

daß die Hypophyse des kastrierten Partners befähigt ist, Vorderlappenhormon in solcher Menge zu produzieren und zu mobilisieren, daß bei dem infantilen Partner die sexuelle Fröhreife eintritt.

In der Tat findet diese Annahme eine Stütze durch die klinische Feststellung, daß bei manchen Frauen mit erlöschender bzw. erloschener Genitalfunktion (z. B. nach Röntgenkastration oder nach Totalexstirpation, ferner bei Frauen, die sich nahe dem Klimakterium oder kurze Zeit im Klimakterium befinden) eine positive H.V.R. I feststellbar ist. (S. Abschnitt IV!)

Auch das relativ häufige Vorkommen einer positiven Reaktion I bei den verschiedensten endokrinen Krankheiten und beim Genitalkarzinom (s. Abschnitt IV) könnte in dem gleichen Sinn gedeutet werden. Wissen wir doch durch die Untersuchungen von P o o s, daß die Hypophyse auf die mannigfachen endokrinen Störungen, gleich welcher Lokalisation, qualitativ in ähnlicher Weise wie bei der Schwangerschaft reagieren kann. Und speziell beim Genitalkarzinom konnte B e r b l i n g e r Vermehrung der Hauptzellen und Umwandlung in Schwangerschaftszellen feststellen.

Alle diese Tatsachen und Überlegungen dürften für das Verständnis des oben beschriebenen Falles von Bedeutung sein. Auch hier handelt es sich um eine Frau mit erlöschender bzw. erloschener Genitalfunktion. Der Uterus ist klein und verkümmert, das eine Ovar wurde bereits vor Jahren entfernt, das andere Ovar ist, wie sich bei der Laparotomie zeigte, hochgradig atrophisch, in der Probeexzision fanden sich lediglich ältere Corpora albicantia. Es ist daher anzunehmen, daß auch die Hypophyse der Kranken entsprechende morphologische Veränderungen aufweist und das Vorkommen einer positiven Vorderlappenreaktion im Blut und im Urin dieser Kranken könnte als funktioneller Ausdruck dieser morphologischen Veränderungen angesehen werden.

Inwieweit diese Auslegungsweise, die an sich recht plausibel erscheint, richtig ist, muß abgewartet werden. Ob das Primum movens bei dem vorliegenden Krankheitsbild wirklich im Genitalapparat zu erblicken ist, erscheint vorerst noch recht zweifelhaft. Auch ist es durchaus unklar, warum in dem vorliegenden Fall die Reaktion I über viele Monate hinaus positiv bleibt, im Gegensatz zu den übrigen bisher beobachteten Fällen. Gerade diese Frage bedarf noch einer befriedigenden Erklärung.

Anhang. Zondek und Aschheim fanden eine positive H.V.R. I bei abnormen Wachstumsvorgängen im menschlichen Organismus, so bei schnell wachsenden gutartigen Tumoren, ferner etwas häufiger beim Karzinom, bisweilen bei sehr schweren entzündlichen Krankheiten, manchmal auch bei endokrinen Störungen.

Anlässlich meiner Nachprüfungen der Aschheim-Zondek-schen Schwangerschaftsreaktion fand ich eine positive H.V.R. I.

nach Röntgenkastration	in 3 Fällen
nach Totalexstirpation	in 2 Fällen
bei Karzinomkranken	in 3 Fällen
bei Akromegalie	in 1 Fall
bei Amenorrhoe	in 2 Fällen
bei Hypophysentumor	in 1 Fall
bei Climacterium praecox	in 2 Fällen
bei Chorionepitheliom	in 2 Fällen
bei Myomkranken	in 2 Fällen
bei Lipoidnephrose	in 1 Fall
bei Abortus	in 5 Fällen
nach Bluttransfusion	in 1 Fall

In allen diesen Fällen war die H.V.R. I, im Gegensatz zu dem oben ausführlich geschilderten Fall, nur vorübergehend positiv. Meistens ergab schon die zweite Untersuchung ein negatives Resultat.

