



Zur Casuistik der scarlatina in puerperio.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades

eines

Doctors der Medicin

verfasst

und mit Genehmigung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität

zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

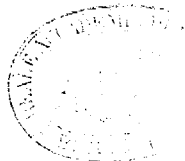
von

Eduard Pychlau.



Ordentliche Opponenten:

Doc. Dr. L. Kessler. — Prof. Dr. A. Vogel. — Prof. Dr. J. v. Holst.



Dorpat.

Druck von Schnakenburg's Buchdruckerei.

1881.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Dorpat, den 14. November 1881.

Decan: Hoffmann.

Nr. 436.

(L. S.)

Zur feierlichen
DOCTOR-PROMOTION

des Herrn

Eduard Pychlau,

welche

Donnerstag, den 4. Februar 1882, Vormittags um 10 Uhr,
im grossen Hörsale der Kaiserlichen Universität
stattfinden wird,

laden ergebenst ein

Decan u. Mitglieder
der medicinischen Facultät.

Dorpat,
im Februar 1882.

MEINEN ELTERN

IN

LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Mit Freuden ergreife ich die Gelegenheit meinen hochverehrten Lehrern an hiesiger Hochschule für die vielfache Belehrung und Anregung, die sie mir zu Theil werden liessen, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Herrn Prof. J. von Holst, der so freundlich war, mir das vorliegende Thema zur Bearbeitung zu überlassen und mich während meiner Arbeit vielfach mit seinem Rath unterstützte, fühle ich mich zu ganz besonderem Dank verpflichtet.

Herrn Dr. med. G. Brutzer, Director der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga, bitte ich an dieser Stelle meinen herzlichen Dank entgegenzunehmen für die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der er mir die Krankengeschichte III zur Disposition stellte.

Da mehrere ältere und neuere Autoren die in der Literatur verzeichneten Fälle von Scharlach im Wochenbett nicht als ächten Scharlach anerkennen wollen, vielmehr die Mehrzahl dieser Fälle für eine besondere Form des Puerperalfiebers halten, welche mit dem genuinen Scharlach nur das Exanthem gemein haben soll, so dürfte jede Bereicherung der Casuistik durch neue, einschlägige Beobachtungen für die Entscheidung dieser Streitfrage willkommen sein.

Nach einer gedrängten Uebersicht der diesen Gegenstand betreffenden Literatur sollen nun hier sechs Krankengeschichten referirt werden, welche das Ihrige dazu beitragen werden, die Lehre vom ächten Scharlach im Wochenbett zu stützen. Die betreffenden Krankheitsfälle sind an verschiedenen Punkten Livlands beobachtet worden; ein Fall stammt aus der geburtshilflichen Klinik zu Dorpat, die übrigen fünf aus der Privatpraxis.

Im vorigen Jahrhundert geschieht der in Rede stehenden Erkrankung zuerst Erwähnung und zwar wurden ihr von verschiedenen Autoren verschiedene Namen beigelegt: Hamilton ¹⁾ nannte sie „febris miliaris“, Hecquet ²⁾ „fièvre

¹ Tractatus de febre miliari (cit. nach Olshausen).

² Méd. ch. et pharm. des pauvres. 1740. T. II, chap. 62 u. 64 (Olshausen).

rouge“ oder „pourpre bleu“, Ludwig ¹⁾ „miliaria rubra“. Malfatti ²⁾ beobachtete in den Jahren 1799 und 1800 in Wien eine bösartige Epidemie unter den Wöchnerinnen der Gebäranstalt, während gleichzeitig in der Stadt eine ausgedehnte Scharlachepidemie herrschte, welche durch deutlich ausgesprochene Angina und leichteren Verlauf charakterisirt war. Die meisten Erkrankungen fielen auf den zweiten Tag des Wochenbetts, nach dem 7. Tage fand keine Erkrankung mehr statt. Malfatti schildert das scarlatinöse Exanthem, welches die Besonderheit hatte, dass es in den ersten Tagen am Morgen abblasste oder auch gänzlich verschwand, um am Abend desto intensiver wiederzukehren. Die Gebärmutter zeigte sich oft auf Druck etwas empfindlich, doch blieb der Leib weich und schmerzlos. Die Angina fehlte theils ganz, theils war sie unbedeutend. Die Lochien waren gleich anfangs putrid, doch nie unterdrückt; über die Milchsekretion finden sich keine Angaben. Die Sektion ergab weder krankhafte Veränderungen des Peritoneum noch der Gebärmutter; nur am Muttermunde fand sich etwas eiterartige Materie und der Rand war schwärzlich livid verfärbt. Diese Verfärbung drang mehr oder weniger tief in die Substanz ein und verbreitete den beim Brande gewöhnlichen Geruch. Die Geburtstheile schienen auch entzündet, während alle übrigen Baucheingeweide normal waren. Eine Wärterin, welche eine der so erkrankten Wöchnerinnen gepflegt hatte, erkrankte am Scharlach mit bedeutender Halsaffection. Malfatti selbst ist geneigt, diese Epidemie für eine ächte Scharlachepidemie zu halten, doch fügt er hinzu, dass die Urtheile der Zergliederer über die eigentliche Affection der Gebärmutter verschieden waren.

1) Institut. med. clinicae. 1758 (cit. nach Olshausen).

2) Hufeland's Journal. XII, 3, S. 120, 1801.

Senn ¹⁾ beschreibt eine Scharlachepidemie in der maternité zu Paris aus dem Jahre 1825. Von 7 Fällen endeten 4 tödtlich. Die Genitalien waren immer gesund. Peritonitis oder Uteruserkrankungen werden kein Mal erwähnt.

Vier weitere Fälle von Scharlach der Wöchnerinnen veröffentlicht Dance ²⁾.

Th. Helm ³⁾ sagt dagegen ausdrücklich in dem Abschnitt über Puerperalscharlach: „purpura puerperalis ist eine eigenenthümliche Wochenkrankheit und nicht die gewöhnliche Scarlatina; constante primäre Veränderungen hat die Section ausser der Hautentzündung nicht ausgemittelt.“ Für seine Ansicht führt er folgende Gründe an: a) purpura puerperalis kommt von keinem Contagium und bringt auch nicht welches hervor; b) sie entsteht immer nur in den ersten Tagen nach der Geburt, um die Zeit als auch die anderen Wochenkrankheiten entstehen; c) sie erscheint oft ohne alle Schleimhautsymptome; d) sie erkennt gar keine Ordnung, weder in Bezug des Erscheinens des Exanthems zum Fieber, denn es erscheint gleichzeitig mit dem Fieber, oft sogar voraus, noch in Bezug auf den Ausbruch des Exanthems, denn dieses stürzt gewöhnlich ohne Ordnung über den ganzen Körper zu gleicher Zeit hervor; e) purpura puerperalis erscheint öfter nur an einzelnen Körperstellen, z. B. an den Schenkeln; f) sie kommt und verschwindet während des Verlaufs oft mehrere Mal; g) ihr häufiges oder seltenes Erscheinen hängt mit dem Erscheinen der gewöhnlichen Scarlatina nicht zusammen.“ Bei der nun folgenden Schilderung des Verlaufs wird allerdings der Angina nicht erwähnt, wohl aber der Anschwellung der Halsdrüsen. Der Ausbruch der Krankheit fällt nach Helm's Angabe

1) Escal sur la scarlatine puerpérale. Thèse inaug. Paris. août, 1825 (Olsch).

2) Arch. de Medec. 1830, I re Série T. XXIII. S. 323.

3) Die Puerperalkrankheiten, Zürich, 1840

auf den 2. oder 3. Tag nach der Geburt. Als charakteristisch hebt er hervor die Beschaffenheit des Pulses, die Integrität des Milch- und Lochienflusses, die Unempfindlichkeit oder doch nur geringe anfängliche Schmerzhaftigkeit des Uterus. In einzelnen Fällen soll das Fieber gänzlich fehlen. Nach 2 bis 3 Tagen hat das Exanthem seine Blüthe erreicht und es beginnt sehr bald die Abstossung der Oberhaut kleinförmig, in Schuppen oder in Fetzen. Bisweilen bleibe die Abschuppung aus, das Fieber nehme nicht ab und unter hinzutretenden Kopfschmerzen und sinkendem Pulse entwickle sich Manie mit lethalem Ausgang. Kiwisch¹⁾ erklärt die von Helm und A. als Scarlatina (purpura) puerperalis beschriebene Affection für ein ausgebreitetes Erysipel, welches sich auch auf die Rachenschleimhaut ausdehne; so entstehe die Angina, wodurch diese Form viel Aehnlichkeit mit Scarlatina gewinne. Er behauptet, dass auch Malfatti²⁾ nur scarlatinöses Puerperalfieber beschrieben habe, während doch Malfatti selbst diese Epidemie für eine Scharlachepidemie hält. Auch Kiwisch ist der Ansicht, dass überstandene Scarlatina gegen die in Rede stehende nicht schütze. (cfr. Helm) A. Clemens³⁾ theilt zwei Fälle von Scharlach bei Wöchnerinnen mit und betont, dass er es in beiden Fällen mit ächtem Scharlach zu thun hatte und nicht mit einer eigenthümlichen Form des Puerperalfiebers. In beiden Fällen war Ansteckung nachweisbar, die Wochenbettfunctionen ungestört, die fauces zwar roth aber wenig schmerzhaft. Bei beiden Frauen brach die Krankheit am 2. oder 3. Tage nach der Entbindung aus.

Retzius⁴⁾ beobachtete eine Epidemie, bei der meist

1) Krankheiten der Wöchnerinnen, 1840, I Th, pag. 172 u. ff

2) Hufelands Journal, Bd. XII, St. 3.

3) Monatsschr. f. Gebkde u. Frauenkrankh., Bd. V, p. 130, 1855.

4) Hygiea. Bd. 23, S. 187. S. Schmidts Jahrb. Bd. 116, S. 318. 1862.

am 3. Tage Fieber, bald darauf das Exanthem auftrat, später auch Miliariabläschen. Der Fundus uteri war oft in den ersten Tagen empfindlich. Von peritonitischen Affectionen erwähnt er nichts. Lochial- und Milchabsonderung waren normal, Anschwellungen der Halsdrüsen waren bisweilen vorhanden. Er hält aus eben den Gründen wie Helm diese Affection nicht für Scharlach, sondern für eine den Wöchnerinnen eigenthümliche exanthematische Krankheitsform, die er „porphyra“ nennt,

Guéniot ¹⁾ theilt 4 Fälle mit, bei denen theils ihre Entstehung, theils ihre Weiterverbreitung durch Ansteckung mit Scharlachgift nachgewiesen werden konnte. Ein Mal war gleichzeitig Lymphangitis uteri vorhanden.

Browns ²⁾ berichtet über 9 Fälle von Scharlach im Wochenbett aus dem Queen Charlotte lying-in Hospital.

Denham ³⁾ macht Mittheilungen über eine Puerperalfieberepidemie im Dubliner Gebärhause vom November 1861 bis zum 11. Jan. 1862, während gleichzeitig eine Scharlachepidemie daselbst herrschte. Seine Angaben sind leider nur sehr allgemein. Von den acht Scharlachkranken starben sieben. Er selbst trennt die Scharlachfälle bestimmt von den Puerperalfieberfällen.

Halahan ⁴⁾ erwähnt 25 Fälle aus seiner Privatpraxis, von denen 19 starben. Halahan selbst sagt, dass Peritonitis nicht ganz selten die Erkrankung complicirte, und notirt sie in 4 Fällen, in denen der Uterus empfindlich gewesen sein soll. Von diesen verliefen 3 tödtlich. Darnach ist die Angabe Gusserow's ⁵⁾, dass die meisten von Halahan's Kranken an Peritonitis litten, zurechtzustellen.

1) Sur la scarlatinoïde puerperale. Thèse de Paris. 1862.

2) Brit. med. Journal 1862, Febr. 8. Exc. Wien. med. Wochenschr. 1862, Nr. X.

3) Dubl. quaterly Journ. of med. sciences, Bd. 34, S. 317, 1862.

