

entspricht etwa der von Munk beschriebenen Arthritis sicca. Differentialdiagnostisch wäre höchstens an Tuberkulose zu denken.

Am 8. V. 1925 wurde eine neue Röntgenaufnahme gemacht, die keine wesentlichen Unterschiede gegenüber dem Bilde vom 25. XI. 1924 zeigte. An den vakuolisiert aussehenden Stellen der Knochen ist jetzt etwas mehr Struktur zu erkennen.

Die Patientin bekam Injektionen von Ovarien- und Hypophysenpräparaten, und zwar im ganzen je 20 Injektionen, einen Tag um den andern, und gleichzeitig Ovarientabletten per os 3mal täglich 1 Tablette. Nach 4 Monaten ergab sich als Befund, daß das Handgelenk zweifellos stark abgeschwollen war und auch die normalen Konturen wieder zeigte. Während die Streckung anfangs etwa 10 Grad betrug, beträgt sie jetzt etwa 40 Grad, allerdings macht die Patientin dabei eine Pronation. Die Flexion nach unten gelingt in ziemlich normaler Breite. Die Patientin kann auch ihre Hand zu leichter Arbeit gebrauchen, wie zum Putzen von Geschirr, des Zimmers usw. Dagegen kann sie nicht waschen.



Epikrise: Es handelt sich bei der Patientin um eine hereditär belastete Frau, bei der einige Hinweise auf eine Störung in der Hypophyse und in den Ovarien bestehen (Haut, Haar, Menses). Eine stärkere Störung konnte durch die Testversuche mit Thyreoidea usw. nicht nachgewiesen werden. Im Anschluß an eine Ueberanstrengung (vor 10 Jahren) kam es zu einer Gelenkaffektion, die scheinbar vollkommen ausheilte. Aber es blieb ein Locus minoris resistentiae zurück, sodaß im Anschluß an eine Polyarthritis acuta nach Abheilung der übrigen befallenen Gelenke eine chronische, bisher im Laufe eines Jahres nicht ausgeheilte Arthritis deformans entstand.

Es sind oben aus der Literatur die verschiedenen niedergelegten Angaben zitiert worden, daß „Herzveränderungen im Sinne von Klappenfehlern bei dieser Form nicht vorkommen“ (Munk, ähnlich Ueber). Unsere Beobachtung beweist, daß dieser Satz nicht unbedingt gilt, daß solche Patienten vielmehr im Anschluß an einen akuten Gelenkrheumatismus, die sie ja auch betreffen, sogar „gar nicht selten“ (Munk), einen Herzfehler zurückbehalten können. Sein Nachweis schließt also nicht die Diagnose einer endokrinen Athropathie aus. Daß es sich um eine solche hier handelt, beweisen das Röntgenbild und die Anamnese sowie der Umstand, daß in der Hauptsache die kleinen Gelenke befallen sind, wie auch schließlich der Erfolg der Therapie.

Durch einen Infekt kam es also zu einem Aufflackern und zu einem Manifestwerden des schleichend begonnen habenden Leidens. Noch in einer anderen Hinsicht ist diese Beobachtung bemerkenswert. Es besteht bei den Autoren Einigkeit darüber, daß die Thyreoidea und vor allem die Ovarien pathogenetisch für diese Form der Gelenkerkrankungen anzuschuldigen sind. Unsere Beobachtung läßt aber eher an eine Störung der Hypophyse denken.

Der normale Grundumsatz spricht gegen eine Beteiligung der Schilddrüse. Auf die geringe Störung der Ovarienfunktion die Krankheit zu beziehen, wäre kühn; denn daß die sonst normale Periode verlängert ist, besagt wenig.

Kürzer sei der zweite Fall mitgeteilt:

Charlotte S., 24 Jahre alt, Sekretärin, kam im Oktober 1922 in unsere Behandlung. Angeblich soll sie seit einem Jahre Gicht haben. In der Familie sind weder Gicht, noch Nierenkrankheiten, auch kein Basedow, kein Rheumatismus. Dagegen besteht eine Otosklerose, die von der Großmutter auf den Vater und auf die Patientin vererbt worden ist. Die Patientin klagt über kalte Hände und Füße. Die Finger sind in den Gelenken gebeugt, können nur wenig bewegt werden. Auch das Fußgelenk ist geschwollen, sodaß die Patientin ihre Schuhe nicht zuschnüren kann. Befallen ist ferner der große Zehenballen, der gerötet ist. Die Tibia ist druckempfindlich und zeigt im

unteren Drittel eine etwa handbreite, gürtelförmige, gerötete, schmerzhaftige Zone.

