

Beobachtungen aus der Praxis.

Von

Dr. STEIGER in Luzern.

Ich erlaube mir in folgenden Blättern einige Mittheilungen zu machen, denen bald mehr wissenschaftliches, bald mehr praktisches Interesse nicht abzusprechen ist. Ich bedaure, dass ich nicht immer Gelegenheit hatte, ganz vollständige Aufzeichnungen vorzunehmen, wie genaue Temperaturmessungen, Harnanalysen u. s. f. Wenn man Tag und Nacht den einzelnen Patienten nachzugehen hat, und diese sich ungemein häufen, so ist es nicht möglich so vorzugehen, wie in einem Spitale, wo man keine Zeit mit den Besuchen verliert. Ich habe mich daher in den einzelnen Fällen mehr an das Gesamtbild gehalten, weil dasselbe meinem Standpunkte als ausübender Arzt entspricht, und weil, wie ich glaube, allzu umständliche Berichte überschlagen werden. Die Medizin ist für den Praktiker die ars medendi. Wir haben es mit den Leuten zu thun, und diese geben Dem recht, welcher von sich rühmen kann, wie unser Bürger Hans Bendix den Schäfer zum Abte sagen lässt:

„Versteh' ich gleich nichts von lateinischen Brocken,
So weiss ich den Hund doch vom Ofen zu locken!“

Dem lieben Publikum ist es vollkommen gleichgültig, ob die Hülfe ihm von einem Doctor promotus oder von einem Wunderarzte kommt.

Fall von traumatischem Pneumo-Pericardium; consecutiver Pericarditis mit flüssigem Exsudat. Heilung.

Dominik Schwendmann, 35 Jahr alt, robuster Landarbeiter auf einem Gute bei Luzern, fiel 26 Sprossen einer Leiter hoch auf festgefrorenen Boden, und erlitt dabei erhebliche Verletzungen, wie Bruch des linken Radius, Quetschungen der Schulter derselben Seite und anderer Theile, so namentlich des linken Brustkorbes. Ich sah den betreffenden Mann zwei Stunden, nachdem der Unfall sich ereignet hatte. Er lag halb auf dem Rücken, halb auf der linken Seite, klagte über grosse Schmerzen beim tiefen Athmen, athmete wirklich angestrengt, und zeigte ein geröthetes Gesicht. Er gab übrigens an, nach dem Falle mittelst Unterstützung eines Nebenknechtes noch nach Hause gegangen zu sein. Die Brusterscheinungen waren dem Ansehen nach nicht so dringend, dass ich nicht zuerst noch den Knochenbruch gehörig besorgt hätte, um dann nachher um so ungestörter die Untersuchung des übrigen Körpers genauer vorzunehmen. Der Verwundete lag eben in einer dunkeln engen Kammer, und das herbeigeschaffte Oel-lämplein vermochte nicht das hellste Licht zu verbreiten. Schon während des Anlegens des Verbandes war mir ein eigenthümliches Geräusch aufgefallen, das von der linken Brustseite des Kranken auszugehen schien. Es bestand in einem regelmässig wiederkehrenden zwei bis drei Schritte weit hörbaren plätscherndem oder quatschendem Geräusch, ungefähr wie Uätsch, Uätsch. Es machte sich selbst der Umgebung bemerklich, die davon schlecht für das Leben des Verletzten augurirte. Der auf die linke Thoraxhälfte aufgelegten Hand war dieses Geräusch so deutlich, wie wenn bloss eine ganz dünne Schichte zwischen ihr und dem Orte des Entstehens läge. Es konnte dasselbe bereits als gleichzeitig mit dem Herzstosse entstehend erkannt werden. Letzterer war übrigens nicht sichtbar und sehr wenig fühlbar. Die Inspection liess nichts Besonderes entdecken, namentlich keine Vorwölbung eines Theiles der Brust. Dagegen war durch die Percussion in horizontaler Lage des Kranken keine Herzdämpfung aufzufinden; überall zeigte sich vorn ein voller sonorer, aber nirgends eigentlich tympanitischer Schall, wenn letzterer auch auf der linken Seite in ziemlicher Ausdehnung auffallend kräftig war. Seitlich und hinten links gewöhnlicher Lungenton. Sass der Kranke, so wurde der Herzstoss deutlicher, fühlte sich etwa zwei Zoll gerade unter der Brustwarze. Es gelang alsdann auch in jener Gegend eine ganz umschriebene, wenig ausgedehnte Dämpfung zu constatiren. Die Auscultation ergab überall deutliches vesiculäres Athmen. In der Herzgegend liess sich eben das bereits beschriebene Geräusch ungemein stark hören, und zwar in weiter Ausdehnung, am stärksten etwas unterhalb der Brustwarze. Es blieb sich ganz gleich bei angehaltenem Athem und verdeckte die Herztöne so ziemlich. Letztere waren indessen bei sehr gespannter Untersuchung noch schwach zu bemerken und schienen nicht verändert. Die Halsgefässe boten keine ungewöhnlichen Erscheinungen dar; der Puls mittelgross, auffallend langsam, 60—70 per Minute, sonst regelmässig. Uebrige Organe gesund. Die Dyspnoe, wie bereits erwähnt, keineswegs hochgradig; ich konnte den Kranken gut untersuchen, wenn er von Gehülfen gehalten wurde. Alle Klagen desselben bezogen sich mehr auf die äussern Verletzungen, namentlich das Schultergelenk; der Schmerz auf der linken Brustseite konnte ebenso gut auf Quetschung der Weichtheile und der Rippen, als auf die innern Veränderungen bezogen werden. Ein äusseres Emphysem zeigte sich nirgends.

Ich gestehe offen, dass ich mehrmals genau zu untersuchen hatte, um mich zu sichern, dass die erwähnten Resultate auch wirklich vorhanden seien; denn ein solcher Fall war mir noch nie vorgekommen. Eine Lungenaffection hatte ich jedenfalls nicht

vor mir; der Kranke verspürte keinen Hustenreiz und hatte keinen blutigen Auswurf; ein Rippenbruch war nicht zu entdecken. Ein Pneumothorax konnte ebenfalls ausgeschlossen werden; es sprach auch nicht ein Zeichen für denselben, mit Ausnahme der nicht auffindbaren Percussionsdämpfung des Herzens. Dagegen war weder letzteres, noch waren die Lungen, noch irgend ein anderes Organ verdrängt; die Dyspnoe überdies eine verhältnissmässig geringe. Ich musste also an ein Herzleiden denken. Dieses konnte nur ein Pneumo-Pericardium sein. Nur Luft im Herzbeutel *abgeschlossen* konnte jede Dämpfung des Schalles in jener Gegend verschwinden machen, ohne zu gleicher Zeit ein Zellgewebs-Emphysem hervorzubringen. Nur die Anwesenheit von Luft im Herzbeutel konnte ein je nach der Lage des Patienten verändertes Resultat der Percussion herbeiführen. Woher nun die Luft? Gewiss nur aus der Lunge. Es setzt dieses voraus, da keine Luft im Pleurasack nachzuweisen war, dass die Lunge irgenwo mit dem Herzbeutel verwachsen sein musste. Wirklich hatte auch der Verletzte seit einiger Zeit an Schmerzen in der linken Brust gelitten, die wohl von einer leichten Plenresie herrühren konnten, und durch welche eine Verlöthung zwischen Lunge und Herzbeutel entstanden sein mag. Diese Stelle muss nun eingerissen sein, und durch den Riss trat Luft in das Pericardium ein. Der Luftaustritt muss aber doch bald ein Hinderniss gefunden haben, ansonst jedenfalls heftigere Erscheinungen eingetreten wären. Aber nicht nur Luft, sondern auch Flüssigkeit musste sich im Herzbeutel befinden; denn nur in diesem Falle konnte ein so quatschendes Geräusch hervorgebracht werden. Die Flüssigkeit wird wohl Blut gewesen sein; entweder aus der Lunge, oder, was viel wahrscheinlicher ist, aus den Gefässen des Herzbeutels selbst, da kein Blutspucken vorhanden war.

