



Geburt bei progressiver Muskelatrophie.

Inaugural-Dissertation der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

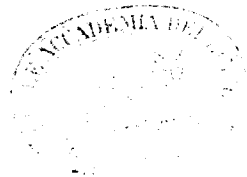
in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Carl Gerhardt.



Jena, 1884.

Druck von A. Neuenhahn.

Gewidmet

seinen lieben Eltern.



Da die Fälle von Geburten bei progressiver Muskelatrophie, soviel ich aus der mir zugänglichen Literatur ansehen konnte, äusserst selten sind, so glaube ich bei Veröffentlichung nachstehenden Falles um so mehr auf einiges Interesse rechnen zu können, als hierbei noch besondere Abnormitäten hinzukommen, die wohl im Stande sind, einiges Licht auf die Ursachen der Schwierigkeiten derartiger Geburten zu werfen.

Die Anamnese des betreffenden Falles ist folgende:

Die Patientin heisst

Bertha Hesse, ist 22 Jahre alt und Schneiderin aus Klosterlausnitz.

Der Vater der Pat., ein Steinhauer, starb vor 6 Jahren an Phthise, die Mutter lebt und ist gesund. Die Verwandten aufsteigender Linie beider Eltern waren angeblich völlig gesund, namentlich von neuropathischen Belastungen und Lähmungen verschont.

Pat. hat 8 Geschwister, von denen 5 sich der besten Gesundheit erfreuen, 3 aber, ein älterer Bruder, ein jüngerer Bruder und eine jüngere Schwester dieselben Krankheitserscheinungen darbieten sollen, wie Patientin.

Der ältere Bruder soll bis zu seinem 14. Jahre völlig gesund gewesen sein, auch keine Kinderkrankheiten durchgemacht haben. In diesem Jahre verspürte er Schwäche in den unteren Extremitäten und Abmagerung derselben; später griffen diese Erscheinungen auch auf den Rumpf und die oberen Extremitäten über.

Die Schwäche und Abmagerung der Muskulatur steigerten sich bis zu seinem, im 22. Lebensjahre an Phthise erfolgten Tod.

Der jüngere Bruder, jetzt 18 Jahre alt, der nach Angabe seiner Mutter ebenfalls früher nie krank war, begann mit dem 6. Jahre über Müdigkeit und Abmagerung in den Beinen und im Kreuz zu klagen. Diese Erscheinungen verschlimmerten sich im Laufe der Zeit so, dass er gegenwärtig zwar leidlich gehen kann, aber leicht fällt und nicht vermögend ist, sich alsdann selbst zu erheben. Die oberen Extremitäten sind so stark ergriffen, dass er die Hände nur durch Aufstützung der Ellenbogen in Gesichtshöhe bringen kann.

Die jüngere Schwester, die jetzt 12 Jahre zählt, wurde angeblich in ihrem 5. Jahre von Schwäche und Abmagerung der ganzen Muskulatur befallen. In ihrem 8. Jahre soll sie Diphtherie durchgemacht haben, nachdem auch sie bis dahin dauernd gesund war. Auch sie kann noch laufen, fällt aber ebenfalls leicht zu Boden und bleibt dann unbehilflich liegen.

Unsere Pat. selbst will in ihrer Jugend die Märsen überstanden, und öfters an nur wenige Tage andauernden Halsaffectionen, wahrscheinlich catarrhalischen Anginen, gelitten, im Uebrigen sich aber wohl befunden haben. In ihrem 13. Jahre bemerkte Pat. Müdigkeit, Schwäche und Abmagerung zuerst der Wadenmuskulatur, dann der ganzen unteren Extremitäten. Ursächliche Momente, wie Ueberanstrengung, Erkältung, geschlechtliche Exzesse (Onanie), Traumen etc. stellt Pat. entschieden in Abrede.