4) Dubl. quaterly Journal of med. scienc. 1863, Bd. 36, p. 214.

5) Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. XXIV. Reiseber. pag. 276. 1864.

Mayr ¹⁾ behauptet, der sogenannte Puerperalscharlach habe mit dem eigentlichen Scharlach nichts gemein als nur die Farbe. Er ist der Ansicht, dass die *Scarlatina miliaris* häufig ein Symptom der Pyaemie zu sein pflege (s. Winckel).

McClintock ²⁾ beobachtete in einem Zeitraum von mehreren Jahren 34 Fälle im Dubliner Lying-in Hospital. Dass diese Fälle wirklich Scharlach waren, lässt sich nicht bezweifeln. Das Exanthem war ausgeprägt mit folgender Abschilferung, der Puls sehr frequent, die „Himbeerzunge“ vorhanden, die Angina dagegen nur unbedeutend. In 2 Fällen wird Ulceration der Mandeln erwähnt. In sämtlichen Fällen mit günstigem Ausgang waren Lochien und Involution normal, unter den 10 Todesfällen fand sich 2 Mal Metrophlebitis und 2 Mal Peritonitis, welche Complicationen jedoch erst mit Beginn der Abschilferung eintraten und zwar mit neuer Fiebersteigerung. Clintock selbst bringt die *Scarlatina* mit dem Puerperalfieber in keinen Zusammenhang.

Winckel ³⁾, der selbst einen Fall von *scarlatina* in puerperio in der Rostocker Entbindungsanstalt beobachtete ⁴⁾, will nicht alle in der Literatur veröffentlichten Fälle von Scharlach der Wöchnerinnen als ächten Scharlach gelten lassen, obwohl er im Allgemeinen das Vorkommen desselben bei Wöchnerinnen nicht leugnet. Als eine besondere Form septischer Erkrankung der Wöchnerinnen fasst er die *Scalatina miliaris* auf, bei der sich nach 2--3tägigem Bestand des Exanthems kleine, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Bläschen entwickeln, welche hauptsächlich den Stamm bedecken. Diese

1) *Hebra. acut. Exanth. u. Hautkrankheiten*, Virch. Handbuch d. sp. Path. u. Ther. Bd. III. Erlangen 1860—65, pag. 120.

2) *Dubl. quaterly Journ. of med. sc.* 1866, Bd. 41. S. 53.

3) *Pathologie und Therapie des Wochenbetts*, 1866, pag. 427, 1878 p. 529).

4) *Berichte und Studien*.

Erkrankung sei freilich an und für sich nur ein Symptom puerperaler Septicämie, aber doch immer die am meisten in die Augen fallende und wesentlichste Erscheinung derselben.

Montgomery ¹⁾ theilt mit, dass eine Schwangere im 9. Monat der Schwangerschaft ihren scharlachkranken Bruder pflegte und am Tage nach der Geburt selbst erkrankte. Der Fall endete tödlich die näheren Zeitangaben fehlen leider.

C. H. Lange ²⁾ beschreibt unter einigen normal verlaufenen Fällen von scarlatina in puerperio auch einen Fall, in welchem nach anfänglicher Scarlatina wiederholte Schüttelfröste und eitrige Parametritis auftraten. Der Fall verlief 6 Wochen post partum tödlich.

Hervieux ³⁾ veröffentlicht 7 Fälle aus der maternité.

II. Koch ⁴⁾ erwähnt 3 Fälle aus der Giessener Entbindungsanstalt während in der Stadt und Umgebung nachweislich Scharlach bestand. Einmal war die charakteristische „Himbeerzunge“ vorhanden.

Braxton Hicks ⁵⁾ berichtet über 37 Fälle von Scharlach im Wochenbett aus seiner Privatpraxis. 17mal sei das Exanthem vermisst worden, in den übrigen 20 Fällen sei es ausgezeichnet gewesen. Die Halsaffection ist in der Mehrzahl der Fälle erwähnt, mitunter auch die Himbeerzunge. Der Uterus war nur in 2 Fällen auf Druck empfindlich. In 5 Fällen liess sich die directe Ansteckung nachweisen, in drei anderen Fällen wurde die Umgebung der erkrankten Wöchnerinnen durch diese infectirt. Wiederholt war die Uebertragung der Scarlatina durch den Arzt wahrscheinlich. Braxton Hicks selbst ist übrigens seiner Diagnose nicht in allen diesen

1) Arch. f. Gynäkol. B. IX, (Olshausen.)

2) De scarlatina puerperali, Diss. Regimonti 1867.

3) L'union med. 1867 Nr. 122—127.

4) Diss. Giessen 1868.

5) Translations of the obst. soc. of London 1871 S. 44, 75.
cit. nach Olshausen l. c.



Fällen gewiss, indem er die Möglichkeit zugiebt, dass in einzelnen Fällen das Exanthem ein pyämisches Erythem gewesen sei.

V. B. Schneider¹⁾ theilt 5 Fälle aus der Marburger Klinik mit. Von den 3 Wöchnerinnen, bei denen Diarrhoe eintrat, starben zwei.

Olshausen²⁾ unterzieht die bis hierzu bekannte Literatur über den vorliegenden Gegenstand einer eingehenden kritischen Betrachtung. Er selbst hat 5 Fälle beobachtet mit 2 Todesfällen. Er spricht sich ganz bestimmt dahin aus dass die sog. scarlatina puerperalis durchaus keine besondere Form des Puerperalfiebers sei, sondern nur eine scarlatina in puerperio, d. h. der gewöhnliche Scharlach, modificirt in mancher Hinsicht durch den Puerperalzustand der Erkrankten.

Die Weiterverbreitung der falschen Anschauung von Helm und Kiwisch sei durch deren Autorität begünstigt worden. Viele der späteren Autoren seinen ihrem Beispiel gefolgt. Die Incubationsdauer ist nach Olshausen in den meisten Fällen eine ungewöhnlich lange, bisweilen sich auf mehrere Monate erstreckende. Im Folgenden wird sich öfter Gelegenheit bieten auf seine Arbeit zurückzukommen.

Schroeder³⁾ sagt: „Eine Verwechslung ist sehr häufig vorgekommen zwischen wirklichem Scharlach und und scharlachähnlichen Exanthemen, wie sie im Puerperalfieber nicht so sehr selten auftreten. So wenig es fraglich sein kann, dass gelegentlich auch Wöchnerinnen, durch das wirkliche Contagium inficirt, an wahren Scharlach erkranken, so sind dieselben doch keineswegs vorzugsweise für die Ansteckung mit diesem virus praedisponirt, so dass die grosse Mehrzahl

1) Dissert. Marburg 1873, 5 Fälle von Scharlach im Puerperium.

2) Arch. f. Gyn. Bd. IX. p. 169 u. ff.

3) Geburtshilfe, 5. Aufl. 187 p. 771.

der als *scarlatina puerperalis* beschriebenen schweren Krankheitsformen mit flächenartig ausgebreiteter erythematöser Dermatitis als Puerperalfieber mit dieser Hautaffection zu betrachten ist.

Neuerdings sind von A. Martin¹⁾ drei neue Fälle von genuinem Scharlach bei Wöchnerinnen mit tödtlichem Ausgang publicirt worden. In dem einen Fall war Peritonitis eingetreten, doch erst bei beginnender Desquamation. Martin hält die Peritonitis für eine secundäre Erscheinung und Folge des Scharlachs. In den beiden andern Fällen fand sich Endometritis, Parametritis, einmal auch Lymphangoitis.

C. Liebmann²⁾ veröffentlicht gleichfalls 3 Fälle von Scharlach im Wochenbett aus dem Civilhospital in Triest, von welchen die beiden ersten tödtlich endeten. Die Krankheit brach am 4. 2. 3. Tage des Wochenbetts aus, der Tod trat am 20. resp. 15. Tage des Wochenbetts ein. Das Exanthem war in allen 3 Fällen deutlich entwickelt; im 3. Fall gesellte sich Miliaria hinzu. Die Abschuppung war in sämtlichen Fällen vorhanden, dagegen fehlte im 3. Fall die Angina gänzlich, während sie in den beiden ersten deutlich ausgesprochen war und es im ersten Fall sogar zur Geschwürsbildung auf den Mandeln gekommen war. Bei allen Patientinnen trat Diarrhoe ein, die in den lethal verlaufenden Fällen als stark, im dritten als mässig bezeichnet wird. In allen 3 Fällen fanden sich Vaginalgeschwüre. Im ersten und zweiten Fall trat am 14. resp. 12 Tage des Wochenbetts Peritonitis ein; doch war der Uterus im Fall II schon im Beginn der Krankheit gegen Druck empfindlich gewesen. Fall I wurde durch einen eklamptischen Anfall complicirt,

1) Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Frauenkrankheiten. Bd. I, Heft 2.

2) Arch. f. Gynäkol. X Bd. 1876, S. 556.

während Fall III durch das Recidiviren des Ausschlags zur Zeit, als die Desquamation schon in vollem Gange war, ausgezeichnet ist. Die Section ergab an den Genitalien, ausser den in Heilung begriffenen Puerperalgeschwüren, nichts von Belang, in beiden Fällen Peritonitis, ausserdem im ersten Fall Pleuritis, im zweiten Parametritis. Verf. behauptet, dass Diarrhoe fast constant den Scharlach der Wöchnerinnen begleite. Die Gründe Olshausens (l. c.) in Betreff der langen Incubation hält er für a priori einleuchtend, meint aber, dass erst fernere Beobachtungen Olshausens Annahme erhärten könnten. Ferner erwähnt er des Umstandes, dass der Scharlach der Wöchnerinnen in Grossbritannien viel häufiger sei als in Deutschland, ohne dafür eine Erklärung zu finden. Zum Schluss seiner Abhandlung erwähnt er, dass im Laufe des letzten Jahrzehnts noch 3 Fälle von Scharlach der Wöchnerinnen in Triest, wie es scheint, in der Privatpraxis, beobachtet worden seien. Zwei der Wöchnerinnen starben. Entzündliche Processe an den Geschlechtstheilen waren in 2 Fällen vorhanden.

G. Calderini¹⁾ beschreibt fünf Fälle von Scharlach im Wochenbett aus dem Institut zu Parma und ist der Ansicht, dass der Status puerperalis der Infection mit Scharlachgift einen besonders günstigen Boden biete. Ansteckung liess sich in keinem seiner Fälle constatiren. In allen Fällen bestand das Exanthem, Conjunctivalirritation, Zunge mit Epithelialcatarrh und rothen Rändern, hyperaemia faucium, Bronchialcatarrh, gedunsenes Gesicht und in den 3 letzten Fällen Albuminurie. Der Ausbruch der Krankheit erfolgte 2mal am 2. Tage und je 1mal am 1. Tage, gleich nach der Geburt und am 10. Tage. Zwei der Wöchnerinnen IV, V.

1) Gazzetta delle clinica di Torino, 1875, 20. April: Considerazioni generali etc. Bericht im Archiv für Gyn. Bd. XI. 1877, pag. 410).

starben, am 15. resp. 29. Tage. In den 3 günstig verlaufenden Fällen I, II, III waren Dammrisse vorhanden. Schmerzhaftigkeit des Uterus wird in Fall III u. IV angegeben. In diesem letzteren waren Puerperalgeschwüre vorhanden und war derselbe ausserdem durch 6 mal wiederkehrenden Frost und durch die am 7. Tage sich einstellende Diphtheritis faucium ausgezeichnet. Die Autopsie ergab in beiden Fällen Pleuritis Peritonitis, Nephritis; im IV. Fall überdies Oophoritis, und purulente Salpingitis während der Uterus gut involirt war; im V. Fall Splenitis embolica und Lymphovenotrombosis parametralis purulenta. Die Diagnose im 2. Fall ist zweifelhaft, da der vom Autor erwähnte klein pustulöse Ausschlag und die vorübergehende Einreibung von ungt. cinereum ein einfaches Inunctionsexanthem nicht ausschliessen lassen. Ob die durch die Section ermittelten pathologischen Veränderungen als Folgen des Scharlachprocesses oder als Localisationen des Puerperalfiebers aufzufassen seien, lässt Verf. unentschieden.