Der Verlauf bestätigte meine Diagnose, die ich anfänglich mit einem grossen Fragezeichen versehen hätte. Während drei Tagen blieben die Erscheinungen ungefähr dieselben; nur wurde der Puls etwas schneller, und zeigte sich eine mässige Temperatursteigerung; auch das Seitenstechen vermehrte sich. Beständige kalte Ueberschläge, wiederholt gesetzte Blutegel, Digitalis und Nitrum wirkten günstig. Allmählich nahm das Geräusch bedeutend an Intensität ab, verlor seinen ursprünglichen Charakter und ging zuletzt in ein unverkennbares pericardiales Reibe- und Schabegeräusch über. Damit stellte sich ein deutlicherer Herzstoss ein, man war im Staunde die Umrisse des Herzens durch die Percussion zu bezeichnen und bald auch ein pericardiales Exsudat nachzuweisen. Die Lungen boten die ganze Zeit durch ausser leichtem Katarrh nie besondere Erscheinungen dar. Der Kranke trat am 8. Tage in ein Spital ein, da ich ihm erklären musste, die Sache würde nicht sobald abgelaufen sein. Er wurde dort vollkommen hergestellt. Ich habe ihn seither untersucht und keinerlei Brustsymptome, weder objective noch subjective mehr auffinden können. *Schwendmann* consultirte mich nur wegen einer von der Radiusfractur zurückgebliebenen leichten Steifigkeit des Handgelenks.

Es sei mir vergönnt, an vorstehende Krankengeschichte einige Bemerkungen zu knüpfen. Bekanntlich sind Fälle von Pneumopericardium, namentlich solche traumatischen Ursprungs ohne äussere Verletzung sehr selten. Es sind die wohlconstatirten sämmtlich mit Tod abgegangen, so dass Prof. *Bamberger* in seinem Lehrbuche bezweifelt, ob der Kranke, welcher nach *Stokes* ein traumatisches Pneumo-Pericardium überstanden, wirklich an der diagnosticirten Krankheit gelitten habe. Ich darf nun kaum verlangen, dass mein Bericht glaubwürdiger erscheine, als der einer

Autorität im Gebiete der Brustkrankheiten; um so mehr, als es mir nicht gelingen wollte, die Luftansammlung im Herzbeutel durch den angeblich specifisch tympanitischen Percussionschall von den andern lufthaltigen Organen der Brust genau zu unterscheiden, und weil die Athemnoth des Verletzten und das gewöhnlich angegebene Angstgefühl nicht besonders hervorragten. Auf subjective Gefühle wird man indessen nicht leicht eine Diagnose bauen wollen. Der nachweisbar fehlende Pneumothorax, die vollkommene Unversehrtheit des Lungengewebes in Verbindung mit den positiven Ergebnissen der Percussion und Auscultation des Herzens, sowie der Verlauf des Processes überhaupt scheinen mir indessen doch genügend, um die von mir gestellte Diagnose eines Pneumo-Pericardium zu rechtfertigen. Prof. *Biermer* sagt zwar bei Besprechung mehrerer Fälle von Pneumothorax (schweiz. Zeitschrift für Heilkunde 1. und 2. Heft 1863), dass unter Umständen auch ohne Pneumo-Pericardium durch die Bewegung des Herzens der Thoraxraum so in Schwingungen gesetzt werden könne, dass ganz ungewöhnliche, aus der Ferne vernehmbare, den Herzactionen synchrone Geräusche entstehen. Man möchte versucht sein, auch bei meinem Falle etwas ähnliches anzunehmen. Dagegen muss ich eben nur wiederholen, dass von einem Pneumothorax gar nichts zu entdecken war. Das Verschwinden der ungewöhnlichen Phänomene mit dem Auftreten der Pericarditis, der Uebergang namentlich des quatschenden Geräusches in das gewöhnliche Reiben und Schaben sprechen klar dafür, dass das Uebel im Herzbeutel seinen Sitz aufgeschlagen hatte. —

Anteversio uteri, Sterilität; Hebung beider Zustände ohne mechanischen Eingriff.

Frau O... von Stanz, 35 Jahre alt, hatte in erster Ehe 3 Kinder geboren; blieb aber jetzt seit einigen Jahren Wiederverheirathung ohne weitem Segen. Ihr Mann, ein breitschultriger Bergbewohner, mochte bei seinem Wunsche, eigene Kinder zu besitzen, nicht schuld sein an der Unfruchtbarkeit seiner Frau. Diese, etwas bleich aussehend, sonst kräftig und gut genährt, klagte über Schmerzen bei der Defaecation und Miction, über häufiges Drängen im Unterleibe, über Schmerzen im Rücken und in den Lenden. Alle diese Beschwerden steigerten sich um ein bedeutendes bei der sonst regelmässig eintretenden Menstruation. Auf diesen Bericht hin musste ich in erster Linie bei ihr die Ursache der ausbleibenden Schwangerschaft vermuthen, trotz ihrer frühern Geburten. Die Untersuchung bestätigte auch meine Ansicht. Ich fand eine so vollkommene Vorwärtsdrehung der Gebärmutter, dass der Grund der letztern ziemlich tiefer nach vorn gelagert war, als der äusserst schwer zu erreichende und fest gegen die hintere Scheidenwand gepresste Scheidentheil. Ich konnte mir nun sämmtliche Beschwerden der Frau leicht aus mechanischen Gründen erklären. Die Gebärmutter zeigte noch etwas Beweglichkeit. Dieses, sowie der Umstand, dass die Frau bisher an keinen besondern Entzündungserscheinungen gelitten hatte, liessen mich hoffen, dass eine Herstellung der normalen Verhältnisse noch möglich sei. Trotz der Empfehlung einiger Gynaecologen,

namentlich *Mayer* in Berlin für gewisse Arten mechanischer Aufrichter einer geknickten oder gedrehten Gebärmutter, mochte ich mich doch nicht dazu entschliessen, da die Entfernung der Patientin von meinem Wohnorte mir nicht die gewünschte und so nothwendige Ueberwachung gestattete. In dieser Verlegenheit erinnerte ich mich, dass Prof. *Simpson* in Edinburgh unter den Ursachen der Retroversio uteri unter andern auch die Gewohnheit vieler Frauen anführt, ihren Harn über Gebühr lange zu halten¹⁾. Ich dachte nun, wenn die gefüllte Harnblase im Stande ist, eine normal gestellte Gebärmutter rückwärts zu richten, so muss sie noch viel wirksamer sein für die Aufrichtung eines antevertirten Uterus. Ich rieth also der Frau, sie solle in Zukunft ihren Harndrang nur dann befriedigen, wenn die höchste Noth dazu vorhanden sei, und lud sie ein, in vier Wochen wieder zu erscheinen. Sie folgte meinem Rathe. Ich fand nun das Gebärorgan beträchtlich anders gelagert. Der Grund desselben war nicht mehr deutlich zu fühlen und der Scheidentheil stand viel tiefer. Bereits hatten auch alle frühern Beschwerden nachgelassen. Die Regeln waren ohne Schmerz eingetreten, Stuhl und Harn konnten jetzt ohne Anstände entleert werden. Ich hatte also bloss mein Continuität anzuordnen. In fernern vier Wochen hatte der Uterus so zu sagen seine normale Lage angenommen. Bald blieben nun die Regeln aus, und jetzt befindet sich die Frau schwanger im sechsten Monat. Wohl zum ersten Male hat Harnretention eine Unfruchtbarkeit gehoben!

