

leren Werthe, welche bei verschiedenem Alter derselben Elasticität entsprechen, die Annahme, dass diese wirklich einen Einfluss auf die Capacität ausübt.

Nach diesen wesentlichen Untersuchungen prüfte Verf. noch den Einfluss einiger nebensächlicher Momente, der Gewebe, der Warzenstellung, des Füllungs-zustandes des Magens, der Schwangerschaft. Wir heben nur hervor, was sich dem Verf. in Bezug auf das vorletzte Moment ergeben hat. Er sagt: nur in einem Viertel unserer Beobachtungen war die Lungencapacität dieselbe sowohl bei vollem als bei leerem Magen; bei einem andern Viertel war sowohl die Inspiration als die Expiration bedeutender bei leerem Magen, dagegen erschien in der Hälfte der Fälle die Lungencapacität grösser, während der Magen gefüllt war. Da sich somit eine Abhängigkeit vom Füllungszustande des Magens zeigt, so zieht Verf. es vor, die spirometrischen Messungen stets an nüchternen Personen zu machen, um vergleichbare Grössen zu erhalten.

Es ist zu hoffen, dass Verf., gemäss seinen Andeutungen, pathologische Fälle mit derselben den früheren Arbeiten überlegenen Methode untersuchen und die Resultate davon veröffentlichen wird.

G. Siegmund.

9.

Voss, Inversio vesicae urinariae et Luxationes femorum congenitae bei demselben Individuum. (Universitäts-Programm. Christiania 1857. 25 S. mit 2 Taf.)

Ein Mädchen, $1\frac{1}{2}$ Jahr alt, wurde im Aug. 1855 wegen einer Inversio vesicae urinariae der med. Gesellschaft zu Christiania vorgezeigt; es starb an Cholera im Oktober 1855. Erst die Section zeigte, dass bei demselben auch noch eine incomplete Luxation beider Oberschenkel bestand. Das Kind hatte gehen gelernt $\frac{1}{4}$ Jahr vor dem Tode, aber immer nur mit Unterstützung, während es freilich ohne eine solche stehen konnte. Die Mutter, drei Tage vor dem Kinde an Cholera gestorben, hatte früher zwei wohlgebildete Kinder geboren, von denen das eine an Meningitis $1\frac{1}{2}$ Jahr alt gestorben war, das zweite noch lebt, 6 Jahr alt und gesund ist; nach der Geburt des in Rede stehenden Kindes hatte sie Zwillinge, die gleichzeitig mit der Mutter an Cholera starben. Während sie mit dem missgebildeten Kinde schwanger ging, befand sie sich wohl. Keine Missbildung in der Familie.

Anatomische Beschreibung. Die Blasenschleimhaut, deren Niveau etwas unter dem der Haut liegt, — während des Lebens stark roth — jetzt bläulich, hat gegen die Haut eine scharfe Grenze und geht nach unten in die Mucosa des rudimentären Vestibulum über. Gerade in der Mitte einer Linie vom Orific. hymenais bis zum unteren Rand des Nabels, 1,5 Cm. von jedem, finden sich zwei erbsengrosse, sich berührende Papillen; zwischen ihnen zeigt sich nach unten eine kleine Hautfalte. Auf den Papillen findet man die Oeffnungen der Ureteren, 1 Cm. von einander. Die Haut bildet nach unten zwei Falten, die zum Theil die Schleimhaut

