



Ueber

Scarlatina im Wochenbett und Mittheilung dreier Fälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 9. April 1884,

Mittags 1 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Amandus Blaesing

aus Pommern.



Opponenten:

Drd. **O. Gutjahr**, prakt. Arzt.

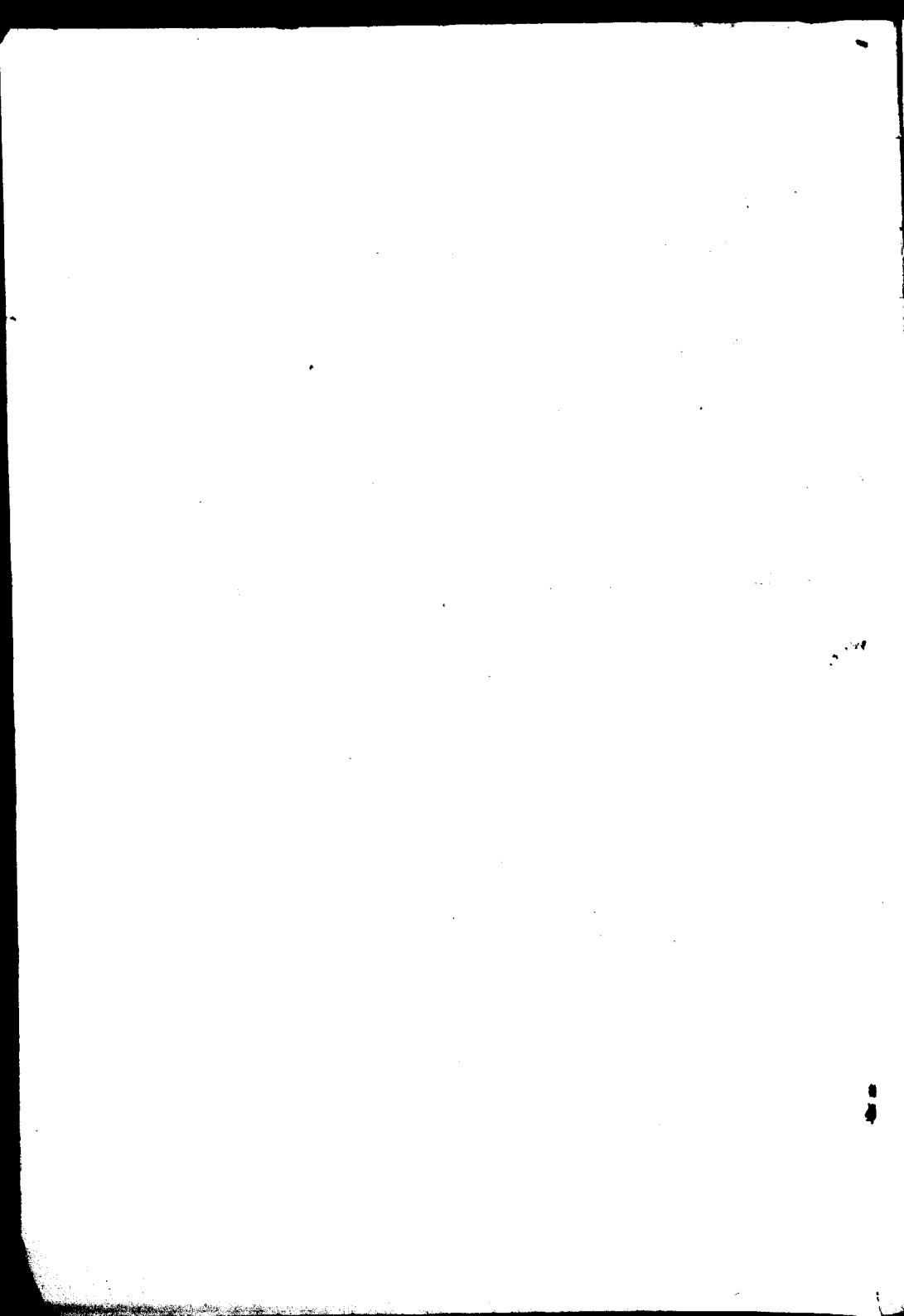
Drd. **G. Hesse**, prakt. Arzt.

Dr. **E. Merdies**.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1884.



**Dem Andenken
seiner theuren Eltern**

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

Von

Verfasser.

Eine, wenn auch nur seltene, so doch sehr unangenehme Complication im Wochenbett ist der Scharfach. Von grösstem Einfluss auf die individuelle Disposition ist das Lebeusalter. Wenn diese Infektionskrankheit im allgemeinen zu den sogenannten Kinderkrankheiten gerechnet wird, da Kinder, welche das zweite Lebensjahr überschritten haben, für die Ansteckung am meisten empfänglich sind, und die Dispositon nach dem 10ten Jahr rasch abnimmt, so dass Erwachsene und Greise nur sehr selten von derselben besfallen werden, so scheinen Wöchnerinnen etwas mehr Disposition zu derselben zu besitzen und unter diesen wieder besonders die Primiparen.

Nach Olshausen erkrankten unter 104 Gebärenden 62 Primiparen, von den Multiparen 42. Als Grund hierfür giebt er die grössere Jugend der I paren, sowie den Umstand an, dass unter diesen sich noch mehr solche Personen befänden, welche den

Scharlach noch nicht gehabt hätten. Dass Schwangere eine viel geringere Disposition für denselben besitzen, ergiebt eine vergleichende Statistik derselben Autors, nach welcher unter 141 solchen Scharlachfällen nur 7 in die Schwangerschafts- dagegen 134 in die Wochenbettperiode fielen.