Man mag nun einwenden, mein Rath sei nicht gar vorsichtig gewesen; denn er hätte schlimme Folgen für die Gesundheit, vielleicht für das Leben der Frau haben können. Wie leicht mochte er einen Blasenkatarrh, Blasenlähmung, sogar Nierenleiden herbeiführen! Mir sind und waren die Gefahren der Harnverhaltung gar wohl bekannt; sie haben mir schon mehr als genug Unannehmlichkeiten bereitet; aber, und das war in unserm Falle die Hauptsache, es betraf eine Frau und keinen Mann, Einem letztern möchte ich den gleichen Rath nie ertheilen, während die anatomischen Verhältnisse denselben beim weiblichen Geschlechte wohl ohne Bedeutung lassen, namentlich wenn er nur unter bestimmten Umständen befolgt wird. Ich glaube daher, die angegebene Methode zur Wiederaufrichtung der antevertirten Gebärmutter dürfte auch fernerhin versucht werden. In jedem Falle scheint sie einfacher und viel weniger gefährlich als jede Manipulation mit Instrumenten irgend welcher Art. Wie schonend hebt die allmählich sich anfüllende Harnblase den auf ihr ruhenden Uterus-Grund in die Höhe. Jede stärkere Zerrung, jedes Zerreißen von leichten Adhäsionen wird vermieden. Letztere, falls solche vorhanden sind, dehnen

¹⁾ Dr. *Mayer* widerspricht zwar diesem Satze, indem er bei Leichenexperimenten die Blase durch Injectionen bis zum Nabel ausdehnen musste, um an der Gebärmutter eine Bewegung nach hinten hervorbringen zu können. Ich glaube aber kaum, dass solche Resultate sofort auf die Verhältnisse am Lebenden übertragen werden können, wo eben noch andere Factoren thätig sind, als nur die passive Ausdehnung der Blase. Man denke an allmähliche Erschlaffung und Längerwerden der Bänder, an die Bauchpresse u. s. f.

sich nach und nach, und so ist es möglich, dass das dislocirte Organ seinen alten Platz wieder annehmen kann. Ist für den Augenblick eine stärkere Spannung eingetreten, so wird eine Frau wohl genöthigt sein, ihren Harn zu lösen, worauf sofort Erleichterung folgen muss. Solches ist aber nicht der Fall bei Einführung von Instrumenten, die im Uterus liegen bleiben sollen. Bei unserer Patientin wäre es anfänglich äusserst schwierig, ohne stärkere Zerrung oder Verletzung vielleicht gar nicht möglich gewesen, einen z. B. von Dr. Mayer angegebenen Redresseur in den Muttermund einzuführen. Als bereits einige Besserung eingetreten war, ist ein solcher ganz überflüssig geworden. Wie vorsichtig man mit dem Einführen und Liegenlassen von Instrumenten in die Scheide und die Gebärmutter sein muss, mag folgender Fall von Neuem beweisen. Er soll eine Stütze meiner in oben stehender Krankengeschichte angeführten Ansicht sein, instrumentelle Hülfe bei Dislocationen der weiblichen Geschlechtsorgane möglichst zu vermeiden.

Blasenscheidenfistel, hervorgebracht durch einen Zwanck'schen Hysterophor; bedeutende Besserung durch Aetzungen mit Höllenstein.

Frau B. . . . 40 Jahr, Mutter von mehreren Kindern, leidet seit Jahren an einem Vorfalle der Gebärmutter, gegen den sie längere Zeit durch einen Zwanck'schen Hysterophor getragen hat. Derselbe war vor fünf Monaten zum letzten Male entfernt und dann wieder eingeführt worden. Ohne besondere Schmerzen zu empfinden, fühlte die Frau auf einmal, dass ihr Harn beständig unwillkürlich abfloss, alle Wäsche durchnässt wurde und sie stets einen urinösen Geruch verbreitete. Nach kurzer Zeit schon rötheten sich und schmerzten die äussern Genitalien und die Oberschenkel. Bei der Untersuchung traf ich tief in der Scheide den ungemein hoch stehenden Hysterophor, der sich aber nicht entfernen liess. Die eine metallene Seitenstange war zerbrochen, das Gewind so eingerostet, dass ich allerlei Schlosserwerkzeug brauchte, um mit Mühe und unter grossen Schmerzen für die Frau das Instrument herauszubekommen. Der eine Flügel haftete ziemlich fest im Gewölbe, und ich musste ihn eigentlich aus dem sehr matsch sich anfühlenden Gewebe losschälen. Er war mit Eiter und Blut bedeckt. Ich konnte nun wirklich an der Anheftungsstelle des Scheidentheils nach vorn rechts eine Oeffnung entdecken, in die ich mich aber hütete, jetzt schon tiefer einzudringen, da ich fürchtete, bei der leichten Zerreiblichkeit der veränderten Scheidewand grösseres Unheil anzurichten. Ich liess einige Tage vorbeigehen, bis die Schmerzen im Unterleibe und das aufgetretene Fieber nachgelassen hatten, und untersuchte vorerst manuell. Ich konnte nun leicht zwei Finger in die von etwas harten Rändern umgebene Oeffnung in die Scheidenwand einbringen, gelangte aber nicht in die Blase; und ebensowenig vermochte ich von letzterem Organe aus mittelst eines Katheters meiner Fingerspitze zu begegnen. Durch das Speculum erkannte man einen wohl einen halben Zoll langen, in Mitten stärker gerötheten Gewebes von leicht schwärzlich gefärbten Rändern umgebenen und etwas klaffenden Substanzverlust, aus welchem beständig Harn abfloss, namentlich beim Husten oder bei andern noch so kleinen Bewegungen der Patientin. Die Diagnose einer Scheidenblasenfistel war somit festgestellt. Ebenso liess sich erkennen, dass zwischen der Oeffnung in der Scheide und derjenigen der Blase noch eine Art Canal existiren