überzieht, während nach oben die Grenze zwischen Haut und Schleimhaut mehr zu Tage liegt. — Die Blase ist 3 Cm. lang und ebenso breit. Der Nabel bildet eine kleine Hernia über der Blase, steht ziemlich niedrig, nur 1 Cm. über den Rami horiz. oss. pubis. — Die Labia majora bilden nicht sehr hervorragende Wülste, die sich in der Haut nach oben verlieren, ausserhalb der vorher genannten Falten, so dass zwischen diesen und den Labia maj. eine längliche Vertiefung existirt. Nach unten gehen sie in eine ebene Comm. post. lab. über. Statt der Labia minora sieht man jederseits zwei Prominenzen, wovon die untere Brustwarzen ähnlich ist, die obere eine Haut über jeder Hälfte der getheilten Clitoris bilden. Das Hymen etwas dünn, mit einer sondenkнопfgrossen Oeffnung. Vagina ziemlich geräumig. Der Abstand vom Os uteri bis Hymen ist 2 Cm. Die Anusöffnung 2 Cm hinter der Comm. labiorum. Uterus wie Rectum normal, Uterus etwas nach vorn, wie von der Blase angezogen. Das Peritoneum bekleidet die Blase sehr lax, geht in einem nussgrossen Bruchsack (Hernia umbil.) über. Die Dicke der Blasenwand ist bedeutend, in der Mitte beinahe 2 Cm. Die Art. umbilicales bilden Hervorragungen, sind permeabel bis zur Blase, von da ab bis zum Nabel bilden sie einen sehr dünnen soliden Strang. Die Ureteren sind gross, ihr Diameter in der Nähe der Blase 6—7 Mm., bei der Insertion etwas verengert, insbesondere während des Verlaufes durch die genannten Papillen. (Der Urin konnte auch mitunter in ordentlichen, doch kurzen Strahlen entleert werden.) Zwischen diesen grossen Ureteren liegt der Uterus gleich wie eingeklebt. Die hintere Fläche der Blase bildet eine flache Convexität von viel weniger Grösse als die Schleimhaut; von der Insertion der Urethra bis zum Nabel nur 1,5 Cm. Länge. Die Dicke der Wand beruht auf der Mächtigkeit der Muscularis (eine Hypertrophie, die davon abhängt, dass die Blase einen Theil der Bauchdecken bildet).

Die Aponeurosis obliqu. ist intim mit der Peripherie der Blasenwand vereinigt.

Symphysis oss. pub. fehlt. Der Abstand zwischen beiden Recti bei deren Insertion an den Ram. horiz. ist beinahe 5 Cm. Kein verbindendes Medium, Ligament etc., nur die Blasenwand und Apon. abdom. sind interponirt.

Corpp. cavernosa clit. mehr horizontal wegen der Trennung der oss. pubis; jedes endigt in eine kleine Papille, die, wie angeführt, von dem Lab. wie bekleidet ist. Musculus ischiocavernosus klein, Constrictor cunni dagegen viel ansehnlicher; er verdickt sich in der Fetthaut über der Clitoris; der Ursprung von hinten deutlich, zum Theil vom Transv. perinei, zum Theil von der fibrösen Partie, worin Sphincter ani und Transversus perin. endigen. Dieser letzte ist bedeutend gross, theilt sich in drei Fascikel.

Die Schambeine sind durch den Mangel der Symph. pubis wie durch eine Gewalt von einander gedrängt; die Rami horiz. gehen nach vorn und würden, verlängert gedacht, erst 3 Cm. nach vorn von der Blase sich in einen Punkt vereinigen. Auch die Ossa ischii et ileum stehen weiter von einander als normal. Das Os coccygis ist beinahe in einen rechten Winkel gegen das Os sacrum gekrümmt.

Articuli femorum beiderseits deform. Caput fem. liegt ausserhalb des Acetabuli, auf dem nach aussen und oben flach gedrückten Labium cartilagineum. Das

Acetabulum ist zu klein für das Caput, und seine Höhlung ganz von einem Pulvinar adiposum und Ligam. rotundum gefüllt. Seine Form ist mehr triangulär oder eigentlich ein Cirkelségment, indem die Corp. oss. ileum und der entsprechende Theil des Labium cartil. gegen die Fovea eingedrückt sind. Seine Länge — in einer Linie von der Spina ant sup. bis zum Tuber ischii — beträgt 1,5 Cm., die Breite höchstens etwas weniger als 1 Cm. Nur der hintere Theil des Labium cart. ist abgeflacht. Das Caput fem. ist auf der entsprechenden Stelle ebenso abgeflacht und hat einen Umfang von etwas mehr als 6 Cm. Das Collum sehr kurz. Das Ligam. capsulare hat seine normale Insertion, liegt etwas straff über dem leeren Acetabulum, hat nach oben und aussen eine Dilatation, wo es das Caput bedeckt. Das Ligam. intern. im Verhältniss zum Acetab. lang, zugleich breit und flach, sehr stark, am breitesten 1,5 Cm., ausgebreitet 3 Cm. lang. Der Psoas major ist in einer langen Strecke tendinös, seine sehr starke und abgerundete Sehne ruht in einer tiefen Furche unter der Spina ant inf., während das Tuberculum ileopect. ziemlich stark hervorragte. Es scheint somit, dass sie früher verkürzt gewesen. In der Gelenkhöhle sonst keine Spur von Entzündung, die Menge der Synovia nicht bedeutend.

