der spätere Befund der pergamentartigen Verdünnung, das Sklerodermia atrophicum, im Gesicht, am Hals und auf der Brust, und zwar in symmetrischer Anordnung.

Es wurde nunmehr eine mehrmonatige — September 1907 bis Mai 1908 — Behandlung eingeleitet, die in Verabfolgung von warmen Bädern, Massage und Einreibungen mit 15%igem Salizyllanolin, sowie Anwendung von galvanischem und faradischem Strom und Einspritzungen von Thiosinamin bestand. Es wurden zweimal wöchentlich ½—1 ccm alkoholischer Thiosinaminlösung in die Rückenhaut eingespritzt. Mit Beginn des Elektrisierens und der Einspritzungen t at zunächst Stillstand und dann Besserung ein. Es folgte dann eine achtwöchige Badekur in Kreuznach, während der durch die emanationshaltigen Bäder der Hautzustand weiter gebessert, der Allgemeinzustand aber infolge starker Schwächung verschlechtert wurde (7 kg Gewichtsabnahme). Während eines dreimonatigen Aufenthaltes im Genesungsheim Sulzburg wurden neben heißen Bädern und Massage noch 71 Einspritzungen von je 1 ccm einer 10%igen wäßrigen Glyzerin- und Thiosinaminlösung verabfolgt und der Zustand weiter gebessert. Der nach den Kuren am 10. Dezember 1908 erhobene Befund besagt in Küze folgendes:

Gesichtsfarbe ziemlich frisch, Schleimhäute blaß. Die Ohrmuscheln, früher blaß und kalt, sind jetzt blaurötlich und warm. An Stirn, Nase und Ohren besteht beträchtliche Hautabschilferung. Die Haut an Brust, Hals und Bauch fühlt sich warm an, ist verschieblich und läßt sich in kleinen Falten von der Unterlage abheben, am schlechtesten über dem Brustbein. Die Wollhärchen sind überall wieder im Wachsen begriffen, ebenso schwitzt die Brust- und Bauchhaut wieder. Gesicht noch maskenartig, doch wesentlich gebessert; Lidschluß und Mundbewegungen sind ungehindert. Beim Lachen fältelt sich die Haut an den Augen, noch nicht auf den Wangen. Ueber Schlüssel-, Jochbeinen- und Brustbein ist die Haut wieder verschieblich. Sie ist überall auffällig glänzend. Am Bauch ist die Haut noch angedeutet pergamentartig. Pigmentierung hat stark abgenommen. Bei Bewegungen der Arme spannt die Haut an Achsel und Brust noch stark. An den Händen ebenfalls Besserung: Haut der Hände und Unterarme bläulich und derb geschwollen, die Finger pergamentartig. Faustschluß gelingt wieder. Sch. kann wieder gut schreiben und sich selbst an- und ausziehen, was vom Herbst 1907 bis Juli 1908 nicht möglich war.

An Rumpf, Hals und Gesicht war demnach eine wesentliche Besserung eingetreten, während an den Händen — wenn auch gebessert — noch deutliche Sklerodaktylie bestand.

Der Patient hat dann zunächst bis Ende 1909 Aufsichtsdienst bei seinem Regiment getan und darauf als Halbinvalider, zunächst als Schreiber, beim Artilleriedepot und demnach als Arresthausaufseher seine Arbeiten ohne Beschwerden ausführen können. Eine Behandlung hat seit November 1908 nicht mehr stattgefunden, eine erneute Untersuchung am 25. April 1910 zeigte folgendes Bild:

Allgemeinbefinden gut. Aussehen leidlich frisch. Gefühl der Kräftigung, obwohl Gewichtsabnahme. Das Maskenartige des Gesichts nur noch angedeutet: Stirnrunzeln, Augenschließen und Lachen werden natürlich ausgeführt, hierbei auch Fältelung auf den Wangen. Die Brust ist wieder behaart, die Haut überall warm und nur noch über der Nase, den Ohren und den unteren Halspartien blaß, glänzend, pergamentartig. Pigmentierungen sind verschwunden. Armbewegung nur ganz gering behindert. An der rechten Hand und dem rechten Unterarm noch ausgesprochenes Sklerema elevatum, links nur an der Hand. Bis auf die Fingerspitzen sind die Hände warm. Beugefähigkeit gut, beim Strecken links geringe Krümmung der Finger, rechts starkes Zurückbleiben in Winkelstellung von etwa 150° — bedingt durch Spannung des Gewebes. Gefühlsempfinden eher gesteigert als herabgesetzt.

