



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



**GIFT OF
DR. CLIFFORD G. GRULEE**

Der Kinder-Arzt.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger,
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

XIV. Jahrgang 1903. - 04

14 - 15

Benno Konegen Verlag.

LEIPZIG.

1903.

Register

zum Jahrgang XIV des „Kinder-Arzt“.

Originalien.

- Büttner, Sorgenschwere Kinder 265.
Edlefsen, Über kalte Einwicklungen zum Zwecke der Wärmeentziehung und die Methode ihrer Anwendung 120.
Holtz, Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte zu Karlsbad 1902, 10.
Klatt, Die neuesten Arbeiten über Perityphlitis 145, 169.
Kühner, Abnorme Kinder 25, 49.
— Kinderschutz 97.
— Neue Beiträge zur Physiologie, Hygiene, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter 217, 241.
v. Mikulicz, Über die Skoliose 122.
Rey, Berichte über die Vereinigung nieder-rheinisch-westfälischer Kinderärzte 39, 57, 85, 157, 272.
Schalenkamp, Die Behandlung des Keuchhustens mit e. Zinksalz 14.
Seelheim, Zwei Fälle von Diabetes mellitus im kindlichen Alter 81.
Spiegelberg, Die Influenza im Kindesalter 143.
Weigert, Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speziell das Kufekesche 73.
v. Wisser, Einige Bemerkungen zur Behandlung der Kurzsichtigkeit 2.

Referate.

- Agote, Frühzeitige Diagnose des angeborenen Myxoedems 259.
Ausset, Schilddrüsenbehandlung im Kindesalter, insbesondere beim Infantilismus 186.
Bär, Schwellung der peripheren Lymphdrüsen im Säuglingsalter 90.
Baginsky, Buttermilch als Kindernahrung 160.
Beckmann, Laktagol ein Laktagogum 164.
Barbulescu, Über die angeborene Meningo-Encephalocele 258.
Blaker, Observations on empyemata in children 182.
Bloch, Prophylaxe u. Therapie der Magen-darmkrankheiten im Säuglingsalter 272.

- Bokay, Systematische Lumbalpunktion bei der Behandlung der Hydrocephalus chronic. intern. der Kinder 112.
Broca, Allgemeine Indikationen für die Behandlung des angeborenen pes varo-equinus 166.
— Syphilitische Pseudoparalyse der Neugeborenen 257.
— Die schmerzhaft Pronation der jungen Kinder 260.
Castenholz, Ätiologie der Rhachitis 85.
Clairmont, Tuberkulose der Schilddrüse 63.
Comby, Interne Behandlung der tuberkulösen Peritonitis 16.
— Neue Fälle von infantilem Skorbut 161.
— Apophysäre Wachstumsosteitis 260.
Concetti, Sur la signification et sur l'importance du cyto-diagnostique dans les méningites des enfants 187.
Conrads, Über eine bisher noch nicht genügend gewürdigte Ursache der plötzlichen Todesfälle im Kindesalter 57.
Cramer, Zur Energie-Bilanz beim Neugeborenen 284.
D'Espine et Moussons, Krämpfe im Kindesalter 233.
Döbert, Eine Scharlach-Endemie auf der Masernstation 107.
Dreher, Behandlung des Keuchhustens mit Chinin mur. u. Aristochin 58.
— Pulverbläser 278.
Dubois, Eitrige Meningitis mit Pfeifferschen Bazillen 258.
Durieux, Behandlung des Typhus bei Kindern 16.
Duvernay, Lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né 209.
Edlefsen, Über kalte Einwicklungen zum Zwecke der Wärmeentziehung und die Methode ihrer Anwendung 113.
Ehrenfried, Ein besonderes Verfahren bei Behandlung der Mittelohreiterungen 91.
Epstein, Kindersessel für kleine Rhachitiker 21.
Ferran u. Rosenthal, Hypertrophie der Zungenbälge 65.
Flachs, Beitrag zur Impftechnik 14.
Forster, Acute alcoholic poisoning in a child aged 4 years 210.

- Franck**, Temperaturmessung und Fiebergrenze 263.
Friedjung, Die Diastase der musculi recti abdominis in der Pathologie des Kindes 18.
Fürst, Die Überernährung kleiner Kinder bei konsumierenden Krankheiten 162.
 — Die Bedeutung der Lävulose für die Kinderdiätetik 185.
Ganghofner, Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter 11.
 — Bazillen in den Gallengängen bei einem Fall von Icterus catarrhalis
Gilford, Infantilism and senilism 19
Gillet, Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant 230.
Goldschmidt, Über Asthma 140.
Griffith u. Ostheimer, Typhoid fever in children of two and half years and under 136.
Guiller, Das Ekzem der Säuglinge 234.
Guinon, Merklen u. Comby, Das acetonische Erbrechen bei Kindern 63.
Hagenbach-Burckhardt, Über Pemphigus contagiosus 181.
Hecker, Die sog. Abhärtung der Kinder 19.
Helot, Nasendiphtherie 154
Heimann, Die Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen 115.
 — Tumor des mediastinum anticum 158.
Hochsinger, Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem 62.
Hohlfeld, Zur Pathologie der Niere bei Magendarmkrankheiten des Säuglings 13.
Imbert, Les tumeurs du rein chez l'adulte et chez l'enfant 232.
Jacobson, Über 2 anormale Formen von Keuchhusten (atypische, dyspeptische Form) 157.
Josias et Roux, traitement de la tuberculose chez les enfants 278.
Kassowitz, Infantiles Myxoedem, Mongolismus u. Mikromelie 13.
Kaupe, Maligne Varicellen 40.
 — Ikterus nach Scharlach 61.
Keller, Seehospize 277.
Klaussner, Herniotonine wegen Inkarnation des coecum u. process. vermiform. bei kleinen Kindern 64.
Krautwig, Plötzliche Todesfälle im Kindesalter 41.
Lange, Thymushyperplasie und Thymustod 12.
Lazansky, Kreosotal bei Krupp 137.
Lees, The pathology and treatment of Chorea 280.
Leubuscher, Fragliche Todesursache im Säuglingsalter 185.
Liebmann, Die sprachliche Entwicklung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder 187.
Linsbauer, Laryngitis pseudo-membranacea als Komplikation der Masern 89.
Lüsebrink, Abnabelung 165.
Lupescu, Intramuskuläre Sublimatinjektionen in seltenen und massiven Dosen zur Behandlung der Lues bei Kindern 161.
Mayer, Redressionsgypsbett bei rhachitischer Skoliose 39.
 — Lederschuh über einen Geh-Gipsverband 40.
Mery, Rhumatisme chronique chez l'enfant 208.
v. Metzner, Klinische Untersuchungen über die Wirkung der Eisensomatose 236.
Moizard u. Grenet, Die cerebro-spinale Form des typhösen Fiebers 88.
Monro, Acute alcoholic poisoning in a child aged 6 years 210.
Monti, Zur Frage der Serumexantheme 114.
Moser, Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Streptokokkenserum 12.
Moro, Ernährungsversuche mit Soxhlets Nährzucker 65.
Müller, E, Die operative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch die sog. Radikaloperation 161.
Mya, Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung der Sepsis des Verdauungsapparates 17.
v. Noorden, Chinophen 93.
Paffenholz, Bromoformintoxikation 60.
 — Phosphorvergiftung 61.
Petruschky, Spinalgie als Frühsymptom tuberkulöser Infektion 180.
Pineles, Über das kongenitale und infantile Myxoedem 13.
Plantenga, Leukocytose bei Masern und Röteln 108.
Pope, Arsenik bei der Behandlung der Chorea 184.
Raudnitz, Demonstration des experimentellen Nystagmus 13.
Rensburg, Zur Frage der Buttermilchernährung 42.
 — Hauttuberkel als Symptom von akuter Miliartuberkulose 85.
 — Ausstellung für hygienische Milchversorgung zu Hamburg 1903, 276.
Roeder u. Sommerfeld, Die kryoskopische Untersuchung des Säuglingsharns bei verschiedenen Ernährungsformen 13.
Rowley, Cases of empyema 184.
Rumpel, Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum 106.
Schlossmann, Über Technik und Bedeutung kalorimetrischer Bestimmungen bei der Ernährung von Kindern 11.
 — Über Tuberkulose i. frühen Kindesalter 11.
Schmeltz, Chronische Herzstörungen nach Diphtherie 45.
Schön-Ladniewski, Larvierte Angina diphtheritica u. follicularis 159.
Schreiner, Über den heutigen Stand der Keuchhustenbehandlung und neuere Erfahrungen mit Oxykampfer und Citrophen 279.
Selter, Pylorusstenose 41.

- Selter, Fehlen des muscul. gastrocnem. 57.
 — Vorläufige Mitteilungen über Buttermilch-
 konservieren 88.
 — Fälle von Hirnverletzung 154.
 — Fälle angeborener spastischer Lähmun-
 gen 158.
 — Fall von Athyreosis 158.
 Siegert, Über die Ernährungstherapie des
 kranken Säuglings 10
 Sippel, Das Kopliksche Frühsymptom der
 Masern 44.
 Staicovici, Zwei Fälle von vollständiger
 Regeneration der Hornhaut nach völliger
 Zerstörung derselben durch konjunktivale
 Eiterung 112.
 Steinhardt, Zur Barlowschen Krankheit
 205.
 Sufrin, Zwei seltene Fälle von infektiöser
 Hemiplegie bei Kindern 111.
 Sutherland, Die Prognose der tuberku-
 lösen Peritonitis bei Kindern 279.
 Swoboda, Behandlung des Keuchhustens
 mit Aristochin 108.
 Thiebierge, Die syphilitischen Ammen
 109.
 Trumpp, Die Magendarmkrankheiten im
 Säuglingsalter 138.
 Ungar, Apparat zur pneumatischen Behand-
 lung der Rhachitis, speziell des Thorax 60.
 Van de Velde u. De Landtscheer, Die
 Fermente der Milch 262.
 Variot, Atrophie infantile à un degré
 avancé 207.
 — Rétrécissement congenital et spasme du
 pylore chez les nouveau-nés 231.
 Veau, Angeborene seröse Cysten des Halses
 166.
 Walko, Behandlung der Enuresis 92.
 Weber, A case of chronic joint disease in
 children 261.
 Weill u. Thevenet, Über die figurierten
 Elemente des Kolostrums u. der Frauen-
 milch 261.
 Weiss, Tannigen zur Behandlung der Darm-
 störungen im Kindesalter 235.
 Wernitz, Zur Behandlung akuter Infektions-
 krankheiten 110.
 Wieland, Das Diphtherieheilsrum, seine
 Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei
 operativen Larynxstenosen 160.
 Zuppinger, Gelatineinjektionen im Kindes-
 alter 20.

Gesundheitspflege.

- Ascher, Die Bekämpfung der Säuglings-
 sterblichkeit vom sozial-hygienischen Stand-
 punkt 285.
 Dunbar, Die gesundheitliche Überwachung
 des Verkehrs mit Milch 238.
 Felix, Die Wichtigkeit der Untersuchung
 des Gehörapparates bei den Kindern der
 Normalschulen 116.

- Gaffky, Nach welcher Richtung bedürfen
 unsere derzeitigen Massnahmen zur Be-
 kämpfung der Tuberkulose der Ergänzung?
 236.
 Leubuscher, Sozialhygienische Aufgaben
 der Schule 65.
 Selter u. Paffenholz, Dringende Auf-
 gaben der privaten und öffentlichen Ge-
 sundheitspflege auf dem Gebiete der Säug-
 lingsernährung 46.
 Steinhauer, Vorschlag zur Verbesserung
 der jetzigen Erstlingsbekleidung 284.
 Weiss, Über Säuglingsheilstätten 142.
 Zappert, Über Lungen- und Herzunter-
 suchungen an Wiener Schulkindern 116.

Rezensionen.

- Apt, Das Stottern 213.
 Degré, Therapie der Kinderkrankheiten 212.
 Dierks, Von der Vererbung und ihrer Be-
 deutung für die Pädagogik 263.
 Eberhard, Schulfreie Nachmittage? Eine
 Erwägung schulhygienischer Forderungen
 23.
 Feilchenfeld, Gesundheitspflege des Auges
 180.
 Grancher et Comby, Traité des Ma-
 ladies de l'enfance, 2. Aufl. 286.
 Jessen, Zahnhygiene f. Schule u. Haus 264.
 Kassowitz, Infantiles Myxoedem, Mongo-
 lismus und Mikromelie 144.
 Klette, Erziehung nervöser und nervös
 beanlagter Kinder 68.
 König, Ohruntersuchungen in der Dorf-
 schule 211.
 Lobedank, Hilfstafel zum Gebrauch bei
 Sektionen und zur Abfassung des Sektions-
 protokolls 264.
 Luithlen, Die Zellgewebsverhärtungen der
 Neugeborenen 117.
 Meyer, Deutscher Krankenpflege-Kalender
 für 1903 69.
 Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstel-
 lungen 94, 189.
 Neumann, Über die Behandlung der Kin-
 derkrankheiten 3. Aufl. 68.
 Oschansky, Die Vererbung im gesunden
 und kranken Zustande 143.
 Penzoldt u. Stintzing, Handbuch der
 Therapie der inneren Krankheiten 3. Aufl.
 182, 286.
 Pick, Kurzgefassto praktische Hydrotherapie
 117.
 Schilling, Hygiene und Diätetik der Stoff-
 wechsellkrankheiten 117.
 — Taschenbuch der Fortschritte der physi-
 kalisch-diätetischen Heilmethoden 263
 Silber, Womit sind die ansteckenden Ge-
 schlechtskrankheiten als Volksseuche im
 deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen?
 47.
 Toeplitz, Die Ernährung des Kindes 213.

Sach-Register.

A.

Abdominale Schussverletzung 70.
Abhärtung, sog. der Kinder 19.
Abnabelung 165.
Abnorme Kinder 25, 49.
Acetonisches Erbrechen bei Kindern 63.
Adenoide Vegetationen 21, 69.
Adenopathia tracheo-bronchialis 48.
Alkoholvergiftung, akute bei Kindern 210.
Ammen, syphilitische 108.
Anämie, Kombination ders. mit Neurosen im Kindesalter 191.
Angina 95, 159.
Antidiarrhoicum 168.
Aphthöses Fieber 119.
Arsenik in der Behandlung der Chorea 181.
Asthma 140.
Athyreosis 158.
Atrophie, infantile 207.
Auge, Gesundheitspflege desselben 190.

B.

Barlowsche Krankheit 205.
Blepharitis 120.
Bromformintoxikation 60.
Bronchitis capillaris 288.
Buttermilchernährung 42, 71, 88, 140.
— konserven 88.

C.

Cerebrale Diplegie nach Keuchhusten 240.
Cerebro-spinale Form des typhösen Fiebers 88.
Chininum sulfuricum bei Kindern 96.
Chinophenin 93.
Chinosol 71.
Cholera nostras infant. 168.
Chorea 118, 184, 216, 280.
Couveuse bei Frühgeburten 239.
Creosotal bei Krupp 137.
Cysten des Halses, angeborene seröse 166.

D.

Darmresektion 190.
Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Jahresversammlung desselben für 1903, 72.
Diarrhoea fatal 288.

Diphtherie 65, 119, 120, 137, 159, 160, 167.
Diphtherieheils Serum 13, 114, 160.
Disostose cléido-cranienne héréditaire 69.

E.

Einwicklungen, kalte zum Zweck der Wärmeentziehung 129.
Eisensomatose 236.
Ekzem 24, 120, 192, 234.
Elemente, figurierte der Milch und des Kolostrums 61.
Embolie bei akutem Rheumatismus 287.
Empyem 182, 184.
Energie-Bilanz beim Neugeborenen 284.
Enteritis 168.
Euuresis 92.
Erbrechen, aretoisches bei Kindern 63.
Ernährung des Kindes 213.
Ernährungstherapie des kranken Säuglings 10.
Erstlings-Bekleidung, Reform ders. 285.

F.

Fermente der Milch 262.
Fissurae mammae 192.
Formalin bei Diphtherie 167.
Frühgeburten, Couveuse bei denselben 239.

G.

Gastritis 192.
Gehörapparat, Wichtigkeit der Untersuchung desselben bei den Kindern der Normal-schulen 116.
Gehirnabszess 158.
Geistig zurückgebliebene Kinder, sprachliche Entwicklung und Behandlung ders. 187.
Gelatineinjektionen im Kindesalter 20.
Gelenkrheumatismus, akuter des Kehlkopfs 23.
Gelenkrheumatismus, chronischer im Kindesalter 208, 261.
Geschlechtskrankheiten, ansteckende 47.

H.

Hände, Einschlafen ders. bei Scarlatina 191.
Hals, angeborene seröse Cysten desselben 166.
Harn des Säuglings, kryoskopische Untersuchung desselben 13.
Hauttuberkulose 85, 120.

Hautkrankheiten, nicht parasitäre 144.
 Hemiplegie, infektiöse bei Kindern 111.
 Herniotomie wegen Inkarzeration von
 Coecum und process. vermiform. bei klei-
 nen Kindern 64.
 Herzstörungen, chronische, nach Diphtherie
 45.
 Hirnverletzungen 157.
 Hornhaut, Regeneration nach vollständiger
 Zerstörung derselben durch Prozesse kon-
 junktivaler Eiterung 112.
 Hydrocephalus chronicus internus 112.
 Hydrotherapie, kurzgefasste praktische 117.

I. J.

Icterus catarrhalis 13, 41.
 Incontinentia urinae und adenoide Vegeta-
 tionen 69.
 Infantilismus 186.
 Infantilism and senilism 19.
 Infektionskrankheiten, akute 110.
 Influenza 72, 193.
 Jodipin in der Kinderpraxis 95.

K.

Kalorimetrische Bestimmungen, Technik und
 Bedeutung ders. bei der Ernährung von
 Kindern 111.
 Karzinom und Tuberkulose 190.
 Keratitis trachomatosa 120.
 Keuchhusten vid. Tuss. convuls. 111.
 Kindersessel für Rhachitiker 21.
 — krankheiten, Behandlung der 68.
 — krankheiten, Therapie der 212.
 — mehle, Erfahrungen über K. im allge-
 meinen und speziell das Kufekesche 73.
 — heilkunde in Einzeldarstellungen, 8. Heft
 94, 189.
 — schutz 97.
 Kindesalter, Neue Beiträge zur Physiologie,
 Hygiene, Pathologie, Pathogenie und The-
 rapie desselben 217., 241.
 Kotfistel 190.
 Krämpfe im Kindesalter 233.
 Krankenpflege-Kalender, deutscher für 1903
 69.
 Kropf, angeborener 119, 240.
 Kryptorchie 190.
 Kurzsichtigkeit, Behandlung der 2.

L.

Lähmung, angeborene spastische 158.
 Lävulose 185.
 Laktagol, ein Laktagogum 164.
 Laryngitis pseudo-membranacea als Komplika-
 tion der Masern 89.
 Leberthran-Tabletten 26.
 Lecithol 96.
 Leukocytose bei Masern und Röteln 168.
 Lues vid. Syphilis.
 Lumbalpunktion 112, 192.

Lungen- und Herzuntersuchungen an Wiener
 Schulkindern 113.
 Lymphadenitis 72.
 Lymphangitis, gangränöse des Hodens beim
 Neugeborenen 209.
 Lymphdrüsen, periphere, Schwellung ders.
 im Säuglingsalter 90.

M.

Magenerweiterung, akute 70, 264.
 — darmkrankheiten im Säuglingsalter 138,
 272.
 Maladies de l'enfance, traité des 286.
 Masern vid. Morbilli.
 Mediastinum anticum, Tumoren dess. 158.
 Melaena neonatorum 192.
 Meningitis 181, 258.
 Meningo-Encephalocele, angeborene 258.
 Milch, gesundheitliche Überwachung des Ver-
 kaufs mit M. 238.
 — versorgung, hygienische, Ausstellung für
 276.
 Milz, Ruptur ders. während der Geburt als
 Todesursache 216.
 Mittelohreiterungen 91, 141.
 Morbilli 22, 44, 88, 108, 168.
 Musculi recti abdominis, Diastase ders. in
 der Pathologie des Kindes 18.
 Musculus gastrocnemius, Fehlen desselben
 47.
 Myxoedem, angeborenes 259.
 —, Mongolismus und Mikromelie 13, 144.

N.

Nachmittage, schulfreie 213.
 Nasendiphtherie 119, 159.
 — polypen, Rezidivieren ders. 191.
 Nephritis interstitialis bei kongenitaler Sy-
 philis 239.
 Nervöse und nervös beanlagte Kinder, Er-
 ziehung ders. 68.
 Neugeborene, Krankheiten ders. 189.
 — Energie-Bilanz ders. 284.
 Niere, Pathologie ders. bei Magendarmkrank-
 heiten im Säuglingsalter 13.
 Nierentumoren im Kindesalter 232.
 Nystagmus, experimenteller 13.

O.

Ohruntersuchungen in der Dorfschule 211.
 Ophthalmoblennorrhoe 120.
 Otitis 26, 91, 141.

P.

Pemphigus 72, 180.
 Pericarditis purulenta 239.
 Peritonitis 16, 278.
 Perityphlitis, neuere Arbeiten über dieselbe
 45, 169.
 Pes equino-varus, angeborener, Behandlung
 desselben 166.
 Physikalisch-diätetische Heilmethoden,
 Taschenbuch der Fortschritte ders. 263.

Phosphorvergiftung 61.
 Pneumatische Behandlung der Rhachitis 60.
 Pneumococcal infection, general 288.
 Pneumonie 23, 168, 230.
 Pronation, schmerzhaft, junger Kinder 260.
 Pseudoparalyse, syphilitische, bei Neugeborenen 257.
 Pulsverlängerung und Arythmie, vorübergehende 191.
 Pulverbläser 278.
 Purpura 214.
 Pylorusstenose 41, 231.
 Pyrogallotriacetatbehandlung nicht parasitärer Hautkrankheiten 164.

R.

Rhachitis 21, 39, 60, 72, 85.
 Rheumatismus, chronischer im Kindesalter 203.
 — akuter 287.
 Röteln vid. Rubeolae.
 Rubeolae 108.

S.

Säuglingsernährung, dringende Aufgaben der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete ders. 46.
 Säuglingsheilstätten 162.
 — heim 157.
 — sterblichkeit 285.
 Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten 167.
 Scarlatina 12, 13, 22, 41, 70, 71, 106, 107, 191, 214.
 Scharlach vid. Scarlatina.
 Schilddrüse, Tuberkulose ders. 63.
 Schilddrüsenbehandlung im Kindesalter 186.
 Schule, sozial-hygienische Aufgaben ders. 65.
 Schulfreie Nachmittage 213.
 Seehospize 277.
 Sektionen, Hilfstafel zum Gebrauch bei denselben 264.
 Serumexantheme 13, 114.
 Sepsis des Respirationsapparates 17.
 Skoliose 39, 121.
 Skrofulose 72.
 Skorbut, infantiler 161, 215.
 Sorgenschwere Kinder 265.
 Soxhlets Nährzucker, Ernährungsversuche mit dems. 65.
 Sozial-hygienische Aufgaben der Schule 69.
 Speicheldrüsen, zur Sekretion ders. 239.
 Spinalgie als Frühsymptom tuberkulöser Infektion 180.

Stoffwechselkrankheiten, Hygiene u. Diätetik derselben 117.
 Stottern 213.
 Syphilis 62, 109, 161, 215, 239, 257.

T.

Tannigen 235.
 Temperaturmessung und Fiebergrenze 283.
 Tetanus neonatorum 22.
 Therapie der inneren Krankheiten, Handbuch ders. 188, 286.
 Thymushyperplasie und Thymustod 12.
 Todesfälle, plötzliche im Kindesalter 11, 41, 57.
 Todesursache, fragliche im Säuglingsalter 185.
 Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen 115.
 Tuberkulose 16, 24, 63, 85, 120, 168, 180, 190, 236, 278, 279.
 Tussis convulsiv. 16, 48, 58, 108, 167, 168, 240, 257, 279.
 Typhus abdominalis 16, 88, 134, 168, 192.

U.

Überernährung kleiner Kinder bei konsumierenden Krankheiten 162.

V.

Varicellen 40, 190.
 Verein, deutscher, für öffentliche Gesundheitspflege, 28. Vers. desselben 236.
 Vereinigte niederrheinisch-wesfälischer Kinderärzte, Berichte über dieselben 39, 57, 85, 157, 272.
 Vererbung im gesunden und krankhaften Zustand und die Entstehung des Geschlechts beim Menschen 143.
 Vererbung und ihre Bedeutung für die Pädagogik 263.

W.

Wachstumsosteitis, apophysäre 260.

Z.

Zahnhygiene in Schule und Haus 264.
 Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen 117.
 Zirkulationsorgane des Kindes, Erkrankungen ders. 94.
 Zungenbälge, Hypertrophie ders. 45.

Namen-Register.

Abraham 22.
Agote 259.
Alessin 22.
Apt 213.
Aronsohn 190.
Ascher 285.
Aubertin 191.
Auerbach 192.
Ausset 186.
Bär 90.
Baginsky 12, 140.
Barbulescu 258.
Basch 14.
Bellios 70.
Beckmann 164.
Blaker 182.
Bloch 41, 59, 61, 272.
Bokay 112.
Borde 96.
Broca 166, 257, 260.
Brownlie 287.
Brüning 11.
Büttner 265.
Carriere 48.
Castenholz 40, 41, 85, 87.
Clairmont 63.
Clemm 144.
Comby 11, 16, 64, 161, 260,
286.
Concetti 181.
Conrads 57, 62, 86.
Cramer 58, 275, 284.
Deut 22.
Dierks 263.
Döbert 107.
Döllner 192.
Dreher 41, 58, 60, 87, 278.
Dubois 258.
Durieux 16.
Edlefsen 129.
Ehrenfried 91.
Ehrmann 24.
Engel 168.
Epstein 13, 21.
Etrévant 69.
Fedorow 120.
Feilchenfeld 190.
Felix 116.
Ferran 45.
Ferro 120.
Fielding 71.

Fischl 14.
Flachs 14.
Franck 283.
Freiberger 276.
Friedjung 13, 18.
Frieser 24.
Fürst 162, 185, 191.
Ganghofner 11, 13.
Genser 119.
Gernsheim 43, 58, 59, 62,
276.
Giarré 192.
Gilford 19.
Glatard 119.
Goldschmidt 140.
Grancher 286.
Gregor 13.
Grenet 88.
Griffith 134.
Guinon 63.
Gutzmann 14.
Hagenbach-Burckhardt 181.
Hajek 191.
Hecht 167.
Hecker 11, 19.
Heimann 115, 158.
Helot 159.
Hewetson 119.
Hochsinger 14, 62.
Hoffmann 42.
Hohlfeld 13.
Holtz 40, 41.
Houssay 119.
Jacobson 71, 257.
Jacquies 119.
Jessen 264.
Josias 278.
Kassowitz 13, 144.
Kaupe 41, 60.
Keller 275, 277.
Klatt, 145, 169.
Klaussner 64.
Klette 68.
Kölbl 24.
Krautwig 40, 41, 58.
Kühner 25, 49, 97, 241.
Landscheer, de 262.
Lange 12.
Langer 13.
Lamm 42.
Lazansky 137.

- Lees 280.
 Leubuscher 65, 185.
 Liebmann 187.
 Linsbauer 89.
 Lobedank 264.
 Lüsebrink 165.
 Lüthlen 117.
 Lupescu 161.
 Lupus 71.
 Manicatide 95.
 Marie 69.
 Mayer 39, 40, 87.
 v. Metzner 236.
 Merklen 64.
 Meyer, G. 69.
 v. Mikulicz 121.
 Moizard 88.
 Moller 120.
 Monti 13, 94, 114, 189.
 Moro 14, 65.
 Moser 12, 13.
 Müller (Berlin) 14.
 Müller, E. 141.
 Mya 17.
 Neumann 68.
 Niederle 70.
 Nitchell 288.
 v. Noorden 93.
 Orschansky 143.
 Orescu 21.
 Ostheimer 134.
 Paffenholz 42, 43, 46, 57,
 60, 61, 86, 87, 88, 158,
 275.
 Parker 288.
 Passini 14.
 Penzoldt 188, 286.
 Petruschky 180.
 Pick 117.
 Pineles 13.
 v. Pirquet 13.
 Plantenga 108.
 Pope 184.
 v. Ranke 13.
 Raudnitz 13.
 Rensburg 42, 44, 85, 87, 157,
 276.
 Rey 40, 60, 274.
 Rocques 167.
 Röder 13, 14.
 Rosenthal 45.
 Roux 278.
 Rowley 184.
 Rumpel 106.
 Salge 12.
 Sauer-Acaseof 22.
 Schalenkamp 14.
 Schilling 117, 263.
 Schlossmann 11.
 Schmaltz 45.
 Schön-Ladniewski 159.
 Schoull 70.
 Schreiner 279.
 Seelheim 81.
 Selter 41, 43, 46, 57, 58,
 61, 86, 88, 157, 274, 277,
 278.
 Siegert 10.
 Silber 47.
 Silberstein 120.
 Sippel 44.
 Söldner 13.
 Sommerfeld 13.
 Spitta 22.
 Staicovici 111.
 Starck 168.
 Steiner 168.
 Steinhauer 284.
 Stintzing 188, 286.
 Strominger 190.
 Sufrin 111.
 Sutherland 279.
 Swoboda 14, 108.
 Thevenet 261.
 Thibierge 109.
 Toff 192.
 Toretta 95.
 Trumpp 138.
 Ungar 57, 60, 61.
 Van de Velde 262.
 Veau 166.
 Vidal 120.
 Walko 92.
 Weber 261.
 Weigert 73.
 Weill 261.
 Weinberg 161.
 Weiss 142.
 Wernitz 110.
 Wieland 160.
 Wilkens 288.
 Williams 118.
 v. Wisser 2.
 Woroschilsky 192.
 Zappert 116.
 Zdekauer 167.
 Zuppinger 13, 20.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

Januar 1903.

No. 1.

Inhalt: Originalien: v. **Wiser**, Einige Bemerkungen zur Behandlung der Kurzsichtigkeit. 2. — **Holtz**, Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde. 10. — **Schalenkamp**, Die Behandlung des Keuchhustens mit einem Zinksalz. 14. — Referate: **Durieux**, Typhus. 16. — **Comby**, Peritonitis tuberculosa. 16. — **Mya**, Sepsis des Respirations-Apparates. 17. — **Friedjung**, Diastase der Musculi recti abdominalis. 18. — **Hecker**, Abhärtung der Kinder. 19. — **Gifford**, Infantilis. and senilism. 19. — **Zuppinger**, Gelatineinjektionen im Kindesalter. 20. — **Epstein**, Kindersessel für kleine Rhachitiker. 21. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 23. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 24. — Kleine Mitteilungen. 24.

Abonnements-Einladung.

Mit dieser Nummer beginnt der 14. Jahrgang des „Kinder-Arzt“. Mit Befriedigung dürfen wir nach rückwärts schauen; hat doch unsere Zeitschrift ihr Prinzip, „die Fortschritte in der Kinderheilkunde möglichst ausgiebigst zum Gemeingut der praktischen Ärzte werden zu lassen“, jederzeit nach Kräften zu wahren gesucht. Wenn uns unsere bewährten Mitarbeiter weiter in so dankenswerter Weise unterstützen wie bisher, so wird es uns möglich sein, unsere Aufgaben auch in Zukunft zu erfüllen.

Zum Abonnement auf unsere Zeitschrift laden wir hierdurch ganz ergebenst ein.

Die Redaktion.

Der Verlag.

Einige Bemerkungen zur Behandlung der Kurzsichtigkeit. *)

Von Dr. v. Wisser, Augenarzt in Mainz.

Kurzsichtigkeit nennen wir denjenigen Brechzustand der Augen, bei welchem die in das Auge einfallenden Lichtstrahlen sich nicht auf der Netzhaut, sondern schon vor derselben schneiden. Man kann sich vorstellen, dass dies aus zwei Gründen geschieht:

1. Wegen seiner unverhältnismässig starken Brechkraft des dioptrischen Apparates, die durch eine zu starke Krümmung der Hornhaut oder der Linse oder beider bedingt sein kann.

2. Wegen einer übermässigen Länge der Achse des Augapfels.

Je stärker die Brechkraft der Hornhaut bezw. der Linse, je länger der Augapfel sein wird, desto grösser wird die Entfernung des Punktes von der Netzhaut sein, in dem sich die Lichtstrahlen schneiden, desto grösser der Zerstreungskreis, den das Objekt auf die Netzhaut wirft, desto undeutlicher also das Bild des fixierten Objektes, desto stärker die Kurzsichtigkeit. Aufgabe der Therapie wird es also sein, den Gang der Lichtstrahlen so zu beeinflussen, dass sie sich möglichst auf der Netzhaut schneiden. Die Frage, ob es eine angeborene Myopie giebt (oder nur eine Disposition zur Myopie, welche sich schon in den ersten Lebensjahren zu hohen Graden entwickelt), ist noch nicht geklärt. Das normale Auge des Neugeborenen scheint hyperopisch gebaut. Während einzelne Untersucher (Schleich, Königstein) angeborene Myopie bei den Untersuchungen Neugeborener nicht gefunden haben, wollen andere (Horner, Elg, v. Jaeger, Horstmann) solche beobachtet haben. Ob es sich in allen diesen Fällen um Achsenmyopie gehandelt haben dürfte, erscheint bei dem Umstand, dass es keine Möglichkeit giebt, die Akkomodation Neugeborener auszuschalten, da ihre Pupillen oft gar nicht, stets sehr schlecht auf Atropin-gaben reagieren, nur nach Atropinisierung aber eine Achsenmyopie des Auges mit Sicherheit konstatiert werden kann, zweifelhaft.

Nach Schmidt-Rimpler ist die Myopie für die höheren Grade erblich; nach Motais entsteht die vererbte Myopie frühzeitiger, entwickelt sich rascher und ist von stärkerer Intensität, häufig mit Komplikationen verbunden.

Dass die Myopie ein der Hypermetropie entgegengesetzter Zustand des Auges sein kann, d. h. dass die Myopie bei ganz gesunden Augen als Folgezustand der Nichtübereinstimmung zwischen Brennweite der brechenden Medien und Achsenlänge des Bulbus vorkommen kann, wird von manchen Autoren noch bestritten. Knies z. B. empfiehlt anstatt von Myopie und Hypermetropie von positiver und negativer Refraktion zu sprechen, und als Myopie den Krankheitsprozess zu bezeichnen, welcher Achsenverlängerung des Bulbus zur Folge habe. Er nimmt an, dass es sich bei Myopie, selbst in den allermildesten Fällen, um eine Chorioiditis des fundus oculi handle, welche aber zum Unterschiede von Chorioiditis disseminata hauptsächlich in den äusseren Schichten verlaufe, grosse Ähnlichkeit aber mit dem Befund bei Iritis serosa habe, nur dass bei dieser

*) Aus dem Kalender für Frauen- und Kinderärzte f. 1903.

der Prozess nicht auf den hinteren Augenabschnitt beschränkt sei; die Myopie habe mit beiden Krankheiten das Auftreten in der Pubertätszeit und Neigung zur Doppelseitigkeit gemein. Diese Anschauung hat sich aber bis jetzt nicht Geltung verschaffen können, und dürfte auch jetzt noch die Klassifikation der Myopie in Arten, wie Landold, Tscherning u. a. sie eingeteilt wissen wollen, von therapeutischen Gesichtspunkten aus für den Praktiker in Betracht kommen, nämlich:

1. Myopie eines vollständig gesunden Auges,
2. Funktionsmyopie bei Akkomodationskrampf,
3. Myopie als Symptom der Chorioiditis.

Die Ursachen der Myopie sind für die drei eben angeführten Kategorien natürlich verschieden. Die Myopie eines vollständig gesunden Auges beruht auf einer Nichtübereinstimmung zwischen Brennweite der brechenden Medien und Achsenlänge des Bulbus, ist vermutlich erblich und nicht progressiv. Die Funktionsmyopie ist eine Folge der Beschäftigung des betreffenden Individuums, hervorgerufen durch anhaltendes Betrachten kleiner Gegenstände in der Nähe, also direkte Folge angestrenzter Naharbeit, aber ohne pathologische Veränderungen, und zwar sollen (Gerloff) diejenigen Naharbeiten, welche eine Hin- und Herbewegung der Augen erfordern, die grössten, diejenigen welche ein Fixieren nötig machen, die geringsten Prozentsätze von Myopen stellen.

Es ist sehr wohl denkbar, dass durch eine dauernde Einstellung des Auges auf die Nähe der Akkomodationsmuskel die Fähigkeit verliert, sich in genügender Weise zu entspannen, dass somit eine vermehrte Wölbung der Linse, eine erhöhte Brechkraft derselben dauernd bestehen bleibt, und dadurch eine Kurzsichtigkeit vorgetäuscht wird, die in den anatomischen Verhältnissen des Auges nicht begründet erscheint. Im Beginn dieses Zustandes wird sich durch eine geeignete Behandlung die Beweglichkeit des Akkomodationsmuskels wieder herstellen lassen; ist aber erst einige Zeit, $\frac{1}{2}$ —1 Jahr verstrichen, ohne dass irgend etwas zur Beseitigung des Krampfzustandes des Muskels geschehen wäre, so verliert derselbe die Beweglichkeit und die Myopie wird eine dauernde; dieser sog. Spasmus soll (Willy) auf einer Kongestion der processus ciliares beruhen.

Es mag dann das Wachstum des Auges unter dem Druck der äusseren Augenmuskeln bei der Naharbeit (Straub) dazutreten, um im Verein mit der Blutüberfüllung des Ciliarkörpers eine Erhöhung des intraokulären Druckes zu verursachen und infolgedessen ein Nachgeben der hinteren Bulbuswand und so eine Achsenmyopie zustande kommen.

Die dritte Art der Myopie, die exzessive progressive Form wird im allgemeinen als ein pathologischer Prozess, als eine Chorioiditis, aufgefasst. Aber auch hier liess sich keine Einigung darüber erzielen, ob das primäre Agens die Dehnung der Sclera und damit die Zerrung der Chorioidea oder die Erkrankung der Chorioidea und infolgedessen die Erschlaffung der Sclera sei. Auch als Symptome einer allgemeinen konstitutionellen Erkrankung, als cirkulatorische Störung wird die exzessive Myopie aufgefasst (Batten), indem der beständig zu hoch gespannte Puls Störung der normalen Ernährung der Gewebe herbeiführe; ferner als marantischer Zustand während der Kindheit (Wrag). Schliesslich sind Einflüsse bei Einstülpung des Mesoblasts in die sekundäre Augenblase (Wrag) als Ursache der Myopia excessiva angegeben worden.

Auch als Teilerscheinung anderer pathologischer Prozesse wird Myopie beobachtet, bei Luxation der Linse nach vorn, bei Schwellung der Linse, Glaukom; auch seröse Iritis und Chorioiditis sind oft von Myopie begleitet, welche nach Ablauf der Krankheit von selbst schwinden (Mittendorf). Je nachdem die Myopie also als ein physiologischer Zustand oder als ein pathologischer aufzufassen sein dürfte, wird die Therapie eine verschiedene sein können, oftmals sein müssen. Die Fälle, in denen eine reine Achsenmyopie eines ganz gesunden Auges, also eines solchen, ohne jegliches Anzeichen irgend eines pathologischen Prozesses, demnach ohne Spur einer Ausbuchtung der Sclera an der Pupille gefunden wird, gehören zweifellos einer sehr schwachen Minderheit an, und dürften nur bei geringen Myopiegraden und da auch nur ausnahmsweise vorkommen.

Weitaus die allermeisten kurzsichtigen Augen weisen an der Eintrittsstelle des Sehnerven eine Ausbuchtung der Leder-, Ader- und Netzhaut auf, die von einer feinen, kaum sichtbaren, weissen Sichel bis zu einem breiten tiefen Trichter alle erdenklichen Abstufungen aufweisen kann. In der Regel ist diese Ectasie am hinteren Augenpol um so tiefer und ausgedehnter, je höher der Grad der Myopie ist. Findet sie sich, so kann mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden, dass Myopie vorliegt; ich möchte aber doch feststellen, dass ich wiederholt Fälle beobachtet habe, in welchen sich zwar ein derartiges nicht unerhebliches Staphyloma posticum, trotzdem aber Hypermetropie bei voller Sehschärfe fand.

Ergibt die Augenspiegeluntersuchung bei einem Auge Myopie, findet sich aber keine Spur einer Ectasie am hinteren Augenpol, so empfiehlt es sich, ein Mydriaticum anzuwenden, um zu eruieren, ob auch nach Ausschaltung der Akkomodation der myopische Brechzustand des Auges fortbesteht. Ist das thatsächlich der Fall, so atropinisire ich das Auge noch mehrere Tage hintereinander, da es gar keinem Zweifel unterliegen kann, dass eine einmalige Atropingabe sehr häufig nicht genügt, um eine ausgiebige Entspannung des Akkomodationsmuskels herbeizuführen. Bleibt das Auge dann myopisch, so wird man vor die Fragen gestellt: Soll man in diesen Fällen eine Fernbrille oder eine solche für die Nähe und Ferne oder eine solche nur für die Nähe tragen lassen, soll man Vollkorrektion, Unterkorrektion eintreten lassen oder gar eine Konvexbrille verordnen?

Im wesentlichen wird es hierbei auf die Höhe der Myopie und auf die Beschäftigung des Individuums ankommen. Ich für meine Person habe noch keine sog. physiologische Myopie über 3,0 Dioptrien gesehen. Myopien bis zu — 1,0 Dioptrien habe ich für die Ferne nicht korrigiert, weil sich ein Bedürfnis für die betr. Individuen, die auch ohne Glas eine Sehschärfe von ca. $\frac{5}{10}$ der normalen zu besitzen pflegen, hierfür nicht geltend macht, und für die Nähe habe ich, mich der Ansicht von Javal anschliessend, Konvexgläser verordnet, welche den Fernpunkt auf etwa 35 cm vom Auge verlegen, aber nicht nur, weil ich wie Javal glaube, dass die Akkomodation einen wesentlichen Einfluss auf die Zunahme der Myopie ausübe, sondern, weil ich vor allem einem Spasmus des Akkomodationsmuskels und einer Zunahme der Myopie vorbeugen will.

Für den praktischen Arzt besonders sind diejenigen Fälle wichtig, in welchen bei Schulkindern mehr oder weniger schnell eine Abnahme des Sehvermögens in die Ferne, häufig auch in die Nähe stattfindet und das

Kind entweder auf Veranlassung des Lehrers oder der besorgten Eltern dem Arzte zugeführt wird.

Dass die anhaltende Naharbeit einen ungünstigen Einfluss auf die Gebrauchsfähigkeit der Augen ausübt und an sich Kurzsichtigkeit — richtige Achsenmyopie — im Laufe der Zeit hervorbringt, kann nicht bezweifelt werden, dies erhellt aus zahlreichen Statistiken, die Zehender, Cohn, Florschütz, Debrowolki, Schtschepojeff und andere zusammengestellt haben, aus denen hervorgeht, dass während in den Dorfschulen Kurzsichtige — mit Ausnahme der hochgradigen Myopen, deren Myopie als eine angeborene oder in den ersten Lebensjahren sich entwickelnde Krankheit aufzufassen ist — fast gar nicht (kaum 1 %) vorkommen, die Anzahl der Kurzsichtigen mit den steigenden Ansprüchen der höheren Lehranstalten zunimmt, und in der Oberprima der Gymnasien die Höchstziffer ca. 40 % der Schüler erreicht.

Cohn stellt drei Gesetze auf, die häufig nachgeprüft und bestätigt gefunden wurden:

1. In den Dorfschulen existieren keine Kurzsichtigen, ihre Zahl nimmt aber mit den steigenden Ansprüchen, welche die Lehranstalten an das Auge stellen, von Schulkategorie zu Schulkategorie stetig zu und erreicht die höchste Höhe in den Gymnasien.

2. Die Anzahl der kurzsichtigen Schüler steigt von der untersten bis zur obersten Klasse fast stetig in allen Anstalten.

3. Der Durchschnittsgrad der Myopie nimmt von Klasse zu Klasse zu, d. h. die Kurzsichtigen werden immer kurzsichtiger.

Cohn führt dann die Statistiken von 29 Autoren auf, deren Gesamtergebnis dahin zusammenzufassen ist, dass durchschnittlich in den Dorfschulen kaum 1 %, in den Elementarschulen 5—11 %, in den Töchterschulen 10—24 %, in den Realschulen 20—40 %, in den Gymnasien zwischen 30—55 % Myopen gefunden worden. Von Universitätsstudenten fand Cohn je nach den Fakultäten bis zu 65 % Myopen.

Diese Zahlen sprechen wohl deutlich genug dafür, dass die Kinder in der Schule kurzsichtig werden. Legen wir uns die Frage vor, wie diese Kurzsichtigkeit zustande kommt, so dürfte diese dahin zu beantworten sein, dass diese auf dem Wege des Akkomodationskrampfes geschieht, der hauptsächlich in Klassen mit schlechter Beleuchtung gefunden werden soll.

Der Akkomodationskrampf verrät sich

1. durch Einengung der Akkomodationsbreite,
2. durch geringere Refraktion als bei der Spiegeluntersuchung,
3. durch schnelle und dauernde Verminderung der Refraktion durch Mydriatica,
4. häufig durch enge Pupillen.