Ich lasse nun die 6 Krankengeschichten folgen, die weiter unten, mit Rücksicht auf die scarlatina in puerperio im Allgemeinen, besprochen werden. Den Schluss bildet eine kurze Erörterung der Frage: Ist die Krankheit, welche bisher als Scharlach der Wöchnerinnen beschrieben wurde, wirklich Scharlach oder Puerperalfieber?

I. Erste Krankengeschichte. Frau v. E.

(Mitgetheilt von Dr. Harten.)

Die Amme des Hauses hat Scharlach zu Hause, bringt Sachen mit. Eine Woche darauf Erkrankung der Hausfrau, die sich in den letzten Tagen der Gravidität befindet.

30. Scharlachausschlag auf Gesicht und Brust, leichte Angina. In der Nacht Entbindung.

1. Novemher. Starker Ausschlag, der sich mit normalem Verlauf über den ganzen Körper verbreitet; stärkere

Angina, keine Diphtherie. Temperatur wechselt zwischen 38,5 und 40° C. Lochien normal.

Dr. Harten muss fortreisen am 6. Tage, kühle Bäder. Schwinden des Ausschlags. Am 6. Tage Abschilferung auf Gesicht, Hals und Brust stark. Tod am 9. Nov., nachdem die Zunge trocken geworden, Delirien und Meteorismus aufgetreten waren.

Das Neugeborene bleibt gesund. Die einjährige Tochter bekommt einen Ausschlag mit Halsaffection und auch die Mutter der Patientin hat Scharlachausschlag auf Hals und Brust mit nicht sehr hohem Fieber und Halsaffection. Ist genesen.

II. Zweite Krankheitsgeschichte. Frau v. M. (Dr. Mühlen, Walter, Prof. Vogel consultirt)

18. Juli nach 12stündigem Kreissen normale Geburt eines Knaben. Wochenbett bis zum 3. Tage ganz normal. Am 20. zerstreute Flecken auf Brust und Rücken; vom Arzt für Scharlach erklärt; Fieber nicht hoch.

21. }
22. } Juli verlaufen normal.

23. Tod. Bewusstsein bis zum Ende erhalten.
Alle Wochenbettsfunctionen normal.

26. Juli Erkrankung der Schwester mit Erbrechen, Scharlachausschlag, Rachenaffection.

29. Tod.

Im November erkrankte eine zweite Schwester, welche kurz vorher die Sachen der Verstorbenen aus- und eingepackt hatte: Scarlatina mit starkem Exanthem, starker fetziger Abschilferung, schwere Erkrankung durch 4 Wochen.

III. Dritte Krankengeschichte. Frau B. Mitgetheilt von Dr. G. Brutzer.

Frau B, X para, gebar am 13. September 1879 nach durchaus normal verlaufener Schwangerschaft rechtzeitig einen

kräftigen, vollständig ausgebildeten Knaben. Die Geburt war leicht, ohne jegliche Kunsthülfe; die Placenta folgte vollständig ein paar Minuten nach Ausstossung der Frucht. Da schon bei den 3 vorhergehenden Geburten nach Entfernung der Placenta starke Blutungen sich eingestellt hatten, so war dieses Mal Dr. G. Hollander zur Geburt erbeten. 10 Minuten nach Beendigung der Geburt trat denn auch eine sehr heftige Blutung ein, die durch Compression und Massage nicht zum Stehen kam. Die Kranke wurde ohnmächtig, pulslos. Nun wurden Irrigationen mit Eiswasser angewandt, dabei Frottiren und secale — unter diesen Mitteln cessirte denn endlich die Hämorrhagie. Das Bett der in Folge der Geburtsarbeit sehr erhitzten und transspirenden Pat. war von dem Eiswasser ganz durchdränkt und die Kranke selbst jedenfalls einem jähen Temperaturwechsel ausgesetzt worden. Ich erwähne das, weil die nun im Wochenbett auftretenden Krankheitserscheinungen auf die Erkältung zurückgeführt wurden und den Scharlach zunächst nicht erkennen liessen. — Gleich am 2. Tage des Wochenbetts stellte sich ziemlich heftiges Fieber ein, verbunden mit Conjunctivitis, grosse Lichtscheu, Angina, behindertes Schlucken, etwas Husten, Schlaflosigkeit, Delirien. Da das Schlafzimmer, der Conjunctivitis wegen stark verdunkelt worden war, so ist das Exanthem, an welches Niemand dachte, gar nicht bemerkt worden. Das Fieber dauerte nur etwa 2 Tage, wobei die Temperatur 40° nicht erreichte. Auffallend war es aber, dass die Delirien — zumal Gesichtshallucinationen beängstigenden Inhalts — Männerstimmen im Keller, allerlei hässliche Gestalten an den Wänden — das Fieber einige Tage überdauerten. Dieses wurde der zugleich vorhandenen Schlaflosigkeit zugeschrieben (pervigilium) und in der That hörten sie auch, wenn auch nur allmählig auf, nachdem durch Chloralhydrat ein paar Mal mehrstündiger Schlaf erzielt worden war. Etwa am 9. oder 10. Tage des

Wochenbetts bemerkte Pat., die sich schon wieder ganz wohl fühlte, zuerst eine starke Desquamation an den Händen und auch sonst am Körper, doch wurde auf diese Erscheinung kein Gewicht gelegt, da Pat. in Folge gesteigerter Arbeit im Hause in den letzten Schwangerschaftsmonaten besonders rauhe Hände bekommen hatte. Als aber Pat. am 14. Tage des Wochenbetts das Bett verlassen hatte, überzeugte man sich dass eine solche Desquamation — die Epidermis löste sich, in grossen Fetzen ab — doch wohl nur auf ein Exanthem, speciell auf den Scharlach, bezogen werden konnte. Gleichzeitig erkrankten nun die während dieser ganzen Zeit in ziemlicher Isolirung gehaltenen Kinder, die die Mutter während der letzten Tage ihres Bettliegens einzeln besucht hatten, eines nach dem andern an Scharlach, wodurch die aus der Desquamation gestellte Diagnose natürlich nur befestigt werden konnte.

IV. Vierte Krankheitsgeschichte.

aus der Universitätsentbindungsanstalt zu Dorpat,

1880 I, Nr. 16 A.

Anna Peetsch, 25 a. n. hat 2 mal geboren. In ihrem 10. Lebensjahr will sie 2 acute Krankheiten durchgemacht haben, welche, ihrer Beschreibung nach, wahrscheinlich Morbillen und Varicellen waren. Nachdem die Wehen schon am 3. April, wie wohl schwach, sich eingestellt hatten und am Nachmittag des 5. stärker geworden waren, wird die Pat. am Nachmittage desselben Tages, 6 Uhr, in die Entbindungs-Anstalt aufgenommen, am Ende ihres 9. Schwangerschaftsmonats.

$\frac{1}{2}$ 10 Uhr m. 6. April. Die Erweiterung der Geburtswege geht äusserst langsam vor sich.

7 Uhr Ab. die Schwangere, die bis dahin sich ganz wohl befand, klagt über Frost und Hitze. Temp. 39,5.

10 Uhr Ab. Die Eröffnungsperiode macht ersichtliche Rückschritte, indem der vorher auf einige Zoll erweiterte Muttermund sich wieder verengert hat.

Temp. 37,9; Puls 135.

11 Uhr Ab. Temp. 38, Puls 120, Resp. 28.

Die Eröffnung macht keine Fortschritte.

7. April. 8 Uhr Morg. Temp. 39,6, Puls 120, R. 32.
Im Geburtsverlauf keine Fortschritte.

$\frac{1}{2}$ 10 Uhr Morg. Um den Verlauf der Geburt zu beschleunigen werden Irrigationen in die Scheide vorgenommen mit 40° warmen Wasser 5 Minuten lang. Steigerung der Temperatur 39,8, Puls 120 R. 28.

$\frac{1}{2}$ 12 Uhr Mitt. Wiederholung der Irrigationen, wonach sich eine stärkere Erweichung und Auflockerung des Geburtscanales nachweisen lässt. Temp. 40° Puls 132, R. 40.

1 Uhr Mittags T. 39,5, P. 120, R. 40. Die Blase stellt sich. Harnuntersuchung ergibt neutrale Reaction, dunkle Färbung desselben und reichliche Mengen Eiweiss.

$\frac{1}{2}$ 2 Uhr Mitt. Es wird die dritte Irrigation der Scheide vorgenommen. Temp. 39,5. P. 130, Resp. 40. Die hohe Temperatursteigerung und bedeutende Pulsfrequenz lassen die kommende Scarlatina vermuthen.

$\frac{1}{2}$ 3 Uhr Nachm. Die Blase wird künstlich gesprengt.

Es ergiesst sich reichlich Fruchtwasser und wenige Minuten darauf erfolgt die Geburt in normaler Weise. Die Placenta wird in toto mit den Eihäuten mittelst des Credé'schen Handgriffs entfernt, worauf der Uterus sich bald genügend contrahirt. Das Kind kräftig, 3000 grm. schwer.

7. April. 3 Uhr Nachm. T. 38,7; P. 112; R. 28.

Die Wöchnerin verfällt bald in einen tiefen Schlaf und zeigt nach dem Erwachen einen ungestörten Appetit.

Am Abend T. 39,3; P. 140; R. 36.

8. April. Das Exanthem ist am Oberkörper, Bauch und an den Beugeseiten der Extremitäten deutlich als rothe Flecken ausgesprochen. T. morg. 37,8. P. 120.

Ab. 40,8; P. 150. Pat. klagt über leichte Halsschmerzen und Schlingbeschwerden. Die Zunge hat an den Seitenrändern das Aussehen der bekannten Himbeerzunge. Rp. Infus fol. Digit. e. gr. XII $\overline{\text{3VI}}$. D. S. 2stündlich einen Esslöffel.

9. April. Das Exanthem ist am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts und Halses ausgebreitet und erweist sich als ein der Scarlatina angehöriges.

1 Uhr Mittags. T. 40, 3; P. 152, R. 40. Die Angina ist wenig deutlich ausgesprochen. Appetit und Stuhl der Pat. sind normal, ebenso der Wochenfluss. Ab. T. 40; P. 152; R. 40.

10. April. Pat. hat die Nacht schlaflos verbracht und phantasirt. Morg. T. 39; P. 140; R. 32. Um die Mittagszeit erreicht der Puls die Höhe von 160 in der Min.; R. 48, T. 40,1. Das Exanthem ist etwas abgeblasst, die Zunge ist dunkelroth und zeigt röthliche Wärzchen. In der Nacht und am Tage werden mehrere flüssige Stühle entleert. Der Appetit ist sehr gut. Am Abend wird der Zustand der Pat. bedenklich. T. 40; P. 160; R. 40. Rp. Pulv. Doweri gr. X.

11. April. Pat. hat nach dem Dower'schen Pulver geschlafen, wenn auch nicht viel. Am Morgen T. 39, 3; Puls äusserst schwach, nicht zählbar, die Respiration beschleunigt und oberflächlich. Das Exanthem hat sich nicht verändert. Es wird eine Aetherinjection gemacht und stündlich 1 Gr. Campher gegeben. Die mikroskopische Harnuntersuchung ergiebt reichliche granulirte Cylinder, Körnchenkugeln, wenig Blut- und Eiterkörperchen. Der Eiweissgehalt ist unverändert derselbe. Pat. starb um $\frac{1}{2}$ 3 Uhr Nachm.

Auszug aus dem Sectionsprotokoll.

Die Haut am Rücken und den Oberarmen, im Gesicht, am Halse und den Oberschenkeln diffus blauröthlich gefärbt. Auch an den übrigen Körperstellen zeigt die mehr gelbliche Haut zahlreiche Flecken von dunkel-livider Färbung. Aus der Schnittwunde der Bauchdecken treten stark durch Gas ausgedehnte Darmschlingen mit lebhaft injicirter Serosa hervor. In den tiefern Partieen der Unterleibshöhle finden sich beträchtliche Quantitäten einer gelblich-braunen, trüben Flüssigkeit. Auch das Peritoneum parietale ist in den tiefern Partieen der Unterleibshöhle stark baumförmig injicirt, im Uebrigen normal.