Am Cor fällt der niedrige Blutdruck auf (R.R. 90). Lungen und Abdominalorgane sind normal. Auffallend ist am Augenhintergrund der Blutreichtum. Von seiten des Nervensystems bestehen keine Veränderungen. Gynäkologische Untersuchung durch Spezialarzt ergibt normalen Befund. Reaktion auf Atropin, Adrenalin und Pilokarpin normal. Harnsäure im Blut und im Urin nicht vermehrt.

Vollkommen normaler Röntgenbefund an Knochen und Gelenken. Insbesondere fehlt die von Munk für Arthritiden auf endokriner Basis beschriebene ovale Verdickung an den Interphalangealgelenken.

Es handelt sich also um eine Arthritis deformans auf endokrinopathischer Basis, bei der die Röntgenuntersuchung keinerlei Veränderungen aufdeckte. Daß es sich um einen hierher gehörigen Prozeß handelt, geht aus dem Erfolg der Therapie hervor. Die Patientin wurde anfangs mit Yatron-Kasein behandelt. Ohne Erfolg. Nach Schwefelinjektionen bekam sie hohes Fieber. Sandbäder taten subjektiv gut, ohne daß aber die Beweglichkeit gebessert wurde.

Dagegen trat ein Erfolg nach Injektionen von Ovarienpräparaten auf. Als die Patientin später in ein Moorbad ging, kam sie gebessert zurück, aber es zeigte sich jetzt eine Reihe von Symptomen, die auf Veränderungen im Blutdrüsenystem mit Sicherheit schließen ließen. Die Stimme war sehr tief geworden, von männlichem Charakter. Patientin klagte über Haarausfall, die Periode war sehr schwach, schmerzlos, regelmäßig. Der Blutdruck betrug nur noch 80. Die Haut hatte ein gelbliches Kolorit angenommen. Dies war der Befund im November 1924.

Wir haben also eine Reihe von Zeichen, die für eine Störung im endokrinen System sprechen. Die immer schwächer werdende Periode weist auf die Ovarien hin, vielleicht auch die tiefe Stimme. Aber wahrscheinlich liegt der primäre Sitz der Funktionsstörung in den Nebennieren. Für eine Erkrankung der Nebennieren spricht der niedrige Blutdruck sowie das Auftreten des gelblichen Kolorits. Dem Habitus nach würde man an eine Dysfunktion der Thyreoidea denken. Leider konnten die bezüglichen Untersuchungen nicht vorgenommen werden, da die Patientin nicht zu bewegen war, ein Sanatorium aufzusuchen. Es sei übrigens erwähnt, daß Bauer in einigen Fällen Nebennierenabbau nach Abderhalden fand.

Das Bemerkenswerte bei dieser Beobachtung ist, daß schwere Gelenkerkrankungen auftraten, daß aber das Röntgenbild normal war, daß aber dann im Laufe von Jahren sichere Störungen im Drüsenystem sich zeigten. Ein späterer Untersucher würde also die pathogenetische Diagnose ohne Schwierigkeiten stellen.

Die Kenntnis dieser Fälle, deren Diagnose, wenn das Röntgenbild nicht ausgesprochen ist, sehr schwierig ist, ist therapeutisch wichtig, weil das einzige Mittel, welches einen gewissen Erfolg verspricht, neben Bädern und Erziehung zur freien, selbständigen Bewegung die Injektion von Organpräparaten und ihre gleichzeitige Verabfolgung per os ist. In erster Linie wird man an die Ovarien denken, zumal es fast immer erkrankte Frauen sind, sodann aber auch an die Hypophyse. Da die Patienten meistens Züge von Hyperthyreoidismus zeigen, wird man sich nicht leicht an Thyreoideapräparate wagen, obgleich diese auch empfohlen worden sind. Der letzte Fall würde vielleicht auch einen Versuch mit Nebennierenpräparaten, die ja auch von anderer Seite versucht wurden, rechtfertigen, und zwar mit Präparaten aus der ganzen Drüse oder aus der Rinde. Brüning erwähnt Erfolge nach Sympathektomie.

Aus der Chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Harburg (Elbe). (Direktor: Dr. E. König.)

Künstlicher Abort mit ungewöhnlich brutalen Nebenverletzungen.

Von Dr. H. Evers, Assistenzarzt.