Von der Wadenmuskulatur griff der Prozess zunächst auf die der Oberschenkel über, dann auf Bauch-

und Rückenmuskulatur. In dem 20. Jahre der Pat. wurden auch die oberen Extremitäten und zwar angeblich gleichzeitig und in ganzer Ausdehnung theilhaft. Fibrilläre Zuckungen, Zittern ganzer Muskelgruppen bestanden gleich im Anfang, dagegen nie Gefühl von Pelzigsein und ziehende Schmerzen. Die Haut der Pat. war immer sehr zart und atrophisch. Fieber fehlte gänzlich. Pat. giebt an nach längerem Sitzen Schwellung der Füße, namentlich der Knöchel bemerkt zu haben, bei den geringsten Anstrengungen habe sie geschwitzt. Erhöhung der Temperatur und Röthe der betroffenen Körpertheile will Pat. nie beobachtet haben. Pat. suchte vielfach ärztliche Hülfe nach, lag auch 1873 ungefähr $\frac{1}{2}$ Jahr in der hiesigen medizinischen Klinik, wo sie von Professor Leube unter Anderem auch mit Electricität behandelt wurde. Allein das Leiden nahm nach und nach solche Dimensionen an, dass sie von ungefähr Mitte März nicht mehr gehen, die oberen Extremitäten nur dann etwas gebrauchen konnte, wenn dieselben auflagen.

Der Stuhlgang war meist hart, retardirt, alle 3—4 Tage 1 Mal, Urinentleerung leicht und regelmässig. Pat. ist seit dem 15. Jahre menstruiert in regelmässigen, 4 wöchentlichen Intervallen. Die Menses sind reichlich, 4—5 Tage anhaltend, mit Schmerzen im Unterleib verbunden. Geschlechtlich will sich Pat. nie inficirt haben.

Ende Juli 1879 will Pat. die letzte Regel gehabt, am 9. August einen Coitus vollzogen und Anfang März die ersten Kindesbewegungen gespürt haben.

Status der pp. Hesse.

(Aufgenommen nach dem Wochenbette.)

Pat. nimmt eine halbsitzende Stellung im Bette ein, das linke Bein und Fuss sind auswärts, das rechte Bein und der rechte Fuss nach einwärts rotirt. Oedem besteht nicht. Die Haut an den unteren Extremitäten ist zart, trocken, spröde, die Epidermis hebt sich in kleinen Schüppchen ab. Bewegungen in den Zehen und Fussgelenken sind frei und schmerzlos. Unterschenkel in der Mitte rechts 30 cm, links $31\frac{1}{2}$ cm. Bewegungen im Kniegelenk sind frei aber schmerzhaft. Mitte der Oberschenkel rechts 39 cm, links 38 cm. Sämmtliche Bewegungen im Hüftgelenk sind möglich, aber äusserst schmerzhaft. Beide untere Extremitäten können im Bette etwas angezogen werden, doch ist es der Pat. sehr schmerzhaft, Hebung der Beine im gestreckten Zustande und Gehen ist der Pat. unmöglich. Fussreflex ist nicht vorhanden. Auf der rechten Spina ant. sup. ist eine ziemlich kreisförmige, $1\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser haltende Narbe in Folge des Decubitus des Beckengürtels.

Haut am Leibe zart, trocken, schuppig, Linea alba stark pigmentirt, wenig Striae rechts, zahlreiche links, mässiger Panniculus, schlaffe, atrophische Muskulatur, Bauchreflex fehlt.

Pat. kann sich mit Unterstützung der Arme aufrichten, aber unter heftigen Schmerzen im Hüftgelenk. Haut am Thorax zart, weich trocken. Panniculus normal, Muskulatur fast geschwunden. Pectoralis major und Deltoid. rechts mehr geschwunden als links. Bewegungen im Schultergelenk sind spontan nicht möglich,

passive daselbst gut und ohne Schmerzen ausführbar, Bewegungen im Ellenbogengelenk spontan möglich und ohne Schmerzen.

Im Handgelenk ist Flexion und Extension spontan möglich, desgleichen Supination und Pronation, sämmtlich ohne Schmerzen. Fingergelenke sind frei, Händedruck kräftig. Die Oberarmmuskeln an der Beugeseite sind stark geschwunden, desgleichen, in geringerem Grade jedoch, die Streckmuskulatur. Thorax dehnt sich gut, sowohl bei ruhiger, als tiefer Respiration gleichmässig aus; die Scaleni sind links kräftiger als rechts.