Die übrigen Organe, in specie die Nieren, boten nichts Abnormes dar.

Ausser diesem Falle hat der Verfasser zwei Individuen mit Inversio vesicae gesehen. 1) 21jähriger Mann, die hintere Blasenwand prolabirte äpfelgross durch eine Oeffnung des Unterleibes, nach oben vom Nabel begrenzt, nach unten mit einem rudimentären Penis in Berührung (höchster Grad von Epispadie). Abstand der Ossa pubis $1\frac{1}{2}$ Zoll. 2) Ein neugeborener Knabe mit anderen Missbildungen; hier öffnete sich der Darm in dem oberen Theil der Blase über die Mündungen der Ureteren. Auch hier Epispadie und Mangel der Symphyse. — Kein After, der rechte Oberschenkel spontan amputirt, während am linken Gesäss sich ein 3 Zoll langer, fibröser Strang inserirte, wahrscheinlich Rudiment des strangulirenden Bandes, das die Amputation bewirkt hatte. Das Kind starb nach 4 Tagen, Section nicht gestattet.

Luxatio fem. cong. hat der Verf. bei einigen ältern Weibern gesehen und bei zwei Mädchen näher untersuchen können. Das eine jetzt 9 Jahre alt, die linke Untere Extremität stark verkürzt, nicht abgemagert, sie geht darum schlecht. Caput fem. gleitet deutlich auf dem Os ileum. Die zweite 11 Jahr, geht beinahe normal, die Extremität 5 Cm. kürzer, weil das Becken sich gesenkt und das Rückgrat sich compensatorisch gebogen hat. Im pathol. Museum in Christiania findet sich ein Becken mit Os fem. von einem ältlichen Weibe, mit heiderseitiger angeborener Lux. fem., von W. Boeck in „Wochenschrift für Medicin und Pharmacie. 1844“ beschrieben. Ebenso findet sich daselbst ein weibliches Scelet mit, wie es scheint, der Form nach angeborener Luxation des linken Oberschenkels. Der Fall sonst unbekannt.

Alle bisher aufgestellten Theorien über diese Missbildung sind noch mehr oder weniger hypothetisch. Der Verfasser beschreibt erst die von St. Hilaire angeführte Thatsache, dass künstlich ausgebrütete Eier die grösste Anzahl von Missbildungen darbieten, dass man künstlich bestimmte Missbildungen bei luftdichten Ueberziehen des Eies mit Wachs machen könne; er giebt sodann ein Resumé von Bischoff's Theorie in seiner „Entwicklungsgeschichte mit besonderer Berücksichtigung der Missbildungen“ (R. Wagner's Handwörterbuch d. Physiologie. 1842), citirt Vrolik und Fernau, und bespricht die verschiedenen Ansichten über die Ursachen, die entweder als schon im Keime liegend gedacht werden können, oder die durch mechanische, dynamische etc. Störungen während der Entwicklung hervorgerufen sind (Gurlt, Meckel, Fernau). Die häufigsten und am besten zu ordnenden Ursachen sind die Hemmungsbildungen (Meckel, St. Hilaire, Vrolik) wodurch aber noch nicht bestimmt ist, worin die eigentliche essentielle Ursache steckt.

Ursachen der *Inversio vesicae*. Der Verf. bespricht kurz die Entwicklungsgeschichte des Embryo und citirt Ammon „die angeborenen chirurg. Krankheiten. 1842.“ — Ausser den älteren sonderbaren Annahmen wird Bonus Theorie (1791) besprochen, dass ein proexistirender Hydrops vesicae urinariae, durch Schliessung der Urethra entstanden, die Ursache sei. Die sich ausdehnende Blase sprengt die noch ganz weichen, nicht ossificirten, kaum knorpeligen Ossa pubis von einander, ebenso die Musc. recti; die vordere Bauchwandung verliert ihre Stütze, zuletzt entsteht Ruptur, die Blase zieht sich dann zusammen und wird von den Unterleibsorganen hervorge drängt. — Dagegen steht Meckel's Kritik dieser Anschauung, seine Annahme, dass die Missbildung sich auf Hemmung zurückführen lässt als ein normales Stadium der früheren Entwicklung. Zu dieser Meinung neigt St. Hilaire (Hist. gén. et part. des anomalies etc. 1832—36). Joh. Müller dagegen in seiner Bildungsgesch. der Genitalien theilt, ebenso wie Rose, Duneau, Ammon, Bonus Meinung.