Die 19jährige Arbeiterin M. D. aus Harburg war gravid im 5. Monat. Sie hatte den Wunsch, ihre Gravidität zu unterbrechen, und begab sich, da einige angewandte Wehenmittel keinen Erfolg brachten, zu einem hier praktizierenden Heilkundigen. Sie wurde an verschiedenen Tagen von diesem in seiner Sprechstunde „untersucht“ und „behandelt“, bis es zu Uterusblutungen gekommen war. Dann kam er in ihre Wohnung, um instrumentell den Uterus auszuräumen. Da eine zweistündige, ohne Betäubung vorgenommene Arbeit ihn jedoch nicht zum Ziele führte — die Frucht war nicht entfernt —, verließ er die D. und versprach nach einigen Stunden wiederkommen, um den Eingriff zu beenden. Aus Angst vor den Qualereien des Kurpfuschers schickte die D. zu einem praktischen Arzt, dem sie das Vorhergegangene verschwie, ihn nur auf die bestehende Uterusblutung hinwies und ihm sagte: die Frucht sei bereits spontan abgegangen und von ihr sofort beseitigt. Der praktische Arzt entschloß sich wegen der ziemlich starken Blutung zur sofortigen Ausräumung. Er erweiterte den Zervikalkanal mit Hegarstiften, bis er ihn mit dem Finger passieren konnte. Bei digitalem Austasten fand er den Uterus, bis auf einige, im Fundus haftende Plazentarreste leer. Er ging hierauf mit der Abortzange ein und zog sogleich ein strangförmiges Gebilde vor, das er

jedoch nicht genau identifizieren konnte. Da ihm der Verdacht kam, es könne sich um Darm handeln, brach er seinen Eingriff sofort ab und brachte die D. in das Krankenhaus.

Befund: Mittelgroßes junges Mädchen. Sie macht einen schwerkranken Eindruck. (Facies abdominalis.) Der Leib ist aufgetrieben, diffus druckschmerzhaft, besonders jedoch die Unterbauchgegend. Aus der Vulva hängt einige Zentimeter ein strangförmiges, weiches Gebilde hervor, das zunächst den Eindruck von Eihäuten macht. Der Uterus ist gut faustgroß, weich, scharf anteflektiert. Der Zervikalkanal ist bequem für einen Finger durchgängig. Die Parametrien sind stark druckschmerzhaft, ebenso der hintere Douglas. Das aus der Vulva vorragende Gebilde ist schlauchförmig. Spreizt man die Schlauchwand auseinander, so kann man das Lumen bis in den Uterus hinein verfolgen. Der Schlauch ist ohne Inhalt, fäkalenter Geruch ist an einem eingeführten Tupfer nicht nachweisbar.

Beim digitalen Austasten des Uterus stellt man fest, daß er bis auf einige in der linken Tubenecke fest anhaftende Plazentarreste leer ist. Das schlauchförmige Gebilde läßt sich bis an die Grenze des inneren Muttermundes verfolgen, dort verschwindet es an der Hinterwand des Uterus, wahrscheinlich durch eine Perforationsöffnung, die jedoch nicht sicher palpabel ist. Nach diesen Feststellungen, und mit Rücksicht auf die deutlich nachweisbare Verschlechterung des Allgemeinzustandes wird zur sofortigen Operation in Aethernarkose (Dr. König) geschritten:

Eröffnen der Bauchhöhle mittels linksseitigen Paramedianschnittes zwischen Nabel und Symphyse. In der freien Bauchhöhle befinden sich etwa $\frac{3}{4}$ Liter schmutzig braunroter, fade riechender Flüssigkeit. Im Uterus, der eben den Oberrand der Symphyse überragt, befindet sich an seiner Hinterwand, in Höhe des inneren Muttermundes, eine große Perforationsöffnung. Der arg zerfetzte Fötus, dem die unteren Extremitäten und die linke Thoraxhälfte fehlen, liegt mit Plazenta samt Nabelschnur sowie zwei blutdurchtränkten Watteklümpchen in der freien Bauchhöhle, ungefähr in der Zökumgegend. Exstirpation des Uterus und der Adnexe außer dem linken Ovarium. Der oben beschriebene, aus der Vulva hervorstehende Schlauch stellt einen Teil des Dickdarms dar. Der Dickdarm ist ungefähr an seiner Grenze zwischen Rektum und Sigmoid völlig quer durchtrennt. Von dieser Durchtrennungsstelle aus oralwärts ist das Colon descendens und transversum bis zur Flexura hepatica an der vorderen Tánie aufgerissen, und zwar so, daß nur Serosa und Muskularis durchtrennt sind, während die Mukosa als zusammenhängender Schlauch rings losgelöst, frei in der Bauchhöhle liegt. Von der Durchtrennungsstelle analwärts bietet sich ein ähnliches Bild. Die äußeren Schichten (Serosa und Muskularis) findet man als weites trichterförmiges Gebilde hinter dem Uterus; der Mukosaschlauch, mit dem übrigen Rektum in der Gegend der Ampulle noch zusammenhaltend, führt als engkalibriger, lang ausgezogener Schlauch aus dem Innern dieses Trichters heraus und von hinten durch die Perforationsstelle in das Cavum uteri, von wo er durch den Zervikalkanal herausgezogen und in der Vulva mit seinem Ende sichtbar war. Operativ wird das Colon transversum und descendens von der Durchtrennungsstelle bis zur Flexura hepatica (= 46 cm) reseziert. Der orale Teil des intakten Dickdarms wird in den noch erhaltenen Rektumteil eingestülpt und durch Nähte fixiert. Drainage der Bauchhöhle, Schluß derselben.

