

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1863

III (4.9.1863) Beilage zu Nr. 17

Beilage zu Nr. 17 der ärztlichen Mittheilungen
aus Baden.

Kostordnung für die Spitalkranken

in Paris nach der noch giltigen Vorschrift von 1853*).

Kranke mit absoluter Diät erhalten keine Nahrung, weder
Fleischbrühe noch ein anderes nährendes Getränk.

Diät gibt in 24 Stunden:

1—4 Portionen Fleischbrühe von	25	Centiliter**)	
1—4 Portionen Milch von	20	"	
oder			
1—2 Portionen Wein	8	"	für Männer
"	6	"	für Weiber

Suppenkost in 24 Stunden:

2 Portionen Fleischbrühe von	25	Centiliter,
1 oder 2 Suppen von Fleischbrühe	30	"
mit Reis	2,50	Defagr.
" Nudeln	2,50	"
" Eiergerste	2,50	"
" Weißbrod	4	"
oder		
1 oder 2 Milchsuppen von Milch	30	Centiliter
Mehl	2	Defagr.

*) Vergl. ärztl. Mittheilungen Nr. 16.

**) Zur leichteren Vergleichung werden hier die hauptsächlichsten Reduktionen der französischen Flüssigkeitsmaasse und Gewichte auf die badischen beigelegt:

1 Liter Flüssigkeitsmaass hat ein Gewicht von 1000 Grm. oder 1 Kilogramm oder 2 bad. Civilpfund,

1 bad. Schoppen (Wasser) wiegt 24 Loth oder 1 Med. Pfund oder 375 Grm.,

25 Centiliter sind deshalb 16 Loth oder $\frac{2}{3}$ Schoppen.

1 Defagramm oder 10 Grm. sind $\frac{2}{3}$ Loth, 3 Defagr. = 2 Loth,

2 Loth oder 1 Unze sind = 31,25 Grm.,

1 Gramm = 15,36 Gran.

der meistens so stark ist, daß sich der Kranke nicht auf den Beinen halten kann, sondern hinsinkt — oder auch unter dem Bild einer Ohnmacht:

Plötzliche Bewußtlosigkeit ein. Damit verbindet sich halbseitige Lähmung, die, je nachdem die eine oder andere Arterie verstopft ist, mehr in diesem oder in jenem Muskelgebiete sich äußert. Lähmung des *Facialis*, des *Hypoglossus* und der Extremitäten sind aber ziemlich konstant. Auffallend ist es, daß bei dieser Anämie des Gehirns (wenigstens in Folge von Verstopfung der kleinern Gehirnarterien), die nach den Experimenten von *Kuřmaul* so rasch den epileptischen ähnlichen Konvulsionen erzeugt, weder Krämpfe noch Kontrakturen einzutreten pflegen. Es sind diese Krämpfe bisher nur bei Embolie der Karotis beobachtet worden.

Neben diesen Hauptsymptomen, welche bei jedem plötzlichen Infultus anstreten, zeigen die Patienten folgendes Verhalten: Das Gesicht und der Kopf des Kranken sind gewöhnlich kühl und anämisch, kollabirt; Zähneknirschen und Erbrechen fehlen. Die Pupillen sind in keiner Weise verändert und reagiren normal. Der Puls ist weder beschleunigt noch verlangsam, besonders ist der Karotidenpuls nicht verstärkt, sondern schwach und klein.

Die Körpertemperatur ist meist vermindert.

Tritt bald der Kollateralkreislauf ein, so kehrt das Bewußtsein wieder und die Lähmung schwindet allmählig. Je früher der Kollateralkreislauf eingetreten, um so sicherer ist auf völlige Beseitigung oder wenigstens Besserung der Lähmung zu rechnen. In solchen Fällen ist völlige Heilung möglich. Tritt in einem spätern Stadium, wenn schon Gehirnerweichung eingetreten, Besserung ein, so kehrt das Bewußtsein zwar wieder, aber es bleibt eine beschränkte Lähmung übrig (Sprachlosigkeit oder Lähmung der Extensoren), ferner Verminderung des Gefühles, und endlich erleidet auch die psychische Thätigkeit einen Defekt, ja es kann psychische Störung eintreten, wegen der Narben oder Cystenbildung, vollkommene Genesung ist dann nicht mehr möglich. Tritt gar keine Besserung ein, so erfolgt der Tod. Er ist entweder Folge der Anämie und in diesem Falle erfolgt derselbe dann im Anfall oder innerhalb der ersten 5 Tage — oder aber er ist Folge der spätern Gehirnerweichung — oder der dazu tretenden Komplikationen, die zum Theil durch Embolie anderer Gefäße bedingt sind.