müsse, der schief von hinten und oben nach vorn und unten verlaufe. Ich nahm diese Richtung an, weil ich von der Blase aus mit dem Katheter nicht in die Scheide gelangen konnte. Von der Scheide aus einfach zur Exploration Instrumente durchzuschieben, mochte ich nicht vornehmen, um nicht etwa eine senkrechttere Richtung des Canals herbeizuführen. Die schiefe Richtung des letztern bewog mich, der Frau noch etwas Hoffnung zu machen, dass vielleicht ohne blutige Operation der Verschluss gelingen könne. Ich zog die Gebärmutter ziemlich leicht mit der Muzeux'schen Zange herunter und ätzte die Fistel mit Höllestein. Die Frau sollte das Bett hüten. Ich wurde nun zwei Wochen lang gehindert, die Kranke wieder zu sehen. Sie liess mir berichten, sie glaube jetzt, es werde ohne Operation gehen; es habe sich bedeutend gebessert; sie könne den Harn Stundenlang halten. Ich untersuchte nun von neuem und fand wirklich eine auffallende Verkleinerung der Oeffnung in der Scheidenwand. Ich nahm Anstand, diesen günstigen Verlauf einzig der Aetzung zuzuschreiben, sondern rechnete eben so viel der Narbencontraction von der Verschwärung her. Ich wiederholte indessen erstere von nun an alle 8 Tage. Einige Zeit lang schien eher wieder eine Verschlimmerung einzutreten, was aber nur dem Herumgehen der Frau zuzuschreiben war. Nach und nach kam es soweit, dass nach jeder Aetzung während 24 bis 36 Stunden kein Harn unwillkürlich abging und Patientin wieder sehr viel selbstständig uriniren konnte. Die Fistelöffnung selbst ist jetzt noch so gross, dass gerade ein kleiner Stift einzudringen im Stande ist, und alles lässt erwarten, dass wir glücklich ans Ende kommen werden. Gleichzeitig hat die Gebärmutter durch die öftere Aetzung wieder viel festern Halt gewonnen, so dass es jetzt bedeutend schwieriger geht, dieselbe herunterzuziehen als anfänglich.

Sollte meine Ansicht über die Heilung sich nicht bestätigen, so würde ich die blutige Vereinigung versuchen. Leider haben bei solchen Fällen die wenigsten Chirurgen so glänzende Ergebnisse wie Prof. *Simon* in Rostock.

An diese zwei gynäkologischen Fälle möchte ich noch einen geburts-hilfflichen anreihen.

Eclampsie vor Erwichen der Wehenthätigkeit; Hebung derselben durch Aderlass und Opium. Glückliche Entbindung von Zwillingen. Febr. puerp. Tod.

Nannette D., Frau meines Freundes D., 25 Jahr alt, zum ersten Male schwanger, wurde ungefähr 4 Wochen vor Ablauf ihrer Rechnung in der Nacht von Convulsionen ergriffen. Ich sah sie morgens 4 Uhr und kam gerade zu einem neuen Anfall. Derselbe war selbst heftig; die Frau drohte zu ersticken, die Zunge hatte sich zwischen den Zähnen eingeklemmt; Blut und Speichel lief zum Munde heraus; dabei vollständige Bewusstlosigkeit, klonische und tetanische Zuckungen. Ich konnte über die Natur des Uebels nicht im Zweifel sein; ich hatte es mit einer Eclampsie zu thun; leider, wie die Untersuchung lehrte, kaum mit der einer Gebärenden. Der Scheiden theils noch fest, einige Linten gross zu fühlen, die Scheide ohne die geringste vorbereitende Auflockerung und Feuchtigkeit. Die Anfälle hatten sich schon öfters wiederholt; wie manchmal konnte mir der Ehemann nicht sagen, da er die ersten selbst nicht gesehen hatte. Die Frau war auch in der freien Zeit nicht bei sich; Pupille erweitert, Gesicht stark geröthet; Kopf heiss; Puls voll, beschleunigt. Als ursächliches Moment konnte ich ausser dem sehr ausgedehnten Unterleibe nichts ausfindig machen. Am Abend vorher sei Frau D. eigenthümlich unruhig gewesen, habe nie zu Bette gehen wollen, und sich besonders über einen Druck in der Magengrube beklagt. Geschwollene Füsse fehlten.

Da ich kein Anhänger der Theorie des kohlensauren Ammoniakcs bei Eclampsie bin, so schritt ich zum Aderlass und entleerte ungefähr 12—14 Unzen Blut. Darauf folgte sofortige bedeutende Besserung, die Frau kam binnen 10 Minuten zu sich, wenn auch noch nicht vollkommen, indem sie ihre Lage nicht recht zu begreifen schien. Der Athem wurde freier, die Beweglichkeit der Pupillen grösser. Da der Kopf heiss war, und die Kranke über Kopfweh klagte, verordnete ich Eisüberschläge und liess stündlich $\frac{1}{2}$ Gran Opium mit 1 Gran Calomel nehmen. Was ich nicht hoffen durfte, geschah: es folgte kein Anfall mehr. Die Geburt kam allmählig in Gang; es präsentirte sich der Schädel; die Wehen waren indessen schwach, unausgiebig. Als gegen 8 Uhr Abends der Kopf ungefähr zwei Stunden auf dem Boden der Beckenhöhle geblieben war, ohne weiter vorzurücken, entwickelte ich mittelst der Zange sehr leicht einen kleinen, schwächlichen Knaben. Als ich zur Entfernung der Nachgeburt den *Crede'schen* Handgriff anwenden wollte, fühlte ich die Gebärmutter noch sehr vergrössert; und siehe da, es war noch ein zweites Kind vorhanden, quergelagert. Ich wandte und extrahirte, was bei der noch stehenden Blase, der wenig zusammengezogenen Gebärmutter und dem wirklich sehr kleinen Knäblein so leicht gelang, dass Frau D. . nachher bemerkte, die letzte Operation hätte ihr weniger Schmerzen verursacht, als die Application der Zange. Beide Kinder lebten, leben noch und gedeihen. Nachdem die beiden Nachgeburten entfernt waren und die leichte Blutung durch Einspritzen von kaltem Wasser in die Gebärmutterhöhle gestillt, befand sich die Entbundene so wohl und ordentlich, dass ich keine besondere Verordnung für nöthig hielt; der Puls mässig schnell; das frühere Kopfweh verschwunden; die Gebärmutter nicht empfindlich, zusammengezogen. Eins nur war auffällig. Frau D. . hatte im Ganzen 4 Gran Opium genommen; sie war etwas apathisch, leicht somnolent, und äusserte ihre Verwunderung, dass sie nicht so viel Vergnügen an ihren Kindern empfinde, wie sie sich das früher vorgestellt habe; doch hoffte sie, es werde dieses schon noch kommen. Die folgende Nacht verlief prächtig. Am andern Tage fand ich leichte Empfindlichkeit in der Gebärmutter, Auftreibung des Unterleibs, wenig Fluss, Durst, einen Puls von 120. Frost war nicht eingetreten. Gleichwohl nahm ich ein beginnendes Puerperalfieber an in Anbetracht des Vorausgegangenen. Da ich unter solchen Umständen bei Prof. *Scufert* in Prag günstige Erfolge von der ausleerennden Methode gesehen hatte, und dieselbe erst kürzlich von Prof. *Breslau* in Zürich ebenfalls in grösserm Umfange bestätigt worden waren, so ging ich zu Laxanzen über; wählte anfänglich der Schmerzhaftigkeit des Uterus wegen Calomel, später Infus. fol. Senn. Täglich erfolgten 4 bis 6 Stühle. Nach 4 Tagen war jede Empfindlichkeit geschwunden, die Kranke konnte gut schlafen, der Bauch klein und weich, Durst gering, Zunge gereinigt, Puls auf 90 und weniger gesunken. Ich freute mich ungemein, die mir persönlich sehr nah gehende Frau bald einmal vollkommen hergestellt zu sehen. Es sollte nicht sein. Schon am folgenden Tage (5ter nach der Entbindung) trat von neuem heftiger Schmerz nicht in der Gebärmutter, sondern links von ihr, scheinbar im Peritonäum auf; dazu Brechen, stärkeres Auftreiben. Bald konnte man deutlich an jener Stelle eine Härte fühlen, die mit dem Uterus zusammenhing und die ich als Peritonäal-Exsudat ansah. Temperatur stark erhöht, Puls 130, rothe belegte Zunge, Sensorium frei. Der Unterleib trieb sich mehr und mehr auf. Blutegel, wiederholt applicirt, und Kataplasmen milderten zwar die heftigsten Erscheinungen, doch wollte sich der grosse Bauch nicht verkleinern, und es gelang in demselben freie Flüssigkeit neben festem Exsudat nachzuweisen. Am 7ten Tage Stechen und Beengung auf der Brust, besonders unter dem Brustbein. Die Untersuchung ergab 24 Stunden lang keine besondern Erscheinungen, als in ihrem Timbre veränderte Herztöne; was mich zur Annahme einer Myo-

