

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1857

18 (23.9.1857)

Aerztliche Mittheilungen aus Baden.

Herausgegeben von Dr. Robert Volz.

Karlsruhe.

Nr. 18.

23. September.

Ueber das Verhältniß der Bright'schen Nierenkrankheit zum Scharlach, ihren Verlauf und ihre Behandlung.

Von J. Sanzer, Arzt in Bretten.

Die Scharlachfieberepidemien, welche in den letzten 7 Jahren meinen Wohnort und seine Umgebung bald in größerer, bald in geringerer Verbreitung heimsuchten, verschafften mir Gelegenheit, 43 Fälle zu beobachten, in welchen diesem ErantHEME wasserfüchtige Anschwellungen nachfolgten.

Da die leichtern Erkrankungen an Scharlach meist unbeachtet vorüber giengen, und selbst die schwereren Fälle kaum zum größeren Theile den Aerzten bekannt wurden, so läßt sich leider aus unserm Material weder die relative Häufigkeit dieser Nachkrankheit, noch ihr Verhältniß zu den einzelnen Scharlachformen genau angeben. Ich will daher nur allgemein bemerken, daß sowohl jene Formen von Scarlatina, welche ihr Dasein kaum durch leichte Angina und geringes Fieber verriethen, als der mit erethischem Fieber, leichtern Anginen und mäßiger Hautröthe verlaufende Scharlach, und jene schwereren Fälle, welche bei lebhafter allgemeiner Hautröthe, starkem Fieber, noch mit diphtheritischen Rachengeschwüranschwellungen der Submaxillardrüsen komplizirt waren, zur Entstehung wasserfüchtiger Anschwellung Veranlassung abgaben. Der erstern Form folgte Wasserfucht 13 mal, der zweiten 21 mal, der letztern 9 mal. Wobei ich hervorheben muß, daß die letztere und erstere Form des Scharlachs nach meinen Schätzungen seltener war als die zweite.

Elf Kinder wurden von dieser Nachkrankheit heimgesucht, die vom Momente des Ausbruchs der Scarlatina bis zu dem

Zeitpunkt, wo das Oedem auftrat, das Zimmer nicht verlassen hatten, und vor jeder Berührung sorgfältig geschützt wurden, darunter waren zwei, welche durch Ozoena, Otitis externa, Vereiterung der Submaxillardrüsen und Fortdauern des Fieber anhaltend an das Bett gefesselt waren. Die übrigen hatten sich mehr oder weniger äußern Schädlichkeiten ausgesetzt. Zwölf wurden wassersüchtig, die mit aller Konsequenz der Schneemann'schen Behandlungsweise, die überhaupt mehr und mehr in unserer Gegend zum Volksmittel wird, und die bisher üblichen Schwitzmethoden verdrängt, unterworfen wurden. Bei raschem Temperaturwechsel zeigte sich diese Nachkrankheit auffallend häufig, während die Jahreszeiten ohne Einfluß darauf zu sein schienen. Man kann daher mit Sicherheit annehmen, daß der Scharlach an und für sich und ohne weitere Beihilfe von außen einwirkender Schädlichkeiten die in Rede stehende Nachkrankheit veranlassen könne, daß aber Erkältung ein begünstigendes Moment zu deren Ausbildung abgebe. Ferner können wir mit gleicher Sicherheit feststellen, daß auch die Schneemann'sche Behandlungsweise kein sicheres Vorbeugungsmittel gegen nachfolgende Wassersucht abgibt. Durch diese Bemerkung soll jedoch den großen negativen Vorzügen, welche diese Behandlungsweise des Scharlachs hat, nicht zu nahe getreten werden. Das Vertrauen, welches das Landvolk auf äußere Mittel, also auch auf die Speckeinreibungen hat, setzt uns in den Stand, den armen kleinen Scharlachkranken frische Luft und leichte Decken zu verschaffen und sie mit Medikamentenüberschwemmung zu verschonen.

Die Erkrankungen betrafen Kinder von 3 bis 14 Jahren und nur 2 Erwachsene; 18 der Erkrankten waren weiblichen, 25 männlichen Geschlechts. Die ersten Symptome der Krankheit zeigten sich bei einem Kranken am 3., bei 2 nach dem 8., bei 6 zwischen dem 12. und 16., bei 31 zwischen dem 16. und 21. Tage der Erkrankung an Scharlach.