Brusthöhle: Rechte Lunge durch leicht trennbare Adhaesionen stellenweise verwachsen. Die Pleura costalis zeigt zahlreiche bis linsengrosse Blutaustretungen. Links Verwachsung der Lunge noch stärker. Pleurahöhle leer. Im Pericardialsack ca. $\frac{3}{4}$ einer röthlich gefärbten, trüben Flüssigkeit. Pericardium durchweg deutlich baumförmig injicirt.

Ueber dem linken Ventrikel wenige kleine Ecchymosen, auch im Endocardium zahlreiche hervortretende Blutpunkte. Im Uebrigen Herz und Lungen normal.

Milz: $17\frac{1}{2}$, $10\frac{1}{2}$, 8, $3\frac{1}{4}$ Ctm. von äusserst weicher Consistenz, beim Herausnehmen fast zerfliesslich. Oberfläche bläulich-braun gefärbt, Kapsel leicht gefalten. Auf der Schnittfläche löst sich das Gewebe in eine dunkle bräunlich-blaue Masse auf. Strukturverhältnisse sind nicht mehr erkennbar.

Linke Niere: 15, 6, $4\frac{1}{2}$ Ctm. Oberfläche besonders an der nach hinten gelegenen Seite dunkelblau-röthlich durch Gefässinjectionen gefärbt. Kapsel dünn, leicht trennbar. Oberfläche von gelblich-brauner Färbung mit zahlreichen sternförmigen Gefässinjectionen. Auf der Schnittfläche reichlicher Blutgehalt; an einzelnen Partieen die Corticalis scheinbar verbreitert, Consistenz weich.

Rechte Niere zeigt auf der Oberfläche dieselben Injectionen, ist von derselben Grösse und weicher Consistenz. Auf der Schnittfläche sind an einzelnen Parteen die Pyramiden vollständig unsichtbar. Am untern Ende heben sich von dem übrigen gelblich-braun gefärbten Gewebe die Pyramiden ab.

Leber: Consistenz recht weich, sonst nichts Abweichendes.

Aus dem kleinen Becken wölbt sich bis an den ersten Lendenwirbel der stark vergrösserte Uterus hervor. Derselbe ist von weicher Consistenz, der peritoneale Ueberzug ist verdickt und leicht injicirt; an einzelnen Stellen linsengrosse, knorpelähnliche Einlagerungen. Die Ovarien sitzen nach hinten schlaff dem Uterus an. Die Muttertrompeten, besonders die rechte, sind dunkel-blauröthlich gefärbt, stark erweitert, ein wenig durchweicht. Die Excavatio vesico-uterina durch leicht trennbare Gerinnsel erfüllt, so dass der Scheitel der Blase an dem Uterus und der Symphyse fixirt erscheint. Nach der Herausnahme präsentirt sich der Uterus als flacher Kuchen von 23 Ctm. Länge, $14\frac{1}{2}$ Breite u. 6 Ctm. Tiefe.

Harnblase stark ausgedebnt, Schleimhaut blau gefärbt, auch baumförmig injicirt; gelblich-gallertig infiltrirt an der dem uterus anliegenden Seite. Scheide gleichfalls stark ausgedehnt, Schleimhaut dunkel pigmentirt, blau-röthlich gefärbt. In dieselbe ragt die Vaginalportion als ein grösserer Tumor mit zerklüfteter Oberfläche, mit einem gelblichen, schwer abzustreifenden Belage hinein. Die hintere Lippe wallnussgross, die vordere fast noch einmal so gross. Aus dem Muttermund lässt sich eine eitrige, gallertähnliche Flüssigkeit herausdrücken. Nach Eröffnung des Uterus präsentirt sich die Innenfläche von einem breiigen, an der Vorderfläche des Fundus röthlich-braun gefärbten Inhalt bedeckt und ist vielfach zerklüftet. Diese Färbung geht allmählig in das Grundgewebe des Uterus über,

welches eine hellgelblich-braune, gallertartige Beschaffenheit hat und dessen Wand fast durchweg $2\frac{1}{2}$ Ctm. dick ist.

Magen: fast leer, Schleimhaut leicht gewulstet, an den abhängigen Partien dunkel injicirt.

Duodenum: gleichfalls leicht injicirt. Jejunum und Ileum anämisch, Dickdarm wieder stärker injicirt.

V. Fünfte Krankengeschichte. 1881.

(Mitgetheilt von Prof. J. v. Holst.)

Frau von St. hat nicht Scarlatina gehabt. In der Stadt einige Fälle von Scarlatina. Uebertragung möglich, da in einem befreundeten Hause Scarlatina.

Gesunde, junge Erstgebärende. Normale Geburt in 10 Stunden. Der Austritt des Kopfes durch Expression unterstützt. Geburt 29/III.

30 |
31 } III. Befinden normal, ebenso Appetit und Temperatur. Lochien und sämtliche Wochenfunctionen während des ganzen Verlaufs normal.

1 IV früh: Befinden ebenso. Nachmittags heftiger Frost. Temp. 41,8; Puls 130. Erbrechen, Zunge dick belegt, Kopf frei, keine Lokalerkrankung nachzuweisen. 11 Uhr T. 41,5.

2/IV Temp. 40,5—40,7. Normales gleichförmiges Scarlatinaexanthem auf Gesicht, Hals und Bauch. Arme und Füße schwach geröthet, rauh. Kopf frei; Angina mässig; eigenthümlicher Geruch, auch von der Umgebung bemerkt, ohne dass sie darauf wäre aufmerksam gemacht worden. Therapie: Champagner.

3/IV Starke Röthe bis über die Kniee herab. Angina. Zunge schält sich an der Spitze und am Rande. Temp. 38,0—38,5.

4/IV Himbeerzunge, Eiweiss im Harn; kein Blut; Angina mässig. Temp. 37,8.

5/IV Angina schwindet; Himbeerzunge. Eiweiss. Die Nase schilfert ab. Temp.: 37,5—38,5.

6/IV. Temp. normal, Eiweiss im Harn.

7/IV {
8/IV } Kein Eiweiss. 2 Uhr Frost. 7 Uhr Ab. Temp.

40, Puls 115; keine Lokalerkrankung. Laxans wegen Obstruction.

9/IV Temp. normal. Befinden gut, kein Eiweiss. Zunge noch stark roth.

10/IV Alles normal, auch die Zunge. Pat. verlässt das Bett. Reconvalescenz. Abschilferung allgemein, doch nicht in Fetzen.

11/IV Das Kind kräftig. 9 Pfund schwer; kein Icterus, keine Abschilferung; von normaler Farbe, wird unruhig, bekommt Diarrhoe. Kopf und Brust von Scharlachröthe bedeckt

12/IV Allgemeine Scharlachröthe über den ganzen Körper. kein Fieber.

13/IV Die Röthe schwindet am obern Theil des Körpers nicht, noch stark roth.

17/IV Beginnt kleienförmige Abschilferung.

VI. Sechste Krankengeschichte.

(mitgetheilt von Dr. Fr. Hach.

Frau v. K., 22 J. alt, ist 2 para. Geburt normal, die die ersten Tage des Wochenbettes ebenfalls; am 5. Tage stellte sich bedeutendes Fieber ein. Die Leiste stark gespannt; Schmerzhaftigkeit der Warzen; an der rechten Schrunken, welche der behandelnde Arzt zur Erklärung des Fiebers heranzog. Am 6. Tage Scharlachexanthem auf Oberkörper, Armen, Leib und Rücken, im Gesicht unbedeutender; die unteren Extremitäten vollkommen frei, dabei eine unbedeutende Angina, keine Schlingbeschwerden. Das Exanthem steht 4

Tage, ist am 5. fast ganz verschwunden. Schuppung; am Ende der 2. Woche leichte Schwellung der Füße und des Gesichts. Nephritis, sc. Eiweiss im Harn. Genesung. Pat. wohnt in derselben Etage mit einer Familie, deren Kinder den Scharlach durchgemacht, und ist die Pat. sowohl bei den kranken Kindern gewesen, wie auch die Mutter der letzteren die Schwangere besucht hat. Ein zweiter Arzt, Dr. Hollander bestätigte die Diagnose Scharlach. Pat. soll bereits als Kind den Scharlach durchgemacht haben.

Hieran schliesse ich die Mittheilung von Prof. v. Holst, dass seine sonstige Erfahrung sich auf 5 weitere Fälle von scarlatina in puerperio beziehe. Bei allen erfolgte der Ausbruch der Krankheit bis zum 3. Tage. Ganz normale Scarlatina ohne Genitalerkrankung. Nur in dem einen Fall am 14. Tage rechtseitige beschränkte Parametritis mit normalen Loeblen. Vier andere in Genesung, eine stirbt am 5. Tage.

Was könnte nun zu der Auffassung berechtigen, dass man es in den vorliegenden sechs Krankengeschichten nicht mit ächtem Scharlach, sondern mit andern Wochenbettsaffectionen zu thun hatte? Darauf muss die Antwort lauten: durchaus Nichts; denn sämtliche sechs Fälle sind, obgleich zum Theil nur kurz skizzirt, doch hinlänglich als ächte Scarlatina charakterisirt. In fünf Fällen war der Ausschlag deutlich ausgesprochen und von den behandelnden Aerzten strikt für Scharlachausschlag erklärt worden; man hat mithin keinen Grund anzunehmen, dass etwa Erysipel oder pyämisches Erythem vorgelegen habe. In dem 3. Fall ist das Exanthem selbst zwar nicht gesehen worden — was nach dem in der betreffenden Krankengeschichte Angeführten sehr erklärlich ist — dafür war aber die Desquamation so ausgesprochen, dass sie von dem Beobachter nur auf ein acutes Exanthem, speciell auf

Scharlach bezogen werden konnte. Der Desquamation geschieht in 4 Fällen Erwähnung (I, III, V, VI), in den beiden andern Fällen schnitt der frühe Tod den Krankheitsprocess vor Eintritt derselben ab.

Die Angina ist mit Ausnahme des Falles II, in welchem überhaupt fast alle Detailangaben fehlen, in allen andern Fällen als vorhanden angegeben. Im Fall I war sie stärker ausgeprägt, in den Fällen III, IV, V mässig entwickelt, unbedeutend im Fall VI. Die für Scharlach charakteristische Himbeerzunge wurde zweimal beobachtet (Fall IV und V).

Erkrankungen der Genitalien werden unter allen sechs Fällen kein Mal angeführt. Man ist also wohl berechtigt anzunehmen, dass dieselben durchgängig gesund geblieben waren; in 2 Fällen (II, V) wird überdies bemerkt, dass alle Wochenbettsfunctionen normal waren und in 2 andern Fällen (I, IV), dass die Lochien normal waren. Die durch die Sektion im Fall IV nachgewiesenen Veränderungen am Peritoneum und der Darmserosa, wie auch das Verwachsensein des Scheitels der Blase mit Uterus und Symphyse durch frische leicht trennbare Adhäsionen, endlich die Verdickung des Peritonealüberzuges des Uterus weisen allerdings auf eine stattgehabte leichte Peritonitis hin; doch dürfte dieselbe hier wohl nur als zufällige Complication des Scharlachs zu betrachten sein, denn die Veränderungen an der Vaginalportion und dem Uterus sind als einfache Leichenerscheinungen und nicht als Residuen einer Endometritis aufzufassen.

