

Fall 2 (W.) Duodenalsondierung ergibt am 25. Oktober Paratyphus-B-Bazillen. Stuhlgang immer negativ, am 12. November finden sich Paratyphus-B-Bazillen. Eine weitere Untersuchung konnte wegen des plötzlichen Abtransportes der Kriegsgefangenen leider nicht mehr stattfinden.

Literatur:

1. M.m.W. 1918 Nr. 8. — 2. M.m.W. 1918 Nr. 29. — 3. D.m.W. 1918 Nr. 18. — 4. M.m.W. 1918 Nr. 43. — 5. M.m.W. 1918 Nr. 22.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.
(Direktor: Geheimer Rat Prof. Dr. Zweifel.)

Zur Technik der Abortbehandlung.

Von Dr. med. Hodiesne.

Bei der Ausräumung zahlreicher Aborte, vor allen Dingen solcher, bei denen der Muttermund wohl für einen Finger zum Ausräumen durchgängig, aber zum Entfernen der gelösten Plazentarreste hinderlich war, hat sich mir eine Methode bewährt, die für die Praxis der Abortbehandlung zweifellos eine sehr wichtige Unterstützung bedeutet. den Gebrauch der Abortzange zum Entfernen zurückgebliebener Teile bis auf geringe Ausnahmen — ich habe dieselbe bisher nie gebraucht — überflüssig macht und durch Vermeidung öfteren Eingehens mit dem Finger in den Uterus vor Entfernung der gelösten Teile die Gefahr der dadurch gegebenen Infektionsmöglichkeit verringert. Beim Durchsehen der Literatur fand ich diese Methode im Prinzip wenigstens in einer Arbeit von Dührssen und in dem Winkelschen Handbuche der Geburtshilfe erwähnt, in Scanzonis Beiträgen etwas genauer geschildert. Es handelt sich dabei um einen schon von Höning zur Abortbehandlung angegebenen Handgriff. Während aber Höning für die innere Hand dabei die Stellung im vorderen Scheidengewölbe wählt, glaube ich, dass das Stützen und Entgedrücken des Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus das zweckmässigere Verfahren darstellt. Ich lege dabei auf das Mitwirken der inneren Hand grossen Wert, da ein alleiniger Druck mit der äusseren Hand auf den Fundus durch die Bauchdecken oft den gewünschten Erfolg nicht hat. Ich bin also folgendermassen vorgegangen unter der Voraussetzung, dass Muttermund und Zervix für den eindringenden Finger gerade durchgängig sind: Lösung der noch vorhandenen Eiteile mit dem Finger und zwar vollständig. Herausgehen mit dem Finger der inneren Hand aus dem Uterus und Heraufführen des Zeige- und Mittelfingers der inneren Hand ins hintere Scheidengewölbe möglichst hoch hinauf. Umgreifen des Fundus uteri mit vier Fingern der äusseren Hand. Entgedrücken und Herübergleitenlassen der Finger der äusseren Hand über den Fundus und die vordere Uteruswand, immer unter Gegendruck der inneren Finger bis in Höhe der letzteren. Schliesslich gemeinsames weiteres Ausdrücken nach Zervix und Scheide hin. Der so zusammengepresste Uterus spritzt dann förmlich seinen Inhalt heraus in die Scheide. Alsdann erfolgt eine Spülung des Uterus mit heisser, physiologischer Kochsalzlösung und nach erneuter kurzer Desinfektion der Hände eine genaue Austastung der Uterushöhle, die jetzt auch in guter Zusammenziehung sich befindet. Eine Wiederholung des Verfahrens ist in den wenigsten Fällen vonnöten. Auch härtere, schon ältere Plazentarteilchen, die bei ihrer Entfernung dem Finger immer wieder entschlüpfen wollen, lassen sich auf diese einfache Weise leicht herausbringen. Da ich annehme, dass dieses Verfahren in der Praxis nicht so genügend bekannt ist, wie es mir für die Unterstützung bei der Ausräumung des Abortes wertvoll erscheint, glaube ich berechtigt zu sein, darauf von neuem hinzuweisen.

Aus einem Reservelazarett.

Sind die nach Unfällen auftretenden Glykosurien diabetisch?

(Beobachtungen an abgestürzten Fliegern.)

Von Dr. Schweriner, Leiter der Untersuchungsstelle und Dr. Selberg, ordinierendem Stabsarzt einer chirurg. Station.

Ueber die nach Unfällen auftretende Zuckerausscheidung ist im Anschluss an die Gutachterfähigkeit für Berufsgenossenschaften und Versicherungssämter eine umfangreiche Literatur entstanden, die sich bei Stern¹⁾ und bei Kühne²⁾ zusammengestellt findet. Die 3 verschiedenen Formen, welche beobachtet werden, finden danach eine sehr verschiedene Beurteilung. Bei den nach Traumen festgestellten Fällen von echtem chronischen Diabetes wird zwar praktisch ein Zusammenhang in weitgehendem Masse zugestanden, weil das Versicherungsgesetz sich damit begnügt, dass der Unfall als mitwirkende Ursache „ins Gewicht fällt“. Inwieweit aber dieser

¹⁾ Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena 1913.

²⁾ Kühne: Stoffwechselkrankheiten in Thiern, Handb. d. Unfallkrankheiten, Stuttgart 1909.

Zusammenhang wissenschaftlich begründet ist, darüber wird recht skeptisch geurteilt.

Anders bei der nach Unfällen häufig beobachteten vorübergehenden Glykosurie und der alimentären Glykosurie, die nach schweren Knochenverletzungen, auch Operationen, öfter vorkommt. Beide stehen durch ihr plötzliches Auftreten und Verschwinden in so engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall, dass dessen ursächliche Bedeutung unzweifelhaft ist.

