmes vertheilt, vorfand. Es ist wahrscheinlich, dass 80 % aller Menschen einmal im Leben an einem acuten Darmkatarrh gelitten haben, aber dass die Folge eines einmaligen, uncomplicirten, acuten Katarrhs sofort Darmatrophie ist, scheint im höchsten Grade zweifelhaft. Es liegt vielmehr die Annahme näher, dass häufige subacute, und echte chronische Darmkatarrhe derartige Störungen hervorrufen. Nun ist die Zahl von 80 % mit dem klinischen Bilde des Darmkatarrhs verglichen, eine enorm hohe. Es muss daher angenommen werden, dass eine ganze Reihe lokalisirt verlaufender chronischer Processe sich klinisch garnicht bemerkbar macht und vollkommen latent verläuft. Das sind aber Störungen, die weder der Diagnose noch der Therapie zugänglich sind — also für uns in klinischem Sinne gleichgültig bleiben. Diese Incongruenz zwischen Obductionsbefund und Krankheitsbild, verweist uns direct auf die rein klinische Beobachtung.

Klinisch präcisirt nun Nothnagel das Bild des Katarrhs folgendermaassen: «Wo Schleim in den Stühlen sichtbar erscheint, besteht ein Darmkatarrh, jene pathologisch-histologische Alteration der Schleimhaut, die zur Bildung eines beweglichen Secretes führt, in welchem der Schleim eine hervorragende Stelle einnimmt — ganz ohne Rücksicht zunächst darauf, in welcher Partie des Darmcanals und von welchen Ursachen abhängig der Katarrh sich localisirt. Dieser Satz, dass jede erkennbare Schleimmenge auf eine katarrhalische Reizung hinweist, erfährt nur durch zwei Fälle eine Ausnahme. Der eine betrifft die höchst wahrscheinlich durch blosse nervöse Vorgänge bedingte Hypersecretion von Schleim, welche dem Krankheitsbilde der Colica mucosa s. Enteritis pseudomembranacea zu Grunde liegt. Der andere bezieht sich auf ein klinisches Bild, welches in dem Abschnitt über Darmdyspepsie erwähnt ist und einen Dünndarmkatarrh vor-

täuscht, ohne dass jedoch ein solcher vorläge.» Nothnagel tritt in dem späteren Kapitel über Schleimkolik mit Entschiedenheit für die nervöse Natur dieses Leidens ein und acceptirt mit Vorsicht Leube's Ansicht, dass bei dieser Erkrankung eine Secretionsneurose mitspiele. Von der Schleimkolik trennt er dagegen die Enteritis membranacea ab und rechnet letztere zum chronischen Katarrh, der allerdings durch das specifische Auftreten besonders reichlicher Schleimmassen gekennzeichnet sei. Diesen Widerspruch zwischen allgemein gültiger Regel «wo Schleim im Stuhl erscheint, da liegt Katarrh vor» und den zwei oben citirten Ausnahmen (Colica mucosa und Darmdyspepsie) empfindet N. selbst, wenn er sagt, «Man hat mir um die katarrhalische Natur der Affection (Colica mucosa) darzuthun, entgegengehalten, dass ich selbst betont hätte, dass stärkere Schleimproduction auf die Gegenwart eines Katarrhs hinweise. Das ist richtig und dieser Satz muss im Wesentlichen auch aufrecht erhalten werden. Aber ich habe denselben zwei Jahre vor meinem Aufsatz über Colica mucosa ausgesprochen, und den Thatsachen entsprechend, muss man annehmen, dass in zwei Fällen vermehrter Schleimabgang, resp. Production auch ohne Katarrh ausnahmsweise vorkommen kann und der eine von ihnen ist eben die Colica mucosa». Hierin liegt ein nicht vereinbarer Widerspruch, der durch die zwei Jahre die dazwischen liegen nicht gemildert wird. Ausserdem stehen diese widersprechenden Angaben jetzt auch in N.'s obengenanntem Buch — nicht durch zwei Jahre getrennt — neben einander. Es bleibt unverständlich, warum in allen übrigen Fällen — mit Ausnahme der zwei genannten — der Schleimabgang das sichere Zeichen für Katarrh bleiben soll.

Von dem Satze ausgehend, dass es eine Schleimabsonderung der Darmschleimhaut giebt, die nervöser Natur ist, lassen sich diese nervösen Vorgänge in drei Kategorien bringen: 1) der nervöse Reiz kann centralen und 2) der nervöse Reiz kann peripheren Ursprungs sein und zwar a) der Reiz findet dort statt, wo die Secretion vor sich geht und b) der Reiz geht von anderen Organen

aus und wirkt reflectorisch. Von diesem Gesichtspunkte aus lassen sich die verschiedenen Formen der nicht katarrhalischen Schleimentleerung am ehesten rubriciren. Typus für die erste Form wäre die Schleimkolik der Hysterischen; es handelt sich in diesen Fällen vielleicht um einen rein central ausgelösten Vorgang. Für die peripher im Darm selbst gesetzten Reize würde jene Obstipation heranzuziehen sein, die durch den localen Druck der eingedickten Scybala bei nervös sensiblen Personen vermehrte Schleimproduction, ja auch in Folge dessen schleimigen Durchfall hervorruft. Zur letzten Form endlich gehören die massenhaften Schleimstühle der an chronischen Erkrankungen der Genitalsphäre leidenden, nervösen Frauen, bei denen ebenfalls Obstipation und Durchfall abwechseln können. Nothnagel scheint nur den ersten Typus als rein nervösen anzuerkennen.

Wo liegt nun aber das entscheidende Merkmal, ob es sich um Schleim handelt, der von einer momentan erregten Schleimhautstelle abgesondert wird, d. h. der nervösen Schleimabsonderung, oder von einer bereits pathologisch dauernd veränderten d. h. der katarrhalischen?

Die chemische Untersuchung des Schleimes hat in Fällen rein nervöser Schleimkolik und in denen eines echten Darmkatarrhs keine wesentlichen Unterschiede ergeben. Die Hoffnung aus der stärkeren Beimengung von Mucin oder Fibrin irgend welche bindenden Schlüsse zu ziehen, hat sich als trügerisch erwiesen. Es handelt sich fast immer um Mucin. Vielleicht werden einmal Kossel's Untersuchungen über die verwandten Reactionen der Nucleoalbumine und gewisser Mucinarten nähere Aufschlüsse über dieses dunkle Gebiet geben — bisher ist noch nichts Sicheres bekannt geworden.

Die mikroskopische Prüfung der Schleimmengen ergab ebenfalls keine differentiell-diagnostisch verwerthbaren Anhaltspunkte. In beiden Fällen findet man mehr oder weniger zahlreiche, theils verschollte, theils wohlerhaltene Darmepithelien. Gerade dieser Befund legt uns doch die Vermuthung nahe, dass in vielen Fällen der Reiz der Scybala die gewebliche Veränderung der obersten Epithelialschicht event. sogar in rein physiolo-

gischem Sinne hervorruft, und dass die todten Zellleiber nur durch die vermehrte Schleimabsonderung an's Tageslicht gelangen, während sie sonst dem Verdauungsprocess im Dickdarm unterliegen. Das zahlreiche Vorkommen von Rundzellen soll für den katarrhalischen Ursprung des Schleimes sprechen. Es ist nun aber die Frage, was eigentlich Rundzellen sind! Nothnagel sagt: «die Entscheidung, ob Schleim- Eiter-, Lymphoid- weisse Blutzellen ist für die normalen Darmdejectionen irrelevant». Hieraus schliesse ich, dass auch N. die Rundzellen differenziren will aber weiterhin ist davon nicht mehr die Rede. Ich habe Fälle beobachtet, in denen ich grössere Rundzellen fand und doch den Process für einen nervösen halten musste, was auch das Resultat der Behandlung bestätigte. Es kann sich wohl in diesen Fällen um «Schleim zellen» gehandelt haben.

Färbeversuche mit Ehrlich's Triacidlösung haben mir noch keine brauchbaren Resultate gegeben, nur das lernte ich daraus, dass Rundzelle und Rundzelle durchaus nicht gleicher Provenienz zu sein braucht. Also auch hier kein unterscheidendes Merkmal. Ebenso wenig haben bisher die bakteriologischen Untersuchungen brauchbare Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose geliefert. Die Artenzahl der Darmbakterien ist enorm gross und da kann es nicht Wunder nehmen, dass wir den specifischen Darmkatarrhbacillus noch nicht kennen und wohl auch nie kennen lernen werden, da die Auffassung wohl die grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass nicht enie specielle Art, sondern die Zahl der Bakterien für das Zustandekommen des Darmkatarrhs verantwortlich gemacht werden muss.

Die mikroskopische oder chemische Beschaffenheit des Schleimes giebt uns also keine festen Anhaltspunkte, um die Frage zu entscheiden, ob ein Katarrh, oder eine Neurose vorliegt. Und das sind gerade die objectiven Kennzeichen, die doch die sichersten sein sollten! Da bleibt uns nichts übrig, als die klinische Empirie zu Hülfe zu ziehen. Bevor wir aber zur Prüfung des klinischen Gesammtbildes übergehen, gestatten Sie mir, Ihnen in Kürze einige Krankengeschichten mitzutheilen, die als Schemata für die weitere Besprechung dienen sollen.

I. Herr J. M. 17 a. n. leidet schon seit Jahren an Durchfällen, die besonders intensiv nach den Masern auftraten. Meist in der Nacht traten mit Schmerzen 5—6 Mal Durchfälle auf. Der Tag darauf war auch meist schlecht. Das Essen verursachte Schmerzen im Leibe. Dann trat wieder für einige Tage Verstopfung ein. Seit 2 Jahren ist der Durchfall fast täglich aufgetreten, nur von seltenen Pausen unterbrochen. Die Schmerzen in der Nacht vor dem Durchfalle steigern sich bis zu Uebelkeit und Erbrechen. Der Appetit ist schlecht. Der geringste Diätfehler rächt sich sofort. Das Körpergewicht hat abgenommen; Pat. sieht elend und blass aus. Die Stühle sind schleimig-breiig, auch ganz flüssig. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Massen von verschollten Epithelien, keine Rundzellen, zusammenhängende Schleimhautfetzen, die ein echtes Oberflächenepithel zeigen. Die chemische Prüfung ergiebt die wichtige Anwesenheit von Mucin. — Die Untersuchung des Abdomens: Schmerzhaftigkeit des Colons bei Druck, besonders des Colon descendens. An der Aorta abdominalis keine Druckpunkte.

Bei vorsichtiger Amylaceendiät, Lavements und innerlich Kissinger Rakoczy bessert sich allmählich der Zustand. Im Laufe eines Monats nahm Pat. 5 Pfund an Körpergewicht zu, wurde für den Sommer zur Cur nach Kissingen geschickt, wo sich Pat. noch weiter erholt haben soll. Die Diät blieb eine sehr beschränkte.

In diesem Fall handelte es sich um einen echten chronischen Darmkatarrh.

II. Frl. M. K. 17 a. n. Seit 7 Jahren leidet Pat. an Schmerzen und Durchfällen, die etwa 4—5 Mal täglich auftraten, dazwischen sogar 9 Mal im Laufe einer Stunde. Immer ist der Stuhl von Schmerzen begleitet, die den Charakter von Windkoliken tragen. Meist treten die Durchfälle Nachmittags auf, nie in der Nacht. Leichte Uebelkeit und Würgen tritt bei stärkeren Schmerzen auf. Der Appetit ist sehr gut; das Körpergewicht ist nicht gesunken. Sehr oft wird der Durchfall durch irgend eine Aufregung hervorgerufen. Häufig leidet Pat. an Kopfschmerzen, öfters an Herzklopfen. Leichte Ermüdung bei körperlicher Anstrengung. Die Diät soll von garkeinem Einfluss auf das Befinden sein. — Der Stuhl ist schleimig, enthält sehr viel Bacterien, keine Rundzellen, keine Epithelien. Bei der Untersuchung des Abdomens finden sich schmerzhafte Druckpunkte an der Aorta, aber auch das Colon ist leicht druckempfindlich.

Nach zweimonatlicher Behandlung, in der vor Allem ein gegen die Nervosität gerichtetes Regime eingehalten wurde, eine kräftige und vielseitige Diät gereicht wurde, dabei — um die Darmthätigkeit zu regeln — in der ersten Zeit täglich warme Kamillentheelavements applicirt wurden — besserte sich der Allgemeinzustand und damit verschwanden auch die

Durchfälle, oder selten einmal traten dieselben noch morgens als einmalige, breiige Ausleerung auf.

Es handelte sich hier wohl nicht um chronischen Darmkatarrh, sondern um Darmneurose.

III. Frl. v. E. 50 a. n. leidet seit 5 Jahren an beständigem Wechsel von Durchfall und Obstipation. Strenge Diät wird beobachtet, die aber scheinbar ganz ohne Einfluss auf den Zustand bleibt. Mässiger Appetit. Starke Gasansammlung im Darm. Meist treten die Durchfälle morgens oder am Tage auf und zwar so, dass die erste Ausleerung fest und die folgenden 2—3 flüssig sind. Nach den Durchfällen besteht grosse Mattigkeit. Häufig Herzklopfen. Die diarrhoischen Stühle enthalten grössere Schleimfetzen, in denen man grosse Rundzellen, aber wenig verschollte E.ithelien findet. Bei der Untersuchung der Pat. zeigt sich das Abdomen aufgetrieben und heftige Schmerzpunkte an der Aorta und beiden Iliacae. Dabei ist die Herzdämpfung wenig nach links erweitert. Die Herztöne rein, der erste an der Spitze gespalten. Die Radialarterie, ebenso die Temporalarterie geschlängelt, rigide. — Es wurde Anfangs Kissingen und Magnesia usta verordnet, dabei die bisherige vorsichtige Diät. Es trat keine Besserung ein. Hierauf jeden Morgen ein Lavement und eine gemischte, reichliche Kost. Nach dem Bericht der Pat. wird nun kräftiges Essen vertragen, es treten aber Durchfälle auf, sobald Pat. «zu wenig isst». Nach 1½ monatlicher Behandlung haben die Durchfälle aufgehört, im Uebrigen ist es mit dem Allgemeinzustand beim Alten geblieben.

Hier lag Arteriosclerose und Darmneurose vor.

M. H.! Ich will mich auf die drei, in Kürze skizzirten Krankengeschichten beschränken, da sie mir bloss als Beispiele einer ganzen Reihe ähnlich verlaufender Fälle dienen sollen. Sie werden wohl mit mir der Ansicht sein, dass es sich in diesen drei Fällen um sehr gewöhnliche Krankheitsbilder handelt, die noch vor Kurzem unter der Diagnose «Darmkatarrh» den strengsten diätetischen Kuren unterworfen worden wären. Es liegt mir nun daran, Ihnen an der Hand dieser Beispiele zu zeigen, wie doch scheinbar geringfügige klinische Abweichungen im Stande sind, uns darüber aufzuklären, ob wir es mit rein pathologisch-anatomischen Veränderungen, oder mit einer Functionsstörung des Darmes zu thun haben.

Wenn wir vergleichsweise das Körpergewicht und den Allgemeinzustand der drei Patienten betrachten, so ergiebt sich, dass nur der Patient, der an wirklichem Darmkatarrh leidet, abgemagert und blass aussieht. Im II.

Fall hat Patientin Jahre lang an Durchfällen gelitten und doch ist das Körpergewicht unbeeinflusst geblieben. Als Regel ist festzuhalten, dass Durchfälle auf rein neurotischer Grundlage nur in seltenen Fällen zur Abnahme des Körpergewichts führen, dass aber der chronische Darmkatarrh meist wohl eine Abmagerung zur Folge hat. Ich kann daher Nothnagel's Ausspruch «der Allgemeinzustand kann bei chronischem Darmkatarrh ganz unbeeinträchtigt sein», nur als seltene Ausnahme acceptiren.

Wie verhält es sich nun mit den Stühlen? Sie sehen in allen drei Fällen Anwesenheit von Schleim, Epithelien und in Fall III grössere Rundzellen. Hier werden Sie keinen wesentlichen Unterschied auffinden. Eins ist aber auffallend: in Fall I finden die Durchfälle oft Nachts statt, während sie in den beiden anderen Fällen nur am Tage vorkommen und noch dazu in schneller Folge. Diesem Verhältniss begegnen wir öfter: der in der Nacht oder in den frühesten Morgenstunden, etwa von drei oder vier Uhr Morgens an auftretende Durchfall scheint mir für chronischen Darmkatarrh charakteristisch.

Der nervöse Durchfall dagegen stellt sich fast immer am Tage oder im Anschluss an eine Mahlzeit ein. Eine Erklärung für dieses Verhalten ist, falls die Beobachtung richtig wäre, schwer zu geben. Möglich wäre es aber, dass beim Nervösen der normale Defäcationsact einen derartigen Reiz auf das ganze, die Peristaltik besorgende Nervensystem ausübt, dass es in mehrfachen Entleerungen diesem Reiz gehorcht, während beim Darmkatarrh die maximale Füllung des Colon, die doch ungefähr 6—8 Stunden nach der letzten Tagesmahlzeit eintritt — also ungefähr um zwei oder drei Uhr Morgens, wenn um acht Uhr Abends gegessen wurde — den Reiz für die schnelle und diarrhoische Ausleerung abgiebt. Ein eigenthümliches Verhalten bieten nun jene Fälle, in denen es sich um den Wechsel zwischen Durchfall und Obstipation handelt. Die grossen Schleimmengen, die hier — wie im Fall III — entleert werden, scheinen für den chronischen Dickdarmkatarrh zu sprechen. Wahrscheinlicher ist es aber, dass bei rein nervöser Obstipation,

die vielleicht zum Theil, wie bei Arteriosklerose, durch Circulationsstörungen im Darm bedingt ist, die träge festliegenden Scybala einen derartigen localen Reiz hervorrufen, dass die misshandelte Schleimhaut mit mächtiger Schleimproduction und vermehrter, krampfhafter Peristaltik auf diesen Reiz reagirt. Ist aber der Reiz vorüber, so sistirt der Durchfall, um wieder der Obstipation Platz zu machen und das Spiel beginnt von Neuem. Gerade bei älteren, arteriosklerotischen Patienten, habe ich dieses Bild öfters gesehen, kann mich aber nicht dazu entschliessen, in solchen Fällen einen Darmkatarrh zu diagnosticiren. Es liegt für diese Erscheinung ein Analogon in den Anfällen von Herzschwäche solcher Patienten, die mit Ohnmacht, Schwindel und Erbrechen plötzlich schleimige Durchfälle bekommen, die dann wohl durchaus auf eine vasomotorische Störung zu beziehen sind, zumal, wenn Coffein schnell und sicher die Durchfälle sistirt. Das Bild solcher Durchfälle entspricht vielleicht noch mehr, als die Colica mucosa dem von Vanni für die letztere Krankheitsform vorgeschlagenen Namen: mioangio-nevrosi intestinale con ipersecrezione mucosa. Bei den oben geschilderten Anfällen Arteriosklerotischer sind es centrale Reize, während beim Wechsel von Obstipation und Durchfall der Reiz peripherer Natur ist. Ein anderes Moment deutet gleichfalls darauf hin, dass wir es nicht mit einer bleibenden anatomischen Veränderung zu thun haben und das ist der Einfluss der Diät. Wir können in diesen Fällen ruhig eine gemischte Kost geben mit besonderer Bevorzugung der Gemüse und leichter Kohlehydrate, die eine leicht anregende Wirkung auf die Darmperistaltik ausüben. Sofort sieht man bei blander Kost den Zustand schlimmer werden, wie jene Patientin das klar damit ausdrückte: «Wenn ich wenig esse, bekomme ich Durchfall». Wie anders dagegen beim chronischen Darmkatarrh! Hier sind die Patienten schliesslich auf ein kümmerliches Minimum beschränkt, das wohl auch mit zum Kräfteverfall beiträgt; aber der geringste Diätfehler rächt sich. Und das ist ebenso der Fall, wo sich der Darmkatarrh nicht nur im Durchfall, sondern im Wechsel von Durchfall und Obstipation äussert.

Einen recht brauchbaren Anhaltspunkt für die Diagnose «Darmneurose» geben ferner die sogenannten Burkhartschen Druckpunkte. Die ganze Aorta abdominalis, sowie die beiden Iliacae sind auf Druck empfindlich und zwar so typisch, dass man die Patienten in Erstaunen setzen kann, wenn man ihnen vorher bereits angeben kann, welche Punkte im Abdomen die empfindlichsten sind. Ich habe diese Druckpunkte beim Darmkatarrh nicht nervöser Personen nicht gefunden, oder sehr selten, dagegen sehr häufig eine Druckempfindlichkeit des ganzen Colon, besonders des descendens. Dass auch bei der rein nervösen Obstipation das gefüllte und gespannte Colon empfindlich sein kann, ist selbstverständlich, nur muss man bei Druck auf das Colon transversum darauf achten, dass nicht indirect die Aorta getroffen wird und von dieser der Schmerz ausgeht. Ob diese neurotischen Druckpunkte mit bestimmten sympathischen Nervengeflechten in Zusammenhang stehen, lässt sich mit Bestimmtheit noch nicht sagen; wahrscheinlich ist es. Jedenfalls kann die rechte Iliaca derart empfindlich sein, dass man unwillkürlich geneigt ist, an Typhlitis zu denken, wenn man nicht controllirt, ob die linke Iliaca nicht denselben Befund darbietet.

Als differentiell-diagnostische Merkmale stehen uns also folgende Momente zur Verfügung:

Chronischer Darmkatarrh.

Meist Abnahme des Körpergewichts; blasse Hautfarbe.

Wenn Durchfall besteht, tritt derselbe schon Nachts oder am frühen Morgen auf, ist unregelmässig über den ganzen Tag vertheilt.

Die Diät ist von ausgesprochenem Einfluss auf die Art der Stühle und das ganze Befinden.

Schmerzhaftigkeit des Colon bei Druck.

Darmneurose.

Keine Abmagerung; oft blühendes Aussehen, trotz jahrelanger Durchfälle.

Der Durchfall beginnt meist um die Stunde der normalen Defäcation, oder gleich nach dem Essen. Die Stühle folgen sich schnell und setzen dann längere Zeit aus.

Die Diät ist fast ohne Einfluss auf den Zustand, oder die Durchfälle sistiren erst bei gemischter Kost.

Druckpunkte an der Aorta und Iliacae.

Wenn ich hier in schematischer Weise die klinischen Merkmale einander gegenüber gestellt habe, die mir vorzugsweise für die Diagnose maassgebend zu sein scheinen — ohne selbstverständlich damit das diagnostische Material erschöpft zu haben — so will ich damit auch nicht sagen, dass es sich bei allen derartigen Darmstörungen um die Frage handelt: liegt hier ein Darmkatarrh vor, oder eine Darmneurose? — Es giebt unzählige Mischformen, in denen fraglos beide Momente eine Rolle spielen. Schon der grosse Einfluss, den die Psyche auf die Peristaltik ausübt, erinnert uns daran, dass sich überall da auch der nervöse Factor geltend machen wird, wo als Unterlage ein einfacher Darmkatarrh besteht. In den meisten Fällen wird es sich also darum handeln, ob das neurotische Moment vor dem pathologisch-anatomischen die erste Beachtung verdient, oder umgekehrt. Erst nach Abwägung sämmtlicher Factoren, wird es gelingen, eine präcise Diagnose zu stellen, die uns eine rationelle Therapie ermöglicht, deren Grundzüge ich hier nur flüchtig skizziren kann. Nirgends so sehr, wie auf dem Gebiete der Darmerkrankungen bringt das Schema und System in der Therapie Schaden, während wir nur vom sorgfältigsten Individualisiren Nutzen zu erwarten haben.

Wenn wir an die physiologische Aufgabe des Darmes und speciell des Dickdarmes denken, so müssen wir zugeben, dass die Darmschleimhaut wohl diejenige ist, die von allen Schleimhäuten den stärksten Insulten ausgesetzt ist. Die Breite, in der sich die physiologische Function abspielt, ist eine sehr beträchtliche; daher werden wir in der Therapie der Darmneurosen diesem Moment besonders Rechnung tragen müssen und das geschieht in der entsprechend durchgeführten Schonung und Uebung des Darmes. Ich meine damit, dass dem Darm zur Zeit der Defäcation wirklich Gelegenheit gegeben werden soll, Arbeit zu leisten und dazu brauchen wir beim nervösen Darm — ob Obstipation oder Durchfall die Scene beherrscht — eine gemischte Kost, die die Peristaltik an-

regt. Sehr gute Dienste leisten in dieser Hinsicht Traubenkuren, die auch in den Fällen anzuwenden sind, wo Verstopfung und Durchfall abwechseln. Neben der Diät, die also keine reizlose — wenn auch nicht eine leicht gährende — sein darf, lassen sich alle die Mittel empfehlen, die in mildester Weise den Darm wirklich entleeren, damit er nach der Defäcation auch wirklich Ruhe hat. Kissinger Racoczy in kleinen Portionen (150—200) etwa 4—5 Mal täglich, Magnesia usta, Leube's Pulver sind in solchen Fällen recht brauchbar. Am Anfang der Behandlung lasse ich gerne warme Kamillenthee-Lavements brauchen, die täglich präcise um dieselbe Stunde, womöglich um die Zeit der ersten Defäcation gemacht werden müssen. Man erreicht hiermit auch wieder eine Gewöhnung des Nervenapparates an gewisse Ruhepausen, die allerdings anfangs künstlich geschaffen werden müssen. Zugleich kommt natürlich die Gesammtbehandlung in Betracht, die mit der Hydro- und Elektrotherapie und der psychischen Behandlung in gewissen Fällen den ganzen Apparat in Bewegung setzen muss, der heutzutage gegen Hysterie und Neurasthenie in Anwendung kommt. Ja in schweren Fällen sah ich relativ gute Erfolge von der Anstaltsbehandlung. Immer noch wird der Fehler gemacht, solche Patienten zu Trinkkuren nach Deutschland zu schicken. Der Erfolg einer solchen Kur kann momentan ein befriedigender sein, aber auch nur dann, wenn der Pat. sich nicht curgemäss, sondern sehr kräftig nährte. Nach der Rückkehr des Patienten in die altgewohnten Verhältnisse stellt sich doch wieder der alte Zustand ein. Hier haben wir, wenn die Patienten durchaus reisen sollen, vorzugsweise von Luft- und Badekuren etwas zu erwarten, die nur in vorsichtigster Weise mit dem mässigen Trinken eines Brunnens verbunden werden dürfen.

In vielen Fällen wird es uns so gelingen, eine Besserung zu erzielen, eine Heilung der Neurose ist selten, wir können nur symptomatisch behandeln, denn das Grundübel sitzt zu tief.

M. H.! Darmkatarrh und Darmneurose sind schon seit langer Zeit die Stiefkinder der medicinischen Forschung

gewesen, anderen Fragen von einschneidender Bedeutung ist das ärztliche Interesse zugewandt — aber der Leidende fragt nicht, ob sein Leiden «ein interessanter Fall» sei — er will gesund werden!

Dazu müssen wir ihm verhelfen und wenn die präcisere Diagnose auch in diesen alltäglichen Störungen des Lebens uns eine erfolgreiche Therapie gewährleistet, so haben wir uns damit wiederum dem Ziele um einen Schritt genähert — dem Ziele, welchem wir alle zustreben — wirkliche ärztliche Kunst zu üben.

Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane.

Von

Dr. med. Arth. Schabert.

Vortrag, gehalten auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

M. H.! Die Frage nach der Bedeutung der Congestion der Harnorgane ist vom wissenschaftlichen Standpunkte bisher noch wenig in Angriff genommen worden. Was darüber bekannt ist, entstammt der Praxis, der Beobachtung am Krankenbett. Diese nun lehrt uns, dass die Congestion eine bedeutungsvolle Rolle in der Pathogenese gewisser Harnkrankheiten spielt, die Complicationen und den Verlauf beeinflusst und hinsichtlich der Therapie. hinsichtlich der Hygiene und Prophylaxe die eingehendste Würdigung fordert.

In diesem bezeichneten Umfange will ich versuchen den Gegenstand dieses Vortrages darzustellen:

Ich begebe mich sogleich in medias res und beginne meine Betrachtungen mit der Gonorrhoe, denjenigen Punkt herausgreifend, der mit der Congstion in innigem Zusammenhange zu stehen scheint. Das Ziel der Behandlung ist bekanntlich den Entzündungsprocess auf die Urethra ant. zu localisiren. Mit dem Ueberschreiten des Compressor wird sie eine unheilvolle Krankheit mit unberechenbaren Folgen. Es giebt mehrere Methoden der Behandlung, von denen einige sich principiell bekämpfen. In Wien bekämpft man einen Neisser. Die Zahl der Medicamente ist Legion.

Wo ist der rothe Faden einer rationellen Therapie? Ich sehe ihn einzig und allein in der Vermeidung jedweder Congestion. So lange wir ein

specifisches Gonococcen tödtendes Mittel nicht besitzen, ist unsere Therapie eine symptomatische und hygienische. Diese aber soll in jedem Fall eine unschädliche sein. Worin besteht nun der Schaden, den jede der bekannten und noch nicht bekannten Methoden in sich schliessen kann?

Hier muss ich die folgenden Bemerkungen einschalten. Es wird heutzutage noch vielfach gelehrt, dass die unvorsichtigen Einspritzungen und die unzweckmässigen Trippers pritzen die Complication der Urethritis poster. besorgen, indem der Compressor überwunden und die hintere Urethra inficirt wird. Dieser Auffassung, als einer wesentlichen und die Complication der Urethritis posterior erklärenden, muss ich stricte entgegentreten. Die Ursachen der Weiterverbreitung sind, wie das tausendfältige Beobachtungen lehren, nicht zufällige und äusserliche, sondern causale und innere. Wie ein Erysipel und eine Phlegmone sich weiter im Gewebe durch den Blut- und Lymphtransport verbreitet, so gerade thut es auch die Gonorrhoe. Erste Bedingung, diese Weiterverbreitung hintanzuhalten, ist also die Vermeidung jeden Reizes; jedem Reiz folgt eine Reaction, eine vermehrte Saftströmung, Congestion; kein Organ des menschlichen Körpers ist nun schon von Natur aus, anatomisch und physiologisch, so sehr zu Congestionen disponirt, wie das Membrum und seine einzelnen Theile.

Das Princip einer rationellen Behandlung der ac. Gonorrhoe ist also ein hygienisches, anticongestives: es gipfelt in der Verordnung einer reizlosen Diät — um die Congestion der Unterleibsorgane zu vermindern, den allermildesten Injectionen, energischer prophylactischer Bekämpfung von Erectionen und Sorge für Stuhl. Die nicht die mindeste Garantie gewährleistende Abortivbehandlung wäre ihres unberechenbaren Risicos wegen von jedem zu verwerfen, der in der Medicin nicht Hazard spielt, während die Bettbehandlung der acuten Gonorrhoe das grosse Opfer der Entsagungen und der häufig beschämenden Krankheitsdeclaration nicht entschädigt durch den Erfolg, der m. E. aus dem einfachen Grunde ausbleibt, weil das Bettliegen gleichfalls die Unterleibs-, speciell die Blasencongestion

befördert, wie wir noch an anderer Stelle ausführen wollen.

Von dem grössten wissenschaftlichen und praktischen Interesse ist die Frage des Verhältnisses der Congestion einerseits, der Bacterieninvasion andererseits zur Pathogenese der Cystitis resp. Pyurie, der ich mich jetzt zuwende. Rovsing hat den experimentellen Beweis geliefert, dass bei Thieren in die Blase gebrachte Bacterienaufschwemmungen erst dann Cystitis erzeugten, wenn er durch Unterbindung der Urethra die Organe in einen congestiven Zustand versetzt hatte, doch das ist nur ein Experiment.

Welch eine Rolle den Bacterien ganz im Allgemeinen bei der Entstehung der Cystitis zukommt, das ist m. E. noch eine offene Frage; noch ganz unentschieden ist die Art und Weise ihres Hineingelangens in die Harn abführenden Wege, obwohl darüber von Posner und Lewin bereits die ersten experimentellen Studien gemacht worden sind. Das Experiment wird auch hier nur die Bestätigung längst gemachter Beobachtungen liefern und diese führen uns unabweislich zur Annahme, dass die Bacterien aus dem Körper selbst, vielleicht hauptsächlich aus dem Darmcanal in die Harnwege gerathen. Untersuchen wir die Pathogenese der verschiedenartigen Cystitisformen, so wird sich finden, dass die Kette der Ereignisse, welche schliesslich zur Pyurie führt, aus sehr verschiedenen Gliedern sich zusammensetzt, dass aber eines dieser Glieder immer wieder die Congestion ist, ohne welche die Kette auseinanderfällt. Selbst bei den beiden Cystitisformen, die wir mit specif. Erregern in näheren Zusammenhang bringen, der blenorrhoischen und tuberculösen, spielt die Congestion bereits eine wesentliche Rolle, obwohl es auf den ersten Blick anders erscheinen mag. Sehr instructiv gestaltet sich dieselbe bei der tuberculösen Cystitis. Es muss hierbei streng unterschieden werden zwischen Blasentuberculose und tuberculösem Blasencatarrh. Nur für die Tuberculose ist ein specifischer Erreger die Ursache, nicht für den Catarrh. Die Etablirung von Tuberkelknötchen führt zu einem heftigen Con-

gestionszustande des Organes, der sich in einem häufigen Urinbedürfniss vom Charakter der Dysurie äussert und zu parenchymatösen Blutungen führt. Das sind die beiden ersten Zeichen der Tuberculose. Der chronische Congestionszustand führt dann schliesslich zum Catarrh, welcher nichts specifisches mehr hat. Dieses Verhältniss der Congestion zu den klinischen Erscheinungen hat nun ein bedeutend praktisches Interesse. Bei keiner Form der Cystitis lässt sich der Einfluss derselben so genau und eclatant verfolgen, wie gerade hier. Alles, was irgend nur zur Congestion der Unterleibsorgane führen kann, veranlasst hier sofort Störungen, die von den Patienten ängstlich und instinctiv gemieden werden. Intelligente Kranke sind dann die besten Lehrmeister unserer Erfahrungen. Der geringste Excess im Essen und Trinken, die geringfügigste Erkältung der Füsse oder des Unterleibes veranlassen sofort eine Steigerung der Symptome. Ein localer Eingriff zum Zweck der Diagnose oder Behandlung rächt sich gewöhnlich schwer an dem Befinden des Kranken. Die letzteren sind daher, wo nur der Verdacht auf Tub. besteht, sorgfältig zu vermeiden. Wer hier einen local therapeutischen Eingriff wagt, muss schon sehr Bescheid wissen in den Erfolgen desselben. Als allgemeine Regel bei der Behandlung der Blasentuberculose hat daher die völlige Enthaltsamkeit des Arztes von localtherapeutischem Eingriff zu gelten. Die Methode ist hier ein roborirendes Verfahren, eine symptomatische medicamentöse Therapie, alles aber in Rücksicht auf die Congestion, die um jeden Preis vermieden werden resp. gemildert werden muss.

Auch bei der Cystitis der Stricturkranken, beim Calculus und der Prostatahypertrophie bildet die Congestion das herüberleitende Glied in der Pathogenese der Cystitis.

Beim Calculus ist es der Fremdkörperreiz bei der Strictur die erhöhten Anstrengungen der Blase und bei der P. H. die Sclerose des Gefässsystems, welche die Congestion hervorruft resp. begünstigt. Ich übergehe sie,

weil die Congestion als solche, kein praktisches Interesse hat.

Hingegen bedürfen noch 2 Cystitisformen näherer Erwähnung: die Cystitis der Frauen und die Cystitis nach Harnverhaltung. Die Cystitis der Frauen steht in einer grossen Zahl der Fälle im Zusammenhang mit einem uterinen Leiden. Congestionen während der Menstruation und Gravidität, Circulationsstörungen im Allgemeinen im Verlauf der chron. gynäkol. Leiden bilden die Basis der Entstehung. Die Therapie der Frauencystitis besteht daher causal in der Therapie des uterinen Leidens. Gerade die eigenthümlichen Umstände, unter denen hier der Zusammenhang der Ereignisse erscheint, versprechen in Zukunft manche Aufklärung zu geben. Hauptsächlich in Bezug auf das Verhältniss von Congestion und Bacterienansiedelung. Eine kerngesunde Frau kam zu mir mit Dysurie. Sie menstruirte gerade, erkältete sich in diesem Zustande und es folgte Suppressio mensium. Ich katheterisirte sie und untersuchte den Harn sofort. Es wimmelte förmlich im Harn von grossen Kugelcoccen, der nebenbei eine geringe Zahl von Leucocyten aufwies. Nach einigen Tagen ist der Harn mit Aufhören der menstruellen Störung völlig normal. Die Congestion der Blase und die Einschwemmung von Bacterien erscheinen in diesem Falle in innigem Zusammenhange. Ein weiteres Beispiel dieses Zusammenhanges werde ich später unten anführen. Schwere Formen der Cystitis sehen wir bei uterinen Leiden sich entwickeln unter dem Einfluss der Chronicität der pathol. Circulation. Eine Cystitis mit Haematurie gab Herrn Dr. v. Knorre im Frühling dieses Jahres Veranlassung mir eine Patientin zur cystoscop. Untersuchung zuzuführen — da bei der bestehenden Sachlage ein Verdacht auf Neubildung gerechtfertigt war. Letztere Annahme bestätigte sich nun nicht — dagegen fanden wir die Schleimhaut der Blase im ganzen Umfange auf's Höchste congestionirt, feuer- und kupferroth und aus allen Ecken und Enden leicht blutend. Die Ursache war eine Retroflexio uteri, wenn ich nicht irre, fixata. Es ist klar, dass die Thera-

pie dieser Frauencystitis aus der Thatsache dieser Congestion die allerwesentlichsten Vortheile ziehen muss und dass eine rationelle Therapie auch hier anticongestive Maassnahmen, welcher Art auch immer ergreifen wird, statt blind darauf loszuspülen, was nie zum Ziele führen kann.

Die Cystitis nach Harnverhaltung hat gleichfalls ein wichtiges praktisches Interesse. Welche Ursache der Harnverhaltung auch zu Grunde liegen sollte, immer sei man dessen eingedenk, dass die harnverhaltende Blase sich im Zustande der Congestion befindet, die sich meist bis in die Nieren fortpflanzt. Hier ist nicht nur die Blase, sondern auch die Niere gefährdet und kommt es zur Pyurie, so beruht diese nicht nur auf Cystitis, sondern auf Cystopyelitis und Pyelonephritis. Zu einem solchen Zustande gerufen, kann der Arzt — zumal unter dem Druck landischer Verhältnisse einen Kunstfehler begehen, der dem Patienten über kurz oder lang das Leben kostet, nämlich dann, wenn er die Blase in einem Zuge per Catheter entleert. Nach einem solchen Eingriff tritt zu der durch die Harnverhaltung bedingten Congestion eine Steigerung hinzu, die wir als eine Fluxion a tergo bezeichnen können. Hier besteht offenbar dasselbe Verhältniss wie bei der Entleerung grosser Höhlen-Transsudate. Der plötzlich entweichende Druck bringt eine völlige Erschlaffung der Gefässwände herbei, mächtig strömt das Blut zu den entlasteten Gebieten. Wie dieser Zustand nun in der Folge vertragen wird, hängt einzig und allein von der vitalen Energie der Organe ab; je älter, je marastischer das Individuum, desto schlechter befindet sich dasselbe. Gewöhnlich am 3—4 Tage tritt eine Cystitis hinzu, der Harn enthält eine Unzahl Bacterien, ist hell, vom Charakter des pyelitischen Harnes, und indem sich Abgeschlagenheit, stark belegte Zunge, Aufstossen, leichtes Fieber hinzu gesellen, bildet sich ein toxischer Zustand aus, dem der Kranke über kurz oder lang erliegt.

Unter den veranlassenden Momenten, welche die Congestion zu den Harnorganen bedingen, habe ich bisher noch eines nicht erwähnt, nämlich die Rückenlage

und den Schlaf. Im März 1895 lag auf der I. Abtheilung des Rig. Stadtkrankenhauses ein noch jugendlicher Mann mit Polyurie unbekannter Provenienz. Seine Harnmenge in 24 Stunden betrug 5000. Durch eine 4-tägige Selbstbeobachtung stellte ich fest, dass das Verhältniss von Tag- zu Nachturin bei einem Gesunden etwa 4 : 1 ist: 1000 am Tage 250 in der Nacht. Nun liess ich den Tag- und den Nachturin des Kranken getrennt auffangen; sein Tagesurin betrug im Durchschnitt 1000, sein Nachturin 4000, das Verhältniss war also ein umgekehrtes, d. h. in Bezug auf das Verhältniss beim Gesunden betrug sein Nachturin das 16-fache. Der Nachturin war auch bedeutend trüber. Diese Trübung beruhte nicht etwa auf Leucocyten, die sich überhaupt nur sehr spärlich im Urin fanden, sondern auf einer massenhaften Bacterieneinschwemmung. Was anders konnte der Grund dieser Thatsache sein, der Polyuria und Bacteriuria nocturna, als die veränderte Circulation in der Niere während des Schlafes, deren Ausdruck wir einzig in der Congestion suchen können, hervorgerufen durch eine Innervationsherabsetzung der Vasomotoren unter dem Einfluss des Schlafes. Bei der im Laufe der Prostatahypertrophie eintretenden nächtlichen Polyurie ist es wiederum mehr die Rückenlage, welche dieselbe veranlasst, wie wir noch weiter sehen werden.

Das Gebiet des grossen Sammelbegriffes «Cystitis» verlassend wenden wir uns nur in Kürze den Stricturen zu. Das callöse Gewebe der Strictur ist ein gefässreiches schwellungsfähiges Stratum, ähnlich der hypertroph. Schleimhaut der Nase. Reize aller Art, welche zu Congestionen Veranlassung geben; Excesse, Erkältung, Erectionen, Schlaf, locale Eingriffe, beeinflussen dasselbe. Nur unter dieser Voraussetzung sind uns die wechselvollen Zustände der Stricturkranken erklärlich, unter denen sie zu leiden haben, das bald leichte, bald erschwerte Uriniren, die Blutungen, die ephemeren Harnverhaltungen von bald kurzer, bald längerer Dauer, die bösen Zufälle gerade im Beginn vorgenommener Bougicur.

Bei Geschwülsten der Blase und Nieren verursachen die Congestionen die Blutungen, welche als Haematurie eine so ominöse diagnostische Bedeutung haben. Man nahm früher an, dass die Geschwulstblutungen durch Ulceration der Tumoren entstehen. Das ist nun keineswegs der Fall, wie das erstens Autopsien schon früher, nach der Einführung der cystoscopischen Methode die directe Beobachtung am Lebenden tausendfach gelehrt haben. Die Blutungen entstehen unter dem Einflusse der Congestion per rhexin aus den zarten, nur mit einer dünnen Endothelschicht bekleideten Gefässen der Papillome, aus den brüchigen nur mangelhaften Gefässanlagen der malignen Geschwülste. Auch Haematurie anderer Art, bei Strictur, Prostatahypertrophie, Calculus, Tuberculose, Pyelitis, sehen wir unter dem Einfluss aller der Momente auftreten, welche zu Congestionen führen. Unter meinen Beobachtungen findet sich auch ein Fall, wo gar keine anatom. Basis vorhanden war, der Kranke nie an der Blase gelitten, auch heute noch frei von jeder pathol. Aenderung ist, der nach einer langen Fahrt auf holperigen Landwegen an Haematurie erkrankte und nach wenigen Tagen der Ruhe sie wieder verlor. Darüber sind Jahre vergangen und nichts deutet darauf hin, dass ein occultes Leiden vorliegt. Hier kann einzig und allein die Congestion als Erklärung herangezogen werden.

Aber nicht nur die Hämaturie, auch die Hämoglobinurie sehen wir nach einer Congestion auftreten, gewöhnlich im Anschluss an eine starke Abkühlung — eine wohl allgemein bekannte Thatsache Auch die Albuminurie als Symptom verschiedener Erkrankungen lässt sich mit der Congestion zu den Nieren in den engsten Zusammenhang bringen. Seit dem Bekanntwerden feiner Reactionen auf Albumin hat das Studium dieser Frage grosse Fortschritte gemacht. Wir wissen jetzt, dass schon geringe Mengen Alcohol, welcher doch Unterleibscongestionen macht, geistige Arbeit und psychische Einwirkung, sowie das kalte Bad, welche alle auf dem Wege sympathischer oder sensibler Nerven, auf die Vasomotoren der Peripherie wirken, in den meisten Fällen,

auch bei den Gesundesten, Albuminspuren im Harn auftreten lassen.

Bekannt ist der wohlthätige Einfluss der Wärme und der nachtheilige der Kälte auf alle Nephritiker. Warme Kleidung, warme Fussbekleidung, warmes Klima, warme Bäder bilden die wahre hygien. Behandlung. Auch die bekannte blande Diät der Nephritiker ist nicht nur eine empirische, sondern in Rücksicht auf ihren anticongestiven Einfluss eine durchaus rationelle und wissenschaftliche. Sehr lehrreich ist mir eine meiner Beobachtungen, die ein junges Mädchen mit Albuminurie nach Scharlach betrifft. Sie wird seit Jahren von mir beobachtet und die Mutter derselben hat wohl einige tausend Urinuntersuchungen ausgeführt. Alle Zustände des psych. und somat. Befindens, der Diät und der Witterung habe ich im Laufe der Jahre in Rücksicht auf die Album. verfolgen können und sie stets abhängig gefunden von der Congestion und den sie veranlassenden Momenten.

M. H.! Es ist praktisch unmöglich in einem kurzen Vortrage den Einfluss der Congestion in der Pathologie der Harnorgane systematisch darzustellen, ich bitte es mir daher nicht als Systemlosigkeit auszulegen, wenn ich in diesen Aphorismen von einzelnen Symptomen, wie Hämaturie und Albuminurie mich zum Schluss einer speciellen Krankheit, der Prostatahypertrophie zuwende. Die Lehre von der Prostatahypertrophie ist meines Erachtens das revisionsbedürftigste Capitel in der Pathologie der Harnorgane. Es ist unmöglich sich in Details einzulassen, ehe man sich in den Grundlagen geeinigt hat. Meine persönliche Ansicht ist die, dass die deutsche mechan. Erklärung fallen wird zu Gunsten der von der französ. Schule inaugurirten functionellen Theorie. Diese sieht in einem Darniederliegen der vitalen Energie des ganzen Systems die Grundlage dessen, was man früher dem Einfluss der Prostatahypertrophie allein zuschrieb. Die Symptome der P H. im Anfange sind: Das vermehrte nächtliche Urinbedürfniss, das Warten

auf den Strahl, oder Dysurie, eine anfangs nur nächtliche, später eine allgemeine Polyurie. Im II. Stad. ist es die Retention und die allmähliche Ausbildung des Catarrhes, welche das Symptomenbild beherrschen.

Zahlreich sind die Complicationen, welche sich von einem Ende des ganzen Systems bis zum anderen einstellen können. Das Verhältniss der Congestion zur Ausbildung dieser Symptomenreihe ist nun ein sehr inniges. Die Congestion bildet den physiologischen Zustand bei der Prostatahypertrophie, sagt Guyon. Sie ist die Ursache der Störungen beim Uriniren während der ersten Periode der Krankheit — des vermehrten nächtlichen Urinbedürfnisses und der wiederkehrenden, in ihrer Bedeutung missdeuteten Erectionen, der Ausbildung der Retention bei der zweiten; sie bereitet den Boden für die Cystitis und Nephritis vor, äussert sich direct als Haematurie und führt im Verlaufe der Krankheit plötzliche Exacerbationen und Complicationen herbei. Die Hauptaufgabe der Therapie wird es daher sein, alle Ursachen, welche die Entstehung von Congestionszuständen zu begünstigen oder zu veranlassen vermögen, fernzuhalten und zu bekämpfen. Diesen Ausführungen steht die ältere deutsche Schule noch ablehnend gegenüber, aber die jüngere, den neuen Anschauungen zugänglichere, hat sie schon acceptirt. Die Empirie schickt sich auch hier wiederum an, den Resultaten der Doctrin vorauszueilen, und ob auch die Theorie Guyon's in der deutschen Hochschule noch nicht anerkannt wird, so wird doch auf den chirurgischen Stationen schon die Castration, die Unterbindung der Iliaca und des Vas deferens ausgeführt zur Behandlung der prostat. Leiden und damit das Ziel der Behandlung chirurgisch verfolgt, welches Guyon von der Hygiene und internen Medicin zu verfolgen fordert, alle Ursachen fernzuhalten und zu bekämpfen, welche die Entstehung von Congestionszuständen zu begünstigen oder zu veranlassen vermögen.