Im übrigen aber zeigen diese Fälle, wie wenig charakteristisch eine positive H.V.R. I für eine Schwangerschaft ist. Es ist das Verdienst von Zondek und Aschheim durch Abtrennung der H.V.R. I von der H.V.R. II + III eine zuverlässige Schwangerschaftsreaktion geschaffen zu haben. Auf dieser Abtrennung beruht die letzte Exaktheit und Feinheit der Z.A.R. Ich habe bereits auf dem vorjährigen Naturforscherkongress in Hamburg sowie in einem Vortrag im Frankfurter Aerzteverein und vor kurzem in einer Sitzung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe mitgeteilt, daß ich auf Grund meiner Nachprüfungen (an rund 300 Fällen) die Zuverlässigkeit der Z.A.R. in vollem Umfang bestätigen kann. Daß im übrigen die praktische Bedeutung der Reaktion auch bereits außerhalb der Klinik erkannt und anerkannt wird, beweist die Tatsache, daß uns bereits viele Aerzte aus Süd- und Westdeutschland Urine ihrer Kranken zur Schwangerschaftsfrühdiagnose einschicken²⁾. Entsprechende Rückfragen haben auch in diesen Fällen die Zuverlässigkeit der genannten Reaktion bestätigt.

Zusammenfassung:

1. Bei einer 35jährigen Kranken mit hochgradiger Genitalatrophie und chronisch-paranoider Geistesstörung wurde im Blut und Urin während einer 10monatlichen Beobach-

lungszeit eine permanent positive Hypophysen-Vorderlappen-Reaktion I gefunden.

2. Im Gegensatz zu dieser offenbar sehr seltenen Beobachtung, für die vorläufig eine Erklärung nicht gegeben werden kann, stellt eine vorübergehend positive H.V.R. I ein relativ häufiges Vorkommnis dar. Eine vorübergehend positive H.V.R. I wurde bisweilen, jedoch keineswegs regelmäßig, gefunden bei röntgenkastrierten sowie bei total-exstirpierten Frauen, bei Genitalkarzinom, bei Uterus myomatosis, beim Chorionepitheliom, bei Akromegalie, bei Hypophysentumor, im Beginn der Menopause und im Climacterium praecox, bei Amenorrhoe, bei Lipoidnephrose und schließlich nach Transfusion von 500 ccm Schwangerenblut.

3. Die Zuverlässigkeit der Zondek-Aschheim-schen Schwangerschaftsreaktion (H.V.R. II + III) kann auf Grund von über 300 Fällen, denen die Untersuchungsergebnisse von rund 2000 Testtieren zugrunde liegen, bestätigt werden.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. L. Fraenkel.)

Antikonzeptionelle Silkwormschlingen als Ursache schwerster Metritis^{*)}.

Kritische Betrachtungen über Wert und Wirkung intrauteriner Schwangerschaftsschutzmittel.

Von Dr. G. J. Pfalz, Assistent der Klinik.

Im gegenwärtigen Zeitpunkte scheint die unter dem Einflusse der Kriegs- und Nachkriegsschäden entstandene soziale Not und gesundheitliche Schwächung breiter Volksteile die willkürliche Regelung des Nachwuchses seitens der Ehegatten mehr denn je zu gebieten. Hieraus ergibt sich die sozial-hygienisch berechnete und notwendige Forderung zweckmäßiger, d. h. sicher und dabei unschädlich wirksamer Schwangerschaftsverhütungsmittel. Dieses Bedürfnis ist darum besonders dringend, weil infolge des Anwachsens der kriminellen Aborte und ihrer Folgen zahlreiche mehr oder minder befugte und sachkundige Kräfte gegen den Strafgesetzbuchparagrafen 218 am Werke sind. Wenn die Aerzteschaft diesen Bestrebungen, denen sie aus den bekannten, viel erörterten Gründen nicht beipflichten zu können glaubt, wirksam begegnen will, so kann dies nur durch eine ordnungsgemäß indizierte und kunstgerecht durchgeführte Prophylaxe geschehen.