Die die Scarlatina begleitende Nephritis, kenntlich am Eiweissgehalt des Harns, wurde in 3 Fällen beobachtet (IV, V, VI). In den 3 andern Krankengeschichten geschieht dieses Symptoms in keiner Weise Erwähnung, weder als vorhanden noch fehlend. In diesen letzteren Fällen ist die Harnuntersuchung wahrscheinlich unterblieben. Im Fall IV fanden sich neben Eiweiss granulirte Cylinder, Körnchenkügelchen, wenig

Blut- und Eiterkörnchen. Im Fall VI war es zu Ende der zweiten Woche zur Schwellung des Gesichtes und der Füße gekommen, also gerade um die Zeit, in welcher die Nephritis scarlatina deutlicher hervorzutreten pflegt. Der eigenthümliche Geruch, den zwei Wöchnerinnen verbreiteten, wurde nicht nur vom behandelnden Arzt, sondern auch in dem einen, klinischen, Fall von dem ganzen Auditorium, in dem zweiten Fall von der ganzen versammelten Umgebung wahrgenommen. Worauf derselbe zurückzuführen, lässt sich nicht angeben. In der Literatur finde ich keine analoge Beobachtung. Wem nun aber im einzelnen Fall die Diagnose „Scarlatina“ durch die Gesammtheit der Krankheitserscheinungen noch nicht völlig gesichert erscheinen sollte, dem muss der Nachweis der Ansteckung der Wöchnerin mit Scarlatina oder der Uebertragung der Krankheit von der Wöchnerin auf deren Umgebung die Richtigkeit der Diagnose unzweifelhaft machen. Wie steht es nun mit diesem Nachweis in den vorliegenden 6 Krankengeschichten? In fünf derselben lässt sich eine solche Uebertragung der Krankheit nach der einen oder nach der andern oder nach beiden Seiten hin constatiren; nur in einem Fall (IV) findet sich keine Notiz darüber; doch lässt sich eine solche in diesem Fall ganz gut missen, da er so gut charakterisirt ist, dass die Diagnose Scarlatina auch ohne dies sicher begründet erscheint.

Im Fall I wurde die Hausfrau durch die Amme angesteckt, darauf erkrankt auch die einjährige Tochter der Wöchnerin an Scharlach und schliesslich noch die Mutter derselben. Offenbar sind Letzere entweder durch die Wöchnerin oder direkt durch die Amme angesteckt worden. Ersteres ist wahrscheinlich, da sie erst später erkrankten. Jedenfalls waren Personen aus der nächsten Umgebung der Wöchnerin theils dem Scharlachcontagium direkt ausgesetzt gewesen, theils am ächten Scharlach erkrankt.

Im Fall II erkrankt am 26 Juli, 6 Tage nach Erkrankung der Wöchnerin eine Schwester derselben am Scharlach und stirbt. Im November desselben Jahres erkrankt noch eine zweite Schwester, welche kurz vorher die Sachen der Verstorbenen aus- und eingepackt hatte, an Scarlatina.

Im Fall III erkranken während der Desquamation der Mutter, der Reihe nach die Kinder, welche sie in der letzten Zeit ihres Bettliegens besucht hatten, an Scarlatina.

Im Fall V wird erwähnt, dass zur Zeit der Erkrankung der Wöchnerin Scharlachfälle in der Stadt und speciell in einem befreundeten Hause vorgekommen waren. Das Neugeborene erkrankte 13 Tage nach der Geburt an Scharlach.

Im Fall VI ist an der Inficirung der Wöchnerin durch die Kinder der Nachbarfamilie nicht zu zweifeln, da beide Familien nachweislich mit einander verkehrten. Wenn die erkrankte Wöchnerin auch wirklich, wie angegeben wurde, als Kind Scarlatina gehabt haben sollte, so kann doch dieser Umstand eine abermalige Erkrankung an Scharlach durchaus nicht unmöglich machen, denn es ist, wiewohl selten beobachtet, immerhin hinreichend constatirt, dass dasselbe Individuum zwei und mehr Male an Scharlach erkranken kann. Nach Vorstehendem ist meines Erachtens die Diagnose „Scarlatina“ für die oben referirten sechs Krankheitsfälle unanfechtbar. Indem ich nun weiter die Eigenthümlichkeiten, welche der Scharlach der Wöchnerinnen gegenüber dem Scharlach anderer Personen zeigt, einer kurzen Besprechung unterziehe, will ich versuchen nachzuweisen, dass trotz diesen Eigenthümlichkeiten nichts dazu berechtigt den Scharlach der Wöchnerinnen als eine Krankheit sui generis aufzufassen, dass mithin die Argumente der Gegner nicht stichhaltig sind.

Wenn sich bei einem bis dahin gesunden Individuum nach kurzem Prodromalstadium, welches durch sehr hohe Temperatursteigerung, sehr frequenten Puls und durch die verschie-

denen Alterationen des Allgemeinbefindens, die den Ausbruch einer acuten Infectiouskrankheit anzeigen, ein ausgebreitetes Exanthem entwickelt, wie es nur dem Scharlach zukommt; wenn sich Angina mit Schlingbeschwerden einstellt, die Zunge an den Rändern und der Spitze sich ihres Epithelbelages entledigt und das Aussehen der sog. Himbeerzunge zeigt; wenn im Verlauf der Krankheit beträchtliche Eiweissmengen im Harn auftreten oder gar die Symptome einer croupösen Nephritis sich einstellen, wenn die Temperatur, unabhängig von der Ausbreitung und Intensität des Exanthems nach raschem Ansteigen sich einige Tage auf bedeutender Höhe erhält (40° C. und darüber); wenn die Pulsfrequenz so beträchtlich wird, wie sie fast nur im Scharlach, sonst nur selten beobachtet wird; wenn schliesslich nach Ablassen des Exanthems eine ausgedehnte Abschuppung der Oberhaut sich einstellt, dann wird wohl Niemand Bedenken tragen, auch wenn keine Infection mit Scarlatina sich nachweisen lässt, die Diagnose auf Scarlatina zu stellen. Und wenn nun eine Wöchnerin dasselbe Krankheitsbild darbietet, warum sollte hier die Diagnose anders ausfallen? Nun muss allerdings zugegeben werden, dass, wie schon erwähnt, die Scarlatina der Wöchnerinnen gewisse Abweichungen von der Norm zeigt; doch sind dieselben, wie wir sehen werden, keineswegs der Art, dass sie den wahren Charakter der Krankheit unkenntlich machen.

Diese Eigenthümlichkeiten des Scharlachs der Wöchnerinnen sind nun im Wesentlichen folgende: Das Exanthem, welches sonst bei seinem Ausbruch eine gewisse Reihenfolge in Bezug auf das Betroffenwerden der einzelnen Körpertheile einhält, indem es gewöhnlich zuerst am Halse und am obern Theil der Brust erscheint und sich dann allmählig über den Körper ausbreitet, ist im Puerperium mit seinem ersten Ausreten an keine bestimmten Regionen gebunden, indem es bald hier, bald dort seinen Anfang nimmt. Auch die Schnellig-

keit, mit der es sich verbreitet, ist verschieden: während es sonst 24—48 Stunden braucht um seine grösste In- und Extensität zu erreichen, steht es bei Wöchnerinnen oft schon nach wenigen Stunden in voller Blüthe. Der Ausbruch des Exanthems folgt bei Wöchnerinnen sehr rasch auf den Beginn des Fiebers d. h. das Prodromalstadium ist bei ihnen kürzer als bei anderen am Scharlach erkrankten Personen. Diese Angaben werden durch die hier referirten Krankengeschichten zum Theil bestätigt, sowohl was das zeitliche als örtliche Erscheinen des Exanthems betrifft. Nur ein Mal findet man angegeben (I) dass der Ausschlag einen ganz normalen Verlauf hatte; übrigens ist nicht zu verkennen, dass derselbe auch bei Wöchnerinnen Neigung zeigt vom obern Rumpfe seinen Anfang zu nehmen.

Andere Unterschiede in Betreff des Exanthems giebt es nicht, denn, wenn angegeben wird, dass es sich bei Wöchnerinnen oft nur auf einzelne Theile des Körpers erstreckte, z. B. die Extremitäten, so lässt sich erwiedern, dass dieses auch sonst bisweilen beobachtet wird. Dasselbe gilt von dem wechselnden Abblassen und Wiederhervortreten des Ausschlags. Auch die tiefdunkle Röthe des Exanthems bei Wöchnerinnen, die öfter auffiel, ist keineswegs diesen eigenthümlich, sondern findet sich mitunter auch bei andern Scharlachkranken. Daraus ergibt sich, dass das Exanthem der Wöchnerinnen durchaus nicht wesentlich von dem anderer Personen verschieden ist.

In Betreff der Angina, des zweiten Cardinalsymptoms des Scharlachs, ist zu bemerken, dass sie im Wochenbett einen auffallend milden Verlauf nimmt. Dieses wird von allen Autoren constatirte. Mit Ausnahme des vierten Falls von Calderini, in welchem sich am 7. Tage Diphtheritis faucium einstellte, ist bisher nicht beobachtet worden, dass die Angina scharlachkranker Wöchnerinnen schwerere Zufälle

im Gefolge hatte, zur Diphtheritis führte oder als Angina maligna auf das tiefliegende Halsbindegewebe übergriff. Nur in 2 Fällen M. Clintocks und in einem Fall Liebmanns kam es zur Ulceration der Mandeln, in allen übrigen bekannt gewordenen Fällen blieb der Process in den Grenzen einer geringfügigen oder mässigen catarrhalischen Entzündung. Ja einige Autoren erwähnen in ihren Referaten der Angina gar nicht. Hier wird man annehmen müssen, dass dieselbe so wenig deutlich ausgesprochen war und so wenig Beschwerden verursachte, dass sie dem Arzt sowohl als der Patientin verborgen blieb. Da aber auch bei anderen an Scarlatina erkrankten Personen die Halsaffection oft nur wenig entwickelt ist und diese Abweichung von der Norm nicht nur in einzelnen Fällen beobachtet wird, sondern zuweilen sogar einer ganzen Epidemie ein besonderes Gepräge verleiht, so besteht auch hinsichtlich dieses Symtoms nur ein gradueller und kein wesentlicher Unterschied zwischen dem Scharlach der Wöchnerinnen und dem anderer Leute.

Als eine weitere Eigenthümlichkeit der Scarlatina in Puerperio ist das von vielen Autoren bemerkte häufige Vorkommen von sudamina zu bezeichnen. Dies lässt sich einfach durch die Neigung der Wöchnerinnen zu vermehrter Transpiration erklären. Aber auch diese sudamina finden sich nicht ausschliesslich bei Wöchnerinnen, sondern kommen auch sonst hin und wieder beim Scharlach zur Beobachtung welchen man dann als scarlatina miliaris zu bezeichnen pflegt. In den hier citirten Krankengeschichten geschieht dieser sudamina kein Mal Erwähnung. — Auch in Betreff der Complicationen der Scarlatina weiss das Wochenbett Abweichungen auf. Aus dem Wochenbett wird von den sonst beobachteten Complicationen des Scharlachs, wie Diphtheritis, Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Entzündungen der serösen Häute (mit Ausnahme der Peritonitis), der Lungen, Augentzündungen,

brandigen Processen an verschiedenen Körperstellen u. s. w. von den Autoren fast (Calderini) Nichts berichtet. Dagegen werden, wiewohl in einer kleinen Minderzahl der Fälle, Complicationen von Seiten des Peritoneum und der Genitalien erwähnt, wie Peritonitis (Halahan, Clintock, Martin, Calderini) und in unserem IV. Krankheitsfall, Paramentritis (Lange, v. Holst, A. Martin) Lymphangritis (Guéniot, A. Martin Calderini) Entometritis (ein Fall bei A. Martin). Jedoch bei weitem in den meisten Fällen wird ausdrücklich angegeben, dass die Wochenbettsfunctionen normal und die Genitalorgane vollkommen gesund waren. Auch in den hier reproducirten 6 Krankengeschichten finden sich keine Angaben über Affectionen der Genitalien oder Abnormitäten der Wochenfunctionen; selbst im Fall IV wurde die stattgehabte Peritonitis erst durch die Sektion erkannt.