M. H.! Ich habe mich bemüht einige Streiflichter auf die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der

Harnorgane zu werfen. Ich hoffe, dass das Angeführte genügen wird, zu zeigen, wie gross ihr Antheil an der an Ereignissen so reichen Pathologie der Harnorgane ist. Es ist unmöglich, die letztere zu begreifen, es ist ebenso unmöglich, eine rationelle Therapie, sei sie eine interne oder eine chirurgische, zu betreiben, ohne diesen Antheil der Congestion in den richtigen Anschlag gebracht zu haben.

7. Sept. 1895.

Zur Bekämpfung der Lues.

Grundriss eines Planes zum Kampfe gegen die Weiterverbreitung der Syphilis entworfen im Auftrage der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Grundlage des vom Medicinaldepartement des Reichs festgestellten Programmes für den Allerhöchst bestätigten im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congress zur Bekämpfung der Syphilis in Russland.

Schon seit dem Jahre 1891 hat die Gesellschaft livländischer Aerzte sowohl auf ihren alljährlich wiederkehrenden Aerztetagen, wie in einzelnen auf letzteren ad hoc gewählten Special-Commissionen sich eingehend mit der Frage des Kampfes gegen die Weiterverbreitung der Syphilis und der zu diesem Zwecke für Livland zu ergreifenden Maassnahmen beschäftigt. Auf dem im September vorigen Jahres (1895) in Wenden abgehaltenen Aerztetage gelangte die Luesfrage zur Schlussberathung, die Arbeiten der betreffenden Commissionen zur definitiven Abstimmung und sollte alsdann der gesammte Entwurf, miteinbegriffen die einzelnen administrativen und legislativen, zu wirksamem Kampf gegen die Syphilis erforderlichen Reformvorschläge der Livländischen Medicinalverwaltung unterbreitet werden.

Es war gleichzeitig jedoch an den VII. Aerztetag ein Schreiben der Medicinal-Abtheilung vom 8. August 1895 sub Nr. 1885 eingelaufen, in welchem der Gesellschaft livländischer Aerzte die Mittheilung gemacht wurde, dass im November des Jahres 1896 in Petersburg ein schon Allerhöchst bestätigter Congress in Aussicht genommen sei, welchem die Aufgabe obliegen solle, über Maassnahmen zu berathen, welche geeignet wären, der Weiterverbreitung der Syphilis in Russland Einhalt zu thun. Diesem Schreiben war ein Programm des Me-

dicinal-Departements betreffend die in dem Kampfe gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten auf dem Congress etwa in's Auge zu fassenden Berathungsgegenstände beigefügt und der livländische Aerztetag ersucht, sich über seine Stellungnahme zu letzterem zu äussern.

In Anbetracht dieses Umstandes beschloss die Aerzteversammlung von der Einreichung ihres speciell für das Livländische Gouvernement (mit Ausnahme der Stadt Riga) auszuarbeitenden Entwurfs als solchem Abstand zu nehmen und betraute eine aus ihrer Mitte gewählte Commission bestehend aus den DDr. Docenten W. v. Zoege-Manteuffel, Chr. Ströhmberg, und Truhart mit der Aufgabe, im Namen und im Auftrage der Gesellschaft livländischer Aerzte das vom Medicinaldepartement übersandte Programm zu verarbeiten und die auf den livländischen Aerztetagen bisher in der Syphilisfrage gefassten Beschlüsse dem einzureichenden Entwurfe zu Grunde zu legen.

Eine gleichlautende Aufforderung war von Seiten der Medicinal-Abtheilung an die «Dorpater medicinische Gesellschaft» ergangen, welcher letztere Erfüllung gab, indem sie dieselben oben namhaft gemachten, schon von dem livländischen Aerztetage erwählten Aerzte mit dem Commissum betraute, bei Beleuchtung des Kampfes gegen die Syphilis in ihrem Namen speciell die Verhältnisse in der Universitätsstadt Jurjew in Berücksichtigung zu ziehen.

Die Commission ist nach Möglichkeit bestrebt gewesen, dieser doppelten Aufgabe gerecht zu werden und beehrt sich in Nachstehendem zu Anfang Januar dieses Jahres der Livländischen Medicinal-Verwaltung zur Weiterbeförderung eingereichtes Elaborat den Herren Collegen hiermit zur Kenntniss zu bringen.

Punct I. des Programms.

Die Syphilis unter der Landbevölkerung Livlands.

1) «Die Zahl der Syphilitiker und der venerischen Kranken im Laufe der letzten 5 Jahre (von 1889 bis 1893 incl.) in Gouvernements, Kreisen, in grossen Ortschaften wie auch in alleinstehenden Dörfern, welche

irgend welche Besonderheiten bezüglich der Verbreitung der Syphilis aufweisen.»

Da nachträglich die Erhebung einer Syphilisstatistik für die letzten 5 Jahre nach dem Schema, welches dem Programm des Medicinaldepartements beigefügt ist, nicht möglich ist, so erscheint es zweckmässig, als Ersatz auf die Resultate der Syphilisenquête pro 1892 u. 1893, welche von Dr. Truhart auf dem VI. livländischen Aerztetage vorgelegt wurde, hinzuweisen. — Siehe Protocolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar 5. bis 7. September 1894.

Der Vortrag nebst den statistischen Tabellen ist in der «St. Petersburger Medicin. Wochenschr.» Nr. 11, 1895 zum Druck gelangt.

Die Resultate dieser privaten Enquête stimmen im wesentlichen mit den officiellen Daten überein. Ueber die übrigen venerischen Krankheiten stehen ausser den der Medicinal-Abtheilung eingesandten Daten keine zu Gebote. In Livland giebt es keine Dörfer, die irgend welche Besonderheiten in Bezug auf den Grad der Verbreitung der Syphilis oder venerischer Krankheiten darbieten.

2) «Die Quellen, die Wege, die Art und Weise der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten».

Unter der Landbevölkerung Livlands prävalirt die Verbreitung der Syphilis auf sexuellem Wege, wenngleich gar nicht selten auch Infectionen auf nicht sexuellem Wege vorkommen.

Die geschlechtliche Syphilisinfection wird begünstigt durch gewisse Eigenthümlichkeiten in der Lebensweise der Landbevölkerung. Im Sommer leben in vielen Bauergesinden die Mägde oder erwachsenen Töchter anstatt in der dumpfen Bauernstube in Scheunen, Kleeten, auf Heuböden etc., wo sie des Nachts Besuch junger Leute aus der Nachbarschaft empfangen. Das Zusammenschlafen mit den jungen Leuten in denselben Räumen ist Dank der vorurtheilsfreien Anschauung der unverheiratheten lettischen und erst recht estnischen Mägde ganz üblich, namentlich am Sonnabend und vor grossen Feiertagen,

zur Zeit der Heumahd und der Ernten. Im Vergleich zu der allgemeinen Verbreitung der geschilderten Gewohnheiten ist die Infection mit Syphilis verhältnissmässig selten. Sie kommt vorherrschend dadurch zu Stande, dass nicht selten aus der Stadt abgeschobene Prostituirte in die Zahl der Mägde gerathen, bei denen es dann nicht beim einfachen Zusammenschlafen bleibt, sondern zum geschlechtlichen Verkehr kommt.

Eine nicht geringe Anzahl städtischer Prostituirter verdingt sich ausserdem zur Sommerarbeit auf dem Lande. — Gar nicht selten wird dann auch die Syphilis durch männliche Dorfbewohner eingeschleppt welche sich in den Städten zur Zeit der Bauermärkte, der Recrutirung etc. namentlich oft in den Bierbuden inficiren.

Dann giebt es wohl auch noch allerdings in seltenen Fällen Dorfprostituirte, die in einzelnen Krügen ihr Gewerbe betreiben.

Die auf diese Weise eingeschleppte Syphilis verbreitet sich Dank den engen Wohnungsverhältnissen der Bauern und bäuerlichen Knechte und Arbeiter auf den Gütern und in kleinen Fabriken in seltenen Fällen auf aussergeschlechtlichem Wege in die Familie. Dass solches verhältnissmässig selten geschieht, ist bedingt durch die bei der Landbevölkerung ziemlich allgemein verbreitete Furcht vor der Syphilis und in letzter Zeit dadurch, dass die Erkrankten unentgeltliche Hospitalbehandlung finden und daher nicht lange in der Familie bleiben.

Andere Arten der Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung sind der Commission nicht bekannt, wie z. B. durch Ammen, Impfung etc. Sie mögen immerhin in äussersten Ausnahmefällen zur Verbreitung der Syphilis beigetragen haben.

3) «Daten über die Zeit der Einschleppung der Syphilis in gewisse Ortschaften und besondere Bedingungen, welche eine Steigerung der Erkrankung bedingten».

Unter der Landbevölkerung des Gouvernements Livland kann man nicht von einer endemischen Verbreitung der Syphilis an besonderen Ortschaften reden; mithin auch

nicht den historischen Zeitpunkt des Erscheinens der Syphilis feststellen.

Was das zeitweilige Exacerbiren der Infectionen mit Syphilis anbetrifft, so ist im Punkt 2 bereits der Erntezeiten und der Heumahd Erwähnung gethan.

4) «Die Registration und die Maassregeln zur Entdeckung der Syphilitiker».

Seitdem die an der Syphilis erkrankten Glieder der Landgemeinden Livlands unentgeltlich, d. h. auf Kosten der Landescasse, behandelt werden, wird das Bestehen der Syphilis in den Dörfern häufiger als bisher dadurch erkannt, dass die Erkrankten freiwillig sich in den Krankenhäusern zur Aufnahme melden.

Ausserdem stellen die estnischen und die lettischen Bauern, die zum grossen Theile immer noch so eng und unsauber leben, dass beim Erscheinen eines Syphilitischen in der Familie sehr leicht Ansteckungen auf aussergeschlechtlichem Wege zu Stande kommen, in voller Erkenntniss der Bedeutung einer solchen Calamität, mit grossem Eifer durch die Gemeindeverwaltungen die Syphilitiker und die der Syphilis Verdächtigen sowohl den Kreisärzten, als auch anderen auf dem Lande und in der Stadt lebenden Aerzten zur Besichtigung vor. Von den Kreisärzten werden die als krank befundenen Gemeindeglieder obligatorisch zur unentgeltlichen Behandlung in die Krankenhäuser dirigirt, wo im Aufnahmejournal die Kranken mit genauer Angabe der Personalien und der Hingehörigkeit eingetragen werden. Die anderen Aerzte dirigiren die Kranken nicht immer in die Krankenhäuser, sondern unterziehen sie bisweilen der ambulatorischen Behandlung, wobei die Personalien vielleicht im Privatjournal notirt werden und die Medicinalbehörde in den Monats-, Tertial- und Jahresverschlägen nur Zahlenangaben über die Behandelten erhält.

Eine medicinalpolizeiliche Aufsicht besteht nur in einigen grösseren Fabriken. Die kleinen Fabriken, Jahrmärkte etc. entbehren einer derartigen sanitären Controle.

5) «Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis und die Organisation derselben».

Dank dem Verständniss für die Gefahr der Syphilis und der Furcht vor Ansteckung organisiren sich, wie aus dem vorhergehenden Abschnitte ersichtlich ist, die Vorsichtsmaassregeln, so zu sagen, von selbst in der Weise, dass die Bauerwirthe und die Gemeindeverwaltungen ohne Rücksicht jeden der Syphilis verdächtigen Bauer zur ärztlichen Besichtigung vorstellen. Die solchergestalt krank Befundenen werden in die Krankenhäuser zur unentgeltlichen Behandlung auf Kosten der Landescasse aufgenommen.

Aus den Krankenhäusern werden sie nach dem Schwunde der manifesten Erscheinungen entlassen. Im Dorpater Hospital wird der Modus gehandhabt, dass Jedem, der an Syphilis im condylomatösen Stadium behandelt wurde, bei der Entlassung aus dem Hospitale die Weisung ertheilt wird, sich nach 1 bis 2 Monaten wieder zur Besichtigung vorzustellen, und dass bezüglich derjenigen, welche durch die Polizei zur Behandlung eingeschickt wurden, diese letztere davon avisirt wird, dass die Entlassenen nach einer vom Krankenhause bestimmten Frist zur Besichtigung vorstellig zu machen sind. Die Recidive werden dann wieder bis zum Schwinden der Symptome im Krankenhause behandelt.

Die ambulatorische nnd nicht kostenfreie Behandlung landischer Syphilitiker seitens freiprakticirender Aerzte und seitens Kurpfuscher kommt leider immer noch nicht selten vor und hat mitunter, abgesehen von unerschwinglichen Unkosten seitens der Erkrankten, zu vielfachen geschlechtlichen und aussergeschlechtlichen Infectionen geführt.

So inficirten sich z. B. im Jahre 1890 auf dem Gute Lunia im Dörptschen Kreise etwa 30 Männer, Weiber und Kinder, welche in einem Knechthause wohnten, auf aussergeschlechtlichem Wege durch einen Knecht, welcher ambulatorisch behandelt wurde.

Die Errichtung fliegender Colonnen zur Behandlung Syphilitischer auf dem Lande ist in neuerer Zeit in Livland nicht nothwendig gewesen.

6) «Erwägungen über die Mängel der gegenwärtig im Kampfe mit den venerischen Krankheiten und der Syphilis gehand-

habten Maassregeln und über Maassregeln, welche entsprechend den örtlichen Verhältnissen erforderlich wären».

A. Die Mängel der bestehenden Maassregeln.

a) Die gonorrhoischen Erkrankungen werden im Vergleich zu den syphilitischen zu wenig beachtet.

b) Es fehlt die zur Controle während des Recidivstadiums der Syphilis erforderliche namentliche Registration der landischen Syphilitiker.

c) Eine polizeilich medicinische Controle der kleinen Fabriken und Etablissements wird nicht gehandhabt.

d) Die Anwesenheit von geheimen und offenkundigen Prostituirten in Bierbuden und dergl. an solchen Orten, wo Bauermärkte stattfinden, wird nicht verhindert, obgleich gerade an diesen Orten die unter dem Einflusse alcoholischer Getränke stehenden Landleute allzu leicht und oft inficirt werden.

e) Die Entlassung der Syphilitiker aus den Krankenhäusern nach dem Schwinden der manifesten Erscheinungen, ohne dass Maassregeln ergriffen werden, dass sie während der Dauer des condylomatösen Stadiums von Zeit zu Zeit zur Besichtigung erscheinen.

f) Prostituirte werden oft in ihre Gemeinden abgefertigt, ohne dass die Gemeindeverwaltungen davon benachrichtigt werden, dass sie sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden und daher von Zeit zu Zeit einer ärztlichen Besichtigung zu unterziehen sind.

g) Die ambulatorische Behandlung solcher Syphilitiker welche unter für ihre Mitwohner gefährlichen Verhältnissen leben, kommt leider immer noch zu oft vor und begünstigt die Verbreitung der Syphilis auf nichtgeschlechtlichem Wege.

h) Die Syphilitiker werden oft von Kurpfuschern behandelt.

i) Es ist Mangel an Krankenbetten für Syphilitische, namentlich auf dem flachen Lande vorhanden.

k) Viele Aerzte sind mit den nicht ganz deutlich ausgesprochenen Symptomen der recenten Syphilis nicht genügend bekannt.

B. Maassregeln, welche den örtlichen Verhältnissen entsprechend, erforderlich sind.

Allgemeine Gesichtspunkte.

Alle Maassregeln, welche im Kampfe gegen die Syphilis ergriffen werden, müssen zu erreichen suchen, dass jeder Erkrankte freiwillig und gern die Hospitalbehandlung suche und unentgeltliche Behandlung in den Hospitälern finde.

Die Registrirung der Syphilitischen und Venerischen muss sich nach dem Kartensystem in den Krankenhäusern concentriren behufs Ermöglichung einer Controle der im Recidivstadium Befindlichen.

Die Gonorrhoiker müssen registrirt und unentgeltlich behandelt werden wie die Syphilitiker.

Alle Maassregeln gegen die Syphilis haben mit der wissenschaftlich festgestellten und durch vielfache Thatsachen bewiesenen Erfahrung zu rechnen, dass ein Syphilitiker im condylomatösen Stadium (im Verlaufe dreier Jahre nach erfolgter Infection) infectiös sein kann ohne dass an seinem Körper mit den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden erkennbare Zeichen vorhanden sind und mit der Hypothese, dass aller Wahrscheinlichkeit nach eine von Zeit zu Zeit wiederholte methodische Quecksilbercur die Infectiosität des Kranken vermindern oder gar aufheben kann.

Hieraus würde sich logischer Weise die Nothwendigkeit ergeben, den frischen Syphilitiker auf Staatskosten auf 3 Jahre im Krankenhause zu interniren.

Da aber Solches unausführbar ist, so hat man auf eine Ausrottung der Syphilis zu verzichten und muss bekennen, dass man höchstens nur im Stande sein kann die Verbreitung der Krankheit mehr oder weniger einzuschränken.

Auf Grund dieser allgemeinen Principien wären folgende specielle Maassregeln zu ergreifen.

Specielle Maassregeln.

a) Die Aerzte müssen den Krankenhäusern, in deren Rayon sie das Gebiet ihrer Praxis haben, namentliche Karten über die in ihrer Behandlung befindlichen syphi-

litischen und venerischen Dorfbewohner zustellen und gleichzeitig die letzteren überreden behufs unentgeltlicher Behandlung in die Krankenhäuser einzutreten.

In dieser Weise würde auch am genauesten die für die Syphilitischen erforderliche Bettenzahl festgestellt werden können.

b) Die Krankenhäuser sind zu verpflichten genaue namentliche Listen der Syphilitischen und venerischen Kranken zu führen.

c) Allen freiwillig in die Krankenhäuser zur Behandlung eingetretenen Syphilitikern des condylomatösen Stadiums ist bei der Entlassung die Weisung zu ertheilen, dass sie binnen 2 Monaten zur Besichtigung zu erscheinen haben mit dem Bemerken, dass im Falle der Nichtbefolgung dieses Rathes sie polizeilich requirirt werden können.

d) Bei der Entlassung von Syphilitikern, welche den Krankenhäusern durch die Gemeindeverwaltungen oder die Polizei zugestellt worden sind, sind diese von der Nothwendigkeit zu benachrichtigen, dass die Entlassenen binnen 2 Monaten zur ärztlichen Untersuchung vorstellig zu machen sind.

e) Im Falle eines Recidives sind diese Kranken aufs Neue der unentgeltlichen stationären Behandlung zu unterziehen und nur in den Ausnahmefällen ambulatorisch zu behandeln, in welchen mit Sicherheit die Gefahrlosigkeit der häuslichen Verhältnisse bezüglich der Infection Anderer festgestellt ist.

Die unentgeltliche Behandlung syphilitischer Dorfbewohner muss obligatorisch sein.

g) Die Bequemlichkeit der Behandlung muss gewährleistet sein durch Kirchspielshospitäler auf dem flachen Lande.

h) Die ambulatorische Behandlung syphilitischer Dorfbewohner durch Privatärzte ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn der Charakter des Kranken und die häuslichen Verhältnisse die Infectionsgefahr für andere ausschliessen.

i) Die Behandlung der Syphilitischen durch Feldscher und Kurpfuscher ist in Livland, wo es an Aerzten nicht

mangelt, strenger als bisher zu verfolgen und unbedingt zu verbieten.

k) Von den Aerzten ist eine genaue Bekanntschaft der Syphilis in allen ihren Formen und versteckten Erscheinungen zu fordern.

l) Bei Abfertigung von Prostituirten, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, in ihre Heimathgemeinde muss die Polizei verpflichtet sein, die Gemeindeverwaltungen davon zu benachrichtigen, dass diese Personen in gewissen Zeiträumen behufs ärztlicher Untersuchung in die Krankenhäuser vorstellig zu machen sind.

m) Die Anwesenheit von geheimen und offenkundigen Prostituirten in den Getränkeanstalten ist auf's Strengste zu verhindern, namentlich an Markttagen und zur Zeit der Bauermärkte.

n) Die kleinen Fabriken und Etablissements sind derselben polizeiärztlichen Controle zu unterwerfen, wie die grossen. Zur Verhinderung seltenerer, dennoch hin und wieder vorkommender Verbreitungswege der Syphilis unter der Landbevölkerung Livlands wäre es zweckmässig noch folgende Maassregeln durchzusetzen.

o) Die Forderung von ärztlichen Zeugnisssen über Nichtvorhandensein der Syphilis im condylomatösen Stadium bei Eheschliessungen.

p) Schutzpockenimpfung ausschliesslich mit animaler Lymphe.

Punkt II des Programms.

Syphilis inmitten der städtischen Bevölkerung.

1. «Die Zahl der Syphilitischen der letzten 5 Jahre in den einzelnen Städten, nach dem im Programm angegebenen Schema».

«Syphilis in den Schulen».

1) Die Zahl der Syphilitischen der letzten 5 Jahre ist nach dem vorgelegten Schema nicht zu eruiren, da die Kranken nicht nach diesem Schema bei den einzelnen Aerzten eingetragen worden sind. Für die Jahre 1892 und 1893 sind die Daten dem Bericht des Präses des livländischen Aerztetages zu entnehmen.

2) In Bezug auf die Schulen in Dorpat ist zu bemerken, dass in den Gymnasien nur sehr selten Syphilis vorkommt. — In den kleinen Städten Livlands liegen die Verhältnisse ähnlich.

3) Anders liegen die Verhältnisse in Bezug auf die Hochschule. Durch eine private statistische Erhebung fand weil. Prof. E. von Wahl (cf. seine Broschüre «Ueber die Verbreitung der Syphilis» 1880) 12 pCt. der Dorpater Studirenden syphilitisch. Professor C. Dehio hat dann 1892 ähnliche Erhebungen, allerdings in einer beschränkteren Zahl von Studenten gemacht, die er der Commission gütigst zur Verfügung stellte. Er fragte sich: Wie viel Studirende verlassen die Universität Dorpat syphilitisch? Es fand sich der enorm hohe Satz von 24 pCt.!

4) Um diese erschreckend hohe Anzahl syphilitischer Studenten zu verringern genügt es nicht die Untersuchung der Prostituirten zu verschärfen. Der Student sucht im Ganzen lieber die geheime Prostitution auf und frequentirt die öffentliche nur gelegentlich.

Darauf weist ja auch die hier, wie überall viel höher berechnete Zahl der geheimen Prostitution hin. v. Wahl rechnet auf 100 Inscribirte 480 nicht Inscribirte ausserehelich cohabitirende bei einer Gesammtbevölkerung von damals 22000 Einwohnern in Dorpat. Berücksichtigen wir ferner, dass durch die geheime Prostitution die Syphilis in die Familien getragen wird (cf. E. von Bergmann weiter unten) dass aus ihr sich die öffentliche ergänzt und zwar meist in der Weise, dass erst die Erkrankte unter Nummer gestellt wird, somit also schon vor der Inscription Zeit hatte die Syphilis zu verbreiten, so erscheint es dringend nothwendig, da die geheime Prostitution sich der Controlle entzieht, sie vor Infection durch Untersuchung der männlichen Jugend zu schützen.

Eine obligatorische Untersuchung der Männer in den Bordellen kann keinen Erfolg versprechen wo die geheime Prostitution geschützt werden soll.

Es hätte an die Stelle zu treten die obligatorische Untersuchung der männlichen Jugend, soweit sie unter

den bestehenden Verhältnissen zur Verbreitung der Syphilis unter der geheimen Prostitution beiträgt. Im Allgemeinen findet man unter den Studirenden genügende Sachkenntniss um annehmen zu dürfen, dass sie mit Bewusstsein krank nicht cohabitiren. Die Erfahrung spricht hier auch dafür, dass die geheime Prostitution vorwiegend inficirt wird durch Vagabunden (cf. II 2).

Nebenbei sind es einzelne unverbesserlich liederliche Studenten die allenfalls hier noch in Frage kommen. Im Allgemeinen suchen die Studenten schon früh und beim geringsten Verdacht auf Syphilis die ärztliche Hülfe und lassen sich genügend behandeln.

Es wäre also im Interesse der Einschränkung der Syphilis der Nichtinscribirten die Untersuchung und Behandlung jener vaganten jungen Männer zu überwachen.

Für die Studenten hätte an die Stelle der obligatorischen Untersuchung zu treten:

a) Kostenfreie Untersuchung inficirter Studenten, bei dem eigens hierzu angestellten Arzt.

b) Kostenfreie Behandlung der Syphilitischen im Klinikum für Syphilis.

c) Statistische Erhebungen über den Procentsatz syphilitischer Studenten, die alle 3 Jahre von dem speciell dazu angestellten Arzt im Verein mit den practischen Aerzten zu veranstalten sind.

d) Es wäre Pflicht des Arztes unverbesserliche Leichtsinnige unter den Studenten die krank cohabitiren oder sonst bei Kenntniss der Infectiosität ihres Leidens Gelegenheit zur Weiterverbreitung der Syphilis geben, — in Grundlage des § 739 des Reichsgesetzes der Universitätsobrigkeit anzuzeigen und durch dieselbe zwangsweise in das Klinikum für Syphilis interniren zu lassen.

e) Das Behandeln geschlechtskranker Studenten ist nur approbirten Aerzten gestattet und ist darüber zu wachen dass nicht Studenten derartige Kranke in Behandlung nehmen.

5) Es ist durch populäre Vorträge den Studenten die Gefahr der Ansteckung mit Syphilis und Trippergift klar zu machen und namentlich darauf hinzuweisen, dass die polizeiliche Untersuchung der Prostitution wohl die mani-

fest Luetischen und acut Gonorrhoischen aus dem Verkehr ziehen kann, nicht aber die im Latenzstadium der Syphilis Befindlichen sowie die an chronischer Gonorrhoe Leidenden. Sie sind ebenso darauf aufmerksam zu machen, dass die Mehrzahl der inficirten Gonorrhoiker sich ihr Leiden von Nichtinscribirten holt. (cf. Fournier).

2) «Die Quellen. Wege und Arten der Verbreitung der Syphilis».

Wenn schon unter der Landbevölkerung Livlands die Infection mit Syphilis auf aussergeschlechtlichem Wege im Vergleich mit der Infection durch den geschlechtlichen Verkehr sehr selten vorkommt, so ereignet sich die nichtsexuelle Infection unter der Stadtbevölkerung nur ganz ausnahmsweise.

Der Einfluss der Fabriken und gewerblichen Etablissements mit Ausnahme vielleicht der Tabakfabriken in Dorpat hat in den livländischen Städten ausser Riga keine Bedeutung für die Syphilisverbreitung. Ebenso wenig macht sich hier zu Lande der Einfluss freizügiger Arbeiterpartien bemerkbar.

Nichts desto weniger fordert die Syphilis in unseren Städten eine bedeutende Zahl von Opfern, besonders in Dorpat, welches in dieser Beziehung den ungünstigsten Städten Europas nicht nachsteht.

Wie schon in der ersten Abtheilung dieser Arbeit hervorgehoben wurde, begünstigen die Jahrmärkte in hohem Maasse die Verbreitung der Syphilis, da fast in allen Verkaufstellen von starken Getränken für die niederen Bevölkerungsschichten in Dorpat, wie nicht minder in den kleinen Städten Livlands durch die Anwesenheit von geheimen und offenen Prostituirten den unter dem Einfluss des Genusses spirituöser Getränke Stehenden Gelegenheit zur Syphilisinfection geboten wird.

Die durch die Friedensrichter verhängten Geld- und Freiheitsstrafen schrecken die Inhaber solcher Spelunken nicht von dem vortheilhaften Handel mit ihrer doppelten Waare ab. Nicht in einer einzigen der livländischen Städte ist die mit anderen Aufgaben überhäufte Polizei im Stande dieses Uebel mit dem erforderlichen Nach-

druck zu verfolgen, da die Anzahl dieser geheimen Stätten der Unzucht sich in den letzten Jahren bis zu einem unerhörten Grade vermehrt hat. In keiner Stadt giebt es wohl eine Strasse, in welcher nicht eine oder die andere Tracteuranstalt oder Bierbude vorhanden wäre; in allen aber giebt es Strassen deren zweites oder drittes Haus eine derartige Trinkanstalt beherbergt, die nicht allein dem Inhaber sondern auch der Stadtverwaltung materiellen Vortheil bringt.

Wenngleich, wie bereits im ersten Kapitel betont wurde, diese Spelunken den vom Lande stammenden Besuchern besonders gefährlich sind, da dieselben sich während der Jahrmärkte hier mit Spirituosen zu erfrischen pflegen, so erfolgen in denselben doch auch zu jeder Zeit venerische Infectionen einer nicht geringen Zahl von Stadtbewohnern aus den niederen Bevölkerungsschichten; oder aber die Letzteren inficiren hier Frauenzimmer, welche sich heute hier befinden und morgen sich im Quartiere eines Commis oder Studenten ihrem Gewerbe hingeben. So verbreitet sich mitunter die Infection von den erwähnten Stätten aus auf sehr verschiedene Bevölkerungsschichten.

Was nun die männlichen Repräsentanten der Verbreitung der Syphilis anbetrifft, so wird in den Städten Livlands die Syphilis wohl hauptsächlich verbreitet durch Commis, Gesellen, unverheirathete Arbeiter und die grosse Zahl von problematischen Existenzen, die im Laufe der letzten Jahre in erschrecklicher Weise zugenommen hat, d. h. durch die jungen Leute ohne bestimmten Beruf, welche einen Theil ihres Lebens wegen verschiedener Vergehen, hauptsächlich Diebstahls und Raubes, in den Gefängnissen verbringen, den andern Theil desselben aber im intimsten Verkehr mit den erwähnten Stätten und der Prostitution sowohl der öffentlichen als der geheimen.

Sie entstammen ja denselben Familien, aus welchen sich die Prostitution rekrutirt. Die Mittel, welche sich die Prostituirte durch den Verkehr mit Männern der besseren Gesellschaftsschichten erwirbt, werden mit jenen Elementen verlebt, wobei die Prostituirte leichter als anderweitig venerische Krankheiten acquirirt, um dann

ihrerseits ihre Kundschaft zu inficiren. So äussert sich beständig der innige Zusammenhang zwischen Alcoholismus im hygienischen Sinne des Wortes, Verbrechen und Syphilis; wahrlich ein unheimlicher circulus vitiosus! Die jungen Leute der erwähnten Categorien begegnen ausser in den Kneipen auch auf den Volksfesten, Maskeraden etc., die von den Clubs für die niederen Gesellschaftsclassen inscenirt werden, den öffentlichen und geheimen Prostituirten, Nähterinnen u. s. w., nicht selten sogar Dienstmädchen, welche Letztere höchst beleidigt und bereit sind, ihren Dienst aufzugeben, falls ihnen von ihrer Herrschaft nicht gestattet wird die Veranstaltungen solcher fast in allen Städten Livlands bestehender Clubs zu besuchen.

Nicht allzu selten macht der Unerfahrene in dieser Weise Bekanntschaften, von denen er mit venerischen Krankheiten inficirt wird.

Ausser diesen in allen kleinen Städten Livlands vertretenen männlichen Repräsentanten der Syphilisinfection kommt in Dorpat noch eine beträchtliche Menge von Studenten der Universität und des Veterinärinstituts hinzu, welche oft das flotte Studentenleben mit seinen Kneipereien und seiner Ungebundenheit im Uebermaass geniessen und welche in Folge dessen, dass sie wenig Fühlung mit dem örtlichen Familienleben haben, unter Umständen des Zwanges ledig sind, sich von den angedeuteten Gelegenheiten und der Prostitution fern zu halten. In Folge dessen inficiren sich die Studenten nicht selten und tragen unter dem Einflusse des Kneipens und der durch dasselbe bedingten Unbesonnenheit oder aber durch ihre Unerfahrenheit zur Verbreitung der venerischen Krankheiten nicht wenig bei.

Als Resultat der erörterten Verhältnisse ergiebt sich für Dorpat ein Procentsatz von Syphilitikern, welcher bei Weitem denjenigen von St. Petersburg, Hamburg, ja selbst Berlin und Kopenhagen übertrifft.

Die weiblichen Verbreiterinnen der Syphilisinfection lassen sich in den kleinen Städten Livlands und in Dorpat in drei Categorien theilen.

Zunächst wären zu erwähnen junge Dienstmädchen, Näherinnen und Töchter ungebildeter Eltern ohne bestimmte Beschäftigung, nicht selten Besitzer kleiner Häuser, welche ihre bescheidenen Einkünfte durch die Geschenke eines Verführers vermehren. Bei vielen bleibt diese Einnahmequelle zur Bestreitung eines unangemessenen Luxus für immer ein wohl gehütetes Geheimniss, wie nicht minder die Acquisition der Syphilis, die durch Kurpfuscher oder Kurpfuscherinnen behandelt wurde.

Ferner geräth ein Theil der Frauenzimmer in die Zahl der geheimen Prostituirten, d. h. sie werden durch ihre Aufführung der Polizei bekannt, ohne jedoch derselben so gewichtige Beweise an die Hand zu geben, dass die Eintragung in das Verzeichniss der Prostituirten möglich wäre.

Endlich geben verhältnissmässig wenige Frauenzimmer das angeborene Schamgefühl in Folge erblicher Belastung oder unüberwindlichen Dranges nach leichtem Erwerbe bis zu dem Grade auf, dass die Polizei, ohne die Desavouirung ihrer Maassregel seitens der Gerichte zu befürchten, auf Grund unumstösslicher Beweise der Nothwendigkeit der Registrirung, im Stande ist sie in das Verzeichniss der öffentlichen Dirnen einzutragen. Zur Registrirung gelangen wohl in der Mehrzahl der Fälle solche Frauenzimmer, welche schon längst das condylomatöse Stadium der Syphilis hinter sich haben und nur noch bezüglich der Verbreitung von Gonorrhoe und Schanker gefährlich sind. Sie erscheinen im Laufe von Jahrzehnten regelmässig zu den Besichtigungen und werden fast immer gesund befunden.

Allein in die Zahl der registrirten Dirnen gerathen (schätzungsweise 30 pCt. sämmtlicher Prostituirten) diejenigen geheimen Prostituirten, welche nach einer überstandenen Cur ihrer recenten Syphilis aus den Hospitälern entlassen werden.

Diese im condylomatösen Stadium der Syphilis befindlichen registrirten öffentlichen Frauenzimmer sind natürlich gefährlicher als alle Uebrigen, da der Umstand, dass sie unter polizeiärztlicher Aufsicht stehen den Be-

suchern die Ansicht einflösst, dass man bei ihnen gegen Ansteckung sicher ist.

Kaum aber kann heut zu Tage ein Arzt daran zweifeln, dass ein im condylomatösen Stadium der Syphilis befindliches Individuum sehr wohl inficiren kann, ohne dass an seinem Körper manifeste Symtome der Lues vorhanden sind. Hieraus ergiebt sich, dass als hauptsächliche Vermittlerinnen der Syphilisinfection die inscribirten, im condylomatösen Stadium der Syphilis befindlichen Prostituirten gelten dürfen, welche ihre Besucher bei sich zu Hause, in den Gasthäusern, Badestuben, Tracteuren u. s. w. nicht allein in den Städten ihrer Ansässigkeit, sondern auch in anderen Städten inficiren. Sobald diese jungen, mitunter nicht ungestalten Mädchen bemerken, dass sie an dem Orte ihres Domicils von den controlirenden Aerzten von Zeit zu Zeit ins Krankenhaus zur antisyphilitischen Cur befördert werden, sind sie mit allen Mitteln bestrebt, sich der Besichtigung zu entziehen. Viele von ihnen verreisen in die Nachbarstädte auf Erwerb, bis die Recidive entweder von selbst oder unter der Mithülfe eines Feldschers oder Kurpfuschers geschwunden sind. Oder aber sie verbleiben an Ort und Stelle im Quartier eines solchen den Arzt spielenden Gönners dem sie einen Theil ihres Verdienstes für Kost und Behandlung abgeben, bis sie nach wochenlangem vergeblichem Suchen von der Polizei ausfindig gemacht werden. Besonders reichlich versorgt Dorpat die kleinen Städte Livlands mit solchen auf der Flucht vor der Hospitalbehandlung befindlichen frischen syphilitischen Prostituirten.

Erst nach Ablauf des kritischen Stadiums beginnt bei diesen Frauenzimmern die mehr oder minder lang dauernde Ansässigkeit und die gutwillige Unterordnung unter die Controle.

In Berücksichtigung anthropologischer und socialer Gründe, d. h im Hinblick auf das dem Menschen eigenthümliche Schamgefühl, welches ihn zwingt sein geschlechtliches Leben so viel als möglich vor dem Blicke Unbetheiligter zu bewahren und im Hinblick darauf, dass sich aus diesem Grunde die polizeiliche Aufsicht nur auf

einen sehr begrenzten Theil der Prostitution erstrecken kann dürfte es nicht zu kühn sein zu behaupten, dass die Zahl der sich zufällig dem ausserehelichen geschlechtlichen Verkehr ergebenden Frauenzimmer zur Zahl der geheimen Prostituirten und die Zahl der Letzteren hinwiederum zur Zahl der öffentlichen Dirnen in einem geometrischen Verhältnisse stehen muss, also je nach der Energie der Polizei wie 4: 2: 1 oder wie 9: 3: 1.

Zwischen den erörterten männlichen und weiblichen Trägern der Syphilis giebt es in den Städten Livlands Vermittlerinnen, unter ihnen verhältnissmässig wenig Kupplerinnen von Profession, obgleich auch solche nicht fehlen. Als Vermittlerinnen dienen nicht selten die Aufwärterinnen von Unverheiratheten, namentlich von Studenten sowie die Bedienung in gewissen Badestuben und Gasthäusern.

Die geschilderte Art der Verbreitung der Syphilis ist in Dorpat und den kleinen Städten Livlands wohl die häufigste und hat dazu geführt, dass die Zahl der frischen Syphilitiker in Dorpat besonders gross ist.

Durch solche Syphilitische wird die Syphilis mitunter in die Ehe und in die Familie übertragen. Vor nicht allzu langer Zeit wurde aus dem Dorpater Hospitale eine im condylomatösen Stadium der Syphilis befindliche Jüdin nach Beseitigung der manifesten Erscheinungen der Lues entlassen. Alsbald heirathete sie einen Wittwer mit mehreren Kindern und inficirte ihn sowie die Kinder. Solche Vorkommnisse ereignen sich hin und wieder. Dennoch kommt in den livländischen Städten die aussergeschlechtliche Infection im Vergleich mit der geschlechtlichen nur ausnahmsweise vor.

Immerhin mögen wohl auch Infectionen durch syphilitische Ammen und durch die Vaccination von Arm zu Arm vorgekommen sein. Es sind auch Fälle von Infectionen jüdischer Knaben beobachtet worden, die dadurch zu Stande kamen, dass während des Actes der Beschneidung die Wunden behufs Blutstillung von einem Syphilitiker ausgesogen wurden; solche Fälle sind im Anfang der 90er Jahre in Dorpat, wie in Fellin zur Beobachtung gekommen.

3) «Die Registration und die Maassregeln zur Entdeckung der Syphilitiker. Die Aufsicht über die Fabriken und andere gewerbliche Etablissements. Die Aufsicht über die Arbeiter an den Orten zeitweiligen Confluxes. Die Aufsicht über die Bedienungen in den Gasthäusern, Tracteuren, Badstuben, Verkaufstellen für Lebensmittel und die Bedienung von Privathäusern. Aufsicht über die Ammen.»

Eine namentliche Registrirung der Syphilitiker findet in den Hospitälern, in den Kliniken und den Privatjournalen der Aerzte statt. Die Registrirung in den Hospitälern und den Kliniken ist zur Ergreifung von practischen Maassregeln verwendbar; die Privatjournale der Aerzte liefern der Administration in den Jahresberichten nur Ziffern.

Eine amtliche Aufsicht über Fabriken und andere gewerbliche Etablissements, über die Bedienung in den Gasthäusern, Tracteuren, Badestuben, Lebensmittelhandlungen und Privathäusern seitens der Polizei existirt bezüglich der Syphilis in den Städten Livlands nicht. Sie ist den Inhabern dieser Institute überlassen. Ebensowenig besteht eine Aufsicht über die Ammen.

Das Ausfindigmachen von Syphilitikern ist der Polizei mit Hülfe der Stadtärzte anheimgestellt. Die, mit zahlreichen und complicirten sonstigen Pflichten überhäufte, Polizei verfügt jedoch nicht über die genügenden Kräfte zur Erfüllung dieser Aufgabe, die für sie eine nebensächliche ist. Jedenfalls vermag sie weniger zu erreichen, als in letzter Zeit durch die unentgeltliche Behandlung unbemittelter Syphilitiker erreicht wird. Durch die letztere Maassregel werden das Bestehen der Syphilis und die Quellen der Infection häufiger als früher entdeckt, indem die Inficirten freiwillig in die Krankenhäuser zur Behandlung eintreten.

Wenn es bei Weitem auch nicht immer gelingt von solchen Kranken die Person zu eruiren, von welcher sie inficirt wurden, so gelingt es doch nicht selten von ihnen werthvolle Hinweise auf die Umstände der Infection und

den Ort, an welchem eine solche stattfand, zu erlangen. In dieser Weise tragen die Mittheilungen der Kranken nicht selten zur Entdeckung weiterer Syphilitiker bei.

4) «Syphilis in den Findelhäusern und Kinderbewahranstalten».

Solche befinden sich in den Städten Livlands nicht.

5) «Die Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis. Vorbeugende Maassregeln. Die Verpflegung der an Syphilis Erkrankten in den Krankenhäusern. Die Bedingungen der Entlassung der Syphilitiker aus den Krankenhäusern».

Die Vorbeugungsmassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis beschränken sich in den livländischen Städten auf die zwangsweise Besichtigung der Prostituirten und die Beförderung der venerisch Erkrankten in die Krankenhäuser zur stationären Behandlung. Die ärztliche Besichtigung der geheimen Prostituirten, die hier und da gelegentlich ertappt werden, ist natürlich sehr selten. Und doch beträgt die Zahl der öffentlichen Dirnen nach obiger annähernder Schätzung etwa nur den 13. bis 7 Theil sämmtlicher Prostituirten. In Dorpat mit seinen 150 öffentlichen Dirnen scheint wenigstens ein solches Verhältniss annähernd zuzutreffen.

In den Krankenhäusern werden die zu den livländischen Landgemeinden gehörigen Syphilitischen unentgeltlich auf Kosten der Landescasse behandelt. Die unbemittelten Kranken, die zu anderen Landgemeinden oder zu städtischen Gemeinden gehören, werden auf Kosten der Gemeinden ihrer Hingehörigkeit in die Krankenhäuser aufgenommen. Sie bereiten übrigens den Krankenhäusern grosse Weitläufigkeiten und nicht selten materielle Verluste, da die Gemeinden sehr ungern die Kurkosten tragen und oft aufs Entschiedenste die Zahlung verweigern. Alle Uebrigen werden nur gegen Baarzahlung pränumerando aufgenommen. Dank diesem Umstande sind die Nachkommen von unbemittelten Beamten und armen Adeligen im Falle der venerischen Erkrankung sehr schlimm daran, da ihnen die Aufnahme in die Hospitäler verweigert werden muss. Die Zurückweisung dieser Kran-

ken wirkt nicht nur auf die abschlägig beschiedenen Kranken verderblich, sondern begünstigt auch in vielen Fällen in hohem Maasse die geschlechtliche und ausser-geschlechtliche Verbreitung der Syphilis. Es ist mithin die unentgeltliche Behandlung unbemittelter Syphilitischer in den Städten Livlands abhängig vom Stande, zu welchem der Syphilitische gehört und von der Gemeinde, zu welcher er angeschrieben ist. Die Entlassung der Syphilitischen aus den Hospitälern erfolgt, sobald die den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden zugänglichen Symptome der Krankheit geschwunden sind.

6. «Erwägungen über die Mängel der gegenwärtig im Kampfe mit der Syphilis und den venerischen Krankheiten gehandhabten Maassregeln und über Maassregeln, welche entsprechend den örtlichen Verhältnissen erforderlich wären».

A. Die Mängel der bestehenden Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis.

a) Als ein wesentlicher Mangel ist die Ignorirung der gonorrhoischen Erkrankungen im Vergleich zu den syphilitischen zu bezeichnen.

b) Das Fehlen einer namentlichen Registrirung aller derjenigen venerisch Erkrankten, welche nach den bestehenden Gesetzen der polizeilich-medicinischen Aufsicht unterliegen.

c) Das Fehlen einer sanitären Aufsicht über die kleinen Fabriken und gewerblichen Etablissements.

d) Die Anwesenheit von öffentlichen und geheimen Prostituirten in Bierbuden, Tracteuren, Gasthäusern und Badestuben, die bedingt wird durch den Mangel an Polizeikräften im Verhältniss zur Zahl derartiger Institute.

e) Das ungünstige Verhältniss der geheimen zu den öffentlichen Dirnen, bedingt theils durch die Beschränkung der Polizeigewalt, theils durch die ungenügende Zahl der Polizeimannschaft.

f) Die beträchtliche Zahl von Kupplerinnen unter den verschiedenen Bediensteten und das Fehlen einer Controle

über die sittlichen Eigenschaften der Dienstboten, namentlich der Aufwärterinnen bei Studenten.

g) Die Zulassung von Frauenzimmern, welche der Polizei als geheime und offene Prostituirte bekannt sind zu Volksfesten, Maskeraden etc.

h) Das Fluctuiren von Frauenzimmern, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, von einem Orte zum andern, aus einer Stadt in die andere, oder aus der Stadt aufs Land, wohin auch die zwangsweise Beförderung derselben in die Heimathsgemeinde auf Grund Bd. XIV des Swod. Abth. III. Art. 251. Ausgabe 1857 zu rechnen ist.

i) Der Aufenthalt in allen Städten Livlands einer verhältnissmässig grossen Zahl von jugendlichen Verbrechern, welche sowohl ihrer Veranlagung als auch ihren Neigungen nach im intimen Verkehr mit der Prostitution stehen.

k) Das Fehlen einer sanitären Controle der Gesellen, Commis, Studenten etc.

l) Die mangelnde Fürsorge unentgeltlicher Behandlung der an venerischen Krankheiten leidenden unbemittelten Exemten, Studenten, Commis, Gesellen, und überhaupt von Personen, die nicht zu livländischen Landgemeinden gehören, unter diesen sogar Prostituirten.

m) Die ungenügende Zahl von Krankenhausbetten für venerische Kranke.

n) Die vielfach noch vorkommende ambulatorische Behandlung solcher Syphilitiker, welche unter Verhältnissen leben, die die Weiterverbreitung der Krankheit begünstigen.

o) Die ungenügende Bekanntschaft vieler Aerzte mit den weniger leicht erkennbaren Symptomen der Syphilis.

p) Die Behandlung Syphilitischer durch Feldscher, Kurpfuscher, Kurpfuscherinnen und Studenten.

q) Eheschliessungen zwischen Gesunden und im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindlichen.

r) Das Fehlen einer Controle über die Ammen,

s) Impfung mit humanisirter Lymphe.

t) Das Fehlen einer medicinal-polizeilichen Controle über die Beschneidung ausführende Juden, welche die

Blutung noch immer oft durch Aussaugen der Wunden stillen.

B. Maassregeln, welche zu einem erfolgreichen Kampfe gegen die Syphilis in den Städten Livlands zu ergreifen wären.

Allgemeines.

Alle Maassregeln zum Kampfe gegen die venerischen Krankheiten haben das Ziel anzustreben, dass jeder Erkrankte gern ärztliche Hülfe suche und jeder der stationären Behandlung Bedürftige eine solche unentgeltlich finde, so dass es möglich wäre ohne persönlichen Zwang die Heilung dieser socialen Calamität zu bewerkstelligen.

Als leitender Gesichtspunkt speciell beim Kampfe gegen die Syphilis hat die durch vielfache Erfahrungen bewiesene Thatsache zu gelten, dass ein Syphilitiker im recenten Stadium (etwa im Laufe dreier Jahre nach der Infection) infectiös ist, ohne dass an seinem Körper manifeste, d. h. den jetzigen Untersuchungsmethoden erkennbare Symptome vorhanden sind. Dieser Erfahrungsthatsache ist die wohl begründete Hypothese an die Seite zu stellen, dass eine methodische Mercurialcur im Laufe der suspecten Periode die Infectiosität des Individuums vermindert oder vielleicht gar vernichtet. Aus diesen Grundsätzen folgt logischer Weise die Forderung einer drei Jahre lang dauernden ärztlichen Controle jedes Syphilitikers. Consequenter Weise müssten die der administrativen Gewalt unterworfenen syphilitischen Prostituirten ausser Verkehr gesetzt, also internirt werden.

Da Solches unausführbar ist, so muss a priori zugegeben werden, um so mehr, als die Syphilis nur zum Theil durch solche Prostituirte verbreitet wird, dass wir einstweilen noch nicht im Stande sein können, die Syphilis aus der Welt zu schaffen und dass es schon als grosse Errungenschaft angesehen werden müsste, falls es gelingen sollte, sie in sichtlicher Weise einzuschränken.

Den zuletzt betonten bescheidenen Ansprüchen entsprechend wären etwa folgende Maassregeln zu empfehlen, deren Durchführbarkeit der Beurtheilung der competenten Persönlichkeiten überlassen sein möge.