oder Endocarditis bewog, zumal der Puls stets seine Frequenz beibehielt und öfters schwankte. Allmählig trat Bronchialkatarrh ein, pleuritisches Exsudat zeigte sich rechts bis zur Mitte der Scapula, und unter stetem Sinken der Kräfte des Körpers und des Geistes und unter zunehmender Athemnoth erfolgte am 10ten Tage der Tod.

Die Section ergab verbreiteten Bronchialkatarrh, rechtsseitige eitrige Pleuritis, im Herzbeutel eine kleine Ansammlung von blutig seröser Flüssigkeit, Herz nicht verändert; dann faserstoffig eitrige Peritonäitis mit massigem Exsudat, ausgehend vom linken Eierstock, der ganz in dicke Faserstoffschwarten eingebettet war. Uterus ohne besondere Veränderung. Allgemeine hochgradige Blutleere.

Nicht leicht wurde ich in einer Krankheit so sehr in meiner Prognose getäuscht. Bekanntlich bilden diejenigen Fälle von Eclampsie, welche vor Eröffnung des Muttermundes auftreten, oder gar erst die Weenthätigkeit anregen wie hier, die schlechteste Aussicht auf Erfolg. *Scanzoni* sagt, dass einmal aufgetretene Convulsionen nicht mehr weichen, bis die Gebärmutter ihres Inhaltes entledigt sei, und dass sie selbst noch längere Zeit nach der Geburt fortauern, falls sie schon in der ersten Geburtszeit begonnen haben. So wie man, fährt er fort, genöthigt ist, dem immer heftigern Auftreten der Anfälle durch mehrere Stunden zuzusehen, ohne die nöthigen Mittel ergreifen zu können, den Uterus auf schonende Weise zu entleeren, ist nur wenig Hoffnung vorhanden für die Rettung der Kraissenden. Begreiflich, dass ich in meinem Falle schlechte Aussicht nur für die Entbindung, geschweige denn für die Erhaltung der Frau hatte. Der Aderlass, die kalten Ueberschläge, das Opium bewirkten das ganz Unerwartete, das vollkommene Aufhören der Convulsionen. Dieser Umstand mag die Veröffentlichung des Falles rechtfertigen. Möge er andern wie mir eine bessere Zuversicht in ähnlichen Fällen geben. Die Geburt selbst verlief wie gewöhnlich langsam, unter unausgiebigen Wehen, so dass die Entbindung künstlich beendigt werden musste. Den darauf folgenden Puerperalprozess hatte ich erwartet, nicht aber, dass nach bereits eingetretener Besserung die an verschiedenen Orten auftretenden eitrigen Entzündungen den Tod herbeiführen würden. Unter einer grossen Zahl von Puerperen, die ich seit Beginn meiner ärztlichen Laufbahn zu behandeln hatte, ist es das erste Mal, dass mir diese multiplen eitrigen Entzündungen vorgekommen sind. So häufig sie auch in Gebäranstalten sein mögen, so selten sind sie in der Privatpraxis, was wohl am besten für die Ansteckung durch die Effluvia in grössern Anstalten spricht. Die Anstrengungen der Neuzeit, die Krankenanstalten nicht mehr in gewaltigen Gebäuden, sondern in vielen einzelnstehenden Häuschen (*Cottage-System*) zu errichten, sind daher aller Anerkennung und Unterstützung werth.

Das letzte Frühjahr war reich an Affectionen *convulsiver Art*. Es herrschte Grippe wahrhaft epidemisch, mit starker Betheiligung von Seite des Nervensystems. Abgesehen von ungewöhnlich häufiger „Gichter“ der Kinder aus den verschiedensten Ursachen überraschten mich besonders folgende Fälle:

Leopold H. . . . Commis, 22 Jahr alt, kräftig, breitschultrig, stets ein etwas geröthetes Antlitz darbietend, was man heisst, die Gesundheit selbst, wurde ohne irgend welche Vorboten Nachts, wie seine erschrockenen Angehörigen glaubten, von einem Schlagflusse befallen. Man holte mich sofort; ich fand den jungen Mann bewusstlos in seinem Bette liegend, mühsam athmend, selbst röchelnd, blutigen Schaum vor dem Munde. Puls stark, wenig beschleunigt; Pupille bis an den Rand der Iris erweitert, ganz starr, selbst auf starke Blendungen hin nicht reagierend. Bei näherer Betrachtung bemerkte man eine auffallende Steifigkeit der Glieder, der Kopf wurde nach hinten gezogen; die Kiefer liessen sich nur mühsam und wenig auseinander bringen. Während des Untersuchens traten nun mehrmals eigentliche tetanische Stösse auf, mit bedeutender Erschwerung der Respiration. Die Brustorgane kannte ich von früher her als ganz gesund. Tetanus aus einer Gehirnaffection schien unverkennbar; aus welcher vermochte ich nicht zu entscheiden. Ich konnte nur so viel erfahren, dass Patient in den letzten Tagen eine Geschäftsreise gemacht und dabei mehr als gewöhnlich getrunken habe. Die Witterung war überdies kalt und regnerisch gewesen. Wenn mir vor der Hand eine ganz genaue Diagnose nicht möglich war, so machte sich der Blutandrang gegen das Gehirn und die beregte Respiration so geltend, dass ich keinen Augenblick zauderte, zur Lanzette griff und einen tüchtigen Aderlass machte. Während das Blut noch floss, liess die Steifigkeit der Glieder nach; das Athmen wurde ganz frei; die Pupille fing an sich zu bewegen; der Puls wurde voller und rascher. Der Kranke bewegte sich sehr ungestüm und stiess hie und da fürchterliche Schreie aus. Das Bewusstsein kehrte etwas, doch nicht völlig zurück. Patient setzte sich auf und schaute auf eigenthümliche Weise im Zimmer herum auf die Anwesenden; mich erkannte er nicht. Ich liess nun, mit dem bisherigen Erfolge mehr als zufrieden, Eisüberschläge auf den stets noch heissen Kopf machen und verordnete ein salinisches Abführmittel. Der Kranke legte sich aber bald einmal auf die Seite und schlief ruhig bis zum nächsten Morgen. Als ich ihn wieder sah, war er völlig munter, vollkommen bei Bewusstsein, klagte nicht einmal über Kopfwahl und betrachtete mit grosser Verwunderung den Aderlassverband. Er hatte keine Ahnung von den Ereignissen der letzten Nacht. Andern Tags ging er wieder seinen Geschäften nach und ist seither stets gesund geblieben.