Der Verlauf ist im allgemeinen derselbe wie der des genuinen Scharlach. Bald tritt er sehr schwer, schnell tödtend auf, bald ganz leicht. Im ganzen ergiebt sich jedoch eine recht bedeutende Sterblichkeit, indem nach Olshausen cr. 48% lethal endigten. Er schreibt die Gefährlichkeit der Erkrankung theils der mehr oder weniger grossen Malignität des Giftes in den verschiedenen Fällen zu, theils aber ist der Procentsatz der Lethalität um so grösser, je früher post-partum der Scharlach ansprach. Nach ihm starben:
von 8 sogleich nach der Geburt Erkrankten 6 = 75%,
von 62 am 1. und 2. Tage Erkrankten 35 = 56,5 %,
von 27 „ 3ten Tage Erkrankten 14 = 51,8 %,
von 22 nach dem 3ten Tage Erkrankten 3 = 13,6 %.

Eine Erklärung sowohl für die grössere Disposition der Wöchnerinnen für den Scharlach, sowie für die grössere Gefährlichkeit desselben bei ihnen zu finden, unterliegt mancher Schwierigkeit, zumal über die Natur und Eigenschaften des Contagiums

wenig bekannt ist. Vielleicht beruht sie in der Resistenzlosigkeit einer Wöchnerin, welche durch die Geburtsarbeit erschöpft ist, bei welcher die Körperverhältnisse veränderte sind, deren Erregbarkeit gesteigert ist, den verschiedensten Erkrankungen gegenüber überhaupt. Recurirt man auf die Spaltpilztheorie, so wird die Erklärung der Disposition der Wöchnerinnen für Scharlach insofern wesentlich erleichtert, als man annehmen darf, dass unter den veränderten körperlichen Verhältnissen, in welchen sich eine Wöchnerin befindet, die Spalpilze den geeigneten Boden für ihr Entwicklung und Manifestation gefunden haben, während dies früher nicht der Fall war.

Die Symptome sind dieselben wie die einer genuinen Scarlatina, die Uterusinvolution, die Milchsekretion und der Lochialfluss gehen meist normal von statten. Einige Symptome treten bei Wöchnerinnen jedoch gewöhnlich so charakteristisch hervor, dass sie als dem Wochenbettsscharlach eigenthümlich bezeichnet werden können. Zu diesen Eigenthümlichkeiten ist vor Allem zu rechnen: (Olschhausen)

1. das constante Auftreten des Scharlachs in der ersten Woche des Wochenbettes, fast immer in den ersten drei Tagen:

2. die Geringfügigkeit der Halsaffection;
3. das schnelle, fast blitzartige Erscheinen des Exanthems auf dem ganzen Körper gleichzeitig und seine oft tief dunkelrothe Färbung.

Diese drei Punkte gerade sind es gewesen, welche mehrere Autoren, in Deutschland besonders Helm, zu der Ansicht geführt hatten, dass eine Wochenbettserkrankung mit diesen Symptomen gar nicht identisch mit dem genuinen Scharlach wäre. Helm nennt sie Puerperalscharlach, Purpura puerperalis. Er sagt von ihr: Purpura puerperalis ist eine eigenthümliche Wochenkrankheit und nicht die gewöhnliche Scarlatina. Constante primäre Veränderungen hat die Section ausser der Hautentzündung nicht ausgemittelt. Dafür, dass sie nicht die gewöhnliche Scarlatina sei, sprechen folgende Gründe:

1. Purpura puerperalis kommt von keinem Contagium und bringt auch nicht welches hervor;
2. sie entsteht immer nur in den ersten Tagen nach der Geburt um die Zeit, als auch die anderen Wochenkrankheiten entstehen;
3. sie erscheint oft ohne alle Schleimhautsymptome;
4. sie erkennt gar keine Ordnung im Ausbruche weder in Bezug des Erscheinens des Exanthems zum Fieber, noch in Bezug auf den Ausbruch des Exan-

thems, denn dieses stürzt gewöhnlich ohne Ordnung über den ganzen Körper zu gleicher Zeit hervor;

5. Purpura puerperalis erscheint öfter nur an einzelnen Körperstellen z. B. bloss an den Armen, an den Schenkeln;

6. sie kommt und verschwindet während des Verlaufes oft mehrere Male;

7. ihr häufiges oder seltes Erscheinen hängt mit dem Erscheinen der gewöhnlichen Scarlatina nicht zusammen. Sie ist hiermit eine wahre Wochenkrankheit und darf mit vollem Rechte den anderen angereiht werden.

Er erkennt also den genuinen Scharlach bei Wöchnerinnen überhaupt nicht an, sondern fasst ihn als eine eigenthümliche Wochenbettskrankheit auf.

Aehnlich drückt sich Thomas aus, welcher zwar einen Wochenbettsscharlach anerkennt, jedoch daneben noch eine demselben sehr ähnliche Erkrankung als Wochenbettskrankheit bezeichnet. Er sagt: „Nicht zu verwechseln ist der Scharlach der Wöchnerinnen mit dem sogenannten Puerperalscharlach (Scarlatina puerperalis im Gegensatz zur ächten Scarlatina in puerperio), einer durch den Puerperalzustand hervorgerufenen schweren Allgemeinerkrankung mit scharlachähnlicher erythematöser Dermatitis, welche durch

Scharlachcontagium nicht hervorgerufen und auch von den Kranken auf andere Personen nicht übertragen wird, übrigens auch durch ihre Symptome sich vom ächter Scharlach genügend unterscheidet.“

Wenn nun Olshausen in seiner Kritik das von Helm entwickelte Krankheitsbild mit dem Scharlach identifiziert, so unterliegt es keinem Zweifel, dass bei den schlagenden Beweisen, die er beibringt, der ganze Symptomencomplex weiter nichts als der eines Scharlachs sei.

Es kommen zwar in schweren Fällen von Puerperalerkrankung erythematöse Dermatitiden, ähnlich dem Scharlach an den verschiedenen Theilen des Körpers von mehr oder minder bedeutender Ausdehnung und in den verschiedensten Modificationen vor, jedoch bemerkte Olshausen hierzu, dass, wo ein Exanthem bei einer Wöchnerin wirklich wie Scharlach aussehe, da dürfe man es dreist für ächten Scharlach halten, so lange nicht die begleitenden Erscheinungen und der Verlauf der Krankheit einer puerperalen Septicaemie oder Pyaemie analog seien.