Wir haben also eine weitere, wenn auch nicht erhebliche Besserung zu verzeichnen, die besonders in dem guten subjektiven Befinden zum Ausdruck kam und vorwiegend die Haut im Gesicht, am Hals und an der Brust betraf.

In der Folgezeit ist Sch. einige Male elektrisiert worden. Der Zustand blieb unverändert, bis Sch. am 17. Januar 1911 unter hohem Fieber an doppelseitiger Lungen- und Rippenfellentzündung erkrankte. Für den schwächlichen Körper, bei dem infolge der Hautveränderungen die Atmung an sich schon erschwert war, gab gerade eine Lungenerkrankung von vornherein eine schlechte Prognose, und so erlag der Patient seinem Leiden am 20. Januar 1911. Während der kurzen Krankheitsdauer erschienen nach dem Lazarettbericht die Hautveränderungen wieder deutlicher ausgesprochen, die Haut war glänzender, straffer, faltenlos, der Gesichtsausdruck maskenartig, die Hände krallenartig gebogen. Diese Erscheinungen finden wohl durch den Säfteverlust infolge des hohen Fiebers genügende Erklärung. Die Leichenöffnung und Entnahme von Hautstückchen zur Untersuchung wurde leider von den Angehörigen verweigert.

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal den Verlauf der Erkrankung, so bietet er hinsichtlich der Behandlung einige beachtenswerte Hinweise. Wir sehen eine deutliche Besserung eintreten von dem Zeitpunkt an, in welchem Thiosinamineinspritzungen verabfolgt werden und der elektrische Strom in Anwendung gebracht wird. Die Besserung macht dann weitere Fortschritte unter dem Gebrauch der radiumemanationhaltigen Bäder von Kreuznach. Wie weit die erzielten Fortschritte den angewandten Kuren zuzuschreiben sind, wird nicht leicht zu entscheiden sein, da wir wissen, daß auch ohne jegliche Therapie die Krankheit zum Stillstand und zu fortschreitender Besserung gelangen kann. Bemerken wir doch auch bei Sch. nach Aussetzen der Behandlung im November 1908 bei der Untersuchung im April 1910 eine weitere Besserung. Vielleicht ist letztere aber auch noch als Nachwirkung der Behandlung zu erklären; denn es ist nicht wahrscheinlich, daß der ausgedehnte Prozeß, der vielfach schon den atrophischen Zustand der Haut herbeigeführt hatte, ohne Anwendung einer geeigneten Behandlung so bedeutende Besserung erfahren hätte. Jedenfalls sind so auffallende Besserungen wie in unserem Fall im atrophischen Stadium der Sklerodermie, ohne daß eine Therapie eingeleitet wäre, kaum beobachtet worden.

Als Ursache der Entstehung der Krankheit werden von dem Patienten selbst Erkältungen angeführt. Wenn nun auch das Auftreten der Sklerodermie nach Erkältungen beobachtet ist, so waren diese doch immer sehr intensiver Natur, z. B. nach Liegen auf Schnee, während es sich bei Sch. nur um Erkältungen gewöhnlicher Art gehandelt hat, die wohl nicht von nennenswertem Einfluß gewesen sein können.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht hat uns der Fall keine Anhaltspunkte geben können, da die Sektion von den Angehörigen verweigert wurde. Bleibt doch auch die anatomische Grundlage des Leidens, aus der man das ganze Leiden erklären könnte, noch unklar. Bis auf den einen von Heller mitgeteilten Fall mit völliger Stenose des Ductus thoracicus, bei dem eine allgemeine Lymphstauung als Grund für die Erkrankung angesehen wurde, haben wir keinen anatomisch einheitlich erklärten Fall. Denn die bei jeder Sklerodermie gefundene Verengerung der Gefäße durch konzentrische Wucherung der Intima und Media und Vermehrung der elastischen Fasern auf Kosten des Unterhautzellgewebes können nur die örtlichen Erscheinungen erklären, ohne uns eine Aufklärung über den eigentlichen Sitz der Ursache des ganzen Krankheitsbildes zu geben.

Man ist also bei der Deutung des letzteren gänzlich auf die klinischen Erscheinungen angewiesen, und da sprechen in unserem Falle das symmetrische, doppelseitige Auftreten der diffusen Sklerodermie im Gesicht, an Brust, Bauch und Händen, sowie die Pigmentablagerungen entschieden für eine zentral gelegene Ursache des Leidens und geben eine Stütze ab für die von Eulenburg u. a. vertretene Theorie, welche die Sklerodermie als eine Trophoneurose anspricht.