Mitte des Oberarms rechts 21 cm, do. links 21 cm. Gesicht und Wangen sind leicht geröthet, Lippen blass, Schleimhäute blass, Conjunctiven leicht injicirt. Im Allgemeinen ist das Gesicht voll, nicht abgemagert. Kaumuskeln sind gut entwickelt, nicht geschwunden. Mimische Bewegungen sind frei. Pfeifen, Lachen, Stirnrunzeln werden gut ausgeführt. Pupillen gleichweit, reagiren wenig. Augenmuskeln reagiren gut, kein Nystagmus. Die Zunge kommt gerade in der Medianlinie heraus, wird allseitig gut bewegt, ist feucht, leicht weisslich belegt. Geruch, Geschmack und Gehör gut.

Inspection der Präcordialgegend ergiebt nichts Besonderes. Perkussions-Verhältnisse sind normal, die Herztöne sind laut und rein. Ueber den Lungen nichts Abnormes. Appetit ist gering, Stuhlgang regelmässig. Uriniren unregelmässig, bisweilen Verhaltung des Urins und Druck in der Blasengegend.

Sensibilität normal überall gleich.

Electrische Erregbarkeit.

Prüfung der electrocutanen Sensibilität.

Rechter Oberschenkel	83,
linker „	85,
rechter Unterschenkel	75,
linker „	75,
rechter Fuss	73,
linker „	73,
rechte Hand	90,
linke „	90,
rechter Oberarm	90,
linker „	90,
rechte Brustseite	85,
linke „	85,

Faradischer Strom.

Cruralis	rechts 50,
„	links 55,
Vastus ext.	rechts 50,
„ „	links 55,
„ int.	rechts 55,
Tib. ant.	rechts 70,
„ „	links 70,
Extens. poll. long.	rechts 68,
„ „ „	links 65,
Biceps	rechts 50,
„	links 70,
Triceps	rechts 80,
„	links 75,
Flexor pollicis long.	rechts 70, links 85.
„ dig. communis	„ 80, „ 85.
Extens. dig. communis	„ 86, „ 86.

Adduct. poll. brevis rechts 70, links 80.

Pectoralis major „ 50, „ 50.

Hesse wurde am 29./IV. 1880 in die hiesige gynäkologische Klinik aufgenommen, die Vorwehen begannen am 11./V. h. Morgens, die Blase sprang 9 h. Abends. Am 12./V. 10³⁰ Morgens wurde ich zur Kreisenden gerufen und fand folgende Verhältnisse vor:

Die Kreissende befindet sich in Rückenlage auf dem Bette, Leibesumfang beträgt 90, Entfernung von der Symphyse bis Nabel 18, bis Fundus 28, bis Processus ensiformis 36.

Beckenmaasse: Spinae 23¹/₂, Christae 27, Baude-locque 18¹/₂, also alle Maasse unter der Norm, dabei war noch eine starke Beckenneigung zu constatiren und ein 1 cm breiter, spaltähnlicher Raum in der Symphyse. Die Bauchwand ist mager und dünn, zahlreiche Striae gravidarum links, rechts sehr wenige, der Uterus ist dünnwändig, Frenulum erhalten, die Scheide ziemlich eng, glatt, die Brüste sind gut entwickelt.

Das Kind fand ich in II. Schädellage, rechts vorn die kleine Fontanelle, links hinten die grosse, die Pfeilnaht verläuft annähernd im 2. schrägen Durchmesser nahe der vorderen Beckenwand bei fortwährendem Querstand des Kopfes. Der äussere Muttermund ist ca. 6 cm eröffnet, nach links der Saum etwas dicker als rechts, der ganze Uterus liegt mehr links. Herztöne sind rechts 2 cm unterhalb des Nabels am deutlichsten zu hören.

Auf den Rath des Herrn Geh. Hofrath Schultze beobachtete und notirte ich genau die einzelnen Wehen und deren Dauer; nachstehende Tabelle enthält das Resultat der Beobachtung:

Der Wehen.