Einige Schwierigkeiten könnte noch das Erysipel, welches manchmal allein, manchmal als Begleiterscheinung schwerer Puerperalaffection, besonders vom Puerperalgeschwür ausgehend, auftritt, in der Diag-

nose einer partiellen Scarlatina bereiten. Es sprechen jedoch, zumal oft ein Ausgangspunkt des Erysipels ersichtlich ist, die charakteristischen begleitenden Symptome und die punctirte Röthe für Scharlach, deutliches Oedem des Zelligewebes und glatte Röthe, sowie Blasenbildung für Rose. Ausserdem kann aber bei der Scarlatina auch Abschuppung an Stellen eintreten, wo keine Röthe gewesen war, während dies bei der Rose nicht ist.

Helm und andere Autoren wurden zumeist durch die erwähnten Symptome, welche Olshausen gerade für die Scarlatina im Wochenbett als charakteristisch anführt, darauf geführt, den Puerperalscharlach nicht für den genuinen Scharlach anzusehen. Bestärkt wurde ihre Ansicht wesentlich noch durch den Umstand, dass diese Krankheit gerade in den ersten Wochenbettstagen auftrat, wie auch die puerperale Septicaemie, und dass sie dann manchmal grosse Bösartigkeit zeigte. Der genuine Scharlach hat eine Incubationszeit von 4—11 Tagen, wie sollte man sich das Auftreten der Scarlatina gerade in den ersten Wochenbettstagen erklären? In der Beantwortung dieser Frage stehen sich noch zwei Ansichten gegenüber; die Einen nehmen eine sehr kurze Incubation an, d. h. die Infection müsste zufälliger Weise

gerade in den letzten Tagen der Gravidität oder während des Geburtsactes vielleicht durch die Hand der Hebamme oder des Geburtshelfers stattgefunden haben; Olshausen dagegen meint, dass gerade das Auftreten der Scarlatina in den ersten Wochenbettstagen auf eine lange Incubation schliessen lasse, dass die Infection schon vielleicht monatelang vor der Geburt eingetreten sei, dass jedoch bei der quasi Immunität der Schwangeren und bei der Tenacität des Scharlachecontagiums der Keim der Erkrankung gewissermassen schon im Körper geschlummert, dass bei einer so gewaltigen Veränderung im weiblichen Organismus, wie sie durch den Geburtsakt vor sich ginge, der geeignete Augenblick gegeben sei, die Krankheit zum Ausbruch kommen zu lassen.

Wenn nun der Olshausenschen Ansicht eine Reihe von Beobachtungen zur Seite stehen, so kann sich Liebmann doch nicht vollständig für diese Meinung aussprechen, da das Beobachtungsmaterial zu gering wäre, als dass daraus schon Schlüsse gezogen werden könnten, zumal doch mehrere Fälle bekannt wären, wo die Incubation eine ganz kurze gewesen wäre; es wären deshalb zur Bestätigung dieser Ansicht noch ferner Beobachtungen nöthig.

Neuerdings hat William Sykes (Centralblatt für

Gynäkologie) einen Fall mitgetheilt, wo die bei der Entbindung thätige Hebeamme 8 Tage zuvor ein an schwerem Scharlach erkranktes und verstorbenes Kind gepflegt hatte und selbst über Halsbeschwerden klagte. Es trat am Abend des Tages der Entbindung, wo die Kranke die Hebeamme zum ersten Mal sah, ein heftiger Schüttelfrost mit nachfolgendem Erbrechen auf. Kaum 24 Stunden nach der Entbindung zeigte sich ein über den ganzen Körper verbreitetes Scharlach-exanthem. Die Frau starb am 5. Tage. Obwohl nun in diesem Falle die Incubation eine kurze ist, wie auch in anderen beobachteten Fällen, so stehen diesen Beobachtungen wieder eine Anzahl von Fällen entgegen, wo die Incubation eine lange oder wo eine Infection überhaupt nicht hat nachgewiesen werden können, zumal dritte Personen bei der Uebertragung des Contagiums keine unbedeutende Rolle zu spielen scheinen. Es ist somit die Frage, ob die Incubation eine lange oder ob sie eine kurze sei, vor der Hand noch nicht zu Gunsten dieser oder jener Anschauung zu entscheiden. Es hat jedoch den Anschein, als ob die Incubationszeit sowohl von kurzer wie langer Dauer sein könne.

Was den 2. Punkt, die Gefährlichkeit des Scharlachs bei Wöchnerinnen betrifft, so erregte dieselbe

bei verschiedenen Autoren ebenfalls den Verdacht, dass die betreffende Erkrankung nicht auf Scharlach-contagium beruhe. Wenn nun auch eine Wöchnerin beim Ausbruche des Scharlachs erwiesenermassen einer grösseren Lebensgefahr ausgesetzt ist, so kann dieses Factum dennoch kein Grund gegen die Scarlatina sein. Olshausen führt als Beweis die Schwere der Erkrankung bei anderen Infectionskrankheiten (Pocken, Typhus), wenn sie als Complication des Wochenbetts auftreten auf und folgert daraus, dass wenn diese Erkrankungen bei Wöchnerinnen oft in den schwersten Formen aufträten, für den Scharlach ganz das-selbe gelte, obwohl ein Grund für die Schwere der Erkrankung nicht aufzufinden sei.