Literatur: Eulenburg, Dermatologische Zeitschrift 1894, H. 4. — Derselbe, Deutsche medizinische Wochenschrift 1894. — A. Heller, Deutsches Archiv für klinische Medizin 1872, Bd. 10. — Kopp, Die Trophoneurosen der Haut. Wien 1886. — Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1908, Bd. 1. — S. Lewin und J. Heller, Die Sklerodermie. Monographie. Berlin 1895.

Ein neues Okklusivpessar.

Von San.-Rat Dr. Petersen in Frankfurt a. M.

Die unbestreitbare Tatsache, daß wir ein absolut sicher wirkendes antikonzeptionelles Mittel bisher nicht besaßen, wird in Anbetracht der ganzen Entwicklung unserer sozialen Zustände von der Aerzteschaft als Lücke im therapeutischen Rüstzeug bei der Behandlung und Vorbeugung von Frauenkrankheiten immer fühlbarer empfunden.

Der von vornherein als aussichtsreichsten erscheinenden Idee, den Muttermund durch mechanische Absperrungsvorrichtungen zu decken, stellten sich in praxi große Schwierigkeiten entgegen. Alle bisher erfundenen „Okklusivpessare" leiden an drei Fehlern:

1. sie können nur von sachverständiger Hand in sicher richtige Lage gebracht werden, verlangen also zu jeder Einführung die Mitwirkung des Arztes;

2. sie sind leicht verschiebbar, geben dem Druck der Bauchpresse nach und liegen daher schon in kürzester Zeit nach der Einführung falsch;

3. sie führen durch ihre beutelförmige Konstruktion zur Retention und Zersetzung von Uterus- und Scheidensekret, wirken daher krankheitserregend auf die Trägerinnen und belästigen durch üblen Geruch.

Diese sämtlichen Uebelstände sind bei meinem neuen Pessar ausgeschaltet, das dem anatomischen Bau der Scheide entsprechend so konstruiert ist, daß jede Frau es sich ohne Schwierigkeiten selbst einführen kann, weil es sich automatisch den richtigen Platz sucht, daß es in richtiger Stellung unverschiebbar liegen bleibt, weil es dem Druck der Bauchpresse nicht nachgibt, daß es zu keiner Ansammlung von Sekreten führt, weil die Kuppe des Gummibeutels ständig gegen den Uterus, die Oeffnung gegen den Introitus vaginae gerichtet ist.

Erreicht ist alles dies im wesentlichen dadurch, daß ich einem dem Mensingaschen Ringe ähnlichen, nach oben und unten leicht abgebogenen Verschlußring einen eigenartig geschweiften Bügel (in der Abbildung punktiert gezeichnet) angefügt habe.

Das somit aus zwei nahezu rechtwinklig zueinander gestellten

elastischen Bügeln bestehende Grundgestell ist von einer gemeinsamen Gummihaube überzogen, die in gewöhnlicher Ausführung fest mit diesem

Fig. 1.

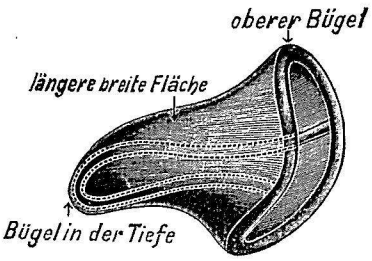


Fig. 2.



verbunden, bei eleganter Ausstattung auswechselbar ist, wodurch den Forderungen der Sauberkeit und Hygiene in weitestem Maße Rechnung getragen ist.

Die Einführung erfolgt im Liegen, mit dem spitzen Ende voran, die längere der beiden breiten Flächen nach oben, in der Art, wie es in der jedem Pessar beigefügten gedruckten Anweisung genauer beschrieben ist. Besonders ist darauf zu achten, daß das obere Segment des zuletzt nachfolgenden Verschlußringes (in der Abbildung als „oberer Bügel" bezeichnet) durch Fingerdruck möglichst hoch hinter dem Harnröhrenwulst an der vorderen Scheidenwand in die Höhe geschoben wird. Bei vorschriftsmäßiger Einführung gleitet die nach unten abgebogene Spitze des Pessars stets an der hinteren Scheidenwand entlang und sucht sich automatisch ihren Platz im hinteren Scheidengewölbe, während der nachfolgende runde Verschlußring gezwungen ist, sich ständig quer zur Scheidenachse zu stellen, in welcher Stellung er später gerade durch den Druck der Bauchpresse, die den oberen Teil der vorderen Scheidenwand und die Portio auf die obere breite Fläche des Pessars preßt, unverrückbar festgehalten wird.

Das Herausnehmen erfolgt im Hocken durch einfaches Einhaken des Zeigefingers, wobei die Bauchpresse wie beim Stuhlgang unterstützend wirkt.