Zeit.	Dauer.	Zeit.	Dauer.	Zeit.	Dauer.
11 ¹¹	1	134	$\frac{3}{4}$	331	$\frac{3}{4}$
11 ¹⁵	$\frac{3}{4}$	140	$\frac{3}{4}$	335	$\frac{3}{4}$
11 ¹⁹	$\frac{3}{4}$	142	$\frac{1}{2}$	341	$\frac{3}{4}$
11 ²³	$\frac{1}{2}$	147	1	343	1
11 ²⁶	1	150	$\frac{3}{4}$	347	$\frac{3}{4}$
11 ³²	1	155	$\frac{3}{4}$	350	$\frac{3}{4}$
11 ⁴⁰	$\frac{3}{4}$	158	$\frac{3}{4}$	354	1
11 ⁴⁵	$\frac{3}{4}$	201	$\frac{3}{4}$	357	$\frac{3}{4}$
11 ⁴⁸	$\frac{1}{2}$	204	$\frac{3}{4}$	402	$\frac{3}{4}$
11 ⁵²	$\frac{1}{2}$	208	$\frac{1}{2}$	406	$\frac{3}{4}$
11 ⁵⁵	$\frac{3}{4}$	211	$\frac{3}{4}$	409	$\frac{3}{4}$
11 ⁵⁹	$\frac{3}{4}$	215	$\frac{3}{4}$	412	$\frac{3}{4}$
12 ⁰⁴	1	218	$\frac{3}{4}$	415	$\frac{3}{4}$
12 ⁰⁷	$\frac{3}{4}$	221	$\frac{3}{4}$	418	$\frac{3}{4}$
12 ¹⁵	$\frac{3}{4}$	225	$\frac{3}{4}$	421	1
12 ²⁰	$\frac{1}{2}$	227	$\frac{1}{2}$	427	$\frac{3}{4}$
12 ²⁴	$\frac{3}{4}$	230	1	429	$\frac{3}{4}$
12 ³⁰	$\frac{3}{4}$	233	$\frac{3}{4}$	432	$\frac{3}{4}$
12 ³⁴	$\frac{1}{2}$	236	1	435	1
12 ³⁷	$\frac{3}{4}$	240	$\frac{3}{4}$	438	$\frac{3}{4}$
12 ⁵⁰	1	243	$\frac{1}{2}$	440	$\frac{3}{4}$
12 ⁴⁵	$\frac{3}{4}$	246	1	442	$\frac{3}{4}$
12 ⁵⁰	$\frac{3}{4}$	250	$\frac{3}{4}$	446	$\frac{3}{4}$
12 ⁵³	1	253	$\frac{3}{4}$	449	1
12 ⁵⁶	1	256	$\frac{1}{2}$	452	$\frac{3}{4}$
12 ⁵⁹	1	258	$\frac{3}{4}$	455	$\frac{3}{4}$
101	$\frac{1}{2}$	302	$\frac{3}{4}$	457	1
103	$\frac{1}{2}$	305	1	459	1
107	$\frac{3}{4}$	309	$\frac{3}{4}$	502	$\frac{3}{4}$
110	$\frac{3}{4}$	311	$\frac{3}{4}$	507	$\frac{3}{4}$
114	$\frac{3}{4}$	315	1	510	$\frac{3}{4}$
117	$\frac{1}{2}$	321	$\frac{3}{4}$		
121	1	323	1		
125	1	326	$\frac{3}{4}$		
130	$\frac{3}{4}$	329	$\frac{3}{4}$		

11³⁵ h. Die Temperaturmessung ergibt 36,8° C., 80 Pulse und 16 Respirationen, letztere natürlich ausserhalb der Wehen gezählt. Um 12 h. ist der äussere Muttermund ca. 7 cm eröffnet, die Stellung der Fontanellen ziemlich dieselbe. Vor den Uterus sind einige Darmschlingen vorgefallen. 1¹⁰ h. wurden 200 cm Urin mittelst Katheder abgenommen. Die Herztöne des Kindes sind deutlich hörbar, 140 Schläge in der Minute. 1³⁰ h. Herztöne des Kindes deutlich zu hören. 144. Hesse erhält auf Verlangen $\frac{1}{2}$ Glas Rothwein.

1⁵⁰ h. Herztöne deutlich 140. 2³⁰ h. Temperatur 37,3° C., 88 Pulse, 16 Respirationen. Herztöne deutlich, 140. Der Muttermund ist auf 8 cm erweitert, der Kopf steht tiefer, der Uterus liegt noch mehr nach links. 2⁵⁰ h. Herztöne hörbar, 140. 3 h. Herztöne deutlich 144. Der Muttermund ist ca. 9 cm eröffnet.

3²⁰ h. Herztöne deutlich, 144. Die Wehen lassen an Intensität nach. 3³⁰ h. Hesse wird auf die rechte Seite gelagert, schon nach der ersten Wehe steht der Kopferheblich tiefer, der Muttermund verstreicht mehr. Die Herztöne sind links von der Linea alba 4—5 cm über der Symphyse zu hören.

