

M



DIE ERFOLGE DER FANGOBEHANDLUNG
IN DER FRAUENKLINIK ZU FREIBURG I. BR.
FÜR 1906.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER
MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE
VORGELEGT DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT
ZU
FREIBURG IM BREISGAU

VON

A. FRATKIN

AUS

PRILOVKI (RUSSLAND).



Druck- und Verlags-Gesellschaft vorm. Dölter, Emmendingen.
1908.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg i. B.

Dekan:
Professor Dr. Aschoff.

Referent:
Professor Dr. Krönig.

Dem Andenken meines Vaters.



Fango ist die italienische Bezeichnung für Schlamm. Gewonnen wird der Schlamm in Battaglia, einem altbezeichneten Badeorte, der ausser dem vulkanischen Fango auch heisse Quellen besitzt. Diese Produkte sind als Heilmittel historisch bekannt. Schon die klassischen Zeiten und das Mittelalter kannten und gebrauchten sie. Plinius, Galen, Savana cola erwähnen den Gebrauch des Fango di Battaglia zu Heilzwecken; die römischen Kaiser hatten sich hier schon prächtige Marmorbäder gebaut, welche während der Völkerwanderung zerstört und von Theodorich dem Grossen wieder hergestellt wurden. Der Kurort Battaglia hat sich nicht nur bis zum heutigen Tag als solcher seinen Ruf bewahrt, sondern sendet auch sein Produkt, den Fango, als das heilsame Agens seiner Thermen in alle Welt hinaus. Derselbe lässt sich in Tonnen oder Blechkasten leicht verschicken und zwar in ziemlich trockenem Zustande. An Ort und Stelle angelangt, wird er mit heissem Wasser (60—70° C.) von ähnlicher Zusammensetzung wie das Thermalwasser von Battaglia erwärmt und verdünnt und somit zum Gebrauch fertig gemacht und nach den Kliniken versandt.

An der Freiburger Frauenklinik wird der Fango in Form von Kataplasmen angewandt. Die Einzeldauer der Packung beträgt etwa $\frac{1}{2}$ bis höchstens 1 Stunde. Man kann mehrere Einpackungen vornehmen und dann sieht man gerade bei hartnäckigen Fällen oft die besten Erfolge auftreten. Massgebend bei der Abmessung

der Dauer der Einzelpackung ist allein die Individualität der Patientin. So muss vor allem sorgfältig auf den Zustand des Herzens und der Lunge, sowie auf das Allgemeinbefinden der Patienten gemacht werden. Im allgemeinen kann man sagen, dass die Fangokur keine bedrohlichen Nebenerscheinungen zeigt und besonders nicht eine solche Beschleunigung der Herztätigkeit und der Respiration hervorruft, wie ähnliche Bäder, zu denen die Dampf- und die Sandbäder gehören.

Was die Wirkung einer solchen Behandlung mit Fango auf den erkrankten Körperteil und auf den Gesamtorganismus anbetrifft, so kann diese erstens eine chemische, zweitens eine physikalische, d. h. mechanisch-thermische sein.

Ueber die Art der chemischen Wirkung und über die Bedeutung derselben sind hier die Ansichten ebenso geteilt, wie in Bezug auf die Frage der Resorption chemischer Stoffe aus sogenannten „medizinischen Bädern,“ Thermalbädern und anderen Bademedien. Ist die Ansicht, dass die Haut aus dem Bade chemische Stoffe resorbiert, richtig, so wird dies auch aus dem Fango geschehen können, und zwar hier um so mehr, als er erstens sich vermöge seiner plastischen Eigenschaft der Haut sehr fest und eng anschmiegt und weil ferner der Fango dank der Applikation längere Zeit einzuwirken Gelegenheit hat. Und wenn auch, wie bei allen solchen Badeprozeduren, niemals durch die Resorption der Haut so grosse Mengen chemischer Stoffe dem Organismus einverleibt werden können, dass man davon eine intensive therapeutische Wirkung erwarten dürfte, so ist dennoch nicht zu leugnen, dass die chemischen Stoffe einen intensiven Hautreiz, und dadurch auch eine dem Hautreiz sekundär zukommende Beeinflussung des Organismus hervorruft, und in diesem Sinne wird auch die chemische Wirkung des Fango,

welcher sehr reich an Kohlensäure — 9.34, Schwefelsäure — 6.65 und Eisenoxyd — 9.81 ist, nicht zu unterschätzen sein.

Viel wichtiger aber ist die mechanisch-thermische Einwirkung. Bei der lokalen Fangoapplikation besteht die mechanisch-thermische Wirkung im wesentlichen in der eines heissen Kataplasma.

Der auf 50 ° C. oder darüber erhitzte Fango behält im Fangowickel die ihm gegebene Temperatur stundenlang und wirkt so kataplasmatisch auf die Tiefe der Gewebe auf lange Zeit.

Experimentell wurde die Tiefenwirkung von äusserlich applizierter Wärme durch Heinz (Erlangen) nachgewiesen (XIX. Kongress für innere Medizin), und zwar wurden diese Experimente vermitteltst thermoelektrischer Nadeln an Tieren angestellt; sie ergaben, dass sich eine Tiefenwirkung äusserlich applizierter Wärme in der Pleura von Hunden und Kaninchen nachweisen lässt.

Salaghi (Bologna) erklärt diese Tiefenwirkung „durch eine Erweiterung der kutanen und subkutanen Blutgefässe und gleichzeitige Erschlaffung der Haut.“ Durch diese Tiefenwirkung erklären wir uns die Verflüssigung der eingedickten Exudate, das allmähliche Weichwerden von Schwielen und Verwachsungen, und schliesslich die Resorption derselben.

Aber noch einen weiteren Vorzug hat der Fango durch seine bereits früher erwähnte Plastische Eigenschaft. Ein solches Material schmiegt sich der Haut viel fester und inniger an und darum bringt es auch viel intensiver die Wärmewirkung auf der Haut zur Geltung. Ferner zeichnet sich der Fango durch seine Consistenz aus, welche derart ist, dass man ihn leicht auf jede Körperstelle aufstreichen kann.

Besonders möchte ich die thermisch-mechanische

Wirkung des Fango auf den Gesamtorganismus, welche ihren hervortretendsten Ausdruck in der Anregung einer starken, profusen Schweissbildung findet, hervorheben. Ueber das Verhalten des Organismus während eines solchen durch Fangopackung erzielten Schwitzbades hat Herr Dr. Hugo Davidsohn (leitender Arzt der Fango-Kuranstalt in Berlin) an einer Reihe von Patienten seine Beobachtungen gemacht und durch genaue Untersuchung des Pulses, der Atmung und des Allgemeinbefindens während und nach der Anwendung festgestellt, dass die Alteration des Organismus bei dieser Schwitzmethode eine bei weitem geringere war, als bei heissen Bädern, Dampfbädern und anderen Schlamm- und Moorbädern. Der Effekt ist ein so grosser, dass ca. 0.5—1.5 kg Schweisses bei jeder Behandlung abgesondert wird. Dadurch wird auch eine starke Resorption, d. h. Aufsaugung von kranken Stoffen und die Entfernung von Ablagerungen stark bewirkt.

Hierbei möchte ich 2 Fälle der Freiburger Frauenklinik, wo die Temperatur, Puls und das Allgemeinbefinden während der Fangopackung beobachtet wurden, erwähnen.

Fall I: Frau J. T., 22 Jahre alt.

Klinische Diagnose: Pelveoperitonitis und Pyosalpingitis sinistra septica post operationem.

Therapie: Fangopackungen 3 mal wöchentlich von einstündlicher Dauer; heisse Scheidenausspülungen, Sitzbäder.

Fangopackung 60 °.

Uhr	T. gemessen		Rad. Puls	Druck nach Riva-Rocci	Allgem.-Befinden.
	in der Vagina	in der Axilla			
11	37.4	36.9	76	125	Sehr gut
11.15	37.5	37.4	76	135	
11.30	37.5	37.4	76	115	
11.45	37.6	37.4	76	112	
12	37.5	37.4	76	114	

Schweiss-Sekretion stark nach 20 Minuten.

Fall II: B. Pf., 24 Jahre alt.

Diagnose: Endometritis gonorrhoeica, Colpitis granulosa.

Therapie: Bettruhe, Eisblase, Diät, Fangopackungen, Scheidenspülungen.

Fangopackung	Puls vorher	Puls nachher
27./3. 06	70	75
29./3.	70	70
31./3.	70	70
3./4.	70	70
5./4.	75	75
7./4.	75	75
10./4.	75	75
12./4.	75	70
17./4.	70	70

Wie aus diesen beiden Fällen zu ersehen ist, betrug die höchste Pulssteigerung 5 Schläge in der Minute, die höchste Steigerung der Temperatur 0,5 °. Daten, welche mit den des Dr. Davidsohn übereinstimmen. Es ist noch zu bemerken, dass diese Puls- und Temperatursteigerung eine allmähliche und individuell sehr verschiedene ist. Aus der Temperatur- und Pulssteigerung ist leicht zu ersehen, dass die Fangopackung eine leichte und angenehme Erregung der Zirkulations- und Nerventätigkeit bedingt.

Noch eine wichtige Rolle der Fangopackung, nämlich seine Wirkung auf die Nervenbahnen, möchte ich erwähnen: dank der lokalen und dauernden Wärme-Produktion, welche die Fangopackung hervorruft, wird auf dem Reflexwege eine wunderbare Schmerzlinderung und Schmerzaufhebung erzeugt.

Zu den obengenannten Wirkungen ist noch eine letzte zuzufügen: seine Wirkung als Selbstmassage. Die breiige homogene Masse wirkt durch ihre Schwere wie eine Massierkugel. Durch die respiratorische Exkursionen des Diaphragma entsteht nun zwischen Fangobelag und Abdominaldecken eine beständige Selbstmassage, die zwar nicht intensiv, aber dennoch nicht minder wirksam ist. Und wie alle Arten der Massage wirkt auch die Fangomasse resorbierend.

Aus dem oben gesagten geht deutlich hervor, dass die Fangokur hauptsächlich, dank ihrer sehr starken Resorptionsfähigkeit (in der Tiefe!) und ihrem schmerzenberuhigenden Charakter, wirksam ist. Diese Faktoren bedingen die Indikationsstellung bei Fangobehandlung. Demnach sind die Indikationen bei allen Arten von Exudaten, mit Ausnahme der eitrigen, gegeben; dabei wendet man die höchsten Temperaturen, die ertragen werden können, an, von 48—60 ° steigend bei Dauer von $\frac{1}{2}$ —1 St.

Besonders betonen möchte ich den günstigen Einfluss der Fangokur bei chronischen Entzündungsvorgängen des Uterus und der Adnese. Dank den Fango-Applikationen werden Adhaesionen gelöst, oft total oder partiell, grosse Tumoren ganz resorbiert, oder wenigstens so weit, dass sie der Untersuchung und der Operation mehr zugänglich werden. Mit besonderem Erfolg sind in der hiesigen Frauenklinik auf diese Weise mehrere Gonorrhoeische Salpingiten, Oophoriten, Salpingo-Oophoriten geheilt oder der Operation mehr zugänglich gemacht worden.

Zweitens spielt in diesen Fällen die schmerzberuhende Wirkung der Fangobehandlung eine sehr wichtige Rolle. Es genügt sogar oft eine Packung, um die Schmerzen zum Schwunde zu bringen. Es tritt bei der ersten Packung manchmal eine Verstärkung der Schmerzhaftigkeit auf, die im allgemeinen aber nicht zu erschrecken braucht, wenn nur auf eventuelle Bildung frischer, eiternder Exudatherve geachtet wird. Bei den nächsten Packungen lassen gewöhnlich die Schmerzen allmählich nach, um schliesslich vollständig zu verschwinden.

Sehr schmerzmildernd wirken auch die Fango-packungen bei Hysterie, bei Ovarialneuralgien auf hysterischer und nicht hysterischer Basis. In dem ersten Falle mag das Neue der Prozedur und damit die Autosuggestion eine Rolle spielen, im zweiten Falle aber wirkt die Fangopackung direkt mildernd.

Es sind noch die vortrefflichen Dienste der Fango-behandlung in der Besserung des Allgemeinbefindens bei einer grossen Anzahl jugendlicher Patientinnen, bei denen neben anderen Erkrankungen noch ein hoher Grad von Chlorose, Anaemie besteht, zu erwähnen.

Als Kontraindikationen kommen Fieber, eitrige Abszesse (doch bringt Dr. Mor y, Kurarzt in Adelboden,

Schweiz, in seinem Vortrag über „die Fangokur und ihre Indikationen“ einen Fall, wo selbst bei Eiterherden und durchgebrochenen Abszessen die Fangopackung eine rasche Verflüssigung des Eiters und eine erleichterte Entleerung nach aussen bewirkt hat) und starker Marasmus in Betracht.

Ich führe nunmehr mehrere Fälle an, welche nach den Indikationen geordnet sind.

Letztere auf freundliche Anregung des Direktors der Freiburger Frauenklinik, Herrn Prof. Dr. Krönig, gesammelt, werden die vortreffliche Wirkung der Fangopackungen bei gynäkologischen Fällen bestätigen.

Fall I: K., Dienstmädchen, 21 Jahre alt. Aufnahme 25. IV. 06.

Anamnese: Mutter und 1 der Geschwister an Kehlkopftuberkulose gestorben. Pat. Lungenentzündung gehabt und magenleidend gewesen. Beginn der Menses mit 17 Jahren, zunächst grosse Intervalle, später regelmässig. Letzte Menstruation vor 7 Wochen.

Gelber Ausfluss, Schmerzen links im Unterleib, Schlaf dadurch gestört. Brustorgane und Nervensystem in Ordnung.

Beginn der Erkrankung: Patientin hat seit 2 Jahren geschlechtlichen Verkehr. Vor 8 Wochen infiziert. Schmerz beim Urinieren. Gelber Ausfluss. 6 Wochen in der Hautklinik behandelt mit Aetzungen und Tampons. Vor 2 Wochen stand Patientin auf, musste sich aber wegen heftiger Schmerzen wieder hinlegen. Wegen Pyosalpinx hierher verlegt.

Stat. praes. Mittलगrosses, gesund aussehendes Mädchen, gut ernährt. Lenkozyten 14 500. Lungen, Herz, Leber, Nieren, Milz in Ordnung. Abdomen linkerseits unterhalb des Nabels bei leichtem Druck empfindlich, besonders oberhalb des Lig. Poupartii. Parallel dem Ligamentum eine längliche, regelmässige

Resistenz palpabel. Rechte Bauchseite frei. Dämpfung über dem l. Ligamentum Poupart.

Geschlechtsorgane: Urethra und Barthol. Drüsen gerötet, bei Druck entleert sich eitriges Sekret. Cervikal-Sekret eitrig, Gonokokken. Uterus eingemauert in entzündlich infiltrierte Gewebe. Höchste Empfindlichkeit an dem Douglas-Peritoncum und in der linken Seite.

Ovarien: linkes in entzündliche Massen eingebettet, nichts zu isolieren. Uterus geht nach links in entzündliche Tumor-Massen über, die sich bis in's grosse Becken verfolgen lassen und oberhalb des Lig. Poup. zu tasten sind. Urin klar, sauer.

Klinische Diagnose: Akute gonorrhöische Pyosalpinx duplex, Pelveoperitonitis.

Behandlung: Bettruhe (Rückenlage) Eisblase. Anfangs die heftigen Schmerzen durch Morphinum bekämpft, dann Fangopackungen. Nach 2 maliger Ausführung müssen die Fangopackungen aufgegeben werden wegen zu heftiger Schmerzen. Eisblase, Bettruhe. Später wieder mit Fangopackungen angefangen (17. V. bis 30. V.), jeden zweiten Tag, Dauer $\frac{1}{2}$ St.; Sitzbäder täglich. Schmerzen treten bei den Packungen zwar wieder auf, sind aber erträglich.

20—23. V. Fieber bis 38.9° , trotzdem aber die Packungen beibehalten.

Am 24. V. Aussen über dem Lig. Poup. keine Resistenz mehr palpabel. Im Cervikalsekret Gonokokken.

Am 1. VI. Fangopackungen aufgehört, täglich $\frac{3}{4}$ St. elektrische Bäder und Sitzbäder. Links im Abdomen ein überfaustgrosser, unregelmässiger Tumor, der den Uterus umzieht und auch rechts noch zu tasten ist.

15. VI. Patientin auf Wunsch entlassen, da Operation noch nicht zugänglich ist.



Entlassungsbefund. Keine Beschwerden. Im Cervikalsekret keine Gonokokken zu finden. Uterus ante-flektiert, hart, wenig beweglich. Zwischen linker Seite des Uterus und Beckenwand faustgrosser, empfindlicher Tumor.

Fall II: M. B., Dienstmädchen, 25 Jahre alt. Aufnahme 10. V. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind Masern durchgemacht. Menstruation mit 15 J., regelmässig, alle 4 Wochen, 4—5 Tage, dabei keine besonderen Schmerzen, keine starke Blutung. Letzte Menstruation 15. IV. 06. Brustorgane, Nervensystem in Ordnung. Stuhlgang normal.

Pat. gibt an, mit dem 23. J. angesteckt worden zu sein. Damals habe sie einige Tage nach der Cohabitation sich nicht wohl gefühlt, Schmerzen im Unterleib gehabt und einen gelben Ausfluss beobachtet. Seit dieser Zeit leidet Pat. beständig an Ausfluss und die Schmerzen im Unterleib sind zeitweise sehr stark, besonders zur Zeit der Periode, die seit dieser Zeit schmerzhaft ist. Seit dem 29. IV. bis heute hat Pat. Blutungen. Dieser wegen, sowie wegen sonstiger Schmerzen hat die Pat. die Klinik aufgesucht.

Stat. praes. Ziemlich kräftige, gut gebaute Person von mittlerer Grösse. Inspektion, Percussion, Auscultation ergeben keine Besonderheiten. An den Geschlechtsteilen: Mammae, Vulva o. B. Die Wände der Vagina leicht gekörnt. Dabei ein serös-eitriges Sekret. Reichliches, eitriges Cervikalsekret (Gonokokken +), entzündliche Erosion an der hinteren Lippe. Uterus normaler Form, der Symphyse genähert, retroflektiert, wenig beweglich, hinten fest fixiert, etwas vergrössert, von mittelharter Konsistenz. Beckenperitoneum sehr empfindlich; links neben dem Uterus der Beckenwand adhaerent eine sehr empfindliche, etwa wallnussgrosse

Resistenz, das in Adhaesionen eingebettete Ovarium darstellend. Rektum ad maximum mit Skybala gefüllt.

Tube ca. daumendick aufgetrieben, stark empfindlich.

Ovarien: Das linke Ovarium isoliert zu tasten, stark vergrößert, ad haerent.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica bilateralis.

Therapia: Eisblase, Fangopackungen (10. VI.—27. VI. 3 mal wöchentlich à $1/2$ St.), Vaginaldouchen, Sitzbäder.

3./VII. operative Lösung von Verwachsungen, Solpingektomie Sin., intraperitoneale Lig.-Verkürzung nach Menge.

Klinischer Verlauf: 27./V Pat. klagt über starke Schmerzen im Unterleib, links mehr, als rechts. Fangopackungen, heisse Ausspülungen.

29./V. Schmerzen sind etwas weniger geworden. Pat. klagt aber immer noch über schmerzhaften Druck im Becken und Kreuz.

Genitalbefund: Uterus retrovertiert und fixiert; links vom Uterus ein hühnereigrosser, höckiger adhaerenter Tumor, in dem sich Tube und Ovarium befinden. Rechts Resistenz adhaerenter, Tube als kleinfingerdicker gebogener Strang zu tasten.

10./VI. Fangopackungen; heisse Vaginalspülungen.

20./VI. Genitalbefund: Tumor links vom Uterus adhaerent, kleiner; rechts unverändert. Schmerzen haben bedeutend nachgelassen.

30./VI. Genitalbefund: Rechte Beckenseite ohne gröbere Resistenz, Tube leicht verdickt; Ovarien zu palpieren, beiderseits adhaerent, r. noch ein wallnuss-grosser Tumor.

Pat. möchte operiert werden.

3./VII. Operation.

19./VII. Allgemeiner Befund gut; Uterus in Ante-flexio.

Fall III: A. K., 23 J., Dienstmädchen. Aufnahme 28. IX. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Mit 17 Jahren Bleichsucht, vor 2 Jahren wegen Halsgeschwür in der inneren Klinik behandelt. Im April 1905 Darm-entzündung.

Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 6 Tage dauernd, Beschwerden wenig; mit 17 Jahren haben die Menses das ganze Jahr zessiert, dann aber wieder regelmässig in demselben Masse, wie früher. Das letzte Mal dauerten die Menses 12 Tage, waren profus, mit krampfartigen Schmerzen im Leib.

Beginn der jetzigen Erkrankung: Pat. leidet seit dem 17. Jahre an Ausfluss, der immer mässig gewesen ist und weisslich aussah; seit der Darmentzündung, die Pat. im April 1905 durchmachte, wurde der Ausfluss reichlicher, von gelbgrauer Beschaffenheit. Bei der Urin-Entleerung traten Schmerzen ein. Diese Schmerzen waren auf ärztliche Behandlung hin verschwunden, traten aber vor 8 Wochen im Anschluss an die Periode wieder auf. Vor 8 Tagen wurden die Schmerzen viel heftiger, besonders stark im Kreuz und im Leib. Es trat Fieber ein und vor 3 Tagen angeblich ein Schüttelfrost.

Status praesens: Lunge, Herz o. B. Bartholinische Drüsen gerötet. Cervikalschleimhaut etwas ektropioniert und gerötet, Gonok. +. Mm. zapfenförmig. Uterus antevertiert. Beweglichkeit vollständig aufgehoben. Der rechten Uteruskante dicht anliegend und die ganze Beckenseite ausfüllend ein überfaustgrosser, fest adhaerenter, in unterem Pol unebener, schmerzhafter Tumor. Desgleichen links ein hühner-eigrosser, stark schmerzhafter Tumor, der mehr nach

hinten zu entwickelt ist. Vom Rektum aus Tumoren gut zu fühlen.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica duplex.

Therapia: Fangopackungen, isoliert; Prissnitz, heisse Spülungen.

30. XI. Operation: Salpingophorektomia sin; salpingektomia dextr., Appendektomia.

Klinischer Verlauf: 29. IX.—5. X. Jeden 2. Tag Fangopackungen von $\frac{3}{4}$ stündlicher Dauer.

6. X. Schmerzen angeblich schon nach der ersten Fangopackung gemildert, nach der zweiten ganz geschwunden. Später keine Schmerzen. Der rechte Tumor ist bedeutend zurückgegangen, um die Hälfte reduziert, weicher, sitzt nicht so fest, gut abgrenzbar. Vaginal lässt sich an einer Stelle Fluktuation nachweisen. Der Uterus liegt retroflektiert, ist im Douglas verwachsen. Links ist der Tumor zurückgegangen, stellt nur noch einen etwa fingerdicken nach hinten verlaufenden Strang dar.

7. X.—12. X. Täglich Fangopackungen von $\frac{3}{4}$ -stündlicher Dauer.

13. 10. Rechtseitiger Tumor weiter zurückgegangen. Fluktuierende Stelle im Douglas 2 markstückgross. Linksseitige Resistenz fast ganz verschwunden. An der weichen Stelle wird mit einer langen Nadel punktiert und 65 cm einer klaren, serösen, leicht gelb verfärbten Flüssigkeit hervorgezogen, die beim Kochen erstarrt.

15. X.—25. X. Tägliche Fangopackung.

21-22-23 X. Tuberkulin-Injektionen ohne Reaktion.

26. X. Genitalbefund: Uterus viel beweglicher. Links keine grobere Veränderungen zu fühlen. Rechts vom Uterus noch eine wallnussgrosse Resistenz, sehr adhaerent.

Fangobehandlung fortgesetzt. Schmerzen vollkommen geschwunden.

3. XI. Operation mit gutem Verlauf.

17. XI. Allgemeinbefinden sehr gut.

Mikroskopisches Praeparat: Entzündliche Verdickung der Tuben. Keine Tbe. Kleinzellige Infiltration der oedematösen Schleimhautfalten.

Fall IV. B., Dienstmädchen, 28 Jahre alt. Aufnahme: 7. VI. 06; ungeheilt entlassen 16. VI. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind Diphtherie durchgemacht. Beginn der Menses mit 16 Jahren. Im Dezember 1899 Zangengeburt durchgemacht.

Seit 4 Jahren widerlicher eitriges Ausfluss. Schmerzen im Unterleib in beiden Seiten seit 6 Wochen. Kolossale Schmerzen bei der Periode; viel Blut abgegangen. Durch die Blutverluste schwach, nervös, Kopfschmerzen, Schwindel.

Status praesens: Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande. Lunge, Herz, Milz, Nieren in Ordnung. Bartholinische Drüsen, Urefhralmündung gerötet; grauweissliches, zähes Sekret.

Uterus nicht frei beweglich; rechts neben dem Uterus ein mässig derber, hühnereigrosser Tumor, der Tube und Ovarium aufsitzend; überall Adhaesionen. Linke Adnexe in einen kleinfingerdicken Tumor umgewandelt.

Klinische Diagnose: Pelveoperitonitis gonorrhoeica, Perioophoritis, Perisalpingitis, Salpingitis sin. Tumor Tuboovarialis dextr.

Therapia. Fangopackungen täglich vom 9. VI. bis 16. VI.

Klinischer Verlauf: Durch die Fangopackungen Schmerzen vollständig verschwunden.

16. VI. Absolut ohne Beschwerden. Tumoren

unverändert gross, wie bei der Aufnahme. Ausfluss noch reichlich.

Fall V. M. A., Landwirtstochter, 21 J. Aufnahme 24. VI. 06; Entlassung 23. VII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind Dyphtherie.

Menses mit 18 J., im Anfang unregelmässig, später regelmässig alle 4 Wochen, 4—5 Tage dauernd, in letzter Zeit mit starken Kreuz- und Leibscherzen. Die letzte Periode trat rechtzeitig vor 8 Tagen ein. Gleichzeitig mit dem Eintreten der Regel stellten sich heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz ein. Nach Ablauf der Regel ging sehr reichlicher, gelber, eitrig-er Ausfluss ab. Von 23.—24. VI. abermals leichte Blutung. Starke Obstipation. Seit dem 25. VI. Fieber (39.1° bis 39.4°).

Am 28. V. hat die Patientin (angeblich) das letzte Mal geschlechtlich verkehrt.

Status praesens: Grosses, gesund und blühend aussehendes Mädchen. Perkussion und Auskultation o. B.

Palpation der unteren Bauchpartien schmerzhaft, besonders über der linken Darmbeinschaufel.

Geschlechtsteile: Mammae, Vulva, Vagina ohne Besonderheiten; aus der Vagina reichliches, eitriges Sekret.

Uterus retrovertiert, beweglich, nicht vergrössert. Portio etwas aufgelockert. Rechte Adnexe frei. Linkes Ovarium nicht palpabel; dafür hinten (an dem Lig. ovar. propr.) eine gut fingerdicke Schwellung; welche dem Becken-Peritoneum adhaerent ist, zu fühlen.

Klinische Diagnose: Akute ascendierende Gonorrhoe. Pyosalpinx sin.

Therapia: Vaginaldouchen, Sitzbäder, tägliche (26. VI.—12. VIII.) Fangopackungen von $\frac{3}{4}$ stündiger Dauer.

Klinischer Verlauf: 25. VI. Hohes Fieber, über 39° Leukocyten 12,600.

26. VI. Schmerzen im ganzen Unterleib, besonders auf der linken Seite. Täglich Fangopackungen à $\frac{3}{4}$ Stunde; Eisblase.

4. VII. Die Schmerzen sind schon ein wenig milder geworden.

5. VII. Tubenschwellung bereits zurückgegangen; nach den Fangopackungen lässt sich nur ein bleistift-dicker, dem hinteren Beckenperitoneum adhaerenter Tumor herauspalpieren. Uterus retrovertiert.

6. VII. Bis heute Bettruhe.

7. VII. Täglich Fangopackungen und Vaginaldouchen.

10. VII. Pat. fühlt sich wohl, möchte entlassen werden.

Links neben dem Uterus auf Palpation wieder Schmerzen.

14. VII. Gutes Wohlbefinden.

20. VII. Uterus retrovertiert, gut beweglich, linkerseits eine Resistenz ohne Schmerzhaftigkeit.

23. VII. Pat. fühlt sich absolut gesund, seit 14 Tagen keine Schmerzen.

Genitalbefund: Uterus nicht vergrößert, retrovertiert.

Rechte Tube schlank. Ovarium klein, beweglich. Linkes Ovarium nicht palpabel. Keine gröbere Resistenz auszutasten.

Fall VI. B., Dienstmädchen, 20 J., aufgenommen 9. VII. 06, entlassen 18. VIII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Beginn der Menses mit 13 Jahren.

Am 20. Mai dieses Jahres erkrankt an Peritiphilitis. Seit 4 Wochen stechende Schmerzen in der linken Beckenseite. Ausserdem Obstipation, Schlaf gestört,

nervöse Wallungen, Kräftezustand reduziert. Pat. hat mehrere Wochen zu Bett gelegen und Morphiuminjektionen bekommen; die Schmerzen haben aber nicht nachgelassen.

Ausfluss besteht nicht.

Stat. praes.: Mittelgrosses, gut gebautes Mädchen. Herz, Lungen, Milz o. B.

Ueber der linken Darmbeinschaukel beim tieferen Eindrücken Schmerzen.

Cervikalsekret: eitrig, keine Gonokokken.

Uterus wenig beweglich; Oberfläche uneben. Links vom Uterus ein fingerdicker, empfindlicher Strang, der nach der Beckenwand zu allmählich dicker wird und dort zu einem Tumor sich verbreitert. Rechts Adnexe normal.

Urin trübe, neutral.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica.

Therapia: Heisse Douchen, Fangopackungen täglich $\frac{3}{4}$ St. bis 50°.

Klinischer Verlauf: Nach der 3. Fangopackung sind die Schmerzen vollständig verschwunden.

Uterus beweglicher. Der Tumor links hat sich allmählich bis zu einer gänseeigrossen Geschwulst vergrössert.

Fall VII. R., Dienstmädchen, 19 Jahre alt. Aufgenommen 28. V. 06; entlassen 14. VII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Menstruation mit 15 Jahren.

Seit 2 Monaten im Anschluss an Coitus gelber Ausfluss, krampfartige Schmerzen im Unterleib und Brennen beim Urinieren.

Stat. praes.: Gesund aussehendes Mädchen. Herz, Lungen, Milz in Ordnung. Urin normal.

Cervikalsekret eitrig, Gonokokken.

Klinische Diagnose: Urethritis et Cervicitis gonorrhoeica acuta.

Therapia und klinischer Verlauf: Anfangs Chlorzinklösung, Bettruhe. Schmerzenschon nach einigen Tagen verschwunden, treten aber bald wieder auf.

15. VI.—7. VII. jeden zweiten resp. dritten Tag Fangopackungen (9 mal). Nach den Fangopackungen sind die wieder aufgetretenen Schmerzen vollständig verschwunden.

Entlassungsbefund: Wohlbefinden, Gonorrhoe geheilt. Tuben schlank, Ovarien klein und beweglich.

Fall VIII. B. L., 35 J. alt, verheiratet. Aufgenommen am 27. VIII. 06, entlassen 21. IX.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Rheumatismus bisweilen, sonst gesund. Menstruation mit 15 Jahren begonnen, normal.

2 Entbindungen, letzte 28. VII. 06.

Beginn der jetzigen Erkrankung: Partus spontan am 28. Juli 06. Am 6. Tage p. p. Schmerzen am Knöchel des linken Fusses. Nach einigen Tagen verspürte Pat. auch Schmerzen im Leib und zwar in der rechten Seite. Fieber nicht vorhanden. Stuhl seit dem Partus nur auf Abführmittel. Urin normal. Appetitmangel, Schlaf nicht gut.

Kräftezustand und Gewicht stark zurückgegangen.

Blinddarmenzündung hat Pat. nicht durchgemacht.

Stat. praes.: Blasse, ausgeblutet aussehende Frau. Struma. Lungen, Herz, Milz u. s. w. in Ordnung.

Urethralmündung gerötet, aus ihr gelbliches Sekret. Cervikalsekret gelblich. Beweglichkeit des Uterus aufgehoben. Corpus uteri geht in einen Tumor über, der nach rechts oben bis zum Beckeneingang, unten bis zur Portio reicht. Auch links sind Tube und Ovarium verwachsen und verdickt.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica post partum.

Therapia: Umschläge, Spülungen, elektr. Sitzbäder, Fangopackungen.

Klinischer Verlauf: 31. VIII. Schmerzen nur gering, fieberfrei. Allmählich geht die Geschwulst rechts zurück, ebenso die Schmerzen. Fluor verringert.

14. IX. Keine Schmerzen mehr. Pat. geht herum. Fangopackungen und elektr. Bäder gut getan.

21. IX. entlassen.

Fall IX. Frau V. L., Hausfrau, 22 J. Aufnahme 2. X. 06, Entlassung 11. X. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; vor vier Jahren Pleuritis; im September 1905 Entzündung im Unterleib rechts (Appendicitis?).

Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig alle 3—4 Wochen, ohne stärkere Blutung, ohne Schmerzen, dauert 6 Tage. Letzte Menstruation vor 3 Wochen. Manchmal weisslicher Ausfluss, hauptsächlich vor der Menstruation.

Seit 3 Jahren ist Pat. verheiratet; vor 2 Jahren entstanden Schmerzen im Kreuz und im Unterleib, die allmählich nachlassen, aber nie ganz verschwunden waren. Im Dezember vorigen Jahres und im Mai a. c. sind die Schmerzen wieder aufgeflammt; vor 14 Tagen wieder eine Exacerbation. In der letzten Zeit ist der Ausfluss stärker geworden, gelblicher Farbe. Gonokokken +.

Stat. praes.: Kleine, gut genährte Frau. Inspektion, Perkussion, Auskultation ergeben nichts Besonderes.

Geschlechtsteile: Mamma, Vulva o. B., Urethra nicht gerötet.

Mm. zapfenförmig. Die Lage des Corpus uteri nicht festzustellen, beweglich.

Wegen starker Schmerzen ist die Untersuchung stark erschwert. Man fühlt die Portio in der linea interspinalis, der Uterus ist nicht zu isolieren. Beiderseits unbeweglich, adhaerente Tumoren, deren Abgrenzung unmöglich ist. Tuben und Ovarien nicht zu tasten.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx duplex gonorrhoeica.

Therapia: Fango, Scheidenausspülungen. 21./XI. Probelaparotomie.

Klinischer Verlauf: Pat. erbricht in den ersten Tagen fast alles, was sie zu sich nimmt. Dabei sehr heftige, kolikartige Schmerzen im Leib, besonders in der Magengegend. Nach einer Spritze Morphium hören die Schmerzen und das Erbrechen auf.

6. X. Fangopackungen auf den ganzen Leib. Danach vollständiges Nachlassen der Schmerzen. Daneben vaginale Douchen.

8. X. Pat. erholt sich, steht zeitweise auf. Nur der Brechreiz besteht weiter fort.

11. X. Pat. fühlt sich wohl und verlangt Entlassung.

Genitalbefund: Portio in der Mittellinie, Uterus nicht abgrenzbar; rechts und links vom Uterus, sowie im Douglas nicht näher definierbare Resistenzen.

Fall X. K., Dienstmädchen, 25 J. alt.

Anamnese: Regel mit 16 $\frac{1}{4}$ Jahren begonnen, anfangs regelmässig, später nicht mehr, zuletzt sehr spärlich.

Mit 13 Jahren hatte Patientin ein Unterleibsleiden; davon geheilt.

Chloröse; bei schnellem Gehen Herzklopfen. Seit Frühjahr heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Obstipation; starke Gewichtsabnahme. Kein Ausfluss.

Status praesens: Blass aussehendes, schlecht

ernährtes Mädchen. Herz, Lunge, Leber, Milz u. s. w. in Ordnung.

Aus der Vagina schleimig, eitriges Sekret.

Uterus in Retroversionsstellung, adhaerent. Links hinter dem Uterus nach der linken Beckenwand zu ein daumendicker Strang; Adnexe isoliert nicht zu tasten.

14. IX. Bei der Untersuchung: links ein faustgrosser, derber Tumor, der mit der Beckenwand verwachsen ist.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx und Pyovarium sin., Pyosalpinx dextra, Pelveoperitonitis chronica adhaesiva.

Therapia: Spülungen und Fango. Auf Fango-packungen hin haben die Beschwerden nachgelassen. Tumor ist kleiner und weicher geworden.

Operation am 20. IV. 06. Totale Exstirpation des Uterus.

Mikroskopischer Befund: Tuberkulose der Adnexe.

Fall XI. W. Sch., 23 Jahre alt; Aufnahme 6. V. 06, Entlassung 9. VII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind an Skarlatina und Masern krank gewesen. Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, nicht schmerzhaft, keine stärkere Blutung, 3—4 Tage dauernd. Letzte Menstruation am 15. IV. 06. 3 Kinder, 2 davon leben. Verlauf der Entbindungen ein guter. Pat. gibt an, dass im Anfang März plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib sich eingestellt haben, die später sich mehr auf die rechte Seite lokalisierten. Dabei fiel der Pat. auf, dass der Ausfluss, der schon längere Zeit besteht, eine stark gelbliche Farbe angenommen hat.

Status praesens: Mittelgrosse, schlecht aussehende Patientin. Inspektion, Perkussion, Auskultation ergeben nichts besonderes. Herztöne rein. Puls 96.

Geschlechtsteile: Mammae, Vulva, ohne besonderen Befund. Urethralmündung leicht gerötet. An der Vagina eine leichte Rötung. Im Cervikalsekret: Blut, Gonokokken. Cervikalschleimhaut ekтропioniert.

Uterus nur mit grosser Mühe palpabel; Form, Stellung normal; in seiner Beweglichkeit sehr beschränkt, insbesondere durch im Douglas befindliche festere Adhaesionen fixiert. Grosse Empfindlichkeit des Beckenperitoneums.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica bilateralis.

Therapia: Soolbäder, heisse Vaginal-Douchen, Elektr. Solare, Fangobehandlung.

Klinischer Verlauf: 12. V. Während der ersten Tage in der Klinik fühlte sich Pat. wohl, spürte nur hier und da Schmerzen in der supracervicalen Gegend.

17. V. Seit gestrigen Abend heftige Schmerzen in der rechten Unterleibsseite.

21. V. Pat. fühlte sich in den letzten Tagen besonders schlecht; morgens ist sie so matt, dass sie kaum auf den Füßen stehen kann. Ausfluss reich, rein eitrig. Massenhafte Gonokokken.

Genitalbefund: Uterus anbeflektiert, nicht vergrössert, unter starken Schmerzen etwas beweglich. Im Douglas und rechts vom Uterus eine Resistenz, die schon wegen der Empfindlichkeit nicht gut zu tasten ist.

23. V. Lumbalanaesthesia.

Genitalbefund: Uterus klein, anteflektiert, etwas über der Medianlinie hinaus und links verzogen. Portio unterhalb der linea interspinalis. Rechte hintere Beckenseite ausgefüllt durch einen fast Kindskopf grossen Tumor, der dem Uterus aufliegt, denselben über der Medialinie nach links verdrängt. Sein

unterer Pol gibt deutliches Fluctuationsgefühl. Vor dem Tumor, durch eine Furche abgegrenzt noch ein Tumor, ebenfalls dem Uterus adhaerent (ovarium). Linkes Ovarium in Adhaesionen eingebettet. Tube nicht palpabel.

24. V. Abends T. 38.4°. Grosse Mattigkeit, Schmerzen.

25. V. Morgens heftige Kreuz- und Kopfschmerzen.

26. V. Keine Kopfschmerzen mehr. Fangobehandlung.

14. VI. Fango gut vertragen. An den Genitalien keine Veränderung.

Am 16., 18., 20., 22. VI., 3., 5., 6., 7. VII. Fango packungen, daneben 48° Vaginaldouchen.

1. VII. Seit den Fangopackungen, keinerlei Schmerzen. Genitalbefund bedeutend gebessert. Leichter Descensus Uteri. Linke Beckenseite frei. Rechts ein faustgrosser, adhaerenter, wenig empfindlicher Tumor. Im Cervikalsekret keine Gonokokken.

Therapia. Weiter Fango, Douchen.

9. VII. Entlassen. Genitalbefund derselbe, wie am 1. VII.; dabei äussere Genitalien leicht gerötet. Linkes Ovarium beweglich, rechter Tumor stark, daumendick, verkleinert. Palpation nicht empfindlich.

Fall XII. M. W., 27 Jahre alt. Aufgenommen 27./III. 06, entlassen 14./IV. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; nie krank gewesen. Menstruation mit 13 Jahren begonnen, unregelmässig, alle 3—4 Wochen, blieb auch 3—6 Monate aus; dauert ca. 8 Tage, starke Schmerzen im Leib. Letzte Menstruation vor 7 Tagen, dauerte 14 Tage. Seit Jahren Ausfluss, der in der letzten Zeit stärker wurde. Seit einigen Monaten Brennen beim Urinieren; bisweilen Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibes. Obstipatio; Müdigkeit in den Beinen.

Status praes.: Gut entwickelte, mittelgrosse, blass aussehende Pat., in gutem Ernährungszustande.

Lungen, Herz, Nieren, Milz in Ordnung. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Palpation des Leibes nirgends schmerzhaft.

Geschlechtsteile: Mammae und Vulva nichts abnormes. Vagina: Auflockerung nicht vorhanden, reichliches, weissgelbes Sekret.

Uterus: Cervikalsekret gelblich. Evosio der hinteren Lippe. Anteversio, beschränkte Beweglichkeit, derbe, nicht vergrössert.

Tuben: rechte leicht verdickt; links neben dem Uterus ein überdaumengrosser Tumor, der mit der Beckenwand adhaerent ist.

Ovarien: rechts nicht vergrössert, links nicht isoliert zu tasten. Urin klar, sauer.

Diagnose: Salpingitis dextra, Pyosalpinx sin.

Therapia: Heisse Scheidendouchen. Fangobehandlung.

Fangopackungen	Puls vorher	Puls nachher
29./III. 06	70	75
31./III.	70	75
2./IV.		
4./IV.	70	70
11./IV.	70	70
14./IV.,		

Klinischer Verlauf: Gewicht bei der Aufnahme 106 Pf. 300 gr.

27. III. Karlsbader wegen starker Obstipation.

29. III. Fangopackungen und heisse Douchen alle 2 Tage.

3. IV. Pat. klagt nicht mehr über Schmerzen.

4.—9. IV. Periode ohne gröbere Anomalien.

10. IV. Uterus retroflektiert, mit dem Corpus stark

nach links gezogen und hier fixiert. Beweglichkeit eingeschränkt.

R. Ovarium vergrössert.

13. IV. Keine Klagen.

14. IV. entlassen.

Entlassungsbefund: Pat. beschwerdefrei. Uterus: retroflektiert, nach links verlagert, mit der linken Tubenecke fixiert. Fluor besteht nicht mehr.

Fall XIII. K., Verkäuferin, 24 Jahre alt.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; keine Kinderkrankheiten, auch später gesund gewesen.

Menstruation mit 17 Jahren begonnen, regelmässig. Seit Jahren, besonders vor der Menstruation weisser Ausfluss. Seit 4 Wochen geschlechtlicher Verkehr; seitdem stärkerer, gelber Ausfluss; Brennen beim Urinieren; später auch heftige Schmerzen im Unterleib, besonders rechterseits.

Stat. praes.: Kleine, gesund aussehende Person, gut ernährt. Lungen, Herz, Nieren, Leber, Milz in Ordnung. Ileocoecagegend beim Tasten empfindlich.

Aus der Vagina reichliches dickrahmiges Sekret. Gonokokken +. Rechte Tube am uterinen Ende leicht verdickt, druckempfindlich, mit dem Ovarium verwachsen. Linke Tube in einen grossen, daumendicken Tumor umgewandelt.

Beckenperitoneum sehr schmerzhaft.

Harn: sauer, klar.

Kl. Diagnose: Pyosalpinx gon. duplex, Kolpitis granulosa.

Therapie: Bettruhe, Eisblase, Sitzbäder, Douchen; Fangpackungen täglich $\frac{3}{4}$ St. (7. V., 8. V., dann ausgiebigen, 18. V., 21. V., 23. V.).

Erste Fangpackung gut vertragen, nach der 2ten heftige Schmerzen; daher wieder Bettruhe, Eisblase. Bei öfterer Fangpackung lassen die Schmerzen aber

allmählich nach. Uterus anteflektiert, beweglich. Rechte Tube und Ovarium normal. Linke Tube bleistift dick. Linkes Ovarium wallnussgross und adhaerent.

Entlassung: Uterus anteflektiert, beweglich; R. Tube und Ovarium normal; linke Tube ebenfalls; l. Ovarium wallnussgross, adhaerent, druckempfindlich. Scheidenschleimhaut in den vorderen Partien leicht gerötet.

Fall XIV. B. B., 21 Jahre alt. Aufgenommen 19. II. 06, entlassen 8. III. 06.

Anamnese: Mutter augenleidend, Vater an Altersschwäche gestorben. 4 gesunde Geschwister, Kinder keine, unverheiratet.

Kinderkrankheiten: 3 mal Dyptherie, mit 13 Jahren Tonsillektomie.

Unterleibsorgane: Menstruation mit 15 Jahren begonnen, anfangs unregelmässig in 3- bald 4 wöchentlichen Intervallen, einmal 20 Wochen ausgeblieben. Seit 2 Jahren regelmässig alle 4 Wochen, 4 Tage dauernd, wechselnde Stärke, das letzte Mal mit Leibschmerzen. Letzte Menstruation 1.—8. Februar 06.

Seit der letzten Periode fortwährend starker, weisser Ausfluss (früher nur zur Zeit der Regel). Anfang Februar plötzlich auftretende Schmerzen im Unterleib und Kreuz (mit Beginn der Regel). Stuhlgang 4 Tage aufgehoben, nach verschiedenen Mitteln wieder regelmässig. Appetit schlecht, Erbrechen, Uebelkeit nicht vorhanden. Keine Urinbeschwerden.

Zusammenhang der nervösen Beschwerden mit Schwangerschaft, Fehlgeburt, Entbindung besteht nicht.

Status praesens: Muskulatur, Pannikulus adiposus: mittel. Schleimhäute blass. Allgemeiner Habitus: gracil gebautes Mädchen in gutem Ernährungszustande. Lungen, Herz, Leber, Nieren, Milz o. B. Puls = 100

in der Minute. Leib leicht vorgewölbt, symmetrisch. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Mammæ normal.

Vulva: Urethralmündung gerötet; Bartholinische Drüsen: gerötete Umgegend, keine Schwellung.

Vagina: blassbläulich rosa, enger Kanal, reichlich schmieriges Sekret.

Uterus: Mm. zapfenförmig, Portio innerhalb der linea interspinalis. Cervikalsekret zäh, gelblich-grün, keine Gonokokken.

Corpus uteri derb, nicht vergrössert; beschränkte Beweglichkeit, Anteversio.

Tuben: als daumendicke, mit der Beckenwand adhaerente Stränge zu fühlen, rechts am uterinen Ende ebenfalls verdickt. Ovarien isoliert nicht zu tasten. Sehr schmerzhaft.

Ligam. lata und Parametrien links etwas gespannt und verkürzt.

Urin: klar, sauer.

Klinische Diagnose: Pyosalpinx (gonorrhöica) duplex, praecipue sin.

Therapia: Bettruhe, Vaginaldouchen: 3 mal wöchentlich 10 Liter bei 40° C.; Fangopackungen: auf den Leib 3 mal wöchentlich, 1/2—1 Stunde lang. (21., 23., 26., 28. II., 2., 5., 7. III. 06. Puls vor der Packung 70—75 in der Min., nach der Packung 75—80).

Klinischer Verlauf: 24. II. Die Schmerzen im Unterleib und Kreuz sind etwas zurückgegangen. Temperatur stets normal.

28. II. Allgemeinbefinden gut.

8. III. Ausfluss nimmt ab. Schmerzen im Unterleib nur noch selten; Pat. fühlt sich wohl, wünscht entlassen zu werden.

Entlassungsbefund: Allgemeinbefinden gut, nur selten Unterleibsschmerzen. Uterus nicht vergrössert, antevertiert, beschränkte Beweglichkeit. Linke

Tube verdickt. Beide Ovarien in der Gegend des inneren Muttermundes am Beckenboden fixiert.

Fall XV. O. N., 24 Jahre alt. Aufnahme 18. IV. 06, Entlassung 19. VI. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; von drei Kindern sind 2 im ersten Lebensjahre gestorben. Ehemann gesund, war früher nie krank gewesen.

Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, viel Blutung, starke Schmerzen; Menses besonders profus seit der letzten Entbindung. Letzte Menstruation 8. IV. Entbindungen 3, letzte im April 1905.

14 Tage nach dem letzten Wochenbett, das ebenso, wie die ersten 2 normal gewesen, stellten sich so lebhafte Schmerzen in der linken Unterleibsseite ein, dass Pat. die Klinik aufsuchte; nach 3 Wochen haben dank der Behandlung die Schmerzen nachgelassen; sie traten aber nach ca. 6 Wochen wieder ein und wurden allmählich stärker.

Seit Weihnachten bestehen ständige, heftige Schmerzen in der linken Unterleibsseite. Der Ausfluss ist zur Zeit nicht stark, vor einem halben Jahre war er reichlich und eitrig. Der Unterleib ist aufgetrieben. Ausserdem klagt Pat. über Herzklopfen, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Schwäche.

Status praesens: Kleine, schlecht genährte Frau; gracil gebaut; Muskulatur schlaff. Keine Oedeme, Reflexe (Patellar, Puppillen) vorhanden. Lunge normal.

Portio stark zerklüftet, glasig, leicht gelb gefärbt. Orificium exter. gespalten mit zahlreichen Einkerbungen. Ektropium der Cervikalschleimhaut. Corpus uteri ante-flektiert. Beweglichkeit wenig eingeschränkt. Grösse normal; Consistenz hart.

Ovarien: linkes Ovarium zu tasten, leicht empfind-

lich; rechte Seitenteile sehr schmerzhaft; wegen starker Schmerzen Befund genau unmöglich.

25. IV. Uterus anteflektiert, in seiner Beweglichkeit wenig eingeschränkt. Rechts vom Uterus ein ca. taubeneigrosser Tumor, der sich nach dem Uterus zu allmählich verjüngt.

Diagnose: Pyosalpinx gonorrhoeica duplex.

Therapia: Scheidendouchen, Fangopackungen.

5. V. Operation: Salpingoophektomia dextra, Salpingektomia sinistra, Appendektomia.

Klinischer Verlauf: 20. IV.—4. V. Bettruhe, Fangopackungen täglich.

20. IV. Pat. klagt über ständige Schmerzen im Leib und Kreuz. Keine Gonokokken.

28. IV. Die Schmerzen verlieren sich allmählich, sind nur links lokalisiert, zeitweise vorhanden.

Uterus anteflektiert. Rechte Tube geht allmählich in einen wallnussgrossen adhaerenten Tumor über.

5. V. Operation.

Fall XVI. B. Pf., 24 Jahre. Aufnahme 16. III. 06; Entlassung 13. VI. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind Meningitis, Pneumonie. Menstruation mit 15 Jahren, sehr unregelmässig, jede 5—6 Wochen, 8—10 Tage dauernd, dabei starke Schmerzen im Unterleib. Letzte Menstruation vor 3 Wochen. Stuhlgang normal; beim Urinieren seit Jahren Schmerzen.

Seit 8 Wochen starker gelblicher Ausfluss mit Blut gemischt. Im Unterleibe seit 10 Tagen heftige Schmerzen auf beiden Seiten; diese Schmerzen waren schon früher einmal 3 Wochen lang, verschwanden dann auf heisse Wickel und Bäder hin. Ausserdem öfteres Aufstossen und in letzter Zeit starkes Drängen nach unten. Oft Kopfschmerzen, unruhiger Schlaf, öfterer Nachtschweiss; Kräftezustand stark abgenommen.

Status praesens: Kleines Mädchen in mässig gutem Ernährungszustande; Konstitution normal. Reflexe vorhanden.

Stark vorspringender Angulus Ludovici; Perkussion der Lungen ergibt einen schwachen Schall, Auskultation o. B. Herztöne rein, II. Pulmonalton verstärkt. Palpation o. B.

Geschlechtsteile: Vulva: kleine Schamlippen sehr gerötet, introitus vaginal eng, Ausführungsgänge der Barthol. Drüsen beiderseits gerötet. Dabei starkes eitriges Sekret. Schleimhaut gekörnt.

Uterus anteflektiert, beweglich, derb, nicht vergrößert; gelblicher Eiter reichlich.

Tuben nicht verdickt.

Ovarien: linkes etwas vergrößert, Beweglichkeit beschränkt; rechtes nicht geschwollen.

Ligam. lata und Parametrien frei.

Urin klar, sauer.

Anatom. Diagnose: Endometritis gonorrhoea, Kolpitis granulosa, Pelveoperitonitis.

Therapia: Bettruhe, Eisblase, Diät. Elektrische Bäder, Scheidenspülungen, Fangopackungen (25., 27., 29., 31. III., 3., 5., 7., 10., 12., 17. IV.).

19. IV. Operation: Salpingophorektomia dextra, salpingektomia sin., Appendektomia.

Klinischer Verlauf: 20. III. Selten Schmerzen im Unterleib.

23. III. Befinden gut, keine Klagen.

25. III. Ab und zu Schmerzen im Unterleib, die hauptsächlich nachmittags einsetzen; von heute ab Fango und Scheidenausspülungen mit Chlorzink.

6. IV. Pat. klagt noch über heftige Schmerzen in den beiden Unterleibsseiten; nach den Scheidenausspülungen lassen die Schmerzen regelmässig nach.

7. IV. Verordnung von Schwitzbädern, 3 mal wöchentlich; auch Fango weiter.

15. IV. In letzter Zeit starkes Herzklopfen und ein Schwindelgefühl. Mit der Applikation von Fango wird daher aufgehört.

17. IV. Genitalbefund: wieder Ausfluss; Uterus normal gelagert; derselbe jedoch bei leichter Palpation, wie überhaupt die ganze Untersuchung, noch sehr empfindlich. Links keine gröbereren anatomischen Veränderungen, rechts ein ca. hühnereigrosser Tumor.

19. IV. Operation mit gutem Verlaufe.

Fall XVII. J. T., Kellnerin, 22 Jahre.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind nie krank gewesen.

Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, seit 2 Jahren aber unregelmässig, mit unter 14 Tage lang, profuse Blutungen, sehr heftige Schmerzen; wurde vom Arzt mit Stypticum behandelt, aber erfolglos. Am 1. X. Abrasio, da die Schleimhaut des Uterus schlecht aussah. Bald darauf Schmerzen in beiden Unterleibsseiten. 8 Tage lang blieb Pat. zu Bett, 2 Tage später kam die Periode, die viel milder verlief und 3 Tage dauerte. Nach 10 Tagen sind die Schmerzen wieder aufgeflammt. Ausserdem gelbbräunlicher Ausfluss; beim Urinieren Schmerzen.

Status praesens: Mittelgrosses Mädchen in gutem Ernährungszustande; Perkussion, Auskultation ergeben nichts besonderes. Bei Palpation des Unterleibes starke Druckempfindlichkeit in den unteren seitlichen Partien.

Geschlechtsteile: An den Mammae, Vulva, Vagina nichts besonderes. Uterus: Mm. zapfenförmig; corpus uteri sehr klein, stark anteflektiert. Rechte Tube schlank, rechte Ovarium nicht vergrössert. Linke Tube am uterinen Ende schlank, geht allmählich am

abdominellen Ende in einen daumengrossen Tumor über; rechtes Ovarium nicht beweglich.

Klinische Diagnose: Pelveoperitonitis und Pyosalpinx septica sin. post operationem (Pyosalpingitis sin. gon.?)

Therapia: Fangobehandlung, heisse Scheidenspülungen; $\frac{1}{2}$ stündliche Sitzbäder.

17. XI. Lösung der Verwachsungen; Appendektomia.

Klinischer Verlauf: 24., 26., 29., 31. X. Fangopackungen (60°).

31. X. Schmerzen nach Fangopackungen vollkommen geschwunden.

Der Schweissausbruch ist für die Pat. sehr belästigend.

Täglich vom 1. XI. Fangopackungen à $\frac{3}{4}$ Stunde. Starker Schweissausbruch nach 20 Min.

6. XI. Genitalbefund: Rechte Seitenteile abgesehen vom etwas grossen und nicht ganz beweglichen Ovarium o. B. Linke Tube nach hinten umgebogen, am uterinen Ende schlank, distalwärts zu einem wallnussgrossen Tumor aufgetrieben. Therapie: Fangopackungen, heisse Douchen.

13.—15. XI. Periode verläuft mild.

17. XI. Laparotomie. Die Untersuchung in Narkose ergibt links eine leicht verdickte mit der Umgebung adhaerente Tube; sonst völlig normaler Befund. Operation verlief gut. Tuben, Ovarien frei, gut zu tasten.

XVIII. Fall. R. W., Näherin, 35 J. alt. Aufnahme 4. X., Entlassung 28. X. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind nie krank gewesen.

Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen ohne Schmerzen, ohne stärkere Blutungen.

Seit einem Jahre leidet Pat. an heftigen Schmerzen im Unterleibe, die besonders vor der Periode gesteigert sind; nach derselben schwinden sie oft. Ausserdem klagt Pat. über Erbrechen, Kopfschmerzen, hartnäckige Obstipation.

Status praes.: Alle Organe o. B. Uterus: vergrössert, mit den ihm anliegenden Tumoren beweglich; besteht aus Knollen, von denen einer rechts gelagert ist; ihm schliesst sich ein zweiter an, der nach vorne mehr entwickelt ist. Näheres der Schmerzen wegen nicht zu konstatieren; Tuben, Ovarien nicht zu tasten.

Klinische Diagn.: Pyosalpinx belateralis.

Anatom. Diagn.: Myoma uteri.

Therapia: Fangopackungen.

11. X. Extirpatio uteri total. Appendektomia.

Klinischer Verlauf: 5. X. Täglich Fangopackungen $\frac{1}{2}$ St. Schmerzen milder, aber doch vorhanden.

11. X. Operation, verlief gut. Myom.

Fall XIX. Frau L. B., 27 Jahre alt, Landwirtsfrau. Aufnahme 5. VII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet, dreimal entbunden, Kinder gesund. Beginn der Menses mit 14 Jahren. In letzter Zeit sind die Menses unregelmässig, alle 4—6—10 Wochen, dabei starke Unterleibsschmerzen.

Pat. hat am 12. V. eine Entbindung durchgemacht. Am Abend des dritten Wochenbettstages stellte sich hohes Fieber ein, das während der ersten 2 Wochen regelmässig täglich wiederkehrte. T. 40.5°. 5 Tage nach Abfall des Fiebers stand Patientin auf, fühlte sich abgesehen von allgemeiner Mattigkeit leidlich wohl, bis sich nach wenigen Tagen wieder heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz und eine grosse Unregelmässigkeit im Stuhlgang einstellten. Vom Arzt wurden Sitzbäder, Ausspülungen, Tamponade ange-

ordnet; der Zustand aber hat sich nicht gebessert. eher noch verschlimmert.

Status praesens: Mittelgrosse, gesunde Person. Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation ergaben nichts besonderes. Geschlechtsteile: Mamma, Vulva, Vagina normaler Beschaffenheit. Mm. zapfenförmig, Cervikalsekret hell. Hinter dem Uterus, der hinteren Beckenwand breit aufliegend rechts, mehr nach links entwickelt sich ein steinhartes Exudat. Corpus uteri gut beweglich. Tuben beiderseits schlank, Ovarien beiderseits vergrössert und adhaerent. Rektum voll mit Skybala.

Klinische Diagnose: Altes puerperales pelveoperitonitisches Exudat.

Therapie: Fangopackungen, Sitzbäder, heisse Vaginalausspülungen.

Klinischer Verlauf: 9. VII. 06. Fangopackung täglich (9. VII.—2. VIII.) 50° 1/2 Stunde. Nach der ersten Fangopackung Schmerzen nachgelassen, nach der zweiten Packung vollkommen aufgehoben.

11. VII. Exudat zeigt in der Medianlinie bei der Palpation eine weichere Stelle, in deutlicher Resorption begriffen.

23. VII. Exudat nur noch links zu konstatieren.

28. VII. Rechts alles weich, links noch neben und hinter dem Rektum infiltriertes Gewebe. Stuhlgang normal.

1. VIII. Uterus anteflektiert, Adnexe gut beweglich, ohne Verdickung; links tief unten, neben dem Rektum, der Beckenwand aufsitzend ein steinharter, von oben nach unten verlaufender 2 Finger dicker wulstförmiger Strang, der als Rest des Exudats anzusehen ist.

4. VIII. Entlassungsbefund (s. 1. VIII.) Uterus derb, Tuben schlank, indolent.

Fall XX. T. Sch., 25 J.

Klinische Diagnose: Carcinoma recti (imperables).

Different.-Diagn.: Para- und perirektaler Kotabscess mit Durchbruch in die Vagina (Probeexcision bestätigt die letzte Diagnose).

Therapia: Fangopackungen, Sitzbäder.

Die Fangopackungen haben in diesem Falle den Erfolg gehabt, dass die Pat. fast keine Schmerzen, selbst beim Stuhlgang, verspürt.

Aus der Vagina entleert sich Kot in geringer Menge.

Fall XXI. M., Schneiderstochter, 21 J. alt; Aufnahme 8. VII. 06, Entlassung 28. VIII. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; Menstruation mit 16 Jahren.

Beginn der jetzigen Krankheit vor 8 Tagen: Diarrhoe, Appetitlosigkeit, aufgetriebenes Abdomen, Schmerzen in der rechten Unterleibsgegend, einmal Erbrechen.

Stat. praes.: Untermittelgrosse Person. Am Hals und in der Leistengegend alte tuberkulöse Narben.

Lungen, Herz, Milz u. s. w. in Ordnung.

Coecalgend schmerzhaft. Rechts neben dem Ligam. Poup. eine 2 Finger breite Dämpfung; von der rechten Unterbauchgegend wölbt sich ein praller Tumor vor.

Corpus uteri retrovertiert.

Harn klar, sauer.

Klinische Diagnose: Abscessus paracoecalis.

Therapie: Heisse Umschläge, Fangopackungen.

Klinischer Verlauf: Patientin zuerst mit Eisblase behandelt, dann Fangopackungen täglich, Dadurch Tumor zurückgegangen. Schmerzhaftigkeit besteht nicht mehr.

Fall XXII. H., Landwirtsfrau. Aufgenommen 29. III. 06, entlassen 27. IV. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; Salpingektomia duplex wegen Tbc.

Menstruation mit 13 Jahren begonnen; Verlauf regelmässig; letzte Menstruation vor 7 Tagen.

Seit der Operation am 15. III. 1905 stets Kreuzschmerzen, Unterleibsbeschwerden auf der linken Seite nur ab und zu, bes. beim Coitus. In der letzten Zeit Steigerung der Beschwerden; leichte Erregbarkeit. Stuhlverstopfung. Harnentleerung in Ordnung.

Status praesens: Graziil, blass, mässige Muskulatur.

Habitus: übermittelgrosse, schlank gebaute Frau, wenig guter Ernährungszustand.

Lungen, Herz, Nieren, Milz in Ordnung. Palpation nirgends schmerzhaft.

Geschlechtsteile nichts abnormes.

Vaginaauflockerung nicht vorhanden, Schleimhaut blass-rosa.

Uterus antevertiert, retropouriert, beweglich, derb, etwas vergrössert.

Links dicht am Uterus ein ca. wallnussgrosser, etwas verschieblicher Tumor. Tuben und Ovarien nicht getastet. Lig. lata und Parametrien frei. Harn klar und sauer.

Klinische Diagn.: Neurasthenie.

Anatomische Diagn.: Adhaesionen nach Salpingektomie.

Therapie: Fangopackungen, Sitzbäder, Ichtyoltampons.

Klinischer Verlauf: 6. IV. Pat. klagt über leichte Schmerzen im Leib und Kreuz, besonders nach dem Aufstehen. Elendes Aussehen.

Genitalbefund: Uterus vergrössert, auteverbiert, retropouiert. Corpus etwas nach links verzogen und wenig mobil, mit dem Ende der suprasymphysären

Quernähte anscheinend adhaerent. Nach links dicht am Uterus eine taubeneigrosse, leicht empfindliche Resistenz palpabel.

Alle 2 Tage Fangopackungen, täglich Sitzbäder.
10. — 13. Periode.

17. IV. Allgemeinbefinden gebessert. Gesichtsfarbe wie früher. Appetit gehoben.

19. IV. Resistenz neben dem Uterus ist noch in derselben Grösse vorhanden und empfindlich. Ichtyoltampans.

27. IV. Pat. fühlt sich gebessert, dass sie entlassen werden will. Verhaltensmassregeln.

Entlassungsbefund: Keine Unterleibsbeschwerden. Uterus antevertiert, retropouiert, nach links oben verzogen. Links dicht am Uterus eine haselnussgrosse Resistenz.

Fall XXIII. A. G., Dienstmädchen, 16 Jahre alt; Aufnahme 23. IV. 06, Entlassung 20. V. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet. Als Kind an Masern, Scarlatina, Diphtherie krank gewesen.

Menstruation mit 13 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, dabei stärkere Blutung; in letzter Zeit ist die Blutung wenig, aber im Beginn der Periode treten Schmerzen auf, die erst nach dem Erscheinen des Blutes schwächer werden. Letzte Menstruation vor 14 Tagen.

Beginn der jetzigen Erkrankung, Beschwerden: bis vor 6 Wochen gesund; dann nach Verschlucken einer Nadel traten heftige Schmerzen in der Magen- gegend auf, die sich nachher auf den ganzen Leib verbreitet haben; der Leib soll in den ersten Tagen geschwollen sein. Am 12 Tage ging die Nadel (nach warmen Kataplasmen und Abführmitteln) ab; die Schmerzen liessen anfangs nach, wurden aber bei der Periode stärker. Seit 14 Tagen hat sich Erbrechen

eingestellt, wobei im Erbrochenen 3 mal Blut vorhanden war. Ausserdem tägliches Kopfschmerzen, Schwäche, starke Gewichtsabnahme, in den letzten 12 Tagen 10 Pfund (angeblich).

Status praesens: Mittelgrosse Person, in gutem Ernährungszustande. In der Konstitution keine Besonderheiten. Reflexe gut erhalten. Perkussion, Auskultation ergeben nichts pathologisches. Von Seiten des Genitalapparats nichts besonderes. Urin leicht getrübt, Eiweiss minimal, Zuckergehalt 0.

Diagnose: Hysterie.

Therapia: Elektr. Bäder, konstanter Strom, Fussbäder, Kohlensaure Bäder, Fangopackungen.

Klinischer Verlauf: 29. IV. Während der letzten Tage öfteres Erbrechen und Uebelsein; dabei sieht Pat. blühend aus. Im Erbrochenen kein Blut.

2. V. Die Schmerzen im Leib haben sich an einer bestimmten Stelle lokalisiert: links unterhalb des Nabels (am intensivsten) nach oben in die Magen-gegend, nach unten hin bis in den linken Oberschenkel ausstrahlend. Die Schmerzen sind zeitweise so heftig, dass Pat. bettlägerig ist. Die Untersuchung ergibt keine objektiven Anhaltspunkte zur Aufklärung der Schmerzen. Der Leib ist überall weich, Stuhlgang normal.

Bei Prüfung der Sensibilität ergab sich, dass auf der linken Seite unterhalb des Nabels auf einen kleinen Bezirk beschränkt deutliche Paraesthesien vorhanden sind.

Therapie: Fangopackungen täglich auf die betreffenden Stellen; daneben Co_2 -Bäder, konstanter Strom.

8. V. Die Fangopackungen werden nicht gut getragen, die Schmerzen werden im Gegenteil noch stärker.

Die Prüfung der Sensibilität ergibt totale Hautanaesthesia auf der linken Körperseite, auf den Extremitäten, auf der Inguinalgegend.

19. V. 06. Entlassen mit denselben Beschwerden. Objektive Untersuchung ergibt nichts pathologisches.

Fall XXIV. R. R., Zimmermädchen, 22 J. Aufn. 6. VI. 06, Entlassung 2. VII. 06.

Anamnese: Hereditär belastet; Mutter in der Irrenanstalt †, 1 Bruder an Lungentbc. †.

Pat. in der Kindheit stark nervös gewesen, konnte mit Mühe ihre Schularbeiten machen.

Mit 18 Jahren Lungenspitzenkatarrh; war $\frac{1}{4}$ Jahr in der Lungenheilstätte; noch jetzt fühlt Patientin oft Stechen in der linken Lungenspitze.

Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, 6—7 Tage dauernd; an den ersten Tagen stärkerer Blutverlust; keine besonderen Schmerzen. Jetzt starke Schmerzen im Leibe, die sich auf der rechten Seite hauptsächlich lokalisiert haben. Sie bestehen seit Oktober vorigen Jahres, wo sie plötzlich entstanden und allmählich gesteigert sind.

Gleichfalls bestehen Schmerzen in den Lungen. Seit Januar ist schon Pat. in Behandlung; keine Besserung.

Stat. praes.: Tastbefund ergibt nichts besonderes. Eine besondere Empfindlichkeit bei tierem Eindringen in der Ileo-Coecalgegend.

Klinische Diagnose: Anaemie, Chlorose, Nervosität.

Therapie: Fangopackungen, Elektr. Bäder, Lufttherapie.

Klinischer Verlauf:

10. VI. Pat. sieht elend und müde aus, klagt über Schmerzen in der rechten Seite. Fangopackungen werden sehr schlecht vertragen.

12. VI. Schmerzen sind stärker.

13.—18. VI. Periode von besonderer Stärke begleitet.

22. VI. Co₂-Bäder (32° — 10 Min.). Kein Erfolg.
23.—28.—30. VI. Fangopackungen. Schmerzen stärker.

2. VII. Pat. verlässt die Klinik mit denselben Beschwerden.

Für Appendicitis keine Anhaltspunkte.

Fall XXV. Frau A. H., 36 J. Aufgenommen 29. X. 06, entlassen 16. XI. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind immer gesund gewesen.

Vor 3 Jahren Blinddarmentzündung; nachher keine Recidive. Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, ohne Schmerzen. In den letzten 10 Jahren 3 normale Entbindungen.

Seit Jahren bestehen Schmerzen im Unterleibe, die erträglich waren und nur zeitweise auftraten; seit Januar aber wurden sie heftiger, treten bei jeder Bewegung auf; lokalisiert hauptsächlich links. Sie wurde vom Arzt mit Sitzbädern, Spülungen behandelt; dann wurde ihr ein „Geschwür der Gebärmutter“ ausgeräumt; die Schmerzen liessen anfangs nach, kamen aber seit 2 Monaten wieder. Ausserdem starke Kopfschmerzen, Schwindel, schlechter Schlaf.

Stat. praes.: Mittelgrosse, magere Frau. Inspektion, Perkussion, Auskultation ergeben nichts pathologisches. Bei der Palpation eine empfindliche Stelle zwischen Nabel und linkem Tuberkulum pubicum.

An den Geschlechtsteilen o B.

Tuben: rechte sehr schlank, linke nur gespannt.

Ovarien: rechtes klein, beweglich; linkes beweglich, etwas schmerzhaft.

Klinische Diagnose: Neurasthenie, Ovarie.

Therapia: Vibrationsmassage des Abdomens, elektr. Bäder, Fangopackungen (31. X.—14. XI. 7 mal.)

Klinischer Verlauf: 5. XI. Die Fango-

packungen (2 mal bis jetzt) gut ertragen; Schmerzen fast verschwunden.

10. XI. Fango gut ertragen; schmerzenfrei. Pat. fühlt sich sehr wohl.

16. XI. Entlassungsbefund: Schmerzen links ganz nachgelassen. Keine Beschwerden.

Fall XXVI. M. Bl., 19 Jahre alt. Aufnahme 29. IX. 06., Entlassung 16. V. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; als Kind Masern, Meningitis gehabt; Menstruation mit 18 Jahren, bis Juni 1906 regelmässig alle 4 Wochen; seitdem unregelmässig, zweimal in 6 wöchigen Intervallen, dann mehrere Male jede 14 Tage. Periode dauert 4—5 Tage, ist mit starken Schmerzen verbunden; das letzte Mal traten schon heftige Schmerzen einige Tage vor der Periode auf.

Seit Weihnachten voriges Jahres stellten sich heftige Schmerzen, die sich in der linken Unterleibsseite lokalisierten, ein; trotz Bettruhe, warmer Umschläge u. a. Mittel haben die Schmerzen wenig nachgelassen; in letzter Zeit häufige Auftreibung des Leibes. Ausfluss seit 2 Jahren vorhanden; ausserdem nervöse Symptome: Kopfschmerzen, Schwindel, Reizbarkeit.

Status praesens: Herz, Lungen, Nieren u. a. o. B. Vulva, Vagina: Schleimhaut gerötet, Ausfluss, Gonokokken vorhanden. Tuben, Ovarien wegen starker Spannung nicht gut palpabel, doch keine gröberen Veränderungen.

Klinische Diagnose: Chlorosis, Nervösität, Hysterie, Urethral- und Cervikalkatarrh (gon.).

Therapia: Co₂-Bäder, Spülungen mit Chlorzink, Eisen, Fangobehandlung.

Klinischer Verlauf: 25.—29. IX. täglich Fangopackungen $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunde.

29. IX. Schon nach den ersten Fangopackungen

sind die in der linken Unterleibseite lokalisierten Schmerzen vollkommen geschwunden. Vollkommenes Wohlbefinden.

30. IV. Heute wieder sehr unangenehmes Stechen in der linken Unterleibshälfte; dabei Rücken- und Kopfschmerzen. Ausfluss nicht vermehrt.

2.—4.—6. X. Fangopackungen.

10. X. Resultat der Fangobehandlung: die Schmerzen haben dauernd nachgelassen; seit 1 Woche vollkommen frei von Schmerzen; auch die Kopfschmerzen haben nachgelassen.

12., 15. X. Fangopackungen.

16. X. Entlassung.

Pat. fühlt sich wohl; mitunter Schmerzen im Kreuz.

Im Urethral- und Cervikalsekret keine Gonokokken.

Circupscripte Sensibilitätszonen unterhalb des Nabels, dazu Paraesthesien.

Fall XXVII. Frau W., 27 Jahre alt. Aufnahme 19. V. 06, Entlassung 1. VI. 06.

Anamnese: Hereditär nicht belastet; Menstruation mit 12 Jahren, normal.

Beginn der Erkrankung: Schon vor der Heirat Ausfluss; post partum. Verlagerung und Katarrh des Uterus; rechtes Ovarium wurde operativ entfernt; daran schloss sich eine linksseitige Schenkelvenentrombose. Seit März dieses Jahres beständig Schmerzen auf der linken Seite; ausserdem nervöses Herzklopfen.

Stat. praes.: Graziel gebaute Frau, gut ernährt.

Herz, Lungen, Milz u. s. w. o. B.

Uterus nicht vergrössert, anteflektiert, normal.

Linkes Ovarium pflaumengross, druckempfindlich.

Diagnose: Anaemie, Nervosität.

Therapia: Co₂-Bäder, Fangobehandlung.

Klinischer Verlauf: Vollständig geheilt. Linkes Ovarium kleiner geworden, nicht mehr druckempfindlich.

Wie aus den hier angeführten Krankheitsgeschichten zu ersehen ist, wurde die Fangobehandlung meistens bei chronischen Entzündsvorgängen des Uterus und seiner Adnexeendometritiden, Pyosalpingen, Salpingitiden, Dophoritiden, Parametritiden, Pelveoperitonitiden angewandt (nämlich in 21 von 27 Fällen) und in fast sämtlichen Fällen sehen wir alle die Wirkungen des Fango, die wir im theoretischen Teile der Arbeit erwähnten, eintreten.

An erster Stelle müssen wir den günstigen Einfluss des Fango auf die Reduktion, resp. völlige Resorption der Exudate erwähnen.

In 3 Fällen können wir eine vollständige Resorption der Exudate verzeichnen.

1. Fall V: Aufnahmebefund: Linke Tube als überfingerdicke Schwellung, die der Beckenwand adhaerent ist, zu fühlen.

Entlassungsbefund: Links keine grobere Resistenz zu fühlen.

2. Fall, 11. Aufnahmebefund: Linke Tube in Adhaesionen eingebettet.

Entlassungsbefund: Linke Beckenseite gänzlich frei.

3. Fall, 19. Aufnahmebefund: Hinter dem Uterus ein der hinteren Beckenwand breit aufliegendes steinhartes Exudat zu fühlen. Ovarien beiderseits vergrößert, adhaerent, schmerzhaft.

Entlassungsbefund: Links tief unten, neben dem Rektum ein der Beckenwand aufsitzender 2-Fingerdicker Strang, der als Rest des Exudats anzusehen ist. Adnexe nicht verdickt, beweglich, nicht schmerzhaft.

In den anderen Fällen (Fälle 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21) konnte man eine mehr oder

wenig bedeutende Reduktion und Weicherwerden der Exudate, auch Lösungen von Adhaesionen konstatieren.

Wir müssen aber auch 6 Fälle verzeichnen (Fälle 1, 4, 9, 15, 16, 18), wo die Wirkung des Fango auf die Resorption der Exudatmassen ausblieb.

Was die schmerzlindernde Wirkung des Fango in diesen Fällen anbetrifft, so ist folgendes zu verzeichnen:

In einem Drittel der Fälle, waren die Schmerzen schon nach der zweiten, resp. dritten Fangopackung geschwunden; in den anderen Fällen liessen die Schmerzen unter der Wirkung des Fango bedeutend nach; und nur in 2 Fällen (Fall I: akute Gonorrhoeische Pyosalpinx duplex, Fall XII: Endometritis gonorrhoea) mussten die Fangoapplikationen aufgehoben werden, da die Schmerzen nach dem Fango stärker wurden, im 2. Falle sogar Schwindel und Kopfschmerzen auftraten (ob Dank dem Fango, unbekannt).

Weitaus seltener wurden die Fangoapplikationen (im ganzen in 6 Fällen) in den Fällen der Hysterie und Nervosität, und wie es aus dem Wesen dieser Krankheit schon begreiflich ist mit viel weniger Erfolg angewandt. Während in einer Hälfte dieser Fälle dank dem Fango sehr schnell ein völliger Verschwind der Beschwerden erzielt wurde, musste in der anderen Hälfte der Fälle die Fangobehandlung wegen Auftretens stärkerer Schmerzen aufgehoben werden.

Literatur.

Ueber Arthritis deformans und die Fangobehandlung. Inaugural-Dissertation von Johannes Braune, München 1898.

Davidsohn: Die Fangoanstalt zu Berlin.

-- Ueber Fangobehandlung insbesondere bei chronischem Rheumatismus.

Berliner Klinische Wochenschrift 1897, Nr. 13.

Münchener Medizinische Wochenschrift 1897, Nr. 24, 27, 40, 48.

Paul Mayer. Klimatotherapie u. Balneotherapie. Karlsbad 1907.

L. Mayer: Ueber Fangobehandlung.

Otto v. Aufschnaider: Beitrag zur Methodik der Fangobehandlung. Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu Bad. Kissingen.

E. Mory: Die Fangokur und deren Indikationen.



13491