Ein anderes Moment, welches jedoch sehr gegen eine Puerperalaffection bei Scarlatina puerperalis sprechen musste, war der meist negative Sectionsbefund. Schon Helm sagt, obwohl er die Erkrankung nicht für genuinen Scharlach hält, dass constante primäre innere Veränderungen bis jetzt noch nicht bekannt wären, secundär zeigten sich öfter Erscheinungen von Peritonitis, Pleuritis, seltener von Splenitis und Meningitis. Ebenso Ohlhausen: Von Erscheinungen örtlicher Erkrankungen der Genitalorgane im Leben sei nur in verhältnissmässig weniger

Fällen die Rede. Am häufigsten werde noch eine geringe, meist schnell vorübergehende Empfindlichkeit des Uterus erwähnt. Sonst hätten sich unter 140 gesammelten Fällen, die Verdacht auf Puerperalfieber hätten zulassen können, nur äusserst wenige gefunden, die eine andere Diagnose hätten zulassen können. In 12 Fällen war Empfindlichkeit des Uterus, in 2 Fällen parametritisches Exsudat, in 3 Fällen am 4 bezüglich 10—11 Tage Peritonitis, in 2 Fällen Metrophlebitis, in 2 Fällen Puerperalgeschwüre, in 1 Falle Lympfangoitis.

Liebm̄ann ist anderer Ansicht in Bezug auf die Seltenheit der Localaffection und den Umstand, dass die Localaffectionen stets als zufällige Complicationen aufgefasst werden müssten, da man sich bei der immerhin nicht hohen Anzahl gesammelter Fälle, welche noch dazu von verschiedenen Epochen und Beobachtern stammten und zum Theil in nicht erschöpfenden Kraukengeschichten dargelegt wären, ein genaues Bild des Krankheitsprocesses nicht machen könne. Er neigt mehr zu der Ansicht, dass die Localerscheinungen meist als Folgeerscheinungen des Scharlach auftraten, da bei der entschiedenen Neigung der Scarlatina, die verschiedensten Entzündungen zu produciren, Wöchnerinnen, die eine ausgesprochene

Disposition für entzündliche Prozesse zeigten, unter dem Einfluss des Scharlach Uterin- und Peritonealerkrankungen davon tragen könnten, welche die immerhin schon bedenkliche Prognose noch ungünstiger gestalteten. Er hält sogar folgenden Schluss für berechtigt: „In jenen Fällen, in welchen scharlachähnliche Dermatitis mit anderen pathologischen Veränderungen der Geschlechtssphäre, welche gemeinhin als Theilerscheinung der puerperalen Pyaemie oder Septicaemie betrachtet werden, vorkommt, der ganze Process (inclusive Localaffection) als Scharlach aufzufassen ist.“

Es müssten dann allerdings die Localaffectionen erst secundär, nachdem die Symptome des Scharlachs in dem Vordergrund gestanden, oder allmählig sich steigernd, mit dem Fortschreiten des scarlatinösen Processes aufgetreten sein, da, wenn zu Anfang der Erkrankung die Localaffection das primäre, das Exanthem als secundäre Erscheinung auftrate, diese Erkrankung nicht als eine scarlatinöse, sondern als eine pyaemische oder septiciämische aufgefasst werden müsste.

Olshausen glaubt, dass die am häufigsten noch vorkommende Empfindlichkeit des Uterus weiter nichts sei als die durch den fieberhaften Process erhöhte Sensibilität dieses Organes. Ebenso müssen (Ols-

hausen, Clintoock) die am 10.—11. Tag auftretenden Peritonitiden als Secundäraffectionen des Scharlachs aufgefasst werden; als septische Peritonitiden sind sie jedenfalls nicht anzusehen. Liebmamn spricht die Vermuthung aus, dass sie, da Clintoock sie einige Mal im Desquinationsstadium auftreten sah, in Zusammenhang mit einer Nephritis scarlatinosa zu bringen seien, zumal bei Sectionen mehrmals Nephritis und Peritonitis zusammen vorgefunden wurde. Ist jedoch schon eine Localaffection vorhanden, so wird die neu hinzutretende Affection von wesentlichem Einfluss auf die Primäraffection sein müssen und die immerhin häufig nicht sehr günstige Prognose noch zu einer bedenklicheren gestalten.

Auf der hiesigen geburtshilflichen Klinik wurden im Wintersemester 1882—83 zwei Fälle, in der Poliklinik im Wintersemester 1883—84 ein Fall von Erkrankung im Wochenbett beobachtet, von denen mit Bestimmtheit angenommen werden muss, dass sie Scharlacherkrankungen gewesen sind. Beachtenswerth hierbei ist die lange Inculbationsdauer und, was die klinischen Fälle betrifft, das epidemische Auftreten, da nach der Erkrankung der beiden Wöchnerinnen auf der gynäkologischen Station noch eine Patientin, bei der die Prolapsoperation vorgenommen war, an

Scharlach mit Diphtheritis der operirten Partie und bald darauf auch die Wirthschafterin erkrankte. Ausserdem möchte ich noch auf die sich lange hinziehende Desquamation in den drei Fällen, sowie auf Verschiedenartigkeit der Halsaffection und der Local-affectionen am Genitalapparat hingewiesen haben. Ueber die beiden ersten Fälle wurde schon von Herrn Dr. Peiper am 7. Juli 1883 in dem medizinischen Verein zu Greifswald in Kürze referirt. (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 51 1883.) Es möge mir gestattet sein, auf diese drei Krankheitsfälle, die mir von Herrn Geheimrath Professor Dr. Pernice gütigst zur Verfügung gestellt wurden, des näheren einzugehen.

Fall I.

Die unverehelichte Johanna K. aus Appellsruhe, 16 Jahr alt, primipara, wurde am 29. October 1882 in die hiesige geburtshülfliche Klinik aufgenommen. Das Mädchen will früher immer gesund gewesen sein; die Menstruation trat im 14. Jahre ein und war regelmässig. Sie bewohnte hier bis zu ihrer Entbindung, welche am 18. November — 21 Tage nach der Aufnahme erfolgte — mit sechs anderen Schwangeren ein Zimmer. Der Körperbau ist äusserst gracil und schwächlich, Musculatur mässig, Fettpolster schwach

entwickelt. Die Geburt verlief normal, ohne Kunsthilfe; die Wehen begannen am 17. XI. 82 Abends 11 Uhr, die Frucht trat am Morgen des 18. 8 Uhr aus; dieselbe hatte erste Schädellage, die Placenta wurde nach 10 Minuten (Crede) entfernt. Wie die Geburt, so hatten auch die ersten sechs Wochenbettstage normalen Verlauf.