Als ganz charakteristisch möchte ich noch wechselnde Sehschärfe, mangelnde Ausdauer des Auges und unverhältnismässige Herabsetzung der Sehschärfe ohne Konkavglas hinzufügen.

Dass bei Akkomodationskrampf eine schnelle und dauernde Verminderung der Refraktion stattfindet, mag in den meisten Fällen zutreffend sein. Manchmal bedarf aber dieser Zustand einer wochenlangen Behandlung, um zurückzugehen, resp. ganz zu weichen. So kam z. B. im Spätherbst des vorigen Jahres eine 28jährige Klavierlehrerin in meine Sprech-

stunde mit der Angabe, sie bemerke seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahr eine Abnahme der Sehschärfe für die Ferne, seit einigen Wochen eine solche auch für die Nähe, seit etwa 8 Tagen könne sie ihrem Berufe kaum mehr nachgehen, da sie auf keine Distanz mehr Noten erkennen könne, und ersuchte um Verschreibung einer Brille. Die bei Atropinmydriasis vorgenommene Untersuchung mit dem Spiegel ergab eine zwischen 13—16 Dioptrien schwankende myopische Refraktion, die Sehschärfe für die Ferne war durch Konkavgläser nicht zu bessern. Nach einer dreiwöchentlichen Atropinbehandlung war die Myopie auf 3,0 Dioptrien gesunken, Patientin sah wieder genug, um ihren Beruf ausüben zu können und blieb aus der Behandlung weg.

Das sicherste Kennzeichen für das Bestehen eines Akkomodationskrampfes dürfte wohl, abgesehen von dem Mangel an Ausdauer, das Missverhältnis zwischen dem Myopiegrad und der Sehleistung sein.

Im allgemeinen kann angenommen werden, dass ein gesundes myopisches Auge bis zu 5,0 Dioptrien $\frac{5}{5}$, bis zu 7,0 Dioptrien $\frac{5}{6}$, bis zu 10,0 Dioptrien $\frac{5}{10}$, bis zu 15,0 Dioptrien $\frac{5}{20}$ S. aufweisen wird. Bedeutende Abweichungen von dieser Scala lassen darauf schliessen, dass es sich sei es um einen reinen Akkomodationskrampf, einen hypermetrop- resp. emmetrop-gebauten Auges handelt, sei es um das Hinzutreten eines Spasmus accomodationis zu einer ausserdem schon vorhandenen Myopie.

Um die Zeit der Pubertät, nicht selten aber früher, setzt der Akkomodationskrampf ein.

Nach Horstmann steigt die Refraktion des Kindesauges beständig, er fand bei Neugeborenen H. 2,4, bei 1—2 jährigen Kindern H. 1,8, bei 4—5 jährigen Kindern H. 1,59.

Die Mehrzahl der Augen bleibt hypermetropisch, eine Anzahl jedoch wird im Laufe der Zeit ein vermehrtes Längenwachstum aufweisen und so zu myopischer Refraktion neigen.

Beginnt dies Längenwachstum im frühesten Kindesalter und schreitet es fort, so entstehen hierdurch die excessiv myopischen Augen; häufig aber würde das Auge in geringem Grade hypermetropisch gebaut bleiben, wenn nicht ungünstige äussere Einflüsse erst einen übermässig starken Brechzustand der Linse und im Anschluss daran ein vermehrtes Längenwachstum des Auges bedingen würden. In der ganzen Natur finden wir das Bestreben der Lebewesen, ja der einzelne Organe derselben, sich den gegebenen Verhältnissen, unter denen sie existieren, möglichst anzupassen. Dieses Anpassungsbestreben tritt auch bei andauerndem Gebrauch der Augen für die Nähe ein; bei dauernder Einstellung der Augen für kurze und kürzeste Entfernungen wandelt sich das Auge während des Wachstums allmählich in ein wirklich nur auf derartige Entfernung brauchbares Auge um, sei es, dass es durch den andauernden Muskeldruck bei Konvergenz, sei es, dass es durch die fortdauernde Inanspruchnahme des Ciliarmuskels sich nach hinten ausdehnt, länger wird, und damit allmählich die Möglichkeit einbüsst, sich auch für den Blick auf die Entfernung einzurichten. Wir haben dann ein kurzsichtig gebautes Auge vor uns, wenn wir das Auge erst nach diesem Umwandlungsprozess zu Gesicht bekommen, und es drängt sich uns nun die Frage auf, inwiefern wir hier therapeutisch eingreifen vermögen. Da wird es nun wesentlich darauf ankommen, in welchem Stadium der Umwandlung wir das kurzsichtig wer-

dende Auge antreffen. Solange noch irgend eine Möglichkeit besteht, anzunehmen, dass es sich am einen Akkomodationskrampf handele, oder ein solcher mit im Spiele sein könnte, wird es wohl am zweckmässigsten sein, dem Heilbestreben der Natur entgegenzukommen und die Naharbeit möglichst unschädlich zu machen, indem man die Akkomodation durch Konvexgläser ausschaltet und den Fernpunkt des Auges auf die Entfernung, in der gewöhnlich gelesen zu werden pflegt, also auf 35 cm vom Auge verlegt. Die jugendlichen Individuen gewöhnen sich ausserordentlich rasch an die Konvexgläser und nicht selten verbessert sich das Sehvermögen wesentlich unter diesen Gläsern, sonst bleibt es stehen. Eine Zunahme der Myopie bei wachsenden Individuen, welche bei Naharbeiten Konvexgläser benutzten, habe ich noch nicht gefunden.

Findet sich aber bei dem untersuchten Individuum eine ausgesprochene mittlere Myopie von mehr als 3,0 Dioptrien, eine Myopie, bei welcher das Individuum für die Ferne ohne Glas nicht mehr zurecht kommt, so wird es nötig sein, eine Korrektur durch Gläser stattfinden zu lassen, und wenn wir nun die Myopie voll korrigieren, d. h. das schwächste Glas, mit dem am besten in die Ferne gesehen wird, verordnen, was thun wir dann? Wir versetzen damit den Kurzsichtigen in den physiologischen Zustand, in denjenigen, bei welchem sich die Lichtstrahlen auf der Netzhaut schneiden. Lassen wir ihn so gleicherweise in die Ferne wie in die Nähe sein Auge gebrauchen, so hat er mit demselben genau die Arbeit zu leisten, die ein Normalsichtiger mit seinem Auge leisten muss, und es wird abzuwarten sein, ob unter diesen Umständen ein Vorwärtsschreiten der Myopie, also ein vermehrtes Längenwachstum des Auges stattfinden wird oder nicht.

Nach den vorliegenden Statistiken (Foerster, Jackson, Harlon) scheint dies im allgemeinen nicht der Fall zu sein. Mir persönlich z. B. hat Vollkorrektur nicht geschadet; ich trage seit meinem neunten Jahre ein Konkavglas — 4,5, habe stets volle Sehschärfe auf beiden Augen mit demselben gehabt und es ununterbrochen für Ferne und Nähe getragen und habe die Brechkraft des Glases erst mit 39 Jahren auf 4,0 Dioptrien reduziert, nachdem sich der Gebrauch des Glases — 4,5 beim Lesen und Schreiben wegen der Presbyopie störend bemerkbar machte. Die früher häufig geübte Methode für die Nähe kein Glas, für die Ferne ein schwaches Konkavglas zu verordnen, soll durch übermässige Konvergenz ohne Akkomodation eine Hauptursache der progressiven Myopie (Harlon) bilden.

Wenn dies thatsächlich den Grund zur Zunahme der Myopie bilden sollte, so wundert mich, dass so viele Forscher und mit reiflicher Überlegung handelnde Praktiker auch heute noch von dieser Methode nicht abweichen wollen.

Es wird hiermit sich wohl verhalten wie mit so vielen anderen: „Eines schickt sich nicht für Alle“, und auch hier wird, wie in der ärztlichen Thätigkeit überhaupt, die Gabe zu individualisieren — das Vermögen im einzelnen Falle die zweckentsprechendste Verordnung zu treffen — die ärztliche Kunst als solche erscheinen lassen. Fassen wir das eben Gesagte kurz zusammen, so werden wir zweckdienlich folgendermassen verfahren.

Kommt ein Individuum mit Klagen über schlechtes Sehen in die Ferne, die auf Kurzsichtigkeit schliessen lassen, zur Untersuchung, so werden wir zunächst durch die Anamnese den Zeitpunkt, wann das schlechtere Sehen

in die Ferne begonnen hat, dann das Alter des Patienten feststellen und aus diesen Daten nach den oben angegebenen Gesichtspunkten bereits uns eine Meinung darüber bilden können, ob es sich um einen sogenannten Accomodationskrampf oder um eine wirkliche Kurzsichtigkeit geringeren oder wenigstens mässigen Grades handeln kann. Dann werden wir das schwächste Konkavglas aussuchen, mit dem am besten in die Ferne gesehen wird, den eventuellen Astigmatismus korrigieren, und schliesslich durch eine Spiegeluntersuchung womöglich bei Mydriasis durch Euphthalmine, Homatropin — weniger vorteilhaft durch Cocain, welches häufig das Epithel der Cornea angreift — das Mass der Kurzsichtigkeit festzustellen suchen. Aus dem Ergebnis dieser Untersuchung werden wir dann unter Würdigung der früher erwähnten Anhaltspunkte beurteilen, ob eine Atropinkur zur Feststellung des wahren Brechzustandes der Augen angezeigt erscheint, ob die Verordnung von Konvex- oder Konkavgläsern, kurz was überhaupt indiziert sein wird.

Finden wir hochgradige Kurzsichtigkeit bei jemandem, so werden wir zunächst durch die Untersuchung nach Prüfung der Sehschärfe uns vergewissern, ob und welche pathologischen Veränderungen an den Geweben des Augenhintergrundes stattgefunden haben und ob sich durch irgend welche therapeutischen Eingriffe eine Besserung der Krankheit der Gewebe erhoffen lässt, die dann sogleich einzuleiten wären. Im Prinzip werden wir auch hochgradig myopische Augen durch Korrektur mit Konkavgläsern für die Arbeitsfähigkeit zu gewinnen suchen, insoweit der Träger die Gläser verträgt und ihm durch dieselben zur Ausübung seines Berufes ein positiver Nutzen gebracht wird. Wenn das Eine oder Andere nicht der Fall ist, so werden wir vor die Frage gestellt, was dann zu geschehen hat, und dann käme die sogenannte Myopieoperation, die Entfernung der eine Brechkraft von ca. 15,0 Dioptrien darstellenden Linse, in Frage, eine Operation, welche schon Ende des 18. Jahrhunderts vom Abbé Desmonceaux und von Higgs ausgeführt worden sein soll, in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von Mooren, Weber und anderen vorgenommen wurde, sich aber erst im letzten Jahrzehnt infolge einer für diese Operation von Fukala aufgenommenen Agitation einzubürgern vermocht hat.

Da ich selbst nur eine Reihe höchst betrüblicher Ausgänge dieser Operation zu beobachten die Gelegenheit hatte, aber kein einziges mit thatsächlich gutem Erfolge in dieser Art operiertes Auge gesehen, andererseits in der Litteratur viele Lobredner dieser Methode gefunden habe, so möchte ich die Operation weder empfehlen noch von derselben abraten, mich aber betreffs der Indikationsstellung jedenfalls denjenigen Autoren anschliessen, welche wie Panas und andere die Operation nur bei einer Kurzsichtigkeit von mehr wie 15,0 Dioptrien bei gesunden Geweben des Augenhintergrundes empfehlen und Fälle mit Macula-Veränderungen, Glaskörpertrübungen und Amblyopie durch Schielen als ungeeignet von der Operation ausgeschlossen wissen wollen.

Als Hausarzt, somit als verantwortlicher Ratgeber in derlei Angelegenheiten dürfte es sich jedenfalls empfehlen, die Erwartungen, die einzelne Patienten vermutlich nach so manchen ins Publikum gedungenen enthusiastischen Lobreden einzelner Operateure an die Durchführung dieser Operation knüpfen, auf ein gesundes, d. h. in diesem Fall ein sehr be-

Benno Konegen
Verlag

LEIPZIG.

Jahresbericht über die
Fortschritte d. Diagnostik
im Jahre 1901.

**Chirurgisches aus
der Völkerkunde**

von Dr. med.
Buschan.
Preis: 1.—.

**Dr. G. Beck's
therapeutischer Almanach.**
29. Jahrgang 1902.
complett.
geheftet: 3.—, gebunden 3,60.

**Novitäten
von 1902.**

VADEMECUM
für den Mediziner,
von Dr.
William Klette.
II. Aufl.
geh. 4.—,
geb. 4,80.

**Über Aetiologie
und
Behandlung der
postpuerperalen Erkrankungen**

von
Dr. med. **J. Kalabin.**
geb. 1.—.

VIII. Jahrg.
geh. 4,80.
geb. 5,70.

**Von wiedergewonnenem
Augenlicht**
von **Olga Plaschke.**

Preis:
2,50.

Ueber Stillingsnoth oder über das
zunehmende Unvermögen d. Mütter
zu stillen u. mein Verfahr. dagegen.

von
Dr. Mensinga.
Preis:
1.—.

**Ueber die Contagiosität
des Krebses**
von
Carl Paul
Menschig.
Preis: 1.—.

Über den gegenwärtigen
Stand der Hypnotherapie
von
Dr. Löwentfeld.
Preis:
1.—.

**Praktischer Führer
durch die
gesamte Medizin**
von
Lorenz.
ca. 10 Lfgn.
à 2.—.

Taschenbuch über die
Fortschritte der physikal.-
diätet. Heilmethoden
von
Dr. Schilling.
II. Jahrg.
geb. 3.—,
geb. 3,60.

Womit sind die ansteckenden Ge-
schlechtskrankheiten als Volksseuche
zu bekämpfen

v. Dr. Silber.
Preis-
schrift.
geb. 0,60.

**Steuer -
reklamation**
für Ärzte und Zahnärzte

von
Kr.-Phys. a. D. Dr. **Schilling.**
II. Auflage. Preis: 1,40.

1902er
Novitäten.

Durch
jede Buchhandlung
zu beziehen.



DYNAMOGEN D. R. M. G. 22222

Organeisenhalt. aromat. Haemoglobin,

von Autoritäten anerkannt.

BESTER BLUTBILDNER!

Flac. 250,0 ca. = 1,50 M.
Lose 100,0 = 60 Pfg.
Proben u. Literatur gratis.

LECITHOL (Organeisenhalt. aromat. Haemoglobin mit Glycerinphosphorsäure)
gegen Constitutionsanomalien auf nervöser Grundlage beruhend, besonders gegen **NEURASTHENIE. MIGRAINE. NERVOSSITÄT.**

Flasche circa 250 gr. = 2,50 Mark Neuer Markt

KGL. 1784 PRIV. APOTHEKE. SCHNEIDEMÜHL. 24.

2181]

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran [2961

0,2 FeJ in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 400,0 = 2 Mark.

Lahusen's Jod-Eisen-Leberthran c. Phosphor

0,2 FeJ 0,01 Ph. in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 100,0 = M. 1,20, 250,0 = M. 2.—.

Beides bei den Ärzten sehr beliebte Präparate.

Besonders bewährt bei **Skrophulose** < **Anämie** < **Rhachitis** < **Tuberkulose.**

Vorzüge: Feiner milder Geschmack, energische Wirksamkeit, leicht zu verdauen, keine Magen- u. Darmstörungen, unbegrenzt haltbar, Winter und Sommer zu nehmen.

Für die Kinderpraxis unentbehrlich und unerreicht.

Nur echt bei einer Ordination mit dem Namen **LAHUSEN, BREMEN** in allen Apotheken Deutschlands, Oesterreich-Ungarns zu haben.

Alles Nähere wie Proben und Prospekte gratis vom Fabrikanten **Apotheker Lahusen in Bremen.**

Prof. Dr. **Soxhlet's** *Neue* **Kinder-Nährmittel**

rationellste Zusätze zur Kuhmilch.

Nährzucker,
reine **Dextrinmaltose** mit Verdauungssalzen; ohne Abführwirkung.

Verbesserte Liebigsuppe in Pulverform.

In Apotheken und Drogerien

Detailpreis der Büchse von $\frac{1}{2}$ Kilo Inhalt M. 1.50. Den Herren Aerzten stehen Gratisproben und Literatur zur Verfügung.

Nährmittelfabrik München G. m. b. H. in Pasing.

2896]

Einbanddecken für Jahrgang 1902
sowie alle früheren Jahrgänge

liefert jede Buchhandlung oder auch **Benno Konegen Verlag (in Leipzig)** für je 1,20 M. excl. Porto.

scheidenes Mass herabzustimmen; das Fortfallen der Akkomodationsfähigkeit macht sich besonders in den auf Naharbeit angewiesenen Berufen ausserordentlich stark fühlbar, und lässt Patienten, die mit überschwänglichen Hoffnungen sich der Operation unterzogen haben und durch die thatsächlich erreichten Erfolge enttäuscht wurden, oft vielleicht ungerechter urteilen, als es in Wirklichkeit berechtigt sein wird.

Wie es scheint, hat aber die Ausführung der Operation auf die Abwehr der bei hochgradiger Myopie nicht so selten vorkommenden Komplikation der Netzhautablösung keinen Einfluss — der Prozentsatz der Netzhautablösung nach der Operation wird sogar auf 4 bis 7, ja bis 10% angegeben; zum Teil mögen diese Netzhautablösungen, wie Hirschberg meint, den zahlreichen Diszisionen bis in den Glaskörper hinein zuzuschreiben sein. Sicherlich wird aber, tritt Netzhautablösung, wenn auch Jahr und Tag nach der Operation, ein, der Betroffene stets dem operativen Eingriff oder selbst dem Operateur die Schuld hieran beimessen. Dazu kommt noch die Gefahr der Infektionen, der Iritiden mit nachfolgendem Glaukom, alles Momente, die uns die Entfernung der Linse aus dem kurzsichtigen Auge als einen sehr zu überlegenden Eingriff erscheinen lassen, der nur dann vorgenommen werden sollte, wenn er die einzige Möglichkeit darstellt, durch die eine relative Arbeitsfähigkeit des Patienten erhofft werden kann.

Wie viel in diesem Punkte heute noch gesündigt wird, lässt sich aus der Thatsache ersehen, dass ein Arbeiter, an dessen linkem Auge die Myopieoperation mit dem Ausgang in Phthisis bulbi vorgenommen war und dessen rechtes Auge nun auch operiert werden sollte, sich vorher bei mir untersuchen liess, wobei sich herausstellte, dass der Mann auf dem rechten Auge eine Sehschärfe von $\frac{5}{20}$ — $\frac{5}{15}$ der normalen — je nach der Belichtung der Probebuchstaben — mit einem Konkavglas von 12,0 Dioptrien aufwies, das er seit einem Jahr anstandslos trägt und damit seine Arbeit verrichtet.

Noch einige Methoden, die Myopie selbst oder ihre Folgezustände zu bekämpfen, möchte ich kurz anführen. In Frankreich haben einige — wie es scheint, nicht erfolglos — versucht, das Fortschreiten der Myopie durch allabendliche Einträufelungen von Eserin mit nachfolgendem Druckverband, der über Nacht liegen bleibt, zu verhindern. Ich habe diese Therapie in verschiedenen Fällen bei jungen Individuen von 8—16 Jahren angewandt, deren Myopie zwischen 4,0 und 16,0 Dioptrien betrug, und kann, nachdem ich je zwei Monate Eserin und Verband anwenden und ein Monat pausieren und dies ein volles Jahr hindurch fortsetzen liess, nur sagen, dass die Myopie während dieser Zeit weder subjektiv noch objektiv eine Zunahme erfahren hat, dass die Patienten sich sehr rasch an den nächtlichen Verband gewöhnt haben, und dass die Sehschärfe sich in einzelnen Fällen gehoben hat; alle Patienten haben, nachdem diese Behandlung einige Zeit gedauert hatte, spontan angegeben „heller“ zu sehen. Fick hat eine sogenannte Kontaktbrille konstruiert, eine der Oberfläche der cornea und sclera genau angepasste, geschliffene dünne Glasschale, welche durch einige Tröpfchen 2% Traubenzuckerlösung, die sich zwischen ihr und der Bulbusoberfläche befinden, an dieser festgehalten wird, keine Reizerscheinungen machen und gut vertragen werden soll; Heilborn eine sogenannte Radienbrille, eine Arbeitsbrille für hochgradige Myopen, welche

aus einer Kombination von einem schwachen Konkavglas mit einer neu-silbernen, eigenartig durchbohrten Platte besteht, bei welcher die Grösse der Löcher, ihre Entfernung von einander und ihre Anzahl empirisch gefunden worden ist. In Fällen, in welchen Cylindergläser im Stiche lassen, lässt sich dieselbe manchesmal mit Erfolg verwerten.

Solange bei uns in Deutschland eine richtige Verteilung von geistiger und körperlicher Arbeit während der Ausbildungszeit in den Schulen und höheren Lehranstalten nicht durchgeführt werden und die oft sehr fragwürdige geistige Ausbildung auf Kosten des in seiner Entwicklung gehemmten und verkümmerten Körpers erzwungen werden wird, werden wir auf diese Weise Myopen züchten.

Diese wie die geborenen, resp. in frühester Jugend hierzu gewordenen Myopen sollten sich, um ein Fortschreiten der Myopie möglichst hinten zu halten, befeissigen, eine gerade Körperhaltung bei der Naharbeit einzunehmen und sich gewöhnen, in einer Entfernung von 35 cm von den Augen und nur bei guter Beleuchtung die Naharbeiten zu verrichten.

Schliesslich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass in höherem Alter, manchmal ziemlich plötzlich Kurzsichtigkeit auftritt, eine Komplikation, die hie und da bei Diabetes gefunden wird, dass auch bei beginnendem grauen Star infolge erhöhter Brechkraft der Linse Kurzsichtigkeit sich zeigt, ferner nach Trauma, vermutlich infolge Lageveränderung der Linse, nach Cyclitis, und was besonders wichtig ist, bei Schulkindern, vielleicht als Autosuggestion eine Kurzsichtigkeit auftritt, die auch bei Vorhalten eines optisch unwirksamen Glases schwinden kann. In allen diesen Fällen ergibt sich die Therapie nach dem Allgemeingrundsatz, nicht das Symptom, sondern die Krankheit zu behandeln, von selbst.

Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde

auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Karlsbad vom 22. bis 27. September 1902.*)

Von Dr. Holtz (Stuttgart).

1. Sitzungstag (Montag, 22. September).

Siegert (Strassburg). „Über die Ernährungstherapie des kranken Säuglings.“ Durch Verfütterung von Fermentin in der Nahrung oder durch Vorbereitung derselben können wir die Verdauungsarbeit verstärken und in bewusster Weise einrichten. Der Mangel eines physiologischen Bestandteils der Nahrung bedinge auch den Mangel eines Reizes für die spezifische Fermentsekretion.

*, Wegen Krankheit des Herrn Berichterstatters ist der diesjährige Bericht leider sehr kurz ausgefallen. Wir bringen daher die praktisch wichtigen Vorträge unter „Referate“ ausführlich.

Schlossmann (Dresden). „Über Technik und Bedeutung kalorimetrischer Bestimmungen bei der Ernährung von Kindern“, hat mit Hilfe eines von Hempel angegebenen Kalorimeters zahlreiche Bestimmungen des Brennwertes der bei der Kinderernährung in Betracht kommenden Stoffe gemacht.

Hecker (München). „Die sogenannte Abhärtung der Kinder.“ Kaltwasserprozeduren, übertrieben angewendet, erzeugen Anämie, Nervosität, Erhöhung der Disposition zu Bronchial- und Darmkatarrhen.

Comby (Paris). „Die interne Behandlung der tuberkulösen Peritonitis“, spricht sich zu Gunsten der nicht chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung aus und wird hierin von Baginsky, Hochsinger und Ganghofner unterstützt.

Schlossmann (Dresden), „Über Tuberkulose im frühen Kindesalter“, bringt folgende Schlussätze:

1. Die Häufigkeit der Tuberkulose im frühen Kindesalter schwankt innerhalb beträchtlicher Grenzen.
2. Das Säuglingsalter überwiegt die reine Tuberkulose.
3. In vielen Fällen verläuft die Tuberkulose im Säuglingsalter vollkommen fieberfrei.
4. In weitaus der Mehrzahl der Fälle vermag man im Auswurf Tuberkelbazillen nicht nachzuweisen. Auch im Stuhl gelingt es nur ganz ausnahmsweise, Tuberkelbazillen zu finden.
5. Das einzige diagnostische Hilfsmittel für die Feststellung der Tuberkulose im Säuglingsalter ist die Tuberkulinreaktion.
6. Letzteres ist unschädlich und diagnostisch wertvoll.
7. Primäre Tuberkulose des Verdauungstraktus ist von Sch. mit beobachtet worden; sie ist recht selten. Die Diagnose darf nur mikroskopisch festgestellt werden.
8. Der Verdauungstraktus des Säuglingsalters erscheint nur schwer infizierbar.
9. Die Mesenterialdrüsentuberkulose ist nicht immer bedingt durch Einwanderung der Bazillen vom Darm aus, sondern kann auch durch sekundäre Infektion von Seiten der Bronchialdrüsen zustande kommen.
10. Frühzeitige Erkrankung der Bronchialdrüsen ist charakteristisch für das Säuglingsalter. Vielleicht aber ist auch dies nicht der primäre Herd, sondern möglicherweise die Mandeln.
11. Auch bei ganz jungen Säuglingen ist post partum Infektion die Regel.
12. Anatomisch überwiegt die subakute Form der Tuberkulose.
13. Es gelingt in jedem Falle von Tuberkulose im Säuglingsalter nachzuweisen, dass das Kind mit einem tuberkulösen Individuum in Beziehung gekommen ist. Die Infektion durch Milchgenuss spielt keine Rolle wenigstens nicht bei uns in Deutschland.

Brüning (Leipzig). „Über Genitaltuberkulose.“

2. Sitzungstag (Dienstag, 23. September).

Ganghofner (Prag). „Über plötzliche Todesfälle im Kindesalter.“ Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht G. ausführlich die Lehre Paltauf's vom status lymphaticus, der auch zur Erklärung von zahl-

reichen plötzlichen Todesfällen bei Erwachsenen herangezogen worden sei. Für die meisten plötzlichen Todesfälle von kleinen Kindern sei die Auffassung von Paltauf anzunehmen, nur für wenige Fälle könne man die Kompression der Trachen in Betracht ziehen. Ein unzweifelhaft festgestellter Fall sei der von Rehn mitgeteilte. Die plötzlichen Todesfälle bei Thymushyperplasie und Trachealstenose sind durch die Anschwellung der vergrößerten Tymus zu erklären, aber durch die Sektion sei kein genügender Grund für diese Anschwellung zu finden. Man habe den Eindruck eines plötzlichen Herztodes; nervöse Störungen mögen dabei mitspielen; es finde sich öfter Steigerung der elektrischen Erregbarkeit, tetanieähnliche Symptome. Die Funktion der Thymus sei noch ganz zweifelhaft, daher die Annahme des Ausfalls der Funktion der Thymus noch ganz unbewiesen. Auch das Wesen der lymphatischen Dyskrasie sei noch ebensowenig erklärt; trotzdem könne an dieser Hypothese Paltauf's festgehalten werden. Die klinische Erfahrung dränge zur Annahme einer abnormen Körperbeschaffenheit, vielleicht durch Stoffwechselstörungen. Der status lymphaticus sei vielleicht eine solche dieser Stoffwechselstörungen, die nicht immer zu solchen Zufällen zu führen braucht. Nur im ersten Säuglingsalter sei ein Anhaltspunkt gegeben für nervöse Veränderungen; im späteren Alter fehlen sie. Das Sektionsergebnis des status lymphaticus weise Hyperplasie der kleinen Abschnitte des lymphatischen Apparate auf, sowie Thymusvergrößerung, in seltenen Fällen mit Kompression der Trachea. Für die Mehrzahl der Fälle könne die Ursache nicht in einer mechanischen Störung, welche auf die Trachea einwirkte, gefunden werden; vielmehr müsse man eine krankhafte Veränderung der Körperbeschaffenheit annehmen. — Korreferent Richter (Wien) bespricht die Frage vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus mit Rücksicht auf die polizeilichen Sektionen und das gerichtlich-medizinische Institut in Wien, hält den ursächlichen Zusammenhang zwischen plötzlichem Tod und Thymusvergrößerung für noch nicht erwiesen. Man wisse nicht, wo der status lymphaticus anfangt und wo das Normale aufhöre.

Lange (Leipzig), „Thymushyperplasie und Thymustod“, hält an der Erklärung der von ihm beschriebene Fälle von plötzlichem Tod durch Druck auf die Gefäße oder das Herz im Gegensatz zu Richter fest, ist für eine beruhigende Therapie durch Chloralhydrate und für interne Jodtherapie.

An der sehr ausgedehnten Diskussion beteiligten sich Kassowitz, v. Ranke, Hochsinger, Escherich, v. Rauchfuss, Epstein, Basch, Fischl, Baginsky, Friedjung, Selter, Swoboda, Thomas, Ganghofner, Richter.

Salge (Berlin). „Über Agglutination bei Scharlach.“

Baginsky (Berlin). „Über die Anwendung des Streptokokkenserums bei Scharlach.“

Moser (Wien), „Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Streptokokkenserum“, hat ein Serum gewonnen, welchem er eine spezifische Heilwirkung auf den Scharlach zuschreibt. Während in andern Wiener Spitalern die Sterblichkeit an Scharlach 13% betragen habe, sei sie in den mit Serum behandelten Fällen in derselben Zeit auf 8,9% herabgegangen.

Moser (Wien) u. v. Pirquet (Wien), a) „Agglutination von Scharlachstreptokokken durch menschliches Serum“, b) „Agglutination von Streptokokken durch Pferdeserum.“

Langer (Prag), „Zur Frage der Haemagglutination im Kindesalter.“

Ranke (München), „Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Exzision des erkrankten Gewebes.“

Epstein (Prag), „Über einen Kindersessel für kleine Rachitiker von 1—3 Jahr zur Behandlung und Verhütung von rachitischen Rückgratsverkrümmungen.“

3. Sitzungstag (Mittwoch, 24. September).

Monti (Wien), „Zur Frage der Serumexantheme“. Die im Tierserum enthaltenen Eiweisskörper seien imstande, Vergiftung zu erzeugen. Die Serumexantheme seien bedingt durch die Eiweisskörper des Tierserum. Das Serumvolumen stehe in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit des Auftretens der Serumexantheme.

Raudnitz (Prag). „Demonstration des experimentellen Nystagmus.“ Einzig und allein durch Aufenthalt der jungen Tiere in der Dunkelheit gelinge es, Nystagmus zu erzeugen.

Gregor (Breslau). „Über Atmungsanomalien im Kindesalter.“

Zuppinger (Wien), „Ueber Gelatineinjektionen im Kindesalter“, empfiehlt bei Blutungen aus den verschiedensten Ursachen mit 15 ccm einer 2%^o-Lösung zu beginnen und in einigen Minuten, wenn Wirkung nicht eintritt, die Dosis zu wiederholen.

Söldner (Grenzach). „Die Aschenbestandtheile des neugeborenen Menschen und der Frauenmilch.“

Kassowitz (Wien), „Infantiles Myxoedem, Mongolismus und Mikrognathie“, verwendet fast in allen Fällen ein flüssiges Präparat, Thyreoid-Elixier von Allen und Hamburg in London.

Pineles (Wien). „Über das kongenitale und infantile Myxoedem.“ Bei 20 Fällen, die zur Sektion kamen, wurde erwiesen, dass es sich um angeborenen Mangel der Schilddrüse handelte. Das infantile Myxoedem stelle sich erst im 4.—6. Jahr nach der Geburt ein.

Friedjung (Wien). „Die Diastase der muscoli recti abdominis in der Pathologie der Kinder.“ Bei Einklemmungserscheinung in dem genannten Falle komme in erster Linie Hysterie als erklärendes Moment in Betracht.

4. Sitzungstag (Donnerstag, 25. September).

Ganghofner (Prag) berichtet kurz über einen von Ritter (Berlin) gemachten Befund von Kurzstäbchen in den Gallengängen eines an Icterus catarrhalis erkrankten und zufällig durch Trauma zu Grunde gegangenen Kindes.

v. Pirquet (Wien) demonstriert einen Zungenspatel.

Hohlfeld (Leipzig), „Zur Pathologie der Niere bei den Magendarm-erkrankungen des Säuglings“, fand hauptsächlich Veränderungen des Bindegewebes.

Roeder und Sommerfeld (Berlin). „Die kryoskopische Untersuchung des Säuglingsharns bei verschiedenen Ernährungsformen.“ Der osmotische Druck des Nahrungsmittels sei nicht ohne Einfluss auf die molekularen Konzentrationsverhältnisse des Harnes.

Roeder (Berlin). „Ein kritischer Beitrag zur Harnsekretion mit Berücksichtigung der osmotischen Leistung der Säuglingsniere.“

Gutzmann (Berlin). „Die Schreiatmung des Säuglings.“

Moro (Wien). „Über die Fermente der Milch.“

E. Müller (Berlin). „Beitrag zum Kalkstoffwechsel des Säuglings nach gemeinschaftlichen Stoffwechseluntersuchungen mit Dr. Aronheim.“

Hochsinger (Wien), a) „Hereditäre frühsyphilitische Exantheme“, betont, dass mehrere Kinder länger als ein Jahr, eines sogar 10 Jahr von ihm beobachtet wurden, die zwar Erscheinungen an den inneren Organe zeigten, nicht aber irgendwelche Exantheme, b) „Die radioskopischen Verhältnisse der hereditären Knochensyphilis der Neugeborenen“, fand u. a. bei sämtlichen Fällen von Pseudoparalyse (7) Knochenveränderungen.

Holtz (Stuttgart). „Zur Frage der von Stölzner bei der Nebennierenbehandlung der Rhachitis beobachteten Knochenveränderungen.“

Basch (Prag). „Über Ausschaltung der Thymusdrüse.“

Flachs (Dresden), „Beitrag zur Impftechnik“, empfiehlt Impfung auf der Brust, statt am Arm.

Swoboda (Prag). „Zur Lösung der Variola-Varicellenfrage.“

Passini (Wien). „Über anaerobe Darmbakterien.“

Fischl (Prag). „Über das Elastingewebe des Säuglingdarmes.“

Die Behandlung des Keuchhustens mit einem Zinksalz.

Von Dr. Schalenkamp (Crombach).

Es mag wohl als eine von vornherein undankbare Arbeit erscheinen, gegen eine Krankheitsform ein neues Mittel zu empfehlen, zu deren Bekämpfung schon so viele der verschiedensten Arzneikörper machtlos ins Feld geführt wurden. Indes glaube ich nach über 5jähriger Prüfung nunmehr zu der Veröffentlichung desselben nicht allein berechtigt, sondern auch im Interesse der Kranken und des Arztes verpflichtet zu sein.

Die Wirkung einiger Zinksalze gegen die abnorme Reizbarkeit der sensibeln Nervenfasern ist von den alten Ärzten stets mit Nachdruck behauptet worden und waren dieselben bis zur Einführung der Antineuralgica unbestritten im Gebrauch.

Kein Geringerer wie Hufeland war es, der 1820, entsprechend der von ihm aufgestellten Theorie von der besseren Wirksamkeit der medikamentösen Kompositionen, die Verbindung des Cyans mit dem Zink in dem eisenblausauren Zinksalz als heilkräftig veröffentlichte; nach ihm noch eine stattliche Reihe guter Autoren. Das Mittel kam jedoch, wie so manches aus jener Zeit, in Vergessenheit. Den Grund hierfür glaube ich zu kennen. Es existieren von den Verbindungen des Zink mit dem Cyan zwei verschiedene Arten. Die eine Verbindung, die hier gar nicht in Betracht kommen darf, ist das Cyanzink, *Zincum cyanicum sine ferro*,

ein eminent giftiger Körper, der sehr leicht Blausäure abspaltet; sie ist darstellbar durch Zusatz von Blausäure zu einer essigsäuren Zinklösung bis zum erfolgten Niederschlag, durch Auswaschen des Letzteren und Trocknen desselben. Der Körper ist ein weisses, mattsilberglänzendes Pulver, geruchlos, geschmacklos, nicht löslich in Wasser und Alkohol. Die andere Verbindung, unser Mittel, ist das eisenblausaure Zink, *Zincum ferro-hydrocyanicum*, erhältlich durch Zusatz einer Eisencyankali-Lösung zu einer Lösung von schwefelsaurem Zinkoxyd, Auswaschen und Trocknen des Niederschlags. Auch dieses Pulver ist weiss, aber mehlartig, geruchlos, geschmacklos, nicht löslich in Wasser und Alkohol. Während das Cyanzink sehr giftig ist, ist das eisenblausaure Zink ungiftig, wahrscheinlich wegen seiner sehr dauerhaften Bindung der Blausäure. Ich habe Dosen von 4 g pro Tag völlig unschädlich gefunden, auch ohne jede üble Nebenwirkung einzelnen Kindern im Laufe der Behandlung insgesamt bis zu 40 g gegeben. Der Grund nun, weshalb das Präparat so wenig Eingang gefunden hat, ist wahrscheinlich in der leichten Verwechslung beider Präparate zu suchen, da in der Litteratur von Nebenwirkungen die Rede ist, die sich auf das giftige Präparat beziehen müssen. Auch mag ein nicht genügendes Auswaschen der Mischung, die dann noch schwefelsaures Zink enthalten wird, hier auch in Frage kommen können.

Das von mir verordnete Präparat wurde von Merck in Darmstadt bezogen. Die Dosis pro Tag betrug je nach Alter der Kinder 1,2 bis 3,5 g, die in vier Teile geteilt, mit verriebener Schokolade gemischt, trocken gegeben und gerne genommen wurde. Die Pulver liess ich dann mit Milch oder Wasser hinunterspülen. Gleichzeitig reichte ich ein Expectorans, und ich habe in letzter Zeit mit Vorliebe zu den Pulvern Pertussin gegeben. Die Dosis liess ich nach folgender Skala, dem Alter der Kinder entsprechend variieren. Ich gab Kindern bis zu

1	Jahre pro Tag	1,2 =	pro dosi	0,3 g
bis 1 $\frac{1}{2}$	„ „ „	1,6 =	„ „	0,4 „
„ 2	„ „ „	2,0 =	„ „	0,5 „
„ 2 $\frac{1}{2}$	„ „ „	3,0 =	„ „	0,6 „
über 2 $\frac{1}{2}$	„ „ „	3,6 =	„ „	0,9 „

und ich fügte, um eine leichtere Teilung der Tagesdosis auf die Einzeldosis zu ermöglichen, jedem Pulver 1—2 g *Sacch. lactis* hinzu. Die Verordnung der Teilpulver geschah von dem Gesichtspunkte aus, dass das Mittel sich im Gebrauch möglichst billig stelle, da ja erfahrungsgemäss in Keuchhustenepidemien die ganze Kinderzahl einer Familie betroffen zu werden pflegt. Es reichten, wenn gewissenhaft eingegeben wurde, 30 Pulver pro Kind aus, d. h. nach meiner Erfahrung war der Keuchhusten in 21 Tagen in einen einfachen krampflosen Husten umgewandelt.

Dass das Pertussin dies nicht bewirkt, weiss jeder, der das Mittel anwendet. Ich habe Kontrollfälle ohne die Zinksalzpulver behandelt und war genötigt, die Pulver noch nachzuverordnen, da die Mütter darauf drängten. Noch in neuester Zeit wurde betont, dass das Pertussin gerade beim Keuchhusten eine günstige Wirkung als Expectorans entfalte, dass es jedoch nicht imstande sei, den Verlauf des Krampfhustenstadiums erheblich unter 6 Wochen abzukürzen.

In allen meinen Fällen habe ich aber nach 10tägigem Gebrauch eine auffallend günstige Beeinflussung und nach Verlauf von 3 Wochen eine derartige Besserung zu verzeichnen gehabt, dass man dieselbe als Heilung bezeichnen kann. Auf die Wiedergabe der Krankengeschichten bezw. Festlegung der Fälle, die von mir seit 1897 behandelt wurden, verzichte ich um so mehr, da sie nichts weiteres Beachtenswertes bieten. Dagegen empfehle ich das Zinc. hydro-ferro-cyanat. Merck angelegentlich der Nachprüfung, und zwar aus 2 Gründen.

1. ist es wirksam;

2. ist es im Gegensatz zu den meisten anderen Präparaten, die auf die Bezeichnung „wirksam“ Anspruch machen, z. B. Chinin, Antipyrin, Bromoform etc. völlig unschädlich. (Auch Antipyrin, das bei Keuchhusten, wie das u. a. auch Strümpell in seinem grossen therapeutischen Handbuch angiebt, eine grosse Wirksamkeit entfaltet, ist für das Kindesalter in den geringen Dosen, wie sie bei Pertussis zur Anwendung gelangen, ein relativ unschädliches Mittel. Cavete Bromoform! Red.)

Referate.

Behandlung des Typhus bei Kindern; Vergleich der verschiedenen Behandlungsmethoden. Von Durieux. (Journal de méd. No. 11, 1902.)

D. untersuchte den therapeutischen Wert sowohl der antiseptischen, als auch der antithermischen Medikation. Die erstere stellt in Fällen mittleren Grades eine wichtige therapeutische Stütze dar, in leichten Fällen ist sie oft allein ausreichend. Man giebt das Kalomel anfangs in purgativen Dosen (0,03—0,05), später Benzonaphtol in Dosen von 1—3 g und verordnet gleichzeitig morgens und abends Clysmen mit abgekochtem Wasser. Die Bädertherapie mit Temperaturen von 20° und 18° wird von Erwachsenen besser vertragen als von Kindern. Man beginnt mit wärmeren Temperaturen von 34° abwärts und geht bis 25° herab. Die Indikation hierzu besteht dann, wenn das Fieber 39° überschreitet. Manche Autoren befürworten warme Bäder von 40°. Sobald schwere nervöse Störungen bestehen, ist die Verordnung kühler Bäder absolut indiziert. Nach einer dritten Methode von Grancher verabreicht man bei Temperaturen von 39,5°—40° 0,50 bis 2 g Chinin, das zwischen 5 und 6 Uhr abends genommen wird, nach Marfan bei Temperaturen über 39° bei Kindern über fünf Jahre 0,75 g Chininum hydrochloricum 3 mal täglich. Goldbaum (Wien).

Die interne Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Von J. Comby. (Vortr. geh. i. d. Abthlg. f. Kinderheilkunde in d. 74. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Karlsbad 1902. Nach e. Refer. d. Monatschrift f. Kinderheilkde.)

C. macht zunächst Mitteilung über 3 mit Perit. tubercul. behaftete Kinder, die ohne Operation völlig geheilt wurden und glaubt, diese Fälle

deshalb besonders hervorheben zu sollen, weil durch die einseitige Empfehlung der Laparotomie bei tub. Peritonitis der Glaube an die Möglichkeit einer Heilung dieses Leidens ohne chirurgisches Eingreifen beinahe geschwunden sei. Wenn man auch zugeben muss, dass bei der mit Ascites komplizierten tub. Peritonitis die Operation gleichberechtigt ist mit der internen Behandlung,| so ist andererseits hervorzuheben, dass bei der fibrinösen Form die interne Behandlung der chirurgischen weit überlegen ist. C. präcisirt seine Anschauungen dahin zusammen, dass ein grosser Teil von Fällen tuberculöser Perit. des Kindes- und Jünglingsalters heilbar ist, und zwar hauptsächlich durch hygienische Massnahmen. Die Faktoren, welche hierbei in Frage kommen, sind folgende: Absolute Bettruhe (wochen- und monatelang), Sorge für frische Luft und Sonnenlicht (offene Fenster, nach Süden gelegene Zimmer, bei gutem Wetter Aufenthalt im Freien in portativen Betten oder besonderen Krankenwagen), Berücksichtigung der Diät (Milch, Eier, rohes Fleisch, Fleischsaft, Gemüsepüree), Aufenthalt auf dem Lande, an der See (auch im Winter). Von medikamentösen Mitteln kommen in Betracht: Leberthran mit oder ohne Kreosot, Glycerin, phosphorsaurer Kalk; ferner Kreosotölklystiere, Einreibungen des Abdomens mit Jod oder grüner Seife. (In der Diskussion stimmen Baginsky (Berlin), Hochsinger (Wien) und Ganghofner (Prag) im Grossen und Ganzen mit Comby überein, während Monti (Wien) eine allzu sanguinische Hoffnung auf die interne Behandlung für nicht berechtigt hält; er hält die Fälle von Tub. perit. subacut. für die Operation geeignet, die Fälle mit stärkeren Verwachsungen für ungeeignet. Die See beeinflusste die Tub. perit. für eine gewisse Zeit günstig, aber nach Monaten oder Jahren bekamen die Kinder trotzdem irgendwo neue Herde.

Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung der Sepsis des Respirationsapparates. Von Mya. (Vortr. geh. a. d. 4. intern. pädiatr. Kongress in Florenz 1901. Nach e. Ref. d. Arch. f. Kdhkld.)

