

Beitrag zur Kenntniss der Neuritis puerperalis.

Von

Dr. med. **Ernst Mattiesen**

Frauenarzt in Leipzig.

Die Casuistik der in der Fachlitteratur veröffentlichten Fälle neuritischer Erkrankung im Wochenbett, ist keine allzugrosse, weshalb es berechtigt erscheint, ihr einen weiteren Beitrag hinzuzufügen.

Es gebührt Möbius das Verdienst in seiner Arbeit über Neuritis puerperalis (Münch. med. Wochenschrift XXXIV. 9. 1887) den Symptomencomplex als den einer dem Puerperium specifischen Erkrankung festgelegt zu haben. Als Neuritis puerperalis bezeichnete er eine nach normalen Wochenbetten, bezw. nach Puerperalerkrankungen auftretende Lähmung im Gebiet des N. medianus oder des N. ulnaris oder beider Nerven, wobei die Endäste dieser Nerven, sowohl die sensorischen als auch die motorischen Fasern an beiden oder an einer Hand, zumal der am häufigsten gebrauchten rechten, erkranken. Die Affection beginnt schon im Wochenbett oder erst nach erfolgter Geburt, bald früher, bald später, um nach verschieden langer Dauer fast stets in Heilung überzugehn. Auch die Unterextremitäten können ergriffen werden, jedoch seltener und erst nach Erkrankung der oberen. Diese ursprüngliche Fassung des Krankheitsbildes ist durch eine Zahl einwandsfreier Beobachtungen, die nicht völlig diesem aufgestellten Typus entsprechen, wesentlich modificirt worden und es muss nach den mitgetheilten Erfahrungen geschlossen werden, dass die puerperale Neuritis in recht mannigfaltigen, durchaus nicht so typischen Formen auftritt. Lähmungen im Bereich des Kehlkopfes und Pharynx, Neuritis optica in puerperio, Facialislähmungen, Ischiadicus-Neuritis sind sowohl ohne als auch mit Bethheiligung der

oberen Extremitäten beschrieben werden. Juilant, ein Schüler Déjerine's, unterscheidet demnach einen „Armtypus“, entsprechend einer Affection des N. medianus und N. ulnaris, und einen „Beintypus“ bei Neuritis im Peroneusgebiet, wogegen Eulenburg eine umschriebene Form der Neuritis (Arm- und Beintypus) der generalisirten Form, als Polyneuritis, entgegenstellt. Windscheid will den Begriff der Puerperalneuritis erweitern, indem er sich auf einen, die Aetiologie umfassenden Standpunkt, stellt und auch jene Neuritiden hineinbezieht, welche durch pathologische Zustände im Wochenbett entstanden sind: es bliebe dann ja noch immer das Wochenbett als primäre Ursache. Abgesehen von einer aus der Gravidität hinübergewonnenen Neuritis, bezeichnet er nachfolgende, durch ihre Aetiologie sich differenzirende Formen: 1. Die auf dem Wege der puerperalen Infection entstandene Neuritis, die local bedingt sein kann als eine auf die Nervenscheide und schliesslich auf das Nervenparenchym übergreifende Entzündung, oder sich als Folgezustand einer septischen Allgemeininfection einstellt. 2. Die durch mechanische Insulte entstandene Neuritis, im Anschluss an ein enges Becken, pathologische Kindslagen und operative Entbindung. 3. Die nach spontan verlaufener Entbindung und uncomplicirtem Wochenbett auftretende Neuritis.

Bei unserer völligen Unkenntniss der Aetiologie der puerperalen Neuritis hat diese von Windscheid angegebene Gruppierung die meiste Berechtigung. Nur die unter Punkt 2 gefasste rein traumatische Form der Ischiadicusneuralgie resp. Ischiadicusneuritis, als directe Folge operativer Entbindung, sollte in Wegfall kommen, da sie unter die auch anderweitig zu beobachtenden traumatischen Nervenschädigungen, wie Drucklähmungen u. dgl. zu rechnen ist und deshalb die Bezeichnung einer puerperalen Affection nicht verdient. Sämmtliche anderen Formen können auf einen der Gravidität eigenen, noch nicht differenzirten Giftstoff zurückgeführt werden, der je nach Disposition zu Neuralgien, Neuritis, Emesis, Nephritis und Albuminurie, Salivation, Paraesthesien etc. führen kann, alles Erscheinungen, die der Schwangerschaft und dem Wochenbett typisch sind und als Intoxicationsercheinungen imponiren. Dass nur ein Theil der Individuen diesen Einwirkungen der Schwangerschaftstoxine erliegt, ist durch individuelle Disposition oder Widerstandsunfähigkeit (Anaemie, chronische Erkrankungen) zu erklären. Sollte demnach nicht auch die puerperale Bradykardie, wie Lunz hervorhebt, die Folge der Einwirkung derselben toxischen