Die alimentäre Glykosurie ex amylo, allgemein als Zeichen einer diabetischen Veranlagung angesehen, wird von v. Noorden³⁾, Umber⁴⁾ und vielen andern geradezu als Funktionsprobe bei Verdacht auf diabetische Erkrankung benutzt. Strauss⁵⁾ bezeichnet sie auf Grund umfangreicher Untersuchungen als leichteste, einem Stillstand oder einer Rückbildung am ehesten zugängliche Form der diabetischen Stoffwechselerkrankung.

Ebenso werden die kurzdauernden spontanen Glykosurien gewöhnlich als Ausserungen einer leichten diabetischen Störung angesehen [Naunyn⁶⁾], etwa als Glied einer absteigenden Reihe, die vom vollausgebildeten chronischen Diabetes über den symptomlosen Diabetes decipiens, den intermittierenden Diabetes, die vorübergehende Glykosurie zur alimentären Glykosurie führt.

Es erscheint jedoch ungeklärt, ob diese kurzdauernde spontane Zuckerausscheidung wirklich auf einer Schwäche der den Zuckerstoffwechsel besorgenden Organe, insbesondere der Leber und des Pankreas, gegenüber den zugeführten Kohlehydratmengen beruht, also im letzten Sinne diabetisch ist, oder ob andere Einflüsse (Nervensystem?) unabhängig von der Nahrungszufuhr die Zuckerausscheidung bewirken.

Zum Studium dieser Frage stand uns in den bei Uebungsflügen abgestürzten Fliegern einer Fliegerabteilung unserer Garnison ein Material zur Verfügung, das aus mehreren Gründen besonders geeignet erschien:

Erstens handelte es sich um durchweg junge, kräftige Leute, die durch mehrfache eingehende Untersuchungen als körperlich besonders tüchtig und wohl auch als besonders kaltblütig eigens für den Flugdienst ausgewählt waren.

Zweitens erlitten alle beim Absturz neben körperlichen Verletzungen verschiedenster Schwere ein ziemlich gleichartiges psychisches Trauma. Denn alle versuchten während des Absturzes in voller Erkenntnis der schweren Gefahr durch alle möglichen Mittel das Aufschlagen auf den Erdboden zu vermeiden. Bewusstlosigkeit trat nur bei einigen und auch bei diesen erst im Momente des Aufschlagens ein. Entsprechend diesem schweren psychischen Insult waren sie alle noch etwa eine Woche nach dem Unfälle in einem erheblichen Erregungszustande, der sich in Schlaflosigkeit und Gliederzittern dokumentierte. In einem Falle blieb eine leichte traumatische Neurose bestehen.

Wir gingen nun in der Weise vor, dass sofort nach der Lazarettaufnahme der Urin untersucht wurde, und dass die Kranken am Morgen nach dem Unfälle der alimentären Probe unterzogen wurden. Sie erhielten zu diesem Zwecke einen aus 250 g Mehl hergestellten Brei oder Pudding, der gewöhnlich gern und immer restlos unter Kontrolle genommen wurde. Nur bei einigen Kranken mit schweren Schädelbrüchen, die bald ad exitum kamen, musste die Probe unterbleiben. Bei 4 weiteren Fällen wurde sie nicht unmittelbar nach dem Unfälle, sondern erst später vorgenommen (Nr. 7, 9, 10, 11). In den nächsten 24 Stunden nach der Mehlgabe wurde der Urin in 5 Teilportionen gesammelt und untersucht. Bei allen Fällen wurde dann noch etliche Wochen lang durch tägliche Untersuchung auf spontane Zuckerausscheidung gefahndet.

Es wurden auf diese Weise 13 abgestürzte Flieger untersucht und es ergab sich folgendes:

Nr. 1. Gr., abgestürzt 13. VII. 18. Schädelbruch, Exitus auf dem Verbandstische. Urin: Eine Stunde nach dem Unfall: $\frac{1}{2}$ Prom. Eiweiss. Mikr.: Rote und weisse Blutkörperchen, Nierenzellen, Zylinder. Zucker: Negativ.

Nr. 2. Hn., abgestürzt 13. VII. 18. Schädelbasisbruch, Exitus innerhalb 12 Stunden. Urin: 3 Stunden nach dem Unfall: Eiweiss 1 Prom. Mikr.: Rote und weisse Blutkörperchen, Zylinder. Zucker: Negativ.

Nr. 3. Mt., abgestürzt am 30. VIII. 18. Schädelbruch. Urin: Eiweiss und Zucker negativ. Alimentäre Probe: Negativ. Beobachtungszeit 3 Wochen.

Nr. 4. Mr., abgestürzt am 14. IX. 18. Schädelbasisbruch, Unterkieferbruch. Urin: Eiweiss und Zucker negativ. Alimentäre Probe: Negativ. Beobachtungszeit 4 Wochen.

Nr. 5. Rg., abgestürzt 3. IX. 18. Oberarmbruch. Urin: Eiweiss und Zucker negativ. Alimentäre Probe: Negativ. Beobachtungszeit 2 Monate.

Nr. 6. He., abgestürzt aus 40 m Höhe am 8. VI. 18. Knie-scheibenbruch. Urin: Eiweiss und Zucker negativ. Alimentäre Probe: Negativ. Beobachtungszeit 5 Wochen.

³⁾ v. Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Berlin 1912.

⁴⁾ Umber: Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. Berlin 1914.

⁵⁾ Strauss: B.kl.W. 1899 S. 276.

⁶⁾ Naunyn: Der Diabetes mellitus. Wien 1906.