Die Kranke kommt 3 Tage nach der Operation unter dem Bilde einer diffusen Peritonitis ad exitum.

Durch die Obduktion wurde die diffuse Peritonitis als unmittelbare Todesursache bestätigt. Ferner wurde festgestellt, daß die Durchtrennungsstelle im Dickdarm 16 cm oberhalb des Afters lag und daß die Schleimhaut als zusammenhaltender Schlauch bis zum Analing in der Muskelschicht des Rektums abgehoben war. An der Vorderwand des Rektums, 7 cm oberhalb des Afters, wurde noch eine 1 cm breite, $\frac{2}{3}$ des Darmumfanges einnehmende, 1 mm in die Tiefe reichende Verletzung der Darmwand gefunden. An der Hinterfläche des Uterus sind zwei Verletzungen sichtbar. Am Übergang vom Kollum zum Korpus sieht man eine querverlaufende, $6\frac{1}{2}$ cm lange, die ganze Dicke der Muskulatur durchtrennende, unregelmäßig umrandete Verletzung, sodaß das Corpus uteri nur noch durch eine vordere 4 cm breite Gewebsbrücke mit dem Kollum verbunden ist. Darüber nach der linken Seite zu findet sich noch ein 3 cm langer Kanal, der die Uterusmuskulatur in den oberflächlichen Schichten durchsetzt; die Ein- und Ausgangsöffnung dieses Kanals ist unregelmäßig umgrenzt und aufgefasert.

Solch ungewöhnlich brutale Verletzungen sieht man von gewerksmäßigen Abtreibern wohl selten, denn diese pflegen sich meistens mit einer Einleitung des Abortes durch Eihautstich usw. zu begnügen. Der Heilkundige wurde verhaftet und in der später stattfindenden Gerichtsverhandlung mit vier Jahren Zuchthaus bestraft. Interessant ist, daß diese schweren Verletzungen nur mit Hilfe einer scharfen Kürette ausgeführt wurden.

Nach Abschluß dieser Arbeit wird mir bekannt, daß Bauer-eisen auf der letzten Tagung nordwestdeutscher Gynäkologen über einen ähnlichen Fall berichtet hat. Auch hier wurden mit einer Kürette nach Perforation des Uterus an der Hinterwand die äußeren Rektumschichten durchtrennt und der erhaltene Mukosaschlauch durch diese Verletzungsstelle — in allerdings weit geringerer Ausdehnung — herausgezogen.

Aus dem Staatlichen Krankenhaus für venerische Krankheiten in Helsinki (Töölö) (Finnland).

Behandlung der Syphilis mit Bismogenol.

Von Dr. Toivo Salo, Oberarzt.

Seit dem Jahre 1921, als Sazerac und Levaditi die Wismutbehandlung der Syphilis inaugurierten, sind über hundert verschiedene Wismutpräparate herausgebracht, und es sind zahlreiche Publikationen erschienen. Dennoch besteht über die therapeutische Wirkung noch nicht in jeder Hinsicht volle Klarheit. Das liegt wesentlich mit an der Zersplitterung der Forschung durch Verwendung zu vieler Präparate. Konzentration auf die wichtigsten führenden Wismutmittel scheint mir erwünscht. In dem meiner Leitung unterstehenden Krankenhaus und in meiner Privatpraxis verwandte ich anfänglich Trépol und Neotrépol, später nur noch Bismogenol.

Nachdem ich insgesamt 228 Syphilitiker mit Wismut, darunter seit Oktober 1923 rund 200 mit Bismogenol, behandelt habe, halte ich die Zeit für gekommen, meine Erfahrungen bekannt zu geben.