Ein noch viel ausgezeichneteres, ganz auf gleicher Basis ruhendes Bild bot Herr Joseph M. . . . Lederhändler in hier dar. Auch dieser Mann, ungefähr 30 Jahre alt, trotzts von Gesundheit; auch er hat ein röthliches Colorit und war namentlich in der letzten Zeit dem Weine mehr zugethan gewesen, als er es bedurft hätte, ohne es gerade in den Augen des Publikums zu überthun. Er litt hie und da an leichten anginösen Beschwerden. Eines Abends ungefähr 6 Uhr sah ich ihn wieder, wobei er über Halsweh und Beschwerden beim Schlucken klagte. Die Untersuchung ergab die gewöhnliche Röthung und Schwellung der Gaumenbogen und des Rachens, sonst weder Fieber, noch etwas anderes Auffallendes. Herr M. scherzte über sein Leiden und ersuchte um möglichst baldige Befreiung davon, da er in einigen Tagen eine Reise nach Bayern antreten müsse, und sich da wieder einmal an dem guten Bier erlaben wolle. Ich verordnete, was bei ihm gewohnt war zu thun. Um halb zwölf Nachts wurde ich geweckt, ich solle

so rasch als möglich zu Herrn M. kommen; er drohe zu ersticken. Mir schwebte ein plötzlich entstandenes Glottisödem vor. Ich nahm daher die nöthigen Instrumente zur Tracheotomie mit, sah aber bei meiner Ankunft sofort, dass ich deren nicht bedurfte. Herr M. lag bewusstlos in seinem Bette, Haupt nach hinten gewälzt und nur da und mit den Fersen auf der Unterlage aufliegend; Rücken und Schenken so hoch, dass der Abstand vom Bette am höchsten Punkte der Wölbung mehr als $\frac{1}{2}$ Fuss betrug. Zunge zwischen den fast aufeinander gepressten Zähnen eingeklemmt, viel blutiger Schaum vor dem Munde, und reichlich floss immer noch solcher aus den bläulichen Lippen hervor; das Athmen so erschwert, dass man jeden Augenblick Erstickung befürchten musste. Iris fast gänzlich verschwunden, vollkommen unbeweglich, Puls klein, ungemein rasch. Jede Berührung erregte noch selbst in dem tetanisch gestreckten Körper Zuckungen. Zeit war keine zu verlieren. Ein Aderlass von wenigstens einem Pfund hatte sofortiges Verschwinden aller Streckkrämpfe im Gefolge; der Körper fiel eigentlich auf das Bett herunter; die Respiration wurde frei; die Pupille blieb aber gleich starr; der Puls dagegen ward langsamer und stärker; die Brust des Kranken hob sich; letzterer fing an tief zu athmen, zu seufzen, sich zu recken und endlich schmerzlich zu schreien. Nach einigen Augenblicken Ruhe folgte mir während mehr als 3 Stunden ein so rasender Wuthanfall, wie ich noch nichts ähnliches erlebt hatte. Der Kranke brüllte und tobte, schlug mit Händen und Füßen um sich und hätte sich mehr als einmal zum Bette hinausgeschleudert, würde man ihn nicht festgehalten haben. Trotz genügender Assistenz wurde es doch nöthig, den Tobenden mittelst eines Leintuches, welches über seine Brust und das Bett herum geführt wurde, auf seine Unterlage zu bethstigen, sowie seine Knie und Knöchel selbst zusammenzubinden. Nur so wurde es möglich, sowohl ihn als die Helfenden auf die Dauer vor Schaden zu bewahren. Weder ich, noch ein zweiter herbeigerufener Colleague unterschätzen den Werth des non-restraint, aber in diesem Falle hätten unsere Kräfte nicht hingereicht, den gewaltigen, noch durch convulsive Innervation gestärkten Mann zu bändigen. Deutlich ging aus den wenigen abgerissenen Worten des Tobenden hervor, dass er sich im Kampfe begriffen glaubte. Dreimal zerschellte er leinere Aderlassbinden und verlor dadurch während dieser Zeit noch eine unbestimmbare, jedenfalls ganz beträchtliche Menge Bluts. Endlich nahm zu allseitiger grosser Befriedigung die Aufregung allmählig ab; die Sprünge und Sätze wurden weniger häufig und weniger heftig und zuletzt verfiel der Kranke in einen soporösen Zustand, in welchem hie und da noch einige Schreie ausgestossen und einige Drohungen versucht wurden. Der Puls war jetzt beträchtlich kleiner und das Gesicht blässer geworden; die Pupillen dagegen boten immer noch die frühere Erweiterung und Starrheit dar.

Wäre mir nicht der vorige Fall noch in so lebhafter Erinnerung gewesen, so würde ich unbedenklich der Ansicht meines Collegen beigestimmt haben, der Fall sei ein äusserst bedenklicher, abhängig von Veränderungen in den Meningen, und werde wohl eher als nicht mit dem Tode enden. Wenn ich indessen auch besseres hoffte, so hätte ich doch auch die Garantie dafür nicht übernehmen wollen. Wir brachten nun noch in Erfahrung, dass Herr M. etwa um 11 Uhr sich erhob, im Zimmer herumgegangen sei und dann zuletzt das Fenster habe öffnen wollen. Sein Vater hörte ihn, sah nach und kam gerade zur rechten Zeit, um den Sohn aufzufangen; der noch mühselig nach dem Arzt verlangen und auf seinen Hals deuten konnte; dann das Bewusstsein verlor und in Krämpfe verfiel, die sich bald zu dem furchtbaren Starrkrampf steigerten, in welchem ich ihn angetroffen hatte. — Nach eingetretener Ruhe wurde nun die Eiskappe auf den Kopf gelegt. Drei Stunden später (6 Uhr Morgens) sah ich den Kranken wieder. Er hatte Harn und Stuhl unter sich gehen lassen, sah blass und verfallen aus; dagegen

reagierten jetzt die Pupillen wieder, wenn auch noch sehr träge; Patient drehte mit merkwürdig blöder Gebärde, ohne ein Wort zu sagen, seinen Kopf nach links und rechts; zeigte auf Verlangen seine auf beiden Seiten zerbissene Zunge, die er aber nur wenig über die Lippen vorzustrecken vermochte. Puls klein, ungefähr 80 Schläge in der Minute. Zum Sprechen konnte ich den Kranken aber noch nicht bringen. Um 9 Uhr bot er schon ein ganz anderes Bild dar: Die Wangen leicht geröthet; der Verstand zurückgekehrt; Antworten erfolgen richtig, aber noch etwas zögernd; Kopfschmerz keiner vorhanden. Um 12 Uhr lacht und scherzt der Kranke und begreift nicht, was mit ihm vorgegangen ist. Erst die mit Blut bespritzten Wände und die Aderlasswunde beweisen ihm, dass er „wüst“ gethan haben müsse. Er fühlt sich nicht im Mindesten angegriffen oder abgeschlagen, und sieht recht gut aus. Etwas hastiges zeigt sich indessen immer noch in seinem Wesen, weshalb die Eiskappe fortgesetzt und ein Laxans verordnet wird. Die Besserung nimmt so zu sagen stündlich zu, und es kostet einige Mühe, den Mann dahin zu bringen, dass er Ruhe hält. Nächste Nacht vortrefflich. Binnen 8 Tagen, unter Gebrauch von abführenden Mitteln, vollkommene Herstellung. Jetzt erst zeigt es sich, dass die Kräfte etwas geringer geworden sind; das Aussehen indessen nicht blass, nur etwas weniger roth. Vierzehn Tage nach dem Anfall führt Herr M. seine vorgehabte Reise aus und kehrt wohlbehalten zurück.