Das Wichtigste, die absolute Sicherheit des Verschlusses, wird bei meinem Pessar dadurch erreicht, daß der geschweifte Bügel — auch ohne den Druck der Bauchpresse — durch seine rechtwinklige Stellung zum Verschlußring dessen oberes Segment ständig fest gegen die vordere Scheidenwand angepreßt hält. Hierdurch ist mein Pessar besonders gut auch bei Retroflexio uteri verwendbar, während die nur bei ihm, im Gegensatz zu allen anderen Pessaren vorhandene Wölbung des Gummibeutels mit der Kuppe gegen den Uterus seine Anwendung auch bei bestehendem Fluor ermöglicht.

Die einzigste Kontraindikation dürfte stark ausgesprochener Descensus sein.

Weitere Vorzüge meines Pessars sind, daß man bei ihm durchweg mit zwei Größen auskommt, einer, No. 3, für Frauen, die geboren haben, einer, No. 2, für Frauen, die nicht geboren haben, (No. 1 ist nur für Ausnahmefälle, besonders enge Scheide bestimmt). Es beruht dies darauf, daß die Weite der Scheide dicht vor der Portio, also an der Stelle, wo bei meinem Pessar der eigentliche Verschlußring zu liegen kommt, eine Größe ist, die durch Geburten etc. verhältnismäßig wenig verändert wird.

Da aber bei meinem Pessar der Verschlußring stets quer zur Scheidenachse steht, konnte er im Gegensatz zu allen anderen Pessaren, die mehr weniger schräg in der Scheide liegen, verhältnismäßig klein gewählt werden, und das ganze Pessar hat dadurch so geringe Dimensionen, daß es niemals störend bei der Kohabitation wirkt.

Im allgemeinen wird es also von den Frauen nur zu jeweiligem Gebrauch eingeführt und bleibt nur bis zum nächsten Tage liegen. Bei Damen, denen das Selbsteinführen unsympathisch ist, kann es jedoch auch, ebenso wie die Mensinga- und Earletpessare, vom Arzt verwendet werden und tage- und wochenlang liegen bleiben, in welchem Fall es außer den erwähnten Vorzügen den besitzt, infolge seines festen Sitzes, die Trägerinnen nicht durch die Angst vorm Verlieren zu beunruhigen. In letzter Art ist es aber nur bei Frauen zu verwenden, die keine schwere körperliche Arbeit verrichten, da sonst leicht ein Verbiegen des dem Druck der Bauchpresse ständig Widerstand entgegensetzenden Verschlußringes zu befürchten ist.

Das Pessar hat sich mir und vielen Kollegen in der Praxis bestens bewährt, ein Mißerfolg ist bisher noch nicht bekannt geworden.

Hergestellt wird es von der Firma Phil. Penin, Gummiwarenfabrik Aktiengesellschaft in Leipzig-Plagwitz, und ist zu beziehen durch die örtlichen Instrumenten- und Gummiwarengeschäfte unter dem Namen: „Graziellapessar" zum Preise von 3 M mit fester Haube, 4—5 M mit auswechselbarer Haube und zwei Reservehauben.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Die Verbreitung des Heilpersonals, der pharmazeutischen Anstalten und des pharmazeutischen Personals im Deutschen Reiche.

Auf Grund eines Bundesratsbeschlusses vom 3. April 1909 sind am 1. Mai 1909 Erhebungen über die Verbreitung des Heilpersonals, der pharmazeutischen Anstalten und des pharmazeutischen Personals nach etwa zehnjährigem Zwischenraum erneut angestellt worden. Aus den vom Kaiserlichen Gesundheitsamt jetzt veröffentlichten Ergebnissen sei folgendes hervorgehoben: Die Fragebogen zur Ermittlung des Heilpersonals beziehen sich zunächst auf die approbierten Aerzte des Deutschen Reiches, deren Zunahme seit dem 1. April 1898 mit ihrer Gesamtzahl von 30 558 23,59% beträgt. Die Vermehrung hat naturgemäß durch die veränderten Prüfungsbedingungen jährliche Schwankungen zu verzeichnen, steigt aber in den letzten Jahren nach einem Tiefstande erheblich, um weiterhin gemäß der Statistik der ärztlichen Vorprüfungen anzuwachsen. Der Prozentsatz von 23,59 bezieht sich auf den Reichsdurchschnitt, beläuft sich aber bei Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern auf nur 0,7, für solche mit 5000 und mehr Einwohnern auf 34,2, in dem Einzelfall mit 100 000 Einwohnern auf 52,5. Eine starke Vermehrung um 60,1% haben die Anstaltsärzte erfahren im Gegensatz zu den Privatpraxis treibenden Aerzten mit der Prozentzahl 20,28, und zwar nehmen hiervon die Großstädte den Hauptteil für sich, während in den verhältnismäßig kleinsten Gemeinden ein Rückgang festgestellt werden kann. Ueberhaupt ist das Publikum in den Großstädten nahezu viermal so reichlich mit Aerzten versorgt wie die vergleichsweise kleinsten Gemeinden. Die Spezialärzte konzentrieren sich erklärlicherweise zu beinahe ¾ auf Gemeinden mit 100 000 und mehr Einwohnern. Von den anderen ärztlichen Medizinalpersonen gibt es nur noch 119. Die Kurve der Zahnärzte steigt seit 1887 konstant von 548 auf 2667 oder in Beziehung auf die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung von 0,12 auf 0,42 für 10 000 Einwohner. Auch die Zahnärzte bevorzugen die Großstädte, welche mit 12½ MillionenEinwohnern 55,4% aller Zahnärzte beanspruchen, während der Rest auf die übrige, außerhalb der Großstädte wohnende Bevölkerung von 51 000 000 kommt. Letztere Zahlen verschieben sich auffallend bei den Zahntechnikern, die mit sonst fast gleicher Zunahme sich auf Gemeinden mit weniger als 20 000 Einwohnern zu 46,5% aller selbständigen Techniker verteilen.