M. kommt nach seinen Beobachtungen zu folgenden Schlussätzen:

1. Es ist den klinischen Erfahrungen und den sogenannten ätiologischen Kenntnissen angemessen, für eine Reihe von akuten, im Kindesalter häufigen Erkrankungen des Respirationsapparates den Begriff eines lokalen, septischen Ursprungs anzunehmen.
2. In bezug auf ihre Krankheitserreger sind diese septischen Respirationskrankheiten gewöhnlich polybakteriell. Meist sind der Streptococc. pyogen. und der Pneumococc. vorhanden, dazu kommen: Staphylokokkus, der Pyocyaneus und Colibazillus, der Friedländersche Pneumoniebazillus u. a. m.
3. Die Ursache der Mitbeteiligung soll ausserdem ihren Grund finden einerseits in der Eigenartigkeit der spezifischen Erkrankungen, welche das Kindesalter vorwiegend betreffen.
4. Den am meisten bei den septischen Bronchopneumonien vorkommenden pathologisch-anatomischen Befund stellt das peribronchiale Knötchen dar. Seine Entwicklungsweise und sein Bau rechtfertigen die Schwere des Krankheitsverlaufs, die leicht hinzutretenden Nachkrankheiten und die Schwierigkeit der Lösung.
5. Das lymphatische bronchopneumonische System, das eine schwere Schädigung durch solche septischen Infektionen erfährt, weist eine ausgedehnte Beteiligung auf; darauf sind die allgemeinen infektiösen Erscheinungen und die Nachkrankheiten zu-

rückzuführen. 6. Die gewöhnliche Bronchopneumonie, die sich an eine akute oder chronische Enteritis bei Kindern anschliesst, stellt keine Folge einer bakteriellen Metastase vom Darm auf die Atmungsorgane durch den Blutweg dar; sie muss vielmehr als die Folge einer bronchiogenen Infektion gedeutet werden, welche in der verminderten lokalen und allgemeinen Widerstandskraft der so schwer vergifteten Kinder ihre Erklärung findet. 7. Die Prophylaxe solcher Prozesse fällt mit derjenigen der infektiösen septischen Prozesse der äusseren Haut- und Schleimhautoberfläche zusammen. Bei Kindern muss die Reinlichkeit eine äusserst penible sein, da sie mehr als Erwachsene der bakteriellen Verunreinigung der Körperhöhlen ausgesetzt sind, welche als Eintrittspforten für die respiratorischen Wege dienen. 8. Es giebt bis heute keine sichere Verwendung der Serum-Therapie bei der Behandlung dieser Kategorie von Erkrankungen. 9. In manchen Fällen kann man eine antiseptische Behandlung durch die Atmungsorgane selbst versuchen, z. B. kann man Ol. Menth. in die Luftröhre durch die Bayeuxsche Kanüle einspritzen. (Der zweite Referent Mensi sagt bezüglich der Behandlung, man müsse die Kräfte des kindlichen Organismus zu erhalten suchen, die Beseitigung der Toxine besorgen und eine serum-therapeutische und eventl. eine spezifische Behandlung einleiten.) S.

Die Diastase der musculi recti abdominis in der Pathologie des Kindes. Von Friedjung. (Vortrag, gehalten in der Abthlg. für Kinderheilkunde der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Karlsbad 1902. — Nach e. Refer. der Monatsschrift für Kinderheilkunde).

Votr. knüpft an einige von Büdinger im Jahre 1897 mitgeteilte Beobachtungen von Inkarzerationserscheinungen an Kindern von seiten des Magens und Darmes mit Diastase der Linea alba an. Nach genauer Beobachtung von 32 Fällen kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. die Diastase der musc. recti abdominis bezeichnet im Kindesalter, ohne Unterschied des Geschlechts das normale Verhalten; sie findet sich bei 75 von 100 Kindern und macht im allgemeinen keine krankhaften Erscheinungen; 2. dort, wo sie mit Hysterie zusammentrifft, kann sie zu einem typischen Krankheitsbilde führen, das sich durch inkarzerationsähnliche Anfälle charakterisiert: es handelt sich dabei um Hyperästhesie der Baucheingeweide; die auch in der anfallsfreien Zeit bei der Untersuchung nachweisbar ist; 3. diese Deutung der Anfälle ist nur nach Ausschliessung aller ähnlichen Symptomenkomplexe zulässig; 4. das Fehlen des Rachenreflexes, noch mehr der herabgesetzte Kornealreflex sind bei sonst nervengesunden Kindern keine ganz zuverlässigen Kriterien der Hysterie; 5. jenes hysterische Syndrom des Kindesalters bietet der Suggestivtherapie ein sehr lohnendes Feld. Die Tinctura Valerianae leistet dabei in den meisten Fällen gute Dienste. (In der Diskussion giebt Hochsinger (Wien) zwar das häufige Vorkommen der Diastase der mm. recti abdominis im Kindesalter zu, insbesondere sei dies bei rhachitischen Kindern der Fall, er hat aber dabei nie Inkarzerationserscheinungen gesehen und glaubt, dass wenn solche Kinder von Hysterie ergriffen werden, diese auch ohne eine Diastase der Bauchmuskeln aufgetreten wäre; F. hält hingegen seine Beobachtungen

aufrecht, will jedoch einen genetischen Zusammenhang zwischen den Diastasen und der Hysterie nicht angenommen wissen.)

Die sogenannte Abhärtung der Kinder. Von Hecker. (Votr. geh. in d. Abthlg. f. Kinderheilkunde in d. 74. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte zu Karlsbad 1902. Nach e. Refer. d. Monatschrift f. Kinderheilkunde.)

H. hält die besonders in gebildeten Laienkreisen verbreiteten Anschauungen über die Notwendigkeit systematischer Abhärtung bei Kindern mittelst Kaltwasserprozeduren für irrig, die Prozeduren selbst für unzweckmässig, ja gesundheitsschädlich und teilt Fälle aus seiner Praxis mit, bei welchen mit schweren Anämieen, Bronchialkatarrhen, Pneumonieen, Darm- und nervösen Affektionen behaftete Kinder lediglich durch die Sistierung systematisch betriebener Kaltwasserprozeduren rasch wieder geheilt wurden. Um sich ein richtiges Urteil über den Wert derartiger Abhärtungskuren zu bilden, hat Vortragender bei den Eltern von 50 Kindern seiner Klienten Umfrage gehalten und folgende Resultate gewonnen: Von den 50 in Rede stehenden Kindern waren 25 schon im Säuglingsalter, 7 nach vollendetem 1. Lebensjahre und 18 gar nicht in systematischer Weise abgehärtet worden. H. unterscheidet zwischen milder Abhärtung (tägliche Waschung, kühles Bad oder Abreibung) und strenger Abhärtung (kalter Übergiessung oder mehrfach täglich vorgenommene Kaltwasserprozeduren). H. veranschaulicht den Effekt der Abhärtungsprozeduren durch einige statistische Angaben, aus denen die ungünstige Wirkung der strengen Abhärtungskuren auf die Disposition zu Erkältungskrankheiten, die Wirkung auf das Nervensystem und die Psyche, den Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die allgemeine Krankheitsdisposition und die adenoiden Vegetationen klar nachgewiesen wird. H. giebt zu, dass körperliche Abhärtung notwendig ist, nur hat dieselbe durch natürliche und dem kindlichen Organismus adäquate Mittel, nicht durch forcierte Wasserprozeduren zu geschehen. Adäquate Mittel sind in erster Linie Aufenthalt in freier Luft, richtig angepasste Kleidung, Waschen nicht kälter und nicht häufiger als es sich mit dem Wohlbefinden der Kinder verträgt; zu verwerfen sind die sportartig betriebenen kalten Güsse und Waschungen, das Blossliegenlassen, Nackt- und Barfusslaufen etc. Übertriebene Abhärtungskuren führen mitunter zu schweren Gesundheitsstörungen wie Anämie, Neurasthenie, Anorexie, Pavor nocturn., psychischer Übererregbarkeit etc. H. glaubt, dass durch die übertriebene Abhärtung nicht nur kein Schutz vor Erkältungen, sondern sogar erhöhte Disposition herbeigeführt wird. Auch will er das Entstehen chronischer Darmkrankheiten und eine besonders schwere Verlaufsweise akuter Krankheiten bei übertriebener Abhärtung beobachtet haben. Jedes Abhärtungsschema ist zu verwerfen; Säuglinge dürfen überhaupt nicht abgehärtet, sondern müssen immer warm gehalten werden. Auch anämische und nervöse Kinder dürfen nicht im gewöhnlichen Sinne abgehärtet werden. (In der ausgedehnten Diskussion stimmen die meisten Redner dem Vortragenden völlig bei.)

Infantilism and senilism. Von H. Gilford. (Brit. med. journ. 1902, i. XI.)

Mangelhaftes Wachstum kann sich entwickeln aus natürlichen Gründen oder infolge einer Krankheit. Es handelt sich um eine Entwicklungs-

hemmung, welche normal oder abnorm sein kann. Auch bei ausgesprochenem Zwergwuchs können alle Körperverhältnisse normal, die Gesundheit vollkommen sein, es handelt sich um eine verzögerte Entwicklung aller Theile, ohne dass die Lebensdauer davon beeinflusst wird. Dieser Zustand wäre mit „normalem Infantilismus“ zu bezeichnen. In der Regel aber ist der Infantilismus mit einer Krankheit verbunden, wird durch Krankheit erzeugt oder ist Krankheitsursache. Das wäre der „abnorme Infantilismus“. Indes bezeichnet Infantilismus ebenso wie Zwergwuchs einen Zustand, ein Symptom, ist nicht selbst schon Krankheit, sondern nur das Resultat der einen oder anderen Krankheit. Als besondere Krankheit nun beschreibt Verf. die *Ateleiosis*. Die am meisten charakteristischen Eigenschaften sind das plötzliche Einsetzen, der Mangel irgend einer ersichtlichen Ursache, das Vorhandensein des Infantilismus in deutlicher Weise, die Erhaltung einer ungeschwächten Intelligenz und die besondere Tendenz zu einer deutlichen Verzögerung der Entwicklung des Sexualsystems. Verf. unterscheidet drei Gruppen: Die *Ateleiosis* fötalen Ursprungs, die der ersten Kindheit und die, welche während der Zeit zwischen den ersten Kinderjahren und der Reife eintritt.

Ebenso drückt der Begriff „Senilismus“ nur ein Symptom, keine Krankheit aus. Wann im allgemeinen der Senilismus einsetzt, lässt nicht genau sich angeben. Als normalen Senilismus würde man den bezeichnen können, welcher zu einer widernatürlich frühen Zeit im übrigen reife Individuen befällt. Vorzeitiges Auftreten ist aber in der Regel ein Zeichen von Krankheit. Vielleicht die häufigste Ursache ist die prämatüre Entwicklung der Sexualorgane. Zuweilen spielen andere Krankheiten eine Rolle mit, zur Ausbildung des krankhaften Senilismus. Es giebt aber auch Formen, in welchen andere Krankheiten oder natürliche Gründe nicht vorliegen. Diese spezielle Form bezeichnet Verfasser mit *Progeria*. Sie zeichnet sich durch abrupten Beginn, durch den Mangel irgend einer bemerkbaren Ursache, durch das Vorliegen einer deutlichen Form von Senilismus und durch die Erhaltung der Intelligenz aus.

v. Boltens Stern (Leipzig).

Über Gelatineinjektionen im Kindesalter. Von Zuppinger. (Vortrag. geh. a. d. Abthlg. f. Kinderheilkunde d. 74. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte zu Karlsbad 1902. Nach e. Refer. d. Monatschrift f. Kinderheilkunde.

Bei hämorrhagischen Diathesen des Kindesalters erzielte Z. mit der Anwendung von Gelatine in subkutaner Injektion ausgezeichnete Erfolge, so z. B. bei einem 10jähr. Mädchen mit *Purpura haemorrhag.*, dem ein Zahn gezogen wurde, wobei die Blutung nicht gestillt werden konnte, so dass es dem Verblutungstode nahe war. Nach Injektion von 15 ccm einer 5% Gelatinelösung stand die Blutung vollständig. Auch lokale Applikation und interne Verabreichung des Mittels sind wirkungsvoll. Sehr gut waren auch die Erfolge bei *Melaena neonatorum*, wie dies schon von Holtschmied hervorgehoben wurde. Ebenso waren die Erfolge der Gelatinebehandlung bei Lungen-, Darm- und Magenblutungen gute. Mitunter treten unangenehme Nebenerscheinungen (Schmerzen, Abszessbildung, Hautangrän, Nephritis, Tetanus) bei Anwendung der Gelatine auf, wes-

halb man nur durchaus keimfreie Gelatine, die aus den leimgebenden Substanzen tierärztlich gesund erklärter und frisch geschlachteter Kälber verwenden soll. Die Erzeugung derartiger 2% Gelatinelösungen hat die Firma E. Merck in Darmstadt übernommen. Zur Bereitung der Lösung soll stets physiologische Kochsalzlösung verwendet werden. Die Dosierung richtet sich nach dem Alter des Kindes und nach der Gefährlichkeit der Blutungen. Im Säuglingsalter hat man mit 15 ccm einer 2% Lösung zu beginnen und die Dosis zu wiederholen, wenn sich die Wirkung nicht einstellt. Bei schweren Fällen wende man 5% Lösungen von vornherein an. (In der Diskussion stimmen Gernsheim (Worms), Siegert (Strassburg) und Brat (Berlin) dem Vortrage bei; Brat macht jedoch darauf aufmerksam, dass sterilisierte Gelatine nicht unbedenklich als Injektionsmittel ist.)

Über einen Kindersessel für kleine Rhachitiker. Von Epstein.
(Votr. geh. i. d. Abthlg. f. Kinderheilkunde d. 74. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Karlsbad 1902. Nach e. Refer. d. Monatschrift f. Kinderheilkunde.)

Die frühzeitige Behandlung von rhachitischen Verkrümmungen ist äusserst wichtig, da ein sehr grosser Teil der Rückgratsverkrümmungen des späteren Alters von der Rhachitis im 2. und 3. Lebensjahre herrührt. Eine Behandlung mit Geradhaltern und Apparaten, die sich bei älteren Kindern sehr gut bewährt haben, lässt sich bei diesen jungen Rhachitikern nur sehr schwer und unvollkommen durchführen. E. schlägt daher, um eine Stärkung der Wirbelsäule, und zwar in aktiver Beteiligung der Rückenmuskulatur in fortgesetzten Übungen zu erreichen, folgendes Verfahren vor: Die Kinder werden auf einen ihrer Grösse angepassten Schaukelstuhl gesetzt, mit dem Gesicht der Lehne zugekehrt, die Beine seitlich heraushängend. Das Kind hält sich an den Seitenpfeilern der Lehne. Sehr gut gewöhnt sich das Kind, den Stuhl in schaukelnde Bewegung zu versetzen, es findet Vergnügen an dieser Übung, setzt sie spontan lange fort und wiederholt sie gern. Man kann sich leicht vorstellen, dass bei dieser Bewegung der Rücken gestreckt und eine Kyphose ausgeglichen wird. Das Verfahren ist ausserdem geeignet, auch bei weniger bemittelten Familien angewendet zu werden, und die Kinder werden durch das „Spiel“ auch physisch angeregt, bekommen Appetit, so dass oft auch eine Besserung des Allgemeinbefindens erzielt wird.



Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Die adenoiden Vegetationen. Von Ch. Orescu.

Diese sehr oft übersehene Krankheit ist von grosser praktischer Wichtigkeit, da sie einen bedeutenden Einfluss sowohl auf die körperliche als

auch auf die geistige Entwicklung des Kindes ausüben kann. Meist sind es Kinder zwischen 3 und 6 Jahren, bei welchen derartige Auswüchse im Nasenrachenraume gefunden werden, doch ist das Säuglingsalter von denselben nicht verschont, und manche Autoren nehmen sogar einen kongenitalen Ursprung an. In einem grossen Prozentsatze der Fälle kompliziert sich die Krankheit mit hartnäckigen Nasenkatarrhen, Laryngitiden und eitrigen Mittelohrentzündungen. Eine genaue Diagnose wird am besten durch die hintere Rhinoskopie gestellt und die frühzeitige chirurgische Entfernung ist dringend geboten.

(Spitalul 1902.)

E. Toff (Braila).

Concurrent scarlet fever and measles in children. Von F. Deut.

An der Hand einiger Fälle weist Verf. auf die Schwierigkeit hin, welche manchmal für die präzise Diagnose in nichttypischen Fällen der Eruptionsfieber erwachsen. Ein Knabe blieb ohne ausgesprochene Symptome, bis die Abschuppung begann und diese sprach durchaus für Scharlach. In gewissen Fällen, welche von Beginn an beobachtet werden, in welchen jedes Zeichen einschliesslich eines leichten vorübergehenden Erythems bemerkt wird, kann doch das Vorhandensein von Scharlach übersehen werden. In den beiden Fällen fand sich ohne Zweifel das Scharlach- und das Maserngift gleichzeitig im Körper. Infolge dieser Kombination fanden sich auch Symptome aus beiden Krankheiten.

Verfasser meint, wenn zwei verschiedene Krankheiten dieser Art koexistieren, so ist es wahrscheinlich, dass der allgemeine Charakter der Erscheinungen nicht typisch für die eine oder die andere Krankheit sein kann. Zumal im Anfang der Krankheit kann der Eindruck entstehen, als ob eine neue eigenartige Krankheit vorliege.

(Brit. med. Journ. 1902.)

v. Boltens Stern (Leipzig).

Über einen Fall von Masern mit linksseitiger totaler Hemiplegie. Von S. Alessin.

Der Verf. beschreibt einen Fall von Masern bei einer 19jährigen Patientin, bei welcher am 15. Tage nach Beginn der Krankheit, ohne Bewusstseinsstörung, eine lokale linksseitige Hemiplegie auftrat. Eine halbe Stunde später wurden tonische Konvulsionen dieser Seite beobachtet, welche nach kurzer Dauer verschwanden, während die Lähmung 9 Tage unverändert anhielt und dann langsam sich besserte. Die Reflexe der kranken Seite waren fast vollständig geschwunden, während Stuhl- und Harnentleerung normal blieben. Während der ganzen Krankheitsdauer bestanden starke Kopfschmerzen bei normaler Temperatur. Möglicherweise handelte es sich um eine Hirnblutung.

(Spitalul 1902.)

E. Toff (Braila).

Ein Fall von Tetanus neonatorum. Von Abraham.

Ein 14 Tage alter Knabe erkrankte unter ausgesprochenen Symptomen von Tetanus, ausgehend von einem septischen Nabel; zugleich hatte er Ophthalmia blennorrhoea. Tetanusbazillen aus der Nabelwunde zu gewinnen, gelang nicht. Neben lokaler Behandlung derselben wurde Tetanus-

antitoxin je 18 cm³ am 30. Juli und am 1. August injiziert; die Ernährung erfolgte durch die Nase. Die Temperatur stieg am 1. August bis über 41° C., um nach der zweiten Injektion auf 37,3° abzusinken; am 28. August wurde das Kind geheilt entlassen. In der Epikrise bemerkt Verf. dass auch bei Serumbehandlung des Tetanus die Erfolge keine zufriedenstellenden seien, und dass, wo Genesung erfolgte, man dieselbe nicht unbedingt dem Serum zuschreiben müsste. Lokale Antisepsis, Narcotica und eine kräftigende Behandlung gewähren noch immer die besten Chancen für die Genesung,

(The Lanc. 1902).

Goldbaum (Wien).

Acute articular rheumatism of the cricoarytaenoid joints.
Von W. E. Sauer-Acaseof.

Die Litteratur über den akuten Gelenkrheumatismus der Gelenkverbindungen im Kehlkopf ist äusserst spärlich. Danach scheint diese Lokalisation der Krankheit sehr selten zu sein. Verf. berichtet über einen derartigen Fall. Die Symptome bestanden in sehr heftigem Schmerz im Rachen, starker Heiserkeit, Beschwerden beim Schlucken und beim Sprechen. Auch die Atmung war beschwert. Bei der laryngoskopischen Untersuchung zeigte sich die Rima glottidis sehr eng, die Stimmbänder und die Giessbeckenknorpel unbeweglich, aber keine Entzündung an den Stimmbändern selbst. Die Schleimhaut über der Gelenkverbindung der Giessbeckenknorpel war leicht geschwollen und gerötet. Die äusserliche Palpation erzeugte starken Schmerz, wenn ein Druck auf die Gegend der Crico-arytaenoidgelenke ausgeübt wurde. Weil die Patientin bereits früher Anfälle von akutem Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, wurde Salicylsäure verordnet und in wenigen Tagen schwanden mit den fieberhaften Erscheinungen die seitens des Kehlkopfes. Auch laryngoskopisch konnte nach wenigen Tagen keine Krankheitserscheinung mehr nachgewiesen werden.

(Interst. med. Journ. 1902).

v. Boltenstern (Leipzig).

A case of general pneumonic infection in a child of seventeen months. Von H. Spitta.

Verf. teilt einen Fall mit, in welchem ein 17 Monate altes Kind einige Zeit vor der Aufnahme an Ohrenfluss gelitten haben soll. Die Untersuchung konnte freilich nichts davon feststellen. Es erkrankte an einer Pneumonie, bei welcher Diplococci nachgewiesen werden konnten. Es folgten verschiedene Zeichen einer allgemeinen Pneumococceninfektion. Die Bazillen wurden im Eiter des linken Ellenbogengelenkes, im Empyem, weiterhin im Blute und der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen. Bei der Sektion wurden sie in der Lunge und im Ellbogengelenk gefunden.

(Brit. med. Journ. 1902.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Syrup Guajacol.
composit. (Hell) 50,0
DS. tägl. 1—2 Theelöffel.
Tuberculos. (Kölbl.)

Rp.
Tannochrom. liquid. 50% 0,25
Aq. destillat. 100,0
DS. zum Ausspritzen des Ohres.
Otorrhoe, Otitis.
(Frieser.)

Rp.
Tannochrom. sicc. 50% 2,0
Dermatol. 2,5
Ungt. Lanolin 50,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Eczem; Vulner. combust.
(Frieser.)

Rp.
Petrosapol.
Vaselin. aa. 10,0
Mf. ungt. DS. auf Leinwand ge-
strichen aufzutragen.
Chron. Eczem mit Haut-
verdickung.
(Ehrmann.)

Rp.
Petrosapol. 50,0
Mercur. praecip. alb. 2,0—5,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Eczem seborrhoic. und
impetigenos. Impetigo
contagios.
(Ehrmann.)

Rp.
Ol. Rusc. 10,0
Petrosapol.
Vaselin aa. 20,0
Oxyd. Zinc. 5,0—10,0
Mf. ungt. DS. äusserlich,
Schuppendes chron. Ec-
zem. (Ehrmann.)

Kleine Mitteilungen.

Eine sehr zweckmässige Form der Verabreichung des Leberthran an Kinder sind die von der Fabrik pharmaceutischer Konfitüren Wilhelm Natterer in München hergestellten Leberthran-Tabletten. Dieselben bestehen aus Medizinal-Leberthran, trockenem Malzextrakt, Kakaopulver und Zucker. Der widerliche Leberthranesgeschmack ist gänzlich verdeckt, die Tabletten werden von den Kindern deshalb sehr gerne genommen, sie sind äusserst bequem mitzunehmen auf Reisen, in die Schule etc. Die Tabletten können im Sommer ebenso gut wie im Winter genommen werden. Eine Tablette wiegt 10 gr. 3 Stück ergeben den Effekt von 1 Esslöffel Leberthran neben dem schätzbaren Nährwert der sonstigen in ihnen enthaltenen Bestandteile. 1 Karton mit 10 Tabletten kostet 1 Mark (sie sind also noch etwas teuer).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben
von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

Februar 1903.

No. 2.

Inhalt: Originalien: **Kühner**, Abnorme Kinder. Zugleich ein Beitrag zur Kinderpsychologie, pädagogischen Pathologie und Therapie. 25. — **Referate:** Bericht über die 10. Sitzung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte: **Mayer**, Demonstration eines Redressionsgipsbettes bei rhachitischer Skoliose. 39. — Demonstration eines Lederschuhes über einen Geh-Gipsverband 40; **Kaube**, Maligne Variellen. 40. — Icterus nach Scharlach 41; **Krautwig**, Plötzliche Todesfälle im Kindesalter 41; **Selter**, Pylorusstenose 41; **Rensburg**, Zur Frage der Buttermilchernährung. 42. — **Sippel**, Das Kopliksche Frühsymptom bei Masern. 44. — **Schmaltz**, Chronische Herzstörungen nach Diphtherie. 45. — **Ferran** und **Rosenthal**, Hypertrophie der Zungenbälge. 45. **Gesundheitspflege:** **Selter** u. **Paffenholz**, Dringende Aufgaben der privaten und öffentlichen Gesundheitspflege auf dem Gebiete der Säuglingsernährung. 46. — **Rezensionen:** **Silber**, Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? 47. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 48.

Abnorme Kinder.

Zugleich ein Beitrag zur Kinderpsychologie, pädagogischen Pathologie und Therapie.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Abnorme Kinder insbesondere in Bezug auf Sinne, Nervensystem, geistiges Leben sind eine sehr häufige Erscheinung der gegenwärtigen Generation. Eine „neue“ Wissenschaft, die pädagogische Pathologie, die Lehre von den Kinderfehlern beschäftigt sich zum Teil mit diesen Fragen, eine Lehre, deren Studium um so mehr erschwert wird, als sie sich auf verschiedene Disziplinen erstreckt und das, was in der einen gefördert, von der anderen vielleicht wenig beachtet wird. Die Aufgaben der pädagogischen Pathologie sind freilich bestimmt vorgezeichnet. Der Arzt beurteilt das Kind nach dem Begriffe Gesundheit, der Pädagoge dagegen vom Gesichtspunkt der Bildsamkeit. Im Grunde sind aber beiden viele Beziehungen gemeinsam zur Lösung dieser Fragen, die nur durch wechselseitige Unterstützung gelöst werden können. Arzt und Lehrer finden in der Natur und im Leben des Menschen umfangreiche Aufgaben dieser gemeinsamen Thätigkeit, Aufgaben, die, nachdem der Schularzt die Brücke zwischen beiden geschlagen, noch vermehrt worden

sind. Beide beschäftigt die volle Summe des Wissens von dem Menschen, der Natur und dem Staate, in zusammenhängende wissenschaftliche Form gebracht und praktisch verwertet für den Menschen; beim Lehrer für die intellektuelle, moralische und körperliche Erziehung, beim Arzt für die Erhaltung und Verbesserung der körperlichen und geistigen Gesundheit, bei beiden zum Nutzen des ganzen Volkes.

Beiden bietet sich also ein gemeinsames Objekt: Das Kind, ein gemeinsames Ziel: Die Kinderforschung. Was diese betrifft, so hat die Erziehung unter steter Beachtung des aus der Ethik zu bestimmenden Zieles die natürliche Entwicklung des Kindes fördernd, nach Umständen auch hemmend, oder in gewissem Sinn gar heilend zu beeinflussen durch solche Mittel, die der jeweiligen Beschaffenheit des kindlichen Geistes angemessen sind und daher in besonderem Grad den erwünschten Erfolg versprechen. Deshalb kann ohne das Studium der Seelenentwicklung des Zögling (Kinderpsychologie) die Erziehungs- und Unterrichtskunst nicht auf festem Boden begründet werden. Ohne Kinderpsychologie kein wissenschaftliches, gründliches Erfassen der Individualität, keine wahrhaft individualisierende Pädagogik, keine einigermaßen zutreffende Schätzung der Tragweite, die der Erziehung etwa zukommen kann. Der Inhalt der Kinderpsychologie lässt sich in die Erforschung des Vorstellungs-, Gefühls- und Willenslebens gliedern. Es bleibt die Aufgabe der Zukunft, die geistige Entwicklung möglichst vieler und verschiedenartiger Kinder zu verfolgen und die Ergebnisse sorgfältig miteinander zu vergleichen. Hierbei wird sich das Material allmählich zu zwei Hauptgebilden verdichten, nämlich zur Psychologie des normalen und des nicht normalen Kindes. Die Beobachtung kann sich unter natürlichen und künstlichen Bedingungen vollziehen. Ersteres ist dann der Fall, wenn man auf das sein Augenmerk richtet, was das Kind aus sich heraus unter den gewöhnlichen Verhältnissen zeigt und thut. Trotz der hohen Bedeutung, die der genaueren Beobachtung des Kindes für die Psychologie zukommt, reicht sie doch nicht weit zurück, wie ein Blick auf die Geschichte derselben beweist.

Grosse umfangreiche Aufgaben werden hierbei dem Kinderarzt erwachsen, Aufgaben, deren Bedeutung unsere Zeit, die ganz geblendet vom Lichte einer einseitigen Forschung der Welt im kleinen, den Ausblick in die Natur und in die Seele des Menschen zu verlieren droht, verdunkelt, vielfach ganz vernachlässigt. Wir werden daher im nachfolgenden in Bezug auf abnorme Kinder manches betrachten, was dem Arzt fremd, neu ist; aber mit Rücksicht auf die eminente philanthropische, pädagogische und sozialökonomische Bedeutung dieser Kenntnisse empfiehlt sich deren Aneignung um so mehr, als wir dieselben überall verwerten für die praktischen Bedürfnisse des Kinderarztes für dessen Verkehr in Haus und Familie.

Zunächst sind einige vorbereitende Fragen zu erledigen.

Die Sinne, ihre Entwicklung und Pflege beim Kind.

Unter einem „Sinn“ verstehen wir bekanntlich die Fähigkeit des lebenden Einzelwesens, mit Hilfe besonderer Apparate, der Sinnesorgane, eine Kunde von der Aussenwelt zu empfangen. Die peri-

pherischen Endigungen der meisten dieser Sinnesnerven sind an den verschiedenen Sinnesflächen mit verschiedenen, an sich nervösen Apparaten verbunden, welche nur bestimmten äusseren Zustandsänderungen eine Einwirkung auf die zugehörigen Nervenfasern gestatten, für die Umsetzung dieser Zustandsänderungen in Nervenerregung aber auch ganz besonders leistungsfähig sind. Vermittelt der einen Sinnesfläche wirken auf unser Bewusstsein nur diejenigen rhythmischen Zustandsänderungen des Äthers, welche man Licht nennt; vermittelt der anderen nur rhythmische Druckschwankungen der Luft, innerhalb gewisser Grenzen, als Schall u. s. f. Diejenige äussere Einwirkung, für deren Übertragung auf Sinnesnerven eine Sinnesfläche eingerichtet ist, nennt man bekanntlich den *a d ä q u a t e n* Reiz derselben.

Seit dem grauen Altertum haben die Philosophen ihre besten Kräfte an die Lösung der Frage gewendet, auf welche Weise im Werdegang des Menschen der Vorrat von Kenntnissen erworben werde, welche ein Erwachsener über die Welt der Dinge besitzt. Im alten Griechenland bildeten sich bereits zwei Parteien. Die Einen (Demokrit, Epikur) meinten, dass die Wahrnehmungen der Sinne die Quelle aller Erkenntnis seien, die Anderen (Anaxagoras, Plato) erklärten die Vernunft für diese Quelle. Zwischen beiden Parteien stand der grosse Aristoteles, welcher bereits einsah, dass die Sinne und das Denken zusammenwirken müssen, damit uns der Erscheinungsreichtum der Natur erschlossen werde. Sowie alle unsere Sinnesorgane einander beigeordnet sind, sowie neben dem Sehen das Hören, neben dem Hören das Riechen, neben dem Riechen das Schmecken, neben dem Schmecken das Tasten wohnt, so wohnt auch nach der Annahme der Gehirnphysiologie in besonderen Zellen das Denken, der Verstand, jenen Sinnen beigeordnet, nicht einmal übergeordnet. Ein Rückenmarkskranker, dessen Tastsinne verkümmerten, weiss als denkender, als verstandesbegabter Mensch genau so wie jeder Gesunde, dass er eine Treppenstufe oder sonst einen Gegenstand fühlen sollte, aber dieser Verstand hilft ihm ganz und gar nicht, dass er sie nun auch wirklich fühlt. Das bringen allein die Tastorgane zustande. Unser einheitliches Bewusstsein zerfällt also in zwei grosse, geistige Reiche, in ein Land der Phantasie, der Bilder, der Anschauungen und Vorstellungen und in ein anderes Land des Denkens und der Begriffe. In jenem Land tritt uns die Welt in einer wesentlich anderen Erscheinung entgegen, als in diesem; dort fliesst sie vorüber in Farben und Formen, in Klängen und Düften — hier sind die Dinge selber unverkennbar und wir wissen nur etwas von ihren Beziehungen zu einander, von ihren Zusammengehörigkeiten und ihren Verschiedenheiten. Bilder, Wahrnehmungen sowie andererseits Vorstellungen, Begriffe verwandeln sich stets wechselseitig. Die Verwandlung von Bild in Begriff, von Begriff in Bild ist nichts anderes, als wie die Umsetzung einer Kraft in die andere, wie die Umformung von Nahrung und Wärme in Farbe und Duft, wie der Wechsel von Werden und Vergehen, von Leben und Tod.*)

Für den Kinderarzt ist die Beobachtung der fortschreitenden Entwicklung des Verstandes und der Sinnestätigkeiten im Werdegang des

*) Näheres in dem geistvollen Buch von Julius Hart. Die neue Selbsterkenntnis. Verlegt bei Eugen Diederichs. Leipzig. 1902. Mk. 5,—

Menschen ein Gegenstand des grössten wissenschaftlichen und praktischen Interesses. Ein Kind ist geboren. Jede Familie, selbst wenn sie in grösster Dürftigkeit lebt, empfindet in diesem Ereignis ein häusliches Glück; wenn auch dieser Zuwachs manche Sorgen und ungewohnte Aufwendungen mit sich bringt, so ist doch am Familienherd ein neues Leben entstanden, das so hilflos, dass uns sein Bedürfnis zum Herzen schreit und mehr als Mitleid, aufopfernde Liebe in uns weckt.

Bei reifen Kindern finden wir im ersten Jahre eine ziemlich allen gemeinsame, regelrechte Zunahme des Körpergewichts.*)

Mit welcher Aufmerksamkeit sorgsame Eltern die fortschreitende körperliche Entwicklung des Kindes beobachten, mit welcher Ängstlichkeit sie jede Abweichung in diesem regelmässigen Werdegang erfassen und verfolgen, ist dem Kinderarzt genugsam bekannt. Nicht aber nur die körperliche Entwicklung des Kindes bedarf dieser sorgfältigen Überwachung, sondern auch die Sinne und Seele des Kindes.

Zur Entwicklungsgeschichte der Sinne und Seele des Kindes.

Litteratur.

- Baldwin, J. M., *Mental Development in the Child and the Race* 1895.
 Compaaré, *L'évolution intellectuelle et morale de l'enfant* 1893.
 Darwin, C., *Biographical Sketch of an Infant* in der Zeitschrift *Mind* Bd. II, S 285 ff.
 Gonnelli-Cioni, directeur de l'Institut pour les phrénastheriques en Italie: *Phrénasthénie infantile, delibilité de l'intelligence*. Nach dem Referat im *Journal d'Hygiène*, 1900, Nr. 1215.
 Löbisch, J. E., *Entwicklungsgeschichte der Seele des Kindes*. 1851.
 Lombroso, Paola Saggi, *Biologia del Bambino*. 1894.
 Pernz, L., *Les trois premières années de l'enfant*. 1878.
 Derselbe, *L'éducation dès le berceau*. 1880.
 Derselbe, *L'enfant de trois à sept ans*. 1886.
 Preyer, W., *Die geistige Entwicklung in der ersten Kindheit*. 1893.
 Derselbe, *Die Seele des Kindes*. 4. Aufl. 1895.
 Shinn, M. W., *Notes on the Development in the Child*.
 Sigismund, B., *Kind und Welt*. 1856.
 Sully, Prof. der Philosophie am University College in London, früher Prof. der Pädagogik am College of Preceptors daselbst, *Untersuchungen über die Kindheit*. Psychologische Abhandlungen. Deutsch von Dr. J. Stimpfl, Lehrer am Kgl. Schullehrer-Seminar in Bamberg. Leipzig, Ernst Wunderlich, 1897. 5 M.
 Tracy, F., *The Psychology of Childhood*. 2. Aufl. 1894.
 Vor allem darf hier auch das schöne Buch von Hermann Semmig nicht vergessen werden: *Das Kind, Tagebuch eines Vaters*. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage, Leipzig, H. Hartung & Sohn, 1876, ein Buch, das zwar von einem Laien, aber einem gelehrten geschrieben, auf Grund sorgfältiger Beobachtungen ein vollständiges Gemälde der ersten Kindheit von der frühesten Entwicklung an bis dahin, wo das Kind den ersten Schritt zur Trennung von den Eltern thut, den Gang in die Schule, wiedergibt, ein Buch, das im Verkehr des Kinderarztes mit der Mutter beiden eine reiche Quelle der Unterhaltung und freudigen Austausches der Meinungen und Erfahrungen werden wird. Der Verfasser sagt in der vortrefflichen Einleitung, in welcher er das Tagebuch widmet allen Denkern, den Philosophen, Geschichtsschreibern, Sprachforschern, den Müttern, deren Sorgfalt und Pflege allein die junge Menschenpflanze aufzuziehen vermag, ihren Gatten, die in der Zerstretheit der Geschäfte, die heutigen Tages den Mann nur zu sehr in Anspruch nehmen, oft nicht die Musse und die offene Stimmung finden, ihr eignes Glück zu geniessen und das Leben des Kindes mitzuleben, der reiferen Jungfrau, die sich schon in

*) Dass in den ersten 3–4 Tagen durch die reichlichen, vermittelt der geringen Nahrungsaufnahme nicht zu deckenden Abgänge ein Gewichtsverlust stattfindet, der erst am zehnten Tage beglichen wird, darf ich hier als bekannt voraussetzen.

reiner Liebe an den Bräutigam schmiegt, in dessen Wohnung sie bald das Feuer des häuslichen Herdes anzünden soll, vor allem aber dem treuen Weib, das das liebe Kind geboren, gross gezogen und gepflegt hat. — „Der Verfasser hat geglaubt, dass die Mitteilung dieses Tagebuchs auch auf andere anregend einwirken könne, und übergibt es daher mit einigen Kürzungen der Öffentlichkeit. Er glaubt, dass die darin enthaltenen Erlebnisse und Empfindungen so allgemein menschlicher Art sind, dass sie ein jeder andere erlebt und empfunden haben kann. Nicht jeder eben hat die Musse, sich dieselben klar zu machen; wie viele auch gehen an den Schätzen des häuslichen Lebens vorüber, ohne sie nur zu ahnen.“

Manches bei der Entwicklung des Kindes Beachtenswerte, namentlich gebildeten Frauen Empfehlenswerte findet der Kinderarzt in dem leider in Deutschland ganz unbekannt gebliebenen, eine reiche Fundgrube zur praktischen Belehrung der Mütter bietenden vortrefflichen Buch von Fonssagrives J. L., *Le rôle des Mères dans les maladies des enfants. on ce qu'elles doivent savoir pour seconder le médecin.* Paris L. Hachette et Co. 77 boulevard St. Germain. Victor Masson et fils place de l'École-de-Médecine. 1868. (Motto: La mère doit être l'auxiliaire et l'interprète intelligente du médecin; c'est folie et péril quand elle veut se substituer à lui!) Das Buch findet sich nur noch vereinzelt im antiquarischen Verkehr.

Der Sinn, welcher sich zuerst beim Kind entwickelt, ist der Tastsinn, vermöge dessen der Säugling die mütterliche Nahrungsquelle aufsucht. Nach wenigen Stunden schon fühlt das Neugeborene, dessen Seh- und Gehörorgan noch nicht ausgebildet genug ist, um sich mit der Aussenwelt in Verbindung zu setzen, wenn ihm die Mutterbrust gereicht wird, dass diese seine neue Heimat ist. Nachdem es voll Ungeduld geschrien, ruht es nun behaglich an der Quelle der Muttermilch und Mutterliebe.

Dem Tastsinn folgt der Gesichtssinn. Bis zur vierten Woche macht das Kind von ihm keinen Gebrauch. Wenn auch der Blick bisweilen umherschweift, so geschieht dies durch Bewusstwerden der Eindrücke, ohne Umsetzung der Wahrnehmungen in Vorstellungen, Begriffe. Aber vom Zeitpunkt etwa der vierten Woche beginnt das Kind die Aufmerksamkeit den Lichterscheinungen zuzuwenden und vom zweiten Monat fixiert es sehr gut die Objekte. Dieselben Erscheinungen wiederholen sich beim Gehör. Kurze Zeit, nachdem das Kind versucht Umschau zu halten in der Aussenwelt mit dem Auge, gegen die Mitte des zweiten Monats, beginnt es den Kopf nach der Seite zu drehen, von welcher Schallwellen ihren Ausgangspunkt nehmen. Die Augen fixieren Dinge und Personen immer sicherer, immer neugieriger; das Kind beobachtet und sammelt Eindrücke. Sein Gehör wird klarer; es horcht auf und sucht mit den Augen, woher der Laut kommt.

Die Entwicklung des Geistes eines Kindes ist ein seltsames Rätsel. Etwa im dritten Monat erwecken die Eindrücke der äusseren Gegenstände zuerst die Neugierde, das Kind will sich von denselben Rechenschaft ablegen; es greift danach. Die Sprache, die mit dem Menschen erwachsen und gebildet worden ist, hat diese Stufe des geistigen Lebens durch das Wort begreifen bezeichnet. Was ich in der Hand halte, habe ich „begriffen und gefasst“. Langsam und allmählich auf Grund des Greifens und Begreifens des Kindes entwickelt sich der Raumsinn. Aber zur Zeit bilden weder Hand noch Verstand die Kontrolle für die Verrichtungen der Sinnestätigkeiten, sondern der Tastsinn, der von Anbeginn das Leben des Kindes begleitet, übernimmt auch die Überwachung über die später erwachenden Sinnesfertigkeiten. Was das Kind ergreift und begreifen will, sucht es durch den Tastsinn zu erreichen.

Bald erwacht auch der Geruchssinn, was daraus zu entnehmen, dass der Säugling aromatische Zusätze zur Milch ablehnt oder mit Vorliebe genießt. Haben sich nun die verschiedenen Sinnesfertigkeiten einermassen gefestigt, so beginnen die Versuche zur Entwicklung des Sprachvermögens. Man sieht und hört deutlich, dass das Kind sich bemüht, Zunge und Kehlkopfbänder, kurz alle Muskeln zur Bethätigung des Sprachvermögens in Bewegung zu setzen. Schon werden die Laute artikulierter, bald werden Silben gebildet und erhalten die Töne einen bestimmten Ausdruck. Für die Entwicklung der Sprache bildet unter allen fünf Sinnen das Gehör, der soziale Sinn, der Umgangssinn die feste und breiteste Grundlage. Wenn die Sprache allein den Menschen menschlich gemacht hat, so musste das Ohr das empfindlichste Organ sein, was die Thatsache bestätigt, dass das Kind zur Zeit der Entwicklung der Sprache, wenn es auch noch so sehr anderweit beschäftigt ist, sobald eine Person ein Gespräch führt, aufhorcht und das Auge nicht von ihr verwendet. Der blinde Dichter Pfeffel wurde einmal gefragt, welches Unglück ihm das grösste scheine, der Verlust des Gesichtes oder der des Gehörs. „Offenbar der des letzteren“ erklärte er. Und allerdings ist dasselbe das vermittelnde Organ für den Menschen als „geselliges Wesen“. (Semmig.)

Schon in den ersten Monaten kann man Versuche zum Lachen, das Lächeln beobachten, aber das eigentliche Lachen als Ausdruck der Freude entwickelt sich erst im fünften und sechsten Monat. „Das Kind hat gelacht!“ Alle Freuden der Zukunft hallen in seinem Lachen wieder; das himmlische Glück, das unerwartet wie der Blitz vom Schosse Gottes fällt, hat keine fröhlichere Stimme als das Lachen des Kindes. Erst nachdem das erste Lebensjahr abgelaufen, beginnt das Kind sich zu vergnügen durch Nachahmung anderer. Immer weiter schreitet die Entwicklung der Sinne und Seele vorwärts in der ersten Lebensperiode, die das zweite und dritte Lebensjahr, bei Kindern, die sich langsam entwickeln, auch noch das vierte umfasst. Die Bewegungen werden nun freier, selbständiger, willkürlicher und auf Grund der Willensäusserungen, der Voluntas, entwickelt sich weiter die Sprache, der Gang, das Spiel. Allmählich bilden sich die höheren Fähigkeiten aus.

Grossen Schwierigkeiten unterliegt die Diagnose sowohl der Beschränkungen, Defekte in bezug auf einzelne Sinne als der Intelligenz im allgemeinen, zumal wenn diese Defekte nicht deutlich ausgeprägt sind.

Litteratur.

Burkhard, Ph., Die Fehler der Kinder. Eine Einführung in das Studium der pädagogischen Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten. Karlsruhe, Verlag von Otto Nemnich, 1898 (Deutschlands Juristen, Ärzten und Erziehern gewidmet.)

Dornblüth, Dr. med. Otto, Kompendium der Psychiatrie für Studierende und Ärzte. Leipzig, Verlag von Veit & Co. M 6.

Eichholz, Alfred, Schulinspektor in London. The treatment of Feeble-Minded Children. The British Medic. Journal 1902. Nr 175.

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, 1887.

Fuchs, Arno, Schwachsinnige Kinder, ihre sittliche und intellektuelle Rettung. Eine Analyse und Charakteristik, nebst theoretischer und praktischer Anleitung

zum Unterricht und zur Erziehung schwachsinniger Naturen. Für Lehrer und gebildete Eltern. Gütersloh. Verlag von C. Bertelsmann. 1899. 3 M.