Substanzen auf Vagus oder Sympathicus sein? In jedem Falle mag aber das stets vorhandene Graviditätstoxin die Ursache zur Erzeugung eines Locus minoris resistentiae sein, wodurch je nach Einwirkung anderer localisirter Schädigung, eine örtlich entsprechende Neuritis entsteht. So erklärt auch Sänger die häufige Localisation der puerperalen Neuritis im Gebiet des N. medianus und N. ulnaris, als Folge einer Hyperfunction dieser Nervengebiete bei der Geburt, wie sie durch das Ziehen der Kreissenden an einer geeigneten Handhabe zu Stande kommt, wobei gewiss in den meisten Fällen der rechte Arm der am stärksten angestrengte sein wird. Ebenso hat Möbius schon auf einen Zusammenhang zwischen Muskelfunction und Localisation toxischer Lähmungen hingewiesen.

In gleicher Weise, wie bei der Neuritis der oberen Extremitäten der überanstrengte Nerv der Intoxication erliegt, würde auch die Affection der unteren Extremitäten zu Stande kommen. Ich möchte dabei an die Thatsache der bei Kreissenden so häufig zu beobachtenden Wadenkrämpfe erinnern, die sowohl als Folge körperlicher Anstrengung (kräftiges Anstemmen der Beine) als auch als reflectorischer Vorgang einer directen Reizung des N. lumbosacralis durch den andrängenden kindlichen Kopf zu deuten sind. Hünermann („Ueber Nervenlähmung im Gebiet des N. ischiadicus in Folge von Entbindungen“. Arch. f. Gynäkol. XLII. 3. S. 489. 1892) weist auf die Thatsache hin, dass der N. lumbosacralis vom Plexus lumbalis, der die Fasern des N. peroneus enthält, über die scharfe Linea innominata zum Plexus sacralis hinabzieht, während die meisten anderen Zweige dieses Plexus gänzlich gegen Druck geschützt sind. Daher das vorzugsweise Befallensein des Peroneusgebietes. Dieser Vorgang der durch locale Reizung bedingten Hyperfunction im Gebiet des N. peroneus mag als Analogon zu der Sänger'schen Erklärung der vorzugsweisen Erkrankung der oberen Extremitäten anzusehen sein und kann als ätiologisches Moment für eine primär localisirte Neuritis der unteren Extremitäten dienen.

Folgender Fall, den ich kürzlich zu beobachten Gelegenheit hatte, dürfte deshalb von Interesse sein.

Frau H., 23 Jahr alt, eine schlanke, gracilgebaute Frau, seit 2 Jahren verheirathet. Pat. stammt aus gesunder Familie, hat in den letzten Jahren keine Krankheiten durchgemacht, kein Abusus spirituosorum. Regelmässige, mittelstarke, jedoch sehr schmerzhaftes Menstruation. Am 14. IX. 1899 wurde Pat. zum ersten Mal gravid. In den ersten 6 Wochen der Schwangerschaft morgens mässig starkes Erbrechen, welches dann

völlig sistirte. Während der ganzen Schwangerschaft, besonders aber in den letzten Wochen wurde Pat. häufig von schmerzhaften Wadenkrämpfen geplagt, keine Oedeme oder sonstige Schwangerschaftsbeschwerden. Am 26. VI. 1900 spontane Geburt eines gesunden ausgetragenen Knaben in I. Schädellage. Der Eintritt des Kopfes ins Becken erfolgte schnell und leicht, jedoch dann mehrstündiges Einschnelden des Kopfes in der Austreibungsperiode. Hierbei äusserst schmerzhafte, häufige Wadenkrämpfe beiderseits. Die Placenta löste sich schwer und wurde wegen beträchtlicher Blutung ca. 1 Stunde post partum erst nach mehrfachen kräftigen Credé-Versuchen exprimirt. Blutverlust etwa 1000 ccm.