Der Scharlach der Wöchnerinnen ist ferner im Allgemeinen durch einen stürmischeren Verlauf vor dem gewöhnlichen Scharlach ausgezeichnet. In ungünstig verlaufenden Fällen tritt das lethale Ende meist früh ein, gewöhnlich zwischen dem 4. und 8. Tage. Von 3 unserer Patientinnen, welche der Krankheit erlagen, starben 2 am 6., 1 am 9. Tage. Dass der Tod erst nach mehreren Wochen eintritt, nachdem der Scharlachprocess eigentlich seinen Abschluss gefunden, ist sehr selten beobachtet worden.

Die Gründe, weshalb einige Autoren die Scarlatina der Wöchnerinnen nicht als ächten Scharlach gelten lassen, oder doch nur einen kleinen der bekannt gewordenen Fälle anerkennen wollen, indem sie die Mehrzahl derselben dem Puerperalfieber zuzählen, sind im Wesentlichen bereits namhaft gemacht worden. Bei der Prüfung dieser Gründe stellt sich nun heraus, dass, wie auch Olshausen bemerkt, kein einziger

derselben wirklich stichhaltig ist. Vorausgesetzt, dass die von Th. Helm als purpura puerperalis beschriebene Affection mit der Krankheit, welche Andere als Scharlach der Wöchnerinnen bezeichnen, identisch ist, so wird die Ansicht jenes Autors, dass purpura puerperalis weder von einem Contagium komme, noch ein solches hervorbringe, durch zahlreiche Beispiele aus der Literatur widerlegt. Allerdings muss zugegeben werden dass ein solcher Nachweis der Ansteckung mit Scharlachgift in vielen Fällen nicht gelang, doch ist damit für seine Ansicht Nichts gewonnen, da oft auch bei Erkrankungen ausserhalb des Wochenbetts die Infectionsquelle unbekannt bleibt. Wenn die Mehrzahl der Erkrankungen aus der Privatpraxis stammte, so wäre der Nachweis der Ansteckung gewiss öfter gelungen; bei Patientinnen dagegen, die oft schon geraume Zeit vor ihrer Niederkunft in der Gebäranstalt Aufnahme fanden und Angesichts der Thatsache, dass Schwangere sich einer gewissen Immunität gegenüber dem Scharlach contagium erfreuen, ist ein solcher sehr erschwert. Auch dafür, dass die Krankheit der Wöchnerin der Umgebung mitgetheilt werden kann und dann ganz unter dem Bilde des gewöhnlichen Scharlachs verläuft, lässt sich eine ganze Reihe von Beispielen aus der Literatur anführen. Wenn Helm ferner zur Stütze seiner Auffassung hervorhebt, dass die purpura puerperalis immer um dieselbe Zeit entstehe, in welcher auch die Puerperalfieber sich entwickeln, so kann man diesem Argument gar keine Beweiskraft zuerkennen, denn diese Analogie hat mit dem Wesen der Krankheit Nichts gemein, ist eine rein äusserliche. Dieses Verhalten des Scharlachs lässt sich einfach so erklären, dass das bereits im Körper oder in dessen Umgebung vorhandene Gift, nachdem die geringe Disposition zur Erkrankung während der Schwangerschaft dasselbe verhindert hatte seinen Einfluss auszuüben, nun nach der Entbindung in dem zur Erkrankung disponirten

Wochenbett einen sehr günstigen Boden für seine Entwicklung findet. Helm führt weiter an, dass die Krankheit sehr oft ohne alle Schleimhautsymptome erscheine. Wenn auch zugegeben werden muss, dass die Angina hin und wieder vermisst wurde, so ist das doch keineswegs oft zu verzeichnen, denn in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird Angina als vorhanden angegeben, allerdings häufig nur wenig entwickelt. Die Eigenthümlichkeiten des Exanthems lassen sich, wie bereits früher ausgeführt wurde nicht in Abrede stellen, sind aber nicht so wesentlich, dass sie die Diagnose zweifelhaft machen könnten. Sehr skeptisch wird man sich der Angabe Helms gegenüber verhalten müssen, dass das Exanthem oft dem Beginn des Fiebers vorausgehe, denn man ist gewohnt bei den acuten Exanthemen erst die Allgemeininfektion und dann die Localisationen wahrzunehmen. Man hat ferner die Bösartigkeit dieser Wochenkrankheit als unterscheidendes Merkmal dem gewöhnlichen Scharlach gegenüber hervorgehoben. Doch wird man nicht fehlgehen, wenn man diese gesteigerte Bösartigkeit nicht der Natur des Contagium, sondern dem gleichzeitig bestehenden Puerperalzustand zur Last legt, indem durch die bedeutend gesteigerten Sekretionen und Resorptionen sowie in Folge der der Geburtsarbeit folgenden Erschöpfung der Entwicklung des Contagiums und seinem zerstörenden Einfluss auf den Organismus Vorschub geleistet wird. Man hat von Seiten der Gegner auch darauf aufmerksam gemacht, dass die sog. *Scarlatina puerperalis* öfter mit Peritonitis oder andern Localisationen, wie sie dem Puerperalfieber zukommen, complicirt sei. Aber auch dieser Einwand wird hinfällig; denn erstens gehören diese Complicationen durchaus nicht zu den gewöhnlichen Vorkommnissen, wie man sich leicht aus der Literatur überzeugen kann, indem bei Weitem die meisten Fälle ohne jegliche Complicationen bei ganz normalen Wochenbettsfunctionen verliefen und zweitens lässt sich das

Factum, dass sie im Wochenbett freilich öfter als sonst beim Scharlach zur Beobachtung kommen, sehr gut dadurch erklären, dass bei Wöchnerinnen die von den Complicationen betroffenen Organe durch die mannigfachen und tiefgreifenden physiologischen Alterationen, denen sie unterworfen, auch für pathologische Affectionen empfänglicher geworden sind. Daher mag es auch rühren, dass die übrigen Localaffectionen, wie sie den Scharlach ausserhalb des Wochenbetts nicht selten compliciren, im Wochenbett nur selten vorkommen, da eben hier die Localisationen in und an dem Genitalapparat und dem Peritoneum gleichsam an ihre Stelle treten. Ein Umstand, der zu Gunsten der Abhängigkeit dieser Affectionen vom Scharlachprocess spricht, ist das öfter beobachtete spätere Auftreten derselben, in der Mitte oder am Ende der zweiten Woche (M'Clintock, v. Holst u. A.), während das Puerperalfieber in einer so vorgerückten Zeit des Wochenbetts nur selten entsteht.

Um die Frage zu entscheiden, ob die unter fieberhaften Erscheinungen bei Wöchnerinnen auftretende ausgedehnte Dermatitis wirkliches Scharlachexanthem sei oder ob dieselbe als ein Symptom des Puerperalfiebers aufzufassen sei, wird man zunächst untersuchen müssen, ob überhaupt jemals im Gefolge septischer oder pyämischer Processe, sei es, dass sie im Wochenbett oder sonst zur Beobachtung kommen, Hautaffectionen gesehen wurden, welche dem Scharlachexanthem so ähnlich waren, dass hier eine Verwechslung statthaben konnte. Eine präzise Beantwortung dieser Frage ist recht schwierig, da die Ansichten namhafter Autoren über diesen Gegenstand auseinandergehen. Olshausen (l. c.) äussert sich ganz bestimmt dahin, dass solche scharlachähnliche Dermatitisen als Symptome des Puerperalfiebers niemals beobachtet worden seien. Schroeder (l. c.) dagegen erwähnt „scharlachähnlicher Exantheme, wie sie im Puerperal-

fieber nicht so sehr selten auftreten“, und meint, dass sie sehr häufig zur Verwechslung mit wirklichem Scharlach geführt hätten. Krankengeschichten, welche am meisten beweisend wären, fehlen leider. Dagegen liest man bei demselben Autor an einer andern Stelle gelegentlich der Besprechung der pathologischen Anatomie des Puerperalfiebers: „Fügen wir noch Entzündungen der Haut hinzu, die als circumscripte Hyperämieen oder als Pusteln auftreten, so haben wir die wichtigsten metastatischen Heerde ichorrhämischer oder embolischer Natur erwähnt,“ — eine Aeusserung, die mit der vorher citirten Angabe desselben Autors offenbar im Widerspruch steht, denn circumscripte Hyperämieen und Pusteln haben gewiss nur wenig oder gar keine Aehnlichkeit mit einem Scharlachexanthem. Winckel sagt, dass in denjenigen Fällen, in denen der Scharlach bei Wöchnerinnen nach Angabe der Beobachter epidemisch auftrat, die Wöchnerinnen bereits früher Scharlach gehabt hatten und ein Contagium mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, kein Scharlachexanthem, sondern nur traumatische oder symptomatische Dermatitiden vorgelegen haben. Nun ist es aber ganz unmöglich, den Einfluss des Scharlachcontagiums mit Sicherheit auszuschliessen, auch eine wiederholte Erkrankung am Scharlach ist nicht von der Hand zu weisen, und was das epidemische Auftreten der Krankheit betrifft, so wird es leicht verständlich, wenn man die Disposition der Wöchnerinnen zur Erkrankung an Scarlatina berücksichtigt. Unter der Bezeichnung „symptomatische Dermatitiden“ versteht Winckel wohl nur Hautentzündungen als Symptom des Puerperalfiebers. Er stimmt also mit Schroeder im Wesentlichen überein. Als Belege für seine Behauptung führt Winckel die von Malfatti und Hodge beschriebenen Epidemieen an, während Olshausen nachgewiesen hat, dass die Beschreibungen dieser beiden Autoren durchaus nicht geeignet sind, Winckel's

Ansicht zu stützen, und Letzterem kein Recht geben, sich auf jene zu berufen. Sehr bestimmt spricht sich Griffith¹⁾ über eine von ihm beobachtete Hautaffection der Wöchnerinnen aus, indem er als bedeutungsvoll hervorhebt, dass bei Puerperalfieber ein Ausschlag vorkommen kann, der dem bei Scharlach ausserordentlich gleicht. Derselbe sei aber nicht von Abschuppung gefolgt, sondern septikämischen Ursprungs und kein wirklicher Scharlach. Derselbe falsche Scharlach komme bisweilen bei chirurgischen Verletzungen und Wunden vor; die genaue Diagnose sei nicht leicht. Sie werde gestützt, wenn es gelinge, irgend etwas Putrides im Uterus nachzuweisen, sicher, wenn durch Auswaschen und Desinfektion des Uterus der Ausschlag und die übrigen Symptome verschwinden. Wenn diese Beobachtung Griffith's auch wirklich gegründet sein sollte, so vermag sie doch die Lehre von der Scarlatina in puerperio nicht zu erschüttern, da das Scharlachexanthem auch im Wochenbett stets von Abschuppung gefolgt ist. — Es liegt auf der Hand, dass Angaben, wie die hier citirten, so lange von sehr geringem Werth sein werden, als sie nicht durch anschauliche und glaubwürdige Krankengeschichten gestützt werden. Die Existenz scharlachähnlicher Exantheme als Ausdruck des Puerperalfiebers erscheint schon deshalb als sehr unwahrscheinlich, weil in den nach Verletzungen und chirurgischen Operationen beobachteten Fällen von Pyämie und Septikämie derartige Hautaffectionen meines Wissens nie gesehen wurden. Das ausgebreitete Exanthem, verbunden mit hohem Fieber und Rachenaffection, welches bisweilen nach Operationen und Verletzungen beobachtet wurde (Trélat, Paget, May, Henoch), ist von den Beobachtern als ächter Scharlach aufgefasst worden, und hat man darin eine Analogie zum Scharlach der Wöchner-

1) Med. Press 1879. Jan. 29 (Bericht im Centralblatt f. Gyn. III. p. 400).

rinnen sehen wollen. Griffith ist der Einzige, der dieser Affection septischen Charakter zuspricht. So lange also der Nachweis einer scharlachähnlichen Dermatitidis septischen Charakters nicht geliefert ist, wird man sich der Ansicht Ols-hausen's anschliessen müssen, denn bisher sind nur circum-scripte Hautaffectionen als Symptome der Pyämie und Septi-caemie bekannt geworden; auch ist der ganze Verlauf des Scharlachs von demjenigen letzterer Affectionen soweit ver-schieden, dass eine Verwechselung nicht leicht eintreten kann. Erwähnt sei hier die Ansicht W. Stewart's ¹⁾, dass eine Wöchnerin zu gleicher Zeit Puerperalfieber und Scharlach haben könne, eine Möglichkeit, die von den bisher citirten Autoren ganz übersehen zu sein scheint, obwohl sich, wie Stewart hervorhebt, durch eine solche Doppelinfection am besten diejenigen Fälle erklären lassen, die neben den un-zweifelhaften Erscheinungen des Puerperalfiebers die Symp-tome des Scharlachs aufweisen und die weder genau dem Verlauf von zymotischen Krankheiten, noch dem der puer-peralen Septicaemie folgen. Diese Erklärung scheint mir für manche Fälle durchaus zutreffend zu sein und a priori lässt sich kaum Etwas gegen ihre Berechtigung einwenden, zumal das gleichzeitige Befallenwerden eines Individuums von Scar-latina und Varicellen schon beobachtet worden ist. Man wäre erst dann gezwungen, den Gedanken an eine Doppel-infection aufzugeben, wenn nachgewiesen wird, dass das eine Contagium das andere nicht zur Wirkung kommen lässt, resp. dessen Wirksamkeit aufhebt. Stewart ist im Gegentheil der Ansicht, dass die zymotischen Krankheiten ein in den Lochien bereits enthaltenes putrides Gift stärken können. In solchen Fällen, wie bei allen einfach septischen Fällen, sei Diarrhoe ein hervorstechendes Symptom, wahrscheinlich in Folge von Aufnahme septischen Giftes in den Kreislauf.