Aetiologie. Wie schon oben angedeutet wurde, ist die Embolie durch Krankheitszustände bedingt, welchen nachweislich

beide Geschlechter gleichmäßig ausgesetzt sind. Aus einer Zusammenstellung zahlreicher Fälle ergibt sich, daß kein Geschlecht eine besondere Disposition zu embolischen Erkrankungen in sich trägt. Das Alter dagegen hat einen großen Einfluß und ist hierauf bei der Diagnose besonders zu achten. Die Altersklasse zwischen dem 20. und 30. Jahre, wo die rheumatischen Affektionen am häufigsten sind, wo die rheumatische Endocarditis zc. sehr gewöhnlich ist, gibt die meiste Veranlassung zur Embolie. Nach dem 50. Jahre kommt die Zeit der atheromatösen Ablagerung in die Arterien, welche Veranlassung gibt zu plötzlichen Gefäßzerreißungen und Blutergüssen ins Gehirn, oder aber zu jenen Verstopfungen der Arterien, welche eben durch den atheromatösen Prozeß bedingt und als autochthone Thrombosen oben erwähnt worden sind.

Unter den Krankheiten sind besonders Rheumatismus, Arthritis, Syphilis, Carcinoma, Puerperalphlebitis zu erwähnen. Der übermäßige Genuß der Spirituosen soll auch sehr viel dazu beitragen.

Diagnose. Die richtige Erkenntniß der Embolie und ihre Unterscheidung von andern Krankheiten des Gehirns ist nicht immer leicht. Lanceracuy (de la thrombose et de l'embolie cérébrale, Paris 1862) hat sich um die Diagnose das meiste Verdienst erworben. Am meisten kommen bei der Differential-Diagnose in Betracht: die Haemorrhagia cerebri und die autochthone Thrombose der Gehirnarterien. Die Encephalitis, Emollitio cerebri aus andern Ursachen, die Meningealergüsse sind schon leichter zu trennen. In dem Folgenden will ich versuchen, Anhaltspunkte für die Differential-Diagnose zu geben: Wenn bei einem jugendlichen nicht allzu kräftigen Subjekte unter 30 Jahren, das an Rheumatismus oder Herzaffektion (Klappenfehler, Endocarditis, besonders im linken Ventrikel zc.) leidet, oder bei einer jugendlichen Puerpera Symptome der Phlebitis zc., wenn bei Personen, deren Arterien sich in einem normalen Zustand ohne alle atheromatöse Ablagerung befinden, ohne Vorläufer (Wallungen, Schwindel, Schlassucht, Formikation) plötzlich ein Anfall von Schwindel, Ohnmacht, Bewußtlosigkeit mit halbseitiger Lähmung eintritt, besonders der rechten Körperhälfte, — wenn dabei die Gefäßthätigkeit, selbst die der Karotiden nicht gesteigert, wenn der Kopf kühl und das Gesicht kollabirt, die Körpertemperatur vermindert ist, wenn die Pupillen nicht verändert sind, wenn alle Reizzustände (Krämpfe, Erbrechen, Kontraktionen) fehlen, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit an eine Embolie zu denken.

Die Diagnose erhält eine große Stütze dadurch, daß dasselbe Individuum schon früher an ähnlichen Embolien in anderen Arterien gelitten hat oder noch leidet. Vor allen ist hier auf die schon an der Pulslosigkeit und der daraus entstehenden Gangrän zu erkennende Embolie der Cruralis, auf die mit Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit der Milz einhergehende Embolie der Lienalis und auf die mit Hämaturie verlaufende Embolie der Renalis Rücksicht zu nehmen.

Sind sonstige bestimmte Herde für eine Embolie nachzuweisen (Ulceration zc.), so ist dadurch die Diagnose bedeutend zu stützen.

Wenn ohne Anwendung energischer Mittel nach wenigen Stunden das Bewußtsein wiederkehrt und die Lähmung sich bessert, so ist das ebenfalls ein Anhaltspunkt für die Embolie. Durch die hier gegebenen Symptome läßt sich die Embolie wohl in den meisten Fällen von der Hämorrhagie des Gehirns unterscheiden; schwieriger schon ist die Unterscheidung derselben von der Thrombose der Gehirnarterien, doch wollen wir nach *Lancerau's* Forschungen versuchen, Anhaltspunkte für die Differential-Diagnose zu geben.