Koch, Direktor der Irrenanstalt in Zwiefalten. Leitfaden der Psychiatrie. Die psychopathischen Minderwertigkeiten. 1891—1893.

Közle, Joh. Fr., Die Pädagogische Pathologie in der Erziehungskunde des 19. Jahrhunderts. Gekrönte Preisschrift der Pädagogischen Gesellschaft zu Leipzig. Gütersloh. Verlag von C. Bertelsmann, 1893.

Laquer, Dr. med. Leopold, Nervenarzt und Schularzt der städtischen Hilfsschulen zu Frankfurt a. M. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Begründet von Direktor Dr. med. Konrad Alt, Uechtspringe (Altmark). In Rücksicht auf den Zusammenhang in der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes herausgegeben von Prof. Dr. A. Hahn, Strassburg i. E. Bd. IV, Heft 1. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold, 1902, 1,50 M. Abonnementspreis für 1 Bd. = 8 Hefte 8 Mk.

Renkauf, Dr. A., Schuldirektor in Coburg. Abnorme Kinder und ihre Pflege.

Römer, Psychopathische Minderwertigkeiten im Säuglingsalter. Stuttgart 1892.

Strümpell, Ludwig, Prof. an der Universität zu Leipzig. Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. Versuch neuer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehrer sowie für Schulbehörden und Kinderärzte. Zweite bedeutend vermehrte Auflage. Leipzig 1892.

Trüper, J., Direktor der Anstalt für schwer erziehbare Kinder auf der Sophienhöhe bei Jena. Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. Verlag von Oskar Bonde in Altenburg. 1 M.

Derselbe, Psychopathische Minderwertigkeiten im Kindesalter. Verlag von Beyer & Söhne (Beyer & Mann) Langensalza. 1893. 1 M.

Derselbe, Dörpfelds F. W., Soziale Erziehung in Theorie und Praxis. Verlag von C. Bertelsmann, Gütersloh. 3 M., geb. 3,60 M.

Weygandt, Wilh., Dr. phil. et Med. Privatdozent an der Universität Würzburg. Die Behandlung idiotischer und imbeciller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). 1900, 2,50 M.

Zehender, Prof. Dr. W. von, vormals Vorsitzender der Sektion für Schulgesundheitspflege in Rostock. Vorträge über Schulgesundheitspflege. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1891.

Ziehen, Dr. med., Prof. an der Universität Utrecht. Sammlung medizinischer Lehrbücher. Bd. XVII. Psychiatrie für Ärzte und Studierende bearbeitet. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig, Verlag von S. Hirzel, 1902.

Derselbe, Die Geisteskrankheiten im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Heft 1, 1,80 M. Verlag von Reuther & Reinhard, Berlin W. 9.

Denkschrift zur Feier des fünfzigjährigen Bestehens der Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. R. O. A. Cannstatt (Württemberg) 17. Mai 1899. C. W. Meyersche Buchdruckerei (J. Rösler) Schorndorf 1899.

Viel wertvolles Material über schwachsinnige Kinder findet sich niedergelegt in der bereits im VII. Jahrgang erscheinenden Zeitschr. für Kinderforschung. Die Kinderfehler. Mit besonderer Berücksichtigung der pädagogischen Pathologie. Im Verein mit Dr. med. J. L. A. Koch und Prof. Dr. theol. et phil. Zimmer. Herausgegeben von Institutsdirektor J. Trüper und Rektor Chr. Ufer. Jährl 6 Hefte. Preis 4 M. Verlag von H. Beyer & Söhne (Beyer & Mann) Langensalza.

Eine Aufzählung aller denkbaren seelischen Fehler im Kindesalter nebst Versuchen zu Klassifikation findet der Leser in Közles und Strümpells „Pädagogische Pathologie“.

In Trüper (s. obige Litteratur) finden wir über diese noch folgende Kritik:

In gemeinverständlicher, erziehender Darstellung hat Dr. Friedrich Scholz, Direktor der Kranken- und Irrenanstalt zu Bremen uns die „Charakterfehler des Kindes“ als eine „Erziehungslehre für Hans und Familie“ gezeichnet. (Leipzig, Eduard Heinrich Meyer). Die Schrift ist seiner Tochter, einer jungen Mutter gewidmet und kann allen Müttern angelegentlich empfohlen werden.

Auch das kleine Buch von Siegert, Problematische Kindesnaturen (Kreuznach und Leipzig) zeichnet eine Reihe psychopathisch minderwertiger und geisteskranker Kinder nach der Natur, wenn auch etwas übertrieben in den Behauptungen.

Die ins Geisteskranke übergehenden Formen psychopathischer Minderwertigkeit der Idiotie werden in vortrefflicher, lebendig-anschaulicher Weise geschildert in der Schrift von Paul Sollier: „Der Idiot und der Imbecille. Eine psychologische Studie.“ In's Deutsche übersetzt von Dr. Paul Bein. Hamburg 1891. Leider ist aber die psychologische Beurteilung ebenso oberflächlich wie einseitig.

Schwachsinnige Kinder.

Die Berechtigung, eine Betrachtung über schwachsinnige Kinder an eine solche über die Sinne, ihre Entwicklung und Pflege anzuschliessen bez. in eine solche einzuschliessen, wird sich im Weiteren ergeben. In den gangbaren Lehrbüchern findet man die verschiedenen Formen des Schwachsinnes unter dem Sammelnamen *Defektpsychosen* vereint. Die klinische Beobachtung lehrt uns nämlich einen grossen Unterschied zwischen den verschiedenen Geistesstörungen, welche von ihrem ersten Beginn einen deutlichen Intelligenzdefekt (Urteils- und Gedächtnisschwäche) zeigen und solchen, welche ohne Intelligenzdefekt einsetzen und auch weiterhin meistens ohne Intelligenzdefekt verlaufen. Die Defektpsychosen sind zugleich im wesentlichen die organischen, die Psychosen ohne Intelligenzdefekt die funktionellen d. h. für die ersteren können wir makroskopische oder mikroskopische Veränderungen in der Hirnrinde nachweisen, für die letzteren nicht.

Klassifikation des Schwachsinns.

Der Name *Defektpsychosen* ist nicht glücklich gewählt, da mit dieser Einteilung weder klinisch noch pathologisch-anatomisch eine scharfe Grenze gezogen ist. Zwischen Schwachsinn (Intelligenzdefekt) und Vollsinn kommen klinisch alle denkbaren Übergänge vor; manche Formen des Schwachsinns bestehen in sog. Kinderfehlern, die gar nicht zu den Psychosen zählen, sondern nur minderwertige Seelenzustände darstellen. Pathologisch-anatomisch ist die Grenzbestimmung zwischen „organisch“ und „funktionell“ im höchsten Grade von der fortschreitenden Vervollkommnung unserer Untersuchungsmethode abhängig. Ebenso ist vom Anfang an hervorzuheben, dass gelegentlich auch die Psychosen ohne Intelligenzdefekt schliesslich nach längerem Verlauf, wenn keine Heilung erfolgt, allmählich zu einem Intelligenzdefekt, der sog. sekundären Demenz führen können. Diese sekundäre Demenz stellt gewissermassen das Bindeglied zwischen den beiden Hauptgruppen der Psychosen, den Psychosen ohne Intelligenzdefekt und der Defektpsychosen dar.

Auch die Nomenklatur für die weitere Klassifikation der Defektpsychosen ist nicht glücklich gewählt. Den untersten Tiefstand der Defektpsychosen nimmt eine Entwicklungsstörung ein, welche im kindlichen Alter infolge von *Erkrankungen der Schilddrüse* auftritt. Schon lange war bekannt, dass manche Fälle von schwerem Schwachsinn eine kropfartige Vergrösserung der Schilddrüse zeigen. Diese Fälle sind weiterhin auch durch bestimmte körperliche Symptome z. B. Zwergwuchs und eigentümliche Hautwulstungen (teils Lipomatose, teils Myxödem) charakterisiert. Auch treten sie gewöhnlich *endemisch* auf, so z. B. namentlich in abgeschlossenen Hochgebirgstälern der Alpen, Pyrenäen, Cordilleren, des Kaukasus, Himalaya, ferner in Franken, in der Rheinpfalz u. s. f. Es hat sich nun ergeben, dass in diesen Fällen, welche man auch als *Kretinismus* bezeichnet, die Erkrankung der Schilddrüse das Primärleiden ist und dass die einer Vergiftung vergleichbare Stoffwechselstörung, welche durch die Erkrankung der Schilddrüsen zustande kommt, einerseits den Zwergwuchs und die Hautwulstungen, andererseits die Störung der Hirnentwicklung und damit

den Intelligenzdefekt bedingt. Die Ursache der Schilddrüsenerkrankung selbst ist noch nicht sicher bekannt; bald hat man sie in der chemischen Zusammensetzung des Trinkwassers, bald in anderweitigen ungünstigen hygienischen Verhältnissen, bald in Mikroorganismen gesucht. Jedenfalls muss es sich um ganz lokale Schädlichkeiten handeln, denn man hat beobachtet, dass gesunde Eltern, welche ferne von Gegenden der Endemie normale Kinder gezeugt haben und später wieder zeugen, während eines Aufenthalts in der Gegend der Endemie Kretinen zeugen. Allerdings kommen andererseits zuweilen auch typische Fälle von Kretinismus vereinzelt in Gegenden vor, in welchen der Kretinismus nicht endemisch ist. In diesen Fällen hat man fast ausnahmslos die völlige Abwesenheit der Schilddrüsen feststellen können. Weiterhin hat man die angeborenen sog. Defektpsychosen, bei denen der Intelligenzdefekt angeboren oder in den ersten Lebensjahren erworben ist und im Lauf des Lebens keine wesentliche Steigerung erfährt, nach dem Grade des Intelligenzdefektes eingeteilt in Idiotie, Imbecillität, Debilität. Zwischen Idiotie und Imbecillität, zwischen Imbecillität und Debilität existieren aber keine scharfen Grenzen. Die leichte Idiotie deckt sich mit der schweren Imbecillität, die leichte Imbecillität mit der schweren Debilität. Da im Einzelfall oft nicht alle Vorstellungs- und Associationsgebiete gleichmässig befallen sind, wird man oft, je nachdem man dieses oder jenes Vorstellungs- bez. Associationsgebiet berücksichtigt, einen Fall sowohl zur Imbecillität wie zur Idiotie bez. sowohl zur Debilität wie zur Imbecillität rechnen können („ungleichmässig ausgebreitete Imbecillität“). Noch viel wichtiger ist die Thatsache, dass allmähliche Abstufungen von der Debilität zur physiologischen Beschränktheit und damit zum Vollsinn hinüberführen. Die geistigen Fähigkeiten sind eben sehr ungleich über die Menschheit verteilt worden. Sowie wir in bezug auf körperliche Gestaltungen so zahlreiche Verschiedenheiten antreffen, dass kaum ein Bild dem andern gleicht, ebenso mannigfach erweist sich der Bestand an menschlichem Geist in bezug auf Quantität und Qualität. Abweichungen von der normalen Breite der Gesundheit im Seelenleben des Kindes kommen gemein häufig vor. In den medicinischen Lehrbüchern werden sie teils unter dem Namen der Idiotie, Imbecillität, Debilität beschrieben, nach Binswanger, Pelman teils unter dem Begriff der Nervosität, teils der sog. neuropathischen oder psychopathischen Konstitution vereint. Koch hat unter der Bezeichnung: Psychopathische Minderwertigkeit zusammengefasst, alle, seien es angeborne, seien es erworbene, den Menschen in seinem Personenleben beeinflussende psychische Regelwidrigkeiten, welche auch in schlimmen Fällen keine Geisteskrankheit darstellen, welche aber die damit beschwerten Personen auch im günstigsten Fall nicht als im Vollbesitz geistiger Normalität und Leistungsfähigkeit stehend erscheinen lassen.“ Trüper*) hat sich ein grosses Verdienst erworben, das ganz Unzutreffende unserer nosologischen Nomenklatur in bezug auf die Kinderfehler erwiesen zu haben, die er ganz allgemein abnorme Erscheinungen im Seelenleben der Kinder benennt. Unter Schwachsinn verstehen wir nämlich gerade das nicht, was der Name besagt, Schwäche der Sinne. Beim Schwachsinn können die Sinne ganz normal sein, ebenso

*) In einem Vortrag. Vgl. Litteratur.

können Menschen mit schwachen, selbst erloschenen Sinnen geistig normal, selbst geistreich sein. Schwachsinnige hören oft mit normal hörenden Ohren nicht und sehen mit normal sehenden Augen nicht. Der Ausdruck kann seinem Wortlaute nach nur bedeuten: schwach im Sinnen d. h. im Denken. In der That ist er in dem gebräuchlichen Sinne gleichbedeutend mit Urteils- oder Intelligenzschwäche. Wenn der Ausdruck aber diese bezeichnen soll, so ersetzt man ihn besser durch Geistes-schwäche. Aber auch diese Bezeichnung ist nicht zutreffend, um den ganzen minderwertigen Seelenzustand zu bezeichnen, mit welchem wir es bei den sogenannten schwachsinnigen Kindern zu thun haben. Denn hier handelt es sich nicht bloss um Schwäche der Intelligenz. Der Denkprozess kann auch noch nach andern Richtungen hin fehlerhaft und regelwidrig, von der rechten Bahn „verrückt“ sein. Das liegt aber in der Bezeichnung „Schwachsinn“ und „Geistesschwäche“ nicht mit ausgedrückt. Und weiter: Nicht bloss die Intelligenz kann im Seelenleben abnorm sein, sondern in demselben Masse kann auch — und das wird seltener bedacht — das Gemüts- und Willensleben sowohl krankhaft geschwächt, als auch krankhaft gesteigert und krankhaft entartet sein. Es giebt auch einen moralischen Schwachsinn, wie eine moralische Verrücktheit.

Die sog. Schwachsinnigen sehen also mit sehenden Augen und hören mit hörenden Ohren nicht oder doch schlecht, weil ihr Verstand die Sinneseindrücke nicht oder nicht richtig zu verarbeiten vermag, oder weil der Gefühlston irre leitet, weil das „Herz“ wie ein fauler Baum verstockt und der Wille verdorben ist. Beide Ausdrücke, „Schwachsinn“ und „Geistesschwäche“, sind somit nicht umfassend genug und darum irreführend. Ebenso einseitig sind auch die Namen für die untergeordneten Begriffe wie blödsinnig, schwachsinnig — das Wort im engeren Sinne genommen und geistig zurückgeblieben.

Sie bezeichnen immer nur Intelligenzdefekte, aber nicht Totaldefekte im abnormen Seelenleben. Auch bezeichnen sie nur graduelle Verschiedenheiten der Fehlerhaftigkeit, aber keine qualitative Verschiedenheit. Von einer logisch richtigen Einteilung muss man das letztere aber erwarten.

Dasselbe gilt in erhöhtem Masse von der in der Medizin üblichen gallizistischen Terminologie: Kretinismus, Idiotie, Imbecillität und Debilität. Der Sinn dieser Bezeichnungen, sagt mit Recht Trüper, grenzt fast an Unsinn, und nicht genug kann hier das Wort Hoffmann von Fallerslebens betont werden:

Werft allen Plunder über Bord,
Braucht ein verständlich deutsches Wort!

Wenn man der Wissenschaft wegen international etwas bezeichnen will, dann doch wenigstens ein sinnreiches Fremdwort.

„Mit Kretinismus bezeichnet man diejenige Idiotie, bei welcher eine erhebliche körperliche Missbildung — besonders Kropf, Tribasilar-Synostose, eingedrückte Nase, grosser Kopf, zwerghafter Körper — vorhanden ist,“ sagt Roths klinische Terminologie. *) Kretinismus kommt her

*) Klinische Terminologie. Zusammenstellung der zur Zeit in der klinischen Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung von meil. Dr. Otto Roth. 4 Aufl. Leipzig, Eduard Bezdol, 1893.

von creta, die Kreide. Kretin heisst also „Kreidling“, Kretinismus der Zustand der Kreidlinge. (!)

Idiotismus oder Idiotie (von *ιδιος*, eigen) ist das Wesen eines Idioten, d. h. eines Privatmannes, eines Laien, eines Sonderlings, eines eigenartigen, sich vom öffentlichen Leben fernhaltenden Menschen. (!)

Imbecillität kommt her von in – ohne und bacillum = Stab. Wenn „ohne Stab“ auch bedeuten könnte „ohne Verstand“, so bliebe auch diese Bezeichnung eine imbecilie. (!)

Die Rothsche Terminologie kennt die „Debilität“ noch nicht. Debil bedeutet schwach, matt. Debilität also Schwäche, Kraftlosigkeit und debilitas animi Geistesschwäche. Man meint aber nur den geringeren Grad der Geistesschwäche, den wir auf gut deutsch mit „schwach befähigt“ bezeichnen.

Zutreffender ist der Ausdruck von Koch: seelische Minderwertigkeiten, insofern diese krankhafter Art sind: „psychopathische Minderwertigkeiten.“ Da dieser Begriff aber die vollenderen Seelenkrankheiten ausschliesst, so ist er auch nicht umfassend genug, um das zu bezeichnen, was man mit dem Ausdruck „Schwachsinn“ eigentlich alles bezeichnen möchte.

Trüper, dem wir bei dieser Betrachtung wörtlich gefolgt sind, will daher die Begriffsbestimmung verallgemeinern, indem er die Bezeichnung: Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben in Vorschlag bringt. Auch die französische Begriffsbestimmung ist sehr mangelhaft. Gonnelli-Cioni in seiner Mitteilung an das Unterrichtsministerium in Lyon bezeichnet den Zustand, den man gewöhnlich als Imbecilleté wie in Deutschland benennt, als Phrénasthénie infantile, was bedeutet Schwäche des Begriffsvermögens.

Es ist hohe Zeit, wenn wir der Pädagogik einen Dienst erweisen wollen, ihr nicht mit solchen nichtssagenden verwirrenden Begriffen entgegenzukommen. Suchen wir nach Kriterien für eine praktische, den Arzt wie den Pädagogen gleichermaßen befriedigende Klassifikation, so ist die von Esquirol in Vorschlag gebrachte Einteilung der angeborenen Geistesschwäche nach der Sprachfähigkeit bereits von mehreren Seiten zurückgewiesen worden, da die Entwicklung der Intelligenz keineswegs immer parallel der Sprachentwicklung geht und viele geschwätzige Idioten schwachsinniger sind, als manche torpide und vollkommen redende Kinder. Auch der geistvolle Versuch Wildermuths, die Stufen der Idiotie zu unterscheiden nach dem Alter des normalen Kindes, dem der Stillstand in der Geistesentwicklung beim Idioten ungefähr entspricht, konnte zu keinem befriedigenden Resultat führen, da es sich nicht nur um eine auf niedriger Stufe stehen gebliebene Entwicklung handelt, sondern vielfach um Krankheitsprozesse, welche die Entwicklung nach pathologischen Richtungen fortschreiten und somit positiv Krankhaftes neben einfachen Defekten auftreten lassen. Hierher gehört auch der Versuch eines Einteilungsprinzipes des Breslauer Kinderarztes Thiemich*), welcher in einer Abhandlung über die Diagnose der Imbecillität im frühen Kindesalter den Standpunkt vertritt, dass in jener frühen Lebensperiode als imbecill jene kindlichen Individuen zu gelten haben, „deren Aufmerksamkeit durch

*) Deutsche Medizinal-Ztg. 1900. Nr. 2.

Sinnesindrücke in erkennbarer Weise erregt werden kann“, als idiotisch dagegen solche, „welche auf derartige Sinnesreize nicht reagieren.“ Den einzig richtigen Weg hat Weygandt eingeschlagen, indem er die Bildungsfähigkeit des Geistesschwachen als Kriterium nimmt und unterscheidet: Bildungsunfähige Idioten, bildungsfähige Idioten und von diesen Formen eines auf Entwicklungshemmung beruhenden Irrsinns abzuscheiden die Fälle, bei denen nach oder auch während einer im ganzen normalen Entwicklung des Intellekts und meist auch des Gemütslebens allmählich krankhafte Neigungen und Triebe auftreten, die den Willen dauernd oder zeitweilig beherrschen können. Von diesen degenerativen Geistesstörungen soll eben, weil wir die Bildungsfähigkeit als Kriterium feststellen, hier nicht die Rede sein.

Noch sei hier gegen ein allgemein verbreitetes Vorurteil angekämpft. Nicht selten begegnet man der Ansicht, es sei jedes in seinem psychischen Leben pathologisch beeinträchtigte Kind auch irgendwo sittlich geschädigt. Und Trüper sagt, er selbst erlebe es immer wieder, dass Besucher seiner Anstalt die abnormen Kinder, welche nicht schwachsinnig sind, ohne weiteres wenigstens für sittlich defekt betrachten. Ja, man geht manchmal so weit, in jeder psychopathischen Schädigung an sich schon einen sittlichen Makel zu erblicken. Dem psychopathisch Belasteten bringt darum der gebildete wie ungebildete Haufe statt Teilnahme Verachtung, ja Spott entgegen.

Aber nichts ist verkehrter und ungerechter als dieser Vorwurf. Es kann bei Kindern wie bei Erwachsenen neben schweren psychischen Krankheitserscheinungen ein vortrefflicher sittlicher Charakter bestehen. Ja, gerade die pathologischen Erschwernisse können herrliche Blüten von sittlicher Charakterstärke erzeugen.

Auf Grund unseres Kriteriums der Bildungsfähigkeit unterscheiden wir folgende Gruppen der Geistesschwachen.*)

1. Die schweren Formen, bei denen der Tiefstand der Sinne und des Seelenvermögens die Bildungsfähigkeit ausschliesst. Solche automatische Wesen, ohne bewusste Wahrnehmung, mit dunklem Triebleben, häufig ohne deutliche Unterscheidung von Lust- und Unlustgefühlen, freundlichen oder feindlichen Einwirkungen scheiden von unserer Betrachtung aus.

2. Einen wesentlichen Fortschritt zum Besseren bedeutet die nächste Stufe, auf welcher das Bewusstwerden der körperlichen Persönlichkeit, das Ich auftaucht und zu der Umgebung in Beziehung gebracht wird, Erinnerungsbilder und Associationen in geringer Ausdehnung vorhanden sind. Die Sprache bleibt meist noch lange aus, bis in das vierte, fünfte Jahr hinein und noch länger, oder sie besteht in unvollkommenen, schlecht artikulierten Äusserungen, die nur der nächsten Umgebung verständlich sind. Bei Anstaltspflege ist ein wenn auch ganz geringfügiger Grad der Bildungsfähigkeit zu erwarten. Solche auffallend Schwachsinnigen kennt jeder, die Diagnose unterliegt keinen Schwierigkeiten,

*) Der Ausdruck Geistesschwäche wird, so lange das Gesetz eine andere Formalität nicht annimmt, immer noch, trotz der Einwendungen, welche wir gegen diese Begriffe erhoben, der vulgäre bleiben.

3. liegen die Ursachen der geistigen „Minderwertigkeit“ nicht in pathologischen Verhältnissen und Vorgängen, sondern vorwiegend in formalen Störungen des psychischen Mechanismus, insbesondere auf dem Gebiete des Gedächtnisses, der Association und Apperception, der Vorstellungen, sowie durch eine Beschränkung der Bildungsfähigkeit zustande gebracht. In diese Gruppe reihen wir ein die problematischen Kindesnaturen, deren Studium Pädagogen, Aerzten, Eltern und allen bei der Erziehung Beteiligten grosse Schwierigkeiten macht. Hierher gehören solche Kinder, die keine groben Störungen der Sensibilität und Motilität, speziell der Sprache zeigen, deren Bildungsfähigkeit aber sehr erschwert wird, so dass sie bei auffallend ungleichmässiger Leistungsfähigkeit nur einen beschränkten Vorrat an positivem Wissen zu erwerben vermögen. Auch ein Teil der psychopathischen Minderwertigkeiten nach Koch, insbesondere die Personen mit dauernder Minderwertigkeit gehören hierher, während die flüchtigen Minderwertigkeiten Kochs zum grossen Teil von dem von der Geistesschwäche zu trennenden degenerativen Irresein zuzuweisen sind. Der Kinderarzt kennt aus eigener Anschauung solche eigenartige Kinder, die weder schwachsinnig noch geisteskrank sind, aber dennoch, oft schon im Säuglingsalter, durch körperliche Defekte, Unfähigkeit zum Saugen, auffallend langsame, körperliche, noch mehr seelische Entwicklung, für die Pflege und später für Erziehung und Unterricht viel Mühe und Sorge machen, und Kinder, bei denen erst eine sorgfältige Analyse die eigentliche Ursache aufdeckt. Geschieht dies nicht, so steht manchem solchen Kinde Haus und Schule ratlos gegenüber; man verfällt von einem misslungenen Versuch zum andern, bis schliesslich die geistige und sittliche Regelwidrigkeit sich derart steigert, dass das Kind überhaupt nicht mehr zu einem brauchbaren Glied der menschlichen Gesellschaft, wenn auch nur der Familie zu bilden ist und es als degeneriert oder geisteskrank geschlossenen Anstalten übergeben werden muss.

Bei solchen erblich psychopathisch Belasteten können die Störungen des Handelns so sehr in den Vordergrund treten, bei scheinbar ungestörtem Verstande, dass man lange Zeit ein in délire des actes (Irrehandeln statt Irresein) oder besonderen Monomanieen, folie raisonnée und dgl. angenommen hat. Haben die abnormen Handlungen einen impulsiven, triebartigen Charakter, so dass der Handelnde nicht imstande ist, sich dem gebieterischen, durchaus zwingenden, dabei oft ganz unklaren, inneren Drange zu widersetzen, während andere Male der Handelnde einen leichten inneren Antrieb besonders deshalb willenlos nachgiebt, weil sein ethisches Gefühl zu wenig ausgebildet ist, um ihn zurückzuhalten, so hat man solche Fälle auch als folie morale oder moral insanity bezeichnet, während es sich in Wahrheit nicht um eine eigene Krankheitsform, sondern um eine ethische Minderwertigkeit auf hereditär abnormem Boden und mit mehr oder weniger ausgeprägtem Schwachsinn handelt.

4. Zur vierten Klasse vereinigen wir diejenigen Kinder, deren krankhafter Zustand sich auf Grund hochgradiger Nervosität, allzu rascher geistiger Entwicklung herausbildet. Hierher gehört eine für den Arzt wie Pädagogen besonders wichtige Erscheinung, welche den Übergang bildet von der psychopathischen Minderwertigkeit zu unserer Gruppe, die reizbare Schwäche. Diese wird charakterisiert durch frühzeitige Erschöpfbarkeit, Unfähigkeit, eine bestimmte körperliche oder auch geistige

Arbeit andauernd und wiederholt zu vollführen bei gesteigerter Erregbarkeit des Nervensystems wie des Geistes. Meisterhaft schildert Trüper die Erscheinungen dieser Gruppe, ein Symptomenbild, das wir hier in der gedrängtesten Kürze wiedergeben.

Die Erregbarkeit ist gesteigert, das Kind deshalb anscheinend viel versprechend, ein „gewecktes“ Kind. Allein die Erregung lässt unverhältnismässig frühe nach und auf stärkere Erregungen und Anstrengungen hin ist die Erregbarkeit selbst für einige Zeit mehr oder weniger erlahmt. Die Kinder sind dann „erschöpft“.

Weil die Erregbarkeit gesteigert ist, so wirken alle Eindrücke zu stark, oder aber sie erregen zu nachhaltig.

Zunächst zeigt sich die krankhaft gesteigerte Erregbarkeit in den Sinnesorganen.

Selbst Augen, Ohren, Geruchs- und Geschmacksnerven werden oft derart von Eindrücken erregt, dass sie „weh thun“, wie sich ein Knabe ausdrückte, als eine Karbolflasche noch einen Meter von seiner Nase entfernt war, während ein anderer keine Miene bei denselben Reizen verziehen würde.

Solche Kinder weinen und jammern darum bei dem kleinsten Schmerz und haben eine Höllenangst, wenn sie z. B. geimpft, ja wenn ihnen auch nur ein Dorn aus dem Finger oder ein wackeliger fauler Zahn gezogen werden soll. Blut können sie unter keinen Umständen sehen.

Während des Unterrichts bricht ein solcher Zögling regelmässig mitten im Satze ab; erst muss er die Schläge einer Zimmeruhr im anstossenden Raume, die ein anderer selten hört, zählen; dann erst kann der Satz vollendet werden. Nebensächliche Dinge werden darum oft scharf erfasst und wichtige vollständig überhört und übersehen. Scharfe Aufmerksamkeit und wiederum völlige Zerstretheit wechseln so naturgemäss ab.

Krankhaft gesteigert und zugleich geschwächt ist auch das Gefühlsleben. Ein Tadel, verletzter Ehrgeiz, ein Verlust beim Spiel verstimmen manchen masslos, und bekannt sind die vielen Selbstmordversuche bei Kindern aus solchen Ursachen.*) Jede Trennung rührt den einen zu Thränen, und ein anderer bekommt krampfartige Anfälle freudiger Erregung, wenn er jemand wiedersieht, der nur einige Tage abwesend war. Solche Kinder sind oder werden leicht ungesund wehleidig, weichlich rührselig und mitleidig, dumm empfindlich und launenhaft übelnehmerisch, und wiederum übertrieben reizbar und zornmütig, gewöhnlich einfältig ängstlich, schreckhaft und furchtsam. Schon als Säuglinge zeigen sie, wie

*) Scholz widmet dem Selbstmord der Kinder ein ganzes Kapitel (a. a. O. S. 160 bis 172) mit den einleitenden Worten: „Wer vor hundert Jahren über Selbstmord der Kinder hätte schreiben wollen, der würde desselben wohl nur als einer merkwürdigen Kurosität gedacht haben. Heute gehört er zu den alltäglichen Ereignissen. Denn es vergeht fast keine Woche, ohne dass uns die Tagesblätter nicht von irgendwoher die Nachricht eines von einem Kinde begangenen Selbstmordes zutragen. Für den Kenner, namentlich aber für den Irrenarzt, hat diese betrübende Erscheinung nichts Überraschendes mehr. Denn er weiss, dass es die ominöse Dreieit von Nervosität, Geisteskrankheit und Selbstmord ist, die dem Krankheitsgenius unserer Tage ihren unheimlichen Stempel aufdrückt. Unsere Kinder aber stehen unter denselben Lebensverhältnissen wie wir und nehmen ihren nicht gering bemessenen Anteil an den allgemein veranlassenden Ursachen.“

Desgl. Em mingham, „Die psychischen Störungen im Kindesalter.“ Tübingen 1887. S. 155—167.

Roemer darlegt, Anwandlungen von Angst, so z. B. wenn sie ins Bad getaucht werden. Wiederum aber sind sie leicht beruhigt, wenn sie sich nur an einem Finger oder einem Badetuchzipfel halten können. Furcht vor Dunkelheit, vor eingebildeten Dieben und Räubern, vor Tieren allerlei Art, vor Tadel, Strafe u. s. w. erhalten sich oft bis ins späte Alter.

Auch die geschlechtliche Erregung ist manchmal pathologisch gesteigert. Kleine Kinder, namentlich die des schwachen Geschlechts, masturbieren oft schon in einer unheimlichen Weise, und im späteren Alter bieten schon reizbar schwache Schulmädchen unserer nervösen Grossstädte sich feil, während Knaben durch den Anblick einer „Schürze“ oder die Lektüre einer schlüpfrigen Stelle in Aufregung geraten und Exzesse verüben. Auch führt die reizbar schwache Frühreife als „unglückliche Liebe“ so häufig zum Selbstmorde.

Die krankhaft gesteigerte Erregbarkeit des Phantasielebens lässt sie für alles mögliche phantastisch schwärmen und ebenso schnell wieder abspringen.

Die Schwäche kann auch ohne gesteigerte Reizbarkeit bestehen, ja sie zeigt sich sogar am meisten mit Herabsetzung der Erregbarkeit und ist in den verschiedensten Graden vom schwachen Sinn bis zum Schwachsinn und zum Blödsinn allgemein bekannt. Sie kann vorhanden sein auf dem Gebiet der Sinnesthätigkeit, des Perzipierens und Apperzipierens, des Gedächtnisses, der Vorstellungsverknüpfungen und des Vorstellungsablaufes u. s. w., als Enge des Bewusstseins, als Schwäche im Gefühlsleben, als Willensschwäche, als Schwäche der Motilität und Handelns u. s. w.

Und wiederum umgekehrt kann die gesteigerte Reizbarkeit nach den verschiedensten Seiten hin sich ohne Schwäche zeigen, wenn sie auch naturgemäss zuletzt eine Schwächung herbeiführt.

5. Eine fünfte Gruppe umfasst die Schmerzens- und Sorgenkinder, welche ein praktischer Schulmann, Dr. Alfred Spitzner*) so trefflich geschildert hat. In diese Klasse gehören fehlerhafte, psychisch zarte, unnatürlich erregbare oder andererseits torpide Kindesnaturen, welche oft durch ein unermüdliches hingebendes Zusammenwirken von Haus und Schule unter Dazwischenkunft des Arztes vom Untergang gerettet werden können.

(Schluss folgt.)

Referate.

10. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln am 10. August 1902.

I. Mayer (Köln): a) Demonstration eines Redressionsgypsbettes bei rachitischer Skoliose. Dasselbe wird nach

*) Vgl. insbesondere „Gartenlaube“ Jahrg. 1897. Wenn ich hier ein Familienblatt als Autorschaft zitiere, so glaube ich, dass aus diesem Artikel für die Pädiatrik mehr zu erlernen, als aus einem dickleibigen Lehrbuch der Bakteriologie oder Pharmakodynamik.

Schanz auf dem Nebelschen Rahmen in redressierter Lage des Kindes angefertigt, indem man von dem Kinde einen Gypsabklatsch des Rückens macht und derselben trocknet. Dem Rippenbuckel gegen überkommt ein Filzstück, welches beim fertigen Gypsbett auf die Stelle des Rippenbuckels kommt. In den Abklatsch wird oben eine Stahlstange quer eingegypst, welche das Herumwälzen mit dem Gypsbett verhindert und ausserdem einige Schnallen angebracht, welche das unwillkürliche Verlassen des Gypsbettes im Schlafe unmöglich machen. Die Ränder werden mit Flanell beklebt.

b) Demonstration eines Lederschuhes über einen Geh-Gypsverband. Der Schuh wird vorne und hinten zum Schnüren eingerichtet.

II. Kaupe (Dortmund): Maligne Varicellen. K. machte bei einer Varicellenepidemie die Beobachtung, dass dieselbe äusserst infektiös war, ferner dass bei derselben mehr als gewöhnlich Komplikationen auftraten, was von der gewöhnlichen Anschauung, dass Varicellen die unschuldigste Kinderkrankheit sei, bedeutend abweicht. Nachdem K. die Urteile betr. Prognose älterer Pädiater angegeben, ging er nach Erwähnung des Falles von Henoch betr. Nephritis nach Varicellen auf sein eigentliches Thema über und besprach die in der Litteratur niedergelegte Casuistik der malignen Varicellen unter Einreihung seiner Beobachtungen: 2 mal schwere ulceröse Form; 2 mal Nephritis; bei einem Kinde, dessen Mundschleimhaut besonders befallen war, war sogar das vordere Gaumensegel von einer ulcerösen Varicellenpustel durchbrochen; bei einem anderen Naseneingang und Nasen-Inneres äusserst stark befallen und als Kuriosum das Befallen-sein der *vola manus* mit typischen Varicellenpusteln. K. schliesst: Es ist also das Varicellengift nicht immer so indifferent als angenommen wird und es ist daher ratsam, sich bei Varicellenerkrankung betr. Prognose eine gewisse Reserve zu bewahren und wenn auch keine strenge, so doch reizlose Diät zu verordnen.

Zur Diskussion: Castenholz (Köln): Er hat ebenfalls schwere Nephritis nach Varicellen beobachtet, wie sie schwerer auch nicht nach Scharlach aufzutreten pflegt. In mehreren Fällen — aber nur in einem Jahre, nachher nicht mehr — beobachtete C. in einer Varicellenepidemie, dass sich die Varicellen zu grossen, pemphigus-ähnlichen Blasen erbreiterten, von denen einzelne bis zu Handtellergrösse anwuchsen. Diese Fälle verliefen schwer, wenn auch nicht tödlich. Schliesslich muss C. die Gefährlichkeit der Varicellen für Hospitäler betonen, weil nach seinen Erfahrungen sich an Varicellen sehr leicht Sepsis mit tödlichem Ausgange anschliesst.

Rey (Aachen) beobachtete in früherer Zeit niemals irgend welche Komplikationen unangenehmer Natur bei Varicellen. Im vergangenen Frühjahr jedoch zeigten die Varicellen in Aachen wie auch in Dortmund einen viel schlimmeren Charakter als gewöhnlich. Besonders häufig trat unter der bedeutend vergrösserten Varicellenpustel ein Furunkel auf, seltener eine breitere Nekrose der Haut, die in einigen Fällen bis auf die Fascie hinabging. Die Temperaturen erreichten eine ungewöhnliche Höhe. Auch in den schwersten Fällen beobachtete er keine Nephritis.

Krautwig (Köln) kennt einen Fall von Varicellen, wobei suffokative Anfälle eintreten und von einem Halspezialisten abheilende Ulceration am falschen Stimmband festgestellt wurde.

Selter (Solingen) bestätigt das Vorkommen von Hautgangrän bei Varicellen.

III. Kaupé: Icterus nach Scharlach. Ein 4-jähriges Kind an leichtem Scharlach erkrankt und bereits 4 Tage fieberfrei. Plötzlich Schüttelfrost, Erbrechen und Temperatur von 39,8, obwohl strengste Milchdiät innegehalten wurde und Nieren und Rachen frei waren. Anderen Tages sind die Cervicaldrüsen bedeutend geschwollen. Rachen frei, ebenso die Gelenke, bis zum Abend sind die Praeauriculardrüsen, Cubital- und Inguinaldrüsen geschwollen, hart und zum Teil sogar sichtbar; ebenso die Milz fühlbar. Es fiel auf, dass das Kind keinen Urin gelassen und dass der Stuhl angehalten war; ebenso begannen die Conjunctiven sich gelblich zu verfärben. Anderen Tages früh war das Kind tief icterisch, die Leber deutlich fühlbar, nicht schmerzhaft. Urin waren ca. 70 ccm spontan gelassen, hochgestellt, trübe, dunkelbraun, enthielt viel Eiweiss und Gallenfarbstoff. Mikroskopisch zahlreiche icterische Hyalincylinder und Epithelien. Stuhlgang auf Einlauf strangförmig, thonig, übelriechend. Während dieser Zeit bestand das Fieber fort, bis zum 5. Tage nach dem Schüttelfrost fiel dasselbe kritisch ab, womit auch die Diurese wieder ausgiebig wurde und eine allmähliche restitutio sich einstellte.

Als Ursache nimmt K. zwei Möglichkeiten an: entweder ist durch die Schwellung sämtlicher Drüsen auch der an der porta hepatis gelegene ductus choledochus verlegt gewesen oder aber die Leber selbst als Drüse ist durch das Virus in toto entzündet gewesen und dadurch ist der Übertritt von Gallenfarbstoff in die Blutbahn bedingt gewesen.

IV. Krautwig: Plötzliche Todesfälle im Kindesalter. (Der Vortrag ist in extenso erschienen im Archiv für Kinderheilkunde B. 35.)

Zur Diskussion: Bloch (Köln): Nach Analogie des plötzlichen Herztodes nach überstandener Diphtherie möchte ich an die plötzlichen Todesfälle nach schweren Verbrennungen erinnern, wo bei Sektionen nur wenig konstatiert wurde. Wahrscheinlich handelt es sich um Degeneration der Herzganglien durch die ins Blut aufgenommenen Verbrennungstoffe von der Haut aus.

Castenholz berichtet über einen plötzlichen Todesfall, wo bei der Sektion eine im Schlaf aspirierte Fliege vorgefunden wurde. Das Kind machte sowohl äusserlich den Eindruck eines Erstickten und auch bei der Sektion wurden die Symptome der Erstickung vorgefunden.

Dreher (Köln) teilt einen Fall von plötzlichem Tode mit, bei welchem sich bei der Obduktion eine mässige Pleuritis exsudativa und eine im mittleren Masse hypertrophische Thymus fand. Das rachitische Kind ist nach Angabe der Eltern bis unmittelbar vor seinem Tode ohne jede krankhafte Erscheinung gewesen.

V. Selter (Solingen) bespricht an der Hand zweier Fälle von Pylorusstenose,*) deren einen er post mortem sah und anatomisch mit verarbeitete, während der zweite Fall, der unter den typischen Erscheinungen dieser Erkrankung in Behandlung kam und jetzt weit gebessert hier vorgestellt wird, die über dieses Kapitel bisher erschienene Litteratur und knüpft daran eine Kritik, in der er zu folgenden Schlüssen kommt:

*) Erscheint an anderer Stelle (Grenzgebiete der Chir. u. Med.)

1. Die angegebene Pylorusstenose ist ein wohl charakteristisches Krankheitsbild, das sich zeigt a) in hartnäckigem aber wechselndem, meist einige Zeit nach der Geburt beginnendem, nicht gallenfarbstoffhaltigem Erbrechen, b) in spärlichen, wenn vorhanden, dyspeptischen Stühlen, c) rascher Gewichtsabnahme und eventuell d) deutlich werdender Gastrectasie und e) Tumor in der dem Pylorus entsprechenden Gegend. 2. Für das Vorkommen des Pyloruskrampfes fehlen bisher noch die nötigen faktischen (d. h. anatomisch physiologischen) Grundlagen. 3. Die Therapie der Pylorusstenose erstreckt sich auf Regelung der Diät (feinflockige Gerinnel bildende Speisen, wenn möglich Muttermilch), Magenspülungen, eventuell Mastdarm- und Hauternährung und bei Fehlschlagen dieser Massnahmen, als ultimum refugium Operation. 4. Die Prognose richtet sich nach dem unter der Behandlung festzustellenden Grade der Stenose.

Zur Diskussion: Hoffmann (Düsseldorf) wendet sich gegen den die Operation vollständig verwerfenden Standpunkt Heubners und glaubt, dass man nach einer erfolglosen, nicht zu lange fortgesetzten innern Therapie doch wohl die Verpflichtung habe, mit der Gastroenterostomose eine Heilung herbeizuführen zu versuchen. Besonders der Fall von Kehr beweise, dass man auch in ganz jugendlichem Alter erfolgreich operieren könne. Sehr empfehlenswert sei gerade bei sehr heruntergekommenen Kindern die Witzelsche Methode der Gastroenterostomose, welche eine sofortige Ernährung gestatte.

Lamm (Köln): Bezüglich der diätetischen Behandlung halte ich es für richtig, dem Kinde nur kleine, häufige Mahlzeiten zu geben, also das Brustkind nicht, wie üblich 15—20 Minuten an der Brust liegen zu lassen und event. das Resultat der Magenausspülung der Anzahl der Mahlzeiten zu grunde zu legen.

Paffenholz (Düsseldorf) berichtet über einen Fall von unzweifelhafter Pylorusstenose, der ohne Operation gut verlaufen ist. Erbrechen bestand aber monatelang, das Kind entwickelte sich sehr langsam, in den späteren Monaten aber gut. Also Versuch mit interner Behandlung abzuwarten jedenfalls gerechtfertigt.

VI. Rensburg (Solingen): Zur Frage der Buttermilchernährung. R. berichtet über die Erfolge, die Dr. Selter im Verein mit ihm bei Buttermilchernährung in der Praxis hatten. In ca. 75 Fällen bewährte sie sich durchaus gut; es gelang bei den meisten über Erwärten befriedigende Gewichtszunahmen, bei allen die Heilung selbst schwerer Brechdurchfälle zu erreichen, wo andere Mittel versagten, bezw. langsam zum Ziele führten. Die Erfolge wurden durch Gewichtskurven illustriert. Da alle Milchhändler ihre Buttermilch mit vom Tage vorher zurückgebliebener sauer gewordener Magermilch versetzen, empfiehlt sich grösste Vorsicht; als Kontrollmittel, ob die Buttermilch nicht verfälscht ist, hat sich die Aciditätsbestimmung und die Fällung des Kaseins mit Essigsäure bewährt. Die mit Magermilch versetzte Buttermilch weist stets eine höhere Acidität auf als die reine; das mit Essigsäure gefällte und abfiltrierte Kasein ist bei dieser fein verteilt und legt sich dem Filter in dünner Schicht an, bei jener ist es gröber und massiger auf dem Filter. In Fällen, in denen die Gewichtszunahme bei reiner Buttermilch auf die Dauer nicht befriedigte, erzielten sie stets durch Rahmzusatz einen guten Erfolg, üble Folgen sahen sie selbst bei schweren Enterokatarren nicht hiervon. Bei

atrophischen, für im Alter an Gewicht zurückgebliebenen Kindern liessen sich ohne schädliche Folgen bei gesteigerter Zunahme Mengen bis zu 40 Calorien pro Kilogramm einführen. Am schlechtesten wurde verhältnismässig das Weizenmehl vertragen; relativ häufig liess es sich im Stuhle unverdaut wiederfinden; bei Verwendung von dextrinisierten Mehlen liess sich dieser Umstand leicht heben. Die Millonsche Reaktion auf Eiweiss war selbst bei Einfuhr unverhältnismässig hoher Eiweissmengen stets negativ oder nur schwach angedeutet. Um zu sehen, ob das geänderte Verhältnis von Kasein zum Albumin in der Buttermilch mit zur leichteren Verdaulichkeit derselben beitragen, haben S. und R. das Kasein der Buttermilch und der Magermilch gefällt und gewogen (so gut dies ohne exakte chemische Apparate ging) und ein Plus von Kasein in der Magermilch um 2,65 % gefunden. Genauere chemische Analysen über das Verhältnis des Albumins und Kaseins in der Buttermilch stehen noch aus, werden jedoch auf ihre Veranlassung gemacht werden.