In der Nacht vom 6. bis 7. Wochenbettstage bekam Wöchnerin einen Schüttelfrost; sie klagte am nächsten Morgen über Halsschmerzen und Schlingbeschwerden. Die Inspection ergab einen leicht diphtheritischen Belag auf beiden Tonsillen; am 2. Tage nach dem Schüttelfrost stellte sich am Frenulum ein Puerperalgeschwür, 20-Pfennigstück gross, ein. Das Fieber war hoch — leider sind mir von den beiden ersten Fällen die Temperaturtabellen nicht zur Hand — das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes. Die Beschwerden nahmen allmälig zu; am 3. Tage stellte sich ein Exanthem ein, welches an den Oberschenkeln seinen Anfang nahm, zuerst kreisförmig gestalten, nach zwei Stunden schon über die ganzen unteren Extremitäten ausgebreitet. Indem es rapide zunahm, war es binnen weniger Stunden über den ganzen Körper gebreitet. Es erwies sich als Scharlachexanthem.

Sobald dasselbe aufgetreten, wurde die Wöchnerin

sofort isolirt. Die Milch blieb am 4. Tage nach dem Froste aus. Das Befinden war während der folgenden 6 Tage ein sehr schlechtes. Der Uterus war etwas schmerhaft; die Lochien ein wenig riechend. Die Puerperalgeschwüre in der Scheide nahmen an Ausdehnung zu und hatten diphtheritischen Belag. Erst dann erblasste unter gleichzeitigem Sinken der Temperatur und Abnahme der Halserscheinungen das Exanthem, während jedoch die Puerperalgeschwüre noch zunahmen. Dieselben erwiesen sich auch später als sehr hartnäckig, ohne Neigung rückgängig zu werden. Die Scheide war fast vollständig von diphtheritischem Belag bedeckt. Der Urin wurde stark eiweisshaltig und spärlich. Die Desquamation war eine sehr starke und dauerte lange.

Erst nach drei Wochen trat eine allmälige Besserung ein. Der Uterus bildete sich nur sehr langsam zurück; der Eiweissgehalt nahm stetig ab, ebenso heilten die Puerperalgeschwüre. Anfangs der fünften Woche konnte die Patientin in voller Convalescenz entlassen werden.

Therapie: Jodoformbehandlung der Puerperalgeschwüre; Salicylausspülung der Scheide; kalte Halsumschläge; Wein.

Ueber die Antiologie hat sich aus der Wöchnerin

nichts eruiren lassen; die Wöchnerin stammt aus einem Orte, wo seit zwei Jahren keine Scharlachfälle bekannt geworden sind.

II. Fall.

Die unverehelichte Emilie D. aus Drammendorf, 20 Jahre alt, primipara, wurde gerade 10 Wochen nach der Entlassung der Ersterkrankten, am 20. Januar 1883 in die geburtshülfliche Klinik aufgenommen. Sie will früher immer gesund gewesen sein. Scharlach hat sie bestimmt nicht durchgemacht. Die Menstruation trat im 16. Jahre ein und war regelmässig, das Mädchen ist kräftig gebaut. Muskulatur gut entwickelt. Nach vierwöchentlichem Aufenthalte erfolgte die Entbindung in normaler Weise. Das Kind hatte erste Schädellage. Die Wehen begannen 12 Uhr Mittags, der Austritt der Frucht erfolgte um 8 Uhr Abends. Die Placenta wurde nach Credé innerhalb 10 Minuten entfernt.

Am Nachmittag des zweiten Wochentages hatte Wöchnerin, nachdem sie sich bis jetzt sehr wohl gefühlt hatte, wiederholt Schüttelfrösste; die Temperatur war am Abend 40° C. Am nächsten Morgen waren an beiden Oberschenkeln rothe Flecken vorhanden, welche sich mit grosser Schnelligkeit über den ganzen Körper verbreiteten, sodass derselbe schon nach we-

nigen Stunden mit dem Scharlachexanthem bedeckt war; dabei klagte Patientin über Halsschmerzen; die Untersuchung ergab eine Angina katarrhalis. Ausserdem stellte sich noch an demselben Tage eine Schmerzhaftigkeit des Abdomens ein, welche sich in den nächsten Tagen auf den Uterus localisierte. Derselbe war bei Berührung intensiv schmerhaft.

Mit dem Auftreten des Exanthems wurde Wöchnerin sofort isolirt. Die Lochien wurden am 4. Tage missfarbig und stinkend; an den Schamlippen und dem Frenulum erschienen reichlich Puerperalgeschwüre; hierzu hatte sich eine Endometritis diphtheritica gesellt. Das Allgemeinbefinden war ein sehr schlechtes und gab zu ernsten Besorgnissen Anlass. Das Exanthem verlor sich in der zweiten Woche der Erkrankung; es folgte eine starke und lange sich hinziehende Desquamation. Im Urin war mässiger Eiweissgehalt vorhanden. Eine Besserung in dem Zustande trat jedoch erst am Ende der dritten Woche ein. Die Genesung erfolgte sehr langsam; die Patientin konnte am 14. März 1883 als Convalescentin entlassen werden.
Therapie: dieselbe.

