

für zu empfehlen, weil durch Inanspruchnahme der Beinmuskulatur venöser Rückfluß befördert wird (Perthes).

In schweren Fällen, besonders wo Ekzeme und Geschwürsbildung droht oder schon beginnt, ist die Rückstauung des Blutes zu bekämpfen. Das geschieht zweckmäßig durch einen gutsitzenden Kompressionsverband. Als solcher dominiert seit langem der Zinkleimverband, der, gut angelegt, wie die Erfolge und der Zulauf der Spezialisten für Beinleiden lehrt, in der Tat Gutes leistet. Hauptsache ist, daß der Verband gut komprimierend wirkt, d. h. fest sitzt. Das ist, ohne den Patienten zu belästigen, nur möglich bei sehr exaktem Anlegen der Bindentouren, die besonders auf dem Spann, über der Achillessehne und der Tibiakante mit einer dünnen Watterschicht unterpolstert sein können.

Ist ein Geschwür vorhanden, so kommt auf dieses ein Lappen mit Arg. nitric-Salbe oder Nafalansalbe (in der Zusammensetzung Naphthalani 30,0, Zinc. oxyd. und Adeps suill. aa 10,0).

Den Zinkleimverband, bei welchem der flüssig gemachte Leim auf die Haut und die Bindentouren gestrichen wird, wende ich nicht mehr an, seitdem ich die Varikosanbinden kennen gelernt habe, leimgetränkte Binden, die sofort gebrauchsfertig aus den Apotheken erhältlich sind. 1—2 Binden genügen für einen Verband. Dieser muß vom Fuße bis hart unterhalb des Kniegelenkes reichen und soll erst angelegt werden, nachdem man vorher etwa 20 Minuten lang das Bein hochgelegt und die Venen zur Entleerung und das Oedem zur Verringerung gebracht hat. Ich lasse beim Fehlen von Geschwüren oder kleinen, mäßig sezernierenden Geschwüren den Verband 2—3 Wochen liegen und erneuere ihn dann.

An Stelle des Varikosanbindenverbandes kann auch eine gut und festangelegte Trikot Schlauchbinde oder eine der käuflichen Krampfadergamaschen treten (Gummistrümpfe), die natürlich porös sein müssen, um die Abdünstung der Haut nicht zu verhindern.

Die Kompressionsverbände sind fast immer anwendbar. Sie haben nur eine Kontraindikation, d. i. die Phlebitis. Besteht eine entzündliche Venenthrombose, so ist auf jede Kompression zu verzichten und Ruhe und Hochlagerung anzuwenden.

Eine Mittelstellung zwischen unblutigen und blutigen Behandlungsmethoden nehmen die Methoden ein, die eine Thrombosierung der erweiterten Venen und Verwachsung ihrer Wände durch Kauterisation, Elektropunktur oder durch Einbringung von chemisch wirksamen Mitteln zu erreichen suchen. Haben die ersteren nur mehr historisches Interesse, so scheint es, als ob man sich mit den Injektionsmethoden gerade wieder in letzter Zeit etwas mehr beschäftigt habe. Im Jahre 1916 empfahl Linser¹⁾ erneut die Injektion von 1%iger Sublimatlösung in der Menge von 1—2 ccm in die gefüllten Gefäße; der Patient soll bei diesem Eingriffe stehen und das Bein leicht abgeschnürt sein, damit die Gefäße recht strotzend gefüllt sind. Die Einspritzung soll mit ganz feiner Kanüle ausgeführt werden, damit kein Rückfließen der Sublimatlösung ins Gewebe erfolgen kann. Die Behandlung ist ambulant durchführbar und soll hinsichtlich des Erfolges sehr sicher sein. Embolien hat der Empfänger nicht beobachtet.

Zu gleichem Zwecke wird auch neuerdings auf eine Empfehlung von Matheis²⁾ eine den Körpersäften isotonische Jodlösung (sog. Preglsche Lösung) eingespritzt. Die Injektion erfolgt in größeren Mengen (20—60 ccm) in die ausgestrichene und proximal abgedrückte, also möglichst blutleere Vene, um möglichst unverändert und längere Zeit mit der Gefäßwand in Kontakt zu kommen.