Die Erfahrungstatsache, daß weder die intravaginale Anwendung keimtötender Medikamente in Form von Kohlensäure entwickelnden Tabletten und Spüllösungen, weder Kondome und Portioverschlußkappen aus Gummi, Zelluloid oder Metall noch die große Anzahl der verschiedensten Intrauterinpressare die gleichzeitige Gewähr für sicheren und komplikationslosen Schutz vor Graviditäten leisten konnten, gaben Braun und nach ihm Pust [1, 2, 3] zur Konstruktion eines sogenannten Silkwormschlingenpessars Veranlassung.

Das Instrument besteht aus einer kreisförmigen mehrfadigen Silkwormschlinge, deren freie Enden zu einem mit Seide umwickelten Haltefaden vereinigt sind, dessen Länge etwa dem Zervikalkanal entspricht. Hieran ist ein konkaves Verschlußstück für den äußeren Muttermund aus säurefestem temperaturbeständigen Jenaer Glas befestigt. Die Abbildung 1 sowie die ausführliche Beschreibung des Mittels durch den Autor [1] machen die Eigenart des Pessars klar verständlich. Die antikonzeptionelle Wirkung des Mittels wird in der Ablenkung der Hauptmasse des Spermas vom alkalischen Zervikalschleimpfropf durch das Glasverschlußstück erblickt, andererseits auf die Absorption der wenigen möglicherweise ascendierten Spermatozoen durch die Seidenbindungen des Haltefadens und die gequollenen Fäden der uterinen Silkwormschlingen zurückgeführt. Es wird also von einer quantitativen Fernhaltung der Spermatozoen durch keimdichten Abschluß der Portio im Interesse eines ungehinderten physiologischen Sekretabflusses abgesehen. Die genannten Autoren scheinen uns der Anwendung antikonzeptioneller intrauteriner Silkwormfäden die Versuchsergebnisse von Retschmisky [5] sowie von Golhorn, Loeb und Irokawa [5] zugrunde zu legen. Hiernach ist die Wasserstoffionenkonzentration des Uterussekretes für die befruchtenden Fähigkeiten der Spermatozoen ein ausschlaggebender Faktor, der durch intrauterine Silkwormfäden bedeutend und für eine Befruchtung ungünstig beeinflusst werden kann.

Ein strikter Beweis absoluter Unmöglichkeit einer Konzeption bei den durch Silkwormfäden bedingten Veränderungen des Säuregrades auf der Oberfläche der Uterusmukosa konnte

²⁾ Zur Ausführung der Schwangerschaftsreaktion genügt es, 50–100 ccm Urin in einem gut gereinigten Glasgefäß einzusenden!

^{*)} Vortrag, gehalten auf dem II. Südostdeutschen Aerztetag zu Prag am 23. und 24. März 1929.

durch die erwähnten statistisch-chemischen Wertberechnungen naturgemäß nicht geführt werden. Diese Tatsache spricht aber gegen die Gültigkeit der von Pust vorgenommenen indirekt durch hydrolytische Dissoziationsvorgänge keimtötenden Wirkung des Silkworms in utero.

Wenn wir trotzdem an Hand der von Pust mitgeteilten Erfahrungen an mehreren Hunderten von Pessarfällen keine Veranlassung zu haben glauben, an der Sicherheit des beabsichtigten Schutzes vor dem Austragen von Graviditäten zu zweifeln, so legen wir unserer Auffassung die von uns seit Jahren gewonnene und durch die jüngst erschienenen histologischen Befunde des Russen Stefko [5] bewiesene Ueberzeugung zugrunde, daß die prophylaktische Wirkung der Silkwormschlingenpessare vielfach durch mechanische Störung der Einbettung und Ernährung des befruchteten Eies zustandekommt. Stefko sah eine größere Anzahl junger, meist 4 bis 7 Wochen alter Ovula infolge intrauteriner Silkwormanwendung, die lange Zeit vor der Konzeption erfolgt war, zu charakteristischen Degenerationsformen veröden und schließlich zugrundegehen. Die Eischädigungen wurden histologisch durch eine krankhafte Auflockerung und Gefäßverödung im Zottenstroma, durch degenerative Zusammenballung von größtenteils im Zerfall begriffenen Synzytiumzellen sowie durch endgültige, teils schleimige, teils hyaline Entartung und Zytolyse des Zottenstromas in 5 Fällen übereinstimmend nachgewiesen. Die notwendige Folge dieses fortschreitenden Zerstörungsprozesses an den Fruchthüllen waren ebenso regelmäßig beobachtete Schädigungen der Embryonen, bei denen es zu völliger Entwicklungshemmung des Nervensystems, zu teilweiser Aplasie des Gefäßapparates, zu völliger Störung der Anlage sämtlicher übrigen Organe und schließlich zur Embryolyse kam.