Specielle Maassregeln.

a) Die gonorrhoischen und Schanker-Erkrankungen müssen genau so beachtet werden, wie die syphilitischen.

b) Behufs der gemäss den auseinandergesetzten allgemeinen Gesichtspunkten erforderlichen dreijährigen Controle der Syphilitiker haben die Aerzte über alle unzuverlässigen, zur Weiterverbreitung der Krankheit geeigneten Syphilitiker dem Stadthospitale namentliche Listen zuzustellen, damit die über diese Personen nothwendige Controle möglich werde.

c) Die Krankenhäuser haben die Pflicht über alle daselbst behandelten und von den Aerzten gemeldeten Syphilitiker Listen zu führen und dieselben von Zeit zu Zeit zur Besichtigung aufzufordern, resp. durch die Polizei zu requiriren behufs Feststellung ihres Gesundheitszustandes und erforderlichen Falles unentgeltlicher Cur.

d) Die Krankenhäuser müssen verpflichtet sein allen zur stationären Behandlung gekommenen frischen Syphilitikern bei der Entlassung zu eröffnen, dass sie in ein- bis zweimonatlichen Zwischenräumen sich zur Besichtigung vorstellig zu machen haben, erforderlichenfalls sie im Falle der Nichterfüllung dieser Forderung durch die Polizei citiren zu lassen.

e) Bei der Entlassung von Syphilitikern, welche durch die Polizei in's Krankenhaus expedirt worden sind, ist die Letztere davon zu benachrichtigen, dass ihre Wiedervorstellung in ein- bis zweimonatlichen Zwischenräumen nothwendig ist.

f) Es ist nothwendig für die unentgeltliche Hospitalbehandlung aller unbemittelten Veneriker Sorge zu tragen, insbesondere von Handwerkern, Commis, Studenten, Exemten etc. durch Gründung von Krankencassen oder Einrichtung von Gebühren in der Art der in Petersburg auf Grund Art. 363 Bd. XIV des Reichsgesetzes üblichen Passgebühren.

g) In den kleinen Städten Livlands ist die Einrichtung besonderer weiblicher und männlicher Syphilisabtheilungen bei den Krankenhäusern nothwendig, in Riga und Dorpat aber die Eröffnung besonderer Hospitäler für venerische Männer und venerische Frauen, die so

gut eingerichtet und mit allen nothwendigen Hülfsmitteln versorgt sein müssen, dass sie das Vertrauen des Publikums verdienen und den Kranken als eine willkommene Zufluchtsstätte erscheinen.

h) Die Aerzte müssen unter einander darüber einig sein, dass Venerische, welche unter die Verbreitung dieser Krankheiten begünstigenden Einflüssen leben, stationär und nicht ambulatorisch behandelt werden müssen.

i) Von den Aerzten sind genauere Kenntnisse über alle Symptome der venerischen Krankheiten zu verlangen, als man sie gegenwärtig bei Manchen findet.

k) Die Behandlung Venerischer durch Studenten, Feldscher, Kurpfuscher u. s. w. muss unbedingt verboten werden, zu welchem Zwecke der Widerspruch zwischen den Art. Bd. XIII Уст. врач. 93, 95, 96 und 97 Ausgabe 1892 einerseits und Art. 99 ibidem, sowie Art. 104 des Friedensrichterustaw Ausgabe 1885 andererseits zu beseitigen wäre: denn nach den letzten beiden Artikeln ist das unbefugte Behandeln nur strafbar, sobald stark wirkende Mittel angewandt wurden.

l) Die sanitäre Controle der Fabriken und Etablissements, auch der kleinen, darf nicht bloss den Inhabern überlassen sein, sondern sie muss eine sanitätsärztliche sein und falls sie durch Privatärzte gehandhabt wird, so müssen diese letzteren gehalten sein, die venerischen Arbeiter einer stationären Behandlung zu unterziehen und dafür Sorge zu tragen, dass sie in den Krankenhäusern registrirt werden.

m) Die Gelegenheiten zum Genuss alcoholischer Getränke und zur Befriedigung des Geschlechtstriebes müssen streng von einander getrennt werden; daher ist bei der grossen Anzahl von Tracteuren, Bierbuden etc. in den livländischen Städten, deren Einschränkung geheime Trinkanstalten ins Leben rufen könnte, die Zahl der Polizeichargen bis zu dem Maasse zu vergrössern, dass eine genügende Controle dieser Kneipen möglich wäre.

n) Die Polizei ist mit der nöthigen Machtvollkommenheit und den nöthigen Mitteln zur Beobachtung der geheimen Prostitution auszustatten.

o) Auch die Beobachtung der Kuplerinnen und der Bedienung in den Tracteuren, Gasthäusern, Badstuben etc. in den kleinen Städten Livlands erfordert eine Vermehrung der Polizeikräfte.

Anmerkung. Eine Controle derjenigen Personen, welche sich als Aufwärterinnen bei den Studenten verdingen und nicht selten als erfahrene Kuplerinnen die Infection der unerfahrenen Jugend mit venerischen Krankheiten veranlassen, seitens der Inspection der höheren Lehranstalten wäre wünschenswerth und nicht unschwer durchführbar.

p) Ein Frauenzimmer, das der Polizei als offene oder geheime Prostituirte bekannt ist, sollte, sofern es sich im Stadium der condylomatösen Syphilis befindet, nicht in ihre Gemeinde befördert werden oder die Erlaubniss zum Verreisen erhalten. Im Fall der Unmöglichkeit die Uebersiedelung oder das Verreisen zu verhindern, muss die Polizei des Ortes, an welchen sich die Prostituirte begiebt, davon avisirt werden, dass sie als im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindliche einer strengen ärztlichen Controle zu unterliegen hat. Solches wäre nur erreichbar durch Abänderung des Art. 251, Abth. III, Bd. XIV des Swod Ausgabe 1857.

q) Offene und heimliche Prostituirte, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, dürfen von der Polizei nicht zu Volksfesten, Maskeraden etc. zugelassen werden.

r) die grosse Zahl von jungen Verbrechern, welche in Dorpat ihr ständiges Domicil hat und viel zur Verbreitung der venerischen Krankheiten beiträgt, sollte hier nicht geduldet werden, da sie in dieser kleinen Universitätsstadt ein dankbares Feld für ihr verbrecherisches Treiben findet, während solche Leute doch in den kleinen Landstädten und auf dem flachen Lande leichter controlirt werden könnten.

Eine derartige Forderung rechtfertigt sich insbesondere dadurch, dass die erwähnte Menschenklasse, die in den intimsten Beziehungen zur örtlichen Prostitution steht, sehr viel zu einer derartigen Verbreitung der Syphilis am Orte beiträgt, so dass diese kleine Universitätsstadt

bezüglich der Zahl der Syphilitiker selbst Berlin und Kopenhagen übertrifft.

s) Ehen zwischen im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindlichen und Gesunden müssen nach Möglichkeit verhindert werden.

t) Eine Ammencontrole in den Städten Livlands ist nothwendig.

u) Die Schutzpockenimpfung muss ausschliesslich mit animaler Lymphe ausgeführt werden.

v) Bei der Beschneidung jüdischer Knaben muss die Beobachtung aseptischer Cautelen gefordert werden; jedenfalls aber ist das Aussaugen der Wunden behufs Blutstillung zu verbieten.

Es darf nicht befremden, dass bei den in Vorschlag gebrachten Maassregeln so oft auf die Mithülfe der Polizei recurrirt wurde, da ja der Kampf gegen die Syphilis, wie die Dinge gegenwärtig liegen, eine der Hauptaufgaben der Medicinalpolizei bilden muss. Dieses Ineinandergreifen der ärztlichen und polizeilichen Thätigkeit führte sogar bis zu der Forderung der Säuberung der Universitätsstadt Dorpat von den hier domicilirenden zahlreichen jugendlichen Verbrechern in Anbetracht des engen Zusammenhanges derselben mit der Prostitution, welche andererseits mit der studirenden Jugend in Berührung kommt und die zukünftigen Vertreter der Intelligenz mit der von den Verbrechern acquirirten Lues inficirt. Allein so lange wir Aerzte, für welche der Kranke der Gegenstand der gleichen Aufmerksamkeit zu sein hat, gleichgültig ob er Repräsentant der Intelligenz oder Verbrecher ist, oder ob wir es mit einer Prostituirten zu thun haben, nicht ein solches Vertrauen jedes Kranken erlangt haben, dass er ohne die geringste Scheu sich gern an uns wendet in der Hoffnung auf die sicherste Hülfe in seinem Leiden, können wir im Kampfe gegen die Syphilis und die anderen venerischen Krankheiten noch nicht ohne die Hülfe der Polizei auskommen.

Wenn wir einst erreichen sollten, dass jeder Syphilitische unsere Hülfe freiwillig sucht und dass jedem unbemittelten Syphilitischen unentgeltliche Hospitalbehandlung gewährleistet wird, ja dann könnte von einem Kampfe

gegen die Syphilis nicht mehr die Rede sein. Die Seuche als solche würde ohne Kampf schwinden.

Einstweilen sind wir noch sehr weit von einem solchen Erfolge entfernt und daher auch der Kampf mit Hülfe der Polizei nothwendig.

Punkt III des Programms.

«Die Syphilis in der Armee und auf der Flotte»:

Der Punkt III des Programms für den Allerhöchst pro 1896 bestätigten Congress zu St. Petersburg sollte der Verarbeitung im betreffenden Specialressort vorbehalten bleiben.

Punkt IV des Programms.

«Die Zusammensetzung und Vorbereitung des für den Kampf mit der Syphilis erforderlichen ärztlichen Personals».

1) Ein besonderes ärztliches Personal zur Bekämpfung der Syphilis hat bisher nicht existirt, ausgenommen die Stadt- und Kreisärzte. Ferner sind in früheren Zeiten von Seiten der Universität Professore und Docenten, sowie angestellte Assistenten zur Prostituirten-Untersuchung abdelegirt worden.

2) Da eine genaue Kenntniss der Pathologie und Therapie der Syphilis unumgängliche Vorbedingung für einen erfolgreichen Kampf mit der Volksseuche ist, erscheint es vor allem nothwendig behufs Vorbereitung des ärztlichen Personals, an der hiesigen Universität einen Lehrstuhl für «Syphilis und Hautkrankheiten» baldmöglichst zu errichten.

3) Zugleich ist eine besondere Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu gründen, an der die Studenten der Medicin verpflichtet wären zu practiciren.

4) Nach Gründung der genannten Institutionen ist von jedem Mediciner zum Examen rigorosum ein besonderes Examen behufs Nachweises theoretischer und practischer Kenntnisse betreffend die Syphilis abzulegen und ist dem Examinanden ausser einem männlichen Syphilitiker stets auch ein weibliches mit Lues behaftetes Individuum zum Examen practicum vorzustellen.

5) Die Kreis-, Stadt- und Sanitätsärzte sind nicht zum Kreisarztexamen vorzulassen, bevor sie nicht den Nach-

weis erbringen können, dass sie mindestens ein halbes Jahr an einem Hospital für Syphilis und venerische Krankheiten als Assistenten, jüngere Aerzte etc. thätig gewesen sind, oder sich an der Prostituirten-Untersuchung in einer grösseren Stadt als Gehilfen betheiligt haben.

6) Die Kreis-, Stadt- und Sanitätsärzte haben ein besonderes Examen in der Pathologie und Therapie der Syphilis abzulegen, wobei von ihnen namentlich auch Kenntnisse in der Prostitutionsfrage, sowie praktische Untersuchung der Prostitution zu verlangen ist.

7) In den Hospitälern und Kliniken der Stadt haben bisher auch die Syphilitiker der Landgemeinden in grosser Zahl Aufnahme und Behandlung gefunden, da auf dem Lande eine stationäre Behandlung der Syphilitischen meist unmöglich ist.

Es erscheint jedoch wünschenswerth die syphilitischen Kranken des Landes nicht zu centralisiren, weil das die Behandlung der Recidive erschwert. Die landischen Kranken kommen erfahrungsgemäss zum Theil auf eigne Veranlassung, zum Theil auf Veranlassung der Gemeindeobrigkeit bei auffälligen äusseren Erscheinungen, bei bestehendem Schanker oder evidenten Ausschlägen in nicht geringer Menge in die Kliniken und Hospitäler der Stadt, sehr selten aber sieht man einen solchen Kranken wieder, selbst wo ihnen, wie es von Seiten der Ritter- und Landschaft für die Kranken der Landgemeinden Livlands geschehen, — gratis Behandlung zu Theil wird. Schon E. v. Bergmann macht in seiner Schrift: «Ein Mittel zur Einschränkung der Syphilis in Dorpat» 1867 darauf aufmerksam und haben sich seitdem die Verhältnisse in dieser Richtung nicht geändert.

8) Es sind daher über das Land hin in dazu geeigneten Orten (in den kleinen Städten, Flecken, bei den Kirchen) Kirchspielsärzte anzustellen, die die Syphilitischen gratis zu untersuchen und stationär zu behandeln haben, zu welchem Zwecke Hospitäler zu errichten sind (cf. Punkt II des Commissionsberichtes, sowie «Petersb. Medicin. Wochenschrift» 1893 Protokoll des V livl. Aerztetages und Protokoll des VII. livländischen Aerztetages von 1895). Alle diese Aerzte haben ihre Berichte über Sy-

philiserkrankungen den Leitern der Hospitäler in Riga und Dorpat einzusenden, ebenso wie die letzteren dazu verpflichtet sind die Kirchspielsärzte etc. über ihrem Rayon angehörige Syphilitiker, die in der Stadt Hülfe gesucht durch Berichterstattung nach Ausscheidung aus den Hospitälern zu informiren.

9) In den Städten Riga und Dorpat ist ein besonderer Arzt für Syphilis und venerische (sowie Hautkrankheiten) anzustellen mit der Verpflichtung die Zöglinge der höheren Lehranstalten gratis zu behandeln.

In Dorpat dürfte dieses wohl auch der betreffende Universitätsprofessor für Syphilis sein, der dann berechtigt wäre, die Untersuchung unter eigner Verantwortung seinem Assistenten zu übertragen.

10) Die Untersuchung der Prostituirten liegt nach wie vor den Stadt- und Kreisärzten ob. Doch sind ihnen je nach der Zahl der Prostituirten — etwa wenn die Zahl 300 übersteigt — jüngere Gehülfen — Sanitätsärzte beizugeben, die dasselbe Examen absolvirt haben müssen. Diesen Untersuchungen hat der Professor das Recht mit seinen Zuhörern beizuwohnen; jedoch ist die Zahl der anwesenden Studenten durch Eintheilung in Kurse auf Maximum 10 zu reduciren.

Punkt V des Programms.

«Die Aufsicht über die Prostitution».

1) «Daten über die Zahl der Bordelle und der öffentlichen Frauenzimmer in den einzelnen Städten. Syphilisstatistik bezüglich der öffentlichen und geheimen Prostituirten etc.»

In den livländischen Städten mit Ausnahme Rigas giebt es keine Bordelle im gesetzlichen Sinne des Wortes; es existiren in denselben jedoch Häuser, in welchen mehrere Prostituirte zusammenwohnen.

Bezüglich der Zahl der öffentlichen Frauenzimmer hat die Commission nur Daten bezüglich Dorpats zur Disposition, wo die Zahl solcher Frauenzimmer um 140 schwankt. Beinahe 25 pCt. derselben befindet sich im condylomatösen Stadium der Syphilis.

Statistische Daten über den Einfluss der Prostitution auf die Verbreitung der Syphilis liegen hier nicht vor;

die Nachforschungen jedoch, die bei den männlichen Syphilis-Patienten im Dorpater Stadthospital angestellt wurden, meistentheils Leuten, die aus den ärmeren Gesellschaftsclassen stammen, ergaben, dass die überwiegende Zahl dieser Kranken durch öffentliche und geheime Prostituirte inficirt wird, wessen schon sub I 2, I 6 A, II 2, II 6 dieser Daten Erwähnung geschah, in welchen Punkten sowohl die Stätten als auch der Weg der Infection berührt wurden. Der Prostitution auf dem flachen Lande ist in I 2 Erwähnung geschehen.

2) «Die Registration der Prostituirten und die Organisation der Aufsicht über dieselben».

Eine solche ist in Livland geregelt entsprechend den Regeln des Circulairs des Herrn Ministers des Innern vom 28. October 1851 sub Nr. 39.

In Riga existirt für diese Angelegenheit ein polizeiärztliches Comité. In Dorpat erfüllt diese Obliegenheiten der Polizeimeister, in den kleinen livländischen Städten der örtliche Kreischef. Die Besichtigungen werden von den Stadtärzten ausgeführt.

Der VI. livländische Aerztetag äusserte den Wunsch, dass die Aerzte, welche mit den Besichtigungen der Prostituirten zu thun haben, sich nach dem im Auftrage des III. livländischen Aerztetages von Dr. Heerwagen Riga, ausgearbeiteten «Reglement für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte» (conf. Petersb. Medicin. Wochenschrift» 1895 Nr. 10, Seite 91) richten.

3) «Die Hospitalpflege der syphilitischen Dirnen, das Maass der Garantie einer stationären Behandlung für dieselben, die Bedingung der Zulassung derselben zur Ausübung des Gewerbes nach stattgehabter syphilitischer Erkrankung.»

Alle venerischen Prostituirten werden in den Krankenhäusern Dorpats und der kleinen livländischen Städte unentgeltlich auf Kosten der Landescasse behandelt, sofern sie zu den Landgemeinden Livlands gehören. Zu anderen Land- oder Stadtgemeinden Russlands Gehörige

werden auf Kosten ihrer Gemeinden behandelt; Ausländerinnen auf eigene Rechnung und hin und wieder auf Kosten des Staates. In ausnahmsweisen Fällen sind sie selbst im Stande für ihre Behandlung zu zahlen. Die Beitreibung der Curkosten sowohl von diesen Letzteren als auch von den Stadt- und Landgemeinden macht oft grosse Schwierigkeiten.

Von ihrem Gewerbe sind sie nur auf so lange ausgeschlossen, als sie sich im Krankenhause befinden, aus welchem sie entlassen werden, nachdem die manifesten Erscheinungen der venerischen Krankheit, wegen welcher sie aufgenommen wurden, geschwunden sind.

Beilage

zu den Daten für den Allerhöchst genehmigten 1896 in St. Petersburg abzuhaltenden Congress zur Berathung von Maassregeln gegen die Syphilis in Russland

abgefasst im Auftrage des VII. Livländischen Aerztetages.

Wenngleich die Syphilis am häufigsten durch den ausserehelichen geschlechtlichen Verkehr übertragen wird, so sind dennoch die traurigen Vorkommnisse nicht selten, dass junge Frauen ahnungslos in die Ehe tretend von ihren Männern, die sich zur Zeit der Eheschliessung im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, angesteckt zu unschuldigen Opfern der Seuche werden. Andererseits, obschon viel seltener, sind den Aerzten Fälle bekannt, in denen junge Ehemänner von ihren syphilitischen jungen Frauen inficirt worden sind. Das traurige Schicksal der Nachkommenschaft aus solchen Ehen bedarf vor ärztlichem Forum keiner genaueren Schilderung. Die Mehrzahl der Aerzte hat aus eigener Erfahrung dasselbe an seinen Patienten in dieser oder jener Form auf's Anschaulichste kennen lernen können, so dass vom ärztlichen Standpunkte die keinen Widerspruch duldende Forderung aufgestellt werden muss:

Keine im condylomatösen Stadium befindliche Person darf heirathen und ist die Heirath, auch wenn beide Theile sich in dieser

Krankheitsperiode der Syphilis befinden, durchaus unstatthaft, denn im letzteren Falle ist auf die eventuelle Nachkommenschaft mehr Rücksicht zu nehmen, als auf die Gefahrlosigkeit der Eheschliessung für beide Nupturienten.

Diese theoretische Forderung der Aerzte ist auf Grund der für die Ehen unter den Lutheranern bestehenden Bestimmungen der russischen Gesetze praktisch erreichbar.

Die Nothwendigkeit der ärztlichen Einsprache in dieser Frage, in welcher nach der usuellen Auffassung nur die Verlobten, deren Eltern, der Geistliche und solche Personen mitzusprechen haben, die an einen der Verlobten ältere geschlechtliche Ansprüche haben, geht aus dem Art. 741 des I. Theils des XI. Bandes des Reichsgesetzes Ausgabe 1857 hervor, durch welchen der Geistliche gehalten ist «Gebrechliche» und an «wesentlichen körperlichen Uebeln» Leidende von dem Eintritt in die Ehe abzuhalten und dieselbe als verboten zu betrachten hat, wenn solche kranke Personen laut ärztlichem Zeugniss zu derselben für unfähig erklärt worden sind.

Der Art. 741 lautet in extenso:

«Die Prediger sind verbunden mit möglichster Sorgfalt von dem Eintritt in die Ehe abzuhalten: Gebrechliche, mit unheilbaren Krankheiten Behaftete oder an wesentlichen Uebeln Leidende, Blödsinnige und überhaupt alle zur Ehe und Haushaltung Unfähige. Wenn jedoch solche Personen durchaus in die Ehe zu treten wünschen, so ist der Prediger verbunden, vor dem Aufgebote darüber mit Auseinandersetzung aller Umstände dem Consistorium zu berichten, welches das Gutachten der competenten Behörde einholt und dasselbe dem Prediger mittheilt. Uebrigens kann solchen Personen der Eintritt in die Ehe nur dann verboten werden, wenn sie nach gehöriger Untersuchung und laut ärztlichem Zeugniss zu derselben für unfähig erklärt worden sind und wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können.»

Nach diesem Artikel ist der Geistliche verpflichtet von dem Gesundheitszustande der zur Ehe sich Meldenden

Notiz zu nehmen. Da er zum Urtheil über den Gesundheitszustand derselben nicht die nöthige Competenz hat, so folgt aus diesem Artikel schon die Nothwendigkeit eines ärztlichen Zeugnisses, erst recht aber, wenn berücksichtigt wird, dass es sich um Eheschliessungen in einem Culturlande handelt, in welchem die Verbreitung der Syphilis eine so bedeutende ist, dass zur Bekämpfung derselben ausserordentliche Maassnahmen, wie der geplante Congress, erforderlich sind, und wenn man bedenkt, dass Bräutigam oder Braut trotz blühenden Aussehens sich im condylomatösen Stadium der Krankheit befinden können, welches vom ärztlichen Standpunkt die Ehe unbedingt verbietet.

Diese Verantwortung, welche dieser Artikel dem Geistlichen auferlegt, kann er bei gewissenhafter Auffassung seiner Pflichten nur nach Einholung eines ärztlichen Zeugnisses tragen. Bestätigt ein solches die Gesundheit der Verlobten, so fällt die Verantwortung auf den Arzt. Besagt das ärztliche Zeugniss, dass Einer der Verlobten oder Beide wegen Krankheit zur Ehe unfähig sind, so wird auf Grund dieses Artikels die Ehe ihnen seitens des Consistoriums erst verweigert, nachdem das Gutachten der competenten Behörde eingeholt worden ist, also eine Begutachtung durch eine ärztliche Commission erfolgt ist. Hiermit ist der mit dem ersten ärztlichen Zeugniss Unzufriedene vor der Ungunst ärztlicher Irrthümer im Bereich des Möglichen geschützt.

Auf Grund des erörterten Artikels ist nach dem Gesagten der Geistliche, sobald ihm bekannt ist, dass eine Krankheit vorliegt, welche, ohne dass sie dem Laien an dem gesund Aussehenden auffällt, nach competenter Meinung die Ehe verbietet, verpflichtet ein ärztliches Gesundheitszeugniss zu fordern, bevor er den Eintritt in die Ehe gestattet. Der Schluss des Artikels: «und wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können», macht jedoch scheinbar die Forderung eines ärztlichen Zeugnisses in ihrer Wirkung illusorisch. Hiernach könnten Syphilitische ganz ungehindert heirathen, falls man annimmt, dass sie ihre Familien ernähren können. Man bedenke nur, wie wenig

der Vermögensstand der Eltern im Stande ist, den Staat davor zu schützen, dass die Nachkommenschaft der Eltern nicht etwa dem Staate zur Last fallen könnte, und berücksichtige, eine wie imbecille Nachkommenschaft durch syphilitische Eltern erzeugt wird, und man wird sich sagen müssen, dass vom ärztlichen Standpunkte es nicht zu billigen wäre, wenn im condylomatösen Stadium der Lues Befindlichen die Ehe nur deshalb nicht untersagt werden dürfte, weil nicht erwiesen ist: «dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können.» Zudem ist ja nach der ärztlichen Anschauung dem Luetischen das Heirathen nicht für immer zu verbieten, sondern nur hinauszuschieben, bis zum Ablauf des condylomatösen Stadiums. Solches ist auf Grund des Artikels 741, wie oben gezeigt worden ist, erreichbar.

Sind die Prediger demnach gehalten, Gebrechliche, welche ihr Leiden vor einander nicht verheimlichen, vom Eintritt in die Ehe abzuhalten, so dürfen sie sich erst recht dieser Pflicht nicht entziehen in den Fällen, in welchen der eine Theil vor dem andern aus Unwissenheit Leichtsinn oder Böswilligkeit seine ansteckende, ekelhafte Krankheit verheimlicht. Bei Verletzung dieser ihm durch Art 741 auferlegten Pflicht würde er sich zum Mitschuldigen an dem Unglück machen, das den betrogenen Gatten unfehlbar treffen muss, sei es nun, dass die oder der ahnungslos Inficirte sein Leben lang das Ehejoch weiterträgt, mit dem Vorwurf im Herzen durch die Schuld des Gatten sich selbst und Anderen zum Ekel geworden zu sein, — oder sei es, dass er von den Artikeln 251 und 260 des Reichsgesetzes Gebrauch macht, die ihn berechtigen, die Scheidung zu verlangen und den Prediger verpflichten, ihm die Scheidung zu gewähren. Diese Artikel lauten Art. 251: «Gesetzliche Gründe zur Scheidung sind: 5) unheilbare ansteckende Krankheit» 7) «Lasterhaftes Leben» Art. 260: «Ehen werden auch auf Ansuchen des einen Theils getrennt, wenn der andere mit einer unheilbaren ansteckenden oder einer sehr widerlichen Krankheit behaftet ist, die er vor Schliessung der Ehe nicht gehabt oder verheimlicht hat».

Der Prediger könnte somit nach Sanctionirung einer Ehe ohne vorherige Forderung eines ärztlichen Zeugnisses in die Lage kommen, eine solche Ehe wieder scheiden zu müssen. Das wäre für ihn sehr misslich und entspricht nicht den ihm schon gesetzlich auferlegten Pflichten.

Art. 737. «Die Prediger müssen diejenigen Personen, die sich verloben wollen, auf die nothwendigen Erfordernisse und gesetzlichen Hindernisse der Ehe aufmerksam machen und vor dem Aufgebote und der Trauung sich, soweit es möglich ist, überzeugen, dass der beabsichtigten Ehe keine Hindernisse im Wege stehen».

Wie sehr das Gesetz die Wichtigkeit dieses Punktes betont, geht hervor aus dem Folgenden:

Art. 738: «Wenn der Prediger in dieser Hinsicht irgend einen Zweifel hegt, so muss er sich bei einem Propst oder Superintendenten Raths holen, in sehr wichtigen Fällen die Entscheidung des Consistoriums nachsuchen».

Noch viel misslicher als die Lage des Predigers, der eine von ihm vollzogene Eheschliessung hat aufheben müssen, weil er nicht rechtzeitig die gesetzlichen Hindernisse der Ehe berücksichtigt hat, ist die Lage eines Gatten oder einer Gattin, die aus der Ehescheidung mit einer durch die Ehe acquirirten Lues hervorgeht, und die Lage des Predigers, der durch rechtzeitige Forderung eines ärztlichen Zeugnisses diesem Unglück hätte vorbeugen können, solches aber verabsäumte.

Nach all' dem Gesagten kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der Sinn der angeführten Gesetzartikel, in welchen man unmöglich ein Krankheitsregister nach den pathologischen Bezeichnungen erwarten und daher auch nicht vermissen kann, einen die Ehe nicht verbietenden Gesundheitszustand der Nupturienten fordert. Nach dem Sinne aller angeführten Artikel kann der Wortlaut des Bedingungssatzes im Artikel 741: «wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können» unter keiner Bedingung für solche Ehestandscandidaten Gültigkeit haben, deren Einer vor dem Andern seine recente Syphilis verheimlicht. Er gilt allenfalls nur für solche, die genau den Gesundheitszu-

stand ihres Conupturienten kennend, trotz dieses Zustandes die Ehe wünschen.

Als Resumé der vorliegenden Auseinandersetzungen ergeben sich folgende Sätze:

Die recente Syphilis ist eine Krankheit, welche zur Ehe unfähig macht.

Der Geistliche hat dafür zu sorgen, dass zur Ehe Unfähige eine solche nicht eingehen. Da der Geistliche nicht in der Lage ist, von sich aus zu entscheiden, ob jemand durch recente Lues zur Ehe unfähig ist, so hat er die Pflicht von den Nupturienten ein ärztliches Zeugniss zu fordern, das ihm Aufschluss über den Gesundheitszustand seiner Ehefähigkeit giebt.

Falls das ärztliche Zeugniss den Nupturienten als mit recenter Syphilis behaftet bezeichnet, hat der Prediger nur in dem Falle das Recht ihn zu trauen, wenn der andere Theil den Gesundheitszustand des Nupturienten kennend, trotzdem mit ihm die Ehe zu schliessen verlangt.

Die angeführten, gesetzlich wohlbegründeten Sätze können in praxi nur dadurch zur Geltung gelangen, dass die Prediger von Personen, welche eine Ehe eingehen wollen, ein ärztliches Zeugniss über deren Gesundheitszustand verlangen und dass die Aerzte in ihren Zeugnissen die im recenten Stadium der Syphilis Befindlichen als unfähig zur Ehe bezeichnen.

Die im Obigen auseinandergesetzte Auffassung des Sinnes der bezüglichen Kirchengesetze steht, wie mit der logischen Schlussfolgerung, die sich aus diesen Sätzen ergiebt, so auch mit folgenden Artikeln des Reichsgesetzes Bd. XIII, Art. 733, Ausgabe 1892 und Band XV Art. 103 des Friedensrichterstrafgesetzbuches vollständig im Einklang. Artikel 733 lautet: «Jeder der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaf-

tet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen Andern übertragen könnte».

Artikel 103 lautet: «Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen ansteckenden Krankheit unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rbl.»

Ueber die Ursachen des Trachom's [1]).

Von

Dr. med. H. Baron Krüdener.

(Vortrag, gehalten auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden).

Das Trachom constituirt einen festen klinischen Begriff, aber sein für gewisse Stadien am meisten pathognomonisches Symptom, der Follikel, ist auch anderen Krankheitsbildern eigen. Für die Conjunctivitis follicularis hat namentlich Sämisch (Gräfe-Sämisch, Handbuch) besondere Unterscheidungsmerkmale vom Trachom aufzustellen versucht. Michel (vergl. s. Lehrbuch) erwähnt das Vorkommen von Follikeln bei frischer Lues, bei leukämischen Zuständen sowie Scrophulose und Rhein (Gräfes Arch. XXXIV, 3. 1888) sagt zum Schlusse seiner Arbeit: «Die bei der Conjunctivaltuberkulose gebildeten Follikel sind von sogenannten Trachomfollikeln in Bau und Verhalten weder makroskopisch noch mikroskopisch zu unterscheiden». v Gräfe (Gr. Arch. X. 2. p. 200) beobachtete Entwickelung von Granulationen nach fortgesetztem Atropingebrauch. Ich habe eine acute Erkrankung der Conjunctiva mit mächtiger Follikelbildung in der oberen wie unteren Uebergangsfalte bei einem Arzte gesehen, dem beim Laryngoscopiren ausgehustetes eitriges Secret in das Auge gelangt war, die Conjunctivitis trat vierundzwanzig Stunden nach erfolgter Infection auf, die Follikel schwanden aber nach zehn Tagen völlig und die Schleimhaut erlangte in dieser Zeit völlig normale Beschaffenheit, ohne später irgend welche Veränderungen zu zeigen; dieses Krankheitsbild

[1]) Die zu dieser Arbeit gehörigen Zeichnungen sollen an anderer Stelle veröffentlicht werden.

kann also nach unserer klinischen Anschauungsweise nicht dem Trachom beigerechnet werden. Bei Katzen habe ich nach Injectionen von Staphylokokkenreinculturen das Auftreten von circumscripten deutlich über das Niveau der Conjunctiva prominirenden Follikeln gesehen, welche nach einigen Wochen zurückgingen, ohne dass das afficirte Gewebe regressive Metamorphosen gezeigt hätte.

Kurz, es muss als Thatsache angenommen werden, dass die Eruption von Follikeln in der Bindehaut des Auges durch mannigfache ursächliche Momente erfolgen kann und dass sich der Verlauf der Affection darnach verschiedenartig gestaltet. Speciell die Ursache der Follikelbildung bei Trachom ist uns unbekannt.

Wie wenig die Untersuchungen von Sattler (Bericht über die Verh. der opht. Ges. Heidelberg, 1881), Koch (Bericht über die Thätigkeit der deutschen Choleracommission in Aegypten und Suez, Wiener med. Wochenschrift № 52, 1883), Michel (Der Mikroorganismus der sogenannten Aegyptischen Augenentzündung (Trachomkokkus). Wiesbaden, 1886), Goldschmidt (Zur Aetiologie des Trachoms. Centralblatt für klin. Medicin, 1887 № 18), E. Schmidt (Ueber Mikroorganismen bei Trachom. Russkaja Med., 1887 № 4), Kucharski (Zur Frage von den Mikroorganismen des Trachoms. Med. Sbornik der Kaukas. med. Ges., 1887), Kartulis (Centralblatt für Bact. u. Parasitenk., 1887) und Schmidt-Rimpler (Bericht des XVII. opht, Cong. zu Heidelberg. 1888) zu irgend welchen sicheren Schlussfolgerungen berechtigen, erhellen die vorzüglichen, leider nicht publicirten Untersuchungen Dr. J. Scherl's in dem Laboratorium der Dorpater Universitätsklinik. Dr. Scherl autorisirt mich dazu, die folgende Angabe über seine vor etwa drei Jahren erhobenen Befunde zu machen. Hiernach fanden sich bei Trachom vierundzwanzig verschiedene Arten von Mikroorganismen, von denen der grössere Theil aus dem Follikelinhalt der verschiedenen Stadien gezüchtet wurde. Keinem derselben konnte Scherl eine dominirende Rolle bei der Trachomerzeugung zusprechen. Im Jahre 1891 trat Noiszewski (Der Mikroorganismus des Trachom, Mikrosporon trachomatosum s.

Jagium, von Dr. K. Noiszewski in Dünaburg. Prof. Hirschberg's Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1891) mit einer Veröffentlichung hervor, auf welche meines Wissens bis jetzt keine fachmännische Bestätigung erfolgt ist. Es heisst darin: «Seit einiger Zeit ist es mir gelungen, Culturen des Trachoms auf Gelatine aus Kalbsaugen zu züchten. In diesen Culturen sind für das Mikrosporon trachomatosum die langen und geometrisch geraden Linien (Mycelium), die in verschiedener Richtung den ganzen Nährboden auf den Platten durchziehen, äusserst charakteristisch. Von dem Mycelium gehen Hyphen aus und an diesen sitzen die Sporen. Impfungen von reinen Culturen auf die Conjunctiva von Kaninchen geben immer positive Resultate. Noch muss bemerkt werden, dass Impfungen auf Kaninchen erst nach 4—5 Wochen sichtbare Veränderungen zeigen». — Es muss ohne Weiteres zugegeben werden, dass Pilzfäden in den zerfallenen Trachomfollikeln vorkommen, aber absolut nicht mit der Constanz, wie Noiszewski dies schildert. Mir ist es bis jetzt nicht gelungen, bei Kaninchen das Krankheitsbild des Trachoms zu erzeugen, obschon ich vielfach an diesen Thieren Impfungen mit Trachomsecret vorgenommen, ja trachomatöse Uebergangsfalten vom Menschen auf die Kaninchenconjunctiva übergepflanzt und mit Nähten fixirt habe und die Thiere etwa zwei Jahre lang von mir beobachtet wurden. Mich haben daher Noiszewski's Darlegungen nicht zu überzeugen vermocht.

Ohne auf die pathologische Anatomie des Trachomfollikels näher einzugehen — ich verweise hier besonders auf die Arbeiten Rählmann's (Gr. Arch: XXIX. 2., XXXIII. 2· und Volkm. Vorträge № 263) — möchte ich die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen eines eigenartigen Pigmentes in den Trachomkörnern lenken, dessen Vorhandensein der Beobachtung nicht entgangen ist, aber doch wenig Berücksichtigung gefunden hat. So findet sich in Wedl und Bock (Pathologische Anatomie des Auges, Wien, 1886) bei Schilderung des Trachomfollikels folgende Bemerkung: «Schwarze Pigmentkörner sind dann kein seltener Befund» und weiter «Die Kör-

ner sind nicht selten von einem Pigmentring umgeben». Wenn dieses Pigment von anderen Autoren nicht erwähnt und die eigenartige Beschaffenheit der Partikelchen nicht aufgefallen ist, so liegt der Grund wohl darin, dass, bei der jetzt üblichen Art und Weise die Präparate nach verschiedenen Färbemethoden zu behandeln, dieses Pigment mit Verunreinigungen und Farbstoffniederschlägen verwechselt worden ist. In der That ähnelt dasselbe ungemein den Niederschlägen, wie sie besonders in mit Hämatoxylin gefärbten Präparaten vorkommen. Die Untersuchung ungefärbter Präparate belehrt indessen, dass es sich um ein eigenartiges, dem trachomatösen Gewebe angehöriges Substrat handelt. Von vornherein fällt die gleichmässige schwarzröthliche Farbe eines grossen Theiles dieser körperlichen Elemente auf. Es sei mir gestattet, an der Hand der Abbildungen [2]) eine genauere Beschreibung zu geben. Fig. 1a zeigt eine im zerfallenden Follikel häufig vorkommende Form. In einem Zelldetritus, welcher seinerseits häufig von wohlerhaltenen lebenden Granulationszellen umgeben ist, liegt ein schwarzröthliches schollenartiges Gebilde, welches von einem zarten Contour umgeben ist. Diese Form findet sich oft und besonders schön ausgebildet bei Trachom mit grossen Mengen von Zerfallsproducten. Um nun die Beschaffenheit dieser Gebilde genau zu studiren, empfiehlt sich folgendes Verfahren: man excidire eine reichlich mit Follikeln besetzte Uebergangsfalte, wenn möglich aus dem oberen Lide, hierauf lege man dieselbe auf einen Objectträger, tröpfle einige Tropfen lauwarmen Wassers darauf und schabe mit einem Scalpell den weichen Follikelinhalt, besonders den an dem eventuell daranhaftenden Tarsaltheil gelegenen, herunter. Nachdem nun ein Deckgläschen auf den nöthigenfalls nochmals mit Wasser oder Kochsalzlösung verdünnten Follikelinhalt gelegt, ist das Präparat zur Untersuchung bereit. Fasst man jetzt eines der eben geschilderten Gebilde in's Auge so bemerkt man, dass der scharfe Rand stellenweise, wie dies in Fig. 1a angedeutet ist, durch kleine rundliche Pro-

[2]) deren Zeichnung ich der Liebenswürdigkeit Dr. H. Helmbold's verdanke.

minenzen unterbrochen ist, welche ihrerseits gleichfalls den hellen Contour aufweisen. Es ist mir nun einige male gelungen, durch leichten Druck auf das Deckglas mittelst einer Präparirnadel. diese Prominenzen von dem grossen gefärbten Objecte abzustreifen und es erschienen alsdann selbstständige rundliche und birnenförmige Gebilde, welche in der Mitte einen dunkelrothen Punkt zeigten und von einem glänzend-weissen Saum umgeben waren; der letztere hat oft eine Beimischung von einem rosa Farbenton und ist bei einzelnen Stellungen nicht sichtbar. Bisweilen haben einzelne Gebilde eine eigenthümliche Dreimastergestalt; man bemerkt alsdann eine hellrosa Barde, hierauf folgt ein schwarzrother Ring und in der Mitte befindet sich ein hellrosafarbiger Punkt. Besonders an den Körperchen, welche kleiner als Kokken sind, sieht man bisweilen eigenthümlich zitternde Bewegungen. Eine Verwechselung mit Kokken oder Bacillen ist kaum möglich, das Leitende ist in erster Linie die dunkle Farbe. In dem ersten Stadium des Trachoms herrschen mehr die kleineren rundlichen und birnförmigen Formen vor. Die grösseren sind von einer Menge zum Theil ihnen ähnlichen Gebilden umgeben (s. Fig. 1 a und 2) und zerfallen schliesslich in ein amorphes lebloses Pigment. Bei längerem Stehen verlieren sie ihren rothen Farbenton und werden schwarz, einzelne erscheinen bisweilen schön blau, doch ist dies durch den sie umgebenden Zelldetritus veranlasst, welcher in dem zerfallenen Follikelinhalt gleichfalls bisweilen blau erscheint. Sie bekommen durch Hämatoxylin einen blauen Farbenton; ich habe die verschiedensten Färbemethoden angewandt, um ihren Bau genauer zu studiren, aber ohne einen nennenswerthen Erfolg. Die schönsten Bilder erhielt ich an ungefärbten in der beschriebenen Weise behandelten Präparaten unter Anwendung der Oelimersion.

Dieselben Gebilde, welche der Follikel der Uebergangsfalte so reichlich beherbergt, finden sich auch im Pannus, besonders im Pannus crassus und in den Follikeln der Hornhaut, welche ja bei uns nicht zu den Seltenheiten gehören, ferner an den Cilienwurzeln bei Trichiasis und im Secret eitriger Dacryocystitis bei Trachom; Letzteres

erklärt sich sehr einfach; hat doch schon Weber (Gr. Arch. VIII. 1 p. 105.) den trachomatösen Follikel im Thränensack beschrieben.

Bei dem Krankheitsbilde, welches man mit Sicherheit als Conjunctivitis follicularis zu bezeichnen pflegt, ist ihr Nachweis mir nicht gelungen

Leber (Bericht über die Verh. der opht. Ges. Heidelberg, 1881. p. 33) erwähnt, dass er sich bei seinen Studien über Trachom der Untersuchung frischen Gewebes zugewandt habe und spricht von einer «Wimmelbewegung» in den an der Oberfläche liegenden dem Epithel angehörigen Zellen. Ob die Körnchen der «Wimmelzellen» die von mir beobachteten Gebilde darstellen, dies zu entscheiden bin ich selbstredend nicht in der Lage. Ich kann nur bemerken, dass sie auch in den Epithelien, besonders den zerfallenden vorhanden sind. Um eine einfache Molecularbewegung scheint es sich in vorliegendem Falle nicht zu handeln. Gegen die Genese des Pigments aus Fettsäuren spricht seine Resistenz gegen Aether und Alcohol. Es finden sich ferner Partikel, die andere Formen aufweisen, als die bisher geschilderten. In Fig. 3 stammt a aus dem Chalazion und b vom Cilienboden eines an Trachom Leidenden; ob dies den beschriebenen analoge Bildungen sind oder Gebilde anderer Herkunft, vielleicht krystallinischer Natur, vermochte ich nicht zu entscheiden. — Ich habe nun vielfach des oben erwähnte trachomatöse Pigment mit dem bei Sarkomen vorhandenen verglichen und eine entschiedene Aehnlichkeit, was Form, Farbe und Beweglichkeit anbelangt mit den von Pfeiffer, Thoma, Podwyssozki und Sawtschenko beschriebenen Sporozoen gefunden. Sollte es gelingen den Beweis zu erbringen, dass die in Rede stehenden Gebilde wirklich zur Gruppe der Plasmodien gehören, so würden wir, meine ich, der Deutung des Trachom's bald um Vieles näher gerückt sein, als dies bis jetzt der Fall ist. Ich hoffe dieser vorläufigen Mittheilung bald mehr Klärendes hinzufügen zu können.

Ueber Heiserkeit.

Von
Dr. med. Richard Otto.
in Dorpat.

Vortrag, gehalten am 15. September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

M. H.! Was wir im gewöhnlichen Leben Heiserkeit nennen, gehört zu den allergewöhnlichsten Vorkommnissen der Praxis. Wir wissen, dass es sich hier um eine Störung im phonatorischen Apparat des Kehlkopfes handelt, aber wie mannigfaltig sind diese Störungen und wie gleichförmig oft die Klagen, der mit diesem Uebel behafteten Kranken, wie günstig einerseits und wie hoffnungslos andrerseits die Zustände an welche sich immer wieder die Heiserkeit knüpft.

Wir begegnen gewissen Abstufungen derselben, doch besteht ein direct proportionales Verhältniss zwischen dem Grade der Heiserkeit und der Schwere der Erkrankung nicht. Sie unterrichtet uns über die Erkrankung des Kehlkopfes im Allgemeinen, ohne eine präcise Schlussfolgerung über die Art und den Charakter des Processes zu gewähren. Ein pathognost. Werth kommt diesem Symptome also nicht zu, wohl aber liegt seine Bedeutung in der Ständigkeit, mit welcher es fast alle Larynxaffectionen begleitet und so gewissermassen zur Untersuchung des Kehlkopfes und zur Feststellung der Grundursachen drängt.

In der vorlaryngosk. Zeit musste man sich damit begnügen gegen dysphonische Zustände als solche symptomatisch zu Felde zu ziehen, was im Hinblick auf eine und dieselbe Begleiterscheinung der allerverschiedensten

therapeutisch mit gleichem Maasse gemessenen Larynxaffectionen, zu äusserst beschränkten Erfolgen führte. Erst mit Erfindung des Kehlkopfspiegels im Jahre 1855 trat zunächst die Erkenntniss über Stimmbildung und Sprache, sodann die Behandlung der Larynxkrankheiten in eine neue fruchtbare Phase. Das grosse Hilfsmittel Manuel Garcia's[1]) wurde in den Händen Türcks und nam. Czermack's soweit für die Technik gefördert, dass es nunmehr möglich wurde, die mannigfaltigen, mit Heiserkeit einhergehenden Erkrankungen diagnostisch zu trennen und einer zielbewussten Behandlung entgegenzuführen. Namentlich aber war es Victor Bruns, der nach dieser Richtung Wandel schaffte, nachdem es ihm im Jahre 1861 zuerst gelungen war, einen im laryngoskop. Bilde entdeckten Polypen auch unter diesem Hilfsmittel intralaryngeal zu entfernen, wodurch der Patient von seiner 3-jährigen Heiserkeit geheilt worden war.

Damit war ein für alle Mal der entscheidende Schritt auch zur causalen Behandlung gethan und die weitere Ausgestaltung unserer Kenntnisse über Physiologie und Pathologie des Larynx führte naturgemäss auf die Bahn zur systematischen Laryngologie, deren Grundsatz es fortan sein musste einen scharfen Strich zwischen Symptom und Krankheitsursache zu ziehen.

Um so befremdender mag es Ihnen, m. H. erscheinen, dass ich heute mit einem Vortrag vor Sie hintrete, der sich die Besprechung der Heiserkeit im Speciellen zur Aufgabe macht. Aber fürchten Sie nicht, dass ich Sie wiederum zum überwundenen Standpunkte bekehren möchte! Es handelt sich im Gegentheil für mich darum im Lichte der heutigen laryngologischen Anschauungen ein Symptom zu besprechen, welches auf seine Grundursachen zurückgeführt, erst in vollem Umfange nach Bedeutung und Wesen verständlich wird.

Dass die Heiserkeit unter allen Umständen auf einer Störung des Stimmbandapparats beruht, liegt auf der

[1]) Die vor Garcia von einigen Autoren, wie Leoret 1743, Bozzini 1825 u. s. w. angestellten Versuche einer Kehlkopfspiegelung sind ihrer Unvollkommenheit wegen nicht Allgemeingut der Aerzte geworden.

Hand. Welcher Art aber sind die Ursachen, welcher Art die Störung selbst? Die tagtägliche Erfahrung lehrt, dass hier gewisse äussere Schädlichkeiten, denen der Kehlkopf aus nahe liegenden Gründen mehr wie manches andere Organ ausgesetzt ist, eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Im jähen Temperaturwechsel, in unreiner, mit reizenden Bestandtheilen erfüllter Luft, in der Ueberanstrengung im Sprechen und nam. im Singen in zu hoher Tonlage, im Forciren der Stimme während des sog. Mutirens, im Alkoholmissbrauch und viel. Andr. sind genugsam Momente gegeben, welche den Schleimhautreiz und die Muskelermüdung des Organs erklären und zu den verschiedenen Abstufungen der Heiserkeit führen.

Zu einem weiteren sehr wichtigen Causalmoment müssen wir die primären catarrhalischen Zustände des Pharynx und nam. der Nasenhöhle rechnen, welche zum grossen Theile per cont. et contig. den Secundärcatarrh des Larynx und der Stimmbänder im Gefolge haben, ganz abgesehen davon, dass die hierbei bestehende Mundathmung schon an und für sich Gefahren und Reize in sich schliesst, welche das Leiden in beträchtlichem Maasse zu steigern pflegen.