Die Ursachen der *Lux. femoris* finden sich cursorisch angeführt in der früher citirten Abhandlung von Böeck, der mit Guérin insbesondere Gewicht legt auf primäre Muskelretraction. Citirt wird Nélaton (Elements de path. chir.), Malgaigne (Traité des Fract. et luxat. 1853.), Pravaz (Traité theoretique et pratique des Luxat. congen. du femur 1847.); von denen letzterer drei Ursachen aufstellt. 1) Aeusserer Druck, 2) Spasmus, 3) Hydrops articuli. Disposition ist gegeben durch die Haltung des Fötus im Utero. Bouvier hat als der letzte in Leçons chimiques sur les malad. chron. de l'appareil locomoteur, L'union méd. 1855 folgende Ursachen aufgestellt: 1) Aeusserer Druck als Gelegenheitsursache, die Haltung als Disposition, 2) Muskelaction, die Chaussier und Guérin vertheidigen, wird als unbewiesen betrachtet, 3) Coxitis in foetu von Parise, Broca, Verneuil, Morel-Lavallée vertheidigt, und auf anatom. Thatsachen, seröspurulente Ansammlung, Fungositäten in der Gelenkhöhle etc. gestützt, 4) Gewaltsame Geburtsmanöuvres, 5) Dupuytren nahm einen von vorn her bestehenden Mangel in dem Articulationsapparat an. Nach Bouvier wirken wahrscheinlich mehrere Ursachen gleichzeitig. Ammon betrachtet sie als Bildungshemmung des

Articulationsapparates insbesondere der zum Acetabulum gehörenden Theile, während das Caput sich normal entwickelt. Vrolik (Tabula ad illustr. embryogenesin etc. Amsterd. 1849.) nimmt eine Hypertrophie der Fettpartie als wahrscheinliche Ursache an.

Die Meinung des Verfassers ist, dass in diesem Falle die Inversio vesicae und Lux. femoris in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältniss stehen, dass die Ursache der Inversio auch zur Hervorrufung der Luxation mitgewirkt hat, und dass der Anfang von beiden in die früheste Periode des Fötallebens zurückzuführen ist. — Man könnte wohl Meckel's Erklärung als befriedigend betrachten, insofern man wirklich durch die Zusammenstellung mehrerer Fälle eine Gradation der Hemmungen herausbringen kann. 1) Es fehlt nur die Symphyse ohne Ectopia ves. (Gurlt, über einige durch Erkrankung der Gelenkverb. verursachten Missbild. Berlin 1857.). 2) Es fehlen die Symphyse, sowie die Musculatur und Haut des Bauches, aber nicht die vordere Blasenwand — Vrolik. 3) Es fehlt auch diese. 4) Der Darm öffnet sich in der ectopischen und invertirten Blase. Diese Reihenfolge der Missbildungen scheint den verschiedenen Stadien der Entwicklung zu entsprechen. Aber die eigentliche Ursache dieser Hemmung ist damit nicht erklärt. Der Verf. ist mehr geneigt, der Meinung von Joh. Müller sich anzuschliessen, dass 1) ein präexistirender Hydrops vesicae Ruptur bewirkt hat, oder 2) dass die Öffnung des Sinus urogenitalis sich nach oben in grosser Ausdehnung verlängert. Den Vorgang stellt sich der Verf. folgendermaassen dar: Durch die Ausdehnung der Blase weichen die Rami horiz. von einander, und behalten nach der Ruptur dieselbe Stellung; dieselbe Lage vermindert den Umfang der Acetabula genug, um mit der Zeit eine vollkommene Coaptation des Caput zu verhindern, und dieser Umstand wirkt immer stärker während des Fortganges der Entwicklung. Der Schenkelkopf muss auf den äusseren Rand des Acetabulums drücken wegen der Haltung des Fötus in utero, und somit die eingeleitete abnorme Stellung fixiren und vermehren. Ein Einwurf scheint gemacht werden zu können: dass nämlich der mechanische Druck auch nach rückwärts wirken müsse, während doch keine Hemmung und Entwicklung von Uterus, Vagina oder Rectum zu entdecken ist.