Die eischädigende Wirkung intrauteriner Silkwormfäden besteht in der Störung der normalen, für geordnete Diffusionsvorgänge maßgebenden Oberflächenspannung auf der Uterusschleimhaut, die zu den erwähnten regressiven Veränderungen der Zotten, Keimhüllen und Embryonen führt.

Will man sich nun ein Urteil bilden, wieweit die zweite Forderung, die wir an einen kunstgerecht wirksamen Frauenschutz stellen, nämlich die Unschädlichkeit für die Behandelte durch die genannten Prohibitiva erfüllt wird, so ist vorweg zu nehmen, daß Pust die völlige Reiz- und Gefährlosigkeit seines Modells ganz außer Frage stellt. Denn da sie gegenüber älteren Systemen ganz aus organischer Substanz bestehe, keine möglicherweise die Mukosa grob verletzenden freien Fadenenden mehr habe, und über eine hohe Elastizität verfüge, sei sie weit gefahrloser als die Sterilets und schonender selbst als ein Hodgepessar.

In diesem Zusammenhange sei auf die Notwendigkeit mit Nachdruck hingewiesen, die praktischen Aerzte und Studierenden heute eingehender als bisher die Kenntnis der für jeden Einzelfall verschiedenen erforderlichen Prohibitiva und damit die Vermeidung kunstwidriger und gefahrbringender Instrumente zu lehren. Mit Recht glaubt Straßmann [6], daß die ungeheure Anzahl krimineller Aborte wesentlich eingeschränkt werden könnte, wenn der beratende Arzt über antikonzeptionelle Methoden wohl unterrichtet sei und immer die richtigen Verordnungen trafe. In einer kritischen Zusammenstellung im Handbuch Halban-Seitz berichtet Pankow [7], was mit Rücksicht auf das folgende erwähnenswert ist, über erhebliche Menorrhagien unmittelbar nach Anwendung des Pustschen Pessars bei einer bis dahin ganz normal menstruirenden Kranken. Kürzlich veröffentlichte Straßmann [6] 5 Fälle schwerster Genitalaffektionen nach Silkwormbehandlung, wobei zweimal nach Art des Pustschen Modells nur Silkwormmaterial in Schlingenform verwendet worden war.

Eine Bestätigung dieser Befunde und einen weiteren Beweis dafür, zu wie schweren pathologischen Veränderungen das Silkwormschlingenpessar führen kann, stellt ein im folgenden zu besprechendes Operationspräparat dar, das die Harmlosigkeit intrauteriner empfängnisverhütender Mittel mit abschreckender Deutlichkeit widerlegt. Es demonstriert das Endergebnis eines Krankheitsverlaufes, der infolge seiner lebensbedrohlichen Komplikationen klarer als alle theoretischen Erörterungen die Anwendung auch der Silkwormpessare kategorisch zu verbieten scheint.

Wir waren vor kurzem bei einer 39-jährigen verheirateten Landarbeiterin wegen profuser Meno- und Metrorrhagien auf Grund schwerster Metritis gezwungen, die vaginale Totalexstirpation des kugelig verdickten, derb konsistenten Uterus vorzunehmen. Die vorher völlig beschwerdefreie Kranke litt seit April 1928 an protrahierten Menses, seit Ende 1928 an medikamentös unbeflußbaren uterinen Blutungen, verbunden mit heftigen medianen Unterleibschmerzen. Da die Frau nach acht fieberfreien Spontangeburt im April 1927 eine Frühgeburt von 7 Monaten und im August des gleichen Jahres einen Abortus von 3 Monaten mit anschließendem Kurettement absolut komplikationslos überstand, ließen sich die angegebenen Erscheinungen unmöglich als Folgen puerperaler Infektionen deuten. Die ursächliche Klärung des merkwürdigen Krankheitsbildes brachte erst die Öffnung des Uteruskavums und Zervikalkanals am Präparat, wobei Schlinge und Haltefaden eines sogenannten Frauenschutzes nach Braun-Pust zutage traten. Wie die nebenstehende Abbildung zeigt, liegt die Schlinge im