Diesen äusseren Gefahren gegenüber kommt es unter gewissen acuten und chron. Infectionen, welche den Gesammtorganismus treffen, auch aus innerer Ursache zu partieller oder totaler Miterkrankung des Kehlkopfes. Es tritt Heiserkeit ein, wie beispielsweise bei Lues unter dem Bilde des syphilit. Catarrhs, des gummösen Infiltrats oder bei Larynxtuberculose, wo es sich einmal um Infiltrationen der Stimmbänder, das andere Mal um mechanische functionelle Störungen derselben durch Infiltrationsschwellung ihrer Nachbarschaft, etwa der reg. interarytaenoidea handelt oder es beruht die Heiserkeit auf Parese der Interni, ohne dass ausser einem gewissen Grade von Stimmbandexcavation eine greifbare pathol. Veränderung des Kehlkopfes nachweisbar wäre, ein Zustand, wie er gelegentlich schon allein bei mangelhafter Ernährung oder fehlerhafter Blutbildung vorkommen kann.

Eine rein mechanische, ich möchte sagen gröbere Störung des phonatorischen Apparats ist durch Tumorenbildung des Kehlkopfes gegeben, wobei der Grad der Dysphonie weniger von der Grösse als gerade vom Sitz der Geschwulst abhängig ist. Der Hauptsache nach wird es sich hier um functionelle Störungen der Stimmbänder handeln unter gleichzeitiger Behinderung der für die Stimmbildung nothwendigen Annäherung der ligamenta vocalia bezw. beider proc. vocales der Aryknorpel.

Das Gros aller Heiserkeiten beruht aber auf dem durch die bereits besprochenen äusseren Schädlichkeiten bedingten acuten und chronischen Kehlkopfcatarrh. Eine Ausnahmestellung beansprucht die Laryngitis acuta der Kinder, der Pseudocroup, der nach den mustergiltigen Untersuchungen Dehios[2]) aus dem Jahre 1882 mit oder ohne entzündliche Schwellung der Stimmbänder vorzugsweise auf einer subglottischen Schwellung des hier ausnehmend lockeren submucösen Bindegewebes beruht. «Bei der Enge und Kleinheit des kindlichen Kehlkopfes kommt es leicht zur Laryngostenose, während die beim Hustenstoss an einander gepressten plumpen subchordalen Wülste im Moment wo die Glottis sich zu öffnen beginnt und der kraftvolle Expirationsstrom sie in Schwingung versetzt, den eigenartigen pathognostischen bellenden Ton erzeugen. Die Stimmbänder schwingen dabei mit den Wülsten zusammen als ein Ganzes, während sie beim Sprechen oftmals noch keine Heiserkeit verrathen». Umgekehrt ist das Verhältniss beim Kehlkopf des Erwachsenen. Hier steht die entzündliche Schwellung der Stimmbänder, die zur Verdickung der schwingenden Membran führt, obenan.

Was verstehen wir nun aber eigentlich unter dem Stimmband?

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Chordae vocales nicht wie die Saiten eines Instrumentes durch zwei Insertionspunkte fixirt, frei hin und her schwingen, sondern durch ihre ganze Länge lateralwärts eng mit dem m. thyreo-aryt. int. verbunden sind und es sich hierbei nicht

[2]) K. Dehio. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1883.

um ein Band im desmologischen Sinne, sondern um eine Duplicatur der elastischen Membran handelt, welche den 3-seitig prismatischen, medianwärts vorspringenden Muskel, ich möchte sagen bandartig umfasst und kantet. Gerade durch dies enge Attachement wird auch genugsam erklärt, warum es bei der acuten und chron. Laryngitis so leicht zu gleichzeitiger Muskelinsufficienz kommt, durch welche das Stimmband seinen Halt und seine Festigkeit verliert. Wie sollen wir hiernach den Begriff des Stimmbandes fassen? Ist es das sehnig-fibröse im laryngosk. Bilde scheinbar wohl begrenzte Band oder haben wir ein Recht, die ganze Stimmfalte dafür anzusehen, welche sowohl Muskel als Ligament in sich schliesst?

Dass bisher noch keine allgemein gültige Vorstellung über diese Dinge besteht, dafür sprechen die erst vor 5 Jahren von P. Heymann[3]) aus der Literatur gesammelten, sehr von einander abweichenden Anschauungen über diese Frage und nam. der Umstand, dass der zur Zeit von diesem Autor in der Berl. laryng. Gesellsch. gemachte Vorschlag zur Erweiterung des Begriffes ebensoviele Anhänger wie Gegner fand.

In der That ist eine scharfe anatomische Trennung zwischen dem die Phonation vermittelnden lig. thyreoarytaenoid. und dem mit demselben verschmelzenden und es functionell ergänzenden gleichnamigen Muskel nicht gut möglich, so dass der Vorschlag B. Fraenkels[4]) neuerdings wiederum dahin abzielt, zu Virchows ursprünglich zusammenfassendem Begriff zurückzukehren und den gesammten Stimmkörper, wie er ihn nennt, als Stimmband zu bezeichnen. Nach seinen Untersuchungen ginge dieser Stimmkörper nach hinten im proc. vocalis auf, während die seitlichen Grenzen durch eine Sagittalebene bestimmt werden sollen, welche unterhalb in die Trachealwand, oberhalb durch die äussere Wand des Morgagnischen Ventrikels gelegt ist. Was hierbei medianwärts vorspringt, ist der Stimmkörper bezw. das Stimm-

[3]) Verhandlungen der laryngol. Ges. zu Berlin, Band I.
[4]) Archiv für Laryng. Band I. 1.

band. Vom rein anatom. Standpunkt hat freilich, wie B. Fränkel wörtlich sagt, diese Abgrenzung etwas Willkürliches an sich. Das Plattenepithel reicht normaler Weise an der oberen Fläche des Stimmbandes nicht bis zur äusseren Ventrikelwand, auch entspricht die Grenze nicht genau dem M. thyreo-aryt. greift vielmehr darüber hinaus in den ext. hinein. Diesen kann man aber nicht in seiner ganzen Ausdehnung dem Stimmbande zulegen, schon weil ein Theil seiner Fasern sich nach oben in die äussere Wand des Ventrikels hinauf zieht.

Andererseits zeigt aber jeder Frontalschnitt, dass die Muskelsubstanz nicht plötzlich auftritt, indem die ersten gegen das ligament hin medianwärts sich zeigenden Muskelbündel durch verhältnissmässig breite Züge fibrös elastischen Gewebes von einander getrennt sind, bevor sie allmälich in die dicht geschlossene Masse des Muskels übergehen. Auch dürfte folgender Umstand gegen die Trennung von Lig. und Muskel sprechen. Es kommen nämlich nach Fränkel sowohl an der oberen als unteren Fläche des Stimmbandes Drüsen vor, von denen eine relativ erhebliche Anzahl bis in den Muskel hinein reicht, so dass man den Eindruck gewinnt, dass bei Contraction der Muskelfibrillen die Drüsen ausgepresst werden müssen.

Diesen Verhältnissen zur Folge werden wir nicht fehlgreifen auch nach der physiol. functioneilen Seite dem Zusammenwirken von Muskel und Ligament eine weit grössere Bedeutung zuzuerkennen, als wie das bisher geschehen ist, sodass folgerichtig bei catarrhalischen mit Heiserkeit verknüpften Zuständen des Larynx wohl in den meisten Fällen die Mitbetheiligung des Muskels eine nicht unbedeutende Rolle spielen wird. Wir wissen, dass zu den Grundbedingungen der Tonbildung einerseits die elastische Kraft der Stimmbänder gehört, andrerseits aber der intacte Muskelapparat des Kehlkopfes, der die Spannung und die Verengerung der phonatorischen Glottis besorgt. Leidet nun nicht allein die Elasticität der Chordae vocales, sondern der ganze Stimmkörper durch entz. Schwellung und Verdickung seiner Substanz, so ist eine bis zur Aphonie gesteigerte Heiserkeit die unbe-

dingte Folge. Dieser Parese gegenüber stehen ferner diejenigen Stimmstörungen, welche mit der myo- oder neuropathischen Lähmung der Larynxmusculatur zusammenfallen. Ob sie peripheren oder centralen Ursprunges sein mag, ist einmal irgend ein Ausfall im Zusammenwirken der Spanner und Constrictoren vorhanden, so muss hier erst recht Heiserkeit eintreten, gleichviel ob beide symmetrischen Muskeln oder nur einer von beiden afficirt ist. Die mannigfaltigen Typen, wie sie die Lähmung des Internus und Transversus, des Lateralis und Cricothyreoideus einzeln oder combinirt im Spiegelbilde erscheinen lassen, oder wie sie durch Lähmung eines oder beider Nervi recurrentes entstehen, sie alle hat man vor dem Gebrauche des Laryngoskops differential-diagnostisch nicht trennen können, sie alle waren von dem einen Symptome der Heiserkeit beherrscht.

Alle diese phonischen Lähmungen eines den Blicken verborgenen Organs hat uns das Laryngoskop in scharfen Bildern gezeichnet, was es aber bisher trotz allen Fortschritts nicht vermocht hat, — war die Vermittelung der Erkenntniss über die Formveränderung der Stimmbänder während ihrer Oscillation. Dass wir indessen noch nicht an der Grenze unseres Erkennens angelangt sind, hat uns jüngst Oertel[5]) durch seine laryngostrobosk. Methode bewiesen, mit welcher das entsprechend bewaffnete Laryngoskop nun doch die Beobachtung über das Wesen bezw die Veränderung der Stimmbandschwingungen gestattet. Der Werth dieser Methode ist klar; denn sind wir erst in der Lage in Fällen, wo das Laryngoskop allein keinen Aufschluss mehr über die Ursache der Stimmstörung giebt uns eines weiteren Mittels bedienen zu können, so werden wir aufs Neue Anhaltspunkte finden, zur Beurtheilung feinerer mechanischer oder paretischer Störungen oder von Spannungsunterschieden oder Elasticitätsdifferenzen der Stimmbänder, die anderenfalls nicht hätten entdeckt werden können, oder hinsichtlich der Prognose besser gewappnet sein, wenn wir an einem anfänglich unthätigen und gelähmten Stimm-

[5]) Oertel. Archiv für Laryngolie. Bd. 3.

bande die ersten, schüchternen Schwingungsversuche wieder eintreten sehen.

Bei der von Oertel angewandten Methode kommt es nun im Wesentlichen darauf an, dass der in laryngoskop. Position sitzende Beobachter nicht direct durch die Oeffnung des Reflectors, sondern erst durch eine in Rotation versetzte strobosk. Scheibe hindurchblicken muss, an welcher an der Peripherie eine Anzahl von Oeffnungen in gleichen Abständen angebracht sind.

«Bei gleichbleibender Bewegung der Scheibe wird man die schwingende Membran in gleichen Zeiteinheiten sehen und zwar wird das Stimmband bewegungslos erscheinen, wenn es gerade eine vollständige Schwingung in der Zeit vollendet hat, welche während des Vorüberganges zweier auf einander folgender Oeffnungen vor dem Auge verstreicht». Dieser Umstand tritt dann ein, wenn die durch eine Vorrichtung nach Art der Sirene angeblasene Scheibe dem Tone des phonirenden Stimmbandes entspricht. «Rotirt dagegen die Scheibe langsamer, so hat die Membran die eine Schwingung bereits vollendet und eine neue begonnen, bis die zweite Oeffnung vor das Auge gelangt; wir werden die Membran desto langsamer sich bewegen sehn und so die verschiedenen Formveränderungen der Schwingungen verfolgen können, welche sich in Wirklichkeit weit schneller vollziehen».

Bei seinen physiologischen Untersuchungen fand nun Oertel die theoretisch-physikalische Annahme synchroner, regelmässiger Schwingungen bestätigt und zwar liessen sich dieselben durch die ganze Länge und Breite der Stimmbänder verfolgen, während zugleich Partialschwingungen am Längs- und Querdurchmesser in die Erscheinung traten. In pathologischen Fällen, so beispielsweise bei acuter Laryngitis mit geringer Heiserkeit fand er dagegen entweder synchrone Schwingungen von unter der Norm kleiner und nicht selten verschiedener Amplitude oder aber alternirende Schwingungen mit einem Schwingungsunterschiede von $^1/_4$—$^1/_2$ Wellenlänge und ungleicher Amplitude.

In einem Falle einseitiger Recurrenslähmung waren garkeine Schwingungen sichtbar, in einem andern solche

geringer Amplitude, während endlich bei hysterischer Aphonie, wo es sich um unvollständige Annäherung und sofortiges Wiederzurückschnellen der Stimmbänder handelte, nur eine Erzitterung und Aufblähung der letzteren beobachtet werden konnte.

Diese laryngo-strobosk. Methode Oertel's ist noch neu und in der Hand weniger Forscher zunächst fast ausschliesslich auf dem Gebiete der Physiologie nutzbar gemacht worden. Dieser Vorarbeit bedürfen wir aber zum späteren Verständniss auf dem Gebiete der Pathologie. Die wenigen Beispiele die uns Oertel liefert, sind noch nicht geeignet feste Schlussfolgerungen zu ziehen. Nur soviel scheint mir im Allgemeinen aus ihnen hervorzugehn, dass die Partialschwingungen bei der Heiserkeit fehlen, während die Totalschwingungen eine Einbusse ihrer Gleichzeitigkeit, Gleichmässigkeit und Amplitude erleiden.

Und nun, meine Herrn, zum Schluss noch eins.

Man hat aus gewissen Eigenthümlichkeiten und Veränderlichkeiten der Heiserkeit auf ihre Grundursachen schliessen wollen.

Eine rauhe, vertiefte Stimme käme bei Erschlaffung und Atrophie der Stimmbänder vor, während Rauhigkeit und Belegtsein mehr auf die Formen der Laryngitis, ein schnarrender Klang der Stimme auf das Vicariren der Taschenbänder zurückgeführt werden müsse und so fort. Auch hat man annehmen wollen, dass eine Morgens belegte, tagsüber freiere Stimme dem Katarrh, und umgekehrt eine sich im Laufe des Tages verschlimmernde Heiserkeit auf Rechnung von Tumoren gesetzt werden müsse u. s. w.

Das Alles sind Zeichen sehr trügerischer Art, das Einzige was seinen diagnostischen Werth behält ist die Anwendung des Laryngoskops, ohne welches wir nie die wahre Ursache zur Heiserkeit ergründen können.

Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung.

Von

Dr. med. Paul Bergengrün.

Vortrag zum livländischen Aerztetage in Wenden. September 1895.

M. H.! Wenn ich mir heute Ihre freundliche Aufmerksamkeit für einen Gegenstand aus dem Specialgebiete der Rhinologie erbitte, so kann ich Ihnen im Voraus die Versicherung geben, dass ich Sie nicht mit einem Wuste specialistischer Kleinkrämerei belästigen werde. — Die Nase wird noch heute, trotz bedeutsamer Fortschritte der Rhinologie, von vielen Aerzten als Stiefkind betrachtet und behandelt, oder, besser, gar nicht beachtet und behandelt. Und doch sind die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und anderen Leiden allgemeiner Natur oft so enge, dass die letzteren häufig nur durch die Erkrankungen der Nase bedingt sind. So greift die Rhinopathologie tief in den Bereich der praktischen Medicin hinein. Ich glaube daher, dass eine Besprechung eines wichtigen Theiles der Nasenerkrankungen gerade den praktischen Arzt an manches Vorkommniss aus der täglichen Praxis erinnern, — und daher dem einen oder anderen unter Ihnen, nicht ganz unwillkommen sein dürfte.

Die wesentliche Bedeutung der Nasenkrankheiten für das Allgemeinbefinden in ihrem vollen Umfange erkannt zu haben, sowie die Ausbildung der schwierigen und subtilen rhinotherapeutischen Technik ist ein unbestreitbares Verdienst des soviel gescholtenen Specialismus.

Das Wort «Specialist», meine Herren, hat heutzutage in der ärztlichen Welt nicht immer einen guten

Klang. Man bezeichnet damit gerne, und oft mit Recht einen Mann, der seine Aufgabe lediglich darin erblickt, seine einseitig ausgebildete Technik unter allen Umständen zur Geltung zu bringen, der kritikloses Virtuosenthum an die Stelle der medicinischen Wissenschaft gesetzt hat. Dass solche Specialisten mehr schaden, als nützen, liegt auf der Hand. — Der Specialismus hat aber nur dort Berechtigung und ist nothwendig und segensreich, wo er stets in dem fruchtbaren Mutterboden der wissenschaftlichen Heilkunde wurzelt. Der Specialist darf eben nicht ein Ohr, ein Auge oder eine Nase behandeln, er soll im kranken Menschen, dessen Auge oder Nase den Zustand des Leidens hervorgerufen hat, das Object seiner menschenfreundlichen Bemühung erblicken.

Nicht selten hört man den Specialismus als etwas ganz Modernes, als eine neue Einrichtung fin de siècle — geringschätzig beurtheilen. Diese Anschauung wird durch Herodot, sowie die Hippocratischen Schriften und altegyptischen Priesterbücher widerlegt. Sie sagen uns, dass anno 500 vor Chr. und noch früher Aegypten von Aerzten wimmelte, von denen jeder ein Sonderfach betrieb, und dass damals eine specialistische Fachliteratur vorhanden war: am Meisten vertreten waren Ophthalmologie und Gynäkologie. Man hat eben bald eingesehen, dass ein Mensch unmöglich auf allen Gebieten gleichzeitig menschlich Vollkommenes leisten kann. Dazu ist die Lernzeit, d. h. die Lebenszeit des Arztes eine zu kurze.

Wenn ich Sie nun bitte, mir auf ein Hauptgebiet der Rhinologie zu folgen, so genügt ein kurzer Hinweis auf die physiologische Bedeutung der Nase, um aus der Störung ihrer Function die pathologischen Consequenzen einfach abzuleiten. — Die Nase hat eine 3-fache Bestimmung:

Erstens ist sie allein, nicht etwa der Mund, das Anfangsstück des Athmungsrohres!

Dazu ist sie mit entsprechenden Einrichtungen versehen. — Die kalte Aussenluft wird in der Nase bis auf 30° Celsius erwärmt.

Die Athmungsluft wird in der Nase ferner durch Verdunstung des Nasenschleimwassers bis zur Sättigung durchfeuchtet, so dass wir durch die Nase in 24 Stunden einen halben Liter Wasser in uns aufnehmen.

In der Nase werden die Staubtheile der Luft abgefangen, die oft mit pathogenen Keimen beladen sind, so z. B. behütet die Nase den Hals und die Lungen vor schädlichen Reizen, indem sie die Athmungsluft: erwärmt, durchfeuchtet und reinigt.

Zweitens: Vermittelt die Nase die Geruchs- und die Geschmacksempfindung.

Drittens ist die Nase ein unerlässlicher Bestandtheil des Sprachorgans. Die sogenannten Resonanzlaute m, n und deren Combinationen mit p, g, d, t und die französischen Nasenlaute z. B. in Melun, Dindon, entendre kommen nur zu Staude, wenn die Ausathmungsluft durch die Nase entweicht, wovon man sich leicht durch den Athembeschlag auf einen vorgehaltenen Spiegel oder durch Hervorströmen des vorher tief eingeathmeten Tabaksrauches aus der Nase überzeugen kann, während man die betreffenden Laute angiebt. Andrerseits aber dient die Nase als Sprach und Schallrohr, in welchem der durch die Stimmbandschwingung erzeugte Laut verstärkt wird. Das geschieht durch Mitschwingen der Nasenluft, welche durch Fortpflanzung der Schallwellen auf dem Wege der Knochenleitung, zumeist des harten Gaumens, in Bewegung geräth.

«Wenn man Thieren den Kehlkopf nach aussen verlegt», sagt Moritz Schmidt, «so erstaunt man sehr über die leisen Töne». Gleichzeitig erhalten Sprache und Gesang erst in der Nase durch die Bildung von Obertönen das charakteristische Gepräge, den eigentlichen Wohlklang und das sogenannte Metall, die musikalische Schönheit.

Die Schädigungen der Nasenverengerung liegen aber nicht allein in diesen 3 Functionsgebieten; ihre schädlichen Folgen erstrecken sich vielfach in andere Bereiche des Organlebens und werden dann am besten durch die Bezeichnung «Fernwirkungen» zusammengefasst; eine Gruppe

derselben stellen die auf reflectorischem Wege von der Nase her ausgelösten sog. «Reflexneurosen» dar.

Gestatten Sie mir, meine Herren, zunächst diejenigen Momente in gedrängter Kürze hervorzuheben, welche eine Verengerung oder gar Verschliessung der Nase zu Wege bringen und dadurch die Nasenathmung erschweren. Da das Hinderniss für diese auch im Nasenrachenraum liegen kann, so müssen wir auch diesen mit in den Kreis unserer Betrachtung ziehen.

Bei Neugeborenen ist eine Verlegung der Nase sehr selten: Sie kann durch knöchernen oder bindegewebigen Verschluss der Choanen zu Stande kommen. — Dann sind Fälle von congenitalen adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum unzweifelhaft. In der Literatur findet man sie angeführt und ich habe sie selbst bei einem 3-wöchentlichen Kinde gefühlt.

Angeboren ist ferner häufig eine Schwäche und abnorme Dünnheit der äusseren Nasenweichtheile, so dass die Nasenflügel beim Einathmen angezogen werden und dann eine bis zur gänzlichen Verlegung des Rohres führende Verengerung desselben herbeiführen können.

Als fehlerhafte Anlage, die aber meist erst später zu einem Athmungshinderniss führt, muss endlich die bei uns zu Lande recht häufige, der Horizontalebene sich nähernde Schrägstellung der unteren Muschel angesehen werden, die gewöhnlich mit Vergrösserung des Muschelknochens gepaart ist.

Im Allgemeinen sind die Nasenhöhlen eines Neugeborenen einander symmetrisch und denen Anderer gleich: sie sind eben normal. Nur höchst selten ist das bei Erwachsenen der Fall, von denen kaum einer eine normale Nase aufzuweisen hat: im späteren Leben unterliegt sie vielfach Unregelmässigkeiten im Wachsthum und schädigenden äusseren Einflüssen.

Was den ersten dieser beiden Punkte anlangt, so gedachten wir schon der Schiefstellung der Muscheln, ferner gehören hierher die, oft mit Eiter gefüllten Auftreibungen des vorderen oder hinteren Endes der mittleren Muschel, in welche sich eine Siebbeinzelle von oben her besonders tief hineingesenkt hatte. Diese

Knochenblasen verstopfen manchmal die Nasenhöhle ganz und gar. Sie drängen die Nasenscheidewand zur Seite, diese weicht in die andere Nasenhöhle aus: so entsteht hier eine Knickung oder Verbiegung, welche wieder auf ihrer Seite zur Verengerung des Nasenganges führt; die Deviatio septi.

Oft ist letztere auch Folge eines Nasenscheidewandbruches, durch Hieb oder Fallen auf die Nase, wenn nämlich die Bruchenden in Winkelstellung verheilten und nicht gerade gerichtet wurden.

Eine solche Deviation des Septum entsteht aber auch spontan, wenn dieses einen stärkeren Wachsthumstrieb hat, als dem Raume zwischen Nasenboden und Rücken entspricht: da es sich nicht in die Länge ausdehnen kann, biegt es sich ein. Das stärkere Wachsthum führt in anderen Fällen zur begrenzten Ablagerung von Bildungsmaterial, dann entstehen an der Scheidewand lange Leisten, oder dicke kurze Dornvorsprünge, die spinae et cristae septi. Sie bestehen aus Knochen und Knorpel. Je nach ihrer Dicke beeinträchtigen sie die Nasenathmung mehr oder weniger. Es können 2 oder 3 solcher Vorsprünge hinter einander auf derselben Seite liegen, oder auch zu beiden Seiten des Septums sitzen, in welchem Falle die eine dort aufhört, wo die andre auf der anderen Seite anfängt.

Eine wesentliche Ursache der nasalen Athmungsbeschränkung ist der chronische Nasenkatarrh, dessen mannigfache Entstehungsbedingungen jedoch nicht im Rahmen unserer heutigen Betrachtung liegen. Er verursacht durch beständige Blutüberfüllung eine Ueberernährung der Schleimhaut, welche dann an manchen Stellen geschwulstähnliche Bildungen zeigt, die ihrerseits als dauernde Reizmomente den chronischen Katarrh unterhalten. Solche Schleimhauthyperplasien sind besonders bemerkenswerth an den hinteren Enden der Nasenmuschel. Sie haben hier oft Kirschgrösse, und haben eine himbeerähnliche Oberfläche.

Aber auch schon die blosse constante Hyperämie an sich verlegt den normalen Athmungsweg oft; sie zeigt sich meist an den vorderen Muschelenden als rothes

leicht und tief eindrückbares Polster, das oft plötzlich schwindet um auf der anderen Nasenseite zu erscheinen. Diese Wechselschwellung ist ebenso charakteristisch, wie häufig und quälend und führt zuletzt zur Bildung constanter Tumoren. Der chronische Nasenkatarrh, welcher natürlich auch durch diffuse Schleimhautverdickung die Luft absperren kann, geht, wie ganz natürlich, fast ausnahmslos auf die Rachenschleimhaut über. Das physiologisch hier vorkommende adenoide oder lympathische Gewebe wird bei Kindern zu mächtiger Entwickelung angeregt, welche dann die schon genannten, in neuer Zeit mehr gekannten adenoiden Vegetationen bilden. Diese sind entweder rundliche, festweiche Geschwülste von der Form und Oberflächengestaltung einer Edelkastanie mit länglichen Wülsten und tiefen Thälern und Taschen; sie sitzen am oberen Rachendach und gehen oft auf die hintere Wand über: das ist die Nasen-Rachen- oder hypertrophische Luschkasche Mandel. Oder: es bilden sich traubenähnliche Massen, welche auch an den Seiten des Rhinopharynx sitzen können; oft haben sie die Gestalt von Hahnenkämmen oder Soffiten, sie hängen in mehreren Reihen, wie etwa die Blätter eines Buches von oben herab und können die hinteren Nasenöffnungen total verlegen.

Die adenoiden Vegetationen können so gross werden, dass sie das Gaumensegel vordrängen und unter seinem Rande sichtbar werden. Sie bilden eines der wichtigsten Capitel in der Pathologie des Kindesalters.

Der chronische Reiz des Nasenkatarrhs, meist aber auch einer gleichzeitig bestehenden Nebenhöhleneiterung veranlasst die Bildung von Schleimpolypen, welche meist vom Nasendach und der mittleren Muschel, aber auch anderweitig entspringen und an Zahl und Ausdehnung oft ganz erstaunlich gross sind.

Seltener sind Bindegewebspolypen, Fibrome, Papillome und Hornwarzengeschwülste. Die Schleimpolypen bei Eiterungsprocessen gehen auch oft aus gewöhnlichem Granulationsgewebe hervor, welches aber auch ohne Polypenbildung die Nase als weiches, rothes körniges Polster obturirt.

Lues und Tuberculose der Nase treten oft als grosse, häufig gestielte, kuglige Granulationsgeschwülste auf.

Bei Lepra tuberosa ist Aufhebung der nasalen Respiration durch diffuse oder knotige Schleimhautschwellung die Regel. Das Rhinosclerom übergehe ich hier, da es bei uns nicht vorzukommen scheint. Das Sarcom und der seltenere Schleimhautkrebs der Nase führen natürlich oft Nasenverschluss herbei.

Bei Kindern spielen die in die Nase gesteckten Fremdkörper eine wichtige, oft tragische Rolle. Sie bilden, im incrustirten Zustande oft mächtige Rhinolithen. Zur Aufhebung der Nasenathmung geben narbige Verlöthungen von Wunden und Geschwüren einander gegenüber liegender Schleimhautflächen nicht selten Veranlassung. Das geschieht sowohl in der Nase selbst, als auch durch Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. Hierbei spielt besonders die Syphilis eine Rolle, aber auch Tuberculose, Lupus, Verätzungen und Verbrennungen. Letztere nicht so selten nach der Anwendung von Chromsäure und Galvanokaustik an engeren Stellen.

Wenn ich noch der ausgedehnten Borkenbildung erwähne, welche die Nase bei Ozäna in festen, gerollten Blättern verstopft, so glaube ich damit die Reihe der wesentlichsten, häufigsten Factoren, welche die Nase verlegen, abschliessen zu können.

Wenn wir nun an die Symptome der Nasenverengerung, zunächst in Anlehnung an die eingangs erwähnten 3 Functionsgebiete der Nase herantreten und zuerst die Sprachstörungen ins Auge fassen, so liegen diese erstlich in der Entstellung der genannten Resonanzlaute: Die vom nasalen Hinderniss in den Mund zurückprallende Luft sprengt hier gewaltsam den Lippen- oder Zungenschluss: es entstehen Explosivlaute. Die Verunstaltung der Sprache geht oft bis zur Unverständlichkeit. Wenn man z. B. erzählen hört, dass: «des Abtbadds Butter ihr adbuhtiges Ekelkid ad der Hadd dibbt», so kann man höchstens ahnen, dass hier von

des Amtmanns Mutter und deren anmuthigem Enkelkinde die Rede ist.

Gleichzeitig verliert die Sprache wie auch der Gesang die Kraft, die Fülle, jeden Klang, jeden Wohllaut. Die Stimme wird blechern und tonlos, weil die Nasenluft nicht mitschwingen kann — der Resonanzboden fehlt — es werden keine Obertöne gebildet. Das ist die sog. todte Sprache. Sonderbarer Weise wird aber gerade der possidens nunquam beatus «eider solched fested Dase» als einer bezeichnet, der «durch die Nase» spricht.

Diese Rhinolalia clausa bedeutet aber auch eine Schädigung der Stimme, weil sie, wie dem ganzen Exspirationsmechanismus, so besonders auch den Stimmbändern eine doppelte Arbeit zumuthet, welche bald von Insufficienz gefolgt ist, denn sie haben ausser ihrer gewöhnlichen Aufgabe auch noch den Druck der zurückgeworfenen, einen Wirbel erzeugenden Luftwellen zu überwinden. Darum finden wir bei Sängern, Predigern, Schauspielern, Lehrern, welche über leichte «Ermüdung» der Stimme klagen, fast immer eine Behinderung der Nasenathmung neben dem begleitenden Nasen-Rachen- und Kehlkopfkatarrh. — Neuere Forschungen auf dem Gebiete der Sprachheilkunde ergaben, dass etwa 40 pCt. aller Stotterer an Nasenverlegung leidet, besonders durch adenoide Vegetationen. Wenn auch durch Wegräumung des Hindernisses das Stottern nicht geheilt werden kann, so sind doch alle Autoren darin einig, dass die Unterrichtserfolge dadurch in hohem Maasse gefördert werden. Deshalb ist eine Untersuchung der Nase bei Stotterern, zumal in jugendlichem Alter von hoher Bedeutung.

Die Anosmie und Ageusie, die Unfähigkeit zu riechen und zu schmecken, beruht einerseits in einer centralen oder peripheren Erkrankung im Gebiete des Nervus olfactorius, andrerseits aber darin, dass die mit dem Riechstoff erfüllte Luft, sei es von vorne her, sei es, wie beim Essen, von hinten her nicht an den empfindenden Endapparat des Riechnerven gelangen kann, wie es eben die Verstopfung der Nase mit sich bringt.

Die Schädigungen durch Anosmie und Ageusie sind bedeutender, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist: dem davon Betroffenen ist so manche Lebensfreude versagt, er ist dem Einflusse einer giftigen, verdorbenen Athmosphäre, die er als solche nicht zeitig genug erkennen kann, im erhöhten Maasse ausgesetzt, sein Appetit leidet, weil Alles «wie Stroh» schmeckt. Für den Koch, den Weinküper, den Thee- und Tabaksschmecker ist der Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes einfach Existenzfrage.

Ungleich bedeutungsvoller, als die bisher erwähnten Symptome sind die Folgen der Nasenverstopfung, insofern diese die Nasenathmung hindern. Die nächstliegende Consequenz davon ist die Mundathmung. Diese ist immer pathologisch, wenn sie Gewohnheit oder vielmehr Nothwendigkeit geworden ist und schafft an sich schon Missstände, die nicht übersehen werden dürfen.

Am schlimmsten sind die Säuglinge in dieser Beziehung daran. Hier kann schon ein einfacher Schnupfen verhängnissvoll werden. Das Kind kann die Brust nicht bis zur Beendigung der Mahlzeit halten, weil ihm sofort der Athem vergeht, bei der natürlichen Anstrengung durch die Nase Luft zu bekommen, aspirirt es unwillkürlich die Muttermilch mit dem Munde: ein schrecklicher Krampfhusten und Erbrechen sind die nächste Folge, und die Gefahr der Schluckpneumonie begleitet jede Nahrungsaufnahme. Dass solche Kinder nicht gedeihen können, liegt auf der Hand.

Gleichzeitig mit den eigentlichen Schädlichkeiten der Mundathmung kommen auch die Fernwirkungen der Nasenverstopfung zur Geltung, weshalb wir diese beiden Erscheinungsgruppen nebeneinander ins Auge fassen müssen.

Nicht die Kaumuskulatur, sondern der Luftdruck hält den unteren gegen den oberen Kiefer gedrückt, während Zunge, Lippen und Zähne durch Adhäsion aneinander liegen. Der Mundathmer muss nun diese Widerstände überwinden: die Halsmuskulatur übt einen constanten Zug auf die Masseteren, die Buccinatoren und

Temporales aus, sie hypertrophirt durch fortdauernde Uebung, während die stete Dehnung der Kaumuskeln diese verlängert und in ihrer Kraft beeinträchtigt; daher gehört nach Wegräumung des Hindernisses oft noch eine lange Uebungszeit und viel Energie dazu, um den Mund beständig fest zu halten und von der Athmung auszuschliessen.

Die gereckten Muskeln der Wangen und des Gesichts drücken von beiden Seiten her die Nase und den Oberkiefer zur Mitte zusammen. Die Nase erhält dadurch eine schmale, dünne, fast hippokratische Gestalt, ihr Rücken ist messerscharf, das Spiel der Nasenflügel hört auf, die Musculi levatores und depressores nasi und die Oberlippe verfallen der Inactivitätsatrophie, die Naso-labialfalten verstreichen, die äusseren Augenwinkel werden nach unten gezogen, dazu der offene Mund: so haben Sie, meine Herren, den ausgebildeten Typus eines Gesichtes, das für das Vorhandensein langdauernder Nasenenge, besonders für die adenoiden Vegetationen so charakteristisch ist, dass man die Diagnose im Vorbeifahren auf der Strasse machen kann. Die adenoiden Wucherungen werden von den Laien oft als eine moderne Krankheit, als eine Erfindung der Specialisten bezeichnet: erkannt worden sind sie auch thatsächlich erst 1872. — Dass sie aber kein neues, sondern ein recht altes Kreuz der Menschen sind, beweist uns dieses Bild des Kaisers Ferdinand I. von Oesterreich aus dem Jahre 1524, dessen Original von Lucas von Leydens Meisterhand in der Galleria Uffizi in Florenz zu sehen ist. Das Gesicht hat alle Energie eines Habsburger Profils verloren, die oben angegebenen Züge drücken ihm den Stempel blöder Schläfrigkeit auf. Das ist der typische Ausdruck, den nur die adenoiden Vegetationen in solcher Vollständigkeit hervorzubringen vermögen, weil sie eben in der Jugend ihr Werk beginnen, wo die knöchernen und weichen Theile des Gesichts derartiger Umbildung fähig sind und Felix Semon, der dieses Bild für die ärztliche Welt vor einem Jahre entdeckte, hat darin unbedingt Recht, dass eine Monographie über adenoide Vegetationen nichts Charakteristischeres als diesen vor 371 Jahren gemalten Kopf zum Titelbilde erhalten könne.

Die Zugwirkung des offenen Mundes bringt ferner eine gegenseitige Annäherung der seitlichen Zahnreihen des Oberkiefers zu Wege. Das Gaumengewölbe, normaler Weise halbkuglig gestaltet, sieht dann wie ein hochgewölbter, gothischer Spitzbogen aus in dem der Vordertheil des Processus alveolaris nach vorne geschoben und die Mediansutur eingeknickt wird. Dadurch werden die Zähne, besonders vorne dachziegelartig über einander verschoben, einzelne brechen wegen Raummangels gar nicht, andere nach oben in die Nasenhöhle oder über die Zahngrenze schief aus dem Zahnfleisch hervor. Wegen beständigen Contactes mit der Luft sind sie oft defect und cariös.

Durch die beständige Wasserverdunstung vertrocknen die Lippen; diese platzen bald, Rhagaden in der Mittellinie und an den Mundwinkeln bilden Eingangspforten für Infectionskeime aller Art, der Eiterpilz, der Erysipelcoccus, vor allem der Tuberkelbacillus nistet sich ein.

Die Lippe schwillt rüsselförmig an und röthet sich, ebenso wie der Naseneingang, bei dem sich durch das beständig fliessende Secret der Nase, das nicht ausgeschneuzt werden kann, ebenfalls Schrunden bilden. Dann kommt es zur Schwellung und Verhärtung der Lymphdrüsen am Halse, und wir haben das Bild der Scrofulose, die Cheilitis und Rhinitis scrofulosa vor uns.

Zum Theil von der directen Einwirkung der Luft, zum Theil vom fortgeleiteten Nasenrachenkatarrh werden die Gaumenmandeln in chronischen Reizzustand versetzt, sie entzünden sich häufig und wachsen allmählig zu enormen Geschwülsten heran. Der Katarrh steigt weiter abwärts, Kehlkopf und Luftröhrenkatarrhe, sowie Bronchitis sind dann die Folge: auf dem so vorbereiteten Boden kommen nur zu leicht Diphtherie, Lungentuberculose, Erysipel und Pneumonie zur Entwickelung.

Das eitrig gewordene Secret der Nase inficirt die Nebenhöhlen; es reizt die adenoide Substanz zu immer grösserem Wuchern. Dadurch werden dann die Tubenmündungen verlegt, in denen sich ein negativer Luftdruck

geltend macht, in Folge dessen werden die Trommelfelle tief eingezogen: es ergiebt sich Harthörigkeit, die oft genug zur unheilbaren Taubheit wird. In anderen Fällen aber, besonders bei Kindern, weil deren Eustachische Trompete sehr breit und kurz ist, dringen Eitererreger ins Mittelohr, um hier die nicht selten tödtliche eitrige Mittelohrentzündung hervorzurufen.

Auch das Auge leidet bei der Nasenverengerung: durch Stauung wird Conjunctivitis eingeleitet, durch Verschluss der Thränennasencanalmündung Thränenfluss veranlasst.

Bei älteren Kindern gehört zu den frühesten Anzeichen einer Nasenverengerung die Unruhe im Schlaf. Der Unterkiefer sinkt herab, drückt Zungenbein und Zungenwurzel gegen den Kehldeckel und diesen gegen die hintere Rachenwand. Jeder mühsame Athemzug versetzt den Kehldeckel in schwingende Bewegung; so entsteht das für die Aufhebung der Nasenathmung so charakteristische Schnarchen, das fast immer von den Eltern als auffallend bemerkt wird. Aber die Sauerstoffzufuhr ist ungenügend, es beginnt allmählich eine Kohlensäure vergiftung, welche den Pavor nocturnus auslöst. Der Schlaf wird unruhig, böse Träume, Angstvorstellungen und Verfolgungsbilder quälen den Schläfer, bis er mit gellendem Aufschrei, in Schweiss gebadet, soweit erwacht, dass er seine Athmung reguliren kann; das widerholt sich in einer Nacht oft mehrere Male, ohne dass das Kind dabei ein Mal ganz wach würde: trotz der Unruhe schläft es, von dem Kohlensäurerausch umfangen, thatsächlich zu fest, so dass es auf ziemlich energische Reize nicht reagirt. Ein solcher Reiz ist der, welchen die gefüllte Harnblase auf den normalen Menschen auch im Schlafe ausübt, und eine grosse Anzahl von Fällen der Diuresis nocturna muss auf Nasenverengerung, erfahrungsgemäss auch wieder Adenoide, zurückgeführt werden.

Es ist verständlich dass solchen Kindern durch Untersuchung und Operation des Hindernisses eher und gründlicher geholfen wird, als durch die wohlgemeinte-

sten und stärksten Prügel. Natürlich ist aber nicht jede Diuresis nocturna mit der Operation der Adenoiden beseitigt.

Müde und oft schon mit Kopfschmerzen muss solch ein Kind nun Morgens zur Schule. Anfangs giebt es sich noch alle erdenkliche Mühe, aufzumerken, aber bald stellen sich Kopfdruck und Kopfweh in verstärktem Maasse, beim Lesen und Schreiben retrobulbäre Augenschmerzen ein, dazu gesellt sich absolutes Unvermögen, die Gedanken auf einen Gegenstand zu concentriren, das Kind ist zerstreut, unaufmerksam denkfaul. Dieser, von vielen Autoren wohlconstatirte Zustand, die Aprosexia nasalis, ist eine sehr bedeutsame Thatsache, welche von Schulärzten, Lehrern und Eltern viel zu wenig als Krankheit gewürdigt wird, während sie ihn doch alle bei Gelegenheit eines festen Schnupfens auf kurze Zeit an sich selber in seiner ganzen deprimirenden Gedankenfeindschaft kennen gelernt haben. Manch' armes Adenoidenkind ist schon unverdienter Weise gestraft und von seinen Kameraden gehöhnt und gezaust worden; auch an körperlicher Kraft und Gewandheit bleiben die Unglücklichen hinter den gesunden Kindern zurück; weil sie kurzathmig sind, können sie weder turnen noch laufen und springen, dazu quält sie beständige Trockenheit im Munde und Rachen, Brennen und Kratzen im Halse, dazu ein quälender Husten, erzeugt durch den eingeathmeten Staub oder das stete Herabfliessen glasigen Schleimes aus dem Nasenrachen. Abgesehen davon aber sind sie meist zu müde, um sich gründlich zu tummeln. Alles das zusammen raubt dem Kinde alles Selbstvertrauen, jede Fröhlichkeit, es wird scheu, verlegen, misstrauisch und weinerlich, eigensinnig und rachsüchtig — es wird frühzeitig neurasthenisch und kann, wenn es von seinem Leiden nicht befreit wird, an Leib und Seele verkümmern.

Um so dankbarer ist die Therapie der Nasenobstructionen im Kindesalter! Mögen die Störungen noch so tiefgreifende sein, das Kind erwacht nach kurzer Zeit aus seiner geistigen Depression und die in jeder Hinsicht darniederliegende Entwickelung nimmt einen raschen

Aufschwung; — das Ohrenfliessen, das jahrelanger Behandlung trotzte, versiegt in kürzester Zeit, der Appetit bessert sich, das Gesicht verliert den dummen Ausdruck; Lange berichtet von einem Fall, wo ein anscheinend absolut idiotisches Kind, das für die Idiotenanstalt bestimmt war, nach der Operation einer riesigen Nasenmandel ein ganz normaler, intelligenter Mensch wurde. Auch Heilungen von Chorea minor, ja von Epilepsie durch Freimachen der Nasenathmung sind bekannt, wenn auch selten; ebenso wie erstaunliche Besserung von Basedowscher Krankheit bei Erwachsenen.

Zum Schluss gestatten Sie mir noch, meine Herren, der reflectorischen Fernwirkungen, welche in der Praxis häufig vorkommen, in aller Kürze zu gedenken.

In erster Reihe gehören hierher die Kopfschmerzen. Diese sind oft, wie ich in vielen Fällen gesehen habe, geradezu von sinnbethörender Stärke, sie gehen von einem Punkt, einer engen Stelle der Nase aus und entstehen durch Contact der Schleimhautflächen, besonders häufig durch Druck eines Knochenvorsprunges am Septum gegen eine geschwollene Muschel. Die Diagnose wird sicher, wenn es einerseits gelingt, durch Berührung oder Druck der Sonde einen Anfall hervorzurufen, oder aber einen schon manifesten Anfall durch Cocainabschwellung und Aufhebung des Contactes zu coupiren; am sichersten aber dadurch, dass es gelingt, nach Abtragung des die Nase verengenden Factors die Schmerzen dauernd abzuschwächen oder zu beseitigen. — Ganz dasselbe gilt von den verschiedenen reflectorischen Neuralgieen der Trigeminusäste.

Eine weitere Reflexneurose stellt das Asthma bronchiale dar. Hierbei geht der Reiz von der Nase auf den Lungentheil des Vagus über, welcher die Contraction der Bronchialmusculatur vermittelt. Jedoch kann, bei Stenosirung der Nase, auch auf rein mechanischem Wege ein asthmatischer Anfall ausgelöst werden. Hinter jedem Hinderniss in der Nase findet vermöge des eintretenden Minus-Luftdrucks eine Saugwirkung statt, die als passive Hyperämie in Erscheinung tritt und eine Schwellung der Schleimhaut — bis in die

feinsten Bronchien hinein zu Wege bringt. Lässt sie hier für gewöhnlich noch gerade das nöthige Luftquantum passiren, so genügt doch nur ein kleiner accidenteller Anstoss, um die feinsten Luftwege zu verschliessen: sofort entsteht Lufthunger, d. ist: der asthmatische Anfall. Den eigentlichen Reflexneurosen gemeinsam ist, ausser der Berührung zweier Schleimhautflächen, eine die vermittelnden Nervenbahnen zur reflectorischen Thätigkeit anregende und befähigende nervöse Disposition allgemein neurasthenischer oder hysterischer Natur.

Ich bin mir dessen wohl bewusst, meine geehrten Herren Collegen, dass die kurze Skizze, die ich Ihnen über die Pathologie und Symptomatologie der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung zu geben versuchte, nur eine lückenhafte ist, doch glaube ich, dass auch schon das Angeführte dazu dienen mag, an die Bedeutung der Nasenverengerung für die Gesundheit zu erinnern und zu genauer Untersuchung und Behandlung der Nase aufzufordern, da hier oft die Quelle schwerer Leiden verborgen liegt, welche erst fernab in anderen Organgebieten in Erscheinung treten. Sollten Sie mir hierin beistimmen, so wäre mir das eine hohe Freude.

Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena

von

Dr. med. v. Rimscha.

(Vortrag gehalten zum VII. Livländ. Aerztetag in Wenden.)

Die Ozaena gehört zu den Krankheiten, die so recht geeignet sind, den von ihnen behafteten Personen den Lebensgenuss zu verbittern. Das Gefühl des Verstopftseins der Nase, der Trockenheit im Halse, des eingenommenen Kopfes, event. bis zum Kopfschmerz gesteigert, allgemeines Unbehagen und das Bewusstsein, einen seinen Mitmenschen höchst widerlichen Geruch zu verbreiten, sind kurz die Symptome, die die armen Patienten von einem Arzt zum andern treiben, um von ihren Beschwerden erlöst zu werden. Die grosse Nachfrage nach Heilmitteln hat auch eine entsprechende Anzahl solcher hervorgerufen, und von den unendlich vielen will ich nur die Weber'sche Nasendouche, die Gottstein'sche Tamponade und die Massage als diejenigen nennen, die am meisten von sich haben reden machen. Aber keine dieser Methoden konnte mehr leisten, als dass den Patienten vorübergehend Linderung geschafft wurde.

Schon vor längerer Zeit ist von Michel und Schäffer die Behauptung aufgestellt und zum Theil auch durch Krankengeschichten belegt worden, dass die Ozaena auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhen und durch Behandlung dieser radical geheilt werden kann. Grünwald hat in seiner Schrift über Naseneiterungen 1893, ausführliche Krankengeschichten angeführt und in präciser Weise dadurch den Beweis geliefert, das die Ozaena durch Nebenhöhlenerkrankungen, Empyeme resp. Caries, vorgetäuscht werden kann. Ihm gebührt das Verdienst,

durch seine vorzügliche Arbeit das Interesse für die Ozaenafrage in den weiteren Kreisen der Fachcollegen wachgerufen zu haben.

Hopmann macht Grünwald den Vorwurf, dass er die auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhenden Stinknasen überhaupt zur Ozaena zählt, er unterscheidet diese sogen. Ozaena scharf von der gemeinen wahren Ozaena. Grünwald erwidert, dass unter seinen gehelten Fällen von Ozaena mehrere sind, die Autoritäten als unheilbar bezeichnet haben. Ich kann nur dem hinzufügen, dass ich während meines Aufenthalts in Berlin resp. Wien Mitte 91 bis Mitte 93 sehr viele Ozaenafälle gesehen habe, aber nie ist meines Wissens nach auch nur der Versuch gemacht worden, eine Nebenhöhlenerkrankung auszuschliessen. Gesetzt den Fall, die Ozaena beruhe in der Hälfte der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankungen, in der andern Hälfte handle es sich um gemeine Ozaena, so hätten wir solche auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhende scheinbare Ozaenen doch zu sehen bekommen. Wir kannten aber damals nur die gemeine Ozaena. Wie wir später sehen werden, so prävalirt unter den Nebenhöhlenerkrankungen besonders die Erkrankung der Keilbeinhöhle. Eine Erkrankung der Keilbeinhöhle aber war mir damals nur aus Büchern bekannt.