Das erste Zeichen der sich ausbildenden Krankheit ist das Oedem der Augenlider und des Gesichts. Später wird die Gegend des Fußgelenks ödematös, von wo aus sich das Oedem über die ganze untere Extremität, das Scrotum und den Penis verbreitet. Die oberen Extremitäten bleiben meist ganz von Oedem verschont; die Bauchhaut schwillt erst ödematös an, wenn sich bedeutender Ascites ausgebildet hat, was ziemlich häufig und bald geschieht. Seltener sind Wasseransammlungen im Herzbeutel und den Pleurafäcken.

Die Harnsekretion erleidet zugleich wesentliche Aenderungen. Die Menge des in 24 Stunden gelassenen Harns

beträgt oft kaum 5 bis 8 Unzen. Der frisch entleerte Urin ist dunkelroth gefärbt, wolkig getrübt, und klärt sich nach einigem Stehen durch Absetzung eines feinstöckigen, leicht beweglichen, oft von feinen rothen Adern durchzogenen, und auf seiner Oberfläche wie mit rothem Flor belegten Bodensatzes. Derselbe besteht aus einer großen Menge aufgequollener Blutkörperchen, Zellen mit einem und mehreren Kernen und stielrunden starren Erythratmassen, die theils glashell, theils kernig getrübt erscheinen und vielfache Formen von Körnchen einschließen. Die überstehende Flüssigkeit enthält mehr oder weniger Eiweiß, in den ersten Tagen der Krankheit oft nur Spuren, und zeigt stark saure Reaktion, die mit längerem Stehen zunimmt und die Auscheidung einer Menge goldgelber großer Harnsäurekrystalle veranlaßt. Diese Krystalle haften theils an den Wandungen des Gefäßes, theils finden sie sich zwischen dem flockigen Bodensatz eingestreut. Diese Mischung des weißen flockigen Bodensatzes mit dem gelben, dem bloßen Auge sehr gut sichtbaren Harnsäurekrystallhaufen ist eine Eigenthümlichkeit, die man bei keinem während einer andern Krankheit gelassenen Urine findet. Zu einer gewissen, der Zeit nach noch nicht näher bestimmten Periode der Krankheit sieht man die Masse der Blutkörperchen in dem Urine sowohl im Verhältniß zu den Faserstoffzylindern, als auch absolut abnehmen und endlich auf ein Minimum reduziert werden. Dabei erscheinen die Faserstoffzylinder länger, mehr bandförmig, weniger star und von einer sehr großen Menge feiner Körnchen durchsetzt, die endlich so zahlreich werden, daß sie die ganze Masse des Zylinders auszumachen scheinen. Der Gehalt an Eiweiß mindert sich zu dieser Zeit noch nicht, er ist überhaupt ein Symptom, das sogar die ödematösen Schwellungen oft lange überdauert. Mit der Abnahme der Blutkörperchen im Urine mindert sich das Fieber, der Appetit kehrt wieder und dentliche Besserung des Allgemeinbefindens. Dagegen bleiben die wasserfüchtigen Anschwellungen stationär oder nehmen noch sogar zu.

Sollte man nicht diese Erscheinungen mit dem Schwinden der Sputa cruenta und dem Auftreten der Sputa cocta bei genuinen Pneumonien in Parallele stellen? Sollte nicht auch hier die Abnahme der Blutkörperchen im Harn, wie die Umwandlung der Sputa cruenta in cocta dort das Erlöschen des örtlichen Entzündungsprozesses und den Eintritt der Rückbildungs- und Ausstoßungsperiode der gesetzten Erythate, die ja oft auch mehrere Tage und Wochen zu ihrer Vollendung braucht, bezeichnen?

Demem und die geschilderten Veränderungen stellen sich gleichzeitig ein, so daß nicht das eine Zeichen ein Vorbote des

andern, sondern nur ein Anzeichen der Anwesenheit des andern abgibt.

Ob ein mehr oder weniger starkes Fieber ein gleich konstanter Begleiter dieser Krankheit ist, kann ich nicht entscheiden, da ich viele Kranke erst in den spätern Stadien ihres Leidens sah. Bei denen, welche ich von den ersten Tagen ihrer Krankheit an sehen konnte, fand ich immer von vorn herein bedeutende Steigerung der Pulsfrequenz und Abnahme des Appetits.

Eine seltenere, nur 8 mal vorgekommene Erscheinung war mit den Fiebererscheinungen eintretendes und in der ersten Zeit der Krankheit sich häufig wiederholendes Erbrechen. Zweimal gesellten sich in den spätern Perioden der Krankheit Diarrhöen mit Abgang fetziger Faserstoffmassen hinzu. Ueber das Verhalten der Haut kann ich nur so viel bemerken, daß sie vor Beginn der ärztlichen Eingriffe meist trocken war.