Da dies Mädchen zur Zeit wieder auf der hiesigen geburtshilflichen Klinik als Schwangere weilt und trotz sorgfältigen Forschens nach einer Aetologie der

überstandenen Scharlatina keine Anhaltspunkte für dieselbe gefunden werden, so kann man kaum umhin, diesen Erkrankungsfall mit dem ersten in Verbindung zu bringen, wobei dann eine Incubation von 1 Monat angenommen werden müsste. Das erste Mädchen kam von einem Gute, wo seit langer Zeit kein Scharlach vorgekommen war: sie befand sich schon fünf Woehen in der Klinik, ehe die Krankheit ausbrach. Es konnte dann der Infectionssstoff nur durch irgend eine Schwangere von Auswärts in die Anstalt geschleppt worden sein. Bei dem zweiten Krankheitsfalle muss trotz aller Vorsichtsmaassregeln nach Ausbruch der ersten Erkrankung, trotz aller Desinfectionen, welche in dem Isolirzimmer und mit den Gegenständen, die mit der Wöchnerin in Berührung gekommen waren, doch ein Ansteckungsheerd — vielleicht das Kleiderspind, in welchem die Gegenstände einer Reihe von Wöchnerinnen aufbewahrt werden — geblieben sein, von wo aus die Ansteckung erfolgte.

Interessant ist noch der Umstand, dass bald nach der 2. Erkrankung ein dritter Scharlachfall auf der gynäkologischen Abtheilung vorkam bei einer Frau, an der eine Prolapsoperation vorgenommen war; bald darauf erkrankte auch die Wirthschafterin. In diesen beiden letzten Fällen trat er in leichterer Form auf.

Fall III.

Frau M. aus Greifswald, 24 Jahre alt, seit 3 Jahren verheirathet, hat im Alter von 4 Jahren die Masern und im 5. Jahre den Keuchhusten überstanden. Als Kind war sie scrophulös und häufig von einem Ausschlage mit Borkenbildung, der manchmal bedeutende Flächen, namentlich am Kopfe einnahm, befallen. Im 14. Jahre wurde sie zum ersten Male menstruiert; die Menstruation selbst war stets unregelmässig und sehr stark. Erst nach der ersten Niederkunft wurde sie regelmässiger und schwächer. 18 Jahre alt erkrankte sie an einem acuten Gelenkrheumatismus, an welchem sie lange Zeit darniederlag. Seit dieser Erkrankung hatte sie noch häufig kleinere rheumatische Auffälle mit wenig Beschwerden. Scharlach hat sie nicht durchgemacht. Im 22. Jahre verheirathete sie sich, die erste Niederkunft verlief normal.

Die Kreissende hat starken Knochenbau und gut entwickelte Muskulatur; sonst ist nichts abnormes wahrzunehmen. Die Wehen stellten sich ein am 15. XI. 83 um 11 Uhr Abends. Die innere Untersuchung ergab eine 2. Schädellage, früh 4 Uhr erfolgte der Blasensprung, um ca. 8 Uhr Morgens erfolgte der Austritt der Frucht in normaler Weise. Eine viertel Stunde später wurde die Placenta nach Credé entfernt.

Der Verlauf der Geburt war somit ein normaler; ebenso war die Person während Schwangerschaft nie krank.

Status praesens vom 16. XI. 83 am ersten

Tage des Wochenbetts:

Temp. 37,1, Puls 64.

Die Zunge ist klar, der Appetit gut, Stuhlgang ist nicht erfolgt, Harnentleerung ohne Beschwerden; der Fundus uteri steht 2 Finger breit unterhalb des Nabels; der Bauch ist nicht empfindlich, Lochia cruenta, ziemlich copiös. Sensorium ist gut, Schlaf wenig vorhanden.

Status praesens vom 17. XI. 83.

Temperatur 37,0, Puls 53.

Zunge klar, Appetit gut, Stuhlgang ist erfolgt; Stand des Uterus etwa wie Tags vorher; der Bauch ist nicht empfindlich; die äusseren Geschlechtstheile zeigen ein vollständig normales Aussehen; Lochia cruenta, immer noch sehr reichlich; Sensorium ist gut; Schlaf ist bis jetzt noch nicht eingetreten.

Status praesens vom 18. XI. 83:

Temp. 37,0, Puls 60.

Die Zunge ist ein wenig belegt, Appetit aber gut, Stuhlgang ist erfolgt. Der Muttergrund steht 3 Finger breit unterhalb des Nabels, Lochien normal,

Bauch nicht empfindlich, Sensorium gut, Patientin hat ziemlich gut geschlafen. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes.

Status praesens vom 19. XI. 83.

Temp. 39,7, Puls 120. Wöchnerin klagt über grosse Hitze, namentlich im Kopfe, die Inspection ergibt eine Röthung des Gesichtes; da es schon etwas dunkel im Zimmer, wird die Röthe wenig beachtet. Auf Befragen nach dem subjectiven Befinden giebt Wöchnerin an, „dass es ihr schon 14 Tage lang in allen Gliedern gesteckt habe“ und dass sie Morgens gegen 9 Uhr einen heftigen Schüttelfrost gehabt habe, dem alsdann die grosse Hitze gefolgt sei. Die Zunge erscheint belegt, grosses Durstgefühl, Stuhlgang ist erfolgt; die Harnmenge ist verringert, der Urin hochgestellt; Fundus uteri 4 Finger breit unter dem Nabel; das abdomen ist nicht empfindlich. Lochien normal. Schlaf während vergangener Nacht ziemlich gut.

Status praesens vom 20. XI. 83.

Morgens: Temp. 40,0, Puls 130. Trotz des hohen Fiebers ist das subjective Befinden der Wöchnerin ein gutes; die Röthung, welche Tags zuvor nur am Gesicht bemerkbar war, hat sich über den ganzen Körper, mit Ausnahme der Unterschenkel, verbreitet. Am Halse und an der Brust erkennt man linsen-

grosse, scharlachrothe Flecken, welche am Unterleibe und an den Oberschenkeln vollständig in einander übergegangen sind und eine rothe Fläche darbieten. Wie die vordere Körperfläche, so ist auch die hintere von dieser charakteristischen Röthung befallen. Die Flecken sind vollständig glatt, nicht prominent, auch zeigt sich weder Blasen- noch Pustelbildung. Die Zunge ist belegt, grosses Durstgefühl. Die Inspection des Rachens ergiebt nichts anomales. Halsschmerzen sind nicht vorhanden. Stuhlgang ist erfolgt. Urin hochgestellt, ohne Eiweiss, Menge verringert. Stand des Fundus uteri 4—5 Finger breit unter dem Nabel, Abdomen nicht empfindlich, äussere Geschlechtstheile normal, Lochien serös, Sensorium frei, Nachts vorher mittelmässiger Schlaf.