Eigene Erfahrungen über diese Methoden besitze ich mit der Mehrzahl der Chirurgen nicht; ich möchte sie aber doch nicht für so ganz harmlos halten. Zweifellos ist es ein unbehagliches Gefühl, eine so starke Sublimatlösung der freien, ungesperrten Blutbahn einzuverleiben; auch ist die Gefahr einer Thrombenschleppung naheliegend, und schließlich sehe ich auch bezüglich des sicheren Gefäßverschlusses durch den Thrombus etwas skeptisch. Uebrigens scheint zur Erzielung eines Erfolges eine mehrmalige Wiederholung des Eingriffes erforderlich zu sein, wie ein Empfänger der Methode erst jüngst zugegeben hat (Fabry³⁾). (Ein II. Schlußartikel folgt.)

Aus dem Diakonissenkrankenhaus in Marienburg (Westpr.)

Verletzung des Scheidengewölbes bei Abtreibungsversuch⁴⁾.

Von Eugen Schultze, Leitender Arzt.

Vielleicht ist schon eine kleine Besserung eingetreten. Aber „zeitgemäß“ ist die Abtreibung immer noch, in der Großstadt wie in der kleinen Stadt und auf dem Lande. Mutter kommt mit der Tochter, der ein „Unglück“ passiert ist, arm und reich haben ihre Wünsche, und gar köstliche Versprechungen und Anerbietungen werden gemacht, im übrigen „ist es ja jetzt auch erlaubt“. Das habe ich nicht nur einmal gehört. So weit sind jene unerhörten Zumutungen an den Aerztstand schon ins Volk gedrungen!

Eine Reihe schwerster Infektionen bei gelungener oder mißlungener Fruchtabtreibung mit langem Krankenlager oder tödlichem

Ausgang ist natürlich auch bei mir zu verzeichnen. Ich möchte dem Praktiker zwei Fälle von Scheidenverletzungen vorführen, die zwar nichts erschütternd Neues bieten, aber in ihrer Entstehung in dem einen Falle, in ihrem Verlauf in dem anderen mir etwas Interesse zu bieten scheinen.

Der erste Fall, Luise Sch. (J.-Nr. 1288/20), war ein Versuch am untauglichen Objekt: es lag gar keine Schwangerschaft vor. Angestellte in einem Gasthause, wollte sie glaubhaft machen, daß sie in der Nacht von einem Manne, der unter ihrem Bett sich versteckt hätte, überfallen worden sei. Er habe sie aber nicht vergewaltigt, „da sie stark blutete“. Das war in der Tat der Fall, sie war schwer anämisch geworden. Nach Freilegung der Scheide sah man im linken Scheidengewölbe eine tiefgehende, stark blutende Wunde, allem Anschein nach von einem Schnitt herrührend, glattwandig und scharf. Die Person war nicht dazu zu bewegen, anzugeben, wie die Verletzung zustande gekommen ist. Sie war nur so dumm zuzugestehen, daß sie glaubte schwanger zu sein. Ein Kind hatte sie schon gehabt. Die Sachlage war natürlich klar, immerhin die Unmöglichkeit, zu erfahren, wie die Verletzung zustande gekommen war, bedauerlich; denn irgendwie mußte ein scharfes Instrument in die Vagina hineinpraktiziert worden sein. Die Bauchhöhle war offenbar nicht eröffnet, der Verlauf war unter lockerer Tamponade fieberlos und glatt.

Der zweite Fall betrifft eine Witwe F. (J.-Nr. 1400/21), die noch in Behandlung ist¹⁾, 2 Kinder hatte und jetzt seit Juni schwanger ist. Sie kam mit 38,5°, ikterisch, mit trockener Zunge, kurz, unter dem Bilde septischer Infektion als „Abortus imminens“ herein. Sie blutete nicht, hatte peritoneale Spannung. Die Scheide wurde entfalt. Der Muttermund war geschlossen, kein Blut aus ihm. Der Befund im Scheidengewölbe klärte die Sache. Hier war links ein markstückgroßes, schmieriges Ulkus zu sehen mit gelblich-eitrigem Belag. Auch hier schien eine penetrierende Verletzung nicht vorzuliegen. Ein Stück Gaze wurde in die Scheide eingelegt und abgewartet.