Sollte diese Theorie richtig sein, so müsste man auch erwarten, öfters diese Combination von Inversion und Luxation zu finden, wovon der Verf. sonst kein Beispiel kennt. Vielleicht, dass der wackelnde Gang der mit Inversion Behafteten, der lediglich auf den Mangel der Symphyse zurückgeführt wird, bei näherer Untersuchung durch eine Luxat. fem. cong. bedingt sein möchte.

Der Verf. durchgeht hiernach die existirenden Beschreibungen der Inversio vesicae bei den verschiedenen Verfassern, citirt namentlich Onnen, Meckel, St. Hilaire, Ammon, Vrolik. Alle stimmen im Wesentlichen sehr gut und beinahe in allen Einzelheiten mit unserem Falle überein, besonders die von Meckel nach vielen Verfassern zusammengestellte Beschreibung.

Von der Luxatio fem. cong. existiren auch viele Beschreibungen, aber mit sehr wenigen Ausnahmen nur von älteren Leuten; auch die Ausnahmen betrafen Individuen über mehrere Jahre alt. Mit dem Alter müssen aber die Befornitäten

des Gelenkapparates durch secundäre Aenderungen sich steigern. W. Boeck in seiner oben citirten Abhandlung beschreibt einen Fall von completer Luxation. Guérin, Dupuytren (Leçons orales) und Sandifort (Dissert. anat.-path. etc.) liefern nur ältere Fälle, Ammon beschreibt eine von einem 14 Tage alten Kinde, aber complete Luxation. Vrolik widmet seine Tab. 83—87 dieser Krankheit, giebt aber nur Präparate von Aelteren mit bedeutenden Aenderungen, mit Ausnahme eines Falles bei einem 8jährigen Mädchen, der ziemlich gut mit dem unsrigen stimmt.

Nélaton hat die beste Beschreibung geliefert; bei ihm finden sich die wichtigsten Aenderungen unseres Falles wieder. Malgaigne hat 8 Fälle gesammelt, von der Geburt bis $2\frac{1}{2}$ Jahr alten, die ebenfalls gut stimmen. Pravaz, Bouvier geben detaillirte Autopsien von einigen Neugeborenen.

Vergleicht man alle hier beschriebene Fälle, so zeigt sich ein bedeutender Unterschied der Verhältnisse des Gelenkes. Die generellen Charakteristiken von Nélaton, Malgaigne, Bouvier passen auf unseren Fall, aber bei keinem findet sich ein in allen Theilen paralleler Fall beschrieben.

Bei der Frage, was die Kunst ausgerichtet hat oder ausrichten kann gegen jede dieser Deformation, neigt der Verf. zu der Meinung, dass Joh. Müller's Urtheil über Inversio vesicae zu kategorisch sei, und dass die plastische Chirurgie etwas auszurichten im Stande sein muss. Dieffenbach erwähnt sie nur vorübergehend und beschränkt im Ganzen jeden Versuch einer Heilung. Langenbeck soll später einen Fall operirt haben, aber der Verf. kennt nicht das Resultat. In Medical Gazette hat er vor einigen Jahren von einem Versuch gelesen durch einen bogenförmigen Lappen, die Spalte zu schliessen. Es liess sich ausführen, aber das Individuum starb bald nachher. Die Stelle hat er später nicht wiederfinden können. Es würde immer schon ein gutes Resultat sein, wenn die Oeffnung verengert werden könnte. In seiner Inauguraldissertation hat Dr. Mägelin (Bern 1855.) folgenden Vorschlag gemacht: Die Blase zu reponiren, die Oeffnung mechanisch durch das Penisrudiment zu schliessen, die Schambeine durch eine Bandage gegen einander zu drücken. Wenn so nach und nach die Blase geräumig geworden, sollten die Spaltränder vereinigt werden, von oben nach unten in kurzen Portionen, vielleicht am besten durch die Methode von Cloquet bei Palatum fissum. (Nach den Versuchen des Verf. bei Velum pal. ist wahrscheinlich davon wenig zu erwarten.) Dem Verf. ist es wahrscheinlich, dass die laxe Haut des Abdomens zur Transplantation benutzt werden könnte und am besten durch die genannte englische Methode, — wobei man sich vor Gangrän des Lappens durch breite Brücken von beiden Seiten sicherte und ihn successiv länger und länger nach unten transplantiren möchte. Zugleich musste man die Einwirkung des Urins auf die Wunde durch passende Unterlagen zu hindern suchen. — Bisher ist ein Urinrecipient das einzige Hilfsmittel gewesen.