Angeregt durch die Schrift von Grünwald habe ich es mir zur Pflicht gemacht, alle Fälle, die den Symptomencomplex der Ozaena vollständig decken: weite Nase, atrophische Schleimhaut, Borkenbildung, Gestank, oder wo auch nur einzelne Symptome vorhanden sind: Borkenbildung und Gestank ohne Atrophien resp. Atrophien und Borkenbildung ohne Gestank, alle diese Fälle genau auf Nebenhöhlenerkrankungen zu untersuchen. Von vornherein sind alle luetischen Erkrankungen ausgeschlossen, soweit dieses möglich ist; ferner die Erkrankungen, bei denen man flüssigen Eiter in der Nase sieht z. B. die Kieferhöhlenempyeme; sodann die Eiterungen mit Polypenbildung. Ich betrachte nur die Fälle, die entweder das ausgesprochene Bild der Ozaena darboten, oder die den Eindruck einer beginnenden Ozaena machten, kurz

und gut alle die Fälle, die man früher nicht radical, sondern symptomatisch behandelte.

Es handelt sich im Ganzen um 31 Fälle, von denen 11 das typische Bild der Ozaena darboten; bei einzelnen von diesen 11 Fällen habe ich selbst die Diagnose Ozaena gestellt, eine symptomatische Behandlung eingeleitet und auf die Unheilbarkeit der Erkrankung hingewiesen und erst nach wiederholter Untersuchung eine Nebenhöhlenerkrankung feststellen können. Das richtigste wäre nun, wenn ich Ihnen in ausführlicher Weise die Krankengeschichten der von mir behandelten Patienten referirte und es Ihnen überliesse, über die Fälle zu urtheilen. — Ich weiss nun sehr gut, dass nicht hier der Ort ist, um lange Krankengeschichten vorzutragen und ich erlaube mir daher, nur die aus der Untersuchung und Behandlung gesammelten Erfahrungen Ihnen mitzutheilen.

Die Diagnose kann nur mit Hilfe der Sonde gestellt werden. Nach gründlicher Ausspülung der Nase sucht man im zurückgebliebenen Secret Anhaltspunkte für die erkrankte Nebenhöhle zu gewinnen, cocainisirt dann womöglich mit 20 pCt. Cocainlösung und tastet mit der Sonde die einzelnen Partien der Nase ab. Trotz der starken Cocainlösung ist dieses Abtasten doch recht empfindlich, ganz besonders empfindlich sind die tiefer gelegenen Stellen, hintere Siebbeinzellen und Eingang der Keilbeinhöhle, zumal da das Cocainisiren dieser Stellen nur sehr unvollkommen gelingt. Aber gerade diese tiefer gelegenen Partien sind für uns von besonderem Interesse. Tissier sagt, die primäre Laesion bei der Ozaena ist ein krankhafter Vorgang in den ethmoidalen Anlagen, eine necrotisirende Ostitis in den intranasalen Theilen des Siebbeins oder in einer der Nebenhöhlen, besonders im Sinus sphenoidalis. Bei den von mir beobachteten 31 Fällen handelt es sich meist um eine Erkrankung der Keilbeinhöhle, einige Mal um Combination von Keilbeinhöhle und anderen Nebenhöhlen und einmal um eine Erkrankung des Siebbeins. Grünwald giebt an, Ozaena vorgetäuscht gefunden zu haben, auch bei Erkrankungen der Stirnhöhle. Solche Fälle habe ich nicht gesehen.

Nach den Erfahrungen Bresgen's ist bis auf einen Fall die Keilbeinhöhle stets miterkrankt gewesen. Grünwald und Bresgen haben nun meistens Empyeme der Keilbeinhöhlen gefunden, während ich reine Empyeme, Eiteransammlung ohne Erkrankung des Knochens nie beobachtet, sondern stets rauhen Knochen, also Caries gefunden habe. Bei der Untersuchung mit der Sonde habe ich nie Abfluss von Eiter neben der eingeführten Sonde beobachten können; ich habe demnach nie die Berechtigung gehabt, eine grössere Eiteransammlung in der erkrankten Höhle zu vermuthen.

Was die Therapie anbetrifft, so habe ich von den 31 Fällen von Nasencaries 17 Fälle behandelt resp. sie stehen noch in Behandlung; in den übrigen Fällen handelt es sich um Durchreisende oder um Patienten, die aus Mangel an Zeit oder aus Furcht vor operativen Eingriffen sich der Behandlung entzogen. Auch die ganz unsichere Prognose, die ich der Behandlung stellte, hat einzelne Patienten abgeschreckt. Weil nun einerseits die Keilbeinhöhlen unter den erkrankten Nebenhöhlen so bedeutend prävaliren und andrerseits sie ihrer versteckten Lage wegen unser besonderes Interesse erregen, so beschränke ich mich im folgenden auf die Beschreibung der Therapie der cariösen Keilbeinhöhle. Das wichtigste Princip ist, die Keilbeinhöhle nach Möglichkeit der Behandlung zugängig zu machen. 2 Mal lagen die Keilbeinhöhlen so frei, dass ich direct die Behandlung einleiten konnte. In den übrigen Fällen musste ich eine vorbereitende Operation, Entfernung der mittleren Muschel mit der Zange, vornehmen. Diese vorbereitende Operation ist nicht so schmerzhaft, als man glauben sollte. Nachdem die mittlere Muschel cocainisirt worden ist, injicire ich 5% Cocain in die Schleimhaut — in letzter Zeit habe ich mit demselben Resultate Schleich'sche Lösung angewandt — und trage dann die mittlere Muschel, je nachdem wieviel nothwendig ist, um einen freien Zugang zur Keilbeinhöhle zu haben, Stück für Stück mit der Zange ab. — Ich betone nochmals, die Operation wird gut vertragen, und die Patienten klagen nicht über starke Schmerzen. Nun wird mit dem scharfen Löffel

der Eingang der Keilbeinhöhle erweitert und die Keilbeinhöhle ausgekratzt. Dann folgen ab und zu Aetzungen mit an die Sonde angeschmolzenem Arg. nitr., die so lange fortgesetzt werden, bis man keinen rauhen Knochen mehr fühlt. Ist eine Höhle erkrankt, so kann man schon während der Behandlung genau constatiren, dass die Borken in der Nase nicht von der atrophischen Schleimhaut gebildet werden, sondern aus der cariösen Höhle stammen: Nach der Aetzung sistirt plötzlich für kurze Zeit die Borkenbildung. Diese Aetzungen mit Arg. nitr. sind aber meistentheils von Schmerzen begleitet, die eventuell einige Tage anhalten können. Ich habe daher in letzter Zeit Versuche gemacht, in die cariöse Höhle Jodoformstäbchen einzubringen resp. mit Jodtinctur zu pinseln. Ich bin mit dem Erfolg der Jodbehandlung relativ zufrieden, da sie weniger Schmerzen macht, wenn sie auch nicht so energisch wirkt, wie die Aetzungen mit Arg. nitr. — Grünwald sagt über die Keilbeinhöhle: «In horizontaler Richtung und nach unten darf man recht ungenirt vorgehen, da hinten der dicke Keilbeinkörper vor jeder ernsten Läsion schützt und ein Durchbruch nach unten nur erwünschten freien Secretabfluss verschaffen würde.»

Hiezu erlaube ich mir in aller Kürze eine Krankengeschichte zu referiren! — Es handelt sich um ein complicirtes Empyem, Caries des Siebbeins und der Keilbeinhöhle. Pat. hatte alle Eingriffe, Behandlung der übrigen Empyeme und Entfernung der mittleren Muschel vorzüglich ertragen. Die Keilbeinhöhle wird nun mit dem scharfen Löffel vorsichtig ausgekratzt, einige Aetzungen mit Arg. nitr. werden gut vertragen. Die Beschwerden nehmen ab. Nach einer Aetzung giebt plötzlich Pat. furchtbare Kopfschmerzen an, die keiner Therapie weichen wollen; am meisten lindert noch der Eisbeutel die Schmerzen. Allmählich nach ca. 6 Tagen hören die Schmerzen auf. Nach einer Erholung von 14 Tagen dringt Pat. auf Fortsetzung der Behandlung.

Zum Aetzen habe ich kein rechtes Vertrauen, doch da ich rauhen Knochen noch überall fühle, und das Auskratzen das erste Mal fast ohne Schmerzen ertragen

werde, greife ich nochmals zum scharfen Löffel. Nach dem Auskratzen untersuche ich zur Orientirung mit der Sonde, doch plötzlich habe ich das Gefühl, die Sonde gleitet in unergründliche Tiefen; ich ziehe die Sonde zurück, einige Tropfen einer hellen, blutig gefärbten Flüssigkeit fliessen durch die Nase ab. Pat. giebt wohl einen starken vorübergehenden Schmerz an, aber gleich darauf fühlt sie sich wieder vollständig wohl.

Puls gut. Ich verordne: absolute Bettruhe, Eisbeutel auf den Kopf. Am andern Tage sehr starke Kopfschmerzen. Fieber. Erbrechen. Das Fieber steigt — 39,6: nach 3 Tagen gehen die Beschwerden zurück. Seitdem sind einige Monate vergangen; weitere besondere Attaquen sind nicht aufgetreten.

Vortragender demonstrirt an 2 Keilbeinen die Wandungen der Höhlen.

I. Keilbein: die Höhle ist relativ klein und hat dicke Wände
II. » die Höhle ist bedeutend grösser und die Wände sind durchsichtig.

Wenn ich nun kurz über die Erfolge der Behandlung referiren will, so sind sie im Allgemeinen zufriedenstellend. Die meisten Pat. stehen noch in Behandlung; die meisten geben wesentliche Besserung an, welche auch objectiv nachweisbar ist; einzelne habe ich als geheilt entlassen.

Ich bin im Allgemeinen bemüht gewesen eine Aetiologie für die Caries festzustellen. Es scheint, als ob die Tuberculose eine Rolle spielt. — Bei den meisten Patienten lag Tuberculose in der Familie, einzelne waren selbst auf Lungentuberculose verdächtig. Eine Patientin hatte eine so vorgeschrittene Lungenphthise, dass ich eine Radicalbehandlung der Nase ausschlug, obgleich Pat. darauf drang.

Sollte es sich nun bestätigen, dass in den meisten Fällen die Tuberculose die Aetiologie, wenn auch nicht direct so indirect, für die Caries ist, so werden wir gar zu grosse Anforderungen an den Erfolg der Behandlung nicht stellen können, zumal da wegen der unbequemen Lage des Operationsfeldes und der Nähe des Gehirns der radicalen Entfernung des cariösen Knochens Schranken

gesetzt sind. Einige Mal habe ich bei Verdacht auf Lues Jodkali innerlich versucht, doch ohne den geringsten Erfolg.

Eine berechtigte Frage ist: konnte man bei allen Fällen von Ozaena Nebenhöhlenerkrankungen nachweisen? Die Antwort lautet «nein». In der überwiegenden Merkzahl der Fälle gelang der Nachweis einer Nebenhöhlenerkrankung, in allen Fällen nicht. Ich habe wohl den Eindruck gehabt, als ob auch in diesen eine Nebenhöhlenerkrankung vorliegen müsste, doch ist mir der Nachweis nicht immer gelungen.

Ich möchte daher vom practischen Standpunct aus die Ozaenafrage so beleuchten: Wir sind verpflichtet bei jeglichem Fall von Ozaena genau auf Nebenhöhlenerkrankungen zu fahnden. Je mehr wir nach solchen suchen werden, desto häufiger werden wir sie finden. Am häufigsten wird Ozaena vorgetäuscht durch Caries der Keilbeinhöhlen.

In der Discussion führt Vortragender an, dass er durch oben angeführten Fall aufmerksam gemacht, wiederholt Defecte im Knochen bei Keilbeinhöhlencaries gefunden zu haben glaubt und mahnt bei der Behandlung zur Vorsicht.

Nachtrag. In Bezug auf Radicalheilung muss noch erwähnt werden, dass nach Ausheilung der Caries der Keilbeinhöhle — rauher Knochen nicht mehr fühlbar — nach monatelangem, absoluten Wohlbefinden dennoch Recidive auftreten können. Es kommt wieder zu Borkenbildung und beim Abtasten der Keilbeinhöhle mit der Sonde stösst man auf rauhen Knochen.

Nochmals über eine Frage aus dem Gebiete des Selbstbestimmungsrechtes der Frau.

Von

Dr. L. Kessler.

(Vortrag, gehalten auf dem VII. livl. Aerztetage in Wenden 16. September 1895.)

Meine Herren!

Durch einen Beschluss des 2. livl. Aerztetages (Wenden 1890) bin ich verpflichtet[1]) auf eine damals von mir angeregte Frage nochmals zu sprechen zu kommen: auf die Frage über die Berechtigung der Frau zu freier Inanspruchnahme und Forderung ärztlicher Hülfeleistung, resp. dessen, was geschehen könne und müsse, um ihr dieses Recht auch gegen etwaigen Einspruch und Verweigerung von Seiten des Ehemannes ungeschmälert zu wahren. Es wurde damals, im Anschluss an die 2 von mir mitgetheilten Fälle und das daran angeknüpfte, beschlossen: eine möglichst vollständige Erhebung des einschlägigen casuistischen Materials zu veranstalten, über deren Ergebniss ich referiren sollte, und wollte der Aerztetag darauf hin dann eventuell Schritte bei der Staatsregierung thun, um Verordnungen zu erwirken, durch welche weiterer Straflosigkeit derartiger Grausamkeiten von Seiten der Ehemänner gegen ihre Frauen und der Ignorirung ihres Flehens um Hülfe, um Linderung ihrer Qualen, um Rettung ihres Lebens ein Ziel gesetzt würde.

Zu dem Zweck habe ich an die ca. 250—300 in Est- und Livland ansässigen Collegen, soweit ich deren Na-

---

[1]) S. Protokolle des 2. livl. Aerztetages zu Wenden. 1890 pag. 29.

men und Wohnorte aus den auf meine Bitte aus den Medicinalabtheilungen der beiden Gouvernementsregierungen mir zugesandten Verzeichnissen ersehen konnte, fertig an mich adressirte und frankirte Couverts zugesandt mit der Bitte um Mittheilung ihnen etwa vorgekommener einschlägiger Fälle. Ich erhielt zurück ca. 150 Couverts — die meisten ohne Beiträge liefern zu können, während einige doch recht gravirendes zu berichten haben; — woraus ich Ihnen Folgendes vorlege. Zunächst geburtshülfliche Fälle:

1) College S. begiebt sich auf Bitten des Pastors zu einer 45jähr. IX para und findet sie seit 4 Tagen kreissend, von alten Weibern arg zugerichtet; Kopf im kleinen Becken fest eingekeilt, Pfeilnaht im graden Durchmesser, kl. Font. vorn; seit 2 Tagen keine Kindsbewegung mehr; keine Herztöne hörbar. Absolute Wehen schwächer. Puls 120—130; keine bedeutende Temperatursteigerung; Gesicht eingefallen, Nase spitz; bedeutende Schmerzhaftigkeit des Leibes bei Palpation. Operative Entfernung des todten Kindes vorgeschlagen. Der Mann verweigert jeden operativen Eingriff: «Gott hat meine Frau schon 8 Kinder gebären lassen; wenn es sein Wille ist, dass sie bei der Geburt des 9. stirbt, so ist dabei nichts zu machen», auch wolle er auf keinen Fall zugeben, dass das todte Kind zerstückelt werde, lieber möge die Frau sterben. Dabei blieb der Mann trotz Bittens der Frau um die Operation und aller Versuche, ihn zu überreden, seine Einwilligung zur Operation zu geben. — 12 Stunden später Exitus letal. (unter Collapserscheinungen).

2) College R. Kaufmannsfrau in Riga; 6. Gravidität. Leberleidend; letzteres aber hat im Anfang dieser Schwangerschaft relativ wenig Beschwerden bereitet; erst im 8. Monate verschlimmert sich das Leiden so rapid, dass einerseits im Interesse der Frucht, andererseits weil von der Entbindung Erleichterung der Beschwerden der Mutter gehofft wurde, die schon früher proponirte Einleitung der künstlichen Frühgeburt zur ernstlichen Forderung erhoben werden musste. Die Frau ist dafür, der Mann bleibt hartnäckig dagegen; das einzige was er gestattet, ist sectio caesarea post mortem. — Diese ergiebt ein völlig ausgetragenes, ganz frischtodtes Kind; einige Stunden vor der Operat., resp. dem Tode der Mutter waren die fötalen Herztöne deutlich zu hören gewesen.

Hier wurde also nicht nur die von der Frau zur Erleichterung ihrer eigenen Leiden ausdrücklich gewünschte operative Hilfeleistung vom Mann verhindert, es wurde auch obendrein noch das Leben eines gesunden völlig reifen Kindes, welches durch denselben Eingriff sicher erhalten worden wäre, eigenwillig und eigenmächtig von ihm verspielt.

Besonders häufig scheinen Placentarretentionen verhängnissvoll zu werden:

3) Dr. F. (im Dörptschen Kreis), in einer Gegend, in welcher dieser seit 25 Jahren dort ansässige auch als Geburtshelfer sehr tüchtige College durch seine vorzüglichen Erfolge auf diesem Gebiet das vor seinem Hinziehen vollkommen fehlende Vertrauen zu geburtshülflichen Hülfeleistungen und Operationen unter der Landbevölkerung ausserordentlich gehoben und gefestigt hat; in dem sogleich mitzutheilenden Fall glaubt College F. bestimmt wirklich böswillige Motive auf Seiten des Mannes bei seiner Verweigerung der Zulassung des Arztes und dem durch jene verschuldeten Tode der Frau annehmen zu müssen: 29 jähr. I par.; 3 Tage p. p. erscheint der Mann reitend bei dem nur 5 Werst von seinem Gesinde entfernten Doctorat, mit der Mittheilung, das die placenta noch nicht abgegangen und dass die Frau in Folge der anhaltenden Blutung immer schwächer werde, — und wünscht ein Mittel gegen diese. Alle Auseinandersetzungen, dass nur manuelle Entfernung der Nachgeburt Hülfe schaffen könne, und die Anerbietungen des Collegen, sofort hinzukommen und dies auszuführen, und selbst sein Versprechen, dies alles unentgeltlich zu thun, bleiben erfolglos; er wolle nur Medicin haben. — Inständig hat in den folgenden Tagen die arme Frau den Mann oft gebeten, wenn nicht um ihretwillen, so doch um des Kindes willen sie zu retten und den Arzt zu holen! Die stete Antwort des Mannes ist geblieben: mit der Zeit würde schon alles von selbst in Ordnung kommen. Als auch am 8. Tag die Blutungen noch andauerten, haben die alten Weiber, als gutes Mittel gegen diese, ein warmes Bad empfohlen; in ein solches hat man die Kranke in die Badstube gebracht, und in dieser Wanne ist sie immer stiller und stiller geworden und endlich auf ewig eingeschlafen. Das Badewasser aber ist ganz roth gewesen. — Den Mann hat das sehr gleichgültig gelassen und er hat bald eine reichere Person geheirathet.

4) Dr. K. im Dörpt'schen Kreis. Placentarretention seit ca. 1 Woche; mehrere Schüttelfröste bereits vorhanden gewesen. Versuch der Ausräumung ohne Narkose misslingt, Patientin wird daher chloroformirt. Da legt der Mann sich plötzlich ins Mittel und erklärt, dass er unter keinen Umständen werde weiter operiren lassen. Alle Vorstellungen vergeblich. Patientin starb 2 Tage später.

5) Dr. J. im Pernau'schen. In diesem Fall ist zwar nicht der Tod, wohl aber nach 2 aufeinanderfolgenden Geburten unverantwortlich langes Siechthum durch plac. retention gefolgt. Nachdem nämlich nach der 1. Geburt die Frau, wie der Mann selbst angab, 1 Jahr lang krank gewesen und dabei «furchtbar abgemagert sei, weil es lange gedauert habe, bis die Nachgeburt herausgefault sei» — hatte der Mann im

2. Wochenbett am 11. Tage p. p. wegen abermals zurückgehaltener plac. den Arzt requirirt. Fürchterlicher Gestank. Beim Versuch, eine Untersuchung vorzunehmen, zuerst Drohungen, dann thätliche Behinderung des Collegen, dessen Arme vom Mann gefasst und festgehalten wurden; «er erlaube nicht, irgend etwas zu machen; er wolle nur Medicin gegen das Erbrechen, die Kopfschmerzen und das Fieber, und wolle wissen, ob seine Frau am Leben bleiben werde oder ob und wann dieselbe sterben müsse?» — Der College musste unverrichteter Dinge 47 Werst zurückfahren. Die plac. ist später in grossen fauligen Stücken abgegangen. Langes Krankenlager.

6) Dr. S. (im Dörptschen). Gleichfalls Hinderung an Entfernung einer nicht spontan abgehenden plac. durch gewaltthätiges Festhalten der Hände des Arztes von Seiten des Mannes.

Um nichts besser als in diesen geburtshülflichen Fällen ist die Verweigerung der Zulassung ärztlicher Hülfeleistung von Seiten des Ehemannes in folgenden gynäkologischen und anderweitigen Erkrankungen der Frau:

7) Dr. T. Stepanida Fedulowa, 20 J. alt, ins Rigaer Stadtkrankenhaus aufgenommen. Sehr grosser Tumor ovarii unilocularis. Voraussichtlich leichte Laparotomie. Nachdem Patientin bereits ihre Zustimmung zur Operation gegeben hatte, erschien der Mann mit einigen Angehörigen im Krankenhaus, verweigerte strict die Zustimmung zu irgend welchem Eingriff und brachte die Frau sofort wieder aus dem Krankenhaus fort nach Hause, indem er «mit Lächeln erklärte, zum ersten mal davon gehört zu haben, dass es Menschen gebe, die ihren Nebenmenschen den Bauch aufschlitzten! ob man ihn verhöhnen wolle?» — Alle weiteren Vorstellungen fruchtlos.

8) Dr. H. (Wesenberg). Deputatistenweib. Phlegmasia alba dolens im Wochenbette: darnach Gangrän des resp. Unterschenkels Jan. 91 Amputation vorgeschlagen. (Die Kosten war das Gut erbötig zu tragen.) Der Mann gestattet die Operat. nicht — «trotz Bitten der Frau, welche entsetzliche Qualen auszustehen hatte». — Im Sommer sah der College die Frau wieder, «sie war zum Skelett abgemagert und flehte ihn an, den Fuss abzunehmen. Der Mann aber blieb bei seiner Meinung: «er lasse nicht schneiden, sie könne ja so sterben». — Im September endlich hatte er sich erweichen lassen; «als zur Operation geschritten werden sollte, hatte der Operateur den Unterschenkel nur angefasst, da war er im Knie abgefallen.» — «Der behandelnde Arzt hatte den Eindruck gehabt, als ob der Mann bestimmt gehofft hatte, sein Weib würde die Operation nicht überleben;

— sie erholte sich aber über Erwarten gut, so dass sie in ganz gutem Ernährungszustande entlassen werden konnte. Zu Hause ist sie nach einigen Wochen ganz plötzlich unter verdächtigen Umständen gestorben».

9) Dr. S. (Riga). Einen ähnlichen Fall fühlt Dr. S. (Riga) nach seiner Erinnerung aus der Wahl'schen Klinik mitzutheilen sich gedrungen, mit dem Zusatz: «da er auf uns Praktikanten einen tiefen Eindruck machte.» — Ein Peipusfischer (Russe) stellte seine Frau vor; sie hatte die «Rose» am Fuss gehabt; diese war ihr «lege artis» am Unterschenkel so energisch «abgebunden» worden, dass sich als Folge Gangrän des Fusses und Unterschenkels eingestellt hatte. Prof. Wahl proponirt die Amputation und macht die Nothwendigkeit des Eingriffs den Leuten dringend klar. Patientin selbst war gleich einverstanden; der Mann aber erklärte: ein Weib mit einem Bein könne ihm nichts nützen. lieber möge sie sterben. Unoperirt brachte er sie sofort aus der Klinik wieder weg. — Das Weib war 25 Jahr alt. —

M. H. Des Traurigen genug enthalten die mitgetheilten Fälle. Immerhin könnte es Manchem von Ihnen scheinen, dass die Zahl derselben doch nicht sehr gross ist, — nicht so gross, wie man es unter einer so zahlreichen ungebildeten Bevölkerung wie diejenige, welche die beiden Provinzen Liv- und Estland bewohnt, erwartet werden könnte. Aber, m. H.! es glaubt ja doch wohl auch Niemand unter uns, dass mit dem Voranstehenden wirklich ein vollständiges Verzeichniss dessen gegeben ist, was auch nur in den letzten 1 oder 2 Decennien in dieser Beziehung thatsächlich alles passirt ist; so manches einschlägige Ereigniss dürfte dem einen oder anderen Collegen nicht mehr so gegenwärtig oder genau genug erinnerlich sein, dass er darüber Bericht zu erstatten in der Lage gewesen wäre; manches ist vielleicht auch Dem oder Jenem über der Fülle des seitdem in der Praxis erlebten ganz aus dem Gedächtniss geschwunden und so für die Statistik verloren gegangen. Endlich aber ist es gewiss eine sehr richtige Bemerkung, welche College Waldner in seinem Antwortschreiben mir macht, wenn er die Ueberzeugung ausspricht, «dass es z. B unter den vor beendigter Geburt gestorbenen Frauen überall viele geben muss, welche den Ehemann vergeblich um ärztliche Hülfe überhaupt gebeten haben»; Dr. Waldner glaubt dies «aus Gerüchten, die vielfach an ihn ge-

langt sind», mit Bestimmtheit schliessen zu müssen. Wir alle werden ihm darin aus mehr oder weniger eigener Erfahrung gewiss nur beistimmen können. Diese Fälle lassen sich, da sie garnicht oder meist nur gerüchtweise zu unserer Kenntniss gelangen, natürlich nicht zählen, sind aber wesentlich durchaus den oben angeführten gleichwerthig[2]). — Dadurch muss aber unser Wunsch und Interesse, wenn irgend möglich eine Wandelung zum Besseren zu schaffen, dafür zu sorgen, dass die doch gewiss berechtigten Forderungen und Bitten der Frau um ärztliche Hülfe nicht mehr ungehört verklingen, ihr Recht in dieser Beziehung fernerhin nicht mehr vom Mann nach Belieben mit Füssen getreten werde, nur gesteigert werden.

Dass das in dieser Beziehung wünschenswerthe zu erreichen schwierig ist — vielleicht ausserordentlich schwierig— haben wir uns vor 5 Jahren schon ausgesprochen; daher der damalige Beschluss, eventuell an die Staatsgewalt zu gehen mit der Bitte um Verordnungen, durch welche diesem Unwesen abgeholfen und zugleich der Arzt aus der unwürdigen Lage, mit seinem Handeln oder Unterlassen von der Willkür und Laune eines ungebildeten oder gar böswilligen Ehegatten abhängig zu sein, befreit, ihm die freie Action nach Wissenschaft und Gewissen gesichert wird.

Ehe wir aber zu einer diesbezüglichen Petition schreiten, dürfte es, wie mir scheint, zweckmässig sein, dass wir vorher darüber uns orientiren, wie zu der vorliegenden Frage die zur Zeit bestehenden Gesetze sich stellen und verhalten resp. ob und in wie weit vielleicht durch sie oder wenigstens durch die in ihnen enthaltenen allgemeinen Rechtsprincipien unsere Wünsche in positiver Weise basirt und gestützt werden können?

---

[2]) Eine Sammlung derartiger Fälle wäre, aus naheliegenden Gründen, am ehesten zu ermöglichen durch Vermittelung der Pastoren auf dem Lande — (ein Weg, der seiner Zeit von Hegar schon für die Gewinnung einer zuverlässigen Wochenbettsmortalität—resp. Puerperalfieber Statistik als der sicherste bezeichnet worden ist — s. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. IV Congress 1891 p. 52 ff.)

Dabei werden wir zunächst zu erörtern haben die Frage: Was verleiht denn eigentlich zur Zeit dem Ehemann das Recht, den Arzt zu hindern in den betreffenden Fällen wie erforderlich vorzugehen? Das ist

1) Das sog. «Hausrecht». — Das Hausrecht ist das Recht, in den der Verfügung unterstehenden Räumen ausschliesslich seinen Willen geltend zu machen. Dies involvirt das Recht[3]), jeder anderen in diesen Räumen etwa befindlichen Person event. sogar — und auch dieses wird durch eine Senatsentscheidung gerechtfertigt — unter Anwendung von Gewalt[4]) die Thüre zu wei-

[3]) Das Strafgesetzbuch für Friedensrichter 1894 bestimmt in den Erläuterungen zu dem vom Gebrauch von Selbsthilfe und Gewalt handelnden § 142 in Punkt 115 und 117 (pag. 283) ausdrücklich: 115. Выводъ изъ помѣщенія хозяйномъ его такого лица, которое несмотря на словесное приглашеніе добровольно удалиться, не хотѣло этого сдѣлать, подходитъ подъ понятіе необходимой обороны, а вовсе не подходитъ подъ ст. 142 уст. о наказ. (Translat.: Wenn der Hausherr aus seiner Wohnung eine Person entfernt, welche trotz der mündlichen Aufforderung, sie gutwillig zu verlassen, es nicht thun wollte, so unterordnet sich diese Entfernung dem Begriff der Nothwehr, und gehört durchaus nicht unter den § 142 des Strafgesetzbuches).

[4]) Erläuterung 117: Одно удаленіе кого-либо изъ своей квартиры, хотя бы при этомъ и было употреблено нѣкотораго рода физическое насиліе, не можетъ еще считаться насиліемъ или самоуправствомъ въ юридическомъ смыслѣ, такъ какъ ни отъ какого хозяина квартиры нельзя требовать, чтобы онъ терпѣлъ у себя въ квартирѣ всякого пришедшаго къ нему, и законъ не обязываетъ для удаленія лицъ, присутствующихъ въ его жилищѣ, во преки ясно выраженному имъ какъ хозяйномъ, желанію, обращаться къ содѣйствію полицейскихъ или иныхъ законныхъ властей. (Translat: Das blosse Entfernen (Hinauswerfen) Jemandes aus der Wohnung, wenn dabei auch «eine Art physischer Gewalt» angewendet worden ist, kann nicht als Gewaltthätigkeit oder als Selbsthülfe im juridischen Sinne angesehen werden, da man von keinem Hausherrn verlangen kann, dass er bei sich in seiner Wohnung einen jeden, der zu ihm kommt, dulde, und das Gesetz verpflichtet nicht, zum Entfernen der Personen welche gegen den deutlich von ihm, als dem Hausherrn, ausgesprochenen Wunsch in seiner Wohnung anwesend sind, an die Polizei od. an eine andere gesetzliche Gewalt sich zu wenden).

Also auch selbst Anwendung von Gewalt involvirt nach dieser Erläuterung zum § 142 nicht das in diesem vorgesehene Delict und ist in folgedessen in diesem Fall auch nicht straffällig.

sen resp. wohl auch überhaupt den Eitritt in seine Wohnung zu verbieten; so auch, sofern dieses Hausrecht schrankenlos ausgedehnt wird, dem Arzt. Dadurch kann also der Hausherr diesen und die ärztliche Hülfeleistung überhaupt fern halten resp. dieselbe durch Hinausweisen des Arztes in jedem ihm beliebigen Augenblick hindern oder unterbrechen.

M. H.! Von verschiedenen Juristen (praktischen sowol als theoretischen), die ich darum befragt habe, als auch von der Polizei, die wir in einem concreten Fall um Hülfe gegen den renitenten Ehemann anriefen, ist diese Ausdehnung des Hausrechts als zu Recht bestehend anerkannt und im bezüglichen Fall ein polizeilicher Beistand uns auch nicht zu Theil geworden[5]).

Unterstützt wird der Ehemann in dieser seiner Position noch durch ein gesetzlich allerdings nirgends begründetes, in der öffentlichen Meinung aber wie es scheint, tief eingewurzeltes

2) Gewohnheitsrecht, durch die öffentliche Meinung, welche sich die kranke Frau in derselben Abhängigkeit von dem Willen und der Entscheidung des Mannes denkt, wie ein schwer — etwa Croup- oder Diphtheriekrankes Kind von derjenigen der Eltern; ja sogar auch von Collegen ist hier auf dem Aerztetag vor 5 Jahren in der Discussion diese Parallele gezogen worden.

Ich habe damals gegen diese Parallele protestirt und ich thue es heute abermals — und zwar noch viel entschiedener, weil auf Grund nicht nur meiner damals schon ausgesprochenen Ueberzeugung, «dass eine erwachsene, mit vollem klarem Bewusstsein die Ausführung einer ihr vom Arzt vorgeschlagenen Operation ausdrücklich fordernde Frau bezüglich der Gestattung derselben unmöglich in derselben Abhängigkeit von ihrem Mann zu denken ist, wie ein schwer krankes Kind von seinem Vater» [6]) — sondern auch auf Grund der späteren wei-

[5]) Die betreff. Frau, die sonst wohl hätte gerettet werden können, ist darüber zu Grunde gegangen — s. Ueber des Ehemanns Veto gegen dringend indicirte Operationen an seiner Frau. Petersb. Medic. Wochenschrift 1890 p. 401.

[6]) Dieser Anschauung ist damals auch von Anderen beigestimmt worden — s. Protokolle des 2. livl. Aerztetages in Wenden 1890 p. 27—28.

teren Ueberlegung, dass diese aufgestellte Parallele mit kranken Kindern auch insofern keine Stütze für jene Meinung bietet, als ein solches vermeintliches absolutes Abhängigkeitsverhältniss der Kinder von den Eltern gleichfalls nur eine irrthümliche Annahme sein, der Vater das absolute Entscheidungsrecht über das Schicksal seines Kindes, in Specie über Operiren oder Nichtoperiren lassen, über Rettung und Erhaltung seines Lebens oder willkürliches gar nicht nothwendiges, durch ärztliche Hülfe vermeidbares zu Grunde gehen lassen desselben, rechtlich gar nicht haben kann. Das liefe ja schnurstracks gegen den Geist und die Intentionen jeder Gesetzgebung — und ist also einfach eine innere Unmöglichkeit! — Derjenige Vater, der die Ausführung einer vom Arzt als lebensrettend hingestellten Operation an seinem ohne diese dem Tode verfallenen Kinde verhindert, handelt ja doch ebenso verbrecherisch, wie der Mensch, welcher das Seil, an dem ein Ertrinkender sich herauszuarbeiten sucht, durchschneidet, — oder wie der, welcher einen Anderen am Herausziehen eines Ertrinkenden verhindert. — Ich weiss sehr wohl, dass man den Vater damit entschuldigt, dass der schwere psychische Affect, das schwere Mitleiden mit den Qualen des Kindes, die Furcht dasselbe zu verlieren etc. seinen Intellect trübt, das Grauen vor dem operativen Eingriff ihm die Herrschaft über sich, die Möglichkeit einer richtigen Würdigung der Verhältnisse, des Für und Wider, unmöglich macht, ihn in einen gewissen Zustand der Unzurechnungsfähigkeit versetzt, der bei seinem daraus resultirenden Handeln den Begriff der Schuld «eliminire». — Dagegen kann ich nur wieder das sagen, was ich früher schon bezüglich der Ehemänner geltend gemacht habe: dass da, wo die Zurechnungsfähigkeit aufgehört hat, auch das Dispositionsrecht nicht weiter bestehen sollte. Der wirklich urtheilsfähige ist — um so mehr mit Ausschluss der Eltern, je schwerer und trauriger der Fall für sie ist — ausschliesslich der Arzt; ihm, an den man sich von vornherein mit Vertrauen gewandt hat, müsste daher auch gesetzlich mehr Einfluss und Entscheidungsrecht auf den weiteren Gang

der Dinge zugewiesen werden. Durch das Gegentheil, das bisherige Gewohnheitsrecht, wird dem Erzeuger eine Licenz über Zugrundegehenlassen — um nicht zu sagen Vernichtung — von Menschenleben eingeräumt[7]) wie sie vollkommen beispiellos in allen übrigen Rechtsbeziehungen ist, ja direct im Widerspruch steht mit der Stellungnahme der Gesetze bezüglich Schützung des kindlichen Lebens unter anderen Verhältnissen: schützen die Gesetze unter Androhung so schwerer Strafen das Leben des ungeborenen Kindes, der Frucht im Mutterleibe[8]) warum nicht auch dasjenige des geborenen Kranken, wo es durch ärztliche Wissenschaft und Kunst erhalten werden kann! — eines Lebens, welches — schon weil ein selbständiges — gegenüber dem vom mütterlichen Organismus noch nicht abgelösten, doch gewiss als ein höher gewerthetes angesehen werden muss um so mehr je weiter es von den — bekanntlich einen so enorm hohen Procentsatz der Kinder dahin raffenden — ersten Lebenstagen, Wochen und Jahren nach der Geburt sich entfernt und damit immer grössere Garantieen für einen

---

[7]) Welche Früchte dies treibt, mit welchem haarsträubenden Egoismus und Kaltblütigkeit dies unter Umständen ausgenutzt wird, zeigt unter A. ein mir v. H. Dr. Zoege von Manteuffel mitgetheilter Fall: Der Vater eines 10jährigen Knaben weigert sich, diesem ein Empyema pleura operiren zu lassen, weil er nach Saratow auswandern wolle und der Reconvalescent ihn an diesem Unternehmen hindern würde; da wolle er den Sohn schon lieber sterben lassen. Auch die punctio pleurae wird verweigert. — Der Sohn war nach 2 Tagen todt.

[8]) Die Stellungsnahme der Gesetzgebung zum provocirten Abort. kennzeichnet sich von vornherein schon dadurch, dass die darauf bezüglichen Strafbestimmungen mitten in dem von der «Tödtung» handelnden Capitel sich finden; hier heisst es im Gesetzbuch der Criminal- und Correctionsstrafen (nach der russ. Ausgabe v. 1885 nebst den Ergänzungen und Abänderungen bis zum Mai 1887, übers. v. G. v. Glasenapp) § 1461: «Wer, ohne Wissen und Willen eines schwangeren Frauenzimmers, vorsätzlich durch irgend welche Mittel die Leibesfrucht desselben abtreibt, unterliegt dafür: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 4 bis zu 6 Jahren. Wenn dem schwangeren Frauenzimmer in Folge dieses Verbrechens,

gedeihlichen Weiterbestand gewonnen hatte; und dieses sollte der Arzt nicht retten dürfen, bloss weil die Eltern den unangenehmen Eindruck, den eine in Aussicht gestellte Operation an ihrem Kinde ihnen momentan macht, zu überwinden im Augenblick psychisch zu schwach sind!?

Und weiter: wenn das Gesetz den ohne streng wissenschaftliche Indicationen herbeigeführten Abort in den ersten Monaten schon, also die Vernichtung des in den allerersten Anfängen der Entwickelung begriffenen Keimes — durch welche Vernichtung doch manchmal so unsäglich viel Elend und Unglück beseitigt werden könnte — als schweres Verbrechen ansieht, als criminell bezeichnet, warum ist dann der Vater, der inter partum die Lebensrettung und Erhaltung der zur vollen Reife entwickelten Frucht durch Verhinderung eines dafür erforderlichen, oft ja so erstaunlich leichten, und für Mutter und Kind ganz «indifferenten» Eingriffes hindert, straflos? — Warum wäre diese — dem Abort gegenüber obendrein noch vollkommen zwecklose — Art der

---

neben Abtreibung der Leibesfrucht, irgend ein bedeutender Schaden an der Gesundheit erwächst, so wird der Schuldige, nachdem ihm alle Standesrechte entzogen worden, zur Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 6—8 Jahren verurtheilt.

Falls aber dadurch auch der Tod des schwangeren Frauenzimmers herbeigeführt wurde, so unterliegt der Schuldige: nach Entziehung aller Standesrechte, der Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 8 bis zu 10 Jahren.

§ 1462: «Wer mit Wissen und Willen eines schwangeren Frauenzimmers selbst, vorsätzlich irgend ein Mittel anwendet, um dessen Leibesfrucht abzutreiben, unterliegt: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung nach den entfernteren Gegenden Sibiriens zur Ansiedelung».

«Ein schwangeres Frauenzimmer, welches selbst, aus eigenem Antriebe oder nach Uebereinkunft mit einem Anderen, irgend ein Mittel anwendet, um sich seine Leibesfrucht abzutreiben, unterliegt: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung nach Sibirien zur Ansiedelung».

§ 1463: «Die in den vorhergehenden §§ 1461/2 angegebenen Strafen werden um einen Grad verschärft, wenn ein Arzt, ein Accoucheur, eine Hebamme oder ein Apotheker überwiesen werden, den Abort herbei geführt zu haben.»

Opferung von Kindesleben nicht criminell? — Finden Sie, m. H.! mit mir nicht auch hierin eine Inconsequenz die bei einer Gesetzgebung in unserem Zeitalter einfach unbegreiflich erscheint?

Ich habe, m. H.! diese Abschweifung von unserem eigentlichen Thema auf das Abhängigkeitsverhältniss der Kinder von den Eltern machen zu müssen geglaubt, um zu zeigen, dass in diesem Verhältniss eine Stütze für das in Rede stehende Veto des Ehemannes gegenüber seiner Frau nicht gegeben ist, damit wir durch jene irrthümliche Aufstellung in der Beurtheilung der letzteren Frage fürderhin nicht mehr gestört werden. Ausserdem bildet sie, wie mir scheint, eine unmittelbar an unsere zunächst in's Auge gefasste Aufgabe sich anschliessende Erweiterung derselben, deren Lösung uns ebenso sehr interessiren und ebenso sehr als ärztliche Pflicht angesehen werden muss, wie die derjenigen, von welcher wir ursprünglich bei unserer Besprechung ausgegangen sind.

Nachdem, wie bereits erwähnt, frühere Bemühungen durch Besprechung mit verschiedenen Fachleuten (Juristen) über die Ihnen heute abermals vorgelegten misslichen Verhältnisse insofern zu keinem befriedigenden Resultat geführt hatten, als von ihnen allen das Hausrecht unbeschränkt — auch mit der Ausdehnung auf das Vorgehen gegen den Arzt, — zu Recht bestehend anerkannt wurde, habe ich schliesslich noch an eine gerade auf dem Gebiet des russischen Rechts allgemein als maassgebend anerkannte Autorität, den Lehrer desselben an unserer Hochschule, Herrn Professor Engelmann, mich gewandt. Prof. Engelmann hat das von uns zusammengebrachte Material mit lebhaftem Interesse entgegengenommen und dann die Stellung des russischen Rechts zu der uns interessirenden Frage in möglichst kurz zusammengefasster Darstellung schriftlich deponirt. Es dürfte kaum gelingen, das bezügliche präciser und knapper Ihnen zu bieten, als in der von diesem auf seinem Gebiet so hervorragenden Rechtsgelehrten gegebenen Fassung und mache ich daher gern von seiner freundlichen Erlaubniss Gebrauch, dies Ihnen mit seinen eigenen Worten vortragen zu dürfen:

«Die Anschauung, dass zu einem operativen Eingriff bei einem Kinde die Einwilligung der Eltern, bei einer Ehefrau die des Ehemannes erforderlich sei, beruht auf einem wirklichen Gewohnheitsrecht, auf der Ueberzeugung, dass ein solches Recht bestehe. Im ersten Falle wird es aus der elterlichen, im zweiten aus der hausherrlichen Gewalt abgeleitet. Allein wie jedes Recht, so hat auch dieses Recht seine Schranken. Weder die elterliche noch die hausherrliche Gewalt geben dem Berechtigten die Befugniss, willkürlich oder zum Schaden des der Gewalt unterstellten über Vermögen, Freiheit, Gesundheit oder Leben desselben zu verfügen. In allen diesen Fällen sieht das Gesetz eine Möglichkeit der Beschränkung der elterlichen und hausherrlichen Gewalt im Falle des Missbrauchs vor. Speciell stehen Leben und Gesundheit der Kinder und Ehefrauen unter dem Schutze des Strafgesetzes, das Gesundheitsbeschädigung und Herbeiführung des Todes mit schweren Strafen bedroht (Strafgesetzbuch 1455). Für Eltern und Gatten, die solcher Verbrechen schuldig sind, wird die Strafe geschärft. (Strafgesetzbuch 1451).

Das Recht der Eltern und Ehegatten, über die Vornahme der Operation zu entscheiden, ist unzweifelhaft überall da, wo die Operation eine Frage der Opportunität ist; aber auch hier steht die Ehefrau anders, da sie volljährig und dem Ehemann gleichberechtigt ist. — Wo aber die Operation unbedingt indicirt ist und Gesundheit und Leben in Frage steht, da wird dieselbe zu einer Berufspflicht des Arztes, der durch seinen Eid verpflichtet ist: alles zur Erhaltung der Gesundheit oder des Lebens nothwendige vorzunehmen und sich durch keine Nebenrücksichten an der Ausübung seiner Berufspflicht hindern zu lassen. Ebenso wenig wie der Beamte einen ungesetzlichen Befehl seines Vorgesetzten ausführen darf, ebensowenig darf der Arzt sich fügen, wo Eltern oder Ehemänner ihr Recht aus Unverstand oder zur Begehung eines Verbrechens missbrauchen. Weicht der Arzt vor einem Hinderniss, das er durch eigene Kraft überwinden konnte, zurück, so macht er sich mangelhafter

Pflichterfüllung schuldig und zeigt, dass er der Aufgabe, die sein Beruf ihm stellt, nicht gewachsen war.

«Wird der Arzt gewaltsam an der Ausführung einer unbedingt zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit nothwendigen Operation gehindert, so macht der, der die Gewalt ausübte, sich einer verbrecherischen Handlung schuldig, so weit seine Hinderung im Causalzusammenhang mit dem eingetretenen Siechthum oder Tode steht. Dummheit, Vorurtheil, Nervosität sind keine Entschuldigungsgründe und können höchstens bei Ausmessung der Strafe berücksichtigt werden; elterliche und hausherrliche Gewalt geben kein Recht zur Begehung eines Verbrechens. Da haben sie ihre Grenze; wird diese überschritten, so wird auch die Handlung der Eltern oder des Mannes ein Verbrechen, ist nicht mehr Ausübung eines Rechts, sondern Ausübung eines Unrechts, das mit Strafe bedroht ist, d. h. eines Verbrechens.

«Jeder, der im Stande ist, die Begehung eines Verbrechens zu hindern — hier die Herbeiführung der Gesundheitsschädigung oder des Todes durch Verhinderung der Operation — ist dazu verpflichtet; bei dem Arzte kommt noch seine Berufspflicht hinzu. Jeder muss dieser Pflicht nach seinem Vermögen nachkommen, widrigenfalls er selbst für Nichtverhinderung eines Verbrechens verantwortlich wird — natürlich nach Vermögen — ultra posse nemo obligatur.

«Ist ein Verbrechen begangen worden — hier: ist in Folge der Verhinderung der Operation die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod eingetreten — so ist der Arzt verpflichtet, dem Untersuchungsrichter oder der Prokuratur darüber Anzeige zu machen. Da wir es aber mit einer wenn auch unberechtigten, so doch tief eingewurzelten Auffassung über ein unbeschränktes Recht der Eltern und Ehemänner, Operationen zu verbieten, zu thun haben, so würde es sich empfehlen, dass der Aerztetag sich an die Gouvernementsobrigkeit wende, damit eine Anweisung an die Prokureure exportirt werde, dass solchen Anzeigen Folge gegeben werde».

Sie, m. H.! haben darüber zu entscheiden, ob unser Aerztetag diesem Rath nachkommen wird oder nicht.

Ich denke: Ja. Nicht das Gesetz steht — wie aus obiger Auseinandersetzung klar ist — uns entgegen, sondern ein Gewohnheitsrecht; Sie wissen aber, wie schwer so tief im Volk eingewurzelte Gewohnheitsrechte auszurotten und zum Schwinden zu bringen sind, wie noch viel weniger auf ein Erlöschen derselben zu rechnen ist, wenn nicht energisch und mit der eventuellen Unterstützung einer höheren Autorität, der Staatsgewalt, gegen sie vorgegangen wird; ich glaube daher auch, dass alle unsere privaten Bemühungen nach dieser Richtung hin viel weniger wirksam sein werden ohne als mit Hülfe eines solchen Rückhalts.