Zur Diskussion: Gernsheim (Worms): Von meiner ursprünglichen Skepsis, der ich verschiedentlich Ausdruck gegeben habe, bin ich abgekommen, seitdem ich mit einwandfreier Buttermilch, spez. bei Kindern auf dem Lande, in deren Familien selbst die Buttermilch sorgfältig hergestellt wurde, gute Erfolge gehabt habe. Diese guten Ergebnisse stellten sich jedoch nur bei chronischen Erkrankungen des Magendarmkanals bei Kindern von 5—10 Monaten, ja bei Kindern über ein Jahr ein, nicht aber bei akuten Brechdurchfällen, bei denen ich regelmässig ein klägliches Fiasko erlebte. Ich möchte noch hinzufügen, dass ich statt des nicht immer gleichmässig beschaffenen Weizenmehls, Reismehl und zwar das in Paketen käufliche Knorr'sche Reismehl verwenden lasse.

Paffenholz: Die Skepsis bei der Buttermilch-Ernährung bezieht sich auf die Schwierigkeit, in Grossstädten gute Buttermilch zu beschaffen. Ein eklatanter Erfolg bei einem Dorfkind von 8 Wochen (Zunahme von 1300 g in 3 Wochen), dessen Eltern selbst täglich für ihr Kind die Buttermilch bereiteten, veranlasste zu Versuchen in der Stadt; hier war das Material sehr verschieden, auch garantiert reine Proben ergaben grosse Unterschiede im Säuregehalt (16 Grade nach Soxhlet mit $\frac{1}{4}$ N. Na. Lauge bis zu 38 Grade.) Millonsche Reaktion nicht durchaus Kontraindikation gegen Eiweissernährung auch Verdauungssekrete können dem Stuhl beigemischt sein. Überhaupt muss der so wichtige Weg der Faecesuntersuchungen beim Aufsuchen der passenden Ernährungsweise noch weiter ausgebaut werden. Bestätigungen der Erfolge Biederts fehlen bis jetzt seitens der grossen Kinderkliniken.

Selter: Dass man skeptisch der Buttermilch gegenüber gestanden, hat seinen Grund darin, dass sie auf Grund rein empirischer Erfahrung empfohlen wurde. Die erste Publikation hierüber (Teixera) stösst unserer wissenschaftlichen Erkenntnis geradezu vor den Kopf, wenn sie z. B. mitteilt, dass man straflos ungezählt Calorien Buttermilch einführen könne, dass eine genaue Stuhluntersuchung zwecklos sei u. s. w. Ich glaube aber, und Herr Rensburg hat es Ihnen angedeutet, dass wir einen Grund ihrer vorteilhaften Wirkung in dem Verhältnis des Albumins zu dem Kasein der Buttermilch sehen müssen. Ich bin daran, den Gedanken weiter auszubauen und eine auch konservierbare, kaseinarne und albuminreiche Nahrung herzustellen. Sollte uns das gelingen, so glaube ich, sind wir einen Schritt

weiter in der Säuglingsernährung, indem wir je nach dem Resultate der Stuhluntersuchung — die ich allerdings nach Biedert in der Therapie der Ernährungsstörungen für unentbehrlich und für einen trefflichen Wegweiser halte — aus Rahm (Fett), aus Zucker bezw. Kohlehydraten und aus einer solchen albuminreichen Milch eine dem Einzelfalle entsprechende Nahrung herzustellen in der Lage sind. Vorläufig aber glaube ich, ist die Buttermilch dazu berufen, uns die Lücke der leicht verdaulichen Eiweissmilch zu ersetzen.

Rensburg (Schlusswort): Ich wundere mich darüber, dass andere Herren solche Schwierigkeiten haben, eine einwandfreie Buttermilch zu erlangen. Wir haben in unserer doch relativ kleinen Stadt in kurzer Zeit schon 2 Quellen für gute Buttermilch gefunden. Die Prüfung des Stuhles mit Millonscher Reaktion hat uns auch in anderen Fällen zur Beurteilung, ob das Eiweiss verdaut wird, stets gute Dienste geleistet, wie überhaupt die Biedertsche Stuhluntersuchung auf Eiweiss, Fett und Stärke; wenn sie auch noch nicht alles bietet, so zeigt sie uns doch den Weg, an Stelle der rohen Empirie Indikationen für die eine oder andere Nahrungsweise zu finden. Die Misserfolge Gernsheims bei akutem Darmkatarrh sind vielleicht darauf zurückzuführen, dass selbstbereitete Buttermilch benutzt wurde; wir haben jedenfalls auch hier glänzende Erfolge gesehen. Dass die Buttermilch als Nahrungsmittel wieder verschwindet, glaube ich nicht, es sei denn, dass es gelingt, dasjenige herausfinden, was der Buttermilch ihre Erfolge bei der Säuglingsernährung verschafft.

Dr. Re y (Aachen).

Das Kopliksche Frühsystem der Masern. Von Sippel (Württemberg mediz. Correspondenzbl. No. 2, 1903).

Auf Grund von 132 in der Olga-Heilanstalt zu Stuttgart beobachteten Masernfällen kommt Verf. betreffs des Koplikschen Symptoms zu folgenden Ergebnissen:

Unter manchen recht unsicheren und wenig eindeutigen Zeichen besitzt das Kopliksche Frühsymptom der Masern einen absolut verlässlichen pathognomonischen Wert. Dies dem Ausbruch des Hautausschlages und des Schleimhautexanths (Enanthems) vorangehende Symptom, das von dem New-Yorker Arzt Henry Koplik in der amerikanischen Monatschrift „Archives of Pediatrics“, Dezembernummer 1896, beschrieben worden ist, beruht auf Epithelabschilferung in Gestalt kleinster Stippchen, und äussert sich in dem Auftreten kleiner, auf der Mundschleimhaut lokalisierter hellroter, unregelmässig geformter Flecken mit bläulichweissen zentralen Pünktchen. Diese Pünktchen, die sich häufig auch auf diffus gerötetem Hintergrunde oder zuweilen auf normal aussehender blasser Schleimhaut finden, sitzen an der Wangenschleimhaut gegenüber den oberen und unteren Prämolaren und Molaren, in der Gegend des Stenonschen Ausführungsganges, auf dem Zahnfleisch des Unterkiefers, in geringerem Umfang auch auf der inneren Fläche der Lippen und am vorderen Zungenrand. Ihre Zahl, die von einigen wenigen spärlich verstreuten bis über 100 wechselt, beläuft sich durchschnittlich auf ca. 20—30 auf jeder Seite.

Dieses „buccale Schleimhautexanthem“, das Slawyk den Flecken hingepressteten Kalkes ähnlich findet, und das Verf. mit aufgestreuten feinsten Grieskörnern vergleichen möchte, wird im allgemeinen 1—5, zumeist 2

bis 3 Tage vor dem Hautausschlage sichtbar und bleibt dann 2—3, seltener 4—5 Tage hindurch bestehen. Es erreicht den Höhepunkt seiner Entwicklung kurz vor oder zugleich mit dem Auftreten des Hautausschlages, und bildet sich zurück, während das Exanthem im Gesicht noch in Blüte steht.

Die hervorragende Bedeutung des Koplikschen Frühsymptoms beruht darin, dass es noch in der Inkubationszeit, noch vor Auftreten von Conjunctivitis, Coryza, Enanthem am Gaumen die zuverlässige Diagnose „Masern“ stellen lässt, dass es eine sichere differentielle Unterscheidung der Masern von anderen, auch arzneilichen Exanthemen gestattet, und dass es die Erkennung der Krankheit und damit die Isolierung des Kranken in einem Stadium ermöglicht, wo die Ansteckung der Umgebung sich eventuell noch verhüten lässt. Zumal vom letzteren Gesichtspunkt der Prophylaxe aus dürfte das Kopliksche Frühsystem für Kinderkrankenhäuser, Krippen und ähnliche Anstalten, wie auch für die Schulhygiene von besonderem praktischen Werte sein. Dr. Kühner (Coburg).

Über chronische Herzstörungen nach Diphtherie. Von Schmalz. (Festschr. zur Feier des 25jährigen Bestehens des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt. — Arch. f. Kdhlkde.)

Sch. berichtet über 84 von ihm genau beobachtete Fälle von Herzstörungen nach Diphtherie; er unterscheidet 3 Gruppen: 1. In einer Reihe von Fällen bilden sich in der Rekonvaleszenz bedrohliche Herzsymptome aus, dieselben gehen zum Teil später zurück, häufiger aber bleiben dauernd. Herzstörungen bestehen; 2. die Herzaffektion entwickelt sich bei scheinbar ungestörter Rekonvaleszenz, oft erst am Ende derselben; 3. die schon in der Rekonvaleszenz sich bemerkbar machenden Symptome verschlimmern sich später. Es kann auch dann noch Heilung eintreten. Die Symptome bestehen anfangs in abnormer Labilität des Pulses, event. mit Arrhythmie, oft nachweisbarer Herzdilatation, Geräuschen, Accentuation des zweiten Pulmonaltones. In anderen Fällen bemerkt man kleinen Puls, blasse Haut, Müdigkeit, zuweilen Erbrechen. In vielen Fällen gehen alle diese Erscheinungen später zurück, in anderen Fällen bleiben Dilatation und systolisches Geräusch am linken Herzen bestehen. Auch diese Symptome können später schwinden, nicht selten entsteht aber ein chronisches Herzleiden, das aus dem persistierenden systolischen Geräusch am linken Herzen erkannt wird. Hieraus folgt, dass der Krankheitsprozess am Herzen in vielen Fällen von Diphtherie nicht nach einigen Wochen oder Monaten abgelaufen ist, sondern öfters zu länger oder kürzer dauernden Veränderungen führt. Schonung und massvolle Übung des Herzens wird meist dem chronischen Leiden vorbeugen können. S.

Beitrag zum Studium der Hypertrophie der Zungenbälge. Von Ferran u. Rosenthal. (Lyon méd. No. 34 1902. — Wien. med. Bl.)

Seit dem Vortrage Lenox-Browns im Jahre 1880 beschäftigen sich die Spezialisten mit den Symptomen, welche die Hypertrophie der Zungenbälge verursacht. Die grösste Wichtigkeit hat dieses adenoide Gewebe in der Kindheit. Es atrophiert bei Erwachsenen. Die Hypertrophie der Zungenbälge kommt nicht selten vor, und zwar am häufigsten zwischen

dem 30. und 50. Lebensjahr, wird aber auch im Kindesalter beobachtet, sie ist selten bei Greisen, häufiger bei Frauen als bei Männern. Die uratische Diathese scheint in keinem besonderen Zusammenhange mit dem Leiden zu stehen, dagegen aber oft die Syphilis. Bei tuberkulösen Kehlkopferkrankungen ist sie häufig und scheint den Hustenreflex zu steigern. Manche Autoren wollen diese Affektion mit Kongestionen während der Menopause in Zusammenhang bringen. Vollends begünstigen die Entwicklung der Hypertrophie Tabak- und Alkoholgenuss, Kälte und chronische Nasenkatarrhe. Die Hypertrophie der Zungenbälge macht objektive und subjektive Symptome. In manchen Fällen ist sie latent und wird beim Kehlkopfspiegeln erst entdeckt. Wir unterscheiden eine disseminierte, eine massige und diffuse Hypertrophie. Die massige Hypertrophie kann einseitig oder beiderseitig sein, aber lässt stets eine Grenze zwischen beiden Seiten erkennen. Subjektiv haben die Kranken ein Fremdkörpergefühl im Halse, das sich beim Schlucken der Flüssigkeiten oder des Speichels steigert, oder ein Kratzen, das einen Schluckakt auslöst und die Kranken zum Ausstossen des „hem“ zwingt, eine Art Tenesmus laryngis (Lenox-Brown). Leerschlucken, das durch die Ausfüllung der glossoepiglottischen Gruben durch die gewucherten Bälge bedingt wird. Manche Kranken lokalisieren den Schmerz in der Gegend des Zungenbeines. Der Husten ist sehr häufig, ist trocken, krampfartig, analog dem hysterischen Husten. Zuweilen begleitet eine leichte Blutung als Folge der Ruptur kleiner Varikositäten diesen Husten und lässt fälschlich an Tuberkulose denken. Manche Kranken haben Brechreiz, was durch eine andauernde Reizung des Glossopharyngeus bewirkt wird. Phonationsstörungen sind selten, bei Sängern erreichen sie manchmal einen hohen Grad. Reflektorisch bewirkt die Hypertrophie der Zungenbälge zuweilen Neuralgien, Oesophaguskrampf, sogar Neurosen. In leichten Fällen genügen Gurgelwässer, Pinselungen und Jodglyzerin. In ernsteren Fällen sind Caustica indiziert. Chlorzink, Resorzin, Silbernitrat. Energischer wirkt die Chromsäure. Neben der Kauterisation sind lösende, antiseptische und adstringierende Gurgelwässer zu empfehlen. Von Erfolg erwies sich Phenosalizyl. Ist die Hypertrophie sehr stark, dann muss man zum Messer oder Paquelin greifen.

Dr. Kühner (Coburg).

Gesundheitspflege.

Dringende Aufgaben der privaten und öffentlichen Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete der Säuglingsernährung. Von Dr. Selter (Solingen) u. Dr. Paffenholz (Düsseldorf). (Vortrag geh. a. d. Vers. d. niederrh. Ver. f. öffentl. Gesundheitspfl. v. 11. Oktober 1902 in Düsseldorf. Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege.)

Leitsätze der Berichterstatter: 1. Die Ernährung an der Mutterbrust ist die einzige Form der Säuglingsernährung, die allen hygienischen Anforderungen entspricht. Deswegen ist durch Behörden (Standesämter), Ärzte, Lehrer, Geistliche, Wohlthätigkeitsvereine, Frauenvereine u. s. w.

eine nachdrückliche Propaganda zur Förderung der natürlichen Ernährung einzuleiten. — 2. Um den Frauen die Fähigkeit zur Erfüllung ihrer Mutterpflichten zu erhalten, ist zu fordern: a) dass jugendliche Arbeiterinnen bis zum achtzehnten Lebensjahre möglichst wenig in den Fabriken beschäftigt werden; b) eine gesetzliche Bestimmung dafür, dass Frauen sechs Wochen vor und nach ihrer Entbindung nicht in Fabriken arbeiten dürfen und während dieser Zeit die Unterstützung der Krankenkassen genießen. — 3. Denjenigen, die sich aus Unverstand oder unlautern Gründen ein Gewerbe daraus machen, den Müttern vom Stillen abzuraten, ist das Handwerk zu legen. Hebammen ist eine solche Raterteilung ausdrücklich zu verbieten. — 4. Als Ersatz der natürlichen Säuglingsnahrung kommt im allgemeinen nur die Kuhmilch in irgend einer Form in Frage. Bisher lassen sich aber gegen ihre Benutzung zur Säuglingsernährung zwei Einwände erheben: erstens wird die Milch schon in mangelhafter Beschaffenheit den Konsumenten ins Haus geliefert, zweitens wird sie im Haushalt selbst fehlerhaft behandelt. In beiden Momenten ist die eigentliche Ursache der hohen Säuglingssterblichkeit zu suchen. — 5. Um hierin Wandel zu schaffen, ist a) die Erzeugung der (zur Säuglingsnahrung bestimmten) Milch sanitätpolizeilich zu überwachen. Die übliche Kontrolle der Marktmilch genügt zu dem Zwecke in keiner Weise, b) Die Kindermilch selbst ist in trinkfertigen Einzelportionen ins Haus zu liefern. — 6. Sogenannte Kindermilchanstalten würden diesen Bedürfnissen entsprechen, wenn sie in genügender Zahl und Grösse vorhanden wären und die Milch zu dem gewöhnlichen Marktpreise liefern könnten. Das ist nur möglich bei Unterstützung der Anstalten durch die Wohlfahrtspflege. Da die private Wohlfahrtspflege dieser grossen Aufgabe gegenüber versagt, haben die Gemeinden dafür einzutreten, indem sie entweder der grossen Masse der Bevölkerung durch Zuschüsse den Bezug von „Kindermilch“ ermöglichen oder die Gründung und den Betrieb von Kindermilchanstalten selbst in die Hand nehmen. — 7. Für bedürftige Mütter und Säuglinge sind Versorgungshäuser, die unter ärztlicher Leitung stehen, einzurichten. — 8. Mit diesen sind Säuglingsspitäler (nach Art der Dresdener Anstalt) zu verbinden, die gleichzeitig zur Fortbildung des Heil- und Pflegepersonals auf dem Gebiete der Säuglingsernährung dienen.

Rezensionen.

Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Von Dr. M. Silber. Leipzig, Benno Konegen, 1902. Preis 6 Pf.

Verf. beschreibt zunächst kurz die Symptomatologie des weichen Schankers, des Trippers und des Syphilis und weist dabei auf die hohe Bedeutung der beiden letzteren Erkrankungen hin. Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten lassen sich genaue Angaben nicht machen,

doch ist festgestellt, dass in Deutschland immer ca. $\frac{1}{10}$ der Krankenkassenmitglieder wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung steht. S. erörtert die Gründe, die eine Ausbreitung der venerischen Krankheiten begünstigen, und kommt dann auf die Prostitution, die Hauptquelle der Geschlechtskrankheiten, zu sprechen. Die jetzigen Massnahmen zur Unterdrückung der Prostitution und damit zur Verminderung der venerischen Krankheiten sind ungenügend. Untersuchung und Behandlung sind unbedingt nötig, dabei sollte aber den Prostituierten möglichste Freiheit und eigene Bestimmung gewährt werden. Die Gesundheitspolizei genügt zu alledem vollständig, eine Sittenpolizei ist unnötig. Bei der Bekämpfung der venerischen Erkrankungen sind ausser Regelung des Prostitutionswesens zunächst diejenigen Gesetzesparagrafen zu beseitigen, welche die hygienischen Massregeln zur Einschränkung der Erkrankungen durchkreuzen. Weiter ist den nicht der Versicherungspflicht unterliegenden Kranken auf Verlangen kostenfreie Behandlung und auch Krankenhausaufenthalt zu gewähren; ein strenges Kurpfuschereiverbot ist unerlässlich. Den allerwichtigsten Faktor in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sieht S. in der Aufklärung; diese wäre zu geben durch die Presse, in Vereinen, Schulen, auf der Universität, in der Armee und Marine. Zum Schlusse wird die persönliche Prophylaxe kurz gestreift.

D e y s e l (Leipzig).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Das Blut beim Keuchhusten und bei der Adenopathia tracheo-bronchialis. Von Carrière.

Seit Meunier weiss man, dass Keuchhusten von einer manchmal recht erheblichen Leukocytose begleitet ist. C. untersuchte das Blut in 19 Fällen von Pertussis und fand, dass im Beginn der Krankheit stets Leukocytose (10—15000) und Polynukleose vorhanden ist, die sich im spasmodischen Stadium noch steigern kann, um langsam in der Rekonvalescenz abzufallen. Während die Leukocytose immerhin noch bemerkbar ist (10—12000), verschwindet die Polynukleose, dagegen tritt leichte Eosinophilie auf. Der Haemoglobingehalt vermindert sich allmählich im Laufe der Erkrankung und bleibt lange unter der Norm. In schweren Fällen von Keuchhusten ist die Leukocytose gering oder gleich Null; jede Komplikation erhöht dieselbe. Bei der Adenopathia tracheo-bronchialis überschreitet die Leukocytose niemals 15000; oft fehlt sie gänzlich. Wenn sie vorhanden ist, handelt es sich um mononukleäre Formen; Polynukleose fehlt. Auf dieses Merkmal gestützt, konnte C. in schwierigen Fällen die Differentialdiagnose sichern.

(Bull méd. 1902).

Goldbaum (Wien).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 8947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

März 1903.

No. 3. (159.)

Inhalt: Originalien: **Kühner**, Abnorme Kinder. Zugleich ein Beitrag zur Kinderpsychologie, pädagogischen Pathologie und Therapie. (Schluss). 49. — **Referate:** Bericht über die 11. Sitzung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Düsseldorf: **Selter**, Fall von Fehlen des musculus gastrocnemius 57; **Conrads**, Über eine bisher noch gewürdigte Ursache der plötzlichen Todesfälle im Kindesalter 57; **Dreher**, Behandlung des Keuchhustens mit Chinin. mur. und Aristochin 58; Einfluss der Impfung auf den Verlauf des Keuchhustens 60; **Ungar**, Apparat zur pneumatischen Behandlung der Rhachitis 60; **Paffenholz**, Bromoformintoxikation 60; **Phosphorvergiftung** 61; **Gernsheim**, Demonstr. von Präparaten eines Nierensarkoms. 62. — **Hochsinger**, Syphilis. 62. — **Clairmont**, Tuberkulose der Schilddrüse. 63. — **Das acetonische Erbrechen bei Kindern.** 63. — **Klaussner**, Herniotomie. 64. — **Moro**, Soxhlets Nährzucker. 65. — **Gesundheitspflege:** **Leubuscher**, Sozialhygienische Aufgaben der Schule. 65. — **Rezensionen:** **Neumann**, Über die Behandlung der Kinderkrankheiten 3te Aufl. 68. — **Klette**, Erziehung nervöser und nervös beanlagter Kinder. 68. — **Deutsche Krankenpflege-Kalender für 1903.** 69. — **Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.** 69. — **Rezeptformeln für die Kinderpraxis.** 72. — **Kleine Mitteilungen.** 72.

Abnorme Kinder.

Zugleich ein Beitrag zur Kinderpsychologie, pädagogischen Pathologie und Therapie.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

(Schluss.)

Pädagogische Therapie.

Lehrer, Eltern und Arzt bilden das Dreigestirn, dessen gemeinsame Strahlen der pädagogischen Pathologie und Therapie voranleuchten. La mère est l'éducatrice naturelle et première de ses enfants, sagt Gonnelli-Cioni. Die Mutter beobachtet, der Arzt beobachtet und entscheidet, sagt Fonssagrives. Den Schwerpunkt bei der Entdeckung und Heilung von Kinderfehlern wird immer eine sorgsame Mutter bilden.

A. Prophylaxis.

Die Kinder-Psychologie und Psychopathologie, auf deren Grundlage allein die Pädagogik und vielfach auch die Pädiatrik sich theoretisch zur Wissenschaft und praktisch zur Kunst erheben kann, hat bislang nicht allenthalben die ihrer Bedeutung gemässe Beachtung gefunden. Die mo-

derne Pädagogik sucht ihre Stärke in der Ausgestaltung der Methodik. Gerade in diesem Streben liegt ihre Schwäche.

Man übersah, dass der wissenschaftliche Wert einer Methode darin liegt, dass sie sich an die Tatsachen des Bewusstseins, überhaupt des Seelenlebens anschliesst. Der reale Unterbau, die Grundlage der Methodik ist demnach die Psychologie. Dass die Kriminalität sich über die Wissenschaft erhaben fühlt und ohne Kenntnis der Psychologie und Psychiatrie den Menschen beurteilt bez. verurteilt, ist nicht unser Fehler; sorgen wir aber zur Ausbildung einer pädagogischen Therapie für Kenntnis der Psychologie, damit das Kind nach dem Grade der Bildungsfähigkeit gemessen werde. Man spricht meist zu glatt über die Abstraktion „Das Kind“ hinweg, indem man annimmt, „dass alle Kinder mit dem einen Muster übereinstimmen, von welchem wir eine vollkommene Kenntnis haben.“ Nach den Aufzeichnungen Dr. Werners, Verfasser des ausgezeichneten Werkchens: „Wie sind die Kinder zu studieren“? zeigt ungefähr $\frac{1}{6}$ von ihnen aus Elementar- und anderen Schulen Fehler der Entwicklung oder Ernährung, 7 scheinen geistig stumpf zu sein und 16% bedürfen einer besonderen Sorgfalt und Erziehung,

B. Aetiologische Behandlung.

Es ist eine traurige Tatsache, dass beim grossen Eifer in der Untersuchung exogener Krankheitserreger die Lehre der endogenen Ursachen bisher zurückgeblieben ist. Während die Bazillen als Krankheitsursachen selbst breite Volksschichten in Spannung und Aufregung halten, herrscht über die Aetiologie der Kinderfehler noch die grösste Unkenntnis. Was die Embryologie für die Anatomie, soll die Kinderpsychologie leisten für eine pädagogische Psychiatrie, ein den meisten Ärzten ganz unbekanntes Feld, das mehr kultiviert wird von der Pädagogik, als von der Psychiatrie, der Medizin, wengleich die Tatsache, dass in den letztvergangenen zehn Jahren in Deutschland nahezu hundert Hilfsschulen für Schwachsinnige entstanden sind, beweist, dass auf diesem Gebiete ein gedeihliches Zusammenwirken von Lehrern und Ärzten stattfinden muss, wenn etwas Erspriessliches geleistet werden soll. Man hat sich, wie bereits bemerkt, bislang das Kind als etwas Abstraktes gedacht, dessen Merkmale strenge übereinstimmen mit dem einen Muster, von welchem wir eine vollkommene Kenntnis haben. Sowie aber eine Pflanze ein Einzelwesen bildet, das nicht in jedem Boden gedeiht, sowie die Pflanze meist ein Abbild bietet von Boden und Klima, sowie Licht, Luft, Wärme und Kälte, die ganze Umgebung auf sie wirken, sowie eine richtige Erkenntnis der Pflanze sich nicht nur auf die Anschauung ihrer Blütezeit erstrecken darf, sondern ihren ganzen Entwicklungsgang umfassen muss, ebenso verhält es sich mit dem Kinde. Sowie zwischen Blüte und Keim der Pflanze besteht im Werdegang des Kindes und der Ausbildung in Erwachsenen neben allem Gemeinsamen, sowohl in seelischer als in körperlicher Hinsicht ein ebenso grosser Unterschied! Kinder, die sich wie Erwachsene gebärden, Erwachsene, die sich wie Kinder benehmen, gehören zu den abnormen Erscheinungen. Nun gibt es aber Kinder, die in der Familie, später in der Schule, wie im öffentlichen Leben durch ihr Betragen, durch allerlei Sonderbarkeiten, durch Intelligenzdefekte und

weiterhin ethische Mängel auffallen und zu ernststen Bedenken Anlass geben, geistige Schwächezustände und Abnormitäten, deren Wesen nur durch wechselseitige Unterstützungen von Lehrer und Arzt erschlossen werden kann, um so mehr, als dieser Zustand geistiger Schwäche, die bislang im Elternhaus ganz latent geblieben, mit zunehmender Entwicklung in der Schule zum Ausdruck gelangt. Schwachsinnige Schulkinder! Welche masslosen Angriffe, Ungerechtigkeiten, Missverständnisse haben sie früher in der Schule vonseiten des Lehrers, der sie als faul, unnützlich, unaufmerksam, unwillig erklärte, sowie vonseiten der Mitschüler, für welche sie eine Zielscheibe des Spottes geworden, erfahren. Mit der Zunahme der Kultur geht die Humanität auch in dieser Beziehung Hand in Hand. Eine pädagogische Psychiatrie schafft hier Abhilfe, sie muss Gemeingut von Ärzten und Pädagogen werden. Da der hereditäre Faktor von grosser Wichtigkeit, ist es Aufgabe des Arztes, jenen möglichst einzuschränken. Heiraten mit Geisteskranken, Geisteschwachen oder stark belasteten Personen oder auch zwischen Anverwandten sind durch Belehrung, Aufklärung, Beratung zu verhüten. Der Kampf mit dem Alkohol wird manches Unheil bekämpfen. Schwangerschaft, Tuberkulose, Syphilis verdienen volle Berücksichtigung.

C. Symptomatische Behandlung.

Die symptomatische Behandlung abnormer Kinder wird einen regen Austausch zwischen Mutter und Arzt bilden. La mère doit être l'auxiliaire et l'interprète intelligente du médecin; c'est folie et péril quand elle veut se substituer à lui, sagt Fonssagrives. Die ersten Anfänge des Schwachsinnigen sind dunkel und werden nur durch sorgfältige Beobachtung der Symptome aufgeklärt. Diese sind organopathische: Anomalien des Schädels, der Hände, verdickte, stark angewachsene Zunge, Hautfalten oder Verdickungen; meist ist das Längenwachstum beeinträchtigt, manchmal besteht Zwergwuchs. Als physiologische Kennzeichen verdienen Sprache, Sensibilität, Motilität und die Funktionen der einzelnen Organe die grösste Beachtung. Ebenso nehmen die Sinnesorgane als Eingangspforten der Seele eine wichtige Stelle ein. Dass selbst erhebliche Sinnesstörungen bei konsequenter Behandlung beglichen werden können, dafür hat Weygandt wunderbare Beispiele erbracht. Vor allem verdienen schwerhörige Kinder die sorgfältigste Beachtung in der Schule. Dieselben verlangen eine eigene, ihrer Individualität entsprechende pädagogische und didaktische Behandlung und können nur bei richtiger Diagnose und dieser Behandlung auf das Niveau normal Hörfähiger gebracht werden. Die Prüfung der Hörfähigkeit unterliegt als ein subjektiver Fehler oftmals grossen Schwierigkeiten. Eine einfache Prüfung etwa mittelst des Vorhaltens der Taschenuhr in verschiedener Entfernung vom Ohr unter gleichzeitiger Schliessung des anderen Ohres reicht zumeist nicht hin, um unliebsamen Täuschungen vorzubeugen. Die Akustik der Schulzimmer ist von der der Sprechstunde des Arztes recht oft verschieden. Wer im Umgang mit Schwerhörigen erfahren ist, wird wissen, dass ihnen die Sprache mancher Menschen, selbst wenn sie „schreien“, ganz unverständlich bleibt, während andere, welche „leise“ sprechen, aber gut artikulieren, „leicht verstanden“ werden. Es kann

daher vorkommen, dass ein Kind von dem einen Lehrer als schwerhörig erkannt wird, dessen Hörstörung ein anderer gar nicht bemerkt hat. Die Anzahl schwerhöriger Schulkinder schwachen Grades ist enorm. *) Unaufmerksamkeit, Flüchtigkeit, Zerstreuung, Trägheit, selbst Widerspenstigkeit sind oftmals die Folgeerscheinung. Mit Recht glaubt der Lehrer, über solche Kinder ärgerlich zu werden, da er Beweise hat, dass sie es „besser machen können“. Er tadelt sie um solche Fehler, ohne zu beobachten, dass sie sich nur in den Fächern zeigen, in denen es sich darum handelt, Gehörtes wiederzugeben. Dagegen leiden solche Kinder, je älter sie werden, um so schwerer an ihrer Schulzeit, weil sie das Gefühl in sich tragen, „nichts dafür zu können“ und weil sie leicht wie schwachsinnige Kinder überhaupt, die Zielscheibe der Neckereien anderer Kinder werden, welche jene wegen der häufig zu Tage tretenden Missverständnisse verlachen und verhöhnen. Grössere Kinder müssen erleben, dass viel kleinere, ja beschränktere vieles richtig machen, was sie falsch machen und dass ihnen solche als Muster scheinbarer Überlegenheit vorgestellt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient auch die behinderte Nasenatmung infolge von Hypertrophie der Schleimhaut, Polypen, Nasenrachengeschwülsten, adenoiden Vegetationen u. s. f. Solche Kinder klagen oft über Kopfschmerz, zeigen Vergesslichkeit, Zerstreuung, mangelhafte Auffassung. Solche Kinder insbesondere mit adenoiden Vegetationen sind häufig zugleich schwerhörig.

D. Ärztlich pädagogische Behandlung.

Wenn überall die Individualisierung Aufgabe des Arztes ist, so gilt dies vor allem vom Schwachsinn, da jeder Fall für sich anzusehen ist, indem die Eventualitäten von Intensitätsgraden und Besserungschancen unübersehbar verschieden sind. In ärztlich-pädagogischer Beziehung kommt zunächst die Anstaltsbehandlung und der Unterricht in Hilfsschulen in Betracht. Wir können uns innerhalb des Rahmens dieser Zeitschrift nicht weiter über die ärztlich pädagogische Behandlung schwachsinniger Schulkinder verbreiten. Interessenten finden bei Ziehen, (Psychiatrie und Geisteskrankheiten des Kindesalters s. Literatur) eine ausführliche Darstellung, sowie bei Weygandt, welcher unter psychischer Behandlung (S. 41) ausführlich bespricht die „Behandlung der Aufmerksamkeit, der sensorischen und motorischen Funktionen, der wichtigsten vegetativen Funktionen, Bekämpfung übler Gewohnheiten, Erziehung der Sprache, der Anschauung, des Formensinnes, Unterricht in bezug auf Kenntnisse, Handfertigkeit und schliesslich Erwerbstätigkeit.“ Uns sei nur noch einiges über das Hilfsschulwesen vorzubringen gestattet.

Hilfsschulen.

In England ist das Schulwesen für schwachsinnige Kinder durch ein Landesgesetz vom Jahre 1898 geregelt. (Vgl. Eichholz, Schulinspektor in London in *The British Medic. Journal*, sowie den Beitrag von Alfred

*) Nach dem soeben veröffentlichten Ergebnis von Erhebungen der Spezialisten Dr. Cheate und Dr. Murray (*Journ. of Laryng.*) sind kaum die Hälfte der Schulkinder im Besitz des normalen Gehörs!

Schenk in Breslau über das Hilfsschulwesen in England auf Grund persönlicher Anschauung im soeben erschienenen Heft 7, Jahrgang VII der Zeitschr. „Die Kinderfehler“. (Vgl. Literatur.) Die Kinder, die geistig oder körperlich unfähig für den Unterricht in gewöhnlichen Schulen, aber fähig für den in besonderen Schulen (special schools) sind, werden nach jenem Gesetz in diesen unterrichtet. Die Aufnahme erfolgt auf Grund des Zeugnisses eines Arztes nach der Formel: „Ich . . . approbierter Arzt bezeuge hiermit, dass . . . zwar nicht imbecill noch idiotisch noch ungeléhrig (not being imbecile and not being merely dull or backward) aber unfähig ist, vermöge geistiger oder körperlicher Beschaffenheit mit Vorteil den Unterricht in einer gewöhnlichen Schule zu geniessen, dagegen fähig für den Unterricht in einer besonderen Klasse der Schule.“ Die Stadt London hat gegenwärtig 57 Hilfsschulen mit 2733 Kindern. In Deutschland bestanden nach einer Zusammenstellung von Wintermann „die Hilfsschulen Deutschlands und der deutschen Schweiz“. Beiträge zur Kinderforschung. Bd. I, Heft 3/4. Langensalza. H. Beyer u. Söhne (Beyer u. Mann) 1898, 56 Hifsschulen mit 4312 Kindern, zu welchen innerhalb der letztvergangenen Jahre noch viele hinzugekommen. (s. o.)

„Noch vielfach aber begnügt sich der Staat mit der Bekämpfung der Folgen anstatt des Wesens, der Ursachen vom Schwachsinn. Man lässt, unbekümmert um das Wohl und Wehe der Hilflosen, dieselben nach und nach verrohen, ohne zu bedenken, dass sie später den Gemeindeverbänden, Armenverwaltungen und Staatsbehörden zur Last fallen, die persönliche Freiheit des Einzelnen bedrohen, öffentliches Ärgernis erregen und der Jugend ein schlechtes Beispiel geben. Wie gar manches Individuum, das heute eine Gefahr für die menschliche Gesellschaft bildet oder die düstern Räume eines Gefängnisses füllt oder in einer Irrenanstalt an einer Degenerationspsychose leidet, wäre bei einer günstigen erziehlichen Einwirkung auf dasselbe in bessere Bahnen geleitet und der Gesamtheit als nutzbringendes Glied erhalten worden! Aus diesen Gründen dürfen die Kosten nicht gescheut werden, die durch Errichtung von Pflege- und Erziehungsanstalten und durch Gründung von sog. Hilfsschulen entstehen.“ (Burkhard, Kinderfehler. Vgl. Literatur.)

Über diese Frage hat sich auch die „Vereinigung für Schulgesundheitspflege“ des Berliner Lehrervereins schlüssig gemacht und folgende (mit Randbemerkungen von Burkhard versehene) Thesen entworfen:

1. Die hochgradig idiotischen Kinder sind in Pflegeanstalten unterzubringen, in denen sie ärztlicher und pädagogischer Behandlung unterstehen.

2. Für schwachsinnige Kinder eignen sich am besten geschlossene Erziehungsanstalten (Internate) mit pädagogischer Leitung und psychiatrischem Beirat. Diese Erziehungsanstalten können den Charakter von Tagesanstalten haben für solche Kinder, bei denen die Gewähr geboten ist, dass die Erfolge von Unterricht und Erziehung durch den Aufenthalt im Elternhaus nicht in Frage gestellt werden. Die Überweisung dieser Kinder aus der Volksschule in eine Anstalt erfolgt auf Grund eines Urteils bewährter Pädagogen und psychiatrisch gebildeter Ärzte durch die Schulbehörde. (Gegen Unterkunft bei einem Pädagogen oder Geistlichen auf dem Land ist gewiss nichts einzuwenden, ebenso in Hilfsschulen.)

3. Die schwachbegabten Kinder dürfen der Volksschule nicht entzogen werden. (Hierbei scheint der Grad der Begabung massgebend s. u.)

4. Nervöse und geistig gestörte Kinder sind, sobald sie die Erziehung der normalen und Idioten einschliesslich der schwachsinnigen nachteilig beeinflussen, von diesen zu entfernen und bedürfen für die Dauer ihres krankhaften Zustandes besonderer pädagogischer (und medizinischer bez. psychiatrischer) Behandlung.

Ganz verfehlt ist das Verfahren, das vielfach in grossen Städten üblich, dass man schwachsinnige, nervöse, Schmerzens-, Sorgenkinder (Vgl. Klassifikation) mit Nachhilfestunden plagt, die sich an den ordnungsgemässen Unterricht anschliessen. Eine derartige „Hilfe“ ist ungeeignet, zwecklos und bedeutet, wie Trüper schreibt, Überbürdung. Mehr als normale Kinder können diese armen Geschöpfe nicht leisten; das kleine Plus an positivem Wissen wird durch ein grösseres Minus an Gesundheit annulliert. Vielmehr ist, wie auch Ziehen hervorhebt (Psychiatrie S. 608), die Tatsache bei schwachsinnigen, schwachbegabten Kindern beachtenswert, dass deren Aufmerksamkeit rasch ermüdet. Es soll deshalb die einzelne Unterrichts„stunde“ nicht länger als 30 Minuten dauern. In einer von mir öfter besichtigten Schule werden die Kinder überhaupt nur in halbstündigen, oft noch kürzeren Zeiträumen (Lektionen) unterrichtet. Hierbei hat sich die denkwürdige Erfahrung ergeben, dass in sechs halbstündigen Lektionen mehr erreicht wird, als in 4 Vollstunden. Sehr günstige Erfahrungen hat man auch in den englischen Halbzeitschulen gemacht und gefunden, dass Kinder, welche die Schule nur die halbe Zeit besuchen, bedeutend weiter kommen, als diejenigen, welche sie vollzeitig besuchen; sie kommen frisch von der Arbeit zur Schule und gehen frisch von der Schule an die Arbeit. Näheres in einem Vortrag von Prof. W. von Zehender über die englischen Halbzeitschulen, s. Literatur. Die Unterrichtsstunden sollen auf Vor- und Nachmittag verteilt werden. Im ganzen dürften 6 Unterrichtsstunden à 30 Minuten nicht zu viel sein. Die Zahl der Schüler in einer Klasse soll 10 nicht übersteigen, da gerade bei schwachbegabten Kindern sehr individualisiert werden muss. In den Pausen ist eine besondere Überwachung erforderlich. Nicht-schwachsinnige z. B. nur moralisch verkommene oder faule Kinder sollen von den Hilfsklassen ferne gehalten werden.

Sehr günstige Resultate von Hilfsschulen werden, anknüpfend an den Beitrag von Schulinspektor Eichholz von The British Medic. Journal, in einer weiteren Nummer berichtet von Bennet aus der Leicester Schule, welche als die erste von England, Hilfsklassen einführte. Verschiedene Schüler, welche in den gewöhnlichen Klassen befriedigende Fortschritte nicht machten, wurden in besonderen Klassen, ihren Fähigkeiten entsprechend, nach den für geistig zurückgebliebene, aber bildungsfähige Kinder massgebenden Grundsätzen unterrichtet. Eine beträchtliche Anzahl dieser Kinder machten in diesen Hilfsklassen (special teachings) so grosse Fortschritte, dass sie nach Verlauf einiger Zeit in die gewöhnlichen Klassen umgeschult werden konnten. Die Leicester Schule hat sich daher dem in England geltenden Landesgesetz vom Jahre 1898 nicht angeschlossen. Dieses Gesetz, das allgemein verbindliche Normen für das ganze Land aufstellt, kann nämlich von den Gemeinden angenommen oder abgelehnt

werden. Die Leicester Schule hat vorgezogen, diese ihre oben beschriebene eigene Methode beizubehalten. Der Referent legt bei dieser Umschulung grosses Gewicht auf die gemeinsame Thätigkeit medizinischer und pädagogischer Sachverständiger. Ein einseitiges Urteil hüben oder drüben kann eben, wie im Laufe unserer Betrachtung bereits mehrfach angedeutet, für das Schicksal geistig zurückgebliebener, aber bildungsfähiger Kinder die grössten Nachteile bedingen. In England hat man die Schulpflicht in den Hilfsschulen bis auf das 16. Lebensjahr ausgedehnt. Diese Observanz hat ihre Vorteile, sowie andererseits Bedenken und Gefahren.

In letzterer Beziehung macht Schenk geltend, dass die Eltern, denen anheimgestellt wird, ob sie ihre Kinder der Hilfsschule zuführen wollen oder nicht, bei der Umschulung noch mehr Schwierigkeiten bereiten werden, als bisher. Dagegen fordert Bennet in jenem vorgenannten Beitrag, da nach Eichholz nur etwa 5% der Schwachsinnigen ihren eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten vermögen, Unterkunft in besonderen Anstalten, da diese unglücklichen Geschöpfe schliesslich der Armenlast oder dem Verbrechertum anheimfallen. Die Entscheidung dieser Frage richtet sich, wie überall im Laufe unserer Betrachtung angedeutet, nach der Individualität des Falles.

Was den seither mehrfach beregten Unterschied von schwachsinnigen und schwachbegabten Schulkindern betrifft, so werden von der Preussischen Unterrichts-Verwaltung praktisch die in Internate gehörenden, nicht normal beanlagten Kinder als schwachsinnige bezeichnet, als schwachbegabte Kinder dagegen diejenigen, die vom Elternhaus aus eine Hilfsschule besuchen können. In ähnlicher Weise machte Brandt in der Diskussion auf dem III. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands geltend, dass für die medizinische Wissenschaft der Ausdruck „Schwachsinn“ wohl geeignet wäre; für die Hilfsschulen aber halte er den Ausdruck „Schwachbegabte“ für praktischer. Das sei ein ganz unverfängliches Wort, während gegen „Schule für Schwachsinnige“ gewiss manche Eltern sich sträuben würden.

Ueber schwachsinnige Schulkinder ist von dem Nervenarzt Dr. med. L. Laquer, zugleich Schularzt der Städtischen Hilfsschulen Frankfurts a. M., unter denen die vornehmlichste in dem von uns soeben gedeuteten Sinne ganz allgemein nach der Strasse, in welcher sie steht, als „Hölderlin-Schule“ bezeichnet wird, soeben eine Sonderschrift (Vergl. Literatur) erschienen, welche vieles Neue und Originale erbringt, so dass wir einiges in gedrängtester Kürze reproduzieren.