Beide Fälle scheinen mir von einem heftigen Blutandrang gegen das Gehirn abhängig gewesen zu sein. Das rasche und bleibende Verschwinden aller drohenden Erscheinungen lässt die Vermuthung nicht aufkommen, dass anatomische Veränderungen (Exsudationen u. dgl.) stattgefunden haben.

Nicht so glücklich wie diese zwei Fälle verlief ein eigentlicher Tetanus.

Peter Reinert, 28 Jahr alt, rüstiger Erdarbeiter, litt seit drei Monaten an einer chronisch entzündlichen Anschwellung in der rechten Achselhöhle, mehr gegen den Rand des Musc. Pector. major hin. Er überliess das Uebel sich selbst; dasselbe blieb lang stationär; die überliegende Haut nahm zuletzt ein bräunliches Ansehen an und brach endlich an mehreren Stellen durch, nachdem einige Tage kataplasmiert worden war; die Entleerung geschah nur unvollständig, und es blieb immer noch unterwühltes schwammiges Gewebe zurück. Während der ganzen Zeit, selbst während des Aufkochens, hatte der Mann fortgearbeitet. An einem Tage (es war ein Feiertag) fühlte er sich ohne nachweisbare Ursache nicht recht wohl, so dass er zu Hause blieb und frühzeitig ins Bett ging. Gegen Morgen bemerkte er ein gewisses Ziehen im Halse und vermochte den Mund nicht mehr völlig zu öffnen. Ich sah den Patienten zum ersten Mal Morgens 6 Uhr, fand die angegebenen Symptome, etwas Spannung der Nackenmuskeln und der Masseteren. Die Zähne konnten vorn noch etwa einen halben Zoll von einander entfernt werden. Fieber fehlt; Flüssigkeiten können gut geschluckt werden. Der Kranke klagt besonders über Schmerzen längs des Rückgraths, wo sich in der That einige Rückenwirbel sehr empfindlich gegen Druck zeigten. Ich machte die Umgebung sofort auf die drohende grosse Gefahr des anrückenden Starrkrampfes aufmerksam, verordnete blutige Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule und innerlich 2 Gran Morph. für 24 Stunden. Auf die Schröpfköpfe folgte bedeutende Erleichterung, leider nur für etwa eine Stunde. Abends hatten alle Erscheinungen noch mehr zugenommen. Die Bewegung der Kiefer fast gänzlich aufgehoben. Um Mitternacht geholt, sehe ich bereits ausgeprägten Tetanus;

und ungeachtet zweier subcutaner Injectionen von je $\frac{1}{4}$ Gran Morpheum erfolgt in einem heftigen Krampfanfall um 4 Uhr der Tod durch Erstickung. Die Section ergab nichts als die der letztern zukommenden Erscheinungen. Ich bedaure sehr, dass mir kein Curare zu Gebote stand, um auch meinerseits wo möglich einen so günstigen Erfolg dieses Mittels gegen das gefährliche Uebel aufweisen zu können, wie Dr. Demme in Bern in drei Fällen von Tetanus traumat. erlebt hat (schweiz. Zeitschrift für Heilkunde. 2. Band). Die Raschheit des Verlaufes (22 Stunden) gestattete mir nicht, wie ich es vor hatte, obgenannten Collegen um Uebersendung von diesem Mittel zu ersuchen.

Zum Schlusse meiner Mittheilungen noch folgende Krankengeschichte:

Fräulein Luise W.: 22 Jahr alt, stammt von einer an Lungenschwindsucht verstorbenen Mutter; sie hat an derselben Krankheit überdies zwei Geschwister verloren. Sie selbst überstand vor zwei Jahren einen acuten Anfall von Lungentuberculosis, während welchem sie sehr herunter kam, sich aber später gut erholte und ihr früheres Aussehen wieder erlangte. Doch blieb ein oft wiederkehrender Lungenkatarrh zurück; die Stimme verlor etwas von ihrer Reinheit und häufig stellten sich Anfälle von Migräne ein. Menstruation regelmässig. Eines Tages trat heftiges Fieber mit ungemein starkem Kopfweh und quälendem Husten auf, welche Erscheinungen mit dem über 130 Schläge zählenden Pulse mich einen Nachschub der alten Krankheit, vielleicht gar eine Miliartuberculosis befürchten liess. Die gewöhnlich verordneten Mittel wurden dermalen nicht ertragen. Der Husten verminderte sich zwar sofort, dafür kam aber stürmisches Brechen und Abführen. Das Kopfweh vermehrte sich wo möglich, gleichzeitig stellte sich ein heftiger Schmerz in den untersten Lendenwirbeln, im Kreuzbein, sowie auch im Unterleibe, in der Gegend des colon descendens ein. Der Puls blieb stets beschleunigt. Die Palpation ergab an letzterer Stelle eine fühlbare Schwellung, die dem Darne als solchem angehörte; Druck vermehrte die Schmerzen; Unterleib mässig aufgetrieben. Auch die Empfindlichkeit der Wirbelsäule steigerte sich durch die Untersuchung. Blutegel, Katalpasmen, Emulsionen mit Morph. wurden in Anwendung gebracht, mit theilweisem Erfolge. So wie aber die Unterleibsercheinungen etwas zurücktraten, machten sich diejenigen von Kopf und Rücken aus mehr geltend. Der Kopfschmerz wurde rasend, so dass die geringste Helle, das kleinste Geräusch unerträglich waren, dass die Kranke sich vollkommen ruhig verhielt und jede Bewegung scheute. Pupillen verengt, doch noch etwas reagirend. Dabei schwache Contractur der Nackenmuskeln, Beschwerden beim Schlingen; ohne dass die Untersuchung des Rachens dort die Ursache hätte entdecken lassen. Allmählich zogen sich die Bauchdecken muldenförmig ein, so dass Aorta und Wirbelsäule in der Nabelgegend ohne weiteres Eindringen zu fühlen waren. Die frühere Diarrhöe machte einer hartnäckigen Verstopfung Platz, und bei jedem Aufsetzen, sogar beim Umwenden auf die Seite trat Brechen ein. Zunge wenig belegt. Sensorium vollkommen frei. Der Rückenschmerz liess ebenfalls nicht im geringsten nach; Patientin schilderte ihn, als ob dort etwas gebrochen wäre. Von Zeit zu Zeit traten convulsive Anfälle der obern und untern Extremitäten ein, an welchen auch der übrige Körper in Etwas Theil nahm. Diese Anfälle waren sehr schmerzhaft und nahmen, wie Patientin aussagte, stets im Rücken ihren Ursprung; sie wiederholten sich bald ein-, zwei- und dreimal täglich und erschöpften die Kranke derartig, dass ihre Angehörigen öfters glaubten, der Tod sei im Anzuge. Um das Bild vollständig zu machen, wurde zuletzt während 24 Stunden kein Harn mehr gelöst.