Das Wochenbett verlief fieberfrei, Wöchnerin stillte nicht. In den ersten 3 Tagen des Wochenbetts machte sich eine grosse Steifigkeit und Schwebeweglichkeit beider Beine bemerkbar, deren Muskulatur auf Berührung äusserst empfindlich war: die Beine waren „bleischwer“. Sensibilität beiderseits intact. Puerpera verliess am 12. Tag das Bett in völlig gutem Zustand. Nach 8 Tagen begann sie abends über Mattigkeit und ziehende Schmerzen im linken Bein, besonders in der Hüftgelenksgegend zu klagen. Es stellten sich wiederum heftige Wadenkrämpfe ein, wiederholt unwillkürliche Dorsalflexion des linken Fusses mit Spreizen der Zehen. Active Bewegungen des Beines waren allseits ausführbar, nur sehr schmerzhaft. Unter leichtem Frösteln stieg die Körpertemperatur auf 38,6. Am folgenden Tage liess sich eine leichte Anschwellung des Beines constatiren und in der linken Schenkelbeuge markirte sich ein deutlich fühlbarer, empfindlicher Strang, entsprechend dem Verlauf der Vena cruralis. Es wurde demnach die Diagnose auf eine Thrombophlebitis der linken Cruralvene gestellt: Eisbeutel auf die Inguinalgegend, Priessnitzumschlag und Hochlagerung des Beines. Nach wenigen Tagen Nachlass der Erscheinungen, allmähliche Abschwellung des Beines und Temperaturabfall.

Am 21. Tage nach Beginn jener linksseitigen Thrombophlebitis, am 41. Tage nach der Entbindung, traten unter Frösteln und abermaligem Temperaturanstieg auf 38,8 starke Schmerzen in der Gegend des rechten Femurkopfes auf, welche sich alsbald ziehend und reissend als immer wiederkehrende Attaquen über die ganze Hinterfläche des rechten Beines ausdehnten. Wiederholt Wadenkrämpfe und schmerzhafte spontane Dorsalflexion des Fusses mit Spreizen der Zehen. Diese Schmerzanfälle waren im Verlauf des N. ischiadicus localisirt, wobei die typischen Punkte: Gegend am unteren Rande des M. glutaeus und Fibulaköpfchen als besonder druckempfindlich angegeben wurden. Active Beweglichkeit im Bein wesentlich herabgesetzt, Sensibilität intact, Patellarreflex vorhanden. Eine Genitaluntersuchung ergab einen normalen Befund, nirgends ein Exsudat nachweisbar. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Bei annähernd constanten localen Erscheinungen hielt sich die Temperatur auf der Höhe zwischen 38,1—38,8 bei einer geringen Pulszahl. Mässige Anschwellung des ganzen Beines (Zunahme des Oberschenkelumfangs um 2 cm). Da traten plötzlich 4 Tage später unter Temperaturanstieg auf 39,3 heftige Schmerzen im Nacken in der linken Schulter auf, die bis in die Fingerspitzen ausstrahlten und jegliche Bewegung des Armes äusserst empfindlich machten. Am folgenden Tage gesellte sich eine totale Parese des ganzen Armes dazu, welcher schlaff, in leichter Beugestellung neben der Pat. lag. Willkürliche Bewegungen konnten mit dem Arm gar nicht ausgeführt werden, nur ganz unbedeutende Flexion in dem 4. und 5. Finger der Hand. Jede passive Be-