1) The Lancet, 1878, Sept. 21. (s. Centrbl. f. Gyn. II, p. 636).

Die Diarrhoe, die den Scharlach der Wöchnerinnen nicht selten begleitet, lässt sich hiernach vielleicht in manchen Fällen auf Einwirkung septischen Giftes zurückführen. Dass die von den Autoren beschriebene Scarlatina in puerperio weiter Nichts gewesen sei, als puerperales Erysipel, welches sich auch auf die Rachenschleimhaut ausdehnte (Kiwisch), ist ganz unwahrscheinlich, da die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Affectionen bei nur etwas aufmerksamer Beobachtung keine Schwierigkeiten macht. Man berücksichtige nur die Entstehungsweise des Erysipels, von örtlichen, fast stets nachweisbaren Verletzungen und Entzündungen der äussern Decken und der Schleimhäute aus, ferner die Verbreitungsweise desselben und seine Neigung zu Recidiven und endlich den Umstand, dass beim Erysipel die Localaffection das Primäre, die Allgemeininfection das Sekundäre ist, während für den Scharlach das Gegentheil gilt. — Zum Schluss sei noch kurz erwähnt, dass in den Sitzungen der geburts-hülflichen Gesellschaft zu London 1875 ¹⁾ (v. 7. April — 7. Juli) mehrere hervorragende englische Geburtshelfer (Newman, Braxton Hicks, Leishman, Playfair) die Ansicht äusserten, das Scharlachgift erzeuge bei Wöchnerinnen dieselben Erscheinungen wie das Puerperalfieber; ja Braxton Hicks behauptete sogar, dass eine Wöchnerin, die mit Scharlachgift inficirt worden und am Puerperalfieber erkrankt sei, ihrerseits wieder Nichtwöchnerinnen mit Scharlach inficiren könne. Diese Anschauungen wurden von mehreren andern Geburtshelfern lebhaft bestritten. Neuerdings hat G. Griffith ²⁾ in einem Aufsatz, der von der Einheit des krankmachenden Giftes bei Scharlach, Puerperalfieber, Typhoid, Diphtheritis und Erysipelas handelt, die Ansicht ausgesprochen, dass dieselbe Ursache bei der Jugend Scharlach,

1) Arch. f. Gyn. Bd. IX (Olshausen).

2) S. den Bericht im Centralbl. f. Gyn. III, pag 620

bei älteren Individuen Typhoid, bei Wöchnerinnen Puerperalfieber erzeuge. Ob und wie weit die zuletzt referirten überraschenden Hypothesen berechtigt sind, bleibt der Zukunft zur Entscheidung vorbehalten.

P r o g n o s e.

Wenn schon der gewöhnliche Scharlach mit Recht für eine mörderische Krankheit gilt, deren Prognose stets bedenklich ist, so gilt dies in noch höherem Masse für den Scharlach im Wochenbett, dessen Prognose um so ungünstiger ausfällt, je früher die Erkrankung eingetreten war. Olshausen hat in der Literatur mit Einschluss seiner eigenen Beobachtungen 139 Fälle von Scharlach gesammelt, von denen 66 tödtlich verliefen. Rechnet man dazu die 3 Fälle mit tödtlichem Ausgang von A. Martin, 2 Fälle mit günstigem Ausgang von J. Crocker ¹⁾, 4 Fälle von Calderimi (wenn man den 2. Fall des zweifelhaften Exanthems wegen nicht mitrechnet) mit 2 Todesfällen, 3 Fälle von Liebmann mit 2 Todesfällen, noch 3 Fälle mit 2 Todesfällen aus Triest, von denen derselbe Autor erzählt, die oben referirten 6 Krankengeschichten mit 3 Todesfällen und endlich die 5 Fälle, welche v. Holst in seiner Praxis beobachtete (excl. der in obigen Krankengeschichten beschriebenen, von ihm beobachteten Fälle) mit einem Todesfall, im Ganzen 26 Fälle mit 13 Todesfällen, so stellt sich die Mortalität auf fast 48 $\frac{0}{100}$. Aus der Zusammenstellung von Olshausen ergibt sich, dass

1) Centralblatt für Gyn. I, S. 360 u. II, S. 425.

die Erkrankung gleich nach der Geburt fast 6 Mal gefährlicher ist, als die nach dem 3. Tage. Die häufig beobachtete Diarrhoe verschlimmert gleichfalls die Prognose, denn von 45 Fällen, in denen Diarrhoe nicht erwähnt wird, starben 14, von 27 Fällen mit Diarrhoe 19. Wenn demnach Diarrhoe beim Scharlach der Wöchnerinnen auch nicht selten ist, so kann man doch Liebmann nicht beistimmen, der sie für ein fast constantes Symptom desselben hält. Einige waren so glücklich, von allen ihren Patientinnen keine einzige zu verlieren, so Hervieux von 7, Browns von 9 Wöchnerinnen. Helm ist der Meinung, dass die Purpura puerperalis unter allen Puerperalfieberformen die günstigste Prognose habe. Die grösste Mortalität findet sich bei Denham (8 : 7), Braxton Hicks (18 : 14) und Halahan (25 : 19). Der Scharlach der Schwangeren, der, nach Olshausen, bisher nur 7 mal beobachtet wurde, führte in 4 Fällen zur Unterbrechung der Schwangerschaft, 3 Fälle endeten tödtlich, also 43%; also ist die Prognose für schwangere Frauen kaum günstiger als für Wöchnerinnen. Im speciellen Fall lässt sich bei Letzteren eigentlich keine Prognose stellen, denn selbst der Charakter einer gleichzeitig herrschenden Scharlach-epidemie gewährt keinen Anhaltspunkt für die Beurtheilung des Einzelfalls im Wochenbett. Hohes Fieber und intensiver Ausschlag machen an sich die Prognose noch nicht schlecht. Am meisten Berücksichtigung dürften beim Stellen der Prognose die Herzthätigkeit und die Complicationen verdienen. Auch A. Martin ist der Ansicht, dass die Prognose hauptsächlich von den Complicationen abhängig sei, während Olshausen meint, dass sich aus der Literatur leicht nachweisen lasse, wie unrichtig diese Anschauung sei.

Incubation.

Wie verhält es sich nun mit der Incubationsdauer des Scharlachs der Wöchnerinnen? Ist sie, wie Einige behaupten, verlängert im Vergleich mit der Incubationsdauer anderer scharlachkranker Personen, oder, was gleichfalls behauptet worden ist, verkürzt? In dieser Frage herrscht noch grosses Dunkel und man darf billig daran zweifeln, dass es jemals gelingen werde, diese Frage zu entscheiden. Auffallend ist, dass der Scharlach in der Schwangerschaft zu den grössten Seltenheiten gehört, während er im Wochenbett verhältnissmässig häufig beobachtet wird. Die Veränderungen, welche im weiblichen Organismus durch die Schwangerschaft gesetzt werden, scheinen die Empfänglichkeit für das Scharlachcontagium bedeutend abzuschwächen. Diese relative Immunität der Schwangeren und der Umstand, dass die Krankheit im Wochenbett bei Weitem in den meisten Fällen in den ersten Tagen nach der Entbindung, zuweilen schon nach mehreren Stunden, nie aber später als am 7. Tage ausbricht, haben einige Autoren (Montgomery, Olshausen, Braxton Hick) bewogen, die Lehre von der verlängerten Incubation aufzustellen, indem sie sich auf die Fälle beriefen, in denen Schwangere Wochen und Monate vor ihrer Niederkunft mit scharlachkranken Personen in Berührung gekommen, aber erst im Wochenbett vom Scharlach befallen worden waren. Olshausen citirt mehrere solche wohlverbürgte Fälle, in denen geraume Zeit vor Ablauf der Schwangerschaft die betreffenden Personen dem Scharlachcontagium ausgesetzt gewesen waren. Der Fall von Montgomery bietet so wenig Detailangaben, dass er kaum Berücksichtigung verdient, obgleich Montgomery selbst denselben als Stütze für seine Hypothese anführt. Braxton Hicks giebt genauere Daten: Eine Schwangere hatte

einen Monat vor ihrer Niederkunft ihre scharlachkranken Kinder gepflegt, worauf sie am 2. Wochenbettstage an Scharlach erkrankte. Eine andere Schwangere pflegte ihre Kinder 2 Monate a. partum und wurde selbst am 3. Tage des Wochenbetts von Scharlach befallen. Eine dritte Frau hatte 10 Tage und noch eine andere 7 Wochen vor der Niederkunft ihre scharlachkranken Kinder gepflegt; beide erkrankten in den ersten Tagen des Wochenbetts. Endlich soll eine Schwangere 2 Monate vor ihrer Niederkunft leicht gefiebert haben und gleichzeitig ein scharlachähnliches Exanthem gehabt haben; am 3. Tage nach der Geburt erkrankte sie am Scharlach.

Olshausen führt zur Begründung seiner Ansicht die analogen Erfahrungen an, die man in dieser Hinsicht mit dem Typhus und der Malaria gemacht hat. In 8 Fällen sollen Wöchnerinnen in den 3 ersten Tagen des Wochenbetts vom Typhus befallen worden sein. Dagegen lässt sich sagen, dass Schwangere viel häufiger am Typhus als am Scharlach erkranken und dass mit diesen acht Fällen so lange nicht gerechnet werden kann, als das Verhältniss der Erkrankungen in den ersten Tagen des Wochenbetts zu denen in einer späteren Zeit desselben und denen in der Schwangerschaft nicht bekannt ist. Ob das Wochenbett wie Hecker behauptet, die Disposition zur Erkrankung am Typhus erhöht, muss erst durch weitere Beobachtungen entschieden werden. Nur soviel scheint gewiss zu sein, dass in der Schwangerschaft mit dem Fortschreiten derselben die relative Häufigkeit der Typhusfälle abnimmt.