Was zunächst die Diagnose des Schwachsinnns betrifft, so wird, wenn gleich die Bedeutung der körperlichen Verhältnisse des Kindes, seiner Konstitution, der allgemeinen Ernährung, etwaiger Rhachitis, Anämie, Skrofulose, Stoffwechselstörungen für die Entwicklung der seelischen Leistungsfähigkeit nicht verkannt und in Rücksicht auf die dabei anzuwendende Behandlungsmethode eine Feststellung des Schwachsinnns und seiner körperlichen Begleiterscheinungen schon vor dem Eintritt in die unterste Schulklasse für erstrebenswert gehalten wird, doch den ersten beiden Schuljahren die wesentlichste und erfolgreichste Aufgabe bei der Feststellung des kindlichen Schwachsinnns zuerkannt. Beim Nachweis krankhafter körperlicher Erscheinungen macht, wie bereits hervorgehoben, die Seh- und Hörprüfung einige Schwierigkeiten, wenn sie zu früh vorgenommen wird. Diese Prüfung wird daher von den

Frankfurter Schulärzten erst einige Monate nach Beginn des Unterrichtes vorgenommen, sobald nämlich nach Aussagen des Klassenlehrers der weitaus grösste Teil der Kinder schon einige Buchstabenbilder und Zahlbegriffe in sich aufgenommen hat, um schon mit einer gewissen Aufmerksamkeit der an sie gerichteten Fragen eines ihm fremden Beobachters folgen zu können. Um diese Zeit der Seh- und Hörprüfung, an der Hand der vom Arzte dabei gemachten Wahrnehmungen erhebt sich gewöhnlich der Zweifel an der normalen Begabung des Schulkindes. Dann entsteht die zwischen Arzt und Lehrer zu erörternde Frage: Ist das Kind seh- bez. hörschwach oder begriffsschwach? Kann das Kind die Buchstaben und Zahlen an der Tafel nicht erkennen, oder hat es so deutliche Mängel in der Auffassung, im Festhalten und Vorarbeiten des schon oftmals Gehörten und Gesehenen zu Vorstellungen und Begriffen, dass eine dauernde Minderwertigkeit, das Bestehen eines Schwachsins zu befürchten ist? In ärztlicher und gewiss ebenso in pädagogischer Beziehung ist die Bemerkung Laquers wertvoll: „Wer nach einem Jahre, spätestens nach zwei Jahren z. B. das Ziel der Unterstufe der Volksschule, im Zahlenkreis 1 bis 20 rechnen zu können, nicht erreicht hat, muss nicht nur in pädagogischem sondern auch in ärztlichem Sinne als schwachsinnig angesehen werden.“

Zur Erkenntnis des Schwachsins und dessen Eigenarten, zum gegenseitigen Verständnis von Aerzten und Pädagogen ist mehrfach der Versuch gemacht worden, Fragebogen anzulegen, deren Anlegung sich schon in der Normalschule vor Eintritt in die Hilfsschule empfiehlt. Fragebogen der Art sind schon von Trüper: „Psychopath. Minderwertigkeiten“ (S. 64—69) sowie „Kinderfehler“ 1897 Heft 5. und Kallischer: „Was können wir zur Unterweisung und Erziehung unserer schwachsinnigen und schwachbegabten Kinder tun“? entworfen worden. Alle Vorzüge eines solchen Unternehmens vereinigt der auf Grund ärztlicher und pädagogischer Erfahrungen hergestellte „Frankfurter Beobachtungsbogen für schwachsinnige Schulkinder“ (Vorschlagsliste für die Hilfsschule. Personalbogen der Hilfsschule). Den Bogen liefert in Kanzlei-Format zum Preis von 15 Pfennig das Stück die Buchdruckerei Aug. Weisbrod zu Frankfurt a. M. (Buchgasse 12).

Was schliesslich das Schicksal der aus der Schule entlassenen Schwachsinnigen betrifft, so schliesse ich mit der Bemerkung Laquers: Lehrer und Aerzte der Hilfsschule müssen sich mit ihren Zöglingen so lange wie möglich beschäftigen, sie dürfen in geistiger Beziehung nicht zu viel von ihnen verlangen, und sie können ihre Schützlinge auch nach der Schulentlassung nicht spät genug aus dem Auge lassen!

Referate.

Bericht über die XI. Sitzung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Düsseldorf am 30. November 1902.

Zu Beginn der Sitzung berichtet Gernsheim (Worms) über die Versammlungen der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde auf der Naturforscherversammlung zu Karlsbad. —

Sodann demonstriert Selter (Solingen) einen Fall von Fehlen des musculus gastrocnemius, den er durch Überpflanzung der Sehne des peroneus longus ersetzte. Auch bei der Operation fand sich nur eine Andeutung der Achillessehne am Calcaneus, sonst keine Spur des betreffenden Muskels. —

Conrads (Essen): Über eine bisher noch nicht gewürdigte Ursache der „plötzlichen Todesfälle im Kindesalter“. Angesichts der in den letzten Jahren des öfteren hervorgetretenen Neigung, diese Fälle ohne weiteres auf das Konto des status lymphaticus zu setzen, verdient jede Beobachtung mitgeteilt zu werden, welche — trotzdem sie bei oberflächlicher Betrachtung unter die genannte Kategorie gehören könnte — dennoch eine andere Todesursache aufdeckte. In dem von C. beobachteten Falle handelte es sich um ein 13 Monate altes rhachitisches, etwas pastöses Kind, welches seit 9 Monaten an Laryngospasmus litt, der durch Phosphor zwar gebessert, aber niemals ganz beseitigt wurde; beim Erwachen sowie beim Schreien hörte man noch immer den charakteristischen inspiratorischen Laut. Das Kind wurde eines Nachmittags ohne vorhergegangene Krankheit tot in seinem Bettchen aufgefunden, in welches es 2 Stunden vorher gelegt worden war. Die Sektion ergab eine ziemlich grosse Thymus (11 : 7 : 2 cm; Gewicht: 29,5 gr.), die von der Thyreoidea bis fast zur Zwerchfellkuppe herabreichte. Die Trachea seitlich etwas flach gedrückt, so dass ihr Querschnitt etwas verzerrt erscheint; dicht unterhalb des Kehlkopfes ist er noch symmetrisch. In Anbetracht der Anamnese hätte man wohl Tod im laryngospastischen Anfall annehmen können, und doch war die Ursache des Exitus — eine Kohlenoxydvergiftung, wie die (nur infolge eines auffallend hellen Totenflekes auf der rechten Backe vorgenommene) spektroskopische Untersuchung unzweifelhaft ergab, ebenso die Hoppe-Seylersche Natronprobe. — Für das Zustandekommen der Vergiftung kann nur ein Petroleumofen verantwortlich gemacht werden, der das kleine Zimmer, in welchem sich zur Zeit keine anderen Menschen aufhielten, heizte. C. behält sich weitere Untersuchungen über diesen Punkt noch vor.

Zur Diskussion: Paffenholz. Zu dem Thema „plötzliche Todesfälle“ gehört ein Fall, der auch ohne Obduktion nicht aufzuklären gewesen wäre. Ein älteres Kind erhält im Streit einen Stoss und stürzt zur Erde, wird tot aufgehoben. Die Obduktion ergab eine Überschwemmung der Bronchien mit flüssigem Eiter; es war ein Bronchialdrüsenabszess in die untere Trachea perforiert, also das Kind buchstäblich an dem Eiter ertrunken.

Ungar möchte den Zusammenhang plötzlichen Todes, vergrößerter Thymusdrüse und status lymphaticus nicht so völlig von der Hand weisen, wenn er auch nicht an die rein mechanische Ursache glaubt. Er

teilt einen zur gerichtlichen Obduktion gelangten Fall mit, bei dem doch schliesslich die lymphatische Konstitution als Ursache des plötzlichen Todes angesehen werden musste

Selter bemerkt, dass Richter die Annahme des plötzlichen Todes infolge vergrösserter Thymus und lymphatischen Habitus an der Hand eines grossen Materials sehr unwahrscheinlich gemacht habe. Was sei denn status lymphaticus? doch vorläufig ein Begriff ohne pathologische Grundlage, eine Ansicht, welche durch die hier gemachten Mitteilungen nur bestätigt werden.

Gernsheim: Bei der Annahme des sogenannten status lymphaticus als Todesursache führt man des öfteren auch eine Neigung des Zentralnervensystems an, durch die Herzstillstand hervorgerufen werde. Ich bin durch die Ausführungen Richters dahin gekommen, den status lymphaticus an sich für mich ganz aus den Ursachen für die plötzlichen Todesfälle auszuschalten, aber ich kann mich dennoch nicht der Vermutung erwehren, dass durch eine infolge irgend welcher Ursache hervorgerufene passive Hyperämie und Schwellung der Thymus eine Überladung des Blutes mit CO_2 stattfinden und den mittelbaren Anlass zum mehr oder weniger plötzlichen Tode geben kann.

Cramer: Es ist gewiss von Interesse hier in jedem Einzelfalle die Todesursache exakt festzustellen. Ich möchte zwei einschlägige Fälle erwähnen: Im ersten Falle starb ein bis dahin völlig gesundes Kind plötzlich am Ende der 3. Lebenswoche. Bei der Sektion fand sich eine noch von der spontanen Geburt herrührende sehr ausgebreitete Blutung über beide Hemisphären. Intra vitam waren nie Erscheinungen beobachtet worden, die auf eine Störung des Nervensystems oder Handruck schliessen liessen. Im 2. Falle wurde am 14. Lebenstage nachmittags 3 Uhr ein bis dahin ganz gesundes Kind im Bett tot aufgefunden, nachdem es erst um 1 Uhr ganz normal an der Brust getrunken hatte. Bei der Sektion fand sich die Lunge des Kindes beiderseits bis in die feinsten Bronchiolen mit Milch vollgesehen.

Krautwig: Es sind eine ganze Reihe von plötzlichen Todesfällen im Kindesalter und bei Erwachsenen ganz genau bekannt, bei denen eine übergrosse Thymus der einzige, auffälligste Befund bei der Obduktion bildete. Die Thymus wirkt aber nicht durch Druck tödlich, sie ist nur der Index oder der Begleiter der an sich unbekanntem Ursache, welche auch kaum in dem fast preisgegebenen status lymphaticus zu suchen ist. Jedenfalls ist in jedem Falle noch die unbekanntete Todesursache zu erforschen, welche gelegentlich, wie in dem Falle Conrads, in einer CO -Intoxikation, häufiger vielleicht in der Summe der respiratorischen Schädlichkeiten besteht (CO_2 etc.), die manchmal auf den Säugling in den dumpfen Wohnungen der Armen einwirken, besonders dann, wenn das Kind sehr nahe der Erde in einem Korbe liegt.

Dreher (Düsseldorf): Behandlung des Keuchhustens mit Chinin. mur. und Aristochin. Einfluss der Impfung auf den Verlauf des Keuchhustens. Vortragender hat während der letzten Keuchhustenepidemie die Erkrankten, soweit es zugänglich war, systematisch und genau nach den Binz-Ungar'schen Vorschriften mit Chinin. mur. und später mit Aristochin in denselben Dosen behandelt. Was das erstere Präparat angeht, so glaubt er beobachtet zu haben, dass es in allen

Fällen sicher gewirkt hat, in denen die Patienten das Alter von 18 Monaten nicht überschritten hatten. Die Zahl der Anfälle und ihre Heftigkeit sank in 6—8 Tagen von 20—25 innerhalb 24 Stunden auf 6—8 herab. Die Dauer der Anfälle, die Reprise und das Erbrechen liessen gleichzeitig nach. Chinin ist für dieses Lebensalter gewissermassen ein Spezifikum gegen Pertussis. Aeltere Kinder würden nicht mehr in allen Fällen günstig beeinflusst und zwar um so weniger, als sie von der bezeichneten Altersgrenze entfernt waren. Kindern über 4 Jahren wurde Chinin wegen der Nebenerscheinungen, die bei den nötigen hohen Dosen zu befürchten sind, nicht mehr gegeben, sondern durch Heroin mit leidlichem Ergebnis ersetzt. — Es wurden nur solche Kinder zur Beobachtung verwendet, welche Chinin nicht zurückwiesen und ausser an Keuchhusten nicht erkrankt waren. Von Säuglingen wurde Chinin. mur. nur ganz selten verweigert, auch wurde es erst nach dem Hustenanfalle gereicht, nicht erbrochen. — Wie das Chinin. mur., so bewährte sich auch das Aristochin, welches er in denselben Dosen gab, wie das erstere. Da Aristochin sich in ungenügend saurem Magensaft nicht löst, so wurde bei Säuglingen kurz vor der Darreichung des Pulvers schwache Salzsäurelösung gegeben. Die Erfolge waren recht ermutigend. In den zur Beobachtung gelangten 25 Fällen sanken die Anfälle in 6—8 Tagen bis über die Hälfte der früheren Attacken, so dass der ganze Krankheitsverlauf ein äusserst milder war, wenn auch nicht ganz in demselben Masse, wie bei Chinin. mur. Einen ganz wesentlichen Vorzug vor demselben stellt aber die absolute Geschmacklosigkeit des ersteren dar. Zum Zweck der Darreichung wurde es in etwas Wasser oder Milch aufgeschwemmt, oder in geeigneten Fällen in etwas Apfelbrei gemischt und dann gern genommen. Aristochin empfiehlt er bestens zur Nachprüfung, zumal die andern geschmacklosen Chininpräparate anerkanntermassen in ihrer Wirkung bei Keuchhusten unsicher sind, ja völlig versagen. Weiter glaubt D. beobachtet zu haben, dass die Impfung, wenn sie während der Pertussiserkrankung oder kurz vorher vergenommen war, nicht nur keinen verschlimmernden, sondern sogar einen günstigen Einfluss habe. Die kurz vor der Infektion geimpften Kinder mehrerer an Keuchhusten erkrankten Familien litten alle weniger als ihre Geschwister unter dieser Krankheit. In vier Fällen, die D. impfte während des Erkranktseins, verlief der Keuchhusten ebenfalls sehr mild. Keuchhustenranke Kinder brauchen von der Impfung nicht zurückgestellt zu werden.

Zur Diskussion: Gernsheim hat von Chinin. mur., Chinin. tannic. und speziell von Euchinin, die er alle 3 in relativ grossen Dosen (0,2 bis 0,3 bei Kindern unter $1\frac{1}{2}$ Jahren) sehr gute und fast gleiche Erfolge gesehen, muss aber hinzufügen, dass die die Anfälle mildernde Wirksamkeit beim festgesetzten Gebrauche nachlässt und man andere Präparate z. B. Tussol anwenden muss. Er sah in einer Familie das geimpfte 4jährige Kind heftiger erkranken, als die nicht geimpften Geschwister, Zwillinge von 5 Monaten. Als Beruhigungsmittel empfiehlt er Dionin, er verabreicht es entweder in Lösung für sich oder in Kombination mit einer Kreosotal-schüttelmixtur, welche letztere den Schleim gut verflüssigt und das Erbrechen mildert.

Bloch: Ein eigentliches Heilmittel gibt es bei Keuchhusten nicht. Er erzielte bei den Kölner Epidemien den besten Erfolg mit Codein,

das sehr gut ertragen wurde. Chinin hat er sehr häufig und im Gegensatz zu Dreher gerade bei grösseren Kindern angewandt. Er gibt die Chocolate-Chinin-Tabletten (Zimmer), welche genau dosiert sind und gern genommen werden. Er erlebte dabei öfter Chininexantheme, die aber bald ohne Folgen bei Aussetzen des Chinins schwanden, das Chinin konnte nach wenigen Tagen weiter gegeben werden.

Ungar bestätigt den Wert des Aristochins bei der Keuchhustenbehandlung, widerspricht aber der Annahme, dass man bei Kindern, die älter als $1\frac{1}{2}$ Jahre, keine Erfolge der Chininbehandlung sehe. Er betont sodann die grosse Schwierigkeit an ein abschliessendes Urteil über den Wert der Chininbehandlung zu gelangen.

Rey hat von keinem Mittel weder von den Narcoticis noch vom Chinin in seinen verschiedenen Verbindungen eine befriedigende Wirkung gesehen. Allen diesen Mitteln fehlt ein Einfluss auf die Dauer der Krankheit, es fehlt die bakterizide Wirkung ganz oder fast ganz. In früheren Jahren sah er Besseres vom Kreosot, es kann jedoch nicht in genügend grossen Dosen gegeben werden. Seit kurzer Zeit wendet er mit geradezu erstaunlichem Erfolge Thiocol resp. Sirolin an, ersteres 4mal täglich 0,3—0,6, letzteres in 24 Stunden 4 Teelöffel, die sogar von 5 monatlichen Kindern nicht nur vertragen werden, sondern ausgezeichnet auf Allgemeinbefinden und Appetit wirken. Der typische Keuchhusten verschwand innerhalb 14 Tagen vollständig, eine Wirkung, die kein anderes Mittel aufweisen kann. Hohe Dosen sind allerdings notwendig, werden aber ausgezeichnet vertragen. Dem Guajacol in diesen Präparaten kommt direkt bakterizide Wirkung zu, woher auch die enorme Abkürzung der Krankheitsdauer.

Dreher (Schlusswort) sah von den vielen existierenden Keuchhustentmitteln, soweit er sie versucht, viel weniger und seltener gute Erfolge wie vom Chinin. Die Altersgrenze wurde natürlich empirisch genommen. Vor Narcoticis glaubt er besonders bei älteren Kindern warnen zu sollen, da sie den Patienten unfähig machen gegen die Anfälle anzukämpfen. Keuchhusten der Erwachsenen ist jedenfalls recht selten, vielfach sind es Verwechslungen mit Bronchitiden, die bei der Pflege der Kinder acquirit werden. —

Ungar (Bonn) demonstriert einen von ihm vor längerer Zeit bereits konstruierten Apparat zur pneumatischen Behandlung der Rachitis speziell des Thorax. Durch elektromagnetische Kontakte öffnen resp. schliessen sich der Respirationsbewegung des Kindes entsprechend 2 Klappen, durch welche einerseits komprimierte Luft zugeführt, andererseits die Inspirationsluft entweicht, ohne das eine sonstige Hilfe notwendig wird. —

Paffenholz (Düsseldorf). a) Bromoformintoxikation. In Fällen, wo Chinin nicht genommen oder erbrochen wurde hat P. manchmal mit eklatantem Erfolge Bromoform gegeben und zwar bisher immer in der am meisten empfohlenen Form: 10,0 g in einem Tropffläschchen mit den nötigen Anweisungen zur Vorsicht beim Aufbewahren. Trotz letzterer erlebte er im letzten halben Jahre 2 Intoxikationsfälle, weil die Kinder von der aromatisch duftenden Medizin genascht hatten. Die beiden Fälle unterscheiden sich in der Symptomatologie nicht von den in der Literatur gefundenen 10—15 anderen. In beiden sehr bedrohliche Erscheinungen: Coma, schwacher resp. unfühlbare Puls, kalte Extremitäten, oberfläch-

liches Atmen. Durch möglichst schnelle Magenausspülung und sehr energische Excitation mit Kampferinjektionen und Wärme gelang es, beide Kinder am Leben zu erhalten. Die Menge des genossenen Bromoform liess sich nicht feststellen. In dem einen Falle trat die Wirkung plötzlich blitzartig ein, in dem andern, wo die Menge geringer war, allmählich unter langsamem Einschlafen und Erkalten. Erst der Umstand, dass das Kind nicht zu wecken war, brachte die Eltern auf den Gedanken, dass der Schlaf kein natürlicher sei. P. ward erst 5 Stunden nach Genuss des Bromoform gerufen. Von Interesse in diesem Falle ist noch, dass die Mutter den andern Vergiftungsfall durch P. kannte und trotzdem die gewöhnlichste Vorsicht ausser acht liess.

Zur Diskussion: Bloch erwähnt einen Fall akuter und einen chronischer Bromoformvergiftung. 1) $\frac{1}{4}$ Jahr altes Brustkind, Pertussis ohne Komplikation, erhielt von Kollegen 3mal täglich 2 Tropfen. Die Eltern gaben aber viel mehr und B. traf das Kind in tiefem Coma, starke Cyanose, Kälte, Puls klein, kaum fühlbar. Starkes Röcheln über den Lungen (Ödem!), starke Speichelsekretion, Kampfer und Senfbad konnten den Tod nicht verhindern. 2) Ein 5 jähriger Junge erhielt vom Arzte längere Zeit Bromoform, zeigte, als B. zugezogen wurde Schläfrigkeit, Mattigkeit und etwas träge Pupillenreaktion. Nach Aussetzen von Bromoform Besserung.

Ungar macht auf die chronische Bromoform-Intoxikation aufmerksam, die zu einer hochgradigen fettigen Degeneration führen könne.

Selter sah auf Bromoform einen 24stündigen Schlaf folgen, einen andern mit Erbrechen, Durchfall, grosser Leber erkranken.

Paffenholz (Schlusswort): Der Fall von Bloch ist also auch durch Missbrauch des Mittels, nicht durch die Medikation an sich entstanden. Der Fall von Selter ist nicht als akute Bromoformvergiftung aufzufassen, da Diarrhöen, Leber- und Milzschwellung nicht dazu passen. Als Prophylaxe ist angegeben nur 3—5 g zu verordnen oder das Mittel mit andern zu mischen (Seitz), so dass die verlockenden Eigenschaften verdeckt werden, z. B. Bromoform, Spir. rectific., Glycerin aa 5,0 Ol. Menth. pip. gtt. I, Tinct. vanill. gtt. III. (Münc. med. Wochenschr. 1898, Nr. 38.) —

b) Phosphorvergiftung. Ein Kind von 20 Monaten spielte gewohnheitssmässig mit Streichhölzern und einmal auch mit sogenannten Vulkanhölzern, die an jeder Reibfläche sich entzünden und viel Phosphor enthalten. Von einigen dieser Hölzer leckte es die Köpfe ab, genaue Angaben über die Menge waren nicht zu gewinnen. Erst am 3. bis 4. Tage zeigten sich die ersten Erscheinungen der Vergiftung: fehlender Appetit, Unruhe, schmerzhaftes Abdomen, einmal Erbrechen. Es entwickelte sich allmählich Icterus der Konjunktiven und der Haut des Gesichtes. Am 7. Tage war das Gelbwerden des Gesichtes am deutlichsten, und jetzt trat Erbrechen brauner, schleimiger Massen ein und jetzt erst wurde P. gerufen. Es bestand noch Icterus, aber nach Angabe der Eltern geringer als tags zuvor, Leber geschwollen mit schmerzhaftem Rand und der ganzen Lebergegend, Magenblutungen, herabgesetzte Temperatur, kleiner Puls, Anorexie, Harn ohne Albumen. Als Antidot wurde Ol. the-rebinth. gegeben mit den bekannten andren Massregeln (Verbot der Fette etc.). Das Kind genas langsam wieder. Bemerkenswert ist die zeitliche Aufeinanderfolge der Symptome.

Zur Diskussion: Conrads erwähnt einen Fall aus seiner Praxis, der dadurch bemerkenswert ist, dass keine Phosphorvergiftung auftrat, trotzdem das Kind in 6 Tagen infolge Verwechslung der Signaturen in der Apotheke 2 centigr. Phosphor (in Lebertran) erhalten hatte. Das Einzige, was bei dem 9 Monate alten, leidlich genährten, rhachitischen Kinde in den Tagen beobachtet wurde, war eine auffallende Blässe. —

Gernsheim (Worms) demonstriert mikroskopische Präparate eines über kindskopf-grossen glattwandigen Tumors, der schnell wachsend im linken Hypochondrium eines 2 $\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchens unbedeckt von Darm bei vollständig normalem Urin eine Geschwulst der Milz vorgetäuscht hatte, bei der Sektion sich aber als von der linken Niere ausgehend erwies. Die mikroskopische Untersuchung ergab dann ein kleinzelliges Rundzellensarkom, das Metastasen im Mesenterium, in der linken Pleura und in der Gegend des rechten Jochbeins gemacht hatte.

Diskussion: Conrads erwähnt einen Fall von Bauchgeschwulst bei einem 5 monatlichen Kinde, welches er wegen der enormen Grösse des Tumors laparotomierte. Dabei stellte sich heraus, dass der Tumor nichts anderes war, als die infolge angeborener Atresie der Vagina kolossal (bis zu ca. 300 ccb. Inhalt) ausgedehnte Scheide. Der Fall ist bisher ein Unikum.

Dr. Rey (Aachen.)

Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. Von Hochsinger. (Vertr., geh. i. d. Abt. f. Kdhlkd. i. d. 74. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte zu Karlsbad 1903. — Nach ein. Ref. d. Monatsschr. f. Kdhlkd.)

Vortr. weist zunächst darauf hin, dass bei der angeborenen Syphilis die Diagnose nicht so sehr wie bei der erworbenen von dem Bestehen eines Exanthems abhängig gemacht werden darf und berichtet dann über eine Gruppe von 17 kongenital-syphilitischen Kindern, bei welchen klinisch nachweisbare viszerale und osteochondritische Erkrankungen vor dem Auftreten des Exanthems bestanden. Bei einer weiteren Gruppe von Fällen, 14 an der Zahl, deren Alter zwischen 7 und 24 Tagen zur Zeit der ersten Darstellung schwankte und welche alle mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr lang beobachtet wurden, fehlte dauernd jedes Exanthem; es bestanden bloss angeboreneluetische Affektionen der Eingeweide und der Knochenknorpel-Grenzen. H. weist auf den Gegensatz zwischen der erworbenen und angeborenen S. bezüglich des Auftretens der Exantheme hin, hebt hervor, dass bei der angeborenen Infektion Eingeweide- und Knochenaffektionen, wenn solche vorhanden sind, immer früher entstehen als die Hautaffektionen und erklärt diesen Antagonismus zwischen Eingeweide- und Hautaffektionen einer angeborenen S. auf entwicklungsgeschichtlichem Wege, weil sich der Drüsenkörper der Haut erst zu Ende der Fötalperiode entwickelt. Hingegen sind die Eingeweidedrüsen wegen ihrer frühzeitigen, schon intrauterin eingeleiteten Funktion und die langen Röhrenknochen wegen ihres raschen Knochenwachstums in der Fötalperiode als Ort eines starken Säfteaffluxes von vornherein für die Attraktion des Syphilisvirus prädestiniert. Daraus erklärt sich das frühzeitige Ergriffenwerden der Eingeweide und der Knochenknorpelgrenzen im Fötalzustande und das relativ erst späte Erkranken der Haut. Hat sich gegebenenfalls das Syphilisvirus in den Eingeweiden und Knochenknorpelgrenzen während der Fötalperiode bereits erschöpft, dann kann es auch vorkommen, dass

das Exanthem dauernd vermisst wird. H. hat drei Fälle der Art in seiner Privatpraxis monatelang beobachtet, und dieselben lassen ihm keinen Zweifel darüber, dass es eine exanthemlose hereditäre Frühsyphilis gibt. Des weiteren weist H. darauf hin, dass man wohl die Existenz einer hereditären Spätsyphilis ohne Frühererscheinungen im Säuglingsalter bezweifeln muss, da es sich immerhin dann um Fälle gehandelt haben kann, bei denen die ersten Syphilisausbrüche ausschliesslich in den Eingeweiden und in den Knochenknorpelgrenzen lokalisiert haben könnten und der Diagnose entgangen sind. Vortr. betont noch, dass eine einfache Roseole als Syphilisexanthem, wie sie die acquirierte S. unter Umständen hervorbringt, bei der angeborenen Erkrankung in Abrede gestellt werden muss und dass man bei sicher gestellter Diagnose der hereditären S., gleichviel, in welchen Organen dieselbe lokalisiert ist, unverzüglich die Behandlung des Falles in Angriff nehmen muss. Es wäre nach H. verfehlt, den Ausbruch eines Exanthems abzuwarten, weil nach seinen Darlegungen ein solches nicht immer auftreten muss, und weil es auch gelingen kann, rein viszeral lokalisierte Formen der hereditären Infektion durch sofort eingeleitete antisiphilitische Behandlung zur Heilung zu bringen. S.

Zur Tuberkulose der Schilddrüse. Von Clairmont. (Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 48. 1902).

In dem beschriebenen Falle handelte es sich um ein 2jähriges, sonst gesundes Kind, bei welchem sich im Verlaufe von 2—3 Wochen eine rasch wachsende Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse entwickelte. Wegen zunehmender Atembeschwerden führte dieselbe zu einem operativen Eingriff, bei welchem ein Tumor gefunden wurde, welcher seiner Lage nach der Schilddrüse entsprach, mit den oberflächlichen Muskeln verwachsen war und in seinem Innern vielfache verkäste Herde darbot. Nach dem mikroskopischen Befunde handelte es sich um einen tuberkulösen Prozess. Die Frage, ob es sich um einen primären oder sekundären Prozess handelte, liess sich nicht entscheiden. Von den klinischen Symptomen war das hervorragendste die rasche Dickenzunahme des Halses. Dieses rasche Wachstum ruft eine Aehnlichkeit mit dem Bilde der Struma maligna hervor. In allen bisher beschriebenen Fällen bestand auch eine Kompression der Trachea, die zu Dyspnoe führte. Differential-diagnostisch kommen ferner in Betracht die Lues, die Aktinomykose, die sogenannte eisenharte Struma und die akute Strumitis. Der Erfolg der operativen Behandlung der Schilddrüsentuberkulose war in den bisher beobachteten Fällen ein guter. Im zitierten Falle trat ein Rezidiv auf, das nach einer zweiten Operation zur Ausheilung kam.

Goldbaum (Wien).

Das acetonische Erbrechen bei Kindern. Diskussion in der Société médicale des hôpitaux. (Le Bull. méd. No. 92, 1902. — Wiener medizinische Wochenschr. No. 6, 1903.)

Bei Kindern kommt, wie Guinon hervorhebt, manchmal Erbrechen mit Geruch des Atems nach Aceton vor; es wird meist grünliche Flüssigkeit in grossen Mengen erbrochen, das Erbrechen wiederholt sich sehr häufig; der Bauch ist sehr schmerzhaft, sowohl spontan wie bei Berüh-

zung. Auf schwefelsaures Natrium erfolgen fötide Stühle. In einigen Tagen erfolgt Genesung. Die Erklärung für dieses acetonische Erbrechen ist schwer zu geben; dass Acetonämie da ist, dafür spricht der Geruch des Atems, des Erbrochenen, Nachweis von Aceton im Harn. Ob aber das Aceton das Erbrechen auslöst, oder dies jene Körper tun, von welchem das Aceton stammt, die wahrscheinlich durch fermentative Vorgänge im Magen und Darm sich bilden, ist schwer zu entscheiden. Marfan, der zuerst das „Erbrechen mit Acetonämie bei Kindern“ beschrieben hat, meint, Erbrechen und Acetonämie seien zwei koinzidierende Symptome eines Zustandes, dessen eigentliche Ursache wir nicht kennen. Als bezeichnend wäre noch hinzuzufügen das Wort „paroxystisch“, weil die Erkrankung anfallsweise auftritt. Was die Behandlung betrifft, darf man die Kinder nicht auf absolute Wasserdiet setzen, weil Hungern eine Ursache der Acetonämie ist. Marfan gibt geeistes Zuckerwasser oder verdünnte Eismilch. Dagegen bemerkt Merklen, dass nach seiner Erfahrung die Kinder während des Anfalles Milch schlecht vertragen; er beschränkt sich auf Zuckerwasser oder Hühnersuppe, feuchte Kompressen auf den Magen und kleine Klystiere mit Salzwasser. Comby meint, die acetonischen Brechanfälle seien nichts anderes, als das von amerikanischen Ärzten beschriebene „Cyclic vomiting.“ Er hält den Geruch nach Aceton für kein charakteristisches Moment, weil man einen solchen sehr oft unter anderen Umständen findet; dagegen sei das Charakteristische eben der cyclische Gang, und die ebenso rasche Genesung wie Invasion. Er will solche Anfälle hauptsächlich bei Kindern von neuro-arthritischer Abstammung beobachtet haben.

G o l d b a u m (Wien).

Zwei Fälle von Herniotomie wegen Inkarzeration von Coecum und processus vermiformis bei kleinen Kindern. Von Klaussner. (Wiener klinische Rundschau 49, 1902.)

Kl. erwähnt nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Literatur zweier Fälle von Operation inkarzierter Hernien im frühesten Kindesalter. In einem Falle lag eine doppelte Einklemmung vor, einmal eine mässige Inkarzeration des Dickdarmes am Leistenring und dann eine Einschnürung des Wurmfortsatzes. Von einem Fremdkörper war im letzteren nichts vorzufinden. Die Operation verlief ohne Zwischenfall und hatte ein glänzendes Resultat. Im zweiten Falle fand sich bei der Operation das Coecum samt der Appendix im Bruchsacke. Die Spitze des processus vermiformis war mit dem Hoden fest verwachsen. Die Diagnose eines inkarzierten Bruches im Kindesalter begegnet im allgemeinen keinen besonderen Schwierigkeiten. Charakteristisch ist, dass Erbrechen verhältnismässig selten auftritt, frühzeitig dagegen peritonitische Symptome und ebenso schneller Verfall. Mit Berücksichtigung gewisser Momente wird die Diagnose auf Inkarzeration des Colon, resp. Coecum möglich. Man findet nämlich stets eine weite Bruchpforte und eine relative grosse Bruchgeschwulst, welche sich weich anfühlt. Die Einklemmungserscheinungen sind relativ leicht. Was die Therapie anbelangt, so hat man mit der Vornahme der Operation nicht zu lange zu zögern. Namentlich ist vor Repositionsversuchen bei kleinen Kindern dringend zu warnen. Prognose bei eingeklemmten Brüchen im ersten Kindesalter ist ungünstiger als bei

denen Erwachsener. Die Nachbehandlung weicht von der üblichen in keinem Punkte ab.
Goldbaum (Wien).

Ernährungsversuche mit Soxhlets Nährzucker. Von Moro. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift. No. 5. 1903.)

M. hat im Ambulatorium des Prof. Escherich 29 atrophische Säuglinge mit Soxhlets Nährzucker gefüttert und überraschende Resultate erzielt. Sämtliche Kinder waren jünger als ein Halbjahr. Er übt einen vortrefflichen Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Säuglinge aus und hat eine obstipierende Wirkung. Die Obstipation kann bei den Nährzuckerkindern einen so intensiven Grad erreichen, dass man gezwungen wird, dagegen medikamentös einzuschreiten. Diese dem Nährzucker eigentümliche Wirkung befähigt ihn, gerade bei Darmkatarrhkonvaleszenten gute Dienste zu leisten. Die Stühle der Nährzuckerkinder zeigen nichts Charakteristisches; sie gleichen gut verdauten Kuhmilchstühlen. Der Soxhletsche Nährzucker ist ein weisses, wenig hygroskopisches, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver. Die gesättigte Lösung hat einen schwach gelblichen Farbenton und opalisiert leicht. Geruch und Geschmack der Lösung entsprechen jenen des Malzextraktes. Die Süßigkeit des Nährzuckers ist 4 mal geringer als jene des Milchsuckers. An der Zusammensetzung des Soxhletschen Nährzuckers sind vorzugsweise Maltose und Dextrin beteiligt; das Verhältnis stellt sich fast wie 1 : 1. Ausserdem hat v. Soxhlet aus theoretischen Gründen das Nahrungsmittel mit einem gewissen Säuregrad und mit einem Kochsalzzusatz versehen. Die theoretischen Gründe waren dabei folgende: beim Kochen der Milch wird ein Teil der ursprünglich gelösten Kalksalze unlöslich und somit die Milch später der Labgerinnung im Säuglingsmagen schwerer zugänglich. Wird aber die Milch vorher angesäuert, so verbleiben trotz Sterilisation die Kalksalze der Milch zum grossen Teile in Lösung. Durch Zugabe von Kochsalz wird die Salzsäureproduktion gesteigert und so unter anderem auch der grosse Kalkgehalt der Kuhmilch leichter gelöst. Nach den Versuchen steht fest, dass das Präparat in der Säuglingsernährung vollste Berücksichtigung verdient und dass es gerade bei atrophischen Kindern sehr befriedigende Ernährungserfolge zutage fördert.

Goldbaum (Wien).

Gesundheitspflege.

Einem Vortrage des Geh. Medizinalrat Professor Dr. Leubuscher in Jena über „sozialhygienische Aufgaben der Schule“, den derselbe in einer gemeinsamen Versammlung des Realschulmännerversins und des Vereins für Volkshygiene gehalten hat, entnehmen wir nach einem Berichte des Frankfurter Generalanzeiger folgende Ausführungen:

Fragen wir uns, welche Missstände denn eigentlich auf dem Gebiete der Schule bestehen oder bestanden haben, welche die Forderung nach

einem ärztlichen Eingreifen begründen. Dass die Schule gewisse gesundheitliche Gefahren mit sich bringt und mit sich bringen muss, liegt einfach in dem Charakter der Schule und wenn man alle diese Gefahren beseitigen wollte, müsste man einfach die Schule selbst abschaffen. Wenn eine grosse Zahl von Kindern mehrere Stunden des Tages bei einander sitzt, ist die Gefahr der Ansteckung immer mehr oder minder vorhanden. Es kommt dabei ferner in Betracht, dass die Kinder, wenn sie in die Schule kommen, doch eine Änderung ihrer ganzen Lebensgewohnheiten erfahren. Das kann ohne Zweifel auch eine Rückwirkung auf die körperliche Entwicklung haben. Das sind Übelstände, die nicht zu vermeiden sind. Dann gibt es aber auch vermeidliche Übelstände. Sie liegen in den unhygienischen Schulgebäuden und vielleicht auch in der unhygienischen Unterrichtserteilung. Auf diesem Gebiet liegt somit das Feld des Schularztes.

Bei dieser Gelegenheit ist festzustellen, dass die Schulärzte, die nun seit einer Reihe von Jahren in Deutschland fungieren, zur vollsten Zufriedenheit der Lehrer und der Schulbehörden tätig sind. Die Befürchtungen der Lehrer sind nicht eingetroffen. Der Nutzen der Schulärzte geht weit über den Rahmen der Schule hinaus, er dient auch der Volksgesundheit. Durch die schulärztliche Einrichtung ist eine gesundheitliche Kontrolle der Bevölkerung geschaffen, wie sie in anderer Weise bisher nicht bestand und in anderer Weise auch nicht beschaffen werden kann. Durch die Untersuchung des Gesundheitszustandes der Kinder erhalten wir in gewisser Beziehung einen Aufschluss in Bezug auf die Gesundheitsverhältnisse der Erwachsenen. Durch die Tätigkeit der Schulärzte wird erreicht werden, dass eine Reihe von Schäden und Krankheiten des kindlichen Organismus verschwindet und dass mit der Entlassung aus der Schule auch gesündere, kräftigere und arbeitsfähigere Menschen ins Leben treten. Die Schulhygiene bedingt somit einen Nutzen für die allgemeine Hygiene.

Besondere Aufmerksamkeit ist den in der Hausindustrie beschäftigten Kindern zu schenken. Man muss dabei zwei besondere Gruppen von Schädigungen unterscheiden, eine direkte, die in der Beschäftigung mit giftigen oder gesundheitsnachteiligen Substanzen liegt, und eine indirekte, die darin zu suchen ist, dass solche Kinder einen grossen Teil des Tages in engen Räumen untergebracht sind und oft in unbequemer, nachteiliger Stellung ihre Arbeit verrichten müssen. Eine besondere interessante Erscheinung ist die Phosphornekrose, denen die in der Phosphorzündhölzherfabrikation beschäftigten Leute und Kinder anheimfallen. Sie bekommen mit der Zeit oft ganz weiche Knochen, die nicht den geringsten Widerstand vertragen und auf eine ganz unglaublich leichte Weise brechen. Das Eingreifen der Ärzte bei skrofulösen Kindern hat bereits ausserordentlich günstige Resultate gezeitigt. Was vollends die Tuberkulose betrifft, so hat das Interesse der Schule an der Bekämpfung derselben entschieden eine Bedeutung für das gesamte Volkswohl. Eine weite Verbreitung der Heilstätten, von denen man allerdings nicht zu viel erwarten darf, ist entschieden zu wünschen. Wenn man die Tuberkulose bekämpfen will, muss man sich die Jugend darauf ansehen, ob bei ihr bereits eine tuberkulöse Infektion vorhanden ist. Oft hat man auch schon

in der Skrofulose eine Erscheinungsform der Tuberkulose zu erblicken. Es ist unbedingt notwendig, dass tuberkulös veranlagte Kinder nicht bloss um der Mitschüler wegen, sondern auch in ihrem eigenen Interesse aus der Schule entfernt werden. Nun existieren zweifellos über die Häufigkeit der Tuberkulose unter den Kindern auch verschiedene Anschauungen unter den Ärzten selbst. Ein überraschendes Ergebnis ist, dass die nachweisbare Tuberkulose im Kindesalter ausserordentlich selten ist. Wir haben weite Bezirke, in welchen ein grosser Teil der Erwachsenen an Tuberkulose zu Grunde geht, und in denen trotzdem bei der schulärztlichen Untersuchung sich nicht ein tuberkulöses Kind gefunden hat. Auffallend ist auch, dass der kindliche Körper am wenigsten geneigt ist zu einer Tuberkulose der Respirationsorgane, der Lunge und des Kehlkopfes, die andererseits gerade bei den Erwachsenen die häufigste Erscheinungsform sind. Tuberkulöse Kinder müssen, wie bereits angedeutet, aus der Schule entfernt werden. Das genügt jedoch nicht, es muss vielmehr auch für ihre weitere Unterkunft gesorgt werden. Zu empfehlen ist in dieser Hinsicht, mit den bisher bestehenden Lungenheilstätten, besonders denen für lungenkranke Frauen, Heilstätten für Kinder in Verbindung zu bringen.

Was die landwirtschaftliche Kinderarbeit betrifft, so ist diese im allgemeinen weniger schädlich für den kindlichen Organismus. Sie ist nur schädlich, wenn sie zu lang oder in übermässiger Weise die Kräfte des kindlichen Organismus anstrengt. Dass dies vielfach der Fall ist, ist nicht zu bezweifeln. Es ist darum wünschenswert, dass auch hier eine gewisse Regelung eintritt.

Das bisher Gesagte bezog sich auf die Volksschulen. Bei den mittleren und höheren Schulen wurde für die schulhygienische Organisation nicht in gleichem Masse gesorgt. Im allgemeinen bieten ja die höheren Schulen bessere hygienische Verhältnisse, aber auch hier gibt es genug schwerwiegende Schäden. Sie bestehen besonders in der auffallend grossen Zahl der Kurzsichtigen, sowie in vielfachen Herzaffektionen und krankhafter sexueller Reizbarkeit.

Wenden wir uns noch kurz den sogenannten „schwach befähigten Kindern“ zu. Die Frankfurter Einrichtungen sind in dieser Hinsicht vielfach als vorbildlich bezeichnet worden. Neben den Idiotenkindern gibt es mehr oder minder schwach begabte Kinder, die ein Hindernis des Unterrichts sind. Solche Kinder sind in Sonderklassen oder Hilfsklassen zu unterrichten. Die Zahl derartiger Kinder ist nicht gering. In Deutschland haben wir etwa 100 Hilfsschulen mit etwa 7000 Kindern, Die Ursache der schwachen Befähigung mancher Kinder ist eine verschiedene. In einer Reihe von Fällen handelt es sich um erbliche Belastung, andererseits sind oft häusliche und wirtschaftliche Verhältnisse, Trunksucht der Eltern etc., daran schuld. Die neuerdings entstehenden „Landerziehungsheime“ abseits von dem Getriebe sind für solche Kinder besonders zu empfehlen. Doch auch für diese empfiehlt sich eine ärztliche Überwachung.

Ziehen wir noch kurz die Quintessenz aus dem Gesagten. Sie lautet: Die Aufgabe der Schule muss sein, nicht nur auf geistigem Gebiete fähige und denkende Menschen heranzubilden, sondern auch dafür zu sorgen,

dass die körperliche Entwicklung nicht nur nicht Schaden leidet, sondern den gesteigerten Anforderungen unseres Kulturlebens durchaus gewachsen ist.

Rezensionen.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Dr. med. H. Neumann. III. durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin, Oscar Coblenz, 1903.

Die vorliegende Auflage ist neu durchgearbeitet worden, und ist dies besonders in den Kapiteln über die Ernährung des kranken Säuglings und des fiebernden Kindes, ferner bei der allgemeinen und besonderen Besprechung der Infektionskrankheiten zu bemerken. Die persönlichen Erfahrungen, welche der Verfasser in langjähriger Praxis und klinischen Tätigkeit im Gebiete der Kinderkrankheiten zu sammeln Gelegenheit hatte, sind in den sehr anregend geschriebenen Briefen namentlich dem jungen Arzte eine vertraute Hilfe bei Ausübung seiner praktischen Tätigkeit; er findet über den umfangreichen Heilschatz die eingehendsten Belehrungen und für die Behandlung jeder Krankheit einen bewährten Heilplan ohne das in vielen Büchern beliebte kritiklose und verwirrende Nebeneinanderstellen vieler Mittel und Methoden. Der Ueberblick über die Arzneiverordnungen am Schlusse des Buches ist eine sehr erwünschte Zugabe der letzten Auflage.

Rump, (Recklinghausen).

Erziehung nervöser und verwös beanlagter Kinder.

Von Dr. W. Klette. gr. 8^o. 32 Seiten. Berlin 1902, Deutscher Verlag. Preis 0,60 M

Worin die Schwer-Erziehlichkeit nervöser Kinder beruht und nach welchen Gesichtspunkten deshalb die Erziehung zu leiten ist, sucht die kleine Schrift darzulegen. Die Erziehung soll sorgfältig sein, individuell und streng. Leider sind ja die Erzieher, die Eltern oft selbst nervös und deshalb schlecht geeignet, die Erziehung in diesem Sinne durchzuführen. Die Phantasie steht bei Nervösen im Vordergrund; sie muss gezügelt werden; das Kind soll sich von ihr unabhängig machen. Das Hauptziel sei die Entwicklung des Willens; durch Weckung des Gefühls der Selbstverantwortung entsteht Selbständigkeit; die Erziehung des Willens ist die Bildung des Charakters. Den Körper härte man ab. Durch Umgang und Verkehr gebe man Gelegenheit, Menschenkenntnis zu sammeln; Einsamkeit ist schädlich. Mit dem Eintritt ins Leben soll die Erziehung noch nicht aufhören, denn „wo viel Freiheit, ist viel Irrtum.“ Man verbittere ihm auch nicht sein Leben durch zu starke Betonung der „erblichen Belastung“. Bei früh hervortretender einseitiger Begabung prüfe man, ob nicht auf andern Gebieten Defekte da sind. Das kleine Büchelchen bietet allerlei Anregung und kann bei Eltern und Erziehern wohl Nutzen stiften. Störend wirkt oft die zu starke Häufung ähnlicher Begriffe.

