

wir finden ja auch bei anderen Krankheiten solche Mutation der klinischen Erscheinungsformen. In dem Zusammenhang sei bemerkt, daß die in den Lehrbüchern als gewöhnliche Erscheinungsform der Skelettlues des Säuglingsalters angegebene Pseudoparalyse Parrots ebenso wie Periostitis der Fingerphalangen jetzt viel seltener als früher zur Beobachtung gelangt. Die Eltern der Periostitiskinder waren teils vorbehandelt, teils ihrer Krankheit ganz unbewußt.

Zweck dieser Mitteilung ist, die diagnostische Bedeutung des klinischen Symptoms der Tibiaauftreibung ins rechte Licht zu rücken, welche nach unseren Erfahrungen mitunter das einzige oder doch wichtigste Symptom einer Lues congenitalis bilden kann.

Literatur.

Erlacher: Arch. f. klin. Chir. 125, H. 4. — Feer: Lehrbuch, Diagnostik. — Finkelstein: Lehrbuch. — E. Fränkel: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Erg. Bd. 26. — Hochsinger: Handb. 1. Aufl. — Nürnberger: Zbl. f. Gyn. 1926 Nr. 12 S. 705. — Schneider: Virch. Arch. 234, 378, 1921. — Thönes: Arch. f. Kinderhkl. 70, 1922. — Wimberger: Erg. d. inn. Med. u. Kinderhkl. 28, 1925. — Zappert: Handb. f. Kinderhkl. 3. Aufl.

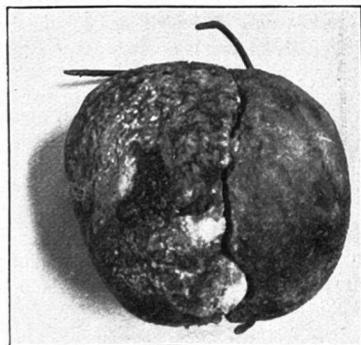
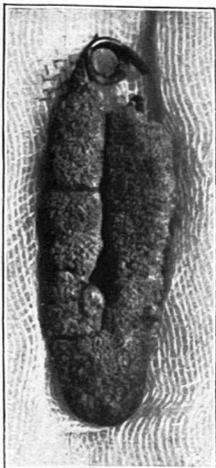
Aus der Chirurgischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Düsseldorf. (Prof. Dr. Ritter.)

Blasenstein in einer männlichen Harnblase, um eine Sicherheitsnadel herum entstanden.

Von Dr. Walther Rödel, 1. Assistent der Abteilung.

In der weiblichen Blase sind Fremdkörper nichts Seltenes. Beim Manne ist ein solches Vorkommnis nicht nur selten, sondern entbehrt auch nicht einer gewissen Kuriosität, wie der folgende Fall zeigt:

Ein 64 jähriger Mann spürt vor etwa 10 Wochen Schmerzen in der Harnröhre. Zu deren Linderung will er sich eine Eingießung von Kamillentee in die Harnröhre machen und benutzt dazu, um die Harnröhre zu spreizen, eine Sicherheitsnadel. Er wird ohnmächtig, und als er wieder zu sich kommt, ist die Nadel verschwunden. Nach wenigen Tagen stellen sich Schmerzen am Schluß des Wasserlassens, Brennen in der Harnröhre und Blut im Harn ein. Aus Angst vor einem Arzt kommt er erst 10 Wochen später, nachdem er ziemlich heruntergekommen ist, in unser Krankenhaus.



Hier findet sich eine sehr starke Zystitis mit reichlich eitrigem Satz. An der Harnröhre nichts Besonderes. Per rectum ist nichts Krankhaftes zu fühlen, die Prostata nicht besonders vergrößert. Das Röntgenbild zeigt oberhalb der Symphyse eine querliegende Sicherheitsnadel, die an der Spirale durchgebrochen ist. Eine Verschattung ihrer Umgebung ist nicht sichtbar. Offenbar war die Nadel durch die Spülung in die Blase gelangt, als der Sphinkter im Beginn der Ohnmacht erschlaffte.