wegung des Armes verursachte enorme Schmerzen. Die Gelenke waren weder geröthet, noch geschwollen, noch besonders druckempfindlich, nur liess sich in der Ellenbogenbeuge ein sehr empfindlicher Druckpunkt, entsprechend dem N. medianus, konstatiren; die Sensibilität war entsprechend der Ausbreitung der N. medianus und N. radialis gänzlich aufgehoben, selbst tiefere Nadelstiche wurden kaum empfunden. Unempfindlich gegen Nadelstiche waren an der Dorsalfäche der Hand Daumen, Zeigefinger und radiale Seite des Mittelfingers, während der 4. und 5. Finger kaum deutliche Sensibilitätsstörungen aufwies. An der volaren Handseite war ebenfalls dem Gebiet des N. medianus entsprechend, Daumen, Zeige- und Mittelfinger und radiale Seite des 4. Fingers anaesthetisch, hingegen ulnare Seite des 4. Fingers und der 5. Finger anscheinend intact. Nadelstiche am übrigen Arm wurden ebenfalls nur sehr schwach empfunden. Eine noch eingehendere neurologische Untersuchung gestatteten die äusseren Umstände nicht, immerhin konnte die Diagnose auf eine puerperale Neuritis im Gebiet des r. N. ischiadicus und l. Plexus brachialis gestellt werden, von welch' letzterem besonders der N. medianus und N. radialis betheiligt waren. Die Ordination bestand, ausser localer Watteeinpackung, in Darreichung von Aspirin, 3 mal täglich 1,0, was auf die Schmerzen von günstigem Einfluss war, da dieselben nach einer jedesmaligen Gabe nachliessen. Trotzdem waren dazwischen kleine Morphiumgaben subcutan nicht zu umgehen. Da dieser febrile Krankheitszustand in annähernd gleicher Stärke fortbestand wurde am 7. Krankheitstage eine grössere Dosis Natr. salicyl. zu geben beschlossen. Eine Quantität von 5,0 per os gegeben, wurde durch Erbrechen kurz darauf wieder entleert, deshalb einige Stunden später die gleiche Menge in einem Wasserklysma. Danach starker Schweissausbruch und sofortiger Nachlass der Schmerzen, am nächstfolgenden Tage kritischer Temperaturabfall.

Im Verlauf der nächstfolgenden 3 Tage trat wieder langsame Bewegungsfähigkeit in Arm und Bein auf. Zuerst konnten 4. und 5. Finger stärker gebeugt und gestreckt werden, dann die Hand und schliesslich auch der Arm gehoben werden. Unter 2 mal täglich ausgeführter galvanofaradischer Behandlung konnten nach 2 weiteren Tagen sämtliche Bewegungen in Arm und Bein wieder ausgeführt werden.

Die weitere Reconvaleszenz war ungestört. Pat. hatte im ganzen 41 Tage gelegen und war daher recht unsicher auf den Füssen, doch kehrten die Kräfte bald wieder und ging Pat. bereits nach weiteren 8 Tagen allein durchs Zimmer. Abends bestanden noch längere Zeit hindurch beiderseits nicht unbedeutliche Knöchelödeme.

Weder am linken Arm noch an den Beinen war eine Muskelatrophie zu constatiren. Erwähnen möchte ich noch zum Schluss dieses Krankheitsberichtes, dass der Beginn der neuritischen Affection auf den Tag der zu erwartenden erstmaligen Menstruation fiel, die aber nicht eintrat. Die Periode ist erst 4 Monate post partum wieder eingetreten, obgleich P. nie gestillt hatte.

Vorstehendes Krankheitsbild bietet einige Abweichungen von den bisher beobachteten Fällen. Es ist in ätiologischer Hinsicht interessant und zeigt ausser neue die Menge der ursächlichen Momente, die zu einer puerperalen Neuritis führen können. In der That sind wir im Stande, die grössere Mehrzahl der Puerperalneuritiden auf