Auffallender Weise zeigten sämtliche Brustorgane vollkommen normales Verhalten.

Ich glaube, es wird mir nicht leicht Jemand Unrecht geben, wenn ich eine acute Meningitis cerebros spinalis angenommen habe und deren Entstehen der vorhandenen tuberculösen Constitution zuschrieb. Niemand wird mich wohl tadeln, wenn ich den bekümmerten Eltern nur schlechten Trost geben konnte und die Kranke mit den Sterbesakramenten versehen liess. Trotzdem legte ich die Hände nicht in den Schooss. Von der Ansicht ausgehend, dass die Meningitis tuberc. sicher zum Tode führe, es aber doch noch nicht mathematisch bewiesen sei, dass hier eine solche vorliege, sondern dass trotz aller scheinbaren Gegengründe die Entzündung eine einfache sein, und in diesem Falle noch Rettung von einer energischen Behandlung erwartet werden könne, liess ich mehrmals Blutegel hinter die Ohren, öfters blutige Schröpfköpfe längs des Rückgraths setzen, brachte die Eisblase in Anwendung und suchte den Unterleib durch Clystire offen zu halten. Ueberdies wurde ein Vesicans in den Nacken gesetzt und innerlich Calomel gereicht. Der Kopfschmerz milderte sich etwas, doch unbedeutend; dagegen dauerten Rückenschmerz und Convulsionen fort; indessen hörte das Brechen auf. Der Puls behielt seine Höhe von 130 und mehr, Schlaf wollte sich nicht einstellen und Patientin kam sehr herunter. Ich brachte nun, Exsudationen in den Meninges annehmend, dasjenige Mittel in Anwendung, das mir in acuten wie chronischen Leiden des Gehirns und Rückenmarks im Ganzen weitaus die besten Dienste geleistet hat, nämlich Kali jodatum Gr. XV. pro die und zwar am 10. Tage der Krankheit. Schon nach 24 Stunden hatte sich das Krankheitsbild sehr zum Bessern gewandt. Der Kopfschmerz war geringer, die Pupillen beweglicher, Aug und Ohr weniger empfindlich geworden, und der Puls ging auf 120 hinunter; doch blieben noch die Convulsionen. Nach fernern zweimal 24 Stunden konnte Patientin etwas schlafen; der Kopfschmerz war nur mehr gering, die convulsiven Anfälle setzten gänzlich aus, und der Puls sank auf 96 und allmählich auf 84. Der Unterleib nicht mehr angezogen, Stuhl und Harnentleerungen erfolgen gehörig. Stets blieb aber noch Schmerz vorhanden in der linken Inguinalgegend, obschon dort nichts abnormes mehr zu fühlen war. Ein Vesicans hob endlich denselben. Der Rückenschmerz allein blieb bestehen.

Ich glaubte nun der vorhandenen Appetitlosigkeit und der Schwäche der Kranken überhaupt wegen, das so hülfreiche Jodkalium aussetzen zu sollen. Es bekam aber nicht gut; schon am 2. Tage, also ungefähr nach Ausscheidung des Jodes aus dem Körper neue heftige Convulsionen. Ich kehre für 3 Tage zum erprobten Mittel zurück und die Besserung macht gewaltige Fortschritte. So wie ich aber nicht mehr Jodkalium verabreichen liess, hatte ich in kurzer Zeit wieder mit Brechen, Convulsionen und stärkerm Rückenschmerz zu kämpfen. Viermal konnte ich dieses Experiment anstellen. So unangenehm mir diese Rückfälle waren, so grosse Genugthuung gewährte die spezifische Wirkung des Jodmittels. Da Patientin als Ausgangspunkt ihrer Leiden stets den noch vorhandenen Rückenschmerz bezeichnete, und ich nicht in alle Ewigkeit Jodkalium festsetzen wollte, so applicirte ich, nachdem wiederholt gesetzte Schröpfköpfe, Bestreichen mit Jodtinctur nichts geholfen hatten, ein tüchtiges Blasenpflaster. Es hatte vollständig den gewünschten Erfolg; der Rückenschmerz war wie weggewischt. Nichtsdestoweniger ward ich von der sonst sehr geduldigen Patientin andern Tags etwas ungnädig empfangen, so sehr war sie von der spanischen Fliege gestochen worden. Sie wollte nicht recht begreifen, dass man den Teufel mit dem Belzebub austreiben müsse. — Damit war nun so ziemlich Alles abgethan. Ich liess noch etwa 10 Tage durch Jodkalium in kleiner Gabe Gr. III.—IV. täglich fortnehmen. Dabei erholte sich Fräulein W... sehr ordentlich, bekam Appetit und gewann fast ihr früheres Aussehn wieder. Sie konnte

bereits das Haus verlassen und ihre gewöhnliche Beschäftigung aufnehmen. Plötzlich von neuem Kopfschmerzen und Brechen, das ich anfänglich mit Brausemischungen behandelte, weil die belegte Zunge und einige Empfindlichkeit im Epigastrium für Gastricismus sprechen. Aber auch hier musste ich nochmals zur mehrerwähnten Panacee zurückkehren, um des Uebels Meister zu werden. Seither hat das gute Aussehen und das Körpergewicht bedeutend zugenommen, und Fräulein W. A. befindet sich in einem befriedigenden Zustande; dagegen zeigt sich der alte Husten wieder:

Ich hoffe, später einmal noch eine ganze Reihe von Beobachtungen über die Wirkung des Jodkaliums in Krankheiten des Central-Nervensystems zu bringen. Als Einleitung dazu mag der erzählte Fall dienen.

Die Kranke nun der zunehmenden Appetitlosigkeit und der Schwäche der Kräfte überdrüssig, dass sie bellwägen Jodkalium anzuwenden sich nicht scheute, dass sie nicht nur schon am 2. Tage eine ungestörte Nachtschlafzeit des Tages aus dem Körper noch heftige Contractionen, ich meine im 3. Tage zum erstehnten Mittel zurück auf die Besorgung macht gewöhnliche Fortschritte, so wie überhaupt nicht Jodkalium vertragen könne, hatte ich im letzten Jahr wieder im Wiederholten, Contractionen und stärksten Hämorrhagien im Abdomen. Ferner scheint sich dieses Jodkalium anzuwenden zu managen, mit dieser Höchste Menge, so grosse Contractionen gewöhnlich die regelmäßige Wirkung des Jodkaliums. Da Patientin als Anzeichen ihrer Leiden auch den noch vorhandenen Hämorrhagien beschreiben, und ich nicht in alle Beweise Jodkalium fortsetzen wollte, so applicirte ich stattdessen wiederholt kleine Sublimat-Beobachtungen mit Jodkalium in der gebotenen Dosis, ein reichliches Hämorrhagien. Die kräftigsten kräftigsten Jodkalium-Wirkungen, der Hämorrhagien, war die gewöhnliche Jodkalium-Wirkung, und ich sah, dass es sehr gut wirkte, dass es nicht nur die gewöhnlichen Folgen fortzusetzen war, sondern auch die Besorgung des Jodkaliums, das man den Tadel mit dem Hämorrhagien fortsetzen für nun so ziemlich überdrüssig war, dass nach zwei 10-Tage durch Jodkalium für dieses Gabe die III. IV. täglich fortzusetzen. Dabei erhielt sich Fräulein W. A. endlich beim Appetit und gewann fast ihr früheres Aussehen wieder. Sie konnte