Am 13. IX. 26 entfernte ich die Nadel durch Sectio alta.

Sie fand sich, wie die Abbildung zeigt, so vollkommen inkrustiert, daß sie in absehbarer Zeit in der Steinbildung unsichtbar geworden wäre. Dicht an der Spirale war sie durchgerostet. Bemerkenswert ist, daß die Steinbildung im Röntgenbild nicht zur Darstellung kam, was aber bei beginnenden Steinen bekannt ist. Die Schleimhaut der Harnblase war sehr stark gerötet; keine Balkenblase.

Die Blase wurde in zweifacher, extramuköser Schicht vernäht, die Bauchdecken bis auf ein kleines Glasrohr verschlossen. Heilung ohne Fistelbildung.

Im Anschluß an diesen Fall gebe ich die Abbildung eines großen, um eine Haarnadel herum gebildeten Steines wieder, den Prof. Ritter in Posen aus einer weiblichen Harnblase entfernte.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin.
(Direktor: Geheimrat Stoeckel.)

Schädigungen durch Silkwormsterilette.

Von Dr. V. Ohnesorge, Assistent der Klinik.

Die Frage nach Mitteln zur Verhütung der Schwangerschaft gehört heute fast zum Alltäglichen der Sprechstunde eines Gynäkologen oder eines praktischen Arztes. Die Indikationsstellung bleibt dem Gewissen und der Erfahrung des einzelnen überlassen, denn es bestehen keine Gesetze, keine festgelegten Bestimmungen, welche die antikonzptionellen Maßnahmen regeln. Wird aber der Arzt vor die unvermeidliche Aufgabe gestellt, eine Verhütung der Konzeption zu befürworten, so erwächst für ihn die unbedingte Pflicht, nur solche Mittel zu empfehlen, welche ihren Zweck ohne Gefahr einer Gesundheitsschädigung erfüllen. Diese Regel wird leider nicht immer befolgt.

Trotz Warnungen, die in jedem Lehrbuch der Gynäkologie zu finden sind, trotz Veröffentlichungen verschiedener Fälle, scheint es nicht allgemein bekannt zu sein, welche Gefahren manche Methoden in sich bergen. Dies gilt namentlich für solche „Schutzmittel“, welche intrauterin eingeführt werden und dann als Dauerfremdkörper — durch Infektion und mechanische Uteruswandschädigungen — die Frauen aufs schwerste gefährden.

Zu diesen Mitteln gehören 1. die verschiedenen „Intrauterinpressare“ und 2. die Silkwormsterilette. Während die ersten durch zahlreiche Beobachtungen hinreichend diskreditiert worden sind, fanden die letzten bis jetzt nur wenig Berücksichtigung. Dadurch läßt sich wohl auch die Tatsache erklären, daß das intrauterine Einlegen von Silkwormsteriletten eine große Verbreitung finden konnte. Der Zweck dieser Veröffentlichung ist nun, an Hand dreier typischer Fälle auf die Schädigungen durch diese bedenkliche, rohe Methode hinzuweisen und Anregung für weitere Publikationen zu geben.

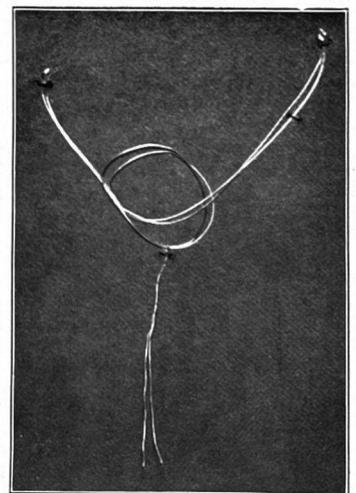
Die gebräuchlichste Art der Silkwormsterilette besteht (siehe Abbild.) aus zwei zu einer Schlinge zusammengelegten Silkwormfäden, deren Enden frei hervorragen und je ein Knötchen tragen. An der Schlinge hängt ein etwa 5 cm langes dünnes Drahtstück, welches — nach dem Einlegen der Schlinge in den Uterus — im Zervikalkanal liegen bleibt und zum späteren Entfernen des Sterilets dienen soll. Zum Einführen der Fäden in das Kavum wird von manchen eine speziell für diesen Zweck erdachte Uterussonde¹⁾ gebraucht.

Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß diese Silkwormsterilette keine antikonzptionellen Mittel im wahren Sinne des Wortes sind: eine Hochwanderung der Spermatozoen und eine Befruchtung des Eies können sie nicht verhüten. Ihren Zweck vermögen sie nur dadurch zu erfüllen, daß sie entweder durch eine hervorgerufene chronische Endometritis eine Nidation des befruchteten Eies verhindern oder eine eingetretene Gravidität im frühen Stadium durch den von ihnen ausgehenden Dauerreiz zum Ausstoßen bringen, mit anderen Worten einen Abort provozieren.

Daß diese „Schutzmittel“ zu schweren Schädigungen führen können, sollen folgende Fälle demonstrieren:

Eine 35 jährige Frau wird am 5. III. 1926 in unsere Klinik eingeliefert. Ende Dezember 1925 erkrankte sie ziemlich plötzlich an Unterleibsentzündung und Fieber, wurde teils im Krankenhaus,

¹⁾ Dieses Instrument kann übrigens durch ein Berliner medizinisches Warenhaus bezogen werden und ist nach Angaben des Verkäufers „von Mund zu Mund“ bekannt geworden, obwohl es vorläufig in keinem Katalog verzeichnet ist.



teils zu Hause behandelt. Nach vorübergehender Besserung — erneut Verschlimmerung. Kurz vor der Einlieferung in die Klinik — hat der behandelnde Arzt einen „spitzen Gegenstand“ aus dem Muttermunde entfernt, der sich als ein Silkwormsterilet erwies. Befund in der Klinik: Temp. 38,1°, Puls 84. Allgemeinzustand gut. Uterus klein, anteflektiert, nach vorn verdrängt. Rechts doppelfaustgroßer Adnextumor, welcher mit einem kleineren, etwa faustgroßen Tumor in Verbindung steht. Blutsenkungsgeschwindigkeit: 40 Min. — Nach konservativer Behandlung wird die Frau am 24. III. fieberfrei, jedoch ohne wesentliche Besserung des objektiven Befundes, in ambulante Behandlung entlassen.

Wie die Kranke nachträglich mitteilt, ist ihr das Sterilet kurz vor der Erkrankung eingelegt worden. Früher ist sie nie unterleibskrank gewesen, hat zwei normale Geburten und zwei komplikationslose Aborte durchgemacht.

Zwei weitere bemerkenswerte Fälle sind durch Bamberg²⁾ und durch Berg-Plattau³⁾ mitgeteilt worden.

Fall von Bamberg: Bei einer 43-jährigen Frau, die seit etwa 3 Jahren an starken, zuletzt bedrohlich gewordenen Blutungen litt, fand sich ein überfaustgroßer derber Uterus bei gesunden Adnexen. Die Diagnose wurde auf Uterus myomatosus gestellt und B. hat eine Uterusexstirpation per laparotomiam ausgeführt. In dem großen Uterus finden sich keine Myome. Er hat eine gleichmäßig verdickte Wandung von über 3 cm Stärke. Aus der rechten Kante des weiten Kavum sproßt ein Bündel langer Borsten, die sich als Silkwormfäden erweisen.

Nach der Operation gibt die Kranke an: Vor 3¼ Jahren sei ihr von einem Arzte ein „Apparat“ zur Verhütung der Empfängnis in die Gebärmutter eingeführt worden. Nach den nächsten Menses hat der Arzt nichts mehr davon gefunden und ihr erklärt, das Schutzmittel sei verloren gegangen. Bald darauf hätten die Blutungen eingesetzt. Das Sterilet hat also in den 3¼ Jahren eine ungewöhnliche Wandverdickung des Uterus und schwere Blutungen hervorgerufen, welche die Frau in große Gefahr gebracht haben.