Kavum, der Faden in der Zervix; der Glasknopf fehlt völlig. Die Kranke gab nun auf nochmaliges eingehendes Befragen an, daß ihr im September 1927, also etwa 4-6 Wochen nach dem Abortus ein Schutzmittel ärztlicherseits eingesetzt worden sei. Wenige Wochen nach dessen Einführung traten, allmählich sich verstärkend, die oben angeführten Metritissymptome auf, die schließlich zu einer derart hohen sekundären Anämie führten, daß die vorher völlig gesunde, schwer arbeitende Frau zum Aufsuchen der Klinik gezwungen wurde.

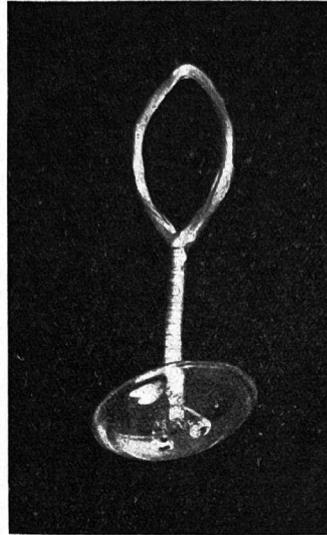


Abb. 1. Silkwormschlingenpessar nach Braun-Pust in natürlicher Größe.

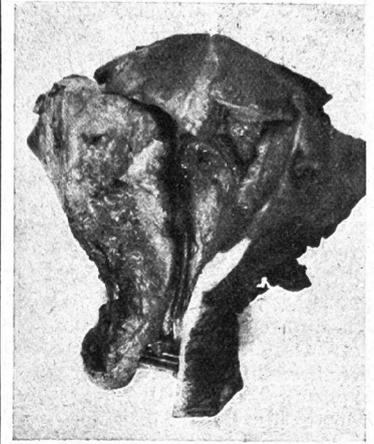


Fig. 2. Im Kavum bzw. in der Zervix verbliebene Silkwormschlinge samt Haltefaden bei metritischer Veränderung der Uteruswand. (Die Silkwormschlinge ist bei Öffnung des Präparates oberhalb der Seidenwindungen durchgeschnitten worden.)

Das interessanteste Moment an diesem auffälligen Befunde war das Fehlen des Glasverschlußstückes. Die Frau war nach den Aufzeichnungen ihres Arztes ein Vierteljahr nach Einführung des Pessars zu dessen Revision erschienen. Dabei waren weder das Glasverschlußstück vor dem Muttermund noch dessen intrazervikal gelegener Haltefaden im Spiegel sichtbar. Es wurde deswegen ein spontanes, von der Frau nicht bemerktes Herausgleiten des ganzen Instrumentes während der Menses angenommen.

Da eine Lösung der seidenumwickelten Silkwormschlingen, die die Glaskappe festhalten sollten, kaum durch Resorptionsvorgänge oder gewaltsame Kohabitationsbeschädigungen bedingt sein konnte, muß auf Grund des vorliegenden ärztlichen Berichtes der kunstwidrige unverantwortliche Eingriff einer unbefugten dritten Person angenommen werden. Gleichviel indessen, durch wessen Hand der Glasknopf abgerissen wurde, wichtig ist in diesem Zusammenhange lediglich die Tatsache, daß dies überhaupt möglich war. Daß eine Schwäche und Gefahrenquelle des Modells in der unzulänglichen Verankerung des Glasknopfes bzw. in der schwierigen Entfernbarkeit des Pessars liegt, beweisen von G. A. Wagner [9], von H. H. Schmid [10] und von Berg-Platau [8] gemachte übereinstimmende Funde von antikonzeptionellen Pustschen Silkwormfäden im Uterusinnern bei fehlendem Glasverschlußstück. Die Ursache der Ablösung der Glaskappe und des Verschwindens der Silkwormschlinge im Kavum blieb auch in diesen Fällen ungeklärt. Hier muß auf das in den „ärztlichen Richtlinien“ für den Gebrauch des Schutzmittels auffällige Fehlen der unerläßlichen genauen Angaben des Instrumentes und der Technik für die Einführung und Entfernung des Pessars hingewiesen werden.