F o c k (Hamburg).

Deutscher Krankenpflege-Kalender auf das Jahr 1903. Herausgegeben von Prof. Dr. George Meyer in Berlin. Mit Geleitwort von Prof. E. von Leyden. V. Jahrg. 12^o 266 S. Frankfurt a. M. 1902. J. Rosenheim. Preis (geb.) Mk. 1,20, mit Beiheft Mk. 1,70.

Als gern gesehener Bekannter wird das schmucke Büchlein von allen, die mit der Krankenpflege vermöge ihres Berufes oder aus freiem Interesse zu thun haben, begrüsst werden. Es bietet wiederum in klarer, anziehender Form eine Darstellung wichtiger Gebiete der modernen Krankenpflege, und zwar kehren einige grundlegende ältere Artikel von Esmarch u. a. in verbesserter Gestalt wieder, während neue Themata von berufenen Autoren behandelt sind. Wir heben besonders hervor: Krankenkost. Von Frau Kommerzienrat Hedwig Heyl, Berlin. Die Behandlung und Bereitung der Milch für Kinder und Kranke. Von Dr. Paul Sommerfeld. Die Pflege des Kindes in den ersten Lebenswochen. Von Dr. Carl Keller. Die Krankenpflege bei Diphtherie. Von Dr. L. Bernhard. Über den Nachtdienst am Krankenbette. Von Dr. Paul Jacobsohn. Die Pflege des Haares bei Kranken. Von Oberarzt Dr. P. J. Eichhoff, u. last not least Asepsis und Antisepsis. Von v. Esmarch. Das Beiheft enthält die für das Krankenpflegepersonal wichtigsten Bestimmungen der Deutschen Reichs- und Landesgesetzgebung, von Geheimrat Dr. Dietrich, zusammengestellt. Die in der Deckeltasche des Kalenders beigegebenen Formulare für Fieberkurven und Temperaturtabellen sind recht zweckentsprechend eingerichtet, auch die ganze Ausstattung des Kalenders, an der offenbar nichts gespart ist, macht einen schmucken Eindruck. Er wird in Hospitälern wie in Familien zweifellos wieder viele Freunde finden.

Dr. Kühner (Coburg).



Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Der Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Incontinentia urinae. Von Etrévant.

Der Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Inkontinenz des Harnes wird in den Abhandlungen über Kinderkrankheiten wenig gewürdigt, obgleich man beide zusammen etwa in 15% der Fälle beobachtet. Firche schreibt die Inkontinenz hauptsächlich der Atmungsbehinderung während des Schlafes zu. Die Misserfolge der Operation beweisen die Richtigkeit dieser Hypothese; so z. B. ist bei zwei Kindern die Operation misslungen, weil die Auskratzung der Wucherungen das Hindernis nicht behoben hat. Erst nach einer neuerlichen Operation sind die Inkontinenz und die Vegetationen geschwunden.

(Lyon méd. 1902.)

Dr. Kühner (Coburg).

Dijstostose cléido-cranienne héréditaire. Von Marie.

Dieses Leiden besteht in der Verlängerung des queren Schädeldurchmessers, in der Verzögerung der Ossifikation der Fontanellen und in einer

hochgradigeren oder geringeren Aplasie der Schlüsselbeine. Diese Missbildung ist erblich. Die Aetiologie derselben ist nicht bekannt. Von den Schlüsselbeinen können so beträchtliche Partien fehlen, dass die Kranken die Oberarme nach vorne bis fast zur Berührung der Schultern einander nähern können.

(Casop. lék. cesk. 1902.)

Goldbaum (Wien).

Zur Kasuistik der abdominalen Schussverletzung. Von Niederle.

Ein Knabe schoss sich aus Unachtsamkeit das Projektil einer 6 mm Flaubert-Pistole in den Bauch, welches, wie die Röntgen-Durchleuchtung zeigte, in der linken Darmbeinschaukel stecken blieb. Bei der Laparatomie fand man 6 Schussöffnungen im Darne, welche genäht wurden. Am 11. Tage nach der Verletzung konnte Patient bereits herumgehen.

(Casop. lék. cesk. 1902.)

Goldbaum (Wien).

Phototherapie des Scharlachs. Von Schoull.

Sch. hat bereits einmal über zwei Fälle von Scharlach berichtet, welche er mit rotem Lichte behandelte, wodurch jede Abschuppung hintangehalten wurde. Nunmehr hat er weitere vier Fälle in gleicher Weise behandelt; bei zweien, die von Anfang der Erkrankung an fünf bis sechs Tage im rot belichteten Zimmer gehalten wurden, zeigte sich keine Spur von Abschuppung; bei den zwei anderen, von denen der eine nur zwei Tage im roten Zimmer blieb, der andere erst am dritten Tage der Erkrankung in ein solches gebracht wurde, trat eine leichte Abschuppung auf. Sch. weist auf die Wichtigkeit dieser Erfahrung, wenn sie in einer grösseren Zahl von Fällen sich bewähren sollte, hin; abgesehen davon, dass vielleicht die Intensität der Fälle überhaupt durch das rote Licht beeinflusst wird, würde insbesondere die Kontagiosität wesentlich abgekürzt werden. Dafür, dass die Schuppen von Scharlachkranken lange Zeit ihre Ansteckungsfähigkeit bewahren, führt er ein eklatantes Beispiel an.

(Le Bull. méd. 1902.)

Goldbaum (Wien).

Acute dilatation of the stomach without apparent cause. Von Belilios.

Ein neunmonatliches Kind wurde zwei Stunden, nachdem es gestillt war, tot aufgefunden, ohne dass dafür ein Grund in dem bisherigen Befinden des Kindes ersichtlich war. Es schien völlig gesund, keine Schmerzen zu haben, es bestand kein Erbrechen oder sonst ein Symptom von Krankheit. Die Sektion des wohlgenährten Kindes bot keine Zeichen von Rhachitis. Alle Organe wurden auf das genaueste untersucht, insbesondere Milz, Leber, Lymph- und andere Drüsen, aber irgend etwas Abnormes liess sich nicht entdecken. Allein der Magen zeigte sich alsbald nach Eröffnung der Bauchhöhle ausserordentlich ausgedehnt. Er erschien in der Grösse eines kleinen Fussballes und mit Gas erfüllt. Eine Ursache für diese akute Dilatation des Magens konnte nicht gefunden werden. Eine Stricture des Pylorus oder Adhäsionen lagen nicht vor.

Das Duodenum war nicht erweitert. Die Magenschleimhaut bot keine Zeichen von Entzündung. Den Inhalt des Organs bildete eine geringe Menge geronnener Milch. Bau und Stärke der Muskelschicht des Magens schien gleichfalls normal. Die Ursache für die akute Dilatation konnte somit nicht festgestellt werden.

(Brit. med. Journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

A fifth attack of scarlet fever. Von Fielding.

Verf. berichtet über eine Beobachtung, in welcher der Patient zum fünften Male innerhalb von 12 Jahren von Scharlachfieber befallen wurde. Den ersten Anfall erlitt er während einer Epidemie, so dass man einen Zweifel nicht haben konnte, dass es um wirklichen Scharlach sich handelte. Betreffs der anderen Anfälle könnten indes Zweifel bestehen, ob nicht Verwechslungen vorlägen. Indes bei jeder Gelegenheit fanden sich Halsentzündung, Himbeerzunge, Fieber, intensive Rötung und vollständige Abschuppung. Die Abschälung der Hände nahm mehrere Wochen in Anspruch. Der Patient war ein kleiner Mann, Potator, anämisch, und litt an Hämorrhoiden und varicösen Geschwüren.

(Brit. med. Journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Über Chinosol. Von H. Lupus.

Die Vorzüge des Chinosols werden gemäss der erschienenen Literatur dargelegt und will Verf. ausserdem bei drei an Tussis convulsiva erkrankten Kindern durch Nasenspülungen mit sehr warmer Chinosollösung 1 : 1000 die Krankheit abgekürzt, respektive geheilt haben. Diese Waschungen sollen alle 2 Stunden ausgeführt und noch 5—7 Tage nach Aufhören des Hustens fortgesetzt werden, um Recidiven vorzubeugen.

(Spitalul 1902.)

E. Toff (Braila).

Über die Ernährung gesunder und dyspeptischer Säuglinge mit Buttermilch. Von Jacobson.

Verf. ist Anhänger dieser Ernährungsmethode geworden, nachdem er in einem Falle eigener Beobachtung ein schwer dyspeptisches Kind, welches weder die Mutterbrust, noch die Milch dreier Ammen vertragen konnte und nach monatelanger Behandlung bereits aufgegeben war, auf Buttermilchernährung sich erholen und zum vollkommenen Gesundheitszustande zurückkehren sah. Es ist vorteilhaft die Buttermilch im Hause selbst bereiten zu lassen, da diejenige aus den Milchmeiereien oft verschiedenartig verunreinigt ist. Die gute Wirkung derselben wird auf dreierlei Ursachen zurückgeführt: 1. den Säuregehalt; 2. das Fehlen von Fett; 3. die feine Verteilung des Kaseins. Die Buttermilch ist aber auch für gesunde Kinder eine ausgezeichnete Nahrung infolge ihrer sehr leichten Verdaulichkeit und Assimilierbarkeit.

(Arch. de méd. des enf. 1903.)

E. Toff (Braila).

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
 Salipyrin 6,0
 Glycerin 14,0
 Syr. Rub. Id. 30,0
 Aq. destillat. 40,0
 MDS. 2—3 stdl. 1 Kaffee- bis
 Teelöffel voll.

Rp.
 Salipyrin. 3,0
 Liq. Ammon. acet. 20,0
 Tinct. Aconit 2,0
 Aq. destillat, 40,0
 Succ. Liquirit. 5,0
 MDS. 2—3 stdl. 1 Kaffee- bis
 Teelöffel voll
 Influenza.

Rp.
 Thiol. 10,0

Adip. benzoat. 30,0
 Mf. ungt. DS. äusserlich
 Pemphigus.

Rp.
 Thiol. 4,0
 Collod. elastic. 20,0
 DS. äusserlich
 Lymphadenitis.

Rp.
 Lecithol (Riedel) 2,0
 Ol. Jecor. Asell.
 s. Ol. olivar provinc. opt. 98,0
 DS. 3 mal tgl. 1—2 Teelöffel
 voll.
 Rhachitis, Skrof-
 lose.

Kleine Mitteilungen.

Nach einer Mitteilung des ständigen Sekretärs, Geh. Sanitätsrat Dr. Spiess in Frankfurt a. M., wird die diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in den Tagen des 16. bis 19. September in Dresden stattfinden, unmittelbar vor der am 21. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Cassel.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen:

1. Nach welcher Richtung bedürfen unsere derzeitigen Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose der Ergänzung?
2. Die gesundheitliche Handhabung des Verkehrs mit Milch.
3. Die Bauordnung im Dienste der öffentlichen Gesundheit.
4. Hygienische Einrichtungen der Gasthäuser und Schankstätten.
5. Reinigung des Trinkwassers durch Ozon.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

April 1903.

No. 4. (160.)

Inhalt: Originalien: **Weigert**, Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speziell das Kufekesche. 73. — **Seelheim**, 2 Fälle von Diabetes mellitus im Kindesalter. 81. — Referate: Bericht über die XII. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Düsseldorf am 1. Februar 1903: **Rensburg**, 2 Fälle von Hauttuberkulose 85; **Castenholz**, Über die Ätiologie der Rhachitis 85; **Selter**, Vorläufige Mitteilung über Buttermilchkonserven 88; — **Moizard u. Grenet**, cerebro-spinale Form des Typhus. 88. — **Linsbauer**, Laryngitis pseudo-membranacea als Komplikation der Masern. 89. — **Bär**, Schwellung der peripheren Lymphdrüsen. 90. — **Ehrenfried**, Mittelohreiterungen. 91. — **Walko**, Enuresis. 92. — **v. Noorden**, Chinophenin. 93. — Rezensionen: **Monti**, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 18. Heft. 94. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 95. — Kleine Mitteilungen. 96.

Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speziell das Kufekesche.

Von Dr. Franz Weigert (Stettin),

Spezialarzt für Kinderkrankheiten und orthopädische Chirurgie.

Die Ansichten über den Wert der Kindermehle sind bei den Laien, ja sogar bei den Ärzten sehr verschieden; hört man doch gar nicht selten bei der Verordnung der diesbezüglichen Präparate die Frage aufwerfen „wird das Kind aber auch nicht die englische Krankheit durch das Kindermehl bekommen?“ Wenn man diesen Zweiflern daraufhin auseinandersetzt, dass auch Kinder, die nie mit Kindermehlen ernährt worden sind, ja selbst Brustkinder von dieser Krankheit befallen werden, so kann man doch manchmal das Misstrauen nicht ganz bannen und schliesslich endet der lange Disput mit der Frage der Mutter: „Könnte man dem Kinde nicht doch etwas anderes als gerade Kindermehl verordnen?“

Der Gruppe dieser Skeptischen steht eine Kategorie von Frauen gegenüber, welche teils aus Überängstlichkeit, teils aus Indolenz oder sträflicher Bequemlichkeit ihren Kindern auf Wochen und Monate die Milch vollkommen entziehen und sie nur mit Mehlsuppen ernähren. Meist

ist es die Furcht vor dem Brechdurchfall, durch welche die Mütter in den Sommermonaten zu diesem oft verhängnisvollen Wagnis veranlasst werden. Die Frauen, welche dies tun, wissen nicht, dass gerade bei solcher unzweckmässigen Ernährung schwere Darmkrankheiten entstehen können und dass durch die, infolge der Milchentziehung hervorgerufene, Schwächung des Körpers die Disposition zu allen möglichen Konstitutionskrankheiten erzeugt werden kann.

Zwischen diesen beiden Extremen — auf der einen Seite unüberwindlicher Widerwille gegen die Kindermehle, auf der anderen starke Überschätzung derselben — gibt es aber einen goldenen Mittelweg: Der Arzt, welcher viele Kinder zu beobachten Gelegenheit hat, weiss, dass die Kindermehle oft grossen Nutzen stiften, ja selbst lebensrettend wirken können, dass aber ihre Verwendung an bestimmte Indikationen gebunden ist, dass etwaige Kontraindikationen berücksichtigt werden müssen und, wie in allen Dingen, so auch hier das rechte Mass nicht überschritten werden darf.

Es soll nun im folgenden meine Aufgabe sein, auseinanderzusetzen, was uns im allgemeinen zu der Anwendung der Kindermehle bestimmt, welche Mehle wir bei der Kinderernährung bevorzugen müssen, ferner welches die Indikationen bzw. Kontraindikationen für den Gebrauch derselben sind und wie sich die Darreichung am zweckmässigsten gestaltet.

Es ist bekannt, dass beim **E r w a c h s e n e n** die Kohlehydrate infolge ihrer grossen eiweissparenden Wirkung für den Körperansatz eine hervorragende Rolle spielen. Davon ausgehend müsste man schon a priori zu dem Schlusse kommen, dass die Kindermehle, deren Hauptbestandteil ja, wie schon der Name sagt, die Kohlehydrate sind, auch für die Ernährung der Kinder von einschneidender Bedeutung sein dürften. Es fragt sich nur, ob auch der Säugling — und zwar bereits in den ersten Lebenstagen — schon imstande ist, die durch die Nahrung eingeführten Kohlehydrate auszunützen.

Was zunächst die Verdaulichkeit der **S t ä r k e** anbetrifft, so steht der Ansicht v. Rittersheims, welcher das Vorhandensein des saccharifizierenden Fermentes im **S p e i c h e l** während der ersten sechs Lebenswochen leugnet, diejenige Schiffers gegenüber, welcher bereits in den ersten Tagen des Säuglings das diastatische Ferment im Speichel nachweisen konnte.

Auch in dem **P a n k r e a s** des Neugeborenen ist das stärkeumsetzende Ferment nachgewiesen worden.

Mit diesen theoretischen Ergebnissen gehen die praktischen Erfahrungen Hand in Hand: Czerny und Keller kommen in ihrem Handbuch (S. 286) zu dem Schlusse „dass die Stärke vom **g e s u n d e n** Säugling umgewandelt und ausgenützt wird, dass jedoch in der Übergangsperiode von ausschliesslicher Milchnahrung zur gemischten Kost ein Teil derselben unverändert im Kot erscheinen kann.“

Beim **k r a n k e n** Säugling aber leidet nach einigen Autoren die saccharifizierende Wirkung des Pankreassekretes. Es ist dies deshalb wichtig hervorzuheben, weil, wie ich noch auseinandersetzen werde, die Kindermehle ihre Hauptverwendung beim **k r a n k e n** Säugling finden und wir während der Krankheitsperiode deshalb solche Kindermehle be-

vorzuziehen müssen, welche wenig unverdaute, oder leicht in Wasser lösliche, Stärke enthalten.

Doch auch beim gesunden Säugling ist erwiesenermaßen in den ersten Lebenswochen die stärkeumwandelnde Kraft des Pankreassaftes noch sehr gering, sie schlummert gleichsam und es bedarf erst öfterer Anregung, um sie aus diesem Zustande aufzurütteln. Auch hier verbietet sich also eine zu stärkereiche Kost.

Was die übrigen Kohlehydrate in den Kindermehlen und ihren Wert für das Kind anlangt, so sind es hauptsächlich die Zuckerarten, welche hier noch in Betracht kommen. Dabei muss hervorgehoben werden, dass die Ausnutzung des Zuckers beim Säugling — in gesunden und kranken Tagen — eine gute ist und dass die bei ihrer Zersetzung entstehenden Produkte fördernd auf die Darmperistaltik einwirken. Aus letzterem Grunde dürfen die Kindermehle, wenn sie auch bei bestehenden Durchfällen angewandt werden sollen, nicht zuviel Zucker enthalten, damit die Zersetzung keine allzuarstarke wird und die Zahl der Entleerungen nicht noch eine Vermehrung anstatt einer Verminderung erfährt.

Eines der ältesten und zugleich bewährtesten Kindermehle, das den bisher angeführten Tatsachen Rechnung trägt, ist das Kufekesche Kindermehl. Der Wert desselben ist wissenschaftlich zuerst durch die bekannte Analyse des Grafen Törring (mitgeteilt durch Prof. Escherich) festgestellt worden; ich will sie der Vollständigkeit halber hier anführen:

Tabelle I.

Name	Wasser	Protein	Fett	Trauben- zucker	Rohrzucker	Stärke + Dextrin	Gesamt- Kohlehydrate	Nährstoffver- hältnis	Asche
Kufeke	7,84	13,68	0,33	1,36	10,53	64,1	75,77	1:5,6	1,45

Tabelle II.

Name	Stärke + Dextrine						
	in Prozenten der Trockensubstanz				von den Gesamtkohlehydraten — Zucker waren in Prozenten		
	in Wasser gelöst	durch Diastase gelöst	im Dampf- topf gelöst	Gesamt- kohlehydr. — Zucker	in Wasser gelöst	durch Diastase gelöst	erst durch den Dampfopf erschlossen
Kufeke . .	43,85	18,57	1,68	64,1	68,34	29,04	2,62

Aus derselben ersieht man ohne weiteres, dass von 100 Teilen Kufekemehl (Tabelle I) 64 Teile auf Stärke + Dextrine fallen und dass von diesen 64 fast 44 Teile (Tab. II), d. h. 68 % der gesamten Kohlehydrate in Wasser löslich sind, also auch vom jungen Säugling ausgenützt werden können und dass fast die ganzen übrigen Teile der Umsetzung durch das Pankreassekret zugänglich sind.

Auch sind im Kufekeschen Kindermehl die Zuckerarten nicht im Übermass vorhanden.

Mit diesen analytischen Tatsachen stehen die praktischen Erfahrungen über das Kufekemehl vollkommen im Einklang, wie besonders von Biedert an einem grossen Material festgestellt worden ist.

Wenn ich nun auf die Indikationen zur Verwendung des genannten Kindermehles eingehe, so muss, wie schon angedeutet, scharf hervorgehoben werden, dass dabei ein grosser Unterschied besteht zwischen kranken und gesunden Kindern.

Sprechen wir zunächst von den ersteren.

Diejenigen Magendarmstörungen der Säuglinge, welche durch Überfütterung entstanden sind, stellen das grösste Kontingent für den Gebrauch des Kufekeschen Kindermehles.

In dem akuten Stadium des sog. Brechdurchfalls sind bekanntlich die Milch und der Rahm, ferner die milchhaltigen Surrogate, ja selbst die Brustnahrung für das Kind schädlich, da durch alle diese Stoffe immer wieder neues Material zur Zersetzung geliefert wird, und die Heilung erfolgt am schnellsten, wenn wir die Milch zunächst gänzlich aus der Nahrung verbannen.

Mit einer 1—2tägigen Teediät ist aber in manchen schweren Fällen noch nicht genug geschehen; wie oft sehen wir, wenn dann sofort wieder Kuhmilch gereicht wird — Brustnahrung wird meist dann schon wieder getragen — ein Wiederaufflackern des Krankheitsprozesses. Hier wirkt dagegen die Kufeke-Suppe — ohne Milchzusatz — oft geradezu Wunder. Das Heilsame ist in diesem Falle die mit sonst leicht verdaulichen Stoffen erfolgende Unterernährung des Kindes. Begünstigend wirkt dabei mit, dass die Kinder, soweit man in diesem Stadium von Appetit reden kann, die Kufeke-Suppe gern nehmen. Auch die Mütter begrüßen es dankbar, dass ihr Säugling nicht mehr von Wasser zu leben braucht.

Martin B., 3 Monate alt, zuerst mit $\frac{1}{3}$ Milch, seit 3 Wochen mit $\frac{1}{2}$ Milch ernährt, immer 2stündlich. Bisher gesund (?) ausser öfterer Verstopfung; seit 2 Tagen Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, ca. 8 spritzende wässrige, stark riechende Stühle täglich.

28. 4. Kind leidlich genährt, 4800 gr schwer, sehr unruhig. Ordination: Russ. Tee nach Belieben. Ricinusöl dreimal tgl. einen Teelöffel.

29. 4. Stuhl noch viermal. Erbrechen geringer. Gewicht 4600 gr. Ordinat: idem.

30. 4. Kein Erbrechen, Stuhl braun, dreimal tgl., spärlich (Teestuhl), riecht nicht. Ordinat: Protargol 0,1:50 Aqua 3stdl. 1 Teelöffel vor dem Trinken. 3 Esslöffel („Strich“) Wasser, 1 Esslöffel („Strich“) Milch alle 3 Stunden.

1. 5. Wieder öfters Erbrechen. Kind unruhig, wenig Schlaf, Stuhl „gehackt“. Gewicht 4400 gr. Ordination: Kufeke-Suppe ohne Milch (1 Esslöffel auf 1 Ltr. Wasser, 10 Minuten kochen) 3 std 4 Esslöffel (Strich). Protargol weiter.

2. 5. Kind ruhiger. Kein Erbrechen, Stuhl zweimal, salbenartig, homogen, braun.

4. 5. idem. Ordinat: 1 Teil Milch, 3 Teile Kufeke-Suppe, Protargol fortzulassen.

7. 5. Stuhl gleichmässig, gelb, alkalisch, zweimal tgl., Wohlbefinden, Gewicht 4440 gr. Jetzt 2 Teile Milch, 6 Teile Kufeke-Suppe.

14. 5. Kind munter, lacht. Stuhl zweimal tgl., gut, Gewicht 4650 gr. Tgl. Zunahme von 30 gr. seit 7. 5. — Geheilt.

Eine andere Form der meist durch die Zersetzung des Eiweisses hervorgerufenen Krankheitsprozesse stellen diejenigen dar, welche sich vorwiegend in den unteren Darmabschnitten abspielen und meist bei älteren Säuglingen oder Kindern in der ersten Hälfte des 2. Lebensjahres zur Beobachtung kommen; ich meine die *Enteritis follicularis*, den *Dickdarmkatarrh*. Die *causa peccans* ist hier nicht sowohl der zu ausgiebige Genuss von Milch, als vielmehr die übermässig reichliche Darreichung von Fleisch und Eiern, deren unverdaute Reste pathogenen und saprophytischen Bakterien Material zur Wucherung und den Boden für die Entwicklung ihrer giftigen Stoffwechselprodukte liefern.

Es ist eine oft erprobte Tatsache, dass hier die ausschliessliche Darreichung des Kindermehles, rechtzeitig einsetzend, in relativ kurzer Zeit Heilung bringt. Begünstigend kommt hinzu, dass es sich bei dieser Krankheit meist, wie schon erwähnt, um ältere Kinder handelt, welche, wenn sich der Prozess in die Länge ziehen sollte, bezw. in sehr schweren Fällen, eine länger fortgesetzte ausschliessliche Mehldiät sehr gut vertragen, zumal da bei ihnen auch allmählich statt der Suppen, die Breiform der Mehle gesetzt werden kann.

Auch bei den hierher gehörenden infektiösen Formen des *Dickdarmkatarrhs* (z. B. der Escherichschen Streptokokken-Enteritis) leistet ausschliessliche Ernährung mit Kufekes Kindermehl Hervorragendes. Die bei der Mehlnahrung erfolgenden salbenartigen, reichlichen Stühle umhüllen den bei den genannten Krankheiten so stark auftretenden Schleim gleichsam mit einem schützenden Panzer, so dass der Kontakt des Entzündungsproduktes mit der geschwellten und der gesunden Schleimhaut vermieden und die Gefahr der Re- und Autoinfektion des Digestionstrakts herabgesetzt wird. Ausserlich zeigt sich dieser Einfluss in dem baldigen Eintritt der Beruhigung des Kindes bei Mehlnahrung und Nachlassen des Tenesmus.

Lottchen M., 1 Jahr 4 Monate. Isst alles mit, vorgestern ziemlich viel fette Wurst. Seit gestern sehr unruhig, schreit zeitweise laut auf und entleert unter starkem Pressen scheusslich stinkenden Stuhl und viel Blut.

Befund: 22. 8. Kind unruhig, Ränder um die Augen, sehr matt, Temperatur 39,4. Beim Stuhl wölbt sich die Analgegend stark vor. Stuhl enthält Blut und etwas Schleim; mikroskopisch zahlreiche Streptokokken. Ordination: Zweimal tgl. 1 Kinderlöffel Ricinusöl, Kufeke 1 Esslöffel auf 1 Ltr. Wasser. 4stdl. 4 Esslöffel.

23. 8. Kind viel ruhiger. Tenesmus geringer, Stuhl noch wie gestern. Ordinat: Dreimal Klystiere mit essigsaurer Tonerde (1 Teelöffel auf 1 Obertasse Wasser). Die gleiche Diät.

24. 8. Stuhl ohne Blut, viel Schleim, zeitweise auch schon fäkulent aussehend. Geruch weniger intensiv, kein Tenesmus, dreimal tgl. erfolgend. Ordinat: Keine Klysmata, kein Ricinus. Kufeke 2 Esslöffel auf 1 Ltr. dreistdl. 6 Strich (Essl.)

26. 8. Stuhl geformt, zweimal tgl. Im Inneren der Kotballen noch etwas Schleim. Ordinät: Brühe mit Gries, Semmel. Daneben Kufeke-Suppe ohne Milch gestattet.

28. 8. Gut erholt. Stuhl einmal, nicht riechend, ohne Schleim und Blut. Ordinät: Meidung von Fleisch und Eiern, sonst alles gestattet. — Geheilt.

Nächst der Überfütterung mit Eiweiss bildet eine Hauptindikation für die Anwendung des Kufekeschen Kindermehles diejenige Erkrankung, welche durch übertriebene Darreichung von Fett — meist durch falsche Verwendung künstlicher Nährpräparate — hervorgerufen wird, die sog. Fettdiarrhöe. Hier muss dann der Übergang von der Mehl- zur Milchdiät sehr allmählich geschehen, um Rezidiven vorzubeugen, am besten durch Zusatz von zuerst kleinen, dann grösseren Mengen abgerahmter Milch zur Kufeke-Suppe.

Auch bei den subakut gewordenen Fällen von Magendarmkrankungen sieht man häufig einen eklatanten Erfolg des genannten Kindermehles, welcher wohl auf die eiweiss sparende Eigenschaft der darin enthaltenen reichlichen Kohlehydrate zurückzuführen ist; wie häufig tritt der Fall ein, dass man Kinder in Behandlung bekommt mit der Angabe, dieselben hätten vor einigen Wochen an Darmkatarrh und Erbrechen gelitten und nähmen jetzt, nachdem diese Erscheinungen schon lange geschwunden seien, noch immer nicht an Körpergewicht zu. Hier sieht man oft schon nach kurzer Zeit eine Änderung des Befindens, wenn man zur Verdünnung der Milch statt der entsprechenden Wassermenge Kufeke-Suppe verwendet.

Schliesslich sind auch noch die Fälle von hartnäckiger Verstopfung zu erwähnen, welche in zu zeitiger oder zu reichlicher Darreichung von Vollmilch ihren Grund haben und auf Ermässigung der Milchmenge und Ersatz der fortfallenden Kalorien durch Mehlezusatz Heilung finden.

Soviel über die Verwendung des Kufeke-Mehles beim kranken Kinde. Bei gesunden, künstlich ernährten Säuglingen sind die Kindermehle im ersten Lebenshalbjahr zu entbehren, doch erlebt man es bisweilen, dass die Kleinen die Milchmischungen besser ertragen und stärkere Gewichtszunahme zeigen, wenn statt Wasser Kufeke-Suppe zur Verdünnung genommen wird. Diese Tatsache findet nach Biedert ihre Erklärung darin, dass sich die Mehlkörnchen lockernd zwischen die Kaseinteilchen der Milch legen und dass die so entstehende Emulsion eine feinflockige Gerinnung nach Art der Frauenmilch zustande kommen lässt.

Sehr gute Dienste leisten uns aber die Kindermehle in der Periode der Entwöhnung der gesunden Kinder von der Brust oder z. B. auch bei dem Übergang von der Ernährung des Kindes mit Kellerscher Malzsuppe — bei chronischen Verdauungsstörungen — zu gewöhnlichen Milchmischungen.

Auch für Kinder im 2. und 3. Lebensjahre bedeuten die Kindermehle eine erwünschte Bereicherung des Speisezettels, da man durch reichlichere Mehlgaben bzw. stärkeres Einkochen derselben statt der Suppenform die Breikonsistenz bei der Ernährung in Anwendung bringen kann.

Gegenüber den mannigfachen Indikationen zur Darreichung der Kindermehle nahmen die Kontraindikationen nur einen geringen

Raum ein, doch dürfen sie darum nicht weniger beachtet werden; sieht man doch bei Ausserachtlassen derselben schwere Schädigungen eintreten.

Es wäre, um jetzt auf die Kontraindikationen näher einzugehen, zunächst ein Kunstfehler, wollte man bei Darmstörungen, die durch den Genuss von zu stark kohlehydrathaltiger Nahrung entstanden sind, als Heilmittel die Kindermehle verschreiben, und doch geschieht dies häufig auch von Ärzten, wenn sie der Entstehungsart des Darmkatarrhs nicht auf den Grund gehen.

Die Stühle, welche bei diesen Formen der Darmkatarrhe auftreten, reagieren im Gegensatz zu den sonstigen Entleerungen bei künstlicher Ernährung sauer (Lackmuspapier!); meist ist auch Stärke in denselben nachweisbar.

Desgleichen ist zu warnen vor zu langer Darreichung der Mehldiät ohne Milchzusatz bei den vorher durch Eiweiss- oder Fettüberernährung erkrankten Kindern. Hier wirkt die zuerst heilsame Ernährungsweise auf die Dauer schädlich, wenn der richtige Zeitpunkt der Milchbeimischung versäumt wird. Die Stühle werden dann wieder zahlreicher, sauer und übelriechend.

In beiden Fällen bringt oft der bruske Übergang zur Milchwasser- oder Rahmernährung Heilung.

Frieda G., jetzt 2 Monate alt. Bekam 3 mal tgl. Brust-, 4 mal Halbmilch. Vor 3 Wochen Erbrechen und Durchfall. Ein Arzt verschreibt Reisschleim und eine Emulsion von Tannigen mit einigen Tropfen Opium (!). Brust versiegt. Der Zustand des Kindes ändert sich nicht, das Körpergewicht nimmt zusehends ab. 3 Wochen lang erfolgen bei Reisschleimernährung — ohne Milch — schleimige, fast garnicht kotartig aussehende übelriechende Stühle, jede Windel voll, 6—8 mal tgl.

6. 5. Ich finde ein blasses, sehr unruhiges Kind. Bei Einführung des Thermometers entleert sich übelriechender, stark schleimiger hellbrauner Stuhl von saurer Reaktion. Temp. 37°. Ordination: Russ. Tee. Eine Darmspülung bei erhöhtem Becken mit Kochsalzlösung, bis klares Wasser abfließt.

7. 5 Zwei braune Stühle. Kind hat nachts gut geschlafen. Ordination: Protargol 0, 1/50 3stdl., 1 Teelöffel vor dem Trinken. Diät: 3stdl. Brühe von Kalbsknochen mit Zusatz von Biederts Ramogen (Verdünnung 30 : 1) jedesmal 4—6 Strich (= Esslöffel).

9. 5. Stuhl noch etwas schleimig, weniger riechend, ziemlich homogen. Kind munter. Diät jetzt: 1 Ramogen zu 20 Brühe 3stdl. 6 Strich.

11. 5. Stuhl alkalisch, nicht mehr riechend, fast frei von Schleim, gelb, homogen, 2 mal tgl. Kind lacht und spielt. Ordin: Ramogen-Brühe 1 : 16. 3stdl. 9 Strich.

13. 5. Stuhl gut, 2 mal tgl. Ramogen 1 Teelöffel, Brühe 12, Milch 4 Teelöffel — im Verhältnis; — allmählich mit Milch steigend unter schrittweisem Fortlassen von Ramogen; i. g. wieder 3stdl. 9 Strich.

20. 5. Bekommt seit 2 Tagen 3 stdl. 5 Teile Wasser, 4 Teile Milch. Stuhl gelb, alkalisch-homogen, 2 mal tgl. Kind sehr wohl; erholt sich sichtlich. — Geheilt.

Auch bei Kindern, die vorher mit andern kohlehydratreichen Nährmitteln nicht gediehen sind, ohne dabei sichtliche Darmstörungen zu zeigen, wird man die Darreichung des Kufeke'schen Kindermehles — geradeso wie z. B. auch die der Kellerschen Malz-Suppe — vermeiden; desgleichen auch in den Fällen, bei welchen während der Ernährung mit dem genannten Mehle ohne sonstige greifbare Ursache keine regelmässige und gute Zunahme erfolgt.

Den Kontraindikationen verwandt ist die unrichtige Anwendungsweise; wie überall, so ist auch bei dem Gebrauch des Kufeke'schen Mehles ein Zuviel vom Übel, was sich durch das Auftreten einer starken Gärung dokumentiert. Welches ist nun das Mass, das sogar vom kranken Kinde vertragen wird? Nach Biedert ist auch bei Darm-erkrankungen kein Rest des Kufeke'schen Mehles nachweisbar, wenn täglich c. 30 g (= ein gehäufter Esslöffel) davon verabreicht wird. Diese Menge auf 1 l Flüssigkeit verteilt ist als Durchschnittsquantum für die erste Zeit der Magendarmerkrankung festzuhalten und zwar selbst für ältere, an stürmischen Verdauungsstörungen erkrankte Kinder. Auch hier müssen die Einzelgaben in den genannten Fällen zunächst sehr kleine sein und 4 stündliche Pausen strikte innegehalten werden.

Wie schwer sich die Vernachlässigung dieser Forderungen rächen kann, möchte ich an einem im vorigen Sommer erlebten Falle erläutern:

Frieda K., 1 Jahr 2 Monate alt, wird am 18. 7. zu mir gebracht, hat gestern mittag Eierkuchen bekommen; bald darauf heftiges Erbrechen und Durchfall, ca. 10 mal bis jetzt; erhielt auch heute noch Milch.

Befund: Kräftiges über sein Alter entwickeltes Kind, matt, Augen eingesunken, macht einen schwerkranken Eindruck, öfters Stöhnen; bei mir Erbrechen und dünner, wässriger Stuhl.

Ordination: Magenspülung, Entleerung von viel Schleim und Milchresten. Ricinusöl 3 stdl. 1 Teelöffel. Diät: nur russ. Tee.

19. 7. hat nur einmal (wie gewöhnlich!) nach der Magenspülung gebrochen. Stuhl braun, spärlich (Teestuhl) 4 mal.

Diät: Kufeke 1 Esslöffel auf 1 l Wasser 4 Strich in 4 stdl. Pausen, dazwischen Tee ad libitum zur Durststillung. Ricinusöl ausgesetzt,

20. 7. Kind spielt und ist so munter, dass Mutter nicht wiederkommt.

21. 7. werde ich früh um 7 Uhr gerufen, weil nachts häufiges Erbrechen erfolgt ist und der Zustand sich auch verschlimmert hat. Mutter gesteht, dass das Kind am Tage vorher 3 stündlich eine ganze Flasche Kufeke-Suppe getrunken hat.

Befund: Tiefes Koma. Herz- und Pulsschlag unregelmässig. Hände, Füße, Lippen tiefblau. Auf Senfeinwicklung, warmes Bad, stdl. Kampferinjektionen für einige Stunden Besserung der Zirkulation;

das Koma aber bleibt bestehen. 4 Uhr nachmittag kaffeesatzartiges Erbrechen. 8 Uhr abends schwere Konvulsionen und Exitus (10 Uhr).

Meiner Ansicht nach hätte sich dieser traurige Rückfall durch knappe Diät verhindern lassen können. —

Ich möchte nun zum Schluss schildern, wie sich erfahrungsgemäss das praktische Vorgehen bei den akuten Magenstörungen der Säuglinge, die ja, wie erwähnt, das grösste Kontingent für die Verwendung der Kindermehle stellen, gestalten dürfte:

Ich beginne stets mit einer ausschliesslichen Tee-Diät und setze diese so lange fort, bis dunkelbraun gefärbter Stuhl erscheint (24—48 Std.). Dann lasse ich einen Esslöffel Kufeke-Mehl in lauwarmem Wasser verrühren und auf 1 l Wasser auffüllen und diese Mischung c. 10 Minuten unter Umrühren kochen. Davon lasse ich alle 4 Std. ca. 4 Strich (= Esslöffel) — ev. in der Zwischenzeit Tee zur Durststillung — reichen. Zu jeder Flasche wird 1 Teelöffel Milchzucker hinzugesetzt, da durch dessen Anwesenheit die Fäulnisprozesse bekanntlich gehemmt werden.

Wird dieses Quantum einen Tag lang ohne Vermehrung der Stühle oder des Erbrechens vertragen, so gebe ich 6 Strich der gleichen Konzentration in denselben Pausen. Erfolgt nach ca. 2 Tagen nicht faulig riechender, wenig Schleim einschliessender Kot und zwar nicht mehr wie 3—4 Mal täglich, so ersetze ich von den 6 Strich Kufekesuppe 1 Strich durch saubere, abgekochte Kuhmilch; bleibt der Stuhl homogen — ohne unverdaute Reste — so gebe ich 3 stdl. 4 Teile Kufeke, 2 Teile Milch; bei Kindern von 5 Monaten — oder deren Gewicht — aufwärts steige ich mit der Konzentration nach etwa wieder 3 Tagen auf 3:3 und so fort; erst allmählich wird das Einzelquantum, etwa auf 9 Strich, vergrössert.

Nur so ist man in der Lage, die Kinder vor verhängnisvollen Rückfällen zu schützen bzw. beim Eintritt neuer Störungen durch Verminderung der Milchmengen etc. Abhilfe zu schaffen.

Befolgt man aber dieses Regime, welches natürlich individuell, je nach der Schwere der Erkrankung, etwas modifiziert werden kann, so wird man es zu seiner Freude oft erleben, dass auch anfangs sehr bedenklich erscheinende Fälle von Brechdurchfall oder Darmkatarrh in verhältnismässig kurzer Zeit zur Heilung kommen und man wird dadurch viel dazu beitragen können, die Sterblichkeitsziffer bei den Kindern im ersten Lebensjahre zu verringern.

Zwei Fälle von Diabetes mellitus im kindlichen Alter.

Von Dr. Seelheim-Brünen (Wesel).

In der Fachliteratur finden sich bisweilen Bemerkungen über Diabetes, die darauf schliessen lassen, dass diese Krankheit relativ selten Personen vor der Pubertät befällt. Zufälligerweise betreffen nun unter 3 Fällen von Zuckerharnruhr, die ich in meiner hiesigen Praxis bisher zu beobach-

ten Gelegenheit hatte, je ein Kind von 14 und 3 Jahren, und da ich annehme, diese Fälle möchten einiges Interesse haben, gebe ich sie hier wieder.

Fall I. Hofbesitzerssohn von 14 Jahren, besuchte zur Zeit, als er mir am 18. Januar 1902 von seinem Vater vorgestellt wurde, die Kinderlehre und arbeitete täglich mehrere Stunden im Bureau der hiesigen Molkerei. Seine Lebensweise bot demnach keine Besonderheiten. Schon Wochen vor der ersten Konsultation war ich auf den Jungen durch seinen melancholischen Gesichtsausdruck aufmerksam geworden. Ich sah ihn häufig, wenn er radfuhr, und dabei fiel mir bei dem Tempo, das der sehr schlanke Junge bergauf anschlug, der seltsame Widerspruch auf, in dem dasselbe zu seiner unbeweglichen Miene stand, die doch bei anderen Radfahrern die körperliche Anstrengung wiederzuspiegeln pflegt. Auffällig war auch gleich bei der ersten Vorstellung die Art, wie mir der Junge die Hand gab, sprach und sich bewegte. Es machte den Eindruck, als sei die physische Kraft zu kräftigeren Aktionen vorhanden; der Kranke gab von seiner Energie aber nur soviel aus, wie gerade nötig war. Dies erscheint mir charakteristisch für ein bestimmtes Stadium der Diabetes, nämlich das, in dem die Krankheit lange genug bestand, um den Kranken das Mass seiner Leistungsfähigkeit kennen gelehrt zu haben, ihn also bewusst mit seinen Kräften haushalten lässt. In den ersten Stadien dagegen holt er alles aus sich heraus, geht gewissermassen leichtsinnig mit seiner Kraft um, in den letzten Stadien ist er unfähig zu irgend welcher Leistung und hat auch nicht mehr den Willen, die Reste seiner Kräfte zu verwerten. Die Untersuchung ergab an Lunge und Herz keine Anomalien. Der Leib fühlte sich etwas teigig an und war mässig eingezogen. Sehstörungen und sonstige Beeinträchtigungen der übrigen Sinne fehlten. Stuhlgang normal, kein abnormes Hungergefühl. Ernährungszustand mittelmässig. Da etwas vermehrter Durst und häufigeres Urinieren zugegeben wurden, untersuchte ich den Urin und fand Eiweiss = 0, Zucker 5%, eine Menge, die bis zum Exitus gleich blieb. Da mir unter Berücksichtigung dieser Zuckermenge (durch Gärung festgestellt), des allgemeinen Eindrucks und des Alters des Kranken der Zustand schwer erschien und ich nicht wagte, sofort sämtliche Kohlehydrate zu entziehen, verordnete ich eine Diät von Gemüse, Fleisch, wenig Milchkaffee, Aleuronat-Schwarzbrot und -Stangen, zu Mittag 1—2 Kartoffeln nebst zuckerarmem Wein, Neuenahrer Sprudel und Saccharin zum Süssen. Dabei keine Änderung, sowohl im Allgemeinbefinden als in der Zuckerausscheidung. Höchstens eine unbedeutende Abnahme der Urinausscheidung um $\frac{1}{4}$ Liter (zu Beginn $2\frac{1}{2}$ bis 3 Liter). Da diese Diät gar keinen Einfluss hatte, ging ich nur ungerne an den Versuch einer strengen Gemüsediat, weil ich das Gefühl hatte, als könne die Katastrophe dadurch beschleunigt werden. Um aber nichts unversucht zu lassen, verordnete ich die genannte Kost unter täglicher Kontrolluntersuchung durch 3 Tage. Erfolg: Urinmenge unwesentlich geringer, Zuckerausscheidung konstant. Dagegen nahm der Kräfteverfall und die Abmagerung zusehends zu, und es stellte sich hartnäckige Verstopfung ein, die auf nichts — besonders auch auf Bittersalze — reagierte, höchstens dass nach tagelang fortgesetzten Einläufen sich einige harte Kotkugeln entleerten. Deshalb ging ich zu einer Diät über, die — soweit mir erinnerlich — von französischer Seite warm

empfohlen wird, wo man den Kohlehydraten der Kartoffeln einen weniger schädlichen, bisweilen sogar heilenden Einfluss auf Diabetes zuschreibt. Ich liess Kartoffeln nach Belieben in jeder Form nehmen, verbot jedoch ausser ganz geringen Mengen Aleuronat-Gebäck alle anderen Kohlehydrate. — Auch diese Behandlung blieb ohne irgend welchen Einfluss resp. auf die quälende Verstopfung, die ich durch sie zu beseitigen gehofft hatte.