die directe Wirkung mechanischer und chemischer Insulte zurückzuführen, trotz unserer nur empirischen Kenntniss jenes der Gravidität entstammenden primären Agens und es wäre Aufgabe des Diagnostikers in jedem einzelnen Falle nach jenem Anstoss zu suchen und dadurch die jeweilige Entstehung der Neuritis ätiologisch zu erklären. Eine als directe Folge operativer Entbindung auftretende Neuritis der unteren Extremitäten wird eine Läsion des Plexus sacralis oder einzelner Aeste unzweifelhaft erscheinen lassen, desgleichen auch neuritische Symptome bei bimanuell deutlich nachweisbaren exsudativen Processen in der Genitalsphäre einer Wöchnerin. Schwieriger gestaltet sich die Beurtheilung nach spontaner Geburt und uncomplicirtem Wochenbett. In einzelnen Fällen wird man an vorhergehende Giftwirkungen bestimmter Stoffe, wie Blei, Arsenik, Merkur, vor allem Alkohol zu denken haben, falls solche in der Anamnese eine Rolle zu spielen scheinen. Hierbei ist auch die von Schrader ausgesprochene Vermuthung, ob nicht in einzelnen Fällen den bei der Geburt angewandten Desinfectionsmitteln (Carbolsäure, Sublimat) eine ätiologische Rolle zuzuerkennen sei, durchaus beachtenswerth. — Neuritiden nach acuten Infectiouskrankheiten werden durch die Präexistenz solcher gerechtfertigt; vorausgesetzt ist natürlich ein zeitliches Zusammentreffen dieser Erkrankungen mit Gravidität und Puerperium. Einem Infectiousprocess ist aber erst neuerdings die gebührende Achtung geschenkt worden, nämlich der Gonorrhoe. In seiner beachtenswerthen Arbeit (Deutsche med. Wochenschr. XXVI. Heft 43) berichtet Eulenburg über eine Anzahl von ihm beobachteter Fälle gonorrhöischer Neuralgie und Neuritis, deren hauptsächlichste Localisation er in das Gebiet des N. ischiadicus, sowie anderer Beinnerven, verlegt, doch ist von ihm auch die Betheiligung der oberen Extremitäten, des N. medianus, N. radialis und N. ulnaris beobachtet worden. Seine Berichte betreffen männliche Patienten, doch giebt er seiner Ansicht Raum, dass nicht ein geringer Theil der neuritischen Ischias bei Frauen gonorrhöischer Provenienz sei. Und in der That lässt sich die Möglichkeit einer derartigen Wirkung des Gonokokkentoxins nicht leugnen, sowohl in Anbetracht der enormen Verbreitung der Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht, als auch der grossen Rolle, welche die Gonorrhoe in der Pathologie des Wochenbetts spielt. Es ist eine feststehende Thatsache, dass Geburt und Wochenbett den manifesten Ausbruch einer bisher „latenten“ Gonorrhoe bewirken, dass eine Gonorrhoe des unteren Genitalabschnittes in dieser

Zeit sich auf Uterus, Adnexe und Pelveoperitoneum ausbreiten kann. Demnach wäre im Puerperium die Möglichkeit zu einer weiten Verschleppung des Gonokokkentoxins oftmals gegeben und wäre die Frage zur Discussion zu stellen, ob nicht ein Theil der im Wochenbett auftretenden Neuritis auf gonorrhöischer Basis entsteht. In ähnlicher Weise berichten Naunyn, v. Leyden, Nürnberger, Engel-Reimers, Cros, Welander, Allard und Meige über als gonorrhöische Neuritiden gedeutete Nervenaffectionen. Wenn auch in den von Tripperrheumatismus befallenen Gelenken und in den endocarditischen Auflagerungen bereits mehrfach Gonokokken nachgewiesen sind, so steht dieser Nachweis einer Gonokokkeninvasion in die peripherischen Nerven noch aus. Nach E. Lesser wäre die Polyneuritis gonorrhöica als Folge der Toxinwirkung aufzufassen, wohingegen die isolirten Neuralgien, die Ischias und die Erkrankung anderer einzelner Nerven, durch die klinischen Erscheinungen als wirkliche Gonokokkenmetastasen zu deuten wären. Moltchanoff hat durch Versuche an Kaninchen hierfür experimentelle Befunde beigebracht, indem er durch Injection von Gonokokkentoxin Lähmungen hervorrief. Eine eingehende Erörterung über diese Frage findet sich in Remak's vortrefflicher Monographie (Neuritis und Polyneuritis). In nicht zu seltenen Fällen wird sich eine puerperale Neuritis auf einen septischen Eiterungsprocess zurückführen lassen (ohne dass eine direct fortgeleitete Nervenentzündung besteht). Die bisher bekannten Fälle haben das Gemeinsame, dass die polyneuritischen Symptome erst einige Wochen nach dem Beginn der Eiterungsprocesse einsetzen.

Als Rest bliebe dann allerdings noch die Zahl jener Neuritiden, deren Entstehung auf ein durch die Gravidität producirtes Toxin zurückzuführen ist, weil keines von den hier angeführten ätiologischen Momenten sich nachweisen lässt.