Die im Anschluß an die Silkwormprophylaxe entstandene lebensbedrohliche Erkrankung einer bisher durchaus gesunden und leistungsfähigen Mutter von 8 Kindern widerlegt nicht nur die Behauptung der Reizlosigkeit des in Frage stehenden „Frauenschatzes“, sondern der offenbar beim Versuch des Pessarwechsels erfolgte Abriß der Glaskappe entkräftet gleichzeitig die Annahme, daß das Instrument bei Zustandekommen einer Schwangerschaft durch das wachsende Ei von selbst herausgedrängt werde.

Damit drängt sich mit notwendiger Konsequenz die forensisch und standesethisch wichtige Frage auf, ob und wo bei Anwendung intrauteriner Silkwormschlingen eine Grenze zwischen kunstgerechter, gesunderhaltender Schwangerschaftsverhütung einerseits und krimineller Fruchtzerstörung sowie fahrlässiger Körperverletzung andererseits zu erkennen ist. Wir stehen auf Grund der Beobachtungen der erwähnten Autoren und unter dem Eindrucke des vorliegenden Krankheitsverlaufes auf dem Standpunkte, daß auch das Silkwormschlingenpessar zu einem Abortivmittel und zu einem gefähr-

lichen Fremdkörper werden kann, vor dessen Anwendung daher aufs eindringlichste gewarnt werden muß.

Literatur.

1. Pust, Dtsch. med. Wschr. 1923, H. 29. — 2. Derselbe, Münch. med. Wschr. 1922, H. 4. — 3. Derselbe, Münch. med. Wschr. 1921, H. 52. — 4. Gräfenberg, — 5. Retschmenschky, Golhorn, Loeb, Irokawa, zitiert nach Stefko, Arch. Frauenkde, Bd. 14, H. 5. — 6. Straßmann, Dtsch. Z. gerichtl. Med., Bd. 12, H. 1—3. — 7. Pankow, Handbuch von Halban-Seitz. — 8. Berg-Platau, Sitzgsber. Südostdtsh. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1926, Zbl. Gynäk. — 9. G. A. Wagner, Sitzgsber. d. Südostdtsh. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1929, Zbl. Gynäk. — 10. H. Schmid, ibidem.

Ein Beitrag zur Tendovaginitis gonorrhoeica.

Von Dr. med. Fr. Duncker, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, Brandenburg/Havel,

Das klinische Krankheitsbild der Gelenkgonorrhoe ist allbekannt. Die große Schmerzhaftigkeit, teigige Schwellung der Gelenkkapsel, die starke Funktionsbehinderung, ein Erguß und die maigrüne Farbe des Punktes machen die Diagnose Arthritis gonorrhoeica wahrscheinlich, auch wenn die Anamnese im Stiche läßt und der mikroskopische Nachweis von Gonokokken im Harnröhrensekret negativ ausfällt. Weniger bekannt ist die gonorrhoeische Sehnscheidenentzündung. Sie tritt nach Angabe der chirurgischen Lehrbücher in Begleitung einer gonorrhoeischen Gelenkentzündung auf und erfordert nur bei Vereiterung einen chirurgischen Eingriff. Daß sie verhältnismäßig selten ist, geht daraus hervor, daß Mondor in der umfassenden Monographie über die Arthritis gonorrhoeica unter 80 gonorrhoeischen Gelenkentzündungen nur 2 Fälle von gonorrhoeischer Sehnscheidenentzündung aufführt.