Therapie: Digitalisinfus mit acid phosphor.

Abends: Temp. 40,8 Puls 140. Das subjective Befinden ist ein ziemlich gutes; die Röthung, welche sich noch über die Unterschenkel ausgebreitet hat, fängt bereits am Halse und am oberen Theile der Brust zu erblassen an, um so intensiver aber ist sie am Abdomen und an den Oberschenkeln; Zunge ist belegt, doch Appetit vorhanden, Stuhlgang nochmals erfolgt. Die Inspection des Rachens ergiebt nichts abnormes, Halsschmerzen nicht vorhanden. Lungen

gesund, Urin ohne Eiweiss. Abdomen schmerzlos.

Therapie: dieselbe. Kalte Kopftumschläge.

Status praesens vom 21. XI. 83.

Morgens: Temp. 39,4 Puls 120,0. Das Exanthem ist bereits bis an das untere Ende der Sternum erblasst; die Inspection des Rachen ergibt eine mässige Schwellung der rechten Tonsille, Hals- schmerzen nicht vorhanden, Lungen, Nieren gesund. Subjectives Befinden mässig, da starke Kopfschmerzen sind; wenig Schlaf.

(Therapie: Dieselbe).

Abends; Temperatur 40,7. Puls 135,; Das subjective Befinden ist besser. Ein weiteres Erblassen und weitere Ausbreitung des Exanthems ist nicht zu constatiren; die Schwellung der rechten Tonsille hat etwas zugenommen; Halsschmerz nicht vorhanden. Urin ohne Eiweiss. Geschlechtstheile normal. Uterus nicht empfindlich. Therapie: Mixtur von Natr. salicyl mit, succ liquerit. Kalte Compressen auf Kopf.

Status praesens vom 22. XI. 83.

Morgens: Temperatur 38,5 Puls 110. Befinden ist ein gutes. Die Erblassung des Exanthems ist bis zum linken Oberschenkel vorgeschritten, der fast ganz erblasst ist; der rechte dagegen ist noch stark ge-

röthet. Die Schwellung der rechten Tonsille hat zugenommen, auch die linke ist etwas geschwollen; Patientin hat geringe Halsbeschwerden, Stuhl ist erfolgt, keine Kopfschmerzen, mässiger Schlaf, Herz, Lunge gesund, Harn ohne Eiweiss.

Abends: Temperatur 40,2. Puls 125. Die Röthung der befallenen Stellen hat wieder zugenommen, auch ist der linke Oberschenkel wieder stark geröthet. Stuhl zum 2ten Mal erfolgt. Uterus regelmässig zurückgebildet, nicht empfindlich; Halserscheinungen dieselben.

Status praesens vom 23. XI. 83.

Morgens: Temp. 38,4. Puls 98. Man erblickt am Unterleibe, namentlich um den Nabel herum, und an beiden Oberschenkeln kleine stecknadelkopfgrosse Bläschen mit wässrigem Inhalt (scarlatina miliaris). Rechte Tonsille ist noch etwas geschwollen, keine Halsschmerzen. Stuhlgang erfolgt.

Abends: Temp. 39. Puls 115. Die Haut erblasst bis auf den rechten Oberschenkel. Bläschenbildung noch vorhanden. Gesicht und Hals fangen an sich abzuschuppen (desquamatio furfuracea). Rechte Tonsille noch etwas geschwollen, keine Halsbeschwerden. Brustorgane und Herz normal. Uterus nicht empfindlich, sein Stand der Zeit des Wochenbetts entsprechend

Stuhlgang nochmals erfolgt, Urin ohne Eiweiss. Wöchnerin befindet sich wohl, hat aber noch viel Durst.

Therapie dieselbe.

Status praesens vom 24. XI. 83.

Morgens: Temp. 37,8, Puls 90. Abends: Temp. 38,3, Puls 98. Subjectives Befinden gut. Haut vollständig erblasst mit Ausnahme des rechten Oberschenkels, der ebenfalls zu erbllassen beginnt. Die Bläschen sind fast vollständig geschwunden. Auch die Brust fängt an sich abzuschuppen. Rechte Tonsille fest abgeschwollen. Uterus nicht empfindlich. Urin ohne Eiweiss.

Therapie: dieselbe, die Umschläge bleiben fort.

Status praesens vom 25 XI. 83.

Temp. 37,8, Puls 76. Das Exanthem ist vollständig geschwunden und die Abschuppung bis zum Nabel vorgeschritten. Zunge klar, Appetit gut, Stuhl ist erfolgt, Urin ohne Eiweiss. Tonsille abgeschwollen. Uterus nicht empfindlich.

Therapie nulla.

Status praesens vom 26. XI. 83.

Temp. 37,2, Puls 80. Die Abschuppung vollzieht sich bis zu den Oberschenkeln in grossen Hautfetzen (desquamatio membranacea) Stuhl vorhanden,

Urin normal. Der Patientin wird gestattet von nun an einige Stunden das Bett zu verlassen.

Status praesens vom 27. XI. 83.

Temperatur 37,5. Puls 80,0. Sämmtliche vom Exanthem befallenen Stellen befinden sich im Stadium der Abschuppung. Wöchnerin war zum ersten Male den Tag über ausser Bett.

Status praesens vom 28. XI. 83.

Temperatur 37,6. Puls 84. Die Abschuppung vollzieht sich in grossen Fetzen über den ganzen Körper. In der Nacht vom 27. zum 28. XI. erkrankte auch das Kind. Die Inspection ergab rothe Flecken von Stecknadelkopfgrösse über den ganzen Körper mit Ausnahme der Beine. Die Haut fühlt sich heiss an. Die Stimme etwas heiser. Temperatur nicht gemessen.