Die Zahl meiner Privatpatienten betrug 78; alle übrigen Behandelten waren Puellae publicae im Krankenhaus. Im ganzen machten 5 Patienten vier Behandlungsserien, gewöhnlich zu 12, manchmal 14 Bismogenolinjektionen, durch; 25 Kranke drei Behandlungsserien; 48 Kranke zwei Serien und der große Rest bisher eine Serie. Von den Krankenhausinsassinnen wurden 23 einer reinen Bismogenolkur unterzogen, alle übrigen Syphilitiker kombiniert mit Neosalvarsan und Wismut behandelt. Ich injizierte vom Bismogenol zweimal wöchentlich 1,5 ccm, gelegentlich auch 2 ccm mit vier- bis fünftägiger Pause.

Bei den Krankenhausinsassinnen handelte es sich um Syphilis I und II; privatim kamen auch Syphilis III, Neurosyphilis und Metasyphilis vor.

Regelmäßig wurden im Krankenhaus serologische Untersuchungen nach Wassermann vorgenommen. In der Privatpraxis wurde die Wa.R. nur soweit durch die Sachlage geboten ausgeführt. — Vier Puellae im seronegativen Stadium — die eine vier Wochen, die anderen fünf bis sechs Wochen post infectionem — erhielten eine reine Bismogenolbehandlung (in der Woche zwei Injektionen zu 1,5 ccm), ohne daß es gelang, die Seroreaktion dauernd negativ zu erhalten. In der siebenten bis achten Woche stellte sich eine vorübergehende positive Schwankung ein, wie solche auch von Martin in 80% der Fälle bei Wismutbehandlung beobachtet wurde.

Günstiger lag der Fall bei einem 24jährigen Privatpatienten (Arbeiter), der am 16. Tage nach der Ansteckung in die Behandlung trat. Hier blieb die Seroreaktion während der ersten Kur dauernd negativ. Somit bestand begründete Aussicht, eine Vollheilung der Syphilis mit Bismogenol allein zu erzielen, wenn nach kurzwöchiger Pause wenigstens eine weitere Kur hätte stattfinden können. Leider kam der Mann erst nach $6\frac{1}{2}$ Monaten wieder und zeigte dann schwach positive Wa.R.

Weil mir in den ersten fünf Fällen seronegativer Syphilis durch alleinige Anwendung des Bismogenols Abortivheilung nicht gelang (in einem Falle allerdings offenbar zufolge der Torheit des Kranken), behandelte ich fortan weitere Fälle von Primärsyphilis stets kombiniert mit Neosalvarsan und Bismogenol. Die Möglichkeit der Abortivheilung mit Bismogenol will ich nicht in Abrede stellen, zumal in der Literatur mehrfach (Nagel, Ritter) anscheinend sichere Fälle veröffentlicht sind. Aber es gehören offenbar besonders günstige Umstände dazu, um das ideale Ziel zu erreichen, insbesondere sehr frühzeitiger Behandlungsbeginn (drei Wochen post infectionem) und Einsicht des Kranken in die Notwendigkeit der Kurdauer und Kurwiederholung.

Die Beeinflussung positiver Wa.R. im Sekundärstadium der Syphilis durch Bismogenol ist, wie auch die vorliegende Literatur besagt, wohl etwas langsamer als durch Salvarsan, aber sie tritt mindestens in der gleichen Zeit ein, wie bei Kalomelinjektionen. Sodann scheint der durch Bismogenol erzielte Umschlag dauerhafter zu sein als derjenige durch Kalomel, vielleicht auch als durch Salvarsan. Von allen Wa.-positiven Syphilitikern wurden lediglich durch Bismogenol in einer Kur 73%, durch kombinierte Behandlung 86% negativ.

Die Beseitigung der sichtbaren Krankheitserscheinungen durch Bismogenol war durchweg sehr gut, blieb hinter Salvarsan wenig oder kaum zurück und war den Kalomelinjektionen vielfach überlegen. Letzteres gilt besonders für tertiäre Syphilis, einschließlich Syphilis innerer Organe, Neurosyphilis und Metasyphilis. Metasyphilis behandelte ich kombiniert mit Bismogenol und Salvarsan, anschließend an unspezifische Reizkörpertherapie, und erzielte damit befriedigende Erfolge.

Die Dauerwirkung der Bismogenoltherapie der sekundären Syphilis ist, wie ich durch die wiederholten und mehrfachen Be-