Die isolierte Tendovaginitis gonorrhoeica kommt in einer akuten und chronischen Form vor. Die Literatur über diese Erkrankung ist erstaunlich gering. Hecht beschreibt in der Dermatologischen Wochenschrift Bd. 57 vom Jahre 1913 einen Fall von Tendovaginitis gonorrhoeica. In der umfassenden Arbeit von Hauck aus der Charitée über akute und chronische Tendovaginitis und ihre Behandlung wird die gonorrhoeische Form nur kurz gestreift. Eine ausführliche Beschreibung der akuten gonorrhoeischen Sehnscheidenentzündung findet sich in dem Buche von Wossidlo: Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. Nach der Darstellung von Wossidlo kommt die isolierte Tendovaginitis gonorrhoeica an den Sehnscheiden der Hand und des Fußes, besonders des Extensor digitorum communis, des Flexor pollicis, der Dorsalflexoren der Zehen vor. „Nachdem geringe Allgemeinerscheinungen, mäßiges Fieber, herumziehende Schmerzen in verschiedenen Gelenken und Sehnen vorausgegangen sind, kommt es unter Bildung eines, meist serösen Ergusses zu einer lokalisierten Entzündung einer oder der anderen Sehnscheide. An der erkrankten Stelle entsteht eine längliche, der Sehnenrichtung entsprechende teigige, schmerzhaft Anschwellung, über der die Haut mehr oder weniger stark gerötet und ödematös erscheint. Entsprechend der Entzündung bestehen oft ziemlich erhebliche Funktionsstörungen. In seltenen Fällen ist das Exsudat eitrig getrübt oder rein eitrig.“ Von verschiedenen Autoren wurden in dem Exsudat Gonokokken nachgewiesen.

Die chronische Form der isolierten gonorrhoeischen Sehnscheidenentzündung habe ich nirgends beschrieben gefunden. Mag sie nun in ihrer scheinbaren Belanglosigkeit verkannt oder als rheumatische, tuberkulöse oder syphilitische Sehnscheidenentzündung angesprochen worden sein — ihre Schmerzhaftigkeit und Hartnäckigkeit allen möglichen Mitteln gegenüber und ihre rasche Heilbarkeit durch die spezifische Gonokokkenvakzine rechtfertigen um so mehr diesen Beitrag, als ich die Überzeugung gewonnen habe, daß diese Sehnscheidenentzündung doch weit häufiger vorkommt, als es nach dem Mangel an Mitteilungen den Anschein hat.

Meine Beobachtungen stützen sich auf einen akuten und 4 chronische Fälle von isolierter gonorrhoeischer Sehnscheidenentzündung. 2 Fälle von chronischer Sehnscheidenentzündung waren von anderer Seite monatelang vergeblich behandelt worden. In einigen Fällen wurde eine gonorrhoeische Infektion anfänglich völlig negiert und erst durch die schlagende Beweiskraft der spezifisch wirkenden Kur zuge-

geben. Im einzelnen handelt es sich kurz um folgende Krankheitsgeschichten:

1. 23 Jahre alter Monteur ohne Familienanamnese kommt wegen Schmerzen am r. Handgelenk in meine Behandlung. Er führt die Schmerzen darauf zurück, daß er die Hand bei dem Anziehen einer Spindelpresse übermäßig angestrengt habe. Infektio sex. negativ.

Befund: Kräftiger Körperbau, gesunde innere Organe, allgemeine Blutarmut, Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit im Verlauf der Sehne des Extensor poll. lg. Keine Krepitation, Gelenkkapsel außerhalb der Strecksehne frei. Die Haut über der Sehne zeigt einen gelbgrünlichen Ton. Handgelenk für Beugung und Abduktion eingeschränkt. Jodanstrich, fixierender Verband.

Nach vorübergehender Besserung Temperatur bis 38,5. Zunahme der Schwellung, außerordentlich starke Schmerzhaftigkeit. Freiwillige Betruhe.

Die Sehnscheide ist in einer Ausdehnung von 15 cm sulzig verdickt und äußerst druckschmerzhaft. Ihre Umgebung ist teigig geschwollen. Eine entzündliche Rötung der Haut ist nicht zu erkennen. Auf der Höhe der Schwellung Pseudofluktuat. Lebhaft infilzierter Lymphstreifen an der Beugeseite des Unterarms, Lymphknoten in der Ellenbeuge. — Orificium Urethrae gerötet, leichte Schleimabsonderung aus der Harnröhre. Balanitis mit grünlich rahmigem Eiter. Go —. Arthigon 1 cem subkutan. Isapogenwattverband mit Schiene. Temperatur am nächsten Tage geschwunden. Schwellung nimmt ab. 30. 9. Arthigon 1 cem. Tendovaginitis zum Anfangsbefund zurückgegangen. 3. 10. Arthigoninjektion 1 cem. Handgelenk nahezu wieder frei beweglich. — 8 Tage später steuert Kranker wieder ein Auto.