3⁵⁷ h. Der Kopf steht auf dem Beckenboden. Hesse wird deshalb wieder in die Rückenlage gebracht. Herztöne sind kräftig, rechts unterhalb des Nabels zu hören. 4¹⁰ h. Kreissende wird wieder in rechte Seitenlage gebracht, die Pfeilnaht steht fast quer. Herztöne sind stark 136. Hesse presst während der Wehen mit. 4³⁰ h. Herztöne kräftig, desgleichen 4⁵⁰ h.

5 h. Herztöne noch deutlich hörbar, da dieselben aber merklich schwächer werden, der Muttermund völlig erweitert ist, und die Geburt nicht vorrückt, die



Kreissende ausserdem sehr matt ist, so wird beschlossen, zur Extraction mit der Zange zu schreiten.

Zu diesem Zwecke wird Hesse 5¹⁰ h. auf den Operationstisch gebracht, und 5¹⁵ h. nach vollendeter Narkose mit der Extraction begonnen.

Bei dem stärkeren Zug mit der Zange nach unten, entsprechend der obenerwähnten stärkeren Beckenneigung ertönt ein lauter Krach, der im ersten Augenblick die Vermuthung einer Symphysenruptur aufkommen lässt. Da, wie schon vorher bemerkt, die Scheide ziemlich eng ist, werden, um einen eventuellen Dammriss zu verhüten, einige kleine Incisionen rechts vorn in die Vagina gemacht, doch ohne Erfolg, ein Dammriss findet statt und eine starke Blutung aus den inneren Genitalien zeigt an, dass auch eine Verletzung im Innern der Vagina stattgefunden hat. Diese Vermuthung fand sich dann auch durch die manuelle Untersuchung bestätigt.

Unmittelbar nach der Geburt konnte der explorierende Finger durch einen grösseren, links neben der Clitoris befindlichen Scheidenriss etwa einige cm tief eindringen.

Der linke horizontale und absteigende Schambeinast waren quer durchgebrochen und blossliegender Knochen zu tasten. Der kleinere rechts von der Clitoris gelegene Riss war flach und reichte nicht einmal bis aufs Periost.

10 Minuten nach der erfolgten Geburt des Kindes wird die Nachgeburt unter Anwendung des Credé'schen Handgriffs entfernt und die Blutung durch Eiswasserirrigationen mit Carbolsäurezusatz gestillt.

Nachdem die Wöchnerin gereinigt und mit frischer

Wäsche bekleidet ist, wird sie in ein besonderes, luftiges Zimmer auf ihr Lager gebracht.

Das Kind männlichen Geschlechts war wohlgebildet, völlig gesund.

Die Maasse desselben betragen:

Grader Durchmesser	12 $\frac{1}{2}$,
querer Durchmesser kl. 9, grss.	10,
gr. diagonaler Durchmesser	15 $\frac{1}{4}$,
kleiner „ „	11 $\frac{1}{2}$,
Umfang	36,
Länge	54,
Gewicht	3410.

Weiter unten komme ich nochmals bei Besprechung der Verletzung darauf zurück.

Der auffallende Sitz der Kopfgeschwulst bei II. Schädellage auf dem rechten Scheitelbein erklärt sich sehr einfach durch die schon während der Geburt beobachtete Stellung des Kopfes. Es ist bereits gesagt worden, dass die Sagittalis bei fortwährendem Querstand des Kopfes ausserordentlich nahe der vordern Beckenwand verlief, von dem nach vorn zu gelegenen (linken Scheitelbein) reichte fast nichts in das Gebiet des Muttermundes, sonach bildete sich die Kopfgeschwulst auf dem hinteren Theil des rechten Scheitelbeines.

Kehren wir nun zu unserer Wöchnerin zurück.

Sie wurde vorläufig in ein besonderes Bett gebracht, erhielt einen Eisbeutel auf den Leib und Wärmflaschen an die Füße, ausserdem ein Glas guten Rothweins. Die Messung ergab eine Körpertemperatur von 38,5° C., 72 Pulse und 20 Respirationen. Ausser geringem Brennen in der Vagina hatte die Wöchnerin

keine Klagen und Beschwerden. Sie wurde katheterisiert; wenig ammoniakalisch riechender Harn wurde entleert, der sich bei genauer Untersuchung als Eiterkörperchen und Eiweiss enthaltend ergab, ein Blasen-catarrh wurde constatirt.