Fall von Berg-Plattau: Einer 35-jährigen Frau ist anderwärts ein Silkwormsterilet eingesetzt worden. 8 Tage darauf („14 Tage zu früh“) traten ganz abnorm starke Blutungen auf, welche schließlich die Kranke nach weiteren 14 Tagen zu B.-Pl. führten. Auf Sekakorninjektion stand die Blutung, während sich gleichzeitig der Muttermund und der Zervikalkanal weit öffneten, ohne einen fremden Inhalt erkennen zu lassen. Durch vorsichtiges Austasten des Uterus mit stumpfer Kürette wurde der fest in die Uterusschleimhaut eingekleibte Silkwormknäuel zutage befördert.

Es ist anzunehmen, daß diese Fälle nicht vereinzelt dastehen, daß manche Fälle von unaufgeklärten entzündlichen Erkrankungen und rätselhaften Blutungen auf das Schuldkonto der Silkwormsterilette kommen. Er ist ferner anzunehmen, daß viele Frauen, die nur eine vorübergehende Verhütung der Konzeption beabsichtigten, durch chronische Endometritiden oder durch aufsteigende Infektion zur dauernden Sterilität, häufig zu schwerem Siechtum verdammt worden sind. Weitere Beobachtungen sollen zeigen, ob diese Vermutungen berechtigt sind, vorläufig genügen jedoch schon die drei angegebenen Fälle, um das Silkwormsterilet aus der Reihe der antikonzeptionellen Mittel zu verbannen.

Für die Praxis.

Ueber die Besichtigung der Kranken.

(Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von A. Krecke in dieser Wochenschrift Nr. 4, S. 157.)

Von Prof. L. Heine, Kiel.

Die Gedankengänge Kreckes sind ganz gewiß zu begrüßen, und jeder, der die Jugend anzuleiten hat, wird die von Krecke mitgeteilten Erfahrungen teilen.

So steht denn auch als erster Punkt in dem Schema meiner Untersuchungstechnik des Auges (Fischer-Jena):

Außere Betrachtung, und zwar nicht nur der Augen, auch des Kopfes, ja des ganzen Menschen, denn schon die Körperlänge, die Länge der Extremitäten, die Größe der Füße und Hände läßt uns an Hypophysenstörungen und Optikusschädigung, livide Verfärbung der Haut an Raynaud, pastöse Beschaffenheit derselben an Nephrose mit entsprechenden Retinalschädigungen usw. denken. Anomalien der Schädelbildung erinnern an Ossifikationsstörungen besonders in der Schädelbasis und somit an Optikusschädigungen, ferner ein Hydrozephalus an Stau-

²⁾ Bamberg: Vortrag in der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. in Berlin (12. VI. 1926), zit. nach der Mschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 74, H. 1—2.

³⁾ Berg-Plattau: Gynäk. Gesellsch. in Breslau (17. XI. 1925). Zit. nach der Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1926 Bd. 73 H. 5.

ungspapille oder sekundäre Atrophie, gewisse Formen des Exophthalmus an Rachitis.

Daß man den Kranken „beobachten“ und nicht immer gleich anfassen und abtasten soll, versteht sich namentlich für die Untersuchung von Kindern, denen man jedes Zutrauen nimmt, wenn man sie sofort angreift.

Die schiefe Kopfhaltung deutet auf Störungen im äußeren Augenmuskelapparat und auf das Bestreben, durch entsprechende Kopfneigung die Doppelbilder zu vermeiden. Der Erfahrene erkennt leicht auf einige Meter Entfernung eine leichte III-, IV- oder VI-parese. Bei kleinsten Kindern mit Strabismus kann man das führende Auge verdecken, ohne es zu berühren, und aus der Sicherheit, mit der dann das schielende Auge eingestellt oder nicht eingestellt wird, auf die Sehschärfe desselben Schlüsse ziehen. Zumal wenn man dann das abgeblendete Auge wieder frei läßt und beobachtet, mit welcher Schnelligkeit dieses wieder eingestellt wird, oder ob es überhaupt ständig dem anderen vorgezogen wird. Ob es sich um einen Strabismus converg. unilat. oder alternans oder um einen paralyticus, besonders die angeborene VI-parese handelt, entscheidet man am besten nur durch Beobachtung.