Der vorliegende Fall, der 8 Tage nach seiner Entstehung zur Untersuchung kam, erinnerte zunächst an eine Tendovaginitis crepit. Extens. poll. Hierfür sprach auch die Angabe des W., daß er das Handgelenk überanstrengt habe. Die Scheide der Strecksehne des r. Daumens war im Bereich des Handgelenks in einer Ausdehnung von etwa 10 cm geschwollen und druckempfindlich. Eine Krepitation war jedoch nicht vorhanden. Jodpinselung und ein fixierender Verband besserten zwar vorübergehend den Zustand, nach drei Tagen trat aber unter Anstieg der Temperatur bis 38,5 eine wesentliche Verschlechterung ein. Die Schwellung der Strecksehnscheide hatte zugenommen und war außerordentlich druckschmerzhaft geworden. Das benachbarte Zellgewebe war teigig geschwollen, das Handgelenk schmerzhaft fixiert und ein roter Lymphgefäßstreifen führte an der Beugeseite des Unterarms zu einer vergrößerten Lymphdrüse der Ellenbeuge. Die Handgelenkkapsel war frei. Trotzdem verursachte jeder Bewegungsversuch starke Schmerzen. Die Haut hatte im Bereich der Schwellung einen blassen, leicht gelbgrünlichen Ton. Es bestand allgemeine Anämie und leicht entzündliche Rötung und Schleimabsonderung aus der Urethra.

Nach diesem Befunde konnte eine Tendovaginitis crepitans nicht vorliegen. Die Balanitis mit rahmigem Eiter und die Schleimabsonderung aus dem geröteten Orificium Urethrae legten den Verdacht einer gonorrhoeischen Infektion nahe. Die prompte Wirkung der Arthigoninjektionen bestätigte die Diagnose Tendovaginitis gonorrhoeica. Nach der ersten subkutanen Injektion von 1 cem Arthigon ging die teigige Schwellung der Strecksehnscheide zurück. Nach der zweiten, 3 Tage später erfolgten Injektion ließen die Schmerzen nach. Die Beweglichkeit des Handgelenks nahm zu, die Schiene wurde weggelassen und Heißluftbäder angewendet. Die dritte Einspritzung besserte den Zustand soweit, daß Kranker 8 Tage später sein Auto wieder steuerte. Bei der letzten Untersuchung wurde eine 2 Jahre zurückliegende Infektion zugegeben.

Ueber die chronischen Fälle mögen folgende Angaben dienen:

1. 43 Jahre alte Ehefrau wird mir von einem Kollegen wegen schmerzhafter Verdickung der Fußgelenkssehnen überwiesen. Ein Trauma war nicht nachzuweisen. Eine Tuberkulinprobe und die Wassermannsche Reaktion waren negativ ausgefallen. Die bereits viele Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit konnte mit Einreibungen, Heißluftbädern und Massagen nicht behoben werden. Auf Befragen gibt Kranke zu, früher an „Weißfuß“ gelitten zu haben.

Der Befund ergibt eine wenig ausgesprochene spindelförmige Verdickung im Verlaufe der Peronealsehnen, die kurz vor dem äußeren Knöchel begann und 10 cm weit nach oben reichte. Die Umgebung der sehr druckempfindlichen Sehnen war teigig geschwollen, die Haut im allgemeinen blaß mit einem leicht grünlichen Anflug. Das Fußgelenk war besonders für die Aus- und Einwärtskantung behindert. Die Fußgelenkkapsel war nicht beteiligt. Es bestand spastische Knickfußstellung. Behandlung: Nach 3 Injektionen von je 1 cem Arthigon, die in Abständen von 3 Tagen gegeben wurden, war Kranke schmerzfrei und verlangte zu arbeiten.