Die Kranke ließ sich ebenfalls bis heute noch nicht herbei, zugeben, daß sie abtreiben wollte, trotz allen Zuredens und der Versicherung, daß ihr dadurch kein Schaden oder Nachteil entstünde. Der Verlauf war der, daß andern Tags die Temperatur abfiel, die peritonitischen Symptome zurückgingen, die Zunge feucht wurde, der Icterus schwand. Zum Ueberfluß wurde noch eine Wa.R. gemacht, obgleich ich nicht weiß, ob syphilitische Infekte am Scheidengewölbe haften. Die Probe fiel negativ aus. Die Temperaturen hielten sich meist unter 38°, vorerst war nichts Entzündliches nachzuweisen, wiewohl die Kranke abfiel. Am 19. Tage wurde eine derbe Schwellung der hinteren Vaginalwand bemerkbar, per rektum wurde oben links eine empfindliche Infiltration nachgewiesen. Am 22. Tage war das Bild deutlicher, Punktion durch die hintere Scheidenwand ergab Kolleite. Breite Eröffnung legte einen großen, stinkenden Abszeß frei, der paravaginal das ganze Cavum ischio-rectale ausfüllte. Die Temperatur klingt ganz langsam ab, in einiger Zeit ist mit Genesung zu rechnen. Die Schwangerschaft besteht fort.

Wir hatten also nach einem vergeblichen Abtreibungsversuch mit Verletzung des linken Scheidengewölbes eine schwere septische Infektion vor uns. Sie tangierte zweifellos das Beckenperitoneum, ohne die Bauchhöhle zu ergreifen. Dagegen trat eine wohl nicht allzu häufige eitrig-einschmelzende Cavum ischio-rectale ein. Trotz allgemeiner Abgeschlagenheit war die geringe Höhe der Temperatur nach Abklingen des ersten schweren Infektes bei der fortschreitenden Eiterung — allerdings gegen geringen Widerstand — auffallend.

Das septische Status ließ bei nicht vorhandenem „Abortus imminens“, bei fehlender Blutung und bestehender peritonealer Reizung ja von vornherein abwartend verfahren. Wir weisen rückblickend nur auf die Wichtigkeit ausgiebiger und übersichtlicher Freilegung der Scheide und des Scheidengewölbes hin. Die Fältelung der Scheide mehrmals schwanger gewesener Frauen, zumal wenn sie, wie unsere Kranke, eine starke Senkung der hinteren Vaginalwand hat, könnte sonst leicht das ursächliche Moment der Erkrankung übersehen lassen.

Eine Rötungsskala.

Von Prof. Dr. Leopold Freund und Reg.-Rat Prof. Eduard Valenta in Wien.

In der klinischen Symptomatologie spielen die Hautrötungen eine große Rolle. Viele in krankhaften Zuständen des ganzen Organismus wurzelnde Momente, mannigfache pathologische Veränderungen des Hautorganes selbst geben zur Entstehung der Hautrötungen Veranlassung, welche die Mediziner seit uralter Zeit als wichtige diagnostische Zeichen zu schätzen gelernt haben, aus deren weiterem Verhalten sie oft praktische prognostische und therapeutische Schlüsse ziehen. Diese Tatsache ist so bekannt, die Berücksichtigung etwa vorhandener Hautrötungen in seinen klinischen Schlußfolgerungen jedem Arzte so geläufig, daß es wundernehmen muß, wie primitiv die Beurteilung eines so wichtigen diagnostischen Merkmales auch jetzt noch, in einer Zeit, wo alles in der Medizin wie in der gesamten Naturwissenschaft nach Exaktheit drängt, in der Regel stattfindet. Man begnügt sich mit der Charakterisierung der Rötung zumeist nach ihrer

¹⁾ Linser, M. Kl. 1916 Nr. 34. — ²⁾ Matheis, Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 8. — ³⁾ Fabry, M. Kl. 1920 Nr. 35. — ⁴⁾ Nach einer Demonstration am 2. XI. 1921 im Aerzteverein Marienburg-Stuhm.

¹⁾ Inzwischen gesund entlassen.