Konvulsionen wurden zweimal beobachtet, sie stellten sich beidemal im Laufe der dritten Woche ein, da die Krankheit, nach der Abnahme des allgemeinen Oedems und Vermehrung der Harnsekretion zu schließen, schon in der Rückbildung begriffen war. Jedesmal gieng ihnen starkes Kopfsweh 12 bis 24 Stunden vorher. Bei dem einen Kranken verlor sich das Bewußtsein mit dem Eintritt des ersten eclampischen Anfalles, bei dem zweiten kehrte das Bewußtsein scheinbar nach jedem Anfalle zurück; nachdem aber die Konvulsionen für immer ausgeblieben waren, konnte der Kranke sich dessen, was er in den eclampisiefreien Perioden gesprochen hatte, nicht mehr erinnern.

Die Dauer der Krankheit ist unbestimmt. Sie endete öfters im Laufe der ersten Woche, häufiger dauerte sie 14 bis 21 Tage, in seltenen Fällen auch 5 bis 6 Wochen.

Der Uebergang in Genesung ist der häufigste Ausgang der Krankheit. Unter 43 Fällen beobachtete ich diesen Ausgang 33 mal.

Der Tod trat ein in den ersten Tagen der Krankheit 2 mal (bei einem Mädchen von 11 und bei einem Knaben von 3 Jahren), in Folge plötzlich sich entwickelnden Lungenödems; und 2 mal (bei einem Knaben von 4 und bei einem Mädchen von 5 Jahren) durch sehr stürmisch sich ausbildende allgemeine und Bauchwassersucht. Zwei Kranke (2 Knaben von 6—7 Jahren) starben in der vierten Woche ihres Leidens, nachdem sich zu der bestehenden Zellgewebs- und Bauchwassersucht Wasseransammlung in den Pleurasäcken und im Herzbeutel gesellt hatte. Ein 3 Jahre altes Mädchen starb am 12. Tage der Krankheit, ohne daß in der Leiche außer Oedem der untern Extremitäten, allgemeiner Blutleere und der

bekannten Nierenaffektion eine weitere Läsion aufgefunden werden konnte, unter den Zeichen der Erschöpfung. Ein Kranker erlag allgemeiner Erschöpfung unter akut sich bildender Herzerweiterung am 23. Krankheitstage.

Meine diesen letzten Kranken betreffenden Notizen will ich hier mittheilen.

Gegen Ende Decembers 1851 erkrankte der 7 Jahre alte kräftige, gesunden Eltern angehörige M. von hier an regelmäßig verlaufender Scarlatina. Am 24. Januar 1852 wurde derselbe wieder von Fieber, ödematöser Schwellung der Augenlider und des Gesichtes und von häufigem Erbrechen befallen. Am 10. Februar sah ich den Kranken das erstemal. Der Kranke liegt auf dem Rücken, die Haut ist bleich, im Gesicht, am Penis, Scrotum und den untern Extremitäten ödematös geschwollen, ihre Temperatur nicht erhöht. Kein Schweiß. Ueber der vordern Brustfläche rechts und links bis zur 7. Rippe ein voller Perkussionschall, nur schwache Dämpfung am linken Sternumrande zwischen der 5. und 7. Rippe. Ueber der hintern Brustfläche erhält man beiderseits bis zur 9. Rippe einen vollen Schall. Das Respirationsgeräusch wird häufig durch Rasselgeräusche gedeckt. Der Herzschlag wird kaum gefühlt, die Herztöne sind rein, Puls kaum fühlbar, 130 mal in der Minute anschlagend.

Der Leib ist etwas wenig aufgetrieben, die Zunge rein, die Mundhöhlenschleimhaut sehr bleich. Kein Appetit. Kein Durst. Stühle breiig, wahrscheinlich von früher gereichten Abführungsmitteln. Der Urin, welcher in geringer Menge, etwa 8—10 Unzen in 12 Stunden, abgefordert wurde, machte einen starken, schmutzig weißen, aus cytoiden Körperchen, Faserstoffzylindern, wenigen aufgequollenen Blutkörperchen und vielen großen goldgelben Harnsäure-Krystallen bestehenden Bodensatz, und wurde durch Zusatz von Salpetersäure nahezu geleeartig. Der Kranke war bei vollem Bewußtsein, aber ziemlich theilnahmlos. Verordnung: *Natr. nitric. drachm. j Spirit. nitri dulc. gutt. xij decoct. aven. Unc. vj. Stündl. 1 Eßl. v. z. nehmen.* Ein warmes Bad.