Die orthopädische Behandlung von Luxatio femor. cong. gehört einer ziemlich jungen Zeit an. Dupuytren empfahl nur Palliativa, Ruhe, sitzende Lage, kalte Waschungen, einen Gürtel zur Stützung des Beckens. Das Hauptwerk über Alles, was dieser Krankheit zugehört, ist das von Pravaz. Letzterer stellt fol-

gende Sätze auf: 1) Die pathol. Anatomie zeigt nicht die Unmöglichkeit der Reposition. 2) Die Verengerung der Kapsel, die Retraction der Muskeln, die Verkürzung der Ligamenta, die Enge des Acetabulum bildet kein absolutes Hinderniss für augenblickliche Reposition und Coaptation. 3) Je jünger das Individuum, um so bessere Resultate. 4) Die doppelten Luxationen geben bessere Resultate, als die einseitigen, wegen der Symmetrie. 5) Wenn auch die natürlichen Verhältnisse des Gelenk retabliert werden, so schwinde weder die abnorme Form ganz, noch die Unregelmässigkeiten des Ganges, weil diese Symptome zum Theil von consecutiven Anomalien abhängen, die nicht durch die Reduction allein gehoben werden können. 6) Selbst ein falsches Gelenk in der Nähe macht die Reposition nicht unmöglich, wenn nur die Communication der beiden Cavitäten noch besteht. 7) Ist das primitive Acetabulum durch einen tiefen Eindruck seines hinteren Randes vergrößert, so kann doch der Gelenkkopf und zwar hier fixirt werden. — Zum Beweise führt P. 19 glücklich geheilte Fälle an und beschreibt einen sehr complicirten Maschinenapparat etc. Nélaton sagt: Die Reduction muss jetzt als allgemeine Methode, deren Indicationen in den concreten Fällen noch zu bestimmen sind, betrachtet werden. Am günstigsten sind Kinder unter 12—14 Jahren, wenn sich keine neue Articulation gebildet hat. Nach vorbereitender Extension (2—6 Monate) geschieht die Reposition und zuletzt wird die Consolidation durch mechanische Apparate gesichert. Er verwirft Guérin's subcutane Durchschneidungen. — Malgaigne bezweifelt die Dauerhaftigkeit der Kur und verwirft auch die Myotomien. — Und Bouvier, der letzte Verfasser über dieses Thema, sagt: „es wäre möglich, zufällig einen Fall zu treffen, der die anatomischen Bedingungen der Reposition darbietet, aber in den meisten Fällen wird die Enge der Pfanne und die Verengerung des Kapselcylinders ein unüberwindliches Hinderniss der Reposition darbieten, und hat man reponirt, so ist jedenfalls die Fixirung des Kopfes in der Pfanne eine der schwersten Aufgaben. Die Beobachtungen von Pravaz, welche sein Nachfolger in Lyon, Gillebert d'Hercourt, mit noch 22 Fälle vermehrt hat, — das Urtheil der Fakultät von Lyon, — der Academie des Sciences etc. — beruhen einzig und allein auf falschen Diagnosen“.

Aus allem diesem geht hervor, dass im besten Falle ein sehr langer Zeitraum erforderlich ist, dass dabei die Gesundheit leiden kann, dass immer ein leichtes Hinken zurückbleibt. Weiter, dass die Heilversuche nur kurze Zeit auf sich warten, während die Behandlung selten früher, als nachdem schon erhebliche Veränderungen eingetreten sein können, sich anstellen lässt.

In einem Falle wie der unsrige wären die Bedingungen noch am günstigsten, aber wie mit einiger Sicherheit entscheiden, ob in dem concreten Falle weitere anatomische Aenderungen eingetreten sind oder nicht?

Immer wird die Frage bleiben, ob eine curative Behandlung später als im ersten Lebensjahre zu unternehmen sei.

E. Winge.