Die nächste Gruppe, die berufsmäßigen Heildiener einschließlich der Masseure und Desinfektoren, wird der Kürze halber als freie und Anstaltsdiener unterschieden. Von der Gesamtzahl der Heildiener 14 789 sind 78,7% männlichen und 21,3% weiblichen Geschlechts. Die Männer überwiegen im Gegensatz zu den Frauen um so mehr, je kleiner die Gemeinde. Staatlich geprüft sind 8731 Heildiener, 6058 nicht geprüft. In die Zahl der Desinfektoren 3345 sind nur die ausschließlich diesem Beruf obliegenden bezogen worden.

Nahezu eine Verdoppelung des Personals hat die Gruppe der berufsmäßigen Krankenpfleger in den letzten elf Jahren mit der Jetztzahl von 68 818 erfahren. Sie werden zunächst unterschieden in häusliche (20 026) und Anstaltskrankenpfleger (48 792), sodann in staatlich anerkannte (23 681) und nicht staatlich anerkannte 45 075, schließlich in Verbands- und sonstige Krankenpfleger. Letztere haben hauptsächlich zugenommen, in gleicher Weise die weltlichen Krankenpfleger gegenüber den katholischen und evangelischen, die 48,3 bzw. 29,2% der Verbandskrankenpfleger ausmachen. Die verhältnismäßig stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechts an der Gesamtvermehrung der Krankenpfleger ist ebenfalls nicht zu verkennen.

Von den nichtapprobierten, mit der Behandlung kranker Menschen berufsmäßig beschäftigten Personen kommen auf 100 Privatpraxis treibende Aerzte 17,1. Insgesamt belaufen sie sich auf 4468 und haben seit dem Jahre 1887 eine Steigerung um 160,8% erfahren, woran die weiblichen Nichtapprobierten mit 333,4% gegenüber den männlichen mit 123,4% teilnehmen. Im Gegensatz zu diesen Berufsgruppen ist die Zahl der Hebammen im Verhältnis zur Bevölkerung zurückgegangen von 7,72 im Jahre 1876 auf 5,94‰ und entspricht somit der Abnahme der Geburtsziffern. Die approbierten Tierärzte mit der ständig seit 1887 von 3113 auf 3813 steigenden Zahl werden in die Hauptgruppen Zivil-, aktive Militär- und an der Ausübung der amtlichen Schlachtvieh- und Fleischbeschau beteiligte Tierärzte eingereiht, diese Gruppen wieder in Unterabteilungen gesondert. Hervorzuheben ist, daß an der Ausübung der amtlichen Schlachtvieh- und Fleischbeschau 69,7% aller Tierärzte beteiligt sind.

Betreffs der Apotheken stellt die Statistik fest, daß eine verhältnismäßige Abnahme derselben stattgefunden hat. Denn auf je 10 000 Einwohner kommen 1895 0,99, 1909 0,97 Apotheken; ihre absolute Zahl ist von 5161 auf 6139 gestiegen, woran sich die unveräußerlichen Apotheken mit einer Verdoppelung beteiligen. Der Weg zur Apotheke ist durchschnittlich kürzer geworden. In Beziehung zu den Gemeindegruppen gesetzt, sind die Großstädte und die vorzugsweise kleinsten Gemeinden