Am 11. Januar. Frequenteres Athmen, öfteres Hüfteln. Puls wie gestern. Auffallende Zunahme des matten Perkussionschalles in der Herzgegend, bei schwachen, aber reinen Herztönen. Verordnung wie gestern. Funktion der ödematösen Unterschenkel.

Am 12. Februar. Rückenlage, Haut kalt, bleich, schmutzig weiß. Respiration frequent, häufiger trockener Husten. Vom linken Rande des Sternums bis über die linke Brustwarze, und von der 3. bis über die 6. Rippe herab ein vollkommen

leerer Pertussionschall. Puls kaum wahrzunehmen, äußerst frequent, unregelmäßig aussehend. Bewußtsein getrübt. Gegen Abend erfolgte der Tod.

Sektion 24 Stunden nach dem Tode. Haut bleich, Oedem des Gesichts, Scrotums, des Penis und der untern Extremitäten. Leib aufgetrieben.

Die linke Lunge geht unter der 3. Rippe schräg nach hinten, so daß der Herzbeutel der ganzen vordern Brustfläche anliegt. Er enthält etwa 2 Eßlöffel hellgelben Serums. Seine Innenfläche, wie die des eine starke Mannesfaust großen Herzens ist glänzend glatt. An der Herzvergrößerung nehmen Kammern und Vorkammern gleichen Antheil. Ihre Wandungen sind verdünnt, matsch, bleich. Der rechte Vorhof und die rechte Kammer sind mit weißen Faserstoffgerinnseln wie ausgegossen. Im linken Herzen sind diese Massen in geringerer Menge vorhanden, feuchter und dunkelroth gefärbt. Mit gleichen Massen finden sich die Lungen- und Hohlvenen angestopft, die rechte Lunge grobzigelig, mit der Rippenpleura verwachsen, in ihrer vordern Hälfte sehr blaß, kaum ins Röthliche ziehend, in der hintern dunkelblau. Auf den Durchschnitten fließt wenig Flüssigkeit aus, alle Theile zeigen sich lufthaltig. Die linke Lunge nicht mit der Pleura verwachsen. Ihr unterer Lappen ist blau, fest, Stücke desselben sinken im Wasser, können aber leicht aufgeblasen werden. Der linke Pleurasack enthält ungefähr 12 Eßlöffel voll Flüssigkeit.

Die Bauchhöhle enthielt 2 Schoppen hellen Serums. Die Leber nicht vergrößert, auf ihren Durchschnittsflächen muskatnuzartig dunkler und heller gestreift, ihre Gefäße blutleer. Die Hülse der Milz faltig, Milz selbst dunkelblau, fest. Magen und Gedärme von Luft sehr aufgetrieben, in ihren Wandungen sehr verdünnt, bleich. Die Magenschleimhaut weiß, die der dünnern Därme bleich und mit gelblichem Schleim überzogen. Die Peyer'schen und solitären Drüsen etwas über die übrige Schleimhaut prominirend, aber ohne jede Injektion.

Die Nierenvenen sind von kirschrothem, sulzigem Blute gefüllt, die Nieren vergrößert, auf der Oberfläche glatt, ihre Kapsel prall ausfüllend, leicht aus dieser ausschälbar. Die Rindensubstanz auf dem Durchschnitte trocken, grauweiß, mit rothen Flecken fein getüpfelt, sehr blutarm. Ihre Glomeruli erscheinen unter dem Mikroskope weiß, vergrößert, ohne Injektion. Die Pyramiden sind dunkelroth, weich. Die Schleimhaut der Nierenbecken bleich, mit vielen kleinen Echymsen besetzt.

Im vorliegenden Falle können weder die Heftigkeit und schnelle Ausbreitung des primären Prozesses in den Nieren,

noch die der theilweisen Funktionsuntüchtigkeit der letztern folgende Urämie, noch mechanische Funktionshindernisse in andern Organen als Ursachen des eingetretenen Todes beschuldigt werden. Der Tod ging, nach den Erscheinungen am Lebenden und an der Leiche zu schließen, vom Herzen aus, das, von dem verarmten Blute nicht mehr durch ausreichende Ernährung vor Ermüdung geschützt, mit dem Eintritte dieser zur Unterhaltung des Kreislaufes unfähig wurde. Die Erweiterung, welcher das ermüdende Herz nach den durch die Perfussion gewonnenen (und, offen gestanden, als Zeichen für rasche Ausbildung einer Herzbeutelwasser sucht gedeuteten) Zeichen während der letzten Lebenstage anheim fiel, spricht sehr dafür; ebenso, daß auch die der Willkühr nicht unterworfenen Muskeln, wenn sie im Zustande der Ermüdung funktionieren müssen, demselben Gesetze gehorchen, welches Eduard Weber für die willkührlichen Muskeln, welche während der Ermüdung funktionieren, gefunden hat. Beiläufig erwähnt, dürfen manche Formen von Wehenschwäche, wo bei den günstigsten räumlichen Verhältnissen, und den stärksten, von Pulssteigerung begleiteten Wehenschmerzen das Geburtsgeschäft keinen Fortgang nehmen will, ferner wo bei innern Blutungen nach der Geburt einfache Entfernung der Blutgerinnsel zur Einleitung erfolgreicher Uteruskontraktionen hinreicht, die Setzung dieses Gesetzes auch für den Uterus erweisen.