Auch die Analogie, die Olshausen in der von einigen Autoren beobachteten langen Incubation (bis zu einem Jahr) des Malariagiftes sieht, soll die lange Latenz des Scharlachgiftes plausibel machen. Doch sind die bezüglichlichen Beobachtungen zu vereinzelt, um verwerthet werden zu können. Ueberhaupt hat die Lehre von der verlängerten Incubation

keine Aussicht sich bald einzubürgern, wie auch Olshausen selbst zugiebt, denn sie widerstreitet in der That allen Erfahrungen, die man bisher über die Incubationsperiode acuter Infectionskrankheiten und speciell des Scharlachs gemacht hat, dessen Incubationszeit sonst, nach Angabe der Mehrzahl der Autoren, 4—7 Tage beträgt. Die einzige Infectionskrankheit, welche erwiesenermassen eine Incubation von einem Jahr und darüber haben kann, ist die Lyssa, bei der, im Gegensatz zum Scharlach, zunächst immer eine locale Infection statt hat, welche erst später nach verschieden langer Zeit zur Vergiftung des Gesamtorganismus führt. Während also die lange Incubation bei der Lyssa, wenn auch recht auffallend, so doch nicht unerklärlich erscheint, wäre ein gleiches Verhalten des Scharlachs der Wöchnerinnen durch Nichts zu motiviren. Meiner Meinung nach ist die Anschauung Thomsons¹⁾ über die Incubation viel ungezwungener. Er nimmt nämlich an, dass diejenigen Schwangeren, welche geraume Zeit vor ihrer Entbindung mit scharlachkranken Personen in Berührung gekommen waren und gleich in den ersten Tagen nach der Entbindung am Scharlach erkrankten, während der Schwangerschaft gar nicht inficirt worden seien, da die Schwangerschaft relativen Schutz gewähre, sondern dass das Scharlachgift, welches an ihren Kleidern und Effecten haften und vermöge seiner bekannten Tenacität wirksam geblieben war, erst nach der Geburt die Frauen inficirte. Dieser Anschauung zufolge wäre die Incubationszeit des Scharlachs im Wochenbett kürzer als sonst. — Wenn Olshausen die Annahme Schneider's dass sämtliche Wöchnerinnen, die in den ersten Tagen des Wochenbetts erkrankten, am Ende der Schwangerschaft der Infection ausgesetzt gewesen und inficirt worden seien, für ganz unwahrscheinlich erklärt, so muss man Olshausen

1) Ziemssen's Hdb. d. spec. Path. u. Ther. (s. Scharlach).

hierin gewiss beistimmen; denn abgesehen davon, dass die Gelegenheit zur Infection für viele Fälle, nachweislich schon längere Zeit vor Beendigung der Schwangerschaft bestand, wird man doch kaum zur Erklärung aller übrigen zahlreichen Fälle, in denen die Krankheit in den ersten Tagen des Wochenbetts ausbrach, den blossen Zufall herbeiziehen dürfen.

Auf die Frage, wodurch diese Abweichungen des Scharlachs im Wochenbett vom gewöhnlichen Scharlach bedingt sind, lässt sich nur ganz allgemein antworten, dass offenbar der Einfluss der Geburtsarbeit und die tiefgreifenden Veränderungen, welchen der mütterliche Organismus im Puerperium unterworfen ist, als ursächliche Momente anzusehen sind. Mit dieser Erklärung wird man sich vorläufig begnügen müssen, so lange man, wie bisher, keinen Einblick in die Beziehungen zwischen den Puerperalzustand und der hinzutretenden Infectionskrankheit gewonnen haben wird.

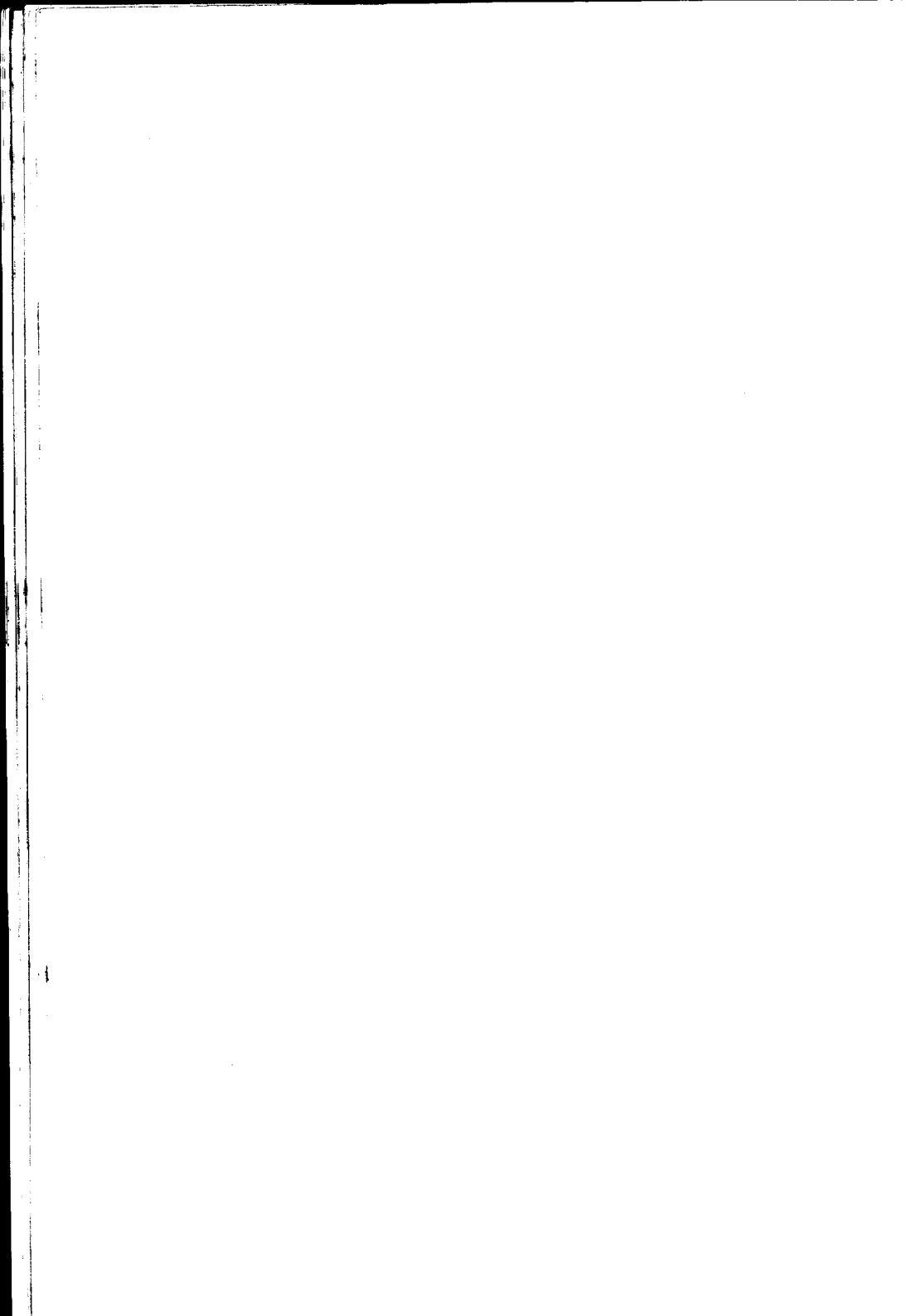
T h e r a p i e.

Die Therapie des Scharlachs der Wöchnerinnen weicht von der Behandlungsweise des Scharlachs im Allgemeinen nicht ab. Ein Prophylacticum ist bis jetzt nicht bekannt, wohl aber vermag die strenge Isolirung der Kranken viel zum Schutze der Umgebung beizutragen. Der Ruf der Belladonna hat sich nicht bewährt, auch die neuerdings von Giersing empfohlene Carbolsäure innerlich hat bisher die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht verwirklicht. Specifische Heilmittel für diese Krankheit giebt es gleichfalls nicht. Die früher so sehr gerühmten organischen und mineralischen Säuren,

innerlich und äusserlich gegeben, die aq. chlorinica (Clemens) u. s. w. sollten antiasmatisch wirken und das in den Körper gedrungene Gift zerstören; doch besitzen sie keineswegs diese Eigenschaft. Die Säuren finden zwar auch jetzt noch Anwendung, aber nur als kühlende und erfrischende, Puls und Temperatur etwas herabsetzende Mittel; mehr erwartet man von ihnen nicht. Die früher so sehr beliebten örtlichen und allgemeinen Blutentziehungen sind ganz zu verwerfen, denn der fragliche, jedenfalls nur vorübergehende Heileffect derselben wird durch den positiven, Schaden, den sie stiften, reichlich aufgewogen. Dasselbe gilt von der unterschiedslosen Darreichung der Laxantien, denn Diarrhöen gestalten, wie schon bemerkt, die Prognose ungünstiger. Auch Brechmittel sind durchaus zu meiden, zumal nicht einzusehen ist, in welcher Weise sie auf den Scharlachprocess eine günstige Wirkung zu äussern im Stande wären. Die Merkurialien werden wohl kaum jetzt noch angewandt. Die Reizmittel, welche Kiwisch für sehr gefährlich hält, da sie durch Ueberreizung des Organismus den lethalen Ausgang nur beschleunigen sollen, werden bei drohenden Collaps mit Vortheil angewandt. Der Gebrauch von Wein und Spirituosen ist gewiss oft von gutem Einfluss gewesen, und wurde namentlich von den Engländern in Anwendung gebracht; doch scheint es, als ob Halahan, der allen erkrankten Wöchnerinnen Wein und Brandy in grossen Quantitäten verabreichte, zu weit gegangen sei, indem er einer Patientin während ihrer vierwöchentlichen Krankheit durchschnittlich täglich 14 Unzen Wein und 3 Unzen Brandy gab. Da es kein Mittel giebt, durch welches die Krankheitsursache bekämpft werden könnte, so muss sich die Therapie darauf beschränken, die einzelnen excessiv entwickelten Symptome zu mässigen und, so weit möglich, Alles zu beseitigen, was den regelmässigen Verlauf der Krankheit stören könnte. So sind bei excessiver Temperatursteigerung kühle Bäder

zu empfehlen, verbunden mit innerlicher Darreichung der Säuren. Die Pulsfrequenz lässt sich durch Digitalis herabsetzen. In Ermangelung kühler Bäder sind Waschungen des ganzen Körpers mit Essigwasser am Platz. Bei Benommenheit des Sensoriums, bei Kopfcongestionem und stürmischen Hirnsymptomen leisten kalte Begiessungen gute Dienste. Im Uebrigen ist durch vorsichtige Ventilation stets für reine Luft und mässig kühle Temperatur des Krankenzimmers zu sorgen.

In den von mir referirten Krankengeschichten war die Therapie im Ganzen sehr einfach. In dem ersten Fall wurden kühle Bäder angewandt. In der zweiten Krankengeschichte fehlen die Angaben in Betreff der Therapie; in der dritten ebenfalls, wenn man von der Darreichung des Chloralhydrats, nachdem das Fieber vollständig geschwunden war, absieht. In dem vierten Krankheitsfall wurde zunächst die Pulsfrequenz und die Temperatur mit Digitalis bekämpft, jedoch erfolglos. Dagegen bewirkte ein Dower'sches Pulver den beabsichtigten Schlaf. Tags darauf, bei drohenden Collaps, wurde zu den Analeptici gegriffen, Campher und Aetherinjection. In dem V. Fall, der in Genesung endete, bestand die Therapie in Darreichung von Champagner; ausserdem wurde ein Mal der bestehenden Obstruktion wegen, ein Laxom gegeben. Die sechste Krankengeschichte giebt über die Therapie keinen Aufschluss.



Thesen.

- 1) Die Scarlatina in puerperio ist nicht Puerperalfieber, sondern Scharlach.
 - 2) Aus einer einzigen Infectionsquelle entwickeln sich nie multiple Erysipele.
 - 3) Bei atonischen Fussgeschwüren ist neben Compression und passender Lagerung die äusserliche Anwendung der Salicylsäure in Substanz sehr zu empfehlen.
 - 4) Für die Kinderpraxis giebt es kein gutes Brechmittel.
 - 5) Mit der Verordnung complicirter Arzneien wird viel Missbrauch getrieben.
 - 6) Die therapeutische Wirksamkeit des thierischen Magnetismus sollte wissenschaftlich geprüft werden.
 - 7) Die chronische Gonorrhoe kann in ihren späteren Stadien nur durch methodische Sondenbehandlung getheilt werden.
- 

10521

12913