6³⁰ h. tritt eine geringe Blutung aus der Vagina auf, es werden alle Vorbereitungen zur permanenten Vaginal-Irrigation getroffen, die um 8 h. beendet sind.

Nun wurden 2 Betten mit ihren Längsseiten so an einander gestellt, dass zwischen ihnen nur ein Raum von ca. 6 cm blieb. Die Pat. wurde alsdann quer auf beide Betten so gelagert, dass der Oberkörper bis zu den Sitzbeinknoren auf dem 1. Bette, die unteren Extremitäten auf dem 2. Bette, die Genitalien also grade über den Spalt zu liegen kamen, der Steiss war ausserdem durch 2 Keilkissen erhöht.

Links von der Kranken stand auf einem etwas über 1 Meter hohen Tische ein 10 Liter fassendes Blechgefäss, das am Boden ein ca. 6 cm langes und $\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser haltendes Ausflussrohr besass. Von diesem führte ein 150 cm langer Gummischlauch, in welchem im obersten Theil eine Tropfkanüle eingeschaltet war, herab auf das Lager der Pat. In das Ende dieses Gummischlauches wurde eine ca. 10 cm lange Glasröhre mit ihrem oberen, etwas dickeren Theil eingefügt, von dem dünneren Ende derselben aus, wurde ein gewöhnlicher Drainageschlauch von 8 cm Durchmesser und 30 cm Länge, der am Ende auf ca. 4 cm gefenstert war, während die Flüssigkeit lief (um schädlichen Lufteintritt zu verhindern), tief in das Innere der Vagina geleitet.

Zur Befestigung des Schlauches diente ein mittelst

Cirkeltouren um den linken Oberschenkel und das eingeschaltete Glasrohr gelegter breiter Heftpflasterstreifen. Dem gewöhnlichen Heftpflaster ist ein Streifen des Emplastrum diachylon comp. vorzuziehen, da dieses die Haut am wenigsten reizt.

Krüllgaze oder antiseptische Watte an der Einmündungsstelle in die Vulva um das Rohr zu wickeln, wie es empfohlen wurde, halte ich nicht nur für unnütz, sondern sogar für schädlich, weil dadurch die Ausspülungsflüssigkeit nebst dem reichlichen Wundsecret zurückgehalten wird und zur Resorption führen kann.

Noch einfacher wird der ganze Apparat, wenn man anstatt der Tropfkanüle oder des durch eine Schraube regulirbaren Quetschhahnes an dem Ausflussrohr des Sammelgefäßes, resp. Irrigators einen kleinen Hahn anbringen lässt, mittelst dessen man den Ausflusstrahl nach Belieben reguliren kann. Ich halte diese Abänderung besonders für den praktischen Arzt von Wichtigkeit, der auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt Tropfkanüle oder Schraubenquetschhahn schwerlich bekommen, durch einen Handwerker aber schnell einen Hahn, sei es nun aus Metall oder Holz, da wohl daselbst auch Hartgummi nicht zu haben sein wird, nach genauer Angabe fertigen lassen kann.

Was nun die Wahl der Desinfectionsflüssigkeit betrifft, so muss man in erster Linie darauf Bedacht nehmen, ein Mittel zu wählen, welches bei Resorption, die bei der permanenten Irrigation gar nicht zu vermeiden ist, nicht giftig wirkt. Carbol, Jodoform, Sublimat und dergl. sind also nicht anwendbar.

Ich möchte besonders das unterschwefligsaure

Natron in 5—10% Lösung empfehlen, da es erstens auch bei längerem Gebrauch nicht giftig wirkt, ferner dem Kalium hypermanganicum gegenüber den Vorthail besitzt, dass man bei der farblosen Lösung des ersteren Blutungen aus den zu bspülenden Theilen sofort und leicht erkennt, während das durch die rothe Farbe der Manganlösung erschwert wird. Auch das ist wichtig, da die Pflege derartiger Patienten in der Praxis leider fast nur Laien obliegt. Ausserdem spricht der ausserordentlich billige Preis sehr zu seinen Gunsten, ein Punkt, der bei dem längeren Gebrauch, wie ihn die wirklich triftigen Indicationen zur permanenten Scheiden-irrigation doch meist erfordern, in der Praxis sehr wohl in Betracht gezogen werden muss. Die Wirkung des unterschwefligsauren Natrons ist ebenfalls kräftig desinficirend, hingegen hat das Kalium hypermanganicum den Vorzug, ein kräftiges Desodorans zu sein.

Kehren wir nun zu unserer Pat. zurück.

Um das gesprengte Becken zu vereinigen, wurde ein ca. 6 cm breiter starker Gurt um dasselbe gelegt, über dem Kreuzbein und den beiden Spinis ant. sup., natürlich gut mit Verbandwatte gepolstert, dann fest zusammengezogen, bis die Bruchstücke an einander lagen und in dieser Lage durch Sicherheitsnadeln befestigt. Einfacher und zweckmässiger liesse sich wohl der Gurt durch eine Schnalle zuziehen, unter welcher natürlich ebenfalls gut gepolstert werden müsste.

Ich selbst wachte die erste Nacht bei der Pat. Schlaf hatte sie wenig, ebenso nur wenig Schmerzen. Pat. erhielt die Nacht über einige Gläser Malaga. Um 2 Uhr wurde sie katheterisirt, es entleerten sich jedoch nur wenige ccm. Urin. Bei der Pat. trat nun Fieber

ein von unregelmässigem Typus. Am Höchsten war dasselbe vom 13.—20./IV., an welchen Tagen die Temperatur selten unter 39 herabging, dagegen öfter 40° C. erreichte. Der Grund hierfür liegt besonders in der Steigerung des gleich nach der Geburt constatirten Blasenkatarrhs. Der Urin konnte nicht spontan gelassen werden bis zum 20., er musste daher regelmässig mit dem Katheter abgenommen werden, er enthielt reichlich Eiterkörperchen, Eiweiss und war von scharf ammoniakalischem Geruch. Die Therapie bestand in täglichen Blasenausspülungen theils mit reinem lauwarmen Wasser, theils mit Carbolzusatz. Ich habe in späteren Fällen immer Thymol mit sehr gutem Erfolge angewandt, welches ich schon deshalb an Stelle des Carbols empfehlen möchte, da auch hier eine Intoxication so leicht nicht zu befürchten ist. Vom 20. ab trat bedeutende Besserung des Blasencatarrhs ein, bis derselbe zu Anfang Mai fast völlig verschwand. Der Ausfluss aus den Genitalien war ziemlich reichlich, es wurde deshalb die permanente Irrigation bis zum 21./IV. fortgesetzt, die ersten 2 Tage mit einer 1 $\frac{1}{2}$ ‰igen Lösung von Kalium hypermanganicum, dann mit 5‰igen unterschwefligsaurem Natron; Blutungen wiederholten sich nicht. Am 17. zeigte sich der Anfang von Druckgangrän trotz guter Polsterung unter dem Beckengürtel auf beiden Spinis. ant. sup. und über dem Kreuzbein. Sie führte auf der rechten Spina ant. sup. trotz der angewandten Therapie zu einem ziemlich tiefen Geschwür, welches nach ca. 4 Wochen völlig heilte. Es wurde der Beckengürtel etwas nachgelassen, tiefer angelegt, noch stärker gepolstert und die wunden Stellen theils mit Carbolöl, theils mit Zinksalbe bedeckt. Am

18. trat ziemlich starkes und schmerzhaftes Oedem des linken kleinen Labium auf, dasselbe verlor sich jedoch rasch, als nach Weglassung der permanenten Irrigation Wattetampons mit 10% Carbolglycerin in die Vagina eingelegt und das Labium damit bedeckt wurde.

Es sei mir gestattet, an dieser Stelle eine Lanze für vorgenanntes Mittel einzulegen, mit welchem man besonders in der Geburtshilfe und Gynäkologie schöne Resultate in den geeigneten Fällen erzielen kann. Einmal ist das Carbolglycerin ein sehr kräftiges Desinfektionsmittel, ein damit durchtränkter Tampon kann 18 Stunden in der Scheide liegen, ohne zu riechen, dann aber wirkt das Glycerin gerade bei ödematösen Schwellungen stark austrocknend, da es das Wasser aus den Geweben begierig an sich zieht, und so rasch das Oedem zum Schwinden bringt. Die Druckgangrän, sowie das Oedem des Labium mögen wohl ebenfalls die Höhe des Fiebers in den Tagen vom 13.—20. mit-erklären. Der Schlaf war bei der Pat. in den ersten Tagen schlecht, im späteren Krankheitsverlauf abwechselnd gut, ebenso der Appetit. Der Stuhlgang war immer dünn, an einzelnen Tagen 4—5 Mal, manchmal aber auch einen Tag aussetzend. An Nahrungsmitteln erhielt Pat. 2—2½ Liter Milch, 2—3 Eier, Bouillon mit Ei, später Suppen mit Rindfleisch, Semmel, Wein, Cognac und Selterser. Am 21. wurde, wie schon erwähnt, die permanente Irrigation unterbrochen, da den ganzen Tag vorher fast kein Fieber bestand, und der Ausfluss aus den Genitalien ein geringer war, die Pat. in ein gewöhnliches Bett gebracht, und nur ab und zu Vaginal-Ausspülungen gemacht, in der Zwischenzeit wurden Carbolglycerintampons eingelegt.

Leichte Fiebersteigerungen fanden noch statt bis 2. Mai, von da erhob sich die Temperatur nie wieder über 37. Die Pat. konnte von ihren, bei der Geburt acquirirten Verletzungen Mitte Mai für völlig genesen angesehen werden. Der kleine Dammriss, die Einschnitte und die Vaginalrisse waren vernarbt, an der Bruchstelle des horizontalen Schambeinastes war ein deutlicher Callus zu fühlen, nicht so an der des absteigenden Astes, der winkelig geknickt ist, es kann also an letzter Stelle nur eine Infractio gewesen sein. Der Uterus liegt in Anteflexion. Denselben Befund konnte ich noch 3 Mal in den nächsten 2 Jahren erheben, als ich in längeren Zwischenräumen die Hesse in ihrer Heimath aufsuchte.

Fassen wir also das, was die vorerwähnte Geburt auszeichnet kurz zusammen, so treten uns als auffällige und erwähnenswerthe Momente entgegen einmal die Fractura pelvis, dann die bedeutenden Scheidenverletzungen. Es ist schon, was den ersten Punkt anlangt von anderer Seite behauptet worden, dass bei der progressiven Muskelatrophie es sich nicht allein um eine Erkrankung, oder anders ausgedrückt, einen Schwund der Muskulatur handle, sondern dass in derselben Weise noch eine der Osteomalacie ähnelnde, im Schwund der Knochensubstanz bestehende Affection des Skelettes sich zeige. Wird man nun auch, so lange wir durch die Section nicht den vollgültigen Beweis erbracht haben, nicht mit positiver Sicherheit schliessen dürfen, dass auch im vorliegenden Falle ein solcher osteoporotischer Prozess vorgelegen und wird man eigentlich durch das Missverhältniss des Beckens der Mutter und des kindlichen Schädels zur Annahme gedrängt, dass letzteres

die Hauptschuld an der Fractur trage, so muss man doch immerhin die Möglichkeit einer Osteoporose im Auge behalten, letzteres um so mehr, da die Zange von wohlgeübter Hand geführt wurde.

Was die Weichtheilsverletzungen anlangt, so können wir Muskelatrophie hier nicht anschuldigen, da bekanntlich die glatte Muskulatur an dem Krankheitsprozess nicht participirt. Hier ist nun ganz bestimmt das bedeutende Missverhältniss zwischen den Schädelmaassen des Kindes und den Beckenmaassen der Mutter das einzig ursächliche Moment. Dass nun diese schweren Verletzungen unter so ungünstigen constitutionellen Verhältnissen der Pat. doch innerhalb so verhältnissmässig kurzer Zeit heilten, schreibe ich einzig und allein der von Schücking angegebenen, und von Küstner verbesserten Methode der permanenten Scheiden-, resp. Uterus-Irrigation zu. Vielleicht trägt dieser Fall dazu bei, die Methode noch mehr zu verbreiten, als sie bis jetzt verbreitet ist.

Ich erfülle die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Hofrath Schultze für gütige Ueberlassung des Falles, Herrn Professor Küstner für Unterstützung bei Beobachtung desselben, sowie allen meinen Lehrern an hiesiger Hochschule meinen Dank auszusprechen.

10897