Ende März wurde mir eine Anpreisung des Antimellin (einer Komposition von Jambul mit mehreren andern gegen Diabetes seit langem angewandten Mitteln) aus dem Sanatorium Wermsdorf (Leiter: Pezold) zugesandt, mit einer Menge lobender Zuschriften von Ärzten und Laien. „Selbst bei schwersten Fällen ist eine wesentliche Besserung . . . erreichbar.“ Da mir wenigstens eine Besserung wenn auch nicht Rettung meines Patienten schon erstrebenswert schien, bestellte ich eine Flasche Antimellin (Preis 12 Mk.) und liess sie nach Vorschrift nehmen, wegen der an diesem speziellen Kranken gemachten Erfahrungen zunächst unter Beobachtung einer milderer Diät mit wenig Kartoffeln und Aleuronatbrot unter Ausschluss aller sonstigen Kohlehydrate. — Da die Anpreisungen besagten, dass Antimellin in vielen Fällen wirksam sei, in denen eine Diät überhaupt nicht eingehalten sei und der Kranke überhaupt nur einmal zuckerfrei gewesen sei bei strenger Diät, durfte ich hoffen, dass das Mittel zum wenigsten eine geringe Verminderung der Zuckerausscheidung bewirken würde bei der von mir beobachteten Diät. Kein Erfolg. Auf meinen diesbezüglichen Bericht nach Wermsdorf bekam ich die Antwort, dass auf meinem bisher eingeschlagenen Wege nichts zu erreichen wäre, und entschloss mich zu strengster Gemüsediat unter nochmaliger Anwendung einer Portion Antimellin unter steter Urinkontrolle. Nicht die geringste Änderung zur Besserung. Es deckt sich also diese meine Erfahrung mit der v. Noordens, der die Reklamemittel Antimellin etc. für völlig unwirksam hält. Der Zustand war jetzt der: Patient stark abgemagert. Gesicht starr unbeweglich, Kräfteverfall total, Urinmenge $1\frac{1}{2}$, bis 2 Liter, Durst etwas verringert, Stuhlgang fehlt ohne Klystier, Atmungsluft riecht nach Äpfeln. Exitus in tiefem Koma am 2. Juni 1902. Natrium carbonicum per os und clysmata ohne irgend welchen Erfolg. Der Kuriosität wegen füge ich noch hinzu, dass die Eltern sich ca. zwei Wochen vor dem Ende an einen Kurpfuscher in Wesel gewandt hatten, der nach berühmten Mustern in schwülstigen Annoncen angab, auch Diabetes zu heilen, und der den armen Jungen noch tagelang auf ca. 9 km Entfernung zu sich fahren liess, um ihn mit Oszillation und Homöopathie zu malträtieren.

Der Kranke kam am 18. 1. 02 in meine Behandlung und starb am 2. 6. 02. Nehmen mir an, dass die Krankheit nur so lange bestanden hatte, als ich den melancholischen Gesichtsausdruck an ihm wahrgenommen habe, also ca. 2 Monate, so war die Gesamtdauer mindestens 7 bis 8 Monate, was sich mit den sonstigen Angaben über die Dauer der Diabetes im Kindesalter decken würde.

Was die Therapie belangt, halte ich eine Entziehung der Kohlehydrate für nutzlos, ja gerade gefährlich in dem Falle, dass bei gänzlicher Entziehung derselben eine Verminderung der Zuckermenge ausbleibt, sich der Zucker also aus dem Körpereiwiss bildet. Ich würde in einem Falle wie dem vorliegenden weiter nichts tun als die Brotzufuhr auf das sub-

ektiv erträgliche Mindestmass beschränken, die leicht entbehrlichen Hülsenfrüchte verbieten, dagegen reichlich Gemüse, Fleisch und Kartoffeln verordnen, dazu zuckerarmen Wein und Neuenahrer Sprudel, welch letzteren mein Patient sehr gern trank und zu dessen fortgesetzten Gebrauch er bei sonst passivem Verhalten selbst drängte.

Fall II. Arbeiterskind M. Geboren am 3. April 99, Vater gesund und solide, Mutter neurasthenisch. Geschwister gesund.

Bei Gelegenheit des Besuches einer Schwester des Knaben am 23. 8. 02 machte mich die Mutter nebenbei auf den $3\frac{1}{8}$ Jahre alten Knaben aufmerksam: er ässe nicht so recht und sei ein wenig still, sei sonst aber ein recht artiges Kind. — Auch bei diesem Kind war der Gesichtsausdruck nicht normal — nicht gerade melancholisch, aber unbeweglich und ergeben. Da die inneren Organe keine Veränderung ergaben, auch kein Fieber vorhanden war, dagegen das Durstgefühl und die Häufigkeit des Wasserlassens vermehrt, untersuchte ich auf Zucker und fand 4—5 $\frac{0}{10}$. Sofort verordnete ich strengste Gemüsediat, daneben grössere Mengen von Natr. salicylicum mit gelinder Wasserbehandlung in Form von Bädern und Abreibungen. Merkwürdigerweise hatten die Eltern aus Sparsamkeitsrücksichten zum Versüssen der Speisen schon längere Zeit statt Zucker Saccharin verwandt. Der Erfolg war der, dass die Urinmenge, die nie mehr als ca. 1 Liter betragen hatte, auf ca. $\frac{3}{4}$ Liter sank, die prozentuale Zuckermenge dieselbe blieb, eher sich etwas vergrösserte. Ganz genaue Mengen kann ich nicht mehr angeben, glaube auch, dass dies unwichtig ist in einem Falle, der auf strengste Diät nicht reagiert. Dabei nahm das Gewicht mässig ab. Am 18. 9. 02 war das Kind noch in der Sprechstunde, und es erschien seinem Vater unglaublich, dass die Aussichten auf Heilung des Kindes die schlechtesten sein sollten, da sich doch Durst und Urinmenge gebessert hätten, das Kind auch nie klagte und artig spielte. Nach einigen Wochen jedoch erfuhr ich, dass das Kind schon am 1. 10. 02 gestorben sei, und zwar bei zuletzt stark fortschreitender Abmagerung — wie mir der Vater vor einigen Tagen selbst berichtete — in schlafähnlichem Zustande, bei dem es langsam und tief Luft holte.

Beobachtet habe ich diesen Patienten seit dem 27. August 1902, gestorben ist er bereits am 1. Oktober 1902, also 5 Wochen später. Die Mutter will einige Wochen vor dem 27. August leichte Veränderungen in der Lebensfrische bemerkt haben. Es würde demnach die Gesamtdauer der Krankheit ca. 8 Wochen betragen haben.

Gemeinsam war in meinen beiden Fällen das Fehlen übergrosser Essbegier, die auffallende Veränderung des Gesichtsausdrucks, die allmähliche Abnahme des Durstes und der Urinmenge, bei fast unverändertem Prozentgehalt an Zucker. Beide Eltern sind streng solide und in beiden Familien fehlen bisher erbliche organische Krankheiten, i. sp. Diabetes. Aber in beiden Familien sind Glieder mit nervösen Störungen vorhanden. Eine Vaterschwester zu Fall I ist schwer neurasthenisch, deren Tochter, also die Cousine des Kranken, war wegen Geistesstörung eine Zeit lang in einer Anstalt interniert.

Die Mutter und Mutterschwester von Fall II sind neurasthenisch im höchsten Grade.

Zur Beantwortung der Frage nach der Ätiologie der beiden hier geschilderten Fälle mag vielleicht gerade dies Vorhandensein von nervösen Störungen in ihrer Familie ein kleines beitragen, umso mehr als die Untersuchung von Leber, Pankreas und Zentralnervensystem — soweit diese der Untersuchung zugänglich sind — eine anatomisch-pathologische Veränderung nicht ergab.

Referate.

XII. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinder-ärzte zu Düsseldorf am 1. Februar 1903.

I. Rensburg (Solingen) demonstriert die makroskopischen und mikroskopischen Präparate zweier Fälle von Hauttuberkel als Symptom von akuter Miliartuberkulose. Die Hautstücke kommen von zwei Brüdern, die in kurzer Zeit an Miliartuberkulose zu Grunde gingen. Sie stellen einzelne über die ganze Haut verbreitete, derbe, mohnkorn-grosse bis höchstens hanfkorn-grosse, rote, sich von der gesunden Umgebung scharf absetzende Knötchen dar, die stellenweise mit einem kleinen Schüppchen bedeckt sind, stellenweise aber auch wie sie unter den Augen des Arztes entstanden, auch unter dessen Augen wieder sich zurückbildeten, Übergang und Ulceration konnte nicht bemerkt werden. Mikroskopischer Befund: junges Granulationsgewebe, scharf von der Umgebung abgesetzt ohne besondere Gefässneubildung, an einer Stelle deutlich nekrotisierte Gewebsmassen, das Stratum corneum über den Knötchen erhalten (nicht durchbrochen von ihnen) und verdickt; keine Riesen- oder epitheloiden Zellen; am Grunde des Knötchens reichlich Tuberkelbazillen; in den Gefässen sind Bazillen nicht nachweisbar.

Die Miliartuberkel der Haut scheinen sehr selten zu sein, sie sind in keinem Lehr- oder Handbuch erwähnt, obschon sie ja auch differentialdiagnostisch verwertbar sind. Auch in der Literatur findet sich nur eine analoge Publikation von Leichtenstern. Im Anschluss an die Präparatdemonstration zeigt R. ein Kind, dass neben andern Zeichen eine Tuberkulose (Pleuritis, Fungus des Handgelenks. Spitzer affektion der rechten Spitze) auch diese Hauttuberkulide in gleicher klinischen Form zeigt, sie sind zum Teil in kleine Skrophuloderme umgewandelt, zum Teil zeigen sie noch die ursprüngliche derbe, mit den oben demonstrierten identische Form. Die klinisch gestellte Diagnose soll noch histologisch und bakteriologisch an einem exzidierten Knötchen erhärtet werden.

II. Castenholz (Köln). In seinem Vortrage „Über die Ätiologie der Rhachitis“ erläutert C. zunächst die im Jahrbuch für Kinderheilkunde 1895 veröffentlichte Arbeit von Wachsmuth „Zur Theorie der Rhachitis“, in welcher die Rhachitis als eine CO₂-Intoxikation des kindlichen Körpers oder eine Asphyxie des wachsenden Knochens bezeichnet wird. Diese CO₂-Theorie der Rhachitis hält C. für diejenige, welche sich am meisten mit den klinisch beobachteten Tatsachen deckt.

Im allgemeinen wird die Rhachitis nicht so beobachtet, dass man zu richtigen Schlüssen kommen kann. Es ist vielmehr erforderlich, neugeborene Kinder von Müttern, deren frühere Kinder schon rhachitisch waren, so zu beobachten, dass man imstande ist, die Rhachitis entstehen zu sehen. Zu dem Zwecke müssen schon während der Schwangerschaft nicht durch bloss Aufnahme einer Anamnese, sondern durch eigne, persönliche Untersuchung die sozialen und hygienischen Verhältnisse sowie die Lebensgewohnheiten und die Gesundheit der Eltern möglichst genau festgestellt werden. Das in diese Verhältnisse eintretende, neugeborene Kind muss alsdann genau beobachtet werden. Diese Art der Beobachtung ist nicht leicht. Die Ergebnisse bestätigen aber durchaus die Wachsmuthsche Theorie; man sieht die Rhachitis stets infolge hygienischer Fehler in der Wartung und Pflege der Kinder entstehen. Diese Fehler sind alle geeignet, den CO_2 -Gehalt im kindlichen Körper zu erhöhen. (Die Arbeit soll im Jahrbuch für Kinderheilkunde veröffentlicht werden.)

Zur Diskussion: Paffenholz kann sich der Annahme des Vortragenden, mit der Hygiene des Kindes im engeren Sinne, besonders mit dem Sauerstoffmangel bzw. der Kohlensäure-Überladung des Blutes, die Ätiologie der Rhachitis erklären zu können, nicht anschliessen, hält vielmehr die Ätiologie der Rhachitis augenblicklich noch für unbekannt. Das vom Vortragenden in den Vordergrund gestellte Moment möge mitwirken, aber nicht anders als auch andere Schädlichkeiten (Verdaunungsstörungen u. dergl.). Er bespricht 4 Kinder einer gutsituierten Familie, von denen das erste ganz gesund blieb, von den anderen 3 aber 2 erkrankten an zwar leichter aber unzweifelhafter Rhachitis. Nach der Geburt des ersten Kindes machte die Mutter Gelenkrheumatismus leichten Grades durch und später auch der Vater; dies erinnert ihn an eine Publikation von Edlefsen, der die sonderbaren Koinzidenzen von Gelenkrheumatismus, kruppöser Pneumonie und Rhachitis in Hamburg und Altona studiert hat. Die möglichst frühe Beobachtung rhachitischer Prozesse sei sehr wertvoll, aber vielleicht doch nur mit dem Röntgenapparat zu erreichen.

Selter: Wie erklärt Herr Castenholz die CO_2 -Anhäufung des Blutes im Knochen? Wie erklärt er die Wirkung der Phosphorthérapie? Die Erklärung ist nicht befriedigend. Meine Überzeugung ist, dass wir unter Rhachitis eine Summe verschiedener Erkrankungen oder Krankheitserscheinungen verstehen müssen, die wir noch nicht völlig richtig zu verstehen und zu gruppieren in der Lage sind. Gehen wir einmal den einzelnen Krankheitserscheinungen nach, vielleicht werden wir dann das Wesen der Rhachitis eher klären. Klinisch ist Rhachitis ein Sammelname.

Conrads kann in der chronischen CO_2 -Überladung nur eine der Ursachen, nicht aber das Wesen der Rhachitis erkennen. Sonst wäre die sehr grosse Verschiedenheit in der Mortalität der Brust- und der Flaschenkinder nicht zu erklären, sonst würden auch die nervösen Erscheinungen (Kopfschweisse, Konvulsionen) bei Zufuhr frischer Luft doch in höchstens einigen Tagen verschwinden müssen (was man natürlich von den anatomischen Veränderungen am Knochen nicht erwarten darf.) Auch spricht gegen diese Theorie das zweifellose Vorkommen der Rhachitis bei hygienisch-einwandfrei aufgezogenen Kindern, namentlich in den besser situierten Kreisen.

Rensburg fragt an, inwiefern durch die Theorie von Castenholz erklärt wird der Umstand, dass Brustkinder viel weniger häufig Rhachitis haben als Flaschenkinder, er glaube, dass da doch, wie noch in ganz neuester Zeit im Zuntz'schen Laboratorium nachgewiesen wurde, die Kalkresorption eine Rolle spielt.

Meyer: Eine Stütze der Castenholz'schen Theorie ist das häufige Vorkommen von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum bei rhachitischer Skoliose. Die dadurch behinderte Atmung ist bei der Therapie der frischen Rhachitis zunächst zu regeln. Ich beobachte die adenoiden Wucherungen allerdings nur bei den Kindern, die zu mir wegen ihren Verkrümmungen kommen als Nebenbefund, glaube aber nach meinen Beobachtungen, dass die adenoiden Wucherungen in einem Zusammenhange mit der frischen Rhachitis stehen.

Dreher steht der Theorie des Herrn C. sympathisch gegenüber gerade mit Rücksicht auf die Therapie der Rhachitis und ihren Erfolg. Er glaubt, dass Rhachitis kein einheitliches Krankheitsbild ist, dass insbesondere die rein nervösen Symptome von ihm getrennt werden müssen. Die Knochenerkrankungen werden seiner Meinung nach durch Phosphoröl nicht beeinflusst, wohl aber die sehr häufig daneben bestehenden Nervenerscheinungen, wie Laryngospasmus etc., diese letzteren aber auch durch andere therapeutische Massnahmen, wie Darreichung von Brom, die ihrerseits sicher keinen Einfluss auf die Knochenerkrankung haben.

Paffenholz ist nicht der Meinung, dass mit dem Wort Rhachitis mehrere Krankheiten bezeichnet werden, sondern dass die Rhachitis eine aetiologisch und pathologisch einheitliche aber in ihrem Wesen noch ganz unbekannt Krankheit sei, die aber in verschiedener Heftigkeit bezüglich der Anzahl der Symptome (Knochenveränderungen, Laryngospasmus, Konvulsionen, verminderte Turgesenz der Haut etc.) aufträte. Bei dem Einfluss irgend welcher Therapie auf die Knochen-Veränderungen bzgl. der Wirkungslosigkeit Schlüsse auf die Ätiologie der Rhachitis zu ziehen, hält er bei dem monate- oder selbst jahrelangen Prozess nicht für berechtigt.

Castenholz (Schlusswort): Auf die Ausführung von Herrn Selter bemerkt C., dass die konstitutionelle Natur der Rhachitis nicht wohl mehr angezweifelt werden kann. Die CO_2 -Überladung glaubt C. ausreichend begründet zu haben und muss zugleich auf die Wachsmuth'sche Arbeit verweisen. Die CO_2 -Theorie ist zunächst die einzige, welche es ermöglicht, alle konstitutionellen Symptome der R. mit einer einzigen Ursache zwanglos zu erklären. Das spricht für ihre Richtigkeit. Was die Phosphortherapie anlangt, so ist sie bei leichten Fällen durchaus unangebracht, bei schweren Fällen hat C. persönlich wenig Erfolg gesehen. Die Wirkung würde sich durch die Affinität des P zu CO_2 erklären. Wenn der P CO_2 bindet, schwindet die Zusammenziehung der kleinen Arterien, die Stauungshyperaemie geht zurück und die Verkalkung schreitet schneller fort. Der Phosphor soll auch auf das Zellprotoplasma von günstiger Einwirkung sein.

Herrn Conrads u. Rensburg erwidert er, dass Brustkinder schon deshalb weniger leicht an Rhachitis erkranken, weil sie von der Mutter viel mehr an die frische Luft genommen werden. Im übrigen ist der Unterschied nicht so gross zwischen den Erkrankungen von Brust- und

Flaschenkindern an Rhachitis, wie man im allgemeinen annimmt, wenigstens nicht in den niederen Kreisen der Bevölkerung. Wo in besseren Kreisen die Kinder genährt werden, da ist auch im allgemeinen die hygienische Behandlung eine sorgfältigere. Ausserdem ist eine geeignete Nahrung doch auch an und für sich dem Zellenwachstum günstig, bei schlechter hygienischer Behandlung ist sie aber auch nicht imstande, die Rhachitis zu verhüten. Dagegen ist eine verkehrte Ernährung für sich allein nicht fähig, Rhachitis zu erzeugen, wie übrigens jetzt allseitig anerkannt wird. Die mangelhafte Kalkresorption im Darm rhachitischer Kinder ist ebenfalls abgetan, da von Rüd el und R e y nachgewiesen ist, dass bei Darreichung von essigsauerm Kalk der Kalkgehalt im Urin rhachitischer Kinder anstieg.

III. Selter (Solingen): Vorläufige Mitteilung über Buttermilchkonserven. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Buttermilch in der Therapie der Verdauungsstörungen der Säuglinge als leichtverdauliche Eiweissmilch (kaseinarne Milch) ein schwer entbehrliches Nährpräparat sei, hat S. bei Anwendung derselben sehr unangenehm empfunden, dass verwendbare Buttermilch nicht tagtäglich und überall zu beschaffen ist, und dass selbst an Orten, wo einwandfreie Molkereien bestehen, die Buttermilch, weil Nebenprodukt der Butterfabrikation, nicht nur in für den Säuglingsdarm unschädlicher Weise gewonnen wird, sondern krankmachenden Gärungen — schleimige, fettsaure, essigsäure Gärung — unterworfen ist. Aus diesem Grunde hat S. eine rein milchsaure Buttermilch in Konservenform durch die deutschen Nahrungsmittelwerke herstellen lassen. Nach diversen Nährversuchen wurde als zweckmässigste Form der Herstellung diejenige mit nur Zucker befunden. Die Konserve mit 3 Teilen Wasser gemischt ergibt eine Nahrung von

2,59 % Eiweissstoffe (0,34 % Albumin, 2,15 % Kasein)

0,5 % Fett

8 % Zucker

0,5 % Milchsäure, entsprechend ca. 600—650 Kalorien pro 1000 gr. Bezüglich des Eiweissgehaltes sowie des Verhältnisses des Kaseins zum Albumin würde also die Nahrung die Mitte zwischen Kuhmilch und Frauenmilch halten. Die Ausführungen wurden mit einer Anzahl Auszügen aus Krankengeschichten und Versuchsprotokollen belegt.

Diskussion: P a f f e n h o l z hält die Sonntagsstörungen im Buttermilchbetrieb für vermeidlich, wenn Sonntags das doppelte Tagesquantum frisch geliefert und sofort gekocht wird. Er macht einige Mitteilungen über Erfolge mit Buttermilchernahrung. Störungen von allzu hohem Säuregrad (über 23 Soxhlet) waren geringfügig, wenn es sich nur um Milchsäure handelte; es ist wichtig, dass keine Buttersäure-Gärung stattfindet.

Dr. R e y (Aachen).

Die cerebro-spinale Form des typhösen Fiebers. Von Moizard und H. Grenet. (Arch. de médecine des enfants. 1903, Nr.1).

Cerebro-spinale Symptome erscheinen mitunter gleich am Anfang des typhösen Fiebers und treten oft so sehr hervor, dass sie die anderen Symptome verdecken und eine Form der cerebro-spinalen Meningitis vortäuschen.

Ein 5 jähriger Knabe, der seit langem hustete und an beiden Lungenspitzen Zeichen von Infiltration darbot, trat ins Krankenhaus mit Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, beschleunigter Respiration und erweiterten

Pupillen, doch reagierten dieselben gut auf Licht und Konvergenz. Den zweiten Tag trat mehrfach Erbrechen auf, auch eine Andeutung des Kernigschen Zeichens, etwas Schmerz und Steifigkeit in den Beinen, wenn man bei sitzender Stellung des Kranken dieselben zu strecken versuchte, war vorhanden. Die Lumbalpunktion ergab eine klare, sterile Flüssigkeit, ohne zellige Elemente und die Serodiagnose fiel, aber erst nach 12 Tagen, positiv aus.

Im Laufe eines typhösen Fiebers können spinale Symptome bestehen, ohne dass sichtbare Veränderungen der nervösen Zentren nach dem Tode zu konstatieren wären, in anderen Fällen handelt es sich um wirkliche typhöse Meningitis. Mitunter sind die Pupillen ungleich erweitert oder verengert, ohne das gleichzeitig eine Meningitis bestünde. Unregelmässigkeit des Pulses, der Respiration, meningitischer Schrei wurden mehrfach bei reinem Typhus, ohne meningitische Komplikation, beachtet. Für die Differentialdiagnose ist die Lumbarpunktion, die Ehrlichsche Diazoreaktion, die Fibrinreaktion (Fehlen des fibrinösen Retikulums bei Typhus) und die Widal'sche Seroreaktion von hervorragender Wichtigkeit. Selbstverständlich geben auch diese Methoden keine sichere und absolute Aufklärung über den Zustand der Meningen, da doch eine Infektion derselben durch den Eberth'schen Bazillus vorhanden sein kann. Wichtig ist hierfür die bakteriologische Untersuchung, doch gibt es gewisse Formen von seröser Meningitis im Verlaufe des Typhus, wo die bakteriologische Untersuchung der Cerebro-spinalflüssigkeit negativ ausfällt und trotzdem eine bakterielle Infektion der Meningen besteht.

E. T o f f (Braila.)

Die Laryngitis pseudo-membranacea als Komplikation der Masern.

Von R. Linsbauer. (Arch. de médecine des enfants, 1903, Nr. 1.)

Die Laryngitis pseudo-membranacea bildet eine ernste Komplikation der Masern, und haben bakteriologische Untersuchungen erwiesen, dass es sich auch bei derselben um eine Infektion mit Klebs-Löffler'schen Bazillen handele. L. konnte in 17 Fällen eigener Beobachtung sechzehnmal den Diphtheriebazillus kultivieren. Diese Fälle verlaufen gewöhnlich sehr schwer, und es ist nicht unmöglich, dass die Virulenz der Diphtheriebazillen durch diese Symbiose erheblich verstärkt wird, wie dies von Roux und Martin für die Symbiose derselben mit Streptokokken nachgewiesen wurde. Die Mortalität ist demnach eine grössere, so war in der Krankenhaus-Abteilung L.'s für 1261 mit Intubation behandelte reine Kruppfälle die Mortalität 57,76%, während in demselben Zeitabschnitte für 34 Fälle von Masern-Krupp dieselbe auf 67,65% gestiegen war.

Meist erscheinen die stenotischen Symptome am 6.—8. Tage nach Beginn der Masern, doch wurden dieselben auch später, bis zum 20. Tage beobachtet. Die Frequenz der postmorbillösen Kehlkopfdiphtherie gibt L. mit 9,14% an und wird diese Komplikation gewöhnlich bei Kindern unter 5 Jahren beobachtet. Die krankhaften Veränderungen sind nicht immer nur auf den Kehlkopf beschränkt, sondern können auch den Pharynx und die Nase ergreifen.

Bezüglich der Behandlung werden Inhalationen, Expektorantien und auch Narkotika, um den Stimmbänderkrampf zu vermindern, empfohlen. Für schwerere Fälle ist L. Anhänger der Intubation an Stelle der Trache-

otomie. Die Serumeinspritzungen von 1500—3000 Antitoxineinheiten, die, wenn notwendig, zu wiederholen sind, haben die Sterblichkeit um ein Erhebliches vermindert. Verfasser schlägt für die in Krankenhäusern behandelten Masernkranken Praeventivinjektionen von Antidiphtherieserum vor.

E. Toff (Braila).

Zur Schwellung der peripheren Lymphdrüsen im Säuglingsalter.

Von Bär. (Jahrb. f. Kinderhk. Heft 6, 1902.)

Die Grösse der Lymphdrüsen beim Erwachsenen sowohl wie beim Kinde wird von verschiedenen Autoren verschieden angegeben. Nach Vierordt und Read haben die Lymphdrüsen des Kindes einen relativ grösseren Umfang als die des Erwachsenen. Nach v. Bergmann sind normalerweise die Lymphdrüsen bei dem gesunden Neugeborenen nicht tastbar, was erst im Alter von 5—7 Jahren der Fall ist, und zwar deshalb, weil sie im Laufe der Zeit gewöhnlich leichte Störungen durchzumachen haben. Danach wären also nur die pathologisch vergrösserten Drüsen unserem Tastsinne zugänglich. Auch Fischer ist der Ansicht, dass sogar die chronisch entzündeten Drüsen erst bei sorgfältiger Palpation zu bemerken sind.

Bezüglich der pathologischen Schwellung unterscheiden wir eine akute und chronische Lymphadenitis, welche wieder aus zwei ganz differenten Gruppen besteht, nämlich der skrophulös-tuberkulösen und der einfach chronischen Lymphdrüsenentzündung. Nur letztere soll in den Kreis der Betrachtungen gezogen werden.

Als einfach chronische Lymphadenitis bezeichnet man jene Form der Drüsenschwellung, bei der die betreffenden Drüsen lange Zeit in ihrem vergrösserten Zustand verharren, ohne mit der Umgebung zu verwachsen, ohne zu vereitern, ohne Tendenz zur Rückbildung, aber auch ohne eine solche zum Weiterwachsen. Sie kann entstehen einmal auf Grund einer akuten Entzündung, bei der die einmal vorhandene Drüsenschwellung nach Abheilung des ursächlichen Prozesses nicht vollkommen zur Norm zurückgeht, dann — und das ist das häufigere — indem die Drüsen von vornherein ohne nennenswerte entzündliche Erscheinungen chronisch anschwellen. Diese Schwellung entsteht dadurch, dass von einem chronisch entzündeten Herde diejenigen Drüsen, welche aus diesem Gebiete die Lymphe sammeln, durch längere Zeit chemisch oder durch Mikroorganismen gereizt in einen Zustand der chronischen Entzündung geraten. Auf diese Weise geben neben den verschiedensten Hautkrankheiten insbesondere die chronischen Ekzeme, Ulcerationen der Haut und der Schleimhaut, dann chronische Katarrhe der Nase, des Nasenrachenraums, chronische Otitiden und Bлеpharitiden etc. sehr häufig Anlass zur Drüsenschwellung. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums und kariöse Zähne bilden sehr oft Grund für Halsdrüsenschwellung.

Im allgemeinen erreichen die chronisch entzündeten Drüsen keine besondere Grösse; sie sind linsen- bis bohnen-, selten haselnuss- oder gar walnussgross, sind unter der Haut und auf der Unterlage frei verschieblich und bilden anfangs weiche (grosszellige Hyperplasie), später harte, elastische Knoten (fibröse Induration). — Dass bei Kindern die Drüsenschwellung viel häufiger vorkommt als bei Erwachsenen, ist sicher und erklärt sich daraus, dass Erkrankungen im Wurzelgebiete der Lymphdrüsen

ausserordentlich häufig sind, was wohl auf der grösseren Vulnerabilität der kindlichen Haut und Schleimhaut beruht. Besonders prädisponiert scheint das erste Lebensjahrzehnt zu sein.*

Zahlreiche Autoren haben einen sehr hohen Prozentsatz (77—96 Pz.) von Lymphadenitis bei Kindern festgestellt, B. dagegen glaubt, dass mit der Bezeichnung einer Drüenschwellung zu verschwenderisch umgegangen wird gegenüber von Drüsen, die sich noch innerhalb der physiologischen Grenzen befinden. Er hat bei 350 Kindern unter einem Jahre stets palpable Drüsen gefunden.

Während nach Fröhlich chronische Magendarmkatarrhe eine sehr häufige Ursache der universellen Drüenschwellung sind, hat B. bei Kindern, die zweifellos nie einen Darmkatarrh durchgemacht hatten, an verschiedenen Körperstellen erbsen- bis bohngrosse Drüsen nachweisen können, die dieser schon als pathologisch anspricht. Aus B.s Befunden geht hervor, dass ein Zusammenhang zwischen Inguinaldrüenschwellung und Darmkatarrh sehr wahrscheinlich ist, während universelle Drüenschwellung nur bei den allerschwersten, mit Atrophie einhergehenden Enteritiden vorkommen dürfte.

Bezüglich des Zusammenhangs der peripheren Lymphdrüsen mit der Rachitis konnte kein klares Bild gewonnen werden; exzessive Drüenschwellung kommt jedenfalls nicht vor. Was die hereditäre Syphilis betrifft, so wurden hierbei die Drüsen auffallend weniger beteiligt gefunden als bei der des Erwachsenen.

Schliesslich konnte B. bei einer Anzahl von Neugeborenen im Alter von 10 Stunden bis zu 5 Tagen, bei denen eine chronische Erkrankung nicht vorangegangen sein konnte, fühlbare Drüsen nachweisen.

B. kommt zu dem Schlusse, dass die Tastbarkeit der peripheren Drüsen auch im Säuglingsalter an sich nichts Pathologisches bedeutet und keine vorhergegangene Erkrankung notwendig voraussetzt.

Schnell (Egeln).

Über ein besonderes Verfahren bei Behandlung der Mittelohr- eiterungen und die dabei hauptsächlich verwandten Medi- kamente. Von Ehrenfried. (Deutsch. med. W. 1902, Nr. 52.)

E. wendet ein eigenes Verfahren an, welches den Zweck hat, den Eiter möglichst vollständig aus dem Mittelohr und seinen Nebenräumen zu entfernen. Ist das Ohr mittels Spritze und Luftdusche so weit als möglich gereinigt, dann träufelt man bei horizontaler Lage des Patienten in das nach oben gerichtete kranke Ohr mittels eines Augentropfglas eine schwache Lysollösung und wartet etwa zehn Minuten ab. Dann geht man mit der Spitze des Röhrchens, dessen Gummiansatz vorher völlig komprimiert ist, möglichst tief in die den Gehörgang ausfüllende Flüssigkeit ein und lässt dann plötzlich den Gummiansatz sich ausdehnen: alsdann saugt sich die Pipette voll, die in den meisten Fällen bereits Eiterpartikel enthält. Wenn man bei dem ersten Zuge leer ausgeht, wiederholt man das Verfahren zehnmal, zwanzigmal und öfter. Kommt die Flüssigkeit klar zurück, so empfiehlt es sich, durch abwechselnde Kompression und Freigebung des Gummiansatzes eine abwechselnde Druck- und Saugwirkung auf die Flüssigkeit auszuüben. Die sodann angesogene Lysollösung ist immer wieder und wieder so stark mit aufgelöstem Eiter

und Schleim gesättigt, dass sie in toto stark schleimige, fadenziehende Beschaffenheit angenommen hat.

Mit einem einmaligen Erfolge begnügt man sich aber nicht, sondern wiederholt das ganze Verfahren von Anfang; in schweren Fällen wiederholt man die Prozedur noch öfter.

Die Vorteile dieser Behandlungsmethode bei den schweren hartnäckigen chronischen Mittelohreiterungen, die schnelle Reinigung der Trommelhöhle und ihrer Nebenräume von den Hauptmassen des Eiters, die schnelle Besserung der Gehörfunktion und das Schwinden der mannigfaltigen Symptome, die als schwere Komplikationen betrachtet werden, sind geradezu überraschend. Bei dem grössten Teil der genuinen akuten Otitiden wird man meist mit einfacheren Mitteln zum Ziele kommen. Aber bei einer schweren, gleich im Beginn der Erkrankung mit Warzenfortsatzsymptomen, Drüseninfiltration an den seitlichen Halspartieen auftretenden akuten Influenzaotitis nach energischer Parazentese wendet man das Ansaugen mit geradezu vorzüglichem Resultate an.

Von den Medikamenten, die man zum Ansaugen benutzen kann, seien folgende erwähnt.

1. Das Lysol. Man tut immer gut, mit sehr schwachen Lösungen zu beginnen, und kann dann, wenn man sich von der Toleranz des Patienten gegen das Mittel überzeugt hat, rasch zu stärkeren Lösungen übergehen. Oft werden 2—3 prozent. Lösungen gut vertragen.

2. Das Formalin, das vorsichtig angewendet, geradezu vorzügliche Resultate liefert.

3. Der Alkohol, dessen günstige Wirkung auf polypöse Wucherungen, Granulationen und die diffusen, weichen Hypertrophieen der Paukenhöhlenschleimhaut bekannt ist.

4. Die hochprozentige Alkohol-Borsäurelösung, welche man an Stelle der Borsäureinsufflation mittels einer Pipette tief in die Paukenhöhle einträufelt.

5. Das Hydrogenium peroxydatum. Da das officinelle 1—3%ige H₂O₂ häufig heftige Schmerzen verursacht, so ist es ratsam, nur ein chemisch reines Präparat zu verwenden, und zwar das H. p. purissimum 3% Merck, das relativ reizlos ist. Man beginnt die Behandlung am besten mit schwächsten (einprozentigen) Lösungen, um je nach Toleranz des Ohres bald schneller, bald langsamer zu stärkeren Konzentrationen überzugehen. Die Lösungen werden mit sterilisiertem destilliertem Wasser bereitet, doch genügt auch frisch abgekochtes Wasser.

Am Schlusse seiner Abhandlung gibt E. eine Handpumpe an, die den Zweck hat, den Akt des Ansaugens zu beschleunigen.

Schnell (Egeln).

Über die Behandlung der Enuresis. (Aus der mediz. Klinik des Prof. v. Jaksch in Prag.) Von Walko. (Zeitschr. f. diätet. und physik. Therapie 1902, Heft 9.)

Die Enuresis ist eine Erkrankung, welche in der frühesten Kindheit ihren Beginn und mit der Pubertät ihr Ende findet. Ein späterer Beginn, nach dem 5. Lebensjahre, sowie eine längere Dauer, bis zum 20. Lebensjahre und darüber hinaus, gehört zu den selteneren Erscheinungen. Die

meisten Autoren halten die Erkrankung für eine lokale Neurose, Thiemich für eine allgemeine, für eine Erscheinungsform der Hysterie.

Bei der Enuresis treten bei Anwendung der verschiedensten und divergentesten Methoden oft gleich gute Erfolge zu Tage. W. berücksichtigte vornehmlich die mechanischen Methoden. Es zeigte sich, dass namentlich die kombinierte Massage vom Rektum an ausgezeichnete Resultate lieferte und durchschnittlich bei drei- bis fünfmaliger Anwendung zu einer dauernden Beseitigung des Leidens führte. Die Massage wurde derart ausgeführt, dass der Patient entweder in Rückenlage oder in Knieellenbogenlage gebracht, dann die eine Hand oberhalb der Symphyse dem in das Rektum eingeführten Zeigefinger der anderen Hand entgegengedrückt wurde. Nun wurden durch ca. 4—5 Minuten eine leichte Massage des Blasenhalses durch kreisende Bewegung oder längs- und querverlaufende Streckung ausgeführt. In einzelnen Fällen wurde auch gleichfalls mit gutem Erfolge die Vibrationsmassage sowohl am Perineum wie an der Blasegegend oberhalb der Symphyse in der Dauer von 2—5 Minuten verwendet.

Ein Vergleich der Statistik der einzelnen Beobachter ergibt, dass die Kur der Enuresis im allgemeinen bei sehr häufigen in der Regel vier bis fünf Minuten dauernden Sitzungen mindestens vier bis fünf Wochen dauert. Die lokale Behandlung durch Einführung dicker Sonden, Gebrauch des Psychophors, Instillation von Adstringentien erfordert erfahrungsgemäss immer einen längeren Zeitraum.

van Tienhoven erzielte durch Hochlegung des Beckens bei 14 Kindern im Durchschnitte nach 42 Tagen Heilung, darunter ein Rezidiv.

Am meisten von allen Methoden wurde bisher die elektrische angewendet, doch wurden die Wirkungen ungleich angegeben.

Die Hydrotherapie-Anwendung kurz dauernder kalter Sitzbäder, kalter Waschungen, an den unteren Partien des Rückens vor dem Schlafengehen — erfordert gleichfalls längere Behandlungsdauer.

Die medikamentöse Therapie mit Belladonna, Rhus aromatica etc. ist in den meisten Fällen eine ebenso unsichere wie ungenügende, die in Anbetracht der langen Dauer noch die Gefahren einer Intoxikation des kindlichen Organismus in sich schliesst.

Der grösste Heilfaktor bei allen angewendeten Methoden beruht in der psychischen Beeinflussung des Individuums. Dies lässt sich erklären, wenn man die Enuresis als ein durch verschiedene akzidentelle Ursachen eingetretenes Hemmungsphänomen eines an sich früher normal funktionierenden Organs auffasst. Der Umstand, dass selbst von der frühesten Jugend bis weit über die Pubertätszeit hinausreichende Enuresis geheilt werden kann und der Sphinkter von da an normal funktioniert, beweist, dass es sich bei dieser Erkrankung nicht um Entwicklungsstörung oder Muskelschwäche handelt.

Schnell (Egeln).

Über Chinophenin. Von C. v. Noorden. (Therap. d. Gegenwart Nr. 1 1903).

Das Chinophenin ist eine chemische Verbindung von Chinin und Phenetidid und ist als Chininkohlensäurephenetidid aufzufassen. Der Körper steht in naher Beziehung zum Euchinin, das als der Äthyläther der Chininkohlensäure aufgefasst werden kann. Das Ch. bildet ein weisses,

geschmackloses, schwer in Wasser, dagegen leicht löslich in Alkohol, Äther, Säuren. — Die ausgedehntesten Erfahrungen über das Mittel wurden bei keuchhustenkranken Kindern gesammelt. Die Dosis war bei Säuglingen 3 mal tgl. 0,15—0,20, bei etwas älteren Kindern 0,2—0,3. Der Erfolg war entschieden günstig, insofern sich alsbald nach Beginn der Behandlung die Anfälle nach Zahl und Heftigkeit verminderten. Bei keinem der 14 mit Ch. behandelten Keuchhustenkinder überstieg während der Darreichung des Mittels die Zahl der Anfälle 8—9 täglich. Schon nach 8—10 Tagen trat jedesmal eine weitere Verminderung der Anfälle ein. Alle Fälle kamen zur Heilung, obwohl unter den Kindern mehrere schwächliche Individuen waren, die in grosser Lebensgefahr zu sein schienen. Das Medikament wurde ausgezeichnet vertragen, störende Nebenwirkungen traten nicht ein. Die beste Darreichungsweise des völlig geschmacklosen Mittels sind Schokoladenplätzchen, bei sehr kleinen Kindern in Milch oder in Suppen. — Als Antipyretikum hat das Ch. die willkommene Eigenschaft, gemäss seiner Zusammensetzung zwischen dem langsam wirkenden Chinin und den schnell wirkenden Präparaten (Antifebrin, Phenacetin, Laktophenin etc.) die Mitte zu halten. Die Fieberdosis auf zweimal verteilt, beugt die Fieberkurve bei Abdominaltyphus und Pneumonie ähnlich nieder wie Chinin muriatic. Das Maximum an Wirkung ist nach 4—5 Stunden zu erwarten. Der Temperaturabfall erfolgt ohne nennenswerten Schweissausbruch, der Wiederanstieg ohne Schüttelfrost. Die Beeinflussung des Allgemeinbefindens ist günstig. Man ist ja heute nicht mehr so schnell bei der Hand, ohne besondere Indikationen die Temperatur der Fiebernden durch Medikamente herabzusetzen; und wenn man eine Veranlassung dazu hat, eine auf mehrere Tage berechnete interne antipyretischer Therapie einzuleiten, wird man sich des Ch. seiner milden Wirkung halber sicher gern bedienen. Irgend welche nennenswerten Nebenwirkungen unangenehmer Art wurden, abgesehen von etwas Ohrensausen in einigen Fällen, nicht beobachtet. — Günstige Erfolge mit dem Mittel erzielte Verf. ferner bei Neuralgien verschiedenen Sitzes (Supraorbitalneuralgie nach Influenza, Ischias diabetica, Interkostalneuralgie, mit Herpes zoster etc.) ferner hat ein italienischer Arzt Mori recht günstige Erfolge bei Malaria mit dem Ch. erzielt.

S.

Rezensionen.

Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 18. Heft: Erkrankungen der Zirkulationsorgane. Anhang: Basedowsche Krankheit. Von Prof. Monti. Urban u. Schwarzenberg, Wien und Berlin, 1902. Preis 2 Mark.

Vorliegendes Heft reiht sich den vorhergehenden würdig an. In der Einleitung sind auch hier die physikalischen Untersuchungsmethoden auf das genaueste detailliert, ihre Darstellung verrät die immense Beobachtungsgabe des Autors. Unter den einzelnen Kapiteln haben wir das „nervöse Herzklopfen“, das bei Kindern gar nicht selten zur Beobachtung kommt,

vermisst. Mit der vorgeschlagenen Therapie, die wir von dem erfahrenen Kliniker gern noch ausführlicher dargestellt gehabt hätten, kann man sich im grossen ganzen einverstanden erklären. Schnell (Egeln).



Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Ein neuer Fall von Angina mit Tetragenen. Von Elena Manicattide.

Von der grossen Gruppe der mit Pseudomembranen einhergehenden Anginen wurden durch die bakteriologischen Untersuchungen der letzten Jahre zahlreiche Varietäten abgeteilt, welche äusserlich zwar das klassische Bild der Diphtherie darbieten, in Wirklichkeit aber nicht der Einwirkung der Löfflerschen Bazillen, sondern derjenigen anderer Mikroorganismen zuzuschreiben sind. Dahin gehören z. B. die durch verschiedene Strepto- und Staphylokokken, durch Pneumokokken, durch Bakterium coli, durch Bacillus fusiformis und Spirillen hervorgerufene Anginen.

Verfasserin hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, welcher auf den ersten Anblick alle Anzeichen einer wahren Diphtherie darbot: Fieber, Schwellung der Hals- und Submaxillardrüsen, der Tonsillen, des weichen Gaumens, mit einem schmutzig-grauen, adhaerenten, pseudomembranösen Belag dieser Partien. Wischte man denselben weg, so erschien eine tiefe Ulceration mit ziemlich regelmässigen Rändern und zerklüftetem Grunde. Der Löfflersche Bazillus wurde aber weder mikroskopisch, noch in Kulturen gefunden, hingegen zeigten die Pseudomembranen eine grosse Anzahl von tetragenen Kokken und ist Verfasserin der Ansicht, dass dieselben als Krankheitsursache anzusehen wären.

(Spitalul. 1902.)

E. Toff (Braila).

Jodipin in der Kinderpraxis. Von Toretta.

T. empfiehlt die Anwendung des Jodipins in der Kinderpraxis bei Pneumonien und Bronchopneumonien mit verzögerter Lösung, bei chronischen Bronchitiden bei Asthma bronchiale, bei Skrofulose, sowie überhaupt bei allen Erkrankungen, bei welchen Jod angezeigt ist. Am besten wird das Jodipin subkutan oder richtiger gesagt, intramuskulär eingespritzt. Die Injektionen erfordern keine schwierige Technik, sind völlig unschädlich und werden gut vertragen. Ist diese Anwendungsweise nicht durchführbar, so greift man zur Verabreichung per os, zumal die Kinder den öligen Geschmack sehr gut vertragen. Man beginnt die Injektion mit 1 cm³ und steigt bis auf 2—3 cm³ der 25% Jodipinlösung, per os gibt man 1—2 Kaffeelöffel = 3,50—7,50 der 10% Lösung. Die Wirkung der Jodipinbehandlung besteht in Besserung des Allgemeinbefindens und der lokalen Erscheinungen, deren anhaltender Effekt sich aus der allmählichen Resorption erklärt, die sich durch die Jodreaktion kundgibt.

(Progr. méd. 1902.)

Goldbaum (Wien).

Verabreichung des Chininum sulfuricum bei Kindern. Von Borde.

Es wird 1 gr. Chinin in einem Mörser mit 8 