Wenn die Fassung des zu erbittenden Erlasses in der vorhin proponirten Form beliebt wird, so würde Einschreiten der Staatsgewalt niemals anders als auf ausdrückliche Forderung resp. Anzeige des Arztes einzutreten haben, und wäre es also in jedem einzelnen Fall immer seinem Ermessen anheimgestellt, davon Gebrauch zu machen oder nicht; für den Nothfall aber würde dadurch der Arzt in eine weit günstigere Position gesetzt als er sie bisher hatte; und dies scheint um so mehr nothwendig, als die von Prof. Engelmann gegebene Auslegung und Anwendung des Gesetzes, wie bereits erwähnt, durchaus noch nicht Allgemeingut der Juristen und Rechtspfleger geworden zu sein scheint, von vielen vielmehr auch heute noch eine unbegrenzte Anwendung des Hausrechts auch dem Arzt und seinen Hülfeleistungen gegenüber für berechtigt gehalten wird; — und wenn auch nur einige mal erst auf ärztliche Anzeige hin das Eingreifen der Staatsgewalt gegen renitente Eltern und Ehemänner zur Bestrafung derselben geführt hätte, so würde die günstige Rückwirkung davon auf Verminderung so trauriger Vorkommnisse, wie der Eingangs mitgetheilten, gewiss nicht ausbleiben.

P. S. Da es im Interesse der Weiterführung voranstehend angeregter Angelegenheit sehr wünschenswerth ist, noch weiteres einschlägiges Material zu erhalten, so richte ich an alle Leser Dieses die dringende Bitte, so weit sie solches — gleichviel ob aus neuerer oder älterer Zeit — zu liefern in der Lage sind, mir dasselbe

freundlichst zugehen lassen zu wollen, damit es auf diese Weise gesammelt werden und zur Verwerthung gelangen kann; — und zwar bitte ich jetzt nicht nur Fälle von

1) Verhinderung ärztlicher Hülfeleistungen von Seiten eines Ehemanns, sondern auch

2) Verhinderung ärztlicher Hülfeleistungen von Eltern in Bezug auf ihre Kinder

sowie

3) von Durchführung ärztlicher Hülfeleistung trotz allen Widerspruchs der Angehörigen mir mittheilen zu wollen, und bei letzterem zugleich anzugeben, ob darnach irgend welche Klagen anhängig gemacht worden resp. Einmischung irgend welcher Behörden erfolgt ist und wie diese sich dazu gestellt haben. — Fälle dieser 3. Art — mit für uns befriedigendem Ausgang fangen bereits an mir mitgetheilt zu werden.

Hysterie und hysterisches Irresein.

Von

Ernst Sokolowski.

Ordinator des Irrenhauses auf Alexandershöhe bei Riga.

(Vortrag gehalten am 16. Sept. 1895 auf dem VII. livl. Aerztetage in Wenden).

Das Bestreben, die Hysterie von den Erscheinungen der psychischen Degeneration zu trennen, wie es hauptsächlich von Charcot und Gilles de la Tourette unternommen wurde, hat das Verständniss dieser Krankheit eher verwirrt als geklärt, hat den grossen Bergungshafen schiffbrüchiger Diagnostik für Neurosen noch geräumiger gestaltet als er war.

Anders als auf der Basis der Degenerationstheorie können wir eine consequente Trennung der Hysterie von anderen Neurosen nicht bewerkstelligen, solange zugegeben werden muss, dass funktionelle Störungen auf nervösem Gebiete als solche sich noch lange nicht mit dem Begriffe der Hysterie decken. Die Unzulänglichkeit der erwähnten Trennungstheorie der Pariser Schule spricht sich deutich und interessant in den Versuchen aus, innerhalb der Hysterie gewissermassen eine Hysterie κατ'ἐξοχήν eine sog. extreme Form festzustellen, wie es Sigm. Freud in seinen «Abwehrneurosen» vorschlägt. Immerhin aber bewegt sich Freud mit seinen Erwägungen über die Hysterie auf dem Boden der Degenerationslehre, indem er schon früher, vereint mit Breuer, den psychischen Mechanismus bei der Hysterie auf eingeschränkte Associationsfähigkeit zurückführt. Aehnliches veröffentlichen die meisten Autoren jüngsten Datums, obgleich keiner, mit Ausnahme von Möbius, das Kind beim rechten Namen nennen will.

A priori dürfte doch verständlich sein, dass wir zur Feststellung der Degeneration nicht erst des Vorhandenseins von Wolfsrachen, Hasenscharten, überzähligen Fingern etc. bedürfen. Im Gegentheil muss angenommen werden, dass der im Individuum sich zeigende Niedergang des Geschlechtes mit der Unzulänglichkeit der zuletzt in der Entwickelung der Art erreichten Eigenschaften oder Fähigkeiten in Erscheinung tritt. Da wir die höchste Stufe organischer Entwickelung im menschlichen Gehirn zu suchen und als die höchste Vervollkommnung aller Gehirnthätigkeit die associativen Processe zu erkennen gewohnt und berechtigt sind, so muss ein Sinken derselben den ersten degenerativen Schritt involviren. Nach welchen Gesetzen nun die Associationen auch erfolgen mögen, — die associative Thätigkeit des rüstigen Gehirnes beruht im Wesentlichen auf einer präcisen Citation von Erinnerungsbildern bei jedem neu gewonnenen Eindrucke, sie sind das Correktiv, durch welches der Eindruck assimilirt resp. neutralisirt wird. Auf den Mangel an hemmenden Erinnerungsbildern würden wir demnach das Vorherrschen von Impulsen zurückzuführen haben und ihre Undeutlichkeit muss eine Disharmonie, ein Schwanken zwischen Wollen und Können, zwischen Krampf und Erschlaffung zur Folge haben. Natürlich kann der Moment nicht ausbleiben, in welchem das Individuum auf seine eigene Dürftigkeit aufmerksam wird, wofern nur ein Minimum vergleichender Thätigkeit in ihm steckt. Ein unklares Idol für die eigene Person schwebt ihm vor, auf dessen Unerreichbarkeit es immer wieder stossen muss nach Maassgabe der seitens der Mitwelt an das Individuum gestellten Forderungen. Das Wachsen der physischen Kräfte treibt mittlerweile zu Versuchen, auch etwas gethan zu haben, auch etwas vorzustellen. Das in diesem Widerspruche in die Enge getriebene Individuum sucht nun nach einem Ausweg, einer Rettung vor dem drohenden oder aus dem schon vorhandenen psychischen Bankerott. Von den mannigfachen, vielbetretenen derartigen Auswegen nenne ich hier beispielsweise den Trunk und den Selbstmord, um dann auf die grosse Gruppe derer überzugehen die wir

gemeiniglich als Hysterische bezeichnen, d. h. derjenigen Entarteten, die den Rettungsanker für ihre Minderwerthigkeit im Kranksein finden; gleichzeitig wird die Krankheit zum Blitzableiter für die Verzweiflung über das erlebte oder drohende Fiasco. Und in der That ist nunmehr erreicht, was gewünscht oder ersehnt wurde:

1. ist ein Patient ja eo ipso befreit vom lästigen Kampfe um's Dasein und entschuldigt wegen seines Nichterscheinens auf dem Plane, — wobei die tröstende Erwägung im Hintergrunde steht, dass man Grosses hätte leisten können, wenn nicht die «leidige Krankheit» dazwischen getreten wäre.

2. spielt man trotz alledem eine Rolle, denn man verdient und verlangt Beachtung als Patient und erhält als solcher die Mitwelt oder wenigstens die nächste Umgebung in steter Bewegung, ja, Aufregung oder gar Verzweiflung. Und — alles dieses giebt, wie ja verständlich, eine gewisse Befriedigung. Diese Befriedigung aber haben wir als das ersehnte Ziel der Hysterischen aufzufassen, sie lebt als gesuchtes oder gefundenes Kleinod in jedem hyster. Individuum, mitunter maskirt, entstellt, vom Kranken selbst in ihrem Wesen nicht erkannt, geschweige denn anerkannt. Sie wird unter Umständen mit dem äussersten Selbstbetrug erkauft; der mit unterlaufende Betrug der Mitwelt ist nie und nimmer das Ziel, — er wird nur mit in den Kauf genommen. Hierin haben wir den wesentlichen Unterschied zwischen hysterischem und simulirtem Kranksein zu suchen: Der Simulant will krank scheinen, der Hysterische — krank sein. Die Hysterie wird einzig und allein bestimmt durch die subjective Stellungnahme des Individuums zur eigenen Krankheit: sie giebt dem Kranksein und der Krankheit Wesen und Charakter sui generis. Auf diese subjective Stellungnahme haben wir auch unser Augenmerk zu richten, sobald es sich um differentialdiagnostische Abgrenzung der Hysterie gegen andere Krankheiten handelt, die gleich ihr durch das labile Gleichgewicht des Nervensystems gekennzeichnet sind. Dem Neurastheniker ist seine Krankheit Qual und Schrecken, dem Hysterischen — Trost und

Rettung auch unter der Voraussetzung schwer empfundener subjectiver Beschwerden. Auf die äusseren, anscheinenden und thatsächlichen ätiologischen Momente kommt es demnach nicht an. Ob die Hysterie manifest wurde nach phys oder psych. Shok, ob durch körperliche oder geistige Ueberanstrengung, ob sie schliesslich im Pubertätsalter oder noch vor demselben zur Entwickelung kam, jener gefahrvollen Schwelle, bei deren Ueberschreitung der Entartete zu straucheln verflucht ist, — der degenerative Boden war vorhanden, das Dilemma der Gleichgewichtslosigkeit wurde gegeben, das Individuum suchte nach Rettung und fand dieselbe im Kranksein resp. Krankwerden. Unter solchen Voraussetzungen kann dem Charakter der im Krankheitsbilde der Hysterie vorkommenden Symptome keine specifische Bedeutung beigemessen werden. Gehen wir in Kürze näher auf dieselben ein, so haben wir folgende Kategorien zu unterscheiden:

1. Gelegenheitssymptome, d. h. organische Veränderungen wie etwa: Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane, somatische Nervenleiden, — anderseits funktionelle Anomalien wie Magendarm — und Herzneurosen, Angioneurosen etc. Genannte Erscheinungen werden vom Individuum aufgegriffen, treten in den Vordergrund des Krankheitsbildes und erhalten gar den unberechtigten Stempel der Causalität.

2. Symptome, welche beim mangelhaft entwickelten Correktiv einer labilen Psyche durch Suggestion resp. Autosuggestion hervorgerufen wurden (nach manchen Autoren «unterbewusste Akte») so: Blindheit, Taubheit, Aphonie, Analgesie u. a. Zu solchen Erscheinungen nimmt der Kranke eine ausschliesslich passive Stellung ein.

3. Processe, die dem Kranken in ihrem Wesen und ihrer Entstehung wohl bekannt sind und zu denen er aktiv Stellung nimmt (nach manchen Autoren «oberbewusste Akte»): hierher gehören sämmtliche auf Zwangsvorstellungen, unkorrigirten Affekten und verunglückten Willensakten beruhenden Erscheinungen wie der Muta-

cismus, der hyst. Krampfanfall, die hyst. Schlafsucht und das hyst. Irresein.

4. erfundene Symptome: hierunter möchte ich die jeglicher Thatsächlichkeit entbehrenden Leiden verstanden wissen. Leiden, welche vom Individuum behufs Krankseins erdacht und vorgetäuscht werden. Von der Schamlosigkeit des Lügens wie wir es aus dem Munde Hysterischer hören sobald sie in Ermangelung objektiver wie subjektiver Symptome in Verlegenheit gerathen — kann nur derjenige ein zutreffendes Bild gewinnen, dem die Möglichkeit langdauernder und sehr intensiver Beobachtung vergönnt war.

Habe ich gleich bisher nur der sog. Accidents Erwähnung gethan d. h. nach Pierre Janet, derjenigen Symptome, welche vorübergehend auftreten und das subjektive Leiden des P ausmachen, so bin ich doch weit davon entfernt die Existenz sog. hysterischer Stigmata leugnen zu wollen. Es giebt gewiss unveränderliche, objektiv nachweisbare Anomalien auf nervösem Gebiete, die dem Träger keine Beschwerden verursachen, ja nicht einmal zu seinem Bewusstsein gelangen. Sie sind aber praktisch wie theoretisch nicht verwerthbar, denn einmal weist lange nicht jeder Hysterische Stigmata auf und andererseits kann in ihnen nichts speciell für die Hysterie Pathognomonisches erblickt werden, sobald principiell anerkannt werden muss, dass auch die objectiv nachweisbaren funktionellen Störungen lediglich auf der Labilität des Gleichgewichtes zwischen Reiz und Hemmung beruhen.

Es handelt sich hier um Innervationsanomalien auf motorischem, sensiblem, sensorischem und trophischem Gebiete; als solche sind Paresen, Anästhesien, Gesichtsfeldeinengung und Darmneurose absolut gleichwerthig und präjudiciren an sich das Vorhandensein der Hysterie ebenso wenig wie das Oedem etwa ein Vitium cordis.

Die Hysterie ist der Günstling der ärztlichen Kunst, aufgezogen insbesondere durch die symptomatische Behandlung der Hysterischen: denn die Behandlung eines jeden Symptomes als solches bedeutet eine Sanktionirung desselben, diese aber entspricht ganz und gar den In-

tentionen des hyst. Individuums, ist dadurch als schädlich gekennzeichnet und zu verwerfen. Damit will ich keineswegs über die Behandlung hysterischer Symptome den Stab gebrochen haben, — ich habe sie mit und ohne Erfolg exekutirt, spreche aber auch der erfolgreichsten Kur nur dann eine wesentliche und dauernde Bedeutung zu, wenn sie verbunden war mit einer zweckmässigen Beeinflussung der Persönlichkeit. Im Uebrigen muss auch in Voraussetzung der allerkorrektesten Behandlung das Material hinsichtlich der Prognose streng gesichtet werden: In den frischen, zumal jugendlichen Fällen dürfen wir rundweg von Heilbarkeit der Hysterie reden, wobei der specifischen Kur durchaus nicht die Bedeutung einer Conditio sine qua non zukommt. — Die an Lebensjahren oder gar an Krankheitsdauer älteren Fälle sind a priori als unheilbar zu betrachten u. zw. ist die Prognose um so schlechter je verschiedenere Behandlungsmethoden bereits eingeschlagen wurden Freilich darf nicht übersehen werden, dass in den (wie ich sie nennen möchte) verdorbenen Fällen durch die Behandlung ausgiebige Veränderungen erzielt werden, doch nur unter der Voraussetzung, dass dem P für seine Krankheit ein Aequivalent geboten wird, welches für seine labile Psyche wenigstens zeitweilig die Rolle des Deus ex machina übernehmen kann: Begeisterte Aufnahme der eingeschlagenen Curmethode, läppischer Enthusiasmus in der Anhänglichkeit zum behandelnden Arzte und andere an sich werthlose Seelenzuckungen versetzen das ganze Wesen des P. in so ausgiebige Bewegung, dass ihm die Krankheit als Lebensmotor entbehrlich wird. In anderen Fällen finden wir eine Erscheinung, die eine Inversion der Hysterie involvirt, wie ich mich ausdrücken möchte: Das Kranksein verliert aus irgend welchen Gründen an Werth und Reiz und bei fortbestehendem psychischem Dilemma muss nun der Trunk, der Morphinismus, der Selbstmord, allerlei Equilibristik auf philanthropischem Gebiete, die Bühne, das Kloster oder das Bordell (beim weibl. Individuum), die Vagabundage beim männl. Individuum) in Scene treten. Kurzum — das Individuum will sich aus dem schwin-

Peritoneum war spiegelnd glatt, gar kein Secret, noch fibrinöse Auflagerung. Der Stiel, von Jodoformgaze umgeben, in gutem Zustande.

Unter den Genesenen (12 Fälle) finden sich 3 wallnuss- bis faustgrosse Myome, complicirt mit Fibroma ovarii und Tubo-ovarial-Tumoren, 4 kindskopfgrosse Myome, 1 mannskopfgrosses Doppelmyom der vorderen und hinteren Wand und 4 sehr grosse, d. h. eine Handbreit über den Nabel reichende, die der Grösse eines Uterus im letzten Schwangerschaftsmonate gleich kamen. Zwei von diesen Frauen, 30 resp. 44 Jahre alt, kamen im Zustande hochgradigster Anämie zur Operation, getrieben von der Angst vor den unstillbaren Blutungen, die beiden anderen in Folge von starker Beängstigung durch die Compression der Lungen und des Intestinaltractus. Eine von den letzteren hatte ein grosses durch eine Brücke in der Mitte verbundenes Doppelmyom, das am Fundus uteri mit fingerdickem Stiel inserirt war und zugleich ein glattes, circa kindskopfgrosses, intraligamentär rechts liegendes Myom, welches wir nach Entfernung beider Ovarien an Ort und Stelle beliessen. Schon nach 3 Monaten erwies es sich um die Hälfte verkleinert. Die Frau fühlt sich heute, 14 Monate nach der Operation, vollkommen wohl. Das grösste Myom, welches ich bisher gesehen, habe ich bei der 47-jährigen Frau S. aus S. operirt. Es reichte bis zum Proc. xiphoid. nach oben hinauf und im Douglas fühlte man einen kindskopfgrossen Ausläufer. Es handelte sich sicherlich um mehrere subseröse Myome. Die Qualen waren so gross, dass wohl oder übel, die Operation versucht werden musste. Wider Erwarten war die Operation leicht. Auch in diesem Fall, wie gewöhnlich, gab es keine Adhäsionen und die Geschwulst liess sich an den gleich Hebeln vorstehenden subserösen Hervorragungen gut herauswälzen.

Wie gesagt, wurde die extraperitoneale Stielbehandlung gewählt. Jedenfalls wird durch sie bei der Operation Zeit gespaart. Nach dem Bauchschnitt wurde der Tumor herausgewälzt, die Bauchwunde oberhalb sofort mit Kugelzangen geschlossen, der Schlauch um den Cervix gezogen und nach Fixirung desselben mit 2 oberhalb durchgeführten Nadeln, der Stiel unterhalb des Schlauchs

mit Peritoneum umsäumt, während der Tumor von einem Assistenten gehalten wurde. Dann wurde das Peritoneum genäht, sämmtliche Hautnähte angelegt und nun erst der Tumor abgetragen. Der Cervixcanal und die Stumpfoberfläche wurde mit dem Paquelin verschorft und Alles sorgfältig mit Jodoformgaze eingehüllt.

Die Dauer des Krankenhaus-Aufenthalts war sehr ungleich. Sie schwankte zwischen 1—3 Monaten. Blutarmuth, grosse Schwäche, einige Male Stichkanaleiterung, ausgegangen von der Umgebung des Stumpfes, erklären hinlänglich die lange Reconvalescenz der herabgekommenen Patientinnen. Der Schlauch wurde gewöhnlich nach ca. 3 Wochen, einmal erst nach 8 Wochen entfernt. Der Wundtrichter zeigte oft eine überraschende Tiefe.

Ausser dem in der Reihe der ectopischen Schwangerschaften ausgeführten Kaiserschnitt habe ich noch 2 gemacht; den einen bei schwerster Eclampsie, nach eben gesprungener Blase, während am Kinde noch schwache Lebenszeichen nachzuweisen waren. Die Mutter lag in tiefem Coma und konnte ohne Narcose operirt werden. Das Kind wurde todt extrahirt, die Mutter starb nach 6 Stunden.

Der 3. Fall betrifft eine Mehrgebärende, in der 32. Woche schwanger. Seit 3 Tagen Wehen, seit 3 Wochen heftige, vage Schmerzen im Becken. Bei der Vaginal-Untersuchung findet sich ein derb-elastischer Tumor, der von hinten rechts her, vom os sacrum ausgehend, das kleine Becken so weit verengt, dass der Durchgang der Frucht unmöglich ist. Der Cervix ist ein breiter, offener Spalt, hochstehend, dicht an die Symphyse gedrängt. Blase nicht gesprungen. Deutliche Wehen, alle 3—5 Minuten.

Diagnose: Sarcoma oss. sacri. Der Kaiserschnitt fördert eine lebende Frucht, die in Steisslage sich befindet, zu Tage. Gewicht 4/½ Pfund, Länge 39 C., Kopfumfang 28 C. — Nach Porro.

Am 2. Tage Temp. 39,0, am 3. Tage 37,3. Nach c. 6 Wochen (im Nov. 1894) wird die Patientin genesen, mit lebendem Kinde entlassen, nachdem sie längere Zeit subfebrile Temperaturen und mässigen Ausfluss von Eiter

aus der Vagina gehabt. Dabei verkleinert sich der Beckentumor ein wenig, ohne sich sonst wesentlich in seiner Consistenz etc. zu verändern.

Im Ganzen wurden 10 Ventrifixationen gemacht, eine wegen mobiler, hartnäckiger Retroflexio uteri, die übrigen 9 wegen Prolapsus uteri totalis. In allen Fällen wurde ausserdem die Kolpoperinaeorrhaphia gemacht, in mehreren die Kolporrhaphia anterior ausserdem hinzugefügt. Der Uterus wurde mit 3—4 Silkwormfäden vorn angeheftet. So weit es sich übersehen lässt, sind die Resultate gut, mit Ausnahme eines Falles, wo der tiefliegende Uterus dermaassen ringsum von Adhäsionen umgeben war, dass er sich schwer lösen und nicht beweglich genug in die Höhe heben liess.

Unter den 44 Ovariotomieen haben wir 3 Todesfälle erlebt. Einmal in Folge von Blutung. Das grosse Cystosarcom, welches 5 Liter dunkelbrauner Flüssigkeit enthielt, war hinten adhärent. Beim Versuch der Lösung riss eine grosse Vene an der Cystenwand ein und die Blutung, die sofort gestillt wurde — durch Tamponade — war doch so gross, dass die 55-jährige Patientin nach 2×24 Stunden starb. Bei der Section erwies sich das Peritoneum als intact ebenso wie die grossen Gefässe des Beckens.

Der 2. Fall: ein linksseitiges grosses Cystosarcom und der rechte sarcomatös entartete Eierstock wurden entfernt. 2 grössere Cysten am Beckenboden konnten nicht entfernt werden. Jodoformgaze-Tamponade der Bauchhöhle. Tod an Sepsis nach 4 Tagen.

Der 3. Todesfall ereignete sich durch langsame Perforation der Darmwand bei Carcinoma intestini et mesenterii und betraf eine erst 32-jährige Frau. Die links in der Tiefe ruhende carcinomatöse, zum Durchbruch reife Dünndarmschlinge wurde für ein krankes Adnex von mir gehalten. Nichts wies auf eine Darmerkrankung hin. Die Pat. war jung, sah nicht cachectisch aus und litt durchaus nicht an irgend welchen Störungen der Darmfunction. Erst die Laparotomie deckte meine Fehldiagnose auf. Dr. Voss hat dann mit grosser Kunst ein 38 Cent. langes Dünndarmstück herausgeschnitten und eine Darm-

naht angelegt, die gut gehalten hat. Denn die Pat. lebte noch 3 Wochen. Sie ging an Inanition zu Grunde. Der durch den unteren, offen gelassenen Wundwinkel in den letzten 14 Tagen abgehende faeculente Eiter stammte aus einer 5 Cent. über der Darmnaht gelegenen Perforationsöffnung, wie die Section nachwies.

Im Uebrigen haben wir fast lauter grosse Ovarialcysten mit ausgedehnten Adhäsionen, auch einige Stieltorsionen erlebt. Unter den 8 Cystosarcomen und Carcinomen haben wir es 3 Mal bei der Probelaparotomie bewenden lassen, 5 mal haben wir mit Glück Alles entfernt und Alle als vorläufig Genesene entlassen können. 9 leichte Operationen betrafen 3 Parovialcysten, 4 Dermoidcysten, 1 uniloculäre Ovarialcyste und 1 kleines Fibroma ovarii. 1 mal war ein Prolapsus uteri durch eine das kleine Becken ausfüllende Ovarialcyste verursacht, nach deren Entfernung der Uterus ventrifixirt wurde. 2 Mal fand sich als Complication ein Uterus myomatosus vor, weshalb ausser der Cyste dann auch das Ovarium der anderen Seite exstirpirt wurde. Die 26 multiloculären Cystome waren fast alle sehr gross und machten Schwierigkeiten wegen der oft festen Adhäsionen. 3 mal waren die Tumoren intraligamentär entwickelt.

Einen Fall mit Stieltorsion erlaube ich mir besonders anzuführen: Eine 24-jährige Jüdin, bei welcher in Petersburg ein mannskopfgrosser Ovarialtumor diagnosticirt worden, erkrankt plötzlich in Dubbeln an acuter Peritonitis. 8 Tage später gerufen finde ich eine abgemagerte anämische Frau mit hochaufgetriebenem, schmerzhaftem Leibe, in dem sich deutlich ein Tumor abtasten lässt. Temp. 37,9. P. 128.

Diagnose: Cystoma ovarii mit Stieltorsion. Nachdem sie mit grosser Mühe nach Riga gebracht worden, finden wir bei der Laparotomie einen Tumor von 15 Pfund Schwere, schwarzbraun, weich, mit blutrother und theerartiger Masse gefüllt. 2 fingerdicker Stiel (Ovarium dextr.) nach rechts fest zusammengedreht. Peritoneum streifig injicirt. In der Bauchhöhle reichlich blutiges Exsudat und Fibringerinsel. Glatter Verlauf, nur subfebrile Temperaturen 14 Tage lang: 37,8—38,1. Vollkommen genesen nach späteren Nachrichten.

Ebenso glücklich wie die Ovariotomieen sind die 16 Adnex-Operationen verlaufen. Wir haben nur eine 23-jährige Frau, die 3 Monate bettlägerig, Jahre lang krank und ganz herabgekommen war, verloren. Es handelte sich um eine beiderseitige Salpingo-oophoritis gonorrhoica. Es gelang, beide Adnexe auszulösen, aber der links bereits stattgehabte Eiter-Durchbruch in das linke Parametrium verursachte eine Peritonitis septica, welcher die Kranke nach 4 Tagen erlag.

Wir fanden 1 mal bei einem Uterus myomatos. retroflexus beiderseits einen Ovarialabscess, 1 mal einen mit dem Beckenboden verwachsenen Hydrosalpinx, der eingenäht wurde, während das andere degenerirte und chronisch-entzündete Adnex entfernt wurde (Gonorrh. Affection bei einer jungen Frau), 1 Oophoritis chron. sin., die einem haselnussgrossen gestielten Myoma uteri adhärirte, 1 mal eine orangengrosse Ovarialcyste statt der diagnosticirten Salpingo-Oophoritis. 5 Mal hatten wir es mit einer Salpingo-Oophoritis chron. gonorrh. zu thun, wo die unsäglichen Leiden zur Operation zwangen. Wir fanden dabei fingerdicke geschlängelte Tuben mit spärlichem, käsigem Eiter. Endlich hatten wir 7 Fälle von Pyosalpinx, alle sicher oder wahrscheinlich — im Wochenbett entstanden.

Die Diagnose und Operation dieser Fälle ist gleich schwer. Ist der Pyosalpinx mit eitriger Parametritis complicirt, so verdoppeln sich die Schwierigkeiten. Die armen Frauen aber, die Monate lang, Jahre lang leiden, oft dem Morphium verfallen — können nach gelungener Operation vollkommen genesen und ein neues Leben beginnen. Nachdem wir eine junge Frau, die sich zur Operation nicht entschliessen konnte, zur Morphinistin gemacht hatten, haben wir sie durch die Operation dauernd hergestellt. Eine Frau, die an den Folgen einer eitrigen Parametritis mit Durchbruch in die rechte Inguinalfalte, über ein Jahr gelitten hatte, haben wir durch die Exstirpation eines orangengrossen rechtsseitigen Pyosalpinx der in dicken Schwarten eingebettet war, vollkommen hergestellt. Sie hat darnach wieder ein Kind geboren.

Eine zweite ist, ebenso behandelt, ganz genesen, und hat bereits 2 Mal wieder geboren. Aber wir haben bei der Auslösung des Pyosalpinx 2 mal, ohne es wissen zu können, die Darmwand verletzt, denn in dem einen Fall fanden wir beim ersten Verbandwechsel, am 12. Tage. einen macerirten Spulwurm auf den Bauchdecken, der durch einen Stichcanal der Bauchdecken dahingelangt war. Das 2. Mal entfernte die Wärterin in der Nacht einen lebenden Spulwurm aus einem eiternden Stichcanal der Laparotomiewunde, wohin er in der 5. Woche nach der Laparotomie seinen Weg nahm. In diesen beiden Fällen ist uns überdies im letzten Moment der orangengrosse Eitersack geplatzt. Dies Alles hat aber den beiden Patientinnen nichts geschadet. — Einmal glaubten wir einen malignen Tumor annehmen zu müssen, schlugen dann bei dem 12. Monate dauernden Leiden eine Probelaparotomie vor. Wir fanden einen kindskopfgrossen Pyosalpinx, mit Dünndarm und Dickdarm, mit der Bauchwand verwachsen. Und doch liess sich Alles trennen und der Eitersack auslösen. Auch dieser platzte und ergoss stinkenden Eiter. Das Offenlassen des unteren Wundwinkels und Jodoformgaze-Tamponade hat aber doch Alles glücklich gestaltet und in 6 Wochen die Genesung herbeigeführt.

2 Mal haben wir einen Pyosalpinx auf der einen und einen Hydrosalpinx auf der andern Seite gefunden, 1 Mal einen Pyosalpinx mit einem Ovarialtumor, ein anderes Mal umgekehrt, verwechselt. Das ist unvermeidlich. Wegen der Unsicherheit der Diagnose ist denn auch der Entschluss zur Operation oft sehr schwer.

Zum Schluss möchte ich in aller Kürze über 3 Symphyseotomieen berichten.

Es handelte sich um Frauen von 28 resp. 30 Jahren aus dem Proletariat, zwei Zweitgebärende und eine Drittgebärende. Die erste hatte eine schwere Zangengeburt mit lebendem Kinde, die zweite eine solche mit todtem Kinde, die dritte zwei Wendungen mit 2 todten Kindern erlebt Die erste operirte ich am 16. Nov. 893, die zweite am 10. Mai 1894, die dritte am 15. Juni 1895. Die beiden ersten brachten die Keime eines Ery-

sipels und einer pyämischen Infection mit, ohne dass ich es wissen konnte, die dritte war aseptisch eingetreten und blieb aseptisch. Nur die zweite hatte kurz vor der Operation erhöhte Temperatur (38,3 C.). Die Conjugata vera betrug bei den ersten Beiden 9 Cent., bei der dritten 8 Cent. (Plattes Becken). Alle 3 Kinder waren ausgetragen, wogen 9 Pfund und hatten einen Kopfumfang von 36 1/2, resp. 37 Cent. Alle 3 Kinder wurden lebend geboren. Das erste Kind, bei welchem ich nach vollzogener Symphyseotomie 4 Stunden lang die Geburt den Naturkräften überliess, sie dann aber mit der Breus'schen Zange, bei hohem Kopfstand, glücklich beendete, starb einige Minuten nach der Extraction. Die beiden anderen Kinder, die ich gleich nach der Operation mit der Breus'schen Zange extrahirte, blieben am Leben. Desgleichen die 3 Mütter, die ich lange darnach vollkommen arbeitsfähig und gehfähig mit gut consolidirter Symphyse gesehen und untersucht habe Die erste wurde 2 1/2 Monate nach der Operation gesund entlassen, nachdem sie wegen des Erysipels, das 24 Stunden nach der Geburt sich zeigte, 24 Tage lang gefiebert hatte. Die zweite verliess das Krankenhaus nach 7 Wochen, nachdem sie ein 18-tägiges, hohes Fieber mit Abscessbildung in der Muskulatur des rechten Oberschenkels etc. überstanden hatte. Die dritte wurde auf eignen Wunsch schon am 14. Tage als genesen entlassen.

In allen 3 Fällen wurde durch die Symphyseotomie die Perforation des lebenden Kindes resp. der Kaiserschnitt umgangen. Vor der Operation wurde in allen Fällen ein schonender Versuch mit der Breus'schen Zange gemacht. In den beiden ersten Fällen wurde die Symphyse ganz durchschnitten (mit geknöpftem Bistouri nach vorausgegangener Ablösung der Blase und Urethra), die sehr starke Blutung sofort mit Jodoformgaze gestillt und erst die Fascie, dann die Haut mit Seide vernäht. Beim ersten Fall versuchte ich die Knochennaht mit starker Seide. Sie riss. Starkes Catgut hatte ich nicht zur Hand. Silberdraht war von Zweifel widerrathen worden. In den beiden anderen Fällen verzichtete ich sowohl auf die Knochennaht, wie auf den Beckengürtel, (Mori-

soni), da ich die Beobachtung gemacht hatte, dass die getrennten Symphysen-Enden gut aneinanderliegen, wenn die Wöchnerin die Seitenlage einhält. Das erste Mal, (wo ich den Schnitt übrigens zu tief herab geführt hatte) klaffte die Symphyse gleich nach der Operation auf 4 Cent., während der Zangenoperation auf 6½ Cent., bei der zweiten Pat. auf 5½ Cent., bei der 3. nur auf 2½ bis 3 Cent. Diesmal hatte ich das Lig. arcuatum versuchsweise nicht durchschnitten und beobachtete dabei eine ganz minime Blutung.

Die zweite Kranke, die 30-jährige Anna Sekling, hat nun das Unglück gehabt, 16 Monate nach der Symphyseotomie an schwerer Dysenterie zu erkranken. Ihr vor Kurzem erfolgter Tod setzt mich in den Stand, Ihnen hier die consolidirte Symphyse, ein eigenartiges, wunderbar festes Gelenk vorzuzeigen, welches ich eigenhändig der Leiche entnommen habe (Demonstration). Wenn Sie dies Präparat betrachten, so wird es Ihnen vielleicht schwer fallen zu glauben, dass diese Symphyse ganz durchtrennt, dass auch das Ligam. arcuatum ganz durchschnitten war, dass diese Symphysen-Enden in Folge des Schnittes auf 5½ Cent. geklafft und sich so fest an einander gefügt haben — ohne Knochennaht. Selbst habe ich mich gewundert, wie leicht sich an der Leiche Blase und Urethra abtrennen liessen. Es war keine irgendwie festere Verwachsung vorhanden, so dass einer zweiten Symphyseotomie gar kein Hinderniss entgegengestanden hätte. Ich glaube, dass keine Empfehlung meinerseits so gut der Symphyseotomie das Wort zu reden im Stande wäre, wie dieses anatomische Präparat, welches ich eigenhändig der symphyseotomirten Anna Sekling entnommen habe. In der That glaube ich, dass die Symphyseotomie — trotz aller Widersprüche — in erster Linie dazu berufen ist, auch dem praktischen Arzt die Möglichkeit zu bieten, in schwierigen geburtshülflichen Fällen, wo bisher nur die Perforation des lebenden Kindes oder der Kaiserschnitt indicirt schien, mit den grossen Kliniken zu concurriren in Bezug auf Erhaltung des Lebens der Mutter und des Kindes.

Die Operation ist nicht schwer. Die oft sehr grosse Btutung ist ganz sicher mit Jodoformgaze-Tamponade zu stillen. Die Knochennaht ist entbehrlich bei Einhaltung der Seitenlage.

Im letzten Jahre sind: (v. Frauenarzt Heft 6 (Juni) pag. 262)
in Italien (Morisoni 3, Novi 1, Carusa 1, Pruzzi 1.)
in Frankreich (Pinard 8, Porak 2, Tarnier 1).
im Deutschen Reich (Leopold 2, Freund 1, Zweifel 1)
in Oesterreich (Velits 1).
in Amerika (Ilwett 1, Herst 1, Brovall 1, Michael 1).

von 15 Operateuren 26 Symphyseotomieen gemacht worden — ohne Todesfall.

11. September 1895.

Ueber Blinddarmentzündung.

Von

Dr. med. Paul Klemm,

Riga.

(Vortrag, gehalten in der Versammlung livländischer Aerzte zu Wenden; Sept. 1895.)

M. H. Obgleich in der Frage der Behandlung der Perityphlitis, die anfangs hochgehenden Wogen sich allmählich besänftigt haben und die ganze Discussion in ein ruhigeres Fahrwasser gelangt ist, sind wir auch heute zu Tage noch über eine ganze Reihe von Fragen, die jenes Gebiet betreffen im Unklaren. Vor allem ist es die Stellungnahme, die die operative Therapie der Blinddarmentzündung einzunehmen hat, über die noch heftig gestritten wird.

Wann, in welchen Fällen und wie sollen wir operiren? Ueber diese 3 Punkte wollen wir versuchen uns Klarheit zu verschaffen.

Wenn auch nicht bestritten werden kann, dass in einzelnen seltenen Fällen das Coecum der Ausgangspunkt jener Erkrankung ist, die wir als Perityphlitis bezeichnen, so muss für das Gros der Fälle doch als schuldige Ursache der proc. vermif. angesprochen werden, aus diesem Gesichtspunkt proponirten ja auch die Amerikaner den ganzen Process Appendicitis zu benennen. So wollen wir denn auch mit einem kleinen Fehler bei der Benennung Perityphlitis nur an jene Erkrankung in der rechten Darmbeingrube denken, die auf eine Affection des Wurmfortsatzes zu beziehen ist. Zunächst wollen wir einmal in cursorischer Weise, die sich bei jener abspielenden pathologischen Vorgänge ins Gedächtniss zurückrufen, die dem klinischen Begriff der Blinddarmentzün-

dung zu Grunde liegen, um gestützt auf diese Erkenntniss die Factoren kennen zu lernen, die im Heilplan Beachtung verdienen, sowie andrerseits den Zeitpunkt zu fixiren, wo die innere Therapie dem Messer des Chirurgen Platz machen muss.

Im Grossen Ganzen können wir sagen, dass alle entzündlichen Veränderungen des Wurmfortsatzes, soweit natürlich nicht dyskrasische Momente wie etwa Tuberculose, Syphilis oder der Strahlenpilz im Spiele sind, auf einen abnormen Inhalt jenes Organes zu beziehen sind, sowie auf die Folgen, die aus dem gestörten Abfluss desselben in den Dickdarm resultiren.

Durch die veränderten Spannungsverhältnisse erwachsen der Wand der Appendix Schäden, die in der ganzen Stufenleiter jener Erscheinungen ihren Ausdruck finden, die mit einfacher Hyperämie und Schwellung beginnend zur Ulceration vorschreitend, allmählich zu Perforation und Gangrän führen.

Aus der Relation dieser Vorgänge zur Umgebung und zum Gesammtorganismus lassen sich die Symptome der Blinddarmentzündung die Gefahren derselben, sowie die therapeutischen Maassregeln ableiten.

In der grössten Reihe der Fälle tritt als pathologischer Inhalt das gesteigerte Secret der Schleimhautdrüsen des Darmanhanges auf. Wir wissen aus den lichtvollen Darlegungen Kümmels und Iversen's, dass gelegentlich ein Katarrh des Dickdarms auf den proc. vermif. überzugehen vermag und in diesem abnorme Secretionszustände anregen kann. Durch Schwellung der Schleimhaut wird die Communication zwischen Dickdarmlumen und dem des Anhanges aufgehoben. Es erhellt daraus, dass die Wand dieses Organes nunmehr 2 Schädlichkeiten ausgesetzt sein wird. Als solche betrachten wir in erster Linie die gesteigerte Spannung derselben, die den Grund zu Ernährungsstörungen in Folge beeinträchtigter Circulation geben kann, ferner aber auch die deletären Einflüsse, die der faulig zersetzte Inhalt auf die pathologisch veränderte Schleimhaut ausüben muss. Für den weiteren Verlauf der Erkrankung kommt jetzt Alles

darauf an, wie bald der Secretionsstrom freien Abfluss in den Dickdarm gewinnt; je früher derselbe eintritt, desto geringer sind die Schädigungen, die die Wand des Wurmfortsatzes erleidet und desto vollständiger wird natürlich auch der Rückgang der Symptome der Blinddarmentzündung sein müssen. Dauert aber die Incarceration des Secrets an und nimmt die Spannung desselben zu, so werden die pathologischen Veränderungen an der Wand des Appendix allmählich intensiver, es tritt Verschorfung der Schleimhaut und nach Losstossung der Schorfe Ulceration auf. Den Schluss bilden locale Necrosen der Wand, die zur Perforation führen. Analog den pathologischen Veränderungen, wird nun nach Rückgang des Krankheitsprocesses am Wurmfortsatz die ursprüngliche Configuration desselben verloren gegangen sein. Während meiner Assistentenzeit bin ich in der glücklichen Lage gewesen, eine Reihe so veränderter Darmanhänge zu sehen. Charakteristisch waren bei allen Caliberschwankungen der Lichtung. Es fanden sich innerhalb des Lumens Stricturen, die ihren Sitz häufig im oberen Abschnitt des Organs hatten. Das über der Verengerung gelegene Stück war kuppelförmig aufgebläht Die Schleimhaut zeigte verschiedene Abnormitäten. Neben derben Narben fanden sich frischere Ulcerationen, in deren Mitte nicht selten Perforation bestand.

Die verhängnissvollen Folgen dieser Vorgänge treten erst durch die Beziehungen des proc. vermif. zur Umgebung zu Tage. Die sich auf der Schleimhaut abspielenden Ernährungsstörungen greifen in der Folge auf die Serosa über, sodass es zu Verwachsungen zwischen dem Wurmfortsatz und der Umgebung, wie benachbarten Darmschlingen, der Bauchwand etc. kommen kann. Auf diese Weise muss natürlich die physiologische Form des Anhanges mehr und mehr verloren gehen.

Es lässt sich leicht verstehen, dass die Gefahr eines Aufflackerns des Krankheitsprocesses, resp. eines Recidivs desselben desto grösser sein wird, je unvollständiger die pathologischen Veränderungen in der Wand des Wurmfortsatzes rückgängig geworden waren. Die Knickungen

des Organes, die Verengerungen oder Unterbrechungen der Lichtung desselben geben immer wieder auf's Neue die Möglichkeit der Absperrung von Secreten mit ihren verhängnissvollen Consequenzen.

Weitere Gefahren erwachsen dem Organismus daraus, dass der Inhalt des Darmhanges, nach Zerstörung der Wand desselben, in die Bauchhöhle zu gelangen und hier Abscessbildung anzuregen vermag. Ich möchte an dieser Stelle der Ansicht einer Anzahl von Autoren entgegen treten, dass jedes Mal bei einer Perityphlitis Abscedirung vorhanden ist. Das ist entschieden unrichtig. Die derben Härten, die sich häufig in der rechten Darmbeingrube nachweisen lassen, sind in einer Zahl von Fällen ganz sicher nicht auf Eiterung zu beziehen; sie sind vielmehr der Ausdruck einer oedematösen Infiltration des lockeren pericoecalen Zellgewebes. Durch die ulcerirenden Vorgänge im Appendix werden zahlreiche Eingangspforten geschaffen, durch welche das ausgebreitete, engmaschige Lymphnetz jener Gegend inficirt wird. Diese Infiltrate schwinden, wie die inneren Kliniker das wissen, sehr häufig, sobald nur der Krankheitsprocess im Darmanhang rückgängig wird. In einer anderen Reihe von Fällen freilich folgt die Abscessbildung. Dank der enormen Plasticität des Bauchfells aber sind die Eiterungen häufig abgekapselt.

Wenn wir einerseits das abnorm gesteigerte Secret des Darmanhanges als Ursache der Erkrankung ansehen müssen, so kann aber andrerseits auch fremder Inhalt desselben als Ausgangspunkt pathologischer Veränderungen dienen.

Besonders häufig sind es feste, eingedickte Kothbröckel sog. «Kothsteine», «Coprolithen», die zu Verschwärungsprocessen der Wand führen. Hier finden sich Abscesse häufiger, in denen dann gelegentlich sich das Concrement nachweisen lässt. Bisweilen aber ist auch, wie ich das gesehen habe, der ganze Wurmfortsatz brandig zerstört, und der Stein liegt im kothigen Eiter in der freien Bauchhöhle, wenn nicht durch peritoneale Verklebungen der Propagation der Infection eine Barriere gesetzt ist.

Von der Schwere und Ausdehnung der pathologischen Veränderungen am Appendix hängt nun auch das klinische Bild der Perityphlitis ab.

Als häufigster Typus tritt uns jene Form entgegen, die ihren Grund in der Secretionsverhaltung hat, deren ich Erwähnung that. Diffuse Schmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung, starke Schmerzhaftigkeit in der rechten Darmbeingrube charakterisiren dieselbe. Meist ist auch dabei ein Tumor palpabel. Mit Herstellung der Passage können die Symptome schwinden. Es kann so, wie ja die inneren Kliniker häufig genug zu beobachten Gelegenheit haben, völlige restitutio ad integrum erfolgen. Dieselbe ist sogar nicht selten eine dauernde.

Schreiten aber die pathologischen Processe auf der Schleimhaut des Wurmfortsatzes weiter fort, führen sie zu Ulceration und Gangrän, so gehen die klinischen Erscheinungen nicht zurück. Je nach Ausdehnung und Sitz der Erkrankung sehen wir mannigfache Bilder auftreten.

Tritt ein Erguss der Contenta des Wurmfortsatzes in die freie Bauchhöhle ein, so haben wir die Zeichen der perforativen Peritonitis. Kommt es zur periappendiculären Eiterung, so haben wir es mit langwierigen fieberhaften Zuständen zu thun. Die Schmerzhaftigkeit in der rechten Darmbeingrube lässt nicht nach, der Tumor geht nicht zurück, der Stuhlgang ist behindert und der Kranke kommt mehr und mehr herunter. Oder aber die Symptome der Pyämie, durch Aufnahme inficirter Emboli in den Pfortaderkreislauf beherrschen den Krankheitsverlauf.

Abscedirung in Leber, Niere und Hirn lassen sich nachweisen und drücken dem Krankheitsbilde charakteristische Züge auf. Wir sehen also, wie mannigfaltig die Symptome sein können, je nach Sitz, Art und Ausdehnung der pathologischen Processe im Wurmfortsatz.

Wie soll sich nun der Chirurg zu diesen stellen? Lässt sich bestimmen in welchen Fällen und in welchem Moment das Messer interveniren soll?

Zunächst möchte ich mich dahin äussern, dass ich den Standpunkt mancher Chirurgen nicht zu theilen vermag, die jeden Fall von Perityphlitis als Object des Messers betrachten. Ich halte daran fest, dass ein grosser

Theil der Krankheitsfälle bei der bisher üblichen exspectativen Therapie völlig und dauernd ausheilt. Jener Uebereifer in der Anwendung des Messers hat seinen Grund in einer nicht richtigen Beurtheilung der pathologischen Verhältnisse. Es wurde von vielen Seiten die Ansicht proclamirt, dass sich in jedem Fall von Blinddarmentzündung Eiterbildung fände, und wo diese bestände, sei eben der Chirurg und das Messer das einzig zustehende Forum. Dass diese Ansicht eine irrige ist, habe ich nachzuweisen versucht. Wir haben jedenfalls in Riga bei einer grösseren Zahl von Operationen wegen Perityphlitis nur in einer beschränkten Anzahl derselben Eiter gefunden. Diejenigen Formen, die man zweckmässig als Appendicitis simplex (Sonnenburg) bezeichnet, verliefen ohne Eiterung.

Wenn ich im Grossen Ganzen den Moment der chirurgischen Intervention bezeichnen möchte, so darf ich mich vielleicht dahin aussprechen, dass nur in den Fällen, wo sich im Verlauf einer Blinddarmentzündung bedrohliche Complicationen einstellen oder dieselbe gleich anfangs mit so schweren Symptomen einsetzt, dass Gefahren für den Organismus bestehen das Messer in sein Recht treten darf.

Greife ich wieder auf unsere erste Gruppe, die mir das klassische Paradigma der in Rede stehenden Erkrankung zu sein scheint, zurück, so halte ich es für falsch, hier sofort operativ einzugreifen. Wir werden zunächst abwarten und den Rückgang des Processes mit den Mitteln anzustreben versuchen, die uns die innere Medicin an die Hand giebt. In einem Theile der Fälle gelingt dieses sicher und die Heilung ist eine dauernde. In einem anderen freilich treten Recidive ein, durch welche ja gerade diese Form der Blinddarmentzündung charakterisirt ist. Ihren Grund hat diese Thatsache, wie schon oben aus einander gesetzt wurde, in der Aenderung der anatomischen Configuration, die der Wurmfortsatz bei jeder Attacke erfährt. Wir müssen es als einen grossen Segen betrachten, dass wir in der operativen Therapie

dieser Fälle ein Mittel besitzen den Kranken dauernd von seinen Beschwerden zu befreien. Wir werden den operativen Eingriff in Vorschlag bringen, sobald sich die recidivirende Natur des Leidens declarirt hat, denn erstens setzt jede neue Attacke den Patienten doch immerhin gewissen Gefahren aus und zweitens werden die Anfälle den Kranken doch schwächen und in grösserem oder geringerem Maasse für seine Berufsthätigkeit untauglich machen. Die Operation besteht in der Aufsuchung und Resection des processus vermif. Dieselbe soll womöglich stets im recidivfreien Intervall stattfinden, weil jede Attacke mit entzündlichen Vorgängen um den Wurmfortsatz verknüpft ist, die leicht die Veranlassung zu einer Infection der Bauchhöhle geben können, wenn während der Acuität des Processes operirt wird.