Die Thrombose tritt meist bei Personen von vorgerückten Jahren auf — nach 40, besonders zwischen 50—60 Jahren — deren Herz an Hypertrophie des linken Ventrikels, oder an fettiger Entartung leidet, die nicht an Rheumatismus, sondern an Nicht längere Zeit gelitten, deren Arterien in atheromatösem Zustande sich befinden, bei denen schon längere Zeit Symptome von Hirnerscheinungen bestehen, entweder allmählig oder plötzlich unter dem Bild eines apoplektischen Anfalls als Lähmung mit Bewußtlosigkeit.

Therapie. Die Therapie ist bei der Embolie sehr beschränkt, da sie weder die Ausbildung eines Kollateralkreislaufs begünstigen, noch den Embolus entfernen, noch die folgenden Stadien der Erweichung verhindern kann. Daß hier nicht von dem gewöhnlichen Verfahren die Rede sein kann, welches bei Hyperämie oder Hämorrhagie des Gehirns Anwendung findet, ist selbstredend.

Blutentziehungen und selbst Anwendung der Kälte auf den Kopf bringen offensbaren Schaden. Einzelne haben ein reizendes und kräftigendes Verfahren empfohlen um die Energie des Herzens und den Blutdruck zu steigern und dadurch die Bildung des Kollateralkreislaufs zu befördern. Die von *William's* empfohlene Methode der Blosslegung der verstopften Arterie an der Stelle des Embolus, die an der Pulslosigkeit zu erkennen ist und deren Eröffnung läßt kaum bei der Embolie der Karotis einen günstigen Erfolg erwarten.

Zum Schluß ist noch eines Punktes zu erwähnen, mit dem sich viele Forscher auf diesem Gebiete beschäftigt haben, ob es wirklich möglich sei, den Sitz des Leidens, d. h. die embolirte Arterie aus den Erscheinungen am Lebenden sicher zu diagnostiziren. Nach Würdigung aller Verhältnisse und nach Zusammenstellung einer großen Reihe von Fällen sind noch nicht ganz unumstößliche Anhaltspunkte dafür zu finden (die Symptome sind bei der Arteria foss. Sylv., art. basilaris, prof. cerebri fast ganz übereinstimmend, vielleicht ist bei der Basilaris das Bewußtsein weniger oft und weniger tief ergriffen) und es wird nach dem jetzigen Stand der Lehre nur möglich sein, zu unterscheiden ob eine größere oder kleinere Arterie embolirt ist. Bei den größeren Arterien (Karotis 2c.) sind die Erscheinungen viel weniger bedenklich und gefährlich als bei den kleineren Arterien jenseits des Circulus Willisii, die Bewußtlosigkeit z. B. ist nicht so vollständig, dann schwindet sie viel rascher wieder durch die baldige Herstellung des Kollateralkreislaufs und endlich führt dieselbe nach dem Ausspruche Oppolzers nie zum Tode; die Genesung ist meist vollständig, während bei der Embolie der kleinen Gefäße in der Mehrzahl der Fälle der Tod eintritt oder bei den Ueberlebenden mindestens mancherlei Defekte, besonders Sprachlosigkeit und andere partielle Lähmungen zurück bleiben. Als weitere jedoch nicht konstante Symptome führe ich noch an, daß bei der Embolie großer Gefäße (Karotis) mitunter der Epilepsie ähnliche Krämpfe vorkommen, die bei Embolie kleinerer Gefäße nie beobachtet worden sind. Ist es schon schwierig mit voller Bestimmtheit festzustellen ob eine große oder kleine Arterie embolirt ist, so wird die Diagnose bei der Embolie oder Thrombose der Kapillaren an Lebenden ganz unmöglich.

(Gelenmeyer, psych. Korresp.-Bl. 1863. 13.)

Zeitung.

Todesfall. 12. Arzt Karl Senn in Lörrach, gebürtig aus Kandern, licenzirt 1840 und 1844, ist am 16. August im 51. Lebensjahre in Grenzach an Apoplexie gestorben.

Hiezu Beilage III.

Druck von Malsch & Vogel.