Ob in vorliegend beschriebenem Krankheitsfall ein directer Zusammenhang zwischen der Venenthrombose und der Polyneuritis bestand, möchte unentschieden bleiben. Immerhin liesse sich diese Annahme nicht von der Hand weisen, da von einzelnen Autoren (Heidemann) eine jede Thrombose im Wochenbett auf puerperale Infection zurückgeführt wird. Der Verlauf und die kurze Dauer der Erkrankung mit Heilung ohne Defect lassen einen leichten Grad der Intoxication annehmen, die vorübergehende totale Parese des linken Armes spricht für eine „diffuse leichte Erkrankung des Plexus brachialis (cf. Möbius, Fall VII).“ —

Die Grenzen der Therapie sind eng gestellt, zumal uns in Anbetracht unserer Unkenntniss des ursächlichen Giftstoffes, kein Specificum in der Behandlung der puerperalen Neuritis zu Gebote steht. Auch von einer Prophylaxe, auf die demnach der grösste Werth zu legen wäre, kann kaum gesprochen werden, da wir die Gravidität als *causa nocens* nicht bekämpfen können. Die künstliche Einleitung der Geburt bei Schwangerschaftsneuritis, wie sie von Johansen, Köster und anderen Autoren vorgeschlagen und zum Theil ausgeführt ist, ist wohl nur als *ultimum refugium* zu betrachten. Wenn Huber (Monatsschrift für Geb. und Gyn. IX. 4. 1889. pag. 487) „jede Schädigung der Beckennerven durch septische Processe oder durch traumatische Läsion“ zu vermeiden rath, so ist dieser Wunsch zwar durchaus berechtigt, doch liegt seine Erfüllung meist nicht in unserer Hand. Immerhin mag ein diätetisches Verhalten in der Schwangerschaft, Anregung der Nierenfunction und dergl., sowie andererseits entsprechende Hygiene im Wochenbett, auf das Auftreten neuritischer Symptome nicht ohne Einfluss sein. Mit Recht weist Remak (l. c.) auf die Bedeutung des Alkohols als schädigendes Moment sowohl in der Prophylaxe, als auch im weiteren Verlauf der bereits eingetretenen Erkrankung. Es ist hier nicht der Ort die symptomatische und elektrische Behandlung der puerperalen Neuritis einer eingehenden Besprechung zu unterziehen, ich möchte nur in einigen Worten der medicamentösen Therapie gedenken. Die von Caspari (1888) und neuerdings wieder von Eulenburg empfohlenen Carbol- resp. Carbolmorphiuminjectionen mögen erwähnt werden. Nachprüfungen scheinen nicht gemacht worden zu sein, jedenfalls findet sich in der Litteratur nichts verzeichnet. In ähnlicher Weise hat Ch. Vinay (1895) subcutane Ergotineinspritzungen gemacht, angeblich mit gutem Resultat. Die grosse Zahl der uns zu Gebote stehenden Antineuralgica und Antirheumatica ist mit mehr oder weniger zu Tage tretendem Erfolg angewandt worden, so vor allem das Antipyrin, nicht nur per os sondern auch subcutan. v. Leyden hat früher das Natrium salicylicum verwandt, ist aber davon zurückgekommen. Indessen hatte gerade dieses Medicament in vorliegendem Falle eine eclatante Wirkung sowohl auf den febrilen Zustand, als auch auf das subjective Befinden, nachdem es in einer grossen Dosis verabfolgt war. Demnach erscheint diese Medication, ähnlich wie beim acuten Gelenkrheumatismus, eine befriedigende Herzthätigkeit vorausgesetzt, als die empfehlenswerthe. Das vorher in

einzelnen kleinen Dosen verordnete Aspirin (Acetylsalicylsäure) zeichnet sich gleichfalls durch einen günstigen Einfluss aus, doch konnte leider bei der Neuheit dieses Mittels eine ähnliche grosse Medication nicht gewagt werden. Ich möchte es trotzdem in ähnlichen Fällen als schmerzlindernd zur Verwendung bestens empfehlen. In wieweit eine specifische Wirkung jener beiden Salicylpräparate vorlag, lässt sich nicht entscheiden, jedenfalls erzeugten sie eine starke Diaphorese, die gewiss zur Eliminirung der Toxine nicht ohne Einfluss war. Oppenheim will von dem diaphoretischen Heilverfahren auch in schweren Fällen von Polyneuritis glänzende Heilresultate beobachtet haben, auch F. Schultze (Lehrbuch der Nervenkrankheiten) redet den Salicylpräparaten und der Erzeugung von Schweiss das Wort.

Möge dieser kleine Beitrag zur Frage der puerperalen Neuritis ein weiteres Glied in der Erforschung dieser noch so schwer zu deutenden Erkrankung sein. Ein Zusammenwirken der Gynaekologen und Neurologen zumal kann uns in unserer Erkenntniss fördern.