Ein weiterer Kranker, ein Knabe von 9 Jahren, erlag unter heftigen Erscheinungen von Clampsie.

(Fortsetzung und Schluß folgt.)

Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels der großen Zehe.

Von Phyllis Metzger in Heidelberg.

Dieses Uebel hat den Verfasser und wohl viele andere Aerzte schon in große Verlegenheit gebracht. Die verschiedenen und zum Theil sehr schmerzhaften Operationsmethoden, die jedenfalls eine lange Kur erfordern, beweisen, wie schwierig die Behandlung oft sei. Darum mag eine auf Erfahrung und Erfolg gegründete Behandlungsweise hier Platz finden, und wenn ihre Anwendung nur in einzelnen Fällen mit Erfolg Nachahmung findet, so ist der Zweck dieser Zeilen erreicht.

Die Indikationen, welche bei der Behandlung des Uebels am meisten zu beachten sind, lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1) Es ist nöthig, dem Nagel beim Nachwachsen eine geringere Wölbung zu geben und den Nagelrand zu heben.

Dieses geschieht zunächst dadurch, daß der Nagel in seiner Mitte nach der ganzen Länge mittelst einer Glascherbe möglichst dünn, und bis zur Empfindung geschabt wird. Dadurch werden die Ränder leichter gehoben und drücken mit minderer Kraft auf die seitlichen Weichtheile ein. Daß der Nagel nicht kurz geschnitten werden darf, versteht sich von selbst; man laßt den Rand möglichst hervorragen, um unter denselben ein mäßig gebogenes Plättchen von entsprechender Länge aus Zint oder Silber schieben zu können, welches dem Rande des Nagels entspricht, also von passender Breite und von konvex-konvergen Rändern ist. Während durch Verdünnung des Nagels mittelst des Schabens der Druck der Ränder desselben vermieden wird, werden die Ränder durch dieses Metallplättchen noch etwas in die Höhe gehoben.

2) Nun kommt es darauf an, den seitlichen Wulst der entzündeten Weichtheile zurückzudrängen.

Zu diesem Zwecke habe ich mit allem Erfolg Guttapercha angewandt; ein Streif, von entsprechender Breite, eine halbe Linie dick und lang genug, um von dem Rücken der Zehe schief nach vorn und bis über dessen Spitze zu laufen, wird gehörig geformt, erweicht, und so aufgelegt und in der Lage erhalten, daß der Wulst in entsprechender Weise zurückgehalten wird. Ist die Guttapercha erkaltet, so wird der Streif mit Gypsplaster leicht befestigt.

3) Die Behandlung der unter dem Nagel befindlichen eiternden Fläche ist einfach. Sie wird in den meisten Fällen bei aufgehörendem Druck und Reize leicht heilen, und der Anwendung der geeigneten Mittel um so zugänglicher sein, als durch das Darniederhalten des wulstigen Randes der Weichtheile und Erhebung des Nagelrandes nach oben der reizende Druck entfernt ist.

Zeitung.

Dienstnachricht. Professor Dr. Meißner in Basel wird als ordentlicher Professor der Physiologie und Zoologie an die Universität Freiburg berufen, während Professor Dr. Gcker daselbst die Lehrkanzel der Anatomie übernimmt.

Auszeichnungen. Medizinalrath und Stadtamtsarzt Dr. Molitor in Karlsruhe,

Geheimerhofrath Professor Dr. Lange in Heidelberg, Direktor des neuen Männerzuchthauses Füßlin in Bruchsal erhalten das Ritterkreuz des Bähringer Löwenordens; der letztere auch das Ritterkreuz des großherzoglich heßischen Verdienstordens Philipps des Großmüthigen;

Amtschirurg Sebastian Faller in Waldshut die kleine goldene Civilverdienstmedaille.

Druck von Malsch & Vogel.