Erst nachdem dieser Punkt 1 — äußere Betrachtung — ganz besonders bei Kindern sorgfältig ausgeführt ist, wende man sich zu Punkt 2: seitliche Belichtung, womit wir dann in unser Sonderfach einlenken. Krecke sagt: „Daß Hornhaut und Pupillen bei jedem Kranken zu betrachten sind, ist selbstverständlich. Ein Blick genügt in der Regel, um Narben an der Hornhaut oder eine Unregelmäßigkeit der Pupille zu erkennen. Auch die Reaktion der Pupille auf Licht läßt sich schnell feststellen.“ Da möchte ich denn doch einige Bedenken geltend machen und mir erlauben, einige ergänzende Bemerkungen anzufügen.

Gerade betreffs der Pathologie der Hornhaut ist durch die Einführung der Spaltlampe in die Untersuchungstechnik die Diagnostik ganz außerordentlich verfeinert worden. Narben, vorsichtiger gesagt vielleicht Trübungen, können wir jetzt mit einer Sicherheit erkennen und lokalisieren, wie das mit der oben angedeuteten Technik unmöglich ist. Wie die Sonne uns nur in der Nacht die Pracht des Sternhimmels zeigt, so zeigt uns der Strahl der Spaltlampe im Dunkelzimmer Dinge, von deren Vorhandensein wir sonst keine Ahnung haben können. Das Strahlenband zeigt uns bei schrägem Einfall einen optischen Vertikalschnitt durch die Kornea, den wir im Kornealmikroskop bei 10facher Vergrößerung stereoskopisch beobachten können. Wir tasten damit die Kornea von links nach rechts und von oben nach unten durch. Der schmale konvex-konkave Streifen ist in seiner vorderen — bei Belichtung von links, links vorne gelegen — konkaven Begrenzung durch eine stärker reflektierende Linie besonders „betont“. Dieses ist die Epithelschicht. Das Stroma der Hornhaut reflektiert weniger, aber immerhin deutlich. An der Hornhauthinterfläche bricht das Strahlenbündel mit konkaver Begrenzung ab — denn die vordere Kammer ist optisch leer —, um erst an der Linsenvorderfläche wieder aufzutauchen und im optischen vertikalen Schrägschnitt ca. 12 konzentrische Schichten erkennen zu lassen. Daran schließt sich dann der Glaskörper an, der wieder seine eigene Struktur hat.

Mit Hilfe dieser Technik können wir nun — abgesehen von vielem anderen — 4 Gruppen von Trübungen der Hornhaut unterscheiden.

1. oberflächliche diffuse, 2. oberflächliche zirkumskripte, 3. tiefe diffuse, 4. tiefe zirkumskripte. Diese 4 Gruppen haben ihre ganz verschiedene Bedeutung wegen der ganz verschiedenen Ursachen, die diesen zugrunde liegen.

1. Die oberflächlichen diffusen sind vielleicht die relativ harmlosesten, indem sie die häufigen Begleiterscheinungen der verschiedensten Konjunktivitisformen sind: Keratitis superficialis diffusa punctata bei Konjunktivitis durch Pneumokokken — Staphylokokken mit oder ohne iritische Reizung, mit oder ohne Neigung zur Bildung von Ulzerationen. Meist akutere, doch auch chronische Prozesse darstellend. Aber besonders bei letzteren muß man doch stets bedenken, daß auch ein Glaukom von Trübungen dieser Art begleitet sein kann.

Auch können diese diffusen oberflächlichen Trübungen sich mit tiefen kombinieren, letztere verschleiern, während gerade diese die bemerkenswerten sind.