Wann soll nun der Eingriff unternommen werden? Diese Frage ist für alle Fälle nicht gut zu beantworten. Die Operation wird davon abhängig sein, wie sehr der Patient durch die Anfälle beeinflusst worden ist, ob sich dieselben oft wiederholen und den Kranken sehr herunterbringen und in letzter Linie von den Anforderungen, die der Kranke an das Leben stellt, sowie von den Pflichten, welche letzteres von ihm verlangt. Wir Aerzte sind jedenfalls berechtigt den Eingriff vorzuschlagen, sobald die recidivirende Natur des Leidens klar ist. Mit grossen Gefahren ist die Operation nicht verknüpft, dieselben sind jedenfalls geringer als die, welche dem Kranken bei jeder neuen Attacke drohen. Falls im freien Intervall eingegriffen wurde, sind die Gefahren sicher nicht grösser, als die bei einer Ovariotomie.

Wenn dieses die operative Therapie bei der chronischen Form der recidivirenden Blinddarmentzündung ist, so fragt es sich jetzt, wann wir bei den acut verlaufenden Fällen eingreifen? Wir können hier 3 Gesichtspunkte aufstellen:

1) Bei der Entstehung extraappendiculärer Eiterung. Die Abscesse können in nächster Nähe des Wurmfortsatzes gelegen sein, andrerseits aber werden dieselben auch weit ab von der gewöhnlichen Lage des

Wurmfortsatzes getroffen. Erklärt wird dieses Factum durch die eminent inconstante Position dieses Organes.

2) In Fällen, wo es wahrscheinlich ist, dass die Ernährungsstörungen auf der Schleimhaut des proc. vermif. progredient sind und die Gefahren der perforativen Peritonitis oder der embolischen Pyämie bestehen.

3) Bei Perforation des Wurmfortsatzes und septischer Bauchfellentzündung.

Leider lässt sich in jedem dieser drei Fälle nicht immer mit genügender Sicherheit die Diagnose stellen. Am durchsichtigsten liegen die Verhältnisse bei der perforativen Perityphlitis. Intensive Schmerzen, die von der rechten Darmbeingrube aus über den Leib ausstrahlen, Collaps, kleiner frequenter Puls, sowie das plötzliche Einsetzen des ganzen Processes werden uns meist auf die richtige Fährte bringen. Ist die Sachlage erst richtig aufgefasst, so soll die Laparotomie schleunig folgen, da nur in einer sehr frühzeitigen Operation eine geringe Aussicht auf Erfolg beruht.

Die Symptome, welche uns anzeigen, dass die necrotisirenden Vorgänge im Wurmfortsatz fortschreiten und zu bedenklichen Consequenzen Veranlassung geben können, sowie die Etablirung peri- und paraappendicularer Eiterdepôts sind sehr schwankend. Im Grossen Ganzen werden wir in solchen Fällen an eine chirurgische Intervention denken, wo sich das Abklingen des ganzen Processes ungebührlich lange hinzieht, wo während des Rückganges der Symptome eine plötzliche Steigerung derselben eintritt oder dort wo einzelne Symptome eine excessive Höhe erreichen.

Setzt die Erkrankung z. B. mit Schüttelfrost und hohem Fieber ein, wiederholen sich die Fröste und besteht intensive Schmerzhaftigkeit, so werden wir daran denken müssen, dass die necrotischen Vorgänge progredient sind, dass sie möglicherweise schon zu einer Perforation der Wand geführt haben und durch die Operation die Entfernung des Kranken anzustreben und einen Schutz der Bauchhöhle auszuüben versuchen. Ebenso wird man verfahren müssen, wenn das Fieber sich längere Zeit auf

grösserer Höhe hält oder nach einer Remission wieder zu steigen beginnt. In diesen Fällen liegt der Gedanke nahe, dass wir nicht im Stande sind, durch abwartende Therapie die Gefahren hintanzuhalten, die dem Organismus von den pathologischen Processen im Wurmfortsatz her drohen.

Als ideales Ziel bei der Operation schwebt uns natürlich die Resection der Wurzel des Uebels, des processus vermiformis vor. Wo sich dieselbe vornehmen lässt, ohne dass wir genöthigt sind, viel in den entzündlich veränderten, durch fibrinöse Ausschwitzungen verklebten Theilen herumzugraben soll dieses natürlich geschehen. Wo nicht beschränkt man sich auf die Incision und Entleerung des Eiters. Späterhin, wenn die entzündlichen Vorgänge rückgängig geworden sind, sind wir in der Lage, den Wurmfortsatz aufzusuchen und zu exstirpiren.

Ueber die Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche.

Von

Dr. med. Wilhelm Greiffenhagen.

Vortrag, gehalten auf dem VII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden.

M. H.! Die Versammlung livländischer Aerzte hat stets den Zweck verfolgt, Themata zur Discussion zu bringen, welche allgemeines Interesse, besonders auch das Interesse der auf dem Lande praktizirenden Collegen zu erregen geeignet sind. Zu diesen Themata gehört unstreitig auch die Lehre von den Eingeweidebrüchen, nicht allein weil das Bruchleiden überhaupt sehr verbreitet ist, sondern auch, weil die damit Behafteten schweren Arbeitsstörungen, ja eigentlich auch jeden Augenblick der Gefahr einer Einklemmung unterworfen sein können. Die Zahlenabgaben über die Häufigkeit der Brüche sind zur Zeit noch recht unsicher. So nehmen Arnaud[1]) und Malgaigne an, dass auf ca. 8 –13 Gesunde ein Bruchkranker kommt, während Wernher für England das Verhältniss von 1 Bruchkranken auf 110 Gesunde fand. Man wird nicht fehl gehn, wenn man annimmt, dass unter je 30—40 Menschen für die Gesammtbevölkerung der Erde sich ein Bruchkranker findet. Diese Zahlen beweisen die ungeheure Verbreitung der Bruchkrankheit. Wenn man noch erwägt, dass das männliche Geschlecht etwa 4 mal so häufig befallen ist, als das weibliche und ferner bedenkt, dass grade während der Zeit der vollentwickelten Arbeitskraft zwischen dem 25. und 40. Jahre am häufigsten Hernien beobachtet werden, so wird einem

[1]) Citirt nach Graser. Die Unterleibsbrüche (1891) pag. 252.

die grosse Bedeutung der Frage klar, auf welche Weise die ärztliche Kunst den Bruchkranken von seinem Leiden befreien, oder ihm doch wenigstens Erleichterung zu verschaffen vermag.

Von Alters her ist man bestrebt gewesen die Heilung auf unblutigem Wege anzustreben. Unter den zahlreichen Mitteln steht, was die Häufigkeit der Anwendung anbetrifft, das Bruchband oben an. Für die gewöhnlichen Brucharten Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüche hat man Bandagen construirt, die, nach vorheriger Reposition des Bruches, durch constanten Druck auf die Bruchpforte den Bruch nicht allein dauernd zurückhalten, sondern auch durch allmähliche Verkleinerung und schliessliche Verödung des Bruchcanals die Heilung anstreben sollten. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass dies in vielen Fällen, namentlich im Kindesalter, gelingt, so trotzt doch weitaus die grössere Mehrzahl der Hernien einer solchen Behandlung, denn ein gut sitzendes, zweckentsprechendes Bruchband zu verfertigen ist eine Kunst, die nicht jeder Bandagist erlernt, es sind daher nur wenige Bruchkranke in der Lage sich ein gutes Bruchband zu verschaffen. Aber auch die bestconstruirte Bandage kann nicht verhindern, dass mitunter bei forcirten Bewegungen (Husten, Niesen, Turnen) eine Lücke entsteht, durch welche Eingeweide in den Bruchsack schlüpfen, resp. die Bauchhöhle verlassen können. So bleibt denn das Bruchband ein palliatives Mittel, das nicht mit Sicherheit jeden Bruch zur Heilung bringt, immerhin wird man in frischen Fällen eine Zeit lang Versuche damit machen und erst bei ausbleibendem Erfolge seine Zuflucht zu anderen Mitteln nehmen, unter denen ich nur die Alcoholinjectionen in die Umgebung der Bruchpforte (nach Schwalbe) nenne, die in einer grösseren Zahl von Fällen doch noch zur Heilung geführt haben sollen. Nur beiläufig will ich der Cauterisationen mit Glüheisen und Aetzmitteln, der percutanen Ligatur, der goldenen und königlichen Naht, der Wutzer-Rothmundschen Invaginationsmethode erwähren. Sie alle haben nur noch historischen Werth, denn seit der antiseptischen Aera wird fast ausschliesslich die blutige Methode der Radicaloperation

und zwar wohl immer mit Eröffnung des Bruchsackes geübt.

Während man früher ängstlich bestrebt war, die Eröffnung des Peritoneum zu vermeiden, gilt es jetzt fast als Unterlassungssünde, wenn man aus Furcht vor Infection verabsäumt sich nach Spaltung des Bruchsackes über die gelungene Reposition des Inhaltes durch Ocular- und Digitalexploration genügend zu orientiren. So hat auch auf diesem Gebiete die Lister'sche Entdeckung einen völligen Umschwung in der Behandlung hervorgerufen.

Es kann nun nicht meine Aufgabe sein, Ihnen über sämmtliche Methoden der Radicaloperation zu berichten, wie sie vor und nach Einführung der Anti- und Asepsis geübt worden sind und noch geübt werden, ich möchte mich heute darauf beschränken die Technik der gangbarsten Operationsverfahren an nicht eingeklemmten Brüchen, deren Endresultate und die sich hieraus ergebenden Indicationen etwas näher zu beleuchten.

Im Allgemeinen verfolgen alle Methoden ein und dasselbe Ziel: dauernde Reposition des Bruches und dauernden Verschluss der Bruchpforte. Schon im Alterthum suchte man dieses Ziel auf operativem Wege zu erreichen und es giebt aus der römischen Zeit genaue Vorschriften für die Ausführung der Herniotomie. Galen, Celsus und Heliodorus[2]) schonten den Hoden und trugen den Bruchsack theils mit dem Messer, theils mit dem Glüheisen ab. Paul von Aegina dagegen führte mit der Radicaloperation auch stets die Castration aus und gab dadurch Veranlassung, dass die Radicaloperation arg in Misscredit gerieth und im Mittelalter nur wenig von Aerzten geübt wurde.

Erst seit dem 16. Jahrhundert begann man wieder sich mit der Frage der Radicaloperation zu beschäftigen, zunächst freilich nur im Anschluss an die Operation eingeklemmter Brüche, während die Radicaloperation im modernen Sinne erst seit Einführung der Antiseptik an Boden gewann, seitdem man unter ihrem Schutze die Naht des Bruchcanals und der Haut methodisch brauchen lernte.

---

[2]) u. Graser. l. c. pag. 261 ff.

Die verschiedenen Arten der Brüche: Leisten-, Schenkel-, Nabel- und sonstige Bauchbrüche haben in therapeutischer Hinsicht das miteinander gemein, dass ihre Radicaloperation, wie schon erwähnt, darauf hinzielt, nach Reposition des Bruchinhaltes (sei es nun mit Erhaltung oder Exstirpation des Bruchsackes) die meist erweiterte Bruchpforte auf die Dauer derart zu schliessen, dass sich kein neuer Bruch bilden kann. Die einfachste Methode der Radicaloperation des Leistenbruches, und zwar des äusseren oder schrägen, von den wir zunächst reden — ist das alte Verfahren des Heliodorus: Spaltung der Bruchhüllen bis auf den Bruchsack, stumpfe Lösung und Spaltung desselben behufs Revision des Inhaltes. Liegt letzterer frei im Bruchsack, so wird er in die Bauchhöhle reponirt, im Falle Verwachsungen vorliegen, müssen dieselben getrennt werden. Mitunter stösst diese Art der Herniotomie auf grosse Schwierigkeiten, namentlich bei grossen, alten Brüchen, deren Inhalt so feste Verwachsungen haben kann, dass man genöthigt wird, ausgedehnte Netz- und Darmresectionen zu machen.

Ich habe in einem Falle von Leistenbruch fast das ganze grosse Netz, in einem anderen Falle, von alter Cruralhernie ca. 20 Ctm. Dünndarm reseriren müsssen, um an diesen Fällen nicht eingeklemmter Brüche die Radicaloperation ausführen zu können. Beide Fälle heilten übrigens reactionslos.

Nach Reposition des Inhaltes wird der Bruchsack möglichst nahe dem inneren Leistenring im Halstheil abgeschnürt und vor der Ligatur abgetragen. Die nun folgende exacte Naht der Bruchhüllen und Haut ist eine Errungenschaft der neueren Zeit. Dieses Verfahren hat den Fehler, dass die Bruchpforte, ein wichtiger Punkt, unberücksichtigt bleibt. Daher zielen alle neueren Versuche darauf hin, nicht allein den Bruchsackhals möglichst nahe dem Peritoneum zur Verödung zu bringen, sondern auch die Bruchwege — Canal und Pforte — sicher zu schliessen, wobei unter allen Umständen versucht werden soll, den Samenstrang zu erhalten, was durch sorgfältige stumpfe Lösung des Bruchsackes selbst bei ange-

borenen Hernien wohl meist gelingt. Ist aber der Samenstrang fächerförmig ausgebreitet und gelingt die stumpfe Trennung nicht, so muss man einen Theil des Bruchsackes zurücklassen, indem man parallel den Samenstranggebilden zwei Längsschnitte und über dem Hoden einen Querschnitt führt.

Dieser so gewonnene Theil des proc. vaginalis peritonei kann über dem Hoden umgeklappt. vernäht und zu einer tunica vaginalis propria umgeformt werden.

Neuerdings hat man bei grossen Brüchen den Bruchsack in anderer Weise behandelt. Die stumpfe Lösung grosser Bruchsäcke aus dem Scrotum hat nämlich nicht selten eine Nachblutung und im Anschluss daran eine langwierige Eiterung der im Hodensack gelegenen Bruchhüllen zur Folge, die auch durch Drainage des letzteren durch eine besondere Contraapretur sich nicht immer vermeiden lässt. Diesen Uebelstand kann man umgehen, wenn man den Bruchsack im Halstheil wie üblich isolirt, durchtrennt und den im Scrotum verbleibenden Rest des Bruchsackes mit Jodoformgaze tamponirt, ganz wie bei der Hydrocelenoperation. Allerdings verzichtet man dabei von vornherein auf völlige prima intentio.

Die möglichst hohe Ligatur des Bruchsackes sucht Lucas-Championnière in folgender Weise zu erreichen: Freilegung und Isolirung des Bruchsackhalses hoch oben bis zur trichterförmigen Peritonealeinstülpung, durch starkes Hervorziehen des Brucksackes ermöglicht, Abtragung des Sackes innerhalb des Peritoneum, also noch oberhalb des inneren Leistenringes Nach Reposition des Stumpfes zieht sich das Bauchfell soweit zurück, dass kein infundibulum mehr nachbleibt. Naht der Bruchpforte und Haut schliessen die Operation.

Ball[4]) hat die Torsion des Bruchsackhalses eingeführt. Er fast den isolirten weit vorgezogenen Bruchsack mit einer Balkenzange, torquirt ihn 3—4 mal um seine Längsachse, bis er im Begriff ist einzureissen, unterbindet ihn dann, trägt den Sack vor der Ligatur ab und

[3]) n. Lauenstein. Archiv f. Chirurgie. Bd. 40. pag. 640.
[4]) n. Graser. l. c. pag. 225.

vernäht die Bruchpforte in der Art, dass er den torquirten Stumpf mit in die Naht hineinnimmt.

Barker[5]) verfährt in der Weise, dass er die Fäden des hoch oben ligirten Bruchsackes mit Nadeln armirt und sie vom inneren Leistenring aus durch die Bauchwand stösst um sie hier zu knüpfen, während der linke Zeigefinger den Stumpf möglichst nach oben drängt.

Macewen[6]) legt den völlig isolirten Bruchsack durch eine dicke Catgutnaht in mehrere Querfalten und führt den so zusammengeballten Propf bis hinter den inneren Leistenring, nachdem hier das Bauchfell stumpf gelockert worden ist. Es soll der Propf zwischen Peritoneum und Bauchwand mit einigen Nähten fixirt und darauf der Leistencanal durch eine Art Matratzennaht geschlossen werden.

Trendelenburg[7]) geht noch einen Schritt weiter und löst von der Symphyse ein Knochenplättchen mit Periost- und Muskelansätzen und implantirt dasselbe durch Nähte in den inneren Leistenring um einen festen organischen Verschluss herbeizuführen. Andere Operateure, wie Nussbaum[8]), Czerny[8]), Schede[8]) spalten den Bruchsack, vernähen den Halstheil mit fortlaufender Tabaksbeutelnaht, wobei Czerny[8]) noch eine Anzahl Nähte an die einander zugekehrten serösen Flächen des Bruchsackes legt und die Pfeiler des äusseren Leistenringes — nach dem Vorgange von Steele — durch eine gekreuzte Miedernaht schliesst.

Küster[9]) ligirt den Bruchsack am inneren Leistenring, trägt ihn ab und schliesst den Leistencanal durch 3—5 Silberdraht- oder Seidennähte, welche über dem eingeführten Finger angelegt werden; dann folgt möglichst

---

[5]) n. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1893. p. 360.
[6]) n. Lauenstein. Arch. f. klin. Chir Bd. 40. pag. 639.
[7]) Centralbl. f. Chirurgie 1890. (Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. pag. 61).
[8]) n. Mosetig-Moorhof. Handbuch d chir. Technik. Th. II. pag. 386. Graser l. c., Haidenthaller. Arch. f. klin. Chir. Bd. 40. pag. 493.
[9]) n. Büngner. Zur Radicaloperation der Hernien. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 38. pag. 549.

exacte mehretagige Naht der Bruchhüllen und der Haut, ohne Drainage.

Eines ausserordentlichen Beifalles erfreut sich die Methode Bassini's[10]). Dieser geht von dem Grundsatze aus, dass die Radicaloperation die Herstellung möglichst physiologischer Verhältnisse bezwecken soll. Da nun der dem Samenstrang folgende Bruchsack den Leistencanal aus einem engen, schräg verlaufenden, Canal in einen weiten, grade von hinten nach vorn verlaufenden verwandelt, den inneren Leistenring, sowie die Schenkel des äusseren weit auseinander drängt, so muss es das Bestreben des Chirurgen sein, den Leistencanal durch Umformung seiner Wandungen und Oeffnungen zur Norm zurückzuführen derart, dass, wie beim Gesunden, die vordere und hintere Wand bei Anprall der Eingeweide sich klappenförmig aneinanderlagern.

Bassini theilt sein Operationsverfahren in 4 Acte: I. Act: Spaltung der Haut über dem Leistencanal, etwa einen Fingerbreit oberhalb des lig. Pouparti entsprechend den inneren 2 Dritteln desselben bis zum Anfang der Scrotalhaut. Bloslegung der Aponeurose des musculus obliq. extern. und des äusseren Leistenringes. II. Act: Nach Spaltung der Aponeurose des obliq. extern. bis zum inneren Leistenring, wird dieselbe in zwei Lappen nach oben und unten abpräparirt und der Bruchsackhals mit dem Samenstrang stumpf aus dem Leistencanal herausgehoben.

Nach sorgfältiger stumpfer Isolirung dieser beiden Elemente von einander wird der Bruchsackhals möglichst weit vorgezogen und der ganze Bruchsack aus dem Scrotum herausgeschält. Incision des Bruchsackes, Reposition des Inhaltes und Anlegung einer Ligatur um den Bruchsackhals nach Torsion desselben und Abtragung des Bruchsackes vor der Ligatur.

Der Stumpf zieht sich weit zurück ohne eine Einstülpung des Peritoneum zu hinterlassen. III. Act: Der Samenstrang wird nur nach aussen oben geschlagen und

[10]) Ueber die Behandlung des Leistenbruches. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 40. pag. 429.

durch starkes Abziehen des unteren Lappens der Apon. obliqu. extern. der hintere Rand des Poupartschen Bandes freigelegt. Alsdann werden musc. obliqu. intern, m. transversus und fascia transversa, sowie der äussere Rand der musc. rectus abdom. vom obliq. extern und vom subserösen Fett abpräparirt, bis sie sich dem Poupartschen Bande nähern lassen, um mit dessen hinterem Rande ca. 5—7 Ctm. weit vernäht zu werden. Dadurch wird der innere Leistenring verkleinert, die hintere Wand des Leistencanals wiederhergestellt und der Samenstrang nach aussen gerückt. Im IV Acte wird der Samenstrang auf die neugebildete hintere Muskelwand zurückgelagert und die Aponeurose des obliqu. extern. über demselben dicht vernäht, einen nur so kleinen Schlitz zwischen den Schenkeln des äusseren Leistenringes offen lassend, dass der Samenstrang frei passiren kann. — Endlich Hautnaht, in der Regel ohne Drainage. Bassini benutzt als Nahtmaterial Seide und legt überall Knopfnäthe an.

So vortrefflich die Resultate der Bassini'schen Operationsmethode auch sind, so glaubt Frank[11]) doch noch einen schwachen Punkt derselben verbessern zu müssen, nämlich die Versorgung des Samenstranges. Derselbe soll, nach Frank's Ansicht, den Leistencanal am besten gar nicht mehr passiren, damit man diesen völlig schliessen könne. Zu diesem Behufe operirt Frank zunächst genau den Vorschriften Bassini's folgend, fügt aber dem 3. Act noch folgendes hinzu: Es wird eine ca. 2 Cm. lange Incision durch das Periost des horizontalen Schambeinastes bis auf den Knochen geführt, das Periost mit den Ansätzen des rectus stumpf abgehoben und mit einem bajonettförmig gekrümmten Hohlmeissel eine Rinne in's os pubis gemeisselt, welche bequem den kleinen Finger aufnimmt. In diese Rinne wird der Samenstrang gelegt und über demselben das Periost durch 2—3 Nähte geschlossen. Lateralwärts liegt der Samenstrang bis hinauf zum inneren Leistenring direct auf dem subserösen Fett und die ganze muskulös-aponeurotische

[11]) Ueber die Radicaloperation von Leistenhernien. Wien, Safar. 1893.

Bauchwand wird über resp. vor dem Samenstrang mit dem Poupart'schen Bande vernäht. Frank will auf diese Weise den Samenstrang ganz aus dem Leistencanal verbannen und letzteren vollständig zur Obliteration bringen.

Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Methode etwas sehr bestechendes hat, nur wird die Zukunft lehren müssen, ob nicht durch Callusbildung im neugebildeten Canal der Samenstrang comprimirt werden kann. Frank hat in seinen 32 bisher publicirten Fällen diese Eventualität nicht erlebt, und kann bisher nur Günstiges berichten. Auch meinen beiden Fällen, die ich nach Frank operirt, lässt das Endresultat nichts zu wünschen übrig.

Gleichzeitig mit Frank hat Wölfler[12]) neuerdings vorgeschlagen den Hoden durch den Spalt zwischen den musc. recti abd. hindurch ins Scrotum zurückzulagern. Im Uebrigen ähnelt sein Verfahren demjenigen Bassinis, nur näht Wölfler die Muskelschichten einzeln, je nach dem Grade ihrer Spannung an's Poupart'sche Band. Den Bruchsack versorgt er durch Czernysche Nähte im Halstheil und Verschorfung der serösen Flächen mit dem Paquelin.

Alle diese, die Spaltung des Leistencanals voraussetzenden Methoden haben sich bewährt, so lange die Operationswunde per primam intentionem heilt, wenn aber Eiterung eintritt, — ein Ereigniss, das leider nicht zu den Seltenheiten gehört — so wird statt der erstrebten muskulös-aponeurotischen Wand, eine anfangs zwar derbe, später aber allmählich erschlaffende Narbe erzielt, die mit der Zeit nachgiebig wird und einem Recidiv Vorschub leisten kann. Diese Erfahrung hat Kocher[13]) veranlasst sowohl die bisher gangbaren Methoden als auch seine eigene «tiefe Kanalnaht» zu verlassen und die sogen. «Verlagerungsmethode» d. h. die Verlagerung des Bruchsackhalses in folgender Weise zu üben:

Hautschnitt einen Fingerbreit über dem Poupartschen Bande, parallel den inneren 2 Dritteln bis zum Ansatz

[12]) u. Frank l. c. und Büngner l. c.

[13]) Chirurg. Operationslehre. 1894. pag. 157 und Arch. für klin. Chirurgie. Bd. 50. pag. 170.

des scrotum. Nach Freilegung der Aponeurose des obliq. extern. wurden die den Bruchsack deckenden Hüllen, namentlich cremaster und fascia infundibiliformis oder transversa vom äusseren Leistenring aus sorgfältig gespalten und der Bruchsackhals stumpf von den Gebilden des Samenstranges möglichst sauber isolirt. Es folgt die Ausstülpung des Bruchsackes aus dem Scrotum, die bei acquirirten Hernien meist ohne Schwierigkeiten gelingt.

Bei offenem proc. vaginalis muss man das zur Schonung des Samenstranges und zur Bildung einer tunic. propr. nöthig Stück reseciren. Die weitere Behandlung des Bruchsackes ist das Originelle des Kocher'schen Verfahrens: Nachdem der Bruchsack, namentlich der Halstheil, bis zum inneren Leistenring isolirt und der Inhalt reponirt worden ist, macht man lateralwärts vom inneren Leistenring eine kleine Incision in die Aponeurose des obliq. extern., führt darauf eine schlanke Kornzange durch diesen Schlitz, den obliqu. intern. durchbohrend, entlang der vorderen Wand des Leistencanals durch diesen hindurch bis vor die äussere Bruchpforte, erfasst dort den Grund des Bruchsacks und zieht den gesammten Bruchsack entlang dem Leistencanal durch die künstliche Oeffnung bis vor die vordere Bauchwand.

Während nun nach der neuesten Modification der Verlagerungsmethode ein Assistent den Bruchsack in der Richtung zur spina anterior superior. stark anzieht, wird der Bruchsackhals an der Durchtrittsstelle durch den Muskelschlitz durch eine Naht fixirt, welche obliq. extern. int., und Bruchsack auf einmal fasst. Dadurch wird der Bruchsack geschlossen und das Peritoneum lateralwärts gespannt, so dass das infundibulum verstreicht. Zwei weitere Nähte befestigen in derselben Weise das lateralwärts gelegene Stück des Halses, worauf der Bruchsack abgetragen wird. Es folgen medialwärts noch 3—4 tiefe, den ganzen Leistencanal, unter Schonung des Samenstranges umgreifende Nähte bis zu den Schenkeln des äusseren Leistenringes, welche so weit vereinigt werden, dass grade noch der Samenstrang passiren kann. Hautnaht — und bei grösseren Brüchen — Glasdrainage schliessen die Operation.

Bei den Radicaloperationen äusserer Leistenbrüche bei Kindern hält Karewski[14]) den Verschluss des Leistencanals für überflüssig, weil erfahrungsgemäss schon durch einen directen Druck auf der Bruchpforte oft Heilung eintritt. Daher vereinfacht Karewski das Verfahren folgendermaassen: Nach Freilegung und Isolirung des Bruchsackes, Incision desselben und Reposition des Inhaltes, wird der Hals torquirt, der Bruchsack abgeschnitten und der Stumpf versenkt, ohne besonders fixirt zu werden. Nun wird der Leistencanal bis zum inneren Leistenring mit Jodoformgaze tamponirt, die Haut wurde durch Nähte geschlossen und am medialen Wundwinkel der Jodoformgazestreifen herausgeleitet. Der Tampon wird am zweiten Tage durch ein kurzes Drainrohr ersetzt, welches am 5. Tage entfernt wird. Meist tritt in ca. 10 Tagen complete Heilung ein. Selbst bei 5 Kindern die bei bestehendem Keuchhusten operirt wurden, genügte dieser einfache Verschluss.

Broca[15]) dagegen, dem eine grosse Erfahrung aus dem Trousseau'schen Kinderspital zur Seite steht, vernäht auch bei kleinsten Kindern stets den Leistencanal mit 2 3 Nähten schliesst die Hautwunde mit Silkwormvollständig und legt einen dicken Gazeverband an.

Aus der grossen Zahl der verschiedenen Operationsverfahren habe ich nur die wichtigsten hervorgehoben. Ein jeder Autor will mit seiner Methode gute Resultate erzielt haben und hat Nachahmer gefunden, welche gleich Gutes berichten. Viele Wege führen nach Rom und so wird ja auch der Leistenbruch nach mehr als einer Methode gefahrlos und erfolgreich operirt werden können.

Gerade aber in Bezug auf Gefahrlosigkeit und Sicherheit, verbunden mit dem Vorzug der Einfachheit scheint mir Kocher's modificirte Verlagerungsmethode obenan zu stehn. Allerdings ist das Material noch nicht gross. Es sind bisher 29 Fälle von Beresowsky[16]) und 5

[14]) Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters 1894. pag. 536 u. Deutsche med. Wochenschr. 1894. pag. 839.
[15]) G. Gordon. Deutsche med. Wochenschr. 811.
[16]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 40. pag. 295.

von Karewski veröffentlicht worden, denen ich noch 12 eigene hinzufügen kann. Freilich hat auch das Kocher'sche Verfahren gewisse Nachtheile: nämlich die relativ häufig beobachtete locale Eiterung in Folge von Stumpf- oder Fasciennecrose. Kocher hat sie 2 mal beobachtet, ich habe in einem Falle die Ausstossung des ganzen Stumpfes, in einem zweiten eine mässige locale Eiterung und in zwei weiteren Fällen die Bildung eines flectuirten Heerdes erlebt, der spontan, ohne Fieberbewegungen resorbirt wurde. Der Enderfolg und der ist der Vortheil der Kocher'schen Methode — hat aber in keinem Falle unter der Eiterung gelitten. In allen Fällen ist ein Recidiv ausgeblieben, auch in den unsrigen. Und wenn Kocher selbst seine Methode nur bei kleinen Brüchen anwenden will, so glaube ich, auch in der Grösse keine Contraindication sehn zu müssen, da es mir nicht nothwendig erscheint, den ganzen Bruchsack durch die künstliche Oeffnung zu ziehen. In den letzten 3 Fällen, die ich nach Kocher operirte, habe ich den Bruchsack zuerst abgetragen, den Stumpf mit der Kornzange gefasst und allein verlagert. In kommenden Fällen werde ich nach Reposition des Inhalts den Hals mit der Kornzange fassen, den Sack abtragen und dann den Stumpf nach Kocher versorgen.

Die Radicaloperation der directen oder inneren Leistenbrüche weicht insofern von den oben beschriebenen Methoden ab, als in der Regel die Brüche klein sind, einen breiten Hals besitzen und — das ist das wichtigste — weder bestimmten Organen bei ihrem Austritt folgen, noch an einen anatomisch vorgebildeten Canal gebunden sind. Daher beschränkt sich die Radicaloperation auf möglichst hohe Freilegung des Bruchsackhalses, Ligatur desselben und exacte Etagennaht der Weichtheile. Hier besonders ist als Verschluss der Bruchpforte die Polsterbildung Macewens am Platze. Bei grossen Hernien kann man genöthigt sein, die epigastrischen Gefässe, nach dem Vorgang Bassinis, doppelt zu unterbinden um den Halstheil lateralwärts genügend freilegen und daselbst unterbinden zu können.

Beim Leistenbruch des Weibes liegen die Verhältnisse viel einfacher. Das ligamentum rotundum kann,

nach Versorgung des Bruchsackes exstirpirt und der gesammte Leistencanal durch tiefe Nähte vollständig geschlossen werden.

Die Radicaloperation der Schenkelbrüche ist bei weitem seltener an freien Hernien ausgeführt worden, erstens weil sie an und für sich seltener, namentlich aber an Männern aus der arbeitenden Classe seltener beobachtet werden, zweitens weil man erfahrungsgemäss weiss, dass schon der einfache Bruchschnitt oft zur Heilung führt, endlich drittens, weil die anatomischen Verhältnisse des Schenkelcanals in Bezug auf radicale Operationsverfahren ungünstiger liegen als beim Leistenbruch. Man hat sich daher damit begnügt nach hoher Ligatur des Bruchsackes durch eine das lig. Pouparti und fascia pectinea fassende Naht den Schenkelring zu schliessen, nachdem man auf Vorschlag Socins[17]) vorher Lymphdrüsen und Fettgewebe aus dem Schenkelcanal möglichst entfernt hat. Als Nahtmaterial empfiehlt Schede grade bei Schenkelbrüchen besonders warm den Silberdraht und will seit dessen Anwendung bedeutend bessere Dauerresultate erzielt haben.

Berger[18]) schliesst den Schenkelkanal in jedem Falle nach Fixation des Bruchsackstumpfes am Poupartschen Bande durch 3—4 Matratzennähte die lig. Pouparti und die Adductoren-fascie mitfassen und hofft dabei auf Verwachsung dieser beiden Gewebsschichten. Macewen schliesst den Schenkelring analog dem Leistenring durch den zusammengefaltenen Bruchsack, den er innen am Schenkelring fixirt, wobei er nöthigenfalls den processus falciformis mit dem Ligam. Gimbernati vereinigt. Salzer empfiehlt für die Schenkelbrüche mit grosser Bruchpforte nach Reposition des Bruchsackstumpfes einen plastischen Verschluss, den er in der Weise ausführt, dass ein kurzer, breiter Lappen, mit der Basis am pecten pubis, mit der Convexität nach unten aus der fascia pectinea umschnitten, nach oben umgeschlagen und mit dem Liq. Pouparti vernäht wird.

---

[17]) n. Salzer: Ein Vorschlag zur Radikalheilung grosser Cruralhernien. Centralbl. f. Chirurg, 1892 pag. 665 ff.

[18]) n. Salzer l. c.

Die einfachste und zweckentsprechendste Radicaloperation scheint mir aber wiederum die Kocher'sche Verlagerung zu sein, die sich bisher auch gut bewährt hat. (Kocher 4 Fälle, eigene Beob. 1 Fall.)

Nach Isolirung und Entleerung des Bruchsackes wird derselbe durch einen Schlitz gezogen, welcher künstlich am lateralen Schenkel des äusseren Leistenringes angelegt wird. Die ihn daselbst fixirenden Nähte umfassen Liq. Pouparti, Bruchsack und fascia pectinea. Der Bruchsack wird vor den Nähten abgetragen — Bei grosser Bruchpforte erscheint es mir zweckmässig dieser Verlagerung nach die Salzer'sche Plastik hinzuzufügen.

Endlich erübrigt es noch die Radicaloperation der Nabel und Bauchbrüche zu besprechen. Während man sich früher damit begnügte nach Reposition des Inhalts den Bruchsack zu versenken oder auch vor einer Ligatur abzutragen, und die Bruchpforte sowie die Weichtheile zu vernähen, hat man in letzter Zeit die Anfrischung der Bruchpforte sowie die Weichtheile zu vernähen, hat man in letzter Zeit die Anfrischung der Bruchpforte, resp. die musculi recti hinzugefügt. Die einfache Vernähung hat zu wenig Garantie gegen Recidive, Gersuny[19]) schlug daher vor, nach Vernähung der Bruchpforte die Fascienscheide der recti zu schlitzen und die freien Ränder der Muskeln direct durch die Naht zu vereinigen und darüber Fascien und Bauchhaut zu schliessen. Keen[20]), Condamin[21]), Ostermayer[22]), Bruns[23]), Zoege[24]) und Andere haben, namentlich bei grösseren Nabelbrüchen den ganzen Nabelring mit sammt dem Bruchsack excidirt und damit nicht allein die Bruchpforte sondern auch die Muskeln und Fascien angefrischt. Von der Wunde aus lassen sich etwaige Adhäsionen gut lösen resp. reseciren. Die Vernähung erfolgt in 3 Etagen-Peritoneum, Muskel-Fascienschicht, Unterhaut und Haut—

[19]) Eine Methode der Radicaloperation grosser Nabelhernien. C. f, Ch. 1893. pag. 921.
[20]) C. f. Chir. 1894 pag. 2.
[21]) C. f. Chir. 1892. pag. 1082.
[22]) C. f. Chir. 1894. pag. 97.
[23]) Die Omphalectomie etc. C, f. Chir 1894. pag. 1.
[24]) St. Petersburger med. Wochenschr. 1895. pag. 257.

so dass keinerlei Buchten und Hohlräume entstehen, die Wundverhältnisse also denkbar günstig sind. Dementsprechend ist auch der Wundverlauf nach dieser — Omphalectomie genannten — Operatien meist ein sehr günstiger.

Ich habe dieselbe — ebenfalls unabhängig von den Autoren — sowohl an Erwachsenen als auch an ganz kleinen Kindern mit günstigem Erfolg ausgeführt und bisher kein Recidiv erlebt. — Ganz in derselben Weise wie die Nabelbrüche müssen auch alle anderen Bauchbrüche operirt werden. Auch hier kommt alles drauf an, sämmtliche Schichten anzufrischen und sie womöglich in mehreren Etagen exact wieder zu vereinigen.

In Betreff der Nachbehandlung gehen die Ansichten noch auseinander. Der eine Autor vernäht vollständig, der andere drainirt, ein dritter tamponirt — dem entsprechend wird einmal ein einfacher Jodoformcollodiumstreifen genügen, ein anderes Mal ein Dauerverband, ein drittes Mal ein täglich zu wechselnder Verband angelegt werden müssen. — Auch die Bettruhe wird verschieden lang bemessen. Kocher entlässt seine Kranken am 10. Tage aus der Klinik, Macewen verordnet ihnen 6-wöchentliche Bettruhe. Das sind Dinge, die theils von den Wundverhältnissen theils wohl auch von der Gewohnheit des einzelnen Operateurs abhängen. Nur in einem Punkte scheint man sich neuerdings zu einigen: Das Bruchband welches man früher in jedem Falle nach gelungener Radicaloperation als Schutzmittel gegen Recidive empfahl, wird wohl jetzt allgemein verworfen, seit man aus Andereggs[25]) und vieler Anderer Statistiken gelernt hat, dass gerade das Tragen eines Bruchbandes die Narbe schlaffer und nachgiebiger macht und diejenigen Operirten die besten Resultate aufweisen, die kein Bruchband mehr trugen.

Die grosse Zahl der verschiedenen Operationsmethoden ist an sich schon ein Beweis, dass nicht jede Alles zu leisten vermag, was man billigerweise von einer Radicalbehandlung verlangt. Es hat aber den Anschein, als ob

[25]) Die Radicaloperation der Hernien. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Band 24. pag. 207.

die neueren Methoden bedeutend bessere Resultate ergeben. So schwankte die Mortalität bei nicht incarcerirten Hernien, die auch nicht durch ausgedehnte Netz- oder Darmresectionen complicirt waren, noch bis zum Jahr 1887 zwischen 2 und 11,5 %, während sie jetzt bei fast allen Operateuren gleich Null ist. Es haben beispielsweise Macewen auf 82, Kocher auf 220, Bassini auf 239 und Broca auf 250 Radicaloperationen, keinen einzigen Todesfall zu beklagen gehabt. Diese Zahlen halte ich für beweisend: Die Radicaloperation eines nicht eingeklemmten Bruches ist meiner Ueberzeugung nach, heutzutage ein ungefährlicher Eingriff.

Das allein genügt aber nicht. Der Kranke will nicht nur am Leben, er will auf Dauer geheilt bleiben. Wie steht es nun mit den Endresultaten? und speciell beim Leistenbruch? Während Czerny 1874 30—40 % rechnete konnte er 1891 nur noch 17,8 % angeben. Schede rechnet jetzt 10 %, Kocher 8,6 %, Küster 6 %, Wölfler 5, Bassini 3, Macewen 0,6 und endlich Kocher nach seiner neuesten Methode 0 % Recidive. Natürlich bedürfen diese 100 % Heilungen noch des Beweises, da weder die Zahl der Beobachtungen noch die Beobachtungszeit bisher ausweichend genannt werden kann. Immerhin muss heute schon als feststehend gelten, dass die zwei Hauptpostulata einer Radicaloperation so gut wie erfüllt sind: die Ungefährlichkeit und die Sicherheit des Erfolges. Dem entsprechend hat sich auch die Frage nach der Indicationsstellung wesentlich geändert. Als unbedingte Indication zur Operation sollte heutzutage jede irreponible oder incoercible Hernie gelten, die schon einmal Incarcerationserscheinungen gemacht hat. Indicirt ist die Radicaloperation fernerhin bei

1) jedem freien Bruche, der sich durch ein Bruchband entweder ungenügend, oder nur in einer Weise zurückhalten lässt, die dem Träger Beschwerden verursacht.

2) Bei Erwachsenen und jugendlichen Individuen namentlich der arbeitenden Bevölkerungsklasse die die Kosten für die stets zu erneuernden Bandagen nicht tragen können;

3) Nach den neuesten Erfahrungen auch entschieden im Kindesalter und zwar um so eher, je grösser der Bruch ist.

4) Endlich kann auch der Wunsch des Patienten auf operativem Wege geheilt und vom lästigen Bruchband befreit zu werden, als Indication gelten.

Contraindicirt ist die Operation nur bei über grossen Hernien, deren Inhalt die Bauchhöhle sicherlich nicht mehr beherbergen kann, so wie bei solchen Erkrankungen lebenswichtiger Organe, die an und für sich jeden Eingiff verbieten.

Die günstigsten Resultate erzielt man bei kleinen, freien, relativ frischen Brüchen im jugendlichen Alter, deren Inhalt nicht verwachsen und deren Bruchwege noch enge sind. Je weiter dieselben, je mehr Adhäsionen im Bruchinhalt, je fester die Verwachsungen zwischen Bruchsack und Bruchhüllen, je grösser und älter überhaupt der Bruch, desto schwieriger die Technik und desto geringer die Chancen der Radicalheilung. — Welche Methode der Radicaloperation sich als die beste herausstellen wird, lässt sich zur Zeit noch nicht entscheiden, doch verdient meines Erachtens beim Nabelbruch die Condamin'sche Omphalectomie beim Schenkelbruch die Kocher-Salzer'sche und beim inneren Leistenbruch der Macewensche den Vorzug. Bei der Behandlung des äusseren Leistenbruches leistet in Bezug auf Einfachheit und Schnelligkeit der Ausführung die Kocher'sche Verlagerungsmethode das beste, betreffs der Endresultate möchte ich nochmals — ohne mancher anderen Methode zu nahe treten wollen — als die bewährtesten diejenigen von Macewen, Frank, Bassini und Kocher empfehlen. Und sollten sich die bisher publicirten Endresultate genannter Autoren auch in Zukunft als bleibend und stets erreichbar herausstellen, so zweifle ich nicht daran, dass das Publikum, insbesondere das ärmere, seine Einwilligung zur Radicaloperation freier Hernien, mit derselben Bereitwilligung geben wird wie zur Anlegung eines Bruchbandes.

Ueber Entlastung und Ruhestellung erkrankter Körpertheile.

Von

Dr. E. Anders.

Vortrag gehalten auf dem livländischen Aerztetage September 1895.

Meine Herren!

Das Studium der Statik und Mechanik des menschlichen Körpers hat eine solche Fülle therapeutischer Gesichtspunkte und eine solche Ueberproduction von Heilverfahren, Schienen und Apparaten zur Folge gehabt, dass es mir gestattet sei, des Verständnisses wegen die Grundzüge unseres orthopädisch chirurgischen Handelns in einigen Hauptgruppen zu betrachten. Es drängen sich hier in unserem modernen Vorgehen die Principe der Ruhestellung und Entlastung in den Vordergrund, denen die Correctur durch Zug, Druck und Bewegung gegenübersteht.

Aus rein praktischen Gründen will ich unterscheiden unter den uns beschäftigenden Krankheitsgruppen: Erkrankungen, die Immobilisation und Entlastung — und solche, die Redressement und Correctur verlangen und zulassen.

Aber das eine Gebiet greift mächtig in der orthopädisch-chirurgischen Wissenschaft in das andere hinüber, und es wäre schön, könnten wir behaupten, wir hätten die Grenzen zwischen beiden auf strenge Indicationen zurückgeführt. Wenn ich in einer strengen Indicationsstellung hier eine Hauptaufgabe sehe, so stehe ich wohl auf dem scharf polemischen Standpunkte gegen das bis zur Stunde missbräuchliche Vermischen der Grenzen zwischen den Principien von Ruhe und Bewegung.

Und doch haben wir auf beiden Gebieten mächtige Fortschritte gemacht durch die Vervollkommnung unserer unblutigen Mittel, durch die Entwickelung unseres operativen Eingreifens, hier in den mechanisch wirkenden Apparaten, dort in den, das Scelett schonenden, blutigen Eingriffen.

Wäre es darum nicht Zeit zu einer schärferen Indicationsstellung?

Ewig drängt sich uns die Frage entgegen, welche Periode der Arthritis der perversen Stellung zu Grunde liegt, wie rasch und wann wir aus der Ruhestellung zu Bewegung übergehen, — und mächtig und weitgehend wird gegen eine strengere Indication gesündigt

Es sei mir gestattet, heute von der Gruppe von Erkrankungen zu sprechen, die Ruhe und Entlastung fordern, die sich noch in einer Periode befinden, wo wir den erkrankten Körpertheil noch nicht seiner Function wiedergeben wollen. Wir haben in dieser Periode die Körpertheile durch längere Zeiträume in einer Stellung zu erhalten, welche geeignet ist, sie später in Function treten zu lassen.

Aber wir haben im Auge zu behalten dass erst mit Eintritt der Function ihr definitives Schicksal entschieden wird. Denn wir fassen dem Wolff'schen Transformationsgesetze gemäss, die Funktion als das Primäre auf, durch welche der Scelettabschnitt seine definitive Formation erhält.

Mit der statischen Inanspruchnahme der Extremität tritt die Transformationskraft in die Erscheinung. Während der langen Periode der Ruhestellung und Entlastung, die uns besonders interessirt, haben wir wenig oder gar nicht mit diesem mächtigen Factor zu rechnen. Die Transformationskraft legt an den Stellen, die grösseren Druck auszuhalten haben, Knochenbälkchen an und sorgt an den Stellen verminderten Druckes für Resorption und Schwund der letzteren, sie lässt Knochensubstanz schwinden, wo sie statisch überflüssig geworden.

Wir dürfen uns nicht mehr täuschen. So unmittelbar wir die Transformationskraft in Wirkung treten lassen, wenn wir bei allen möglichen Belastungsdeformitäten,

bei relativ gesundem Gewebe veränderte statische Verhältnisse schaffen, — so langsam und weit führt uns der Weg dahin, wenn wir es mit destruirenden entzündlichen Zuständen zu thun haben. Unter diesen aber nimmt die locale Tuberculose ein wahrhaft imposantes Contingent in Anspruch. Hier aber wird der Chirurg am raschesten zum Frevler, wenn er die Indicationsgrenzen von Ruhe und Bewegung zu unvermittelt überschreitet.

Wir wissen, dass die Transformation in directer Beziehung zur Wiederherstellung der Function des pathologisch veränderten Knochens steht, und dass die Architectur pathologisch veränderter, aber zugleich functionirender Knochen dem Zwange mathematischer Regeln unterliegt. Die Perversität der Stellung, welche sich unter dem Einfluss eines rhachitischen oder tuberculösen entzündlichen Processes vollzieht, kommt zu Stande, indem der specifische Krankheitsprocess neben dem Transformationsprocess einherläuft. Beide Processe treten oft gleichzeitig auf, wenn das Glied in Function geblieben ist, — sie bestehen neben einander während des oft langen floriden Stadiums. Und doch wird ihr Verhalten und unser Handeln ein sehr verschiedenes sein, je nachdem wir es mit einem tuberculösen oder nicht tuberculösen Processe zu thun haben.

Unbeschadet und ungeächt führen wir eine scoliotische Stellung in eine grade, eine Supinations- oder Pronationseine Valgus- und Varusstellung in eine normale blutig oder unblutig zurück, und nöthigen die Spongiosabälkchen zu einer restituirenden functionellen Hypertrophie.

Nicht so die tuberculös befallenen Gelenke und Knochen.

Wir beschränken die gewaltsame Reduction, den unvermeidlichen Insult der Herderkrankung im Hinblick auf die Propagation des Processes nach Möglichkeit. Um den Process zum Stillstand zu bringen, immobilisiren und entlasten wir und verhüten prophylactisch die perverse Stellung.

Auch ist es zum mindesten wahrscheinlich, dass der transformatorische Process, auch wenn das Glied seiner Function wiedergegeben ist, nicht in dem Maasse in

Action tritt, so lange der destruirende tuberculöse Process an Mark und Corticalis spielt.

Wir befinden uns in einem Circulus vitiosus, wollten wir einem, in seine normale Stellung zurückgebrachten Gliede die Function gestatten.

Die Transformation ist nur in Kraft, so lange der Körpertheil in Function; — Bewegung und Function leisten dem tuberculösen Process Vorschub — der tuberculöse Process aber greift sicher störend in den transformatorischen ein.

Unser therapeutisches Handeln tendirt darum nach der Seite der Functionslosigkeit, d. h. nach Ruhe und Entlastung, wo wir aber redressiren, haben diese zu folgen.

Ich würde vielleicht mit mehr Zuversicht Ihre freundliche Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, dürfte ich an der Hand des grossen Materiales unserer Anstalt mich der Frage nach den Effecten von Ruhe und Entlastung zuwenden, die identisch wäre mit der Frage nach dem Schicksal des tuberculösen Herdes. Leider gestattet der Rahmen meiner Mittheilung dieses nicht. So sei nur die technisch therapeutische Seite ins Auge gefasst. — Wir haben somit die Frage zu beantworten, wie erzielen wir am vollkommensten Ruhestellung eines Körpertheils und wie entlasten wir denselben.

Die kurz gemessene Zeit gestattet es nicht, auf die complicirte Technik der Behandlung tuberculöser Gelenke dem modernen Standpunkte der Frage entsprechend einzugehen. Sie würde uns zu weit in das vielseitige Gebiet moderner Orthopädie hineinführen.

Es sei mir nur gestattet, an der Hand jener besprochenen Hauptgesichtspunkte in der Behandlung localer Tuberculose Ihnen eine Reihe von mir oft angewandter, zum Theil von mir construirter oder modificirter Apparate zu demonstriren.

Das, was ich Ihnen mir die Freiheit nehme zu zeigen, bezieht sich nur auf Apparate für die Periode der Behandlung, die Ruhe und Entlastung erfordert. Auch trete ich keineswegs in eine Polemik zu anderen sehr verwendbarem Material und spreche nicht von redressiren-

den und Stützapparaten, die in den von mir viel gebrauchten Hessing'schen Apparaten ihre Muster finden. In der ersteren Frage, wie wir am besten Ruhestellung erreichen, halten wir uns wohl an das Postulat, das Lorenz für eine gute Schiene oder einen immobilisirenden Apparat stellt, dass nämlich die Lichtung eines solchen eine vollkommene Congruenz mit der zu deckenden Oberfläche des erkrankten Körpertheiles aufweise. Das erreichen wir mit verschiedenen Materialien, — mit keinem aber wohl genügen wir den Gesichtspunkten der Festigkeit, Leichtigkeit und knappen Coaptation in dem Grade, wie mit dem Filze. In dieser Beziehung dürfte kaum ein Material dem Filze gewachsen sein, dank seiner erstaunlichen Plasticität, durch welche er sich jedem Modellobjecte in seiner Flächen- und Kantenkrümmung zu coaptiren im Stande ist.

Was den Gesichtspunkt der Entlastung durch Functionslosigkeit betrifft, so sind wir in Bezug auf die Extremitäten in keinem Conflicte, indem wir nach festgestellter Diagnose mit Unerbittlichkeit den Gebrauch des Gliedes abstellen. Wir erreichen das am vollkommensten durch Krücken, indem hierbei der ganze Muskelapparat bis auf die letzte Gruppe in Ruhe geht. — Wir kämpfen bekanntlich hier einen schweren Kampf mit dem weniger Erfahrenen, besonders aber mit Widerstand des Patienten, wenn wir die Entlastung eines dem Laienauge noch fast gesund erscheinenden Gelenkes an der unteren Extremität verlangen. Aber immerhin sind wir in der Lage, soweit es die Extremitäten betrifft, eine Bewegung des gesammten Körpers von Ort zu Ort so oder so zu ermöglichen.

Wie steht aber die Frage betreffs der Erkrankungen der Wirbelsäule?

In der Behandlung keines Körpertheiles lässt sich die Durchführbarkeit der beiden Principe von Ruhe und Entlastung schärfer prüfen und lokalisiren als in der der Wirbelsäule.

In Bezug auf diese nehme ich keinen Anstand zu behaupten, dass die bisher entwickelten therapeutischen Gesichtspunkte der Ruhestellung und Entlastung in dieser

Form keine Anwendung finden dürfen. Mit Berufung auf meine Arbeit über die Haltung der spondylitischen Wirbelsäule (Langenbecks Archiv 1885) möchte ich behaupten, dass der Augenblick wohl gekommen ist, wo wir uns der Erkenntniss nicht mehr verschliessen können dass, so frei unser Handeln, blutig oder unblutig, corrigirend, reducirend oder bloss entlastend in Bezug auf die Gelenke, — so scharf vorgezeichnet unser Weg betreffs der tuberculös erkrankten Wirbelsäule ist.

Modellstudien, dioptrische Zeichnungen und Leichenversuche, die ich für die von mir geltend gemachten Gesichtspunkte verwendete, dürften nicht ungeeignet sein, die amerikanischen Illusionen, betreffs der von Spondylitis befallenen Strecke der Wirbelsäule in etwas zurecht zu stellen. Wir haben unsere namhaften orthopädischen Effecte auf die Haltungsveränderungen zurückzuführen, welche sich in den von Spondylitis freien Partien der Wirbelsäule vollziehen.

Wir dürfen es für unsere Aufgabe ansehen, in den Naturheilungsprocess, der in der Bildung eines Gibbus sein Hauptmittel gefunden, nicht störend einzugreifen — aber es erwächst uns zugleich die Aufgabe, alle ungünstigen Momente zu entfernen, welche die Gibbusbildung durch fortschreitende Erweichung des erkrankten Knochens fördern, — mit einem Worte, wir haben die Gibbusbildung auf das unumgänglich nothwendige Maass zu beschränken.

Dem Princip der Ruhestellung werden wir bald durch Ausschluss aller Bewegungen der Wirbelsäule mittelst immobilisirender Verbände und Apparate gerecht, — nicht so leicht aber dem Gesichtspunkte der Entlastung. Hier haben wir den Druck des supragibbären Abschnittes, der den Kopf trägt, mit seinem deletären Einfluss auf den tuberculösen Herd auszuschalten. Dieses aber sind wir nicht im Stande, mit keiner Form des Jurymastes, bei Anwendung der besten Hessing'schen Kammbügeln, — wenigstens nicht im floriden Stadium der Spondylitis.

Es hilft uns nichts, dass wir aus Rücksicht für den allgemeinen Zustand den kleinen Patienten herumgehen lassen. Die durch den Schmerz gestörte Nachtruhe, die

dem entsprechend verweigerte Nahrungsaufnahme, führen bedingungslos zu einem Herabsinken der Constitution, und dementsprechend zu einer Verschlimmerung des lokalen Processes.

Wir thun darum gut, uns sogleich an die dankbarste Aufgabe der Orthopädie zu machen, die rasch und ausnahmslos zum Ziele führt, das kranke Kind von seinen Schmerzen zu befreien.

Entlastung, welche Schmerzstillung und Beschränkung der Gibbusbildung vermittelt, gelingt aber allein durch eine modificirte Horizontallage. Diese ist bis zur beginnenden Consolidirung einzuhalten. Hierbei verhindern wir nicht das Wiederzusammentreffen relativ gesunder Knochenpartien, welches einen energischen Reiz zur Callusbildung giebt.

Diesen Gesichtspunkten werden wir gerecht durch die mit Extension verbundene Reklinationslage in den verschiedenen Formen der Stehbetten, — am vollkommensten aber wohl durch das Lorenz'sche Reklinationsgipsz bett Diesen Ihnen wohl bekannten Apparat war ich bemüht, möglichst zu vervollkommnen und darf Ihnen bei seiner Anwendung von sehr befriedigenden Resultaten berichten. Ich lasse hierbei im Gegensatz zu Lorenz sowohl die Gips- als die Filzschiene genau und congruent den Körperformen entsprechend ohne Polsterung arbeiten.

Ich verfüge über eine namhafte Reihe von Patienten, welche zu halben, zu ganzen und mehreren Jahren in verschiedenen Lagerungsapparaten zugebracht. Das gequälte, herabgekommene Kind verändert sich oft in wenigen Tagen nach eingenommener Horizontallage bis zur Unkenntlichkeit, indem es schmerzlos wird und Schlaf- und Nahrungsbedürfniss wiedergewinnt.

Die Apparate vermitteln ein gefahrloses Reisen in die Curorte; einige meiner kleinen Patienten haben jahrelang in Nizza und an der französischen Küste in den Reclinationsbetten zugebracht.

Im Hinblick auf die lange, kaum bestimmbare Latenzperiode des tuberculösen Herdes werden wir gut thun, die längsten Termine für das Verlassen der horizontalen

Lage zu wählen. und das Gehen allmählig in kurzen Seancen zu gestatten.

Dann aber kommen die immobilisirenden Stützapparate mit Kopfhalter in weitester Form in Anwendung.

Ich hielt mich bei der tuberculösen Erkrankung der Wirbelsäule länger auf, weil sich hier die Principe der Ruhestellung und Entlastung schärfer zuspitzen.

Nun sind wir in der günstigen Lage, im Gegensatz zu der Wirbelsäule tuberculös befallene Gelenke der oberen Extremität, das Knie und das Fussgelenk mit den demonstrirten und anderen Apparaten mehr weniger vollständig zu immobilisiren und zu entlasten.

Am meisten Zweifel hätte ich an der wirklichen Entlastung des Hüftgelenkes mittelst Gehapparaten, besonders wenn es sich um frischere Stadien handelt. Die Extension der ganzen Extremität im Stützapparate nach unten fixirt dieselbe knapp im Apparate, der Stützpunkt trifft aber das Becken am tuber ischii.

Es ist anders kaum denkbar und meist bei sorgfältiger Untersuchung nachweisbar, dass mit jedem Schritt die beiden die coxa bildenden Knochentheile, Becken und femur, eine Bewegung gegen einander ausführen. Es wird darum, so lange man der Krücken enträth. nicht so leicht das Ideal einer vollständigen Ruhestellung zu erreichen sein. Die vollkommenste Congruenz der Lichtung des Apparates mit Becken und Oberschenkel dürfte die erwünschte Bewegungslosigkeit nicht so vollständig erreichen. es sei denn, dass man die coxa der gesunden Seite, wie das in Fällen geschieht, in die Immobilisation hineinzieht. — Wir werden darum auch bei der Coxitis nicht einer möglichst abzukürzenden Periode der Horizontallage vorläufig ausweichen können.

Wie wir aber auch verfahren, — immer wird unser Streben dahin gehen, nach überstandenem degenerativem Processe, nach Herstellung möglichst günstiger statischer Verhältnisse den Körpertheil, im Hinblick auf die Transformationskraft, in möglichst kurzer Zeit der Funktion wiederzugeben.

Ueber Spättodesfälle nach Narcose.

Von

Doc. Dr. med. W v. Zoege-Manteuffel.

Vortrag, gehalten am 16. September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

In der Narcosenfrage sind merkwürdiger Weise die besonnenen Urtheile eines König, Bruns, Kocher an den Ohren des grossen ärztlichen Publicum ziemlich ungehört vorübergegangen, während die Warnungsrufe Popperts und Mikulicz's Eingang fanden. Und so wie Mikulicz und Poppert die Sache darstellen, liegt sie in der That nicht, auch meiner, allerdings nicht sehr reichen Erfahrung nach nicht, die ich dennoch in's Feld zu führen wage. Denn wenn 80 Narcosen schon ein abschliessendes Urtheil gestatten sollen, so werden 300 und einige wohl jedenfalls eine vorläufig genügende Beobachtungszahl bilden um ein wenigstens subjectives Urtheil über den Aether als Narcoticum zu gestatten. Meine Erfahrungen mit dem Chloroform sind ca. 13 Jahre alt, so dass ich auch hier eine eigne Ansicht mir wohl habe bilden können.

Und viel mehr als ein subjectives Urtheil können wir eigentlich überhaupt nicht erwarten, abgesehen von den Kenntnissen, die wir aus Experiment und gelegentlichen sog. Unglücksfällen erworben. Denn die Sammelstatistik lässt uns wieder einmal im Stich. Das beweisen die jüngsten Erfahrungen auf's unzweideutigste, das zeigt die wechselnde Auffassung der von Poppert aus der Gurlt'schen Statistik herausgelesenen Aethertodesfälle, die von Gurlt augenscheinlich doch wohl nicht als solche angesehen wurden, von Poppert und Miculicz dem Aether zur Last gelegt werden, von Kocher, ebenso

von König zum Theil angezweifelt werden — und so wohl von jedem in seiner Weise gedeutet werden. Da kann man doch wirklich nicht hoffen durch Massenbeobachtungen den Fehler der Einzelbeobachtung zu verkleinern.

Die Kritik der beiden Mittel — Aether und Chloroform — muss sich nothgedrungen an die bei der Application dieser Narcotica beim Menschen auftretenden üblen Zufälle halten. Demnächst sind aber die Versuche am Thier durchaus nicht zu vernachlässigen — sie lehren uns die physiologische Wirkung des Mittels in seine Factoren zerlegen.

Halten wir uns zunächst an das was die Klinik lehrt.

Dem Chloroform wird vor allem das Vorkommen primärer Syncope vorgeworfen. In thesi müssen wir verlangen, dass alle Fälle von Shok hier abgezogen werden — in praxi ist das allerdings sehr schwierig.

Weniger schwierig erscheint es mir, diese vom Trigeminus vermittelte reflectorische Herzlähmung im Beginne der Narcose zu vermeiden. Die neuerdings empfohlene methodische Tropfnarcose ist, wie mir scheint, sehr wohl geeignet den Gefahren der primären Syncope zu begegnen. Nach meiner Erfahrung ist sie für Kinder und Frauen gut anwendbar. Für Männer reicht sie nicht aus. Hier dehnt sich das Excitationsstadium sehr oft so lange aus, dass ich von diesem eine grössere Schädigung der Circulation fürchten musste als von einer etwas grösseren Dosis Chloroform. Gegenüber der primären Syncope hat vielleicht die Rosenberg'sche Cocainisirung eine Bedeutung doch ist sie bisher noch mit einer Reihe Unzuträglichkeiten verbunden, so dass weitere Versuche erst nothwendig sind. — Zu alle dem ist die primäre Syncope jedoch meiner Erfahrung nach so selten, dass wir ihretwegen das Chloroform gewiss nicht verwerfen werden.

Weit häufiger als dieser primären Syncope begegnete ich beim Chloroformiren Lähmungen des Respirations- und Circulationscentrums im weiteren Verlauf der Narcose. Ich will sie der Kürze halber als «Spätsyncope» be-

zeichnen. Ich habe solcher Fälle eine grosse Anzahl gesehen sowohl bei Kindern als bei Männern und Greisen, jedoch keinen bei Weibern.

Diese Fälle, bei denen nach glücklich vollbrachter Arbeit sich der Schatten des Todes über das Angesicht des Kranken lagern, seine Pupillen ad maximum dilatirt sind, Athmung und Puls stille stehen — sie lassen sich schlechterdings nicht sicher vermeiden. Meist gelingt es ja durch Athembewegungen und rythmische Thoraxcompressionen (König) die Kranken wieder zum Leben zu bringen, vermeiden lassen sich diese wohl sicher ebenfalls vom Trigeminus vermittelten Reflexwirkungen nicht.

Ich habe so einen 12-jährigen Knaben verloren dem ich die Hüfte resecirte und dem während des Verbandes, nachdem schon 1/4 Stunde die Maske nicht mehr aufgelegen hatte, einige Tropfen (vielleicht 5) vorgehalten wurden. Ein anderer Knabe bekam nach der Narcose einen Puls von 200 der mehrere Tage anhielt ohne dass Blutverlust oder Sepsis bestand. Bei Erwachsenen ist es mir 2 Mal zu sehr ernsten Fällen von Spätsyncope gekommen nachdem die Maske schon entfernt war.

Im Hinblick auf diese Dinge sind wir gegenüber dem Mikuliczschen Vorschlag, bei Septischen die Narcose ganz oberflächlich zu machen in einer etwas eigenthümlichen Lage. Es ist ja richtig, dass von der applicirten Chloroformmenge auch viel abhängt, so die Necraemie, die Zerstörung des Blutes und die Degeneration der Organe.

Aber diese Dinge setzen den Kranken in seiner Widerstandsfähigkeit gegen die Reflexwirkung zurück. Rechnen wir hierzu den Shok der Operation bei nicht voll erloschenem Bewusstsein, die Muskelarbeit die das Herz belastet — so kann ich nicht zugeben, dass die «oberflächliche» Narkose ungefährlicher ist als die tiefe, abgesehen davon, dass man physisch an manchen Operationen verhindert ist, wenn man den Kranken nicht bis zur Reflexlosigkeit narkotisirt. Die gleichmässig tiefe Narcose bleibt doch immer die ungefährlichste.

Jedenfalls sind wir aber bei Septischen und Anämischen in besonders übler Lage mit der Chloroformnarcose: Schützen wir sie vor der Necrämie, so setzen wir sie

der Reflexlähmung aus, versuchen wir diese zu umgehen, so kann die verbrauchte Chloroformmenge durch Zersetzung des Blutes und Degeneration der Parenchyme noch spät ihre deletären Wirkungen entfalten.

Ebenso wie wir sahen, dass die Reflexlähmung bei sonst Gesunden, nicht Septischen vorkommt, kann die Necrämie sich bei ganz gesunden Personen zeigen. Wir waren schon lange des Glaubens, dass besonders die Verunreinigungen des Chloroforms als schädlich anzusehen seien. Aber je reiner das Chloroform wurde, desto giftiger wurde es; bis wir im Pictet'schen Eischloroform das reinste Präparat — aber schon ein unerlaubtes Gift gewannen.

Als ich mit Schering's Chloralchloroform zu narcotisiren begann, sah ich stets wieder hochgradigen Icterus als Zeichen der Zerstörung des Blutes nach absolut normal verlaufenen Operationen eintreten. Diese Beobachtungen machte ich im Privathospital, während im Stadthospital der Icterus nur andeutungsweise zur Beobachtung kam, obgleich ich hier viel mehr septische Phlegmonen etc. zu behandeln hatte. Hier benutzte ich das billigere Chloroform EH, welches nicht so rein, aber auch nicht so concentrirt ist.

Solche Schädigungen des Blutes sind meist in wenig Tagen verwunden und verschwunden, ganz gleichgültig sind sie aber nicht und können namentlich bei Septischen oder Anämischen bedenklich werden. In 2 Fällen habe ich sehr schwere Störungen nach Chloroform eintreten sehen, die ich in dieser Richtung deuten muss, das eine mal starb die Kranke nach 36 Stunden, der andere Kranke hat die Störung überstanden. Besonders bedeutungsvoll wird diese Zerstörung des Blutes wenn sie sich mit den viel wichtigeren Veränderungen an den Parenchymen vergesellschaftet. Namentlich die fettige Degeneration der Nieren, Leber und vor allem des Herzens geben sowohl zu früh als spät eintretendem Tode Veranlassung. Die in dieser Richtung grundlegenden Arbeiten von Caspar, Ungar, Junker, Ostertag, Strassmann, Ambrosius sind in den Kreisen der Kliniker, wie es scheint, so wenig oder garnicht bekannt,

dass ich es mir nicht versagen kann, in Kürze auf die wesentlichsten Punkte dieser Arbeiten einzugehen.

Nach Strassmann Ostertag, Ambrosius haben wir uns die Wirkungen des Chloroforms auf die Körpergewebe etwa folgendermaassen vorzustellen.

Das eingeathmete Gas bedingt eine directe Degeneration des Blutes und der festen Gewebe. Diese Degeneration ist, wenn der Tod unmittelbar nach der Narcose erfolgt, ebensowenig nachzuweisen, wie sie sich finden lässt an Thieren, die sich wieder vollständig erholt haben. In der Zwischenzeit jedoch gelingt der Nachweis degenerirter Zustände am Herzen (Fettdegeneration und Fragmentirung) an den Nieren. dem Magen. Als Ausdruck dieser Eiweisszersetzung gelingt es schon früh eine vermehrte Stickstoffausscheidung nachzuweisen. Sehr bald erscheint das Fett als Infiltration in der Leber. Diese Fettmetamorphose der rothen Muskulatur etc. wird veranlasst durch Sauerstoffmangel und Kohlensäureüberladung, als deren Ursache sowohl directe Chloroformwirkuug, als auch die durch das Chloroform bedingte Degeneration des Blutes anzusehen sind. Als Ausdruck der letzteren findet sich Icterus bei Lebzeiten und lassen sich im Harn Gallenfarbstoffe nachweisen. Diese Veränderungen treten so ziemlich bei allen Individuen auf. Es lässt sich jedoch nicht eruiren, warum einzelne Thiere besonders disponirt erscheinen. Erliegt das Thier den wiederholten Narcosen und den danach auftretenden beschriebenen Veränderungen nicht, so bilden sich die Erscheinungen langsam in Tagen und Wochen zurück.

Ich habe seit 1886 mein Augenmerk auf diese Spätwirkungen des Chloroforms gerichtet und 6 Todesfälle beobachtet, die ich als Chloroformtodesfälle aufzufassen genöthigt bin. Die 3 ersten waren ältere magere Männer, die 8, 2×24, 8×24 Stunden post Operat. an Herzlähmung starben. Fall 4 hatte ein cor adiposum und starb 56 Jahre alt $3^1/_2$ mal 24 Stunden nach der Narcose ebenfalls an Herzlähmung. Fall 5, 20 J. alt, Empyem der Gallenblase, starb 26 Stunden post narcosin icterisch bei frequentem Puls, ebenfalls an Herzlähmung, Fall 6 hatte Chloroform per os genommen und starb 4 Wochen nach

der $5^1/_2$ stündigen Narcose unter zunehmender Herzschwäche.

In allen Fällen waren andere Todesursachen, Sepsis etc. auszuschliessen (Fall 5 nicht secirt). Sie bilden präcise Analoga zu den Thierexperimenten Ostertags und Strassmanns und gleichen durchaus dem Falle Ambrosius.

Auch darin zeigen sie eine präcise Analogie, dass die Ursache, weswegen gerade diese Individuen kein Chloroform vertragen sollten nicht entdeckt werden konnte. Es handelte sich eben um individuelle Eigenschaften die weder klinisch noch bei der Section zu finden waren.

Es giebt eben gewisse Individuen auch des genus homo, die noch lange nach der Narcose den schädlichen Einwirkungen des Chloroforms (Muskel- und Parenchymdegeneration, Blutzersetzung) erliegen können. Wir können ferner niemals voraus bestimmen, ob ein Individuum diese Disposition hat oder nicht. Wir konnten in den einschlägigen Fällen schliesslich die verwandten Chloroformsorten als pharmacologisch rein und nicht verschieden von den sonst gebrauchten nachweisen.

In Bezug auf die üblen Zufälle bei und nach der Chloroformnarcose komme ich daher zu folgenden Schlüssen.

1) die primäre Syncope (bei Chloroformnarcose) ist eine so seltene Erscheinung, die sich zudem vielleicht ganz vermeiden lässt, dass wir ihretwegen die Chloroformnarcose nicht verwerfen werden.

2) die secundäre Syncope ist sehr viel häufiger, und wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle in ihren Folgen zu beseitigen ist, so gelingt das doch nicht immer.

3) Die durch Necrämie und Degeneration der Organe verursachte nachträgliche Gefährdung des Lebens ist weder vorauszusehen noch zu beseitigen.

Sie werden verstehen, m. H. wenn ich endlich, nachdem schon anderenorts der Aether in Anwendung gekommen war, auch zu diesem Narcoticum griff.

Ueber die üblen Zufälle beim Aether wissen wir kurz folgendes:

Es ist über einige wenige Fälle von primärer Syncope berichtet worden.

Es gilt hierfür dasselbe was ich gegenüber dem Chloroform sagte: ein Theil dieser Fälle gehört vielleicht zum Shock. Ein anderer wird sich vermeiden lassen, wenn man die Erstickungsnarcose aufgiebt. Ich glaube nicht, dass die Gefahr der Syncope beim Aether irgend in's Gewicht fällt — vollends nicht gegenüber dem Chloroform.

Der Aether schädigt viel früher die Respiration als irgend bedenkliche Einflüsse auf die Circulation sich bemerkbar machen, das haben unzählige Narcosen am Menschen und Thierexperimente erwiesen.

Die Hauptgefahr der Aethernarcose besteht in den sog. Aetherpneumonieen.

Ich muss hier vorab König durchaus beistimmen wenn er sagt, dass es wohl für den Kranken ziemlich gleichgültig ist ob er auf dem Tisch infolge von Chloroformsyncope bleibt oder am 3. Tage an Aetherpneumonie stirbt, dass dieses für den Arzt aber gar nicht einerlei sei.

Ich habe im Laufe von 1¼ Jahren rund 300 Aether- (und etwa 100 Chloroformnarcosen) meiner Beobachtung protocollirt.

Von den ersteren hatten Pneumonieen 1 schwer — hernia umbilicalis, Genesung; 1 leichter — Hernia inguinalis, Genesung.

Dann haben noch 4 Patienten Bronchitiden gehabt die in 1—2 Tagen bei geeigneter Therapie (Expectorantien, Hochsetzen) verschwanden.

Bei der Nabelhernie handelte es sich um eine monströse Adipositas. Schon während der Narcose trat sehr starkes Trachealrasseln und Cyanose ein. Hier hätte vom Aether Abstand genommen werden sollen. Zudem complicirte sich der Fall durch einen Bauchdeckenabscess, der die Expectoration sehr erschwerte. Die Pneumonie dauerte etwa 10 Tage. Der andere Fall mit pneumonischem Sputum war leichter und störte bei 5-tägiger Dauer die Heilung der radical operirten Scrotalhernie des alten Herren nicht.

Wenn ich danach den Aetherpneumonien nicht die Bedeutung zusprechen kann, die ihnen Mikulicz vindi-

cirt, so bedeuten sie immerhin eine Gefahr, der vorzubeugen unsere Aufgabe sein muss.

Wir werden vor allem die stets Trachealrasseln erzeugende Erstickungsnarcose verwerfen. Die übermässige Salivation lässt sich bei langsamer Einleitung der Narcose vermeiden. Tritt sie dennoch ein, so haben wir die Narcose zu unterbrechen, den Mund gehörig auszureinigen, eventuell den Kranken bis zum Husten erwachen zu lassen. Hilft das auch nicht, so verträgt der Kranke den Aether eben nicht. In den meisten Fällen ist aber der Aether daran Schuld — er enthält Verunreinigungen (Essigäther etc.). Dann sind wir genöthigt auf Chloroform überzugehen. Sehr oft können wir dann im Stadium der Toleranz wieder zum Aether zurückkehren.

Handelt es sich um einen Emphysematiker mit ausgesprochenem Katarrh der Luftwege, so ist der Aether von vorne hinein namentlich bei Bauchoperationen contraindicirt. Unbequem ist er ferner bei Operationen im Munde wegen der Salivation. Bei Potatoren haben wir wie unter Chloroform ein recht lebhaftes Excitationsstadium zu erwarten.

In Summa wissen wir also beim Aether, trotzdem er für den alten Continent ein neues Narcoticum ist, doch besser unsere Kranken für die Narcose auszuwählen als beim Gebrauch des Chloroforms. Wir können die Aethernarcose viel eher den Händen Ungeübter anvertrauen, schon weil wir auf den Puls nicht zu achten brauchen und unsere Aufmerksamkeit auf die Respiration allein concentriren können. Die Feuergefährlichkeit ist gleich 0 weil die Aetherdämpfe schwerer sind als Luft.

Nach meinen Erfahrungen ist der Aether bei weitem das ungefährlichere Narcoticum und zwar weil ich die Contraindicationen gegen seine Application präcise stellen kann, was mir beim Chloroform in ähnlicher Weise nicht möglich ist.

Sollte sich vor Beginn der Narcose eine solche Contraindication nicht gefunden haben, jedoch während der Narcose deutlich werden, so können wir bei einiger Aufmerksamkeit noch immer rechtzeitig zum Chloroform übergehen. Eine Reihe von Fällen werden somit gleich dem

Chloroform zugewiesen, eine andere fällt ihm später zu. Womit für Manche der Werth des Aethers sinkt «weil er sich nicht in allen Fällen anwenden liesse, wie das Chloroform» — hört man wohl sagen.

Es lässt sich aber eben das Chloroform auch nicht in allen Fällen anwenden, was wir aber zum Schaden unserer Kranken erst nachträglich, erst zu spät erkennen.

delerregenden Schwanken zwischen Wollen und Können durch einen Sprung retten; es umgeht die dem Entarteten unerfüllbaren Forderungen des socialen Systemes, es flieht vor der grausamen Wirklichkeit, es dürstet nach momentanen Erfolgen, hascht nach wohlfeilen Lorbeeren, es tastet umher in dem Wirrwarr einer lebenslänglichen Sturm- und Drangperiode.

Sigm. Freud, der bei Hysterischen die Neigung zur «Conversion» constatirt, d. h. zur Uebersetzung von correktionslosen Erregungssummen in's Somatische, erklärt die Entstehung des hysterischen Irreseins derart, «dass es Personen giebt, die keine Eignung zur Conversion besitzen, infolge dessen muss der Affekt auf psychischem Gebiete verbleiben». Ich möchte meinerseits der Ansicht Ausdruck verleihen, dass das hysterische Irresein nicht nur da Platz greift, wo keine Eignung zur Conversion vorhanden war, sondern auch bei Individuen, die zu guter Letzt in der Conversion keine Befriedigung fanden. Bemerken will ich hier, dass ich dem hysterischen Irresein keineswegs alle bei Hysterischen vorkommenden Geistesstörungen einverleibe, wovor in neuerer Zeit wiederum von Pierre Janet eindringlich gewarnt wird. An das degenerirte oder bereits als hysterisch gekennzeichnete Individuum tritt ein Erlebniss, eine Empfindung heran, die einen gewaltigen Affekt hervorruft Jeder Eindruck fördert bekanntlich starke, schwache oder gar keine Hemmungen zu Tage, je nach Maassgabe der vorhandenen Associationen. Bei Personen, die auf der Stufe höchst möglicher Entwicklung stehen, sind wir gewohnt die Empfindung und ihre Verarbeitung zum Urtheile gewissermaassen als einen Akt ablaufen zu sehen, sie verhalten sich zu einander wie der Reiz zum Reflex. Was also im rüstigen Gehirne spielend vor sich geht, wird im minderwerthigen zu einem complicirten Akte: das Individuum sieht sich gezwungen, zu dem an sich unkorrigirten Eindrucke Stellung zu nehmen, es muss die Willenskräfte in Aktion setzen, um den Eindruck zu rubriciren und zu hemmen, was wegen Unzulänglichkeit der Erinnerungsbilder schlecht oder garnicht gelingt. Das Individuum wird nun vom

Affekte, d. h. vom unneutralisirten Eindrucke hin- und hergezerrt, — es ergiebt sich ihm, hält und erklärt sich selbst für «verrückt» und benimmt sich danach. Die vom Affekte zu Tage geförderten Symptome sind natürlich sehr mannigfach und an sich ohne Bedeutung. Wichtig ist die Stellungnahme des P. zu seinem Affekte und die Benutzung desselben.

Aus dem Erwähnten geht hervor, dass wir bei solchen Patienten 3 Kategorien psychopathologischer Erscheinungen nicht zu erwarten haben. 1) Sinnestäuschungen, 2) Wahnideen, 3) Unfähigkeit, sich in den Eindrücken zurechtzufinden. Dagegen treten Zwangsvorstellungen und Illusionen mit einer Lebhaftigkeit auf, die unter Umständen zu fälschlicher Annahme von Wahn resp. Hallucinationen verführen kann. Von aller Ueberlegung wird abstrahirt, jeder momentanen Eingebung freier Lauf gelassen und P träumt sich hinein in die absurdesten Rollen und Situationen. Irgend ein kleines Talent, eine isolirte Fähigkeit treibt ihn zu den unpassendsten Versuchen seiner Kräfte, die natürlich mit den kläglichsten Misserfolgen zu Scheiter gehen; an diesem Fiasco ist nun natürlich die Umgebung schuld, die böse Welt, die das Strahlende zu schwärzen liebt. P. ist das verkannte und vernichtete Genie. Aber mannigfache Bedenken, allerlei halbwegs korrigirte Vorstellungen lassen die erwähnte Situation zweifelhaft oder unerträglich werden: nun erfolgt ein Zusammenbruch in entgegengesetzter Richtung: Verzweiflung, Selbstvorwürfe, Einsamkeitstrieb, Nahrungsverweigerung; P. giebt sich als Ursache allen Unglückes in der Familie wie in der Welt aus; auf diesem Wege hat sich das Krankheitsbild in melancholischen Rahmen begeben. Das Kranksein habe die Bedeutung einer Strafe, und der Trieb, der verfahrenen Situation ein Ende zu machen, führt zum Tentamen suicidii: ein Sprung aus dem Fenster des 2. Stockes, das Ritzen der Haut mit einem stumpfen Messer, vergebliche Drosselversuche mit dem Taschentuche, Verschlucken von Gegenständen oder von geringen Dosen giftiger Substanzen sollen der verfehlten Existenz ein jähes Ende bereiten. Die Lautheit und Zudringlichkeit der Selbstanklagen, flagellantenhafte

Selbstbespiegelung und Sättigung an der eigenen Schuld geben der Krankheit ein charakteristisches Gepräge und lassen dieselbe unschwer von der eigentlichen Melancholie unterscheiden. — Hat nun die Verzweiflung und Zerfahrenheit des P. ihren höchsten Grad erreicht, so stellt sich Mutacismus ein oder der hysterische Krampfanfall erscheint auf dem Tapet, der Ausdruck par excellence für alle hysterischen Unlustgefühle überhaupt. Hier möchte ich auch der hysterischen Pseudo-Verwirrtheit Erwähnung thun. Ich habe dergleichen nur bei Individuen beobachtet, welche bei besonders hochgradiger Lebhaftigkeit des Affektes in der Aeusserung ihrer Krankheit zu übertreiben sich gemüssigt sahen. Von Ort und Zeit will der P. nichts wissen; er versteht, begreift und erkennt anscheinend überhaupt nichts oder sehr wenig und langsam, was dadurch Ausdruck gewinnen soll, dass er z. B. Gegenstände erst nach langer, sorgfältiger Betrachtung mit höchst gesuchten Umschreibungen bezeichnet: Zündhölzchen = «womit man brennt», Papyros = «weisse Cigarre», Ring = «rund» u. dgl. m. Bestimmte Buchstaben werden beim Lesen ausgelassen oder sie werden in der Mitte des Wortes fliessend gelesen aber am Anfange des Wortes nicht erkannt. P nimmt einen hilflosen Gang an, spielt verlegen mit seinen Fingern, macht verrenkende Bewegungen mit den Armen und spricht mit kindlich-rührseliger Stimme unzusammenhängende Dinge. Die Handlungen sind häufig verkehrter als bei den aller disorientirtesten Deliranten, lassen aber eine gewisse Consequenz und Planmässigkeit erkennen, die mit einer thatsächlichen Verwirrtheit nicht in Einklang zu bringen ist. P gebärdet sich höchst ungeordnet, jedoch nur in einem bestimmten Raum oder in bestimmter Gesellschaft; er zerschlägt Fensterscheiben, aber nur so, dass er dabei ohne Verletzung davonkommt, oder er ist im Gegentheil durchaus darauf bedacht, sich ganz bestimmte Verletzungen beizubringen. Zeitweilig will er es mit bewunderungswürdiger Energie durchsetzen, baarfuss in den Schnee zu laufen. Dann wieder folgt eine Periode, in der P sein ganzes Sinnen und Trachten ausschliesslich darauf richtet, z. B. Nachtge-

schirre umzuwerfen. Der beste Beweis für Abwesenheit thatsächlicher Unfähigkeit, sich in den äusseren Eindrücken zurechtzufinden ist gegeben, wenn Nachahmungstrieb bemerkt wird, der allerlei Krankheitssymptome aus der Beobachtung der Umgebung mit Geschick oder Ungeschick reproducirt. Noch eklatanter ist der Nachweis, wenn es gelingt, den Kranken durch Reizen in Zorn zu versetzen. Dann erfolgt entweder ein unverfälschter Zornausbruch als deutlichster Beweis dafür, dass P auch das letzte an ihn gerichtete Wort wohl verstanden hat, oder es stellt sich blinde Wuth ein, eine Art Tobsucht, die sehr gewöhnliche Reaktion Hysterischer auf äusseren Druck. Es kommt in dieser hysterischen Tobsucht alles vor, was irgend unter Toben verstanden werden kann, jedoch ohne den Chic, das Geschick und die Erfindungsgabe des Maniacus, ohne die beängstigende Erregung des Paralytikers und ohne die charakteristische Zwecklosigkeit bei agitirten Schwachsinnigen. Ganz zutreffend würde das unbefangene Laienurtheil dieses Benehmen als im höchsten Grade flegelhaft bezeichnen.

Gerade die hysterische Tobsucht bietet dem Beobachter die beste Gelegenheit zu constatiren, dass P sich dem gegebenen Affekte mit einer gewissen Genugthuung hingiebt und geisteskrank sein w i l l. Solches dürfte vielleicht grössere Schwierigkeiten bieten, sobald das Krankheitsbild vorwiegend von Illusionen beherrscht ist und insbesondere da, wo diese Illusionen auf sexuellem Boden stehen. Patient, oder häufiger Patientin fühlt sich durch geschlechtliche Ansinnen seitens vorhandener oder nicht vorhandener Personen verfolgt. Ab und zu wird sie genothzüchtigt, wälzt sich auf dem Fussboden, schreit, macht Beckenbewegungen und durchlebt per illusionem ein wahres Kreuzfeuer sexuellen Unflathes. Hierbei werden die Augen geschlossen gehalten. Je nach dem Charakter solcher Illusionen ist P. nach derartigen Scenen verzweifelt, entehrt, für immer geschändet oder aber es greift eine grenzenlose Verzückung Platz, da P. des Coitus mit dieser oder jener hochgestellten resp. ersehnten Persönlichkeit gewürdigt wurde. P phantasirt

sich nunmehr in die Rolle einer Gattin der betreffenden Personen hinein, ist Grossfürstin geworden, ladet zu ihrer Krönung ein u. s. w. Dieser anscheinende Wahn nimmt aber — wie die Zwangsvorstellung — nicht das ganze Bewusstsein des Individuums ein. Der P. befindet sich sozusagen nicht im Wahne, sondern ausserhalb desselben. Der hier obwaltende psychologische Hergang entspricht der Tendenz des Schauspielers sich nach Möglichkeit in die darzustellende Rolle hineinzuleben, sich in ihr zu fühlen. — Beim Examiniren der Patienten bringen dieselben nicht den Wahn als Faktum vor, sie äussern sich nicht über das, was ihr Bewusstsein alterirt, sondern halten sich darüber auf, dass es da ist oder — dass das Vorhandene angenehm resp. unangenehm sei. Ganz dasselbe lässt sich von den vermeintlichen Hallucinationen der Hysterischen sagen.

Am deutlichsten tritt dieses Doppelwesen des hysterischen Irreseins zu Tage, wenn dasselbe in den Rahmen der folie du doute gefasst ist: es ist eine Erquickung in der Selbstquälerei, die schliesslich ihren Gipfelpunkt erreicht in der verzweifelten Erwägung des P., ob seine Krankheit nicht ein Sichgehenlassen sei oder gar auf Simulation beruhe? — Dieser letztgenannte Zweifel ist natürlich von höchstem Interesse und entscheidendem Werthe, da er einen Beweis liefert für die Stellungnahme des Kranken zur eigenen Krankheit.

Das hysterische Irresein ist den mannigfachsten und überraschendsten Metamorphosen unterworfen. Es ist sowohl akute als chronische Psychose und gelten für seine Dauer und Heilbarkeit die nämlichen prognostischen Gesichtspunkte wie für die Hysterie überhaupt.

Bei den prognostisch günstigen Fällen ist neben der psychischen Allgemeinbehandlung die Isolirung nicht ausser Acht zu lassen; schon wegen der Neigung Hysterischer zum Inducirtwerden. Dass der hysterisch Irre sich selbst krank fühlt, braucht nach dem Gesagten gewiss nicht mehr hervorgehoben zu werden, ich betone es aber nochmals, weil Hysterische nur allzu häufig subjektives Gesundheitsgefühl angeben, sobald sie überzeugt sind, dass die Umgebung sie unzweifelhaft als krank

nimmt. Andere allerdings verlangen stürmisch nach der Ueberführung ins Irrenhaus.

Das Kranksein wollen, das selbstthätige Moment im Krankheitsbilde ist eben das Entscheidende für die Beurtheilung des hyst. Irreseins, wie der Hysterie überhaupt, die wir nach ihren Einzelsymptomen nicht abgrenzen können.

Denn die Hysterie ist: Kranksein als Aequivalent des psychischen Gleichgewichtes bei subjektiv empfundener Unzulänglichkeit entarteter Individuen.

Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Von

Dr. M. Treymann.

Vortrag zum 7. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte am 16. September 1895.

Bericht über 100 Operationen aus der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Unter Hinzuziehung von 2 früheren Laparotomien bei Extrauteringravidität und 3 Ovariotomien habe ich im Ganzen über 97 Laparotomieen und 3 Symphyseotomieen zu berichten, die in den letzten 5 Jahren in der Frauenabtheilung gemacht wurden. Davon wurde 1 Laparotomie von Dr. Voss, 1 von Dr. Jansen, 10 von Dr. Knorre, die übrigen 88 von mir gemacht unter freundlicher Assistenz von Dr. Jansen, Voss, Knorre und Paul Klemm, denen ich hier meinen verbindlichen Dank für die bereitwillige Hülfe ausspreche, ohne welche die grösstentheils schwierigen Operationen glücklich auszuführen mir unmöglich gewesen wäre.

Unter den 97 Laparotomieen finden sich

7	bei Ectopischer Schwangerschaft	4	Todesf.
2	Kaiserschnitte, dar. 1 Porro	1	»
18	Laparomyomotomieen	6	»
16	Adnexoperationen	1	»
10	Ventrifixationen	0	»
44	Ovariotomien	3	»
97	im Ganzen mit 15 % Mortalität.		

Die hohe Mortalität ist vorzugsweise bedingt durch die ectopische Schwangerschaft und die Uterus-

myome. Während auf die 70 Laparotomieen bei Ovarialtumoren, Ventrifixationen des prolabirten Uterus und die Adnexoperationen nur 4 Todesfälle kommen, haben wir bei Extrauteringravidität. beim Kaiserschnitt und bei den Laparotomieen wegen Uterusmyomen in 27 Fällen 11 Todesfälle zu beklagen.

Hoffentlich gelingt es, durch den detaillirten Bericht eine nachsichtige Beurtheilung der hohen Mortalität von Ihnen zu gewinnen.

Fangen wir mit dem Schlimmsten an, der Extrauteringravidität: 4 Todesfälle auf 3 Genesungen.

1. Eine 28-jährige Frau, mit 8-monatlicher lebenden Frucht im Extrauterinsack, wurde septisch eingebracht. Das Kind wurde, nach richtig gestellter Diagnose todt extrahirt. Die Frau starb am 6. Tage an Sepsis.

2. Bei dem 2. Fall, einer 26-jährigen Frau handelte es sich um eine Haematocele retrouterina seltener Art. Der Uterus stand hoch, beweglich. Der kindskopfgrosse, höckrige Tumor erwies sich als ein Fruchtsack ohne Foetus, wobei die Placenta zwischen der hinteren Fläche des Lig. lat. sin. und der Flexura sigm. angelegt war. Sofort bei Eröffnung der Bauchhöhle erfolgte eine starke Blutung aus der gelösten Placenta. Trotz Stillung derselben und erfolgreicher Jodoformtamponade starb die Frau nach 3 Tagen.

3. Eine 30-jährige Frau, bei welcher von Dr. Bernsdorff und mir die Diagnose auf rechtsseitige rupturirte Graviditas tubaria gestellt war, musste in der Nacht, unter hochgradiger Anaemie, unter unzureichender Assistenz operirt werden. Das kleine Becken war voll Blut, in der rechten Tube ein bohnengrosser Riss. Dr. Schabert bestätigte nach microscop. Untersuchung die Diagnose des Tuben-Aborts. Trotz der Unterbindung ging die Frau doch nach 4 Tagen zu Grunde.

4. Eine 32-jährige Frau mit 6-monatlicher lebender Frucht im hinten und rechts liegenden Extrauterinsack, wurde mit Einnähung des Sackes, Zurücklassung der Placenta und Jodoformgaze-Tamponade glücklich operirt. Die Operation war äusserst schwierig, die Auslösung des mit den Nachbarorganen fest verwachsenen Sacks un-

möglich. Die Frau ging nach 18 Tagen, nachdem die Placenta glücklich entfernt worden war, unter den Erscheinungen einer Psychose zu Grunde.

5. Unter den 3 Genesenen handelte es sich bei einer 32-jährigen Frau um einen grossen, durch Blutung ausgedehnten, den Bauchdecken adhärenten Fruchtsack, der bis unter den linken Rippenbogen reichte und einen $3^1/_2$ monatlichen Foetus enthielt. Der Sack wurde ausgeräumt, die Placenta zurückgelassen, nach 20 Tagen entfernt. Das Präparat ist in Dorpat aufbewahrt (Dr. Küstner). Die Frau ist seitdem, December 1888, ganz gesund, hat einen mässigen Bauchbruch, ist nicht wieder schwanger geworden.

6. Die zweite Genesene, eine 26-jährige, hatte eine 4-monatliche Gravidität im linken atretischen Uterushorn. Der Zustand konnte leicht einen mässig grossen Ovarialtumor vortäuschen. Die Operation war leicht. Der Fall ist von Dr. Knorre beschrieben worden. Die Frau hat vor der Operation einmal geboren und ist jetzt, 13 Monate nach der Operation glücklich von einem lebenden Kinde entbunden worden.

7. Die 3. Genesene ist eine 27 Jahre alte Frau, die vor 3 Jahren ein Mädchen glücklich geboren hatte. Sie wurde am 30. Jan. 1895 operirt und am 11. März a. c. gesund entlassen. Die Diagnose war von Dr. Jorban in Tuckum und von mir auf Graviditas extrauterina gestellt worden, da es uns Beiden gelang, links vorn einen 10 C. langen leeren Uterus nachzuweisen. Bei der Operation erwies sich, dass das ausgetragene, 2—3 Tage früher abgestorbene Kind in dem atretischen rechten Uterushorn sich entwickelt hatte. Es lag nach dem Bauchschnitt anscheinend ein Uterus im 10. Schwangerschaftsmonat vor. Es war das ausgedehnte und vergrösserte rechte Uterushorn, welches in einer Ausdehnung von 7 Cent. dem leeren Uterus anlag. Die Operation glich der Porro-Operation, mit extraperiton. Stielversorgung. Im Cervix liess sich deutlich eine Oeffnung nachweisen, die mit der Sonde nach dem Uterushorn zu verfolgen war, jedoch blind endigte. Glatter Verlauf. (Das Präparat wurde dem ärztlichen Verein in Riga seinerzeit vorgezeigt.)

Unter den 18 Frauen, bei denen die Laparomyomotomie, und zwar mit extraperitonealer Stielversorgung, gemacht wurde, sind 6 gestorben — eine an Herzschwäche am 4. Tage (sie war höchst anämisch, hatte ein mannskopfgrosses Myom und litt an profuser Menorrhagie). 4 gingen septisch zu Grunde, darunter 2 mit sehr grossen Myomen, die eine Hand breit über den Nabel hinaufreichten. Jedesmal ist die Sepsis nachweislich vom Stumpf ausgegangen. Einmal trat septisches Fieber schon 36 Stunden nach der Operation (bei kindskopfgrossem Myom und leichter Operation) ein, wo unmittelbar nach Eröffnung des Leibes wegen Chloroform-Asphyxie 3 Min. lang die Athmung künstlich unterhalten werden musste. Der Tod erfolgte erst am 7. Tage. Ein anderes Mal schloss sich die Sepsis, bei einer 40-jähr. Frau und kindskopfgrossem Tumor, der wie eingekeilt im kleinen Becken festsass und schwer herausgehoben werden konnte an die Ruptur des linksseitigen Hämosalpinx an. Auch rechts fand sich ein Hämosalpinx, der nicht einriss. Beide Tuben waren mit schwärzlichem, dickflüssigem Inhalt gefüllt. Der Tod erfolgte am 6. Tage. Zwei andere starben am 4. Tage. Der 6. Fall, eine 40-jährige Frau mit sehr grossem Tumor, der sich als ein sehr hartes 12 Pfund schweres Uterusmyom des Fundus mit darunter gelegener 3-monatlicher Frucht erwies, ging nach glücklich und rasch vollendeter Operation am 12. Tage an Ileus zu Grunde. Die Complication dieses grossen Myoms mit Graviditas im 3. Monate musste trotz genauester Untersuchung in Narcose und trotz darauf gerichteten Verdachts zurückgewiesen werden. Alle Symptome der Gravidität fehlten. Wäre sie aber auch vor dem Bauchschnitt diagnosticirbar gewesen, so hätte eine noch dringendere Indication für die Laparomyomotomie vorgelegen da eine Entwickelung der Gravidität über den 3. Monat hinaus die Patientin, welche hauptsächlich durch Compressionserscheinungen sich zur Operation gedrängt fühlte, unberechenbarer Lebensgefahr ausgesetzt hätte. Die Section ergab eine Knickung des Dünndarms ca. 150 Cent. über der Valvula Bauhini. Die Bauchwunde war geschlossen, das