Status praesens vom 29. XI. 83.

Bei Wöchnerin Status idem.

Beim Kinde sind die rothen Flecken theilweise in einander übergegangen. Die Haut fühlt sich heiss an.

Status praes. 30. XI. 83.

Bei der Wöchnerin dauert die Abschuppung fort. Der Körper des Kindes zeigt wieder normales Aussehen, das Befinden ist ein gutes, die Heiserkeit geschwunden.

Der Abschuppungsprocess ist am 14. XII. 83 fast beendet. Fieber war während der Zwischenzeit nicht vorhanden. Wöchnerin wird als gesund aus der ärztlichen Behandlung entlassen.

Ueber die Aetiologye der Erkrankung liess sich feststellen, dass die Person während der letzten Wochen der Gravidität viel mit Familien in den benachbarten Häusern, wo Scharlach geherrscht hatte, in Berührung kam. In der Stadt waren einzelne Scharlachfälle vorhanden.

Hatten diese Wöchnerinnen nun wirklich Scarlatina in Puerperio? Die in Frage kommenden Symptome: Fieber, Exanthem, Abschuppung Angina, Urin, sprechen voll und ganz für dieselbe. Die Temperaturen entsprachen dem Typus, wie er sich bei den acuten Exanthemen vorfindet. Der Verlauf des Exanthems spricht ebenfalls für Scharlach, wie auch die Abschuppung. Bemerkenswerth ist nur das späte Auftreten der Affection im ersten Falle (in der Nacht vom 6 zum 7. Wochenbettstage), sowie die lange sich hinziehende Abschuppung in allen drei Fällen. Die Halsaffection war in einem Falle eine schwere, in den anderen eine unbedeutende. Der Urin enthielt in zwei Fällen Eiweiss, in einem nicht. Zu den beiden ersten Erkrankungen gesellten sich im Laufe der Krank-

heit schwere Secundärerscheinungen am Genitalapparat; im letztern Falle fehlte jede Localaffection. Alle drei Personen hatten noch keinen Scharlach überstanden, das Alter war zwischen 16 und 24 Jahren: zwei der Wöchnerinnen waren Primiparen.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Pernice, welcher mir das Material zu dieser Arbeit gütigst zur Verfügung stellte, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen. Desgleichen sage ich Herrn Privatdocenten Dr. Beumer für Ueberlassung eines Theiles der Literatur, sowie Herrn Dr. Peiper für seine liebenswürdige Unterstützung meinen besten Dank.

- - - - -

Literatur.

- Helm: Monographie der Puerperalkrankheiten. Wien 1845.
- Thomas: Scharlach. Aus A. v. Ziemssen's Handbuch der Pathologie und Therapie. Band II. Acute Infektionskrankheiten.
- Drei Fälle von Scharlach bei Wöchnerinnen: Liebmam. Archiv f. Gyn. Band X.
- Scarlatina in puerperio: Grenser. Archiv f. Gyn. Band XVI. Untersuchungen über die Complication des Puerperium mit Scharlach und die sogenannte „Scarlatina puerperalis“: Olshausen. Archiv f. Gyn. Band IX.
- Scharlach im Puerperium: William Sykes. Centralblatt für Gyn. Jahrgang 1881, 19. März.
- Pathologie und Therapie des Wochenbetts: Winkel 1878.

Lebenslauf.

Amandus Gustav Blaesing, evangelischer Confession, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Hermann Blaesing und dessen verstorbener Gattin Henriette, Charlotte, geb. Bock, wurde zu Pyritz i. Pomm. am 26. Oktober 1858 geboren. Er besuchte zuerst das Gymnasium zu Pyritz, darauf das zu Greiffenberg i. Pomm. und bestand daselbst am 29. September 1879 das Abiturientenexamen. Er widmete sich dem Studium der Medizin zu Berlin ein Semester, dann zu Freiburg i. Baden drei Semester und absolvierte dort am 29. Juli 1881 das tentamen physiorum. Darauf studirte er je zwei Semester in Breslau und Greifswald. In letzterem absolvierte er vom 19. November 1883 bis zum 1. März 1884 das medizinische Staatsexamen. Das Examen rigorosum bestand er am 26. März 1884.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

1) in Berlin:

Prof. Dr. Hartmann, Geh. Rath Prof. Dr. Hofmann,
Geh. Rath Prof. Dr. Reichert, Prof. Dr. Schwendener.

2) in Freiburg i. B.:

Hofrath Prof. Dr. von Bahd, Geh. Rath Prof. Dr. Ecker,
Dr. Gräber, Prof. Dr. von Kries, Prof. Dr. Warburg,
Geb. Hofrath Prof. Dr. Weismann, Prof. Dr. Wiedersheim,
Prof. Dr. Willgerodt.

3) in Breslau:

Geh. Rath Prof. Dr. Biermer. Med.-Rath Prof. Dr. Fischer. Geh. Rath Prof. Dr. Fritsch. Dr. Kolaczek. Prof. Dr. Ponfick. Prof. Dr. Sommerbrodt.

4) in Greifswald.

Prof. Dr. Arndt. Dr. Beumer. Prof. Dr. Grohé. Prof. Dr. Krahler. Prof. Dr. Landois. Dr. Loebker. Prof. Dr. Mosler. Geh. Rath Prof. Dr. Pernice. Prof. Dr. von Preuschen. Prof. Dr. Rinne. Prof. Dr. Schirmer. Prof. Dr. Schulz. Dr. Strübing. Prof. Dr. Vogt.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

*Die Scarlatinum puerperalis ist identisch mit dem
genauen Scharrlach.*

II.

*Bei ausgeprägten Fällen von Ileus ist, sobald
dieselben nicht nach energischer Anwendung von Opium
verschwinden, die frühzeitige Laparotomie zu empfehlen.*

III.

*Bei Fractura femoris ist die permanente Extension
dem Gipsverband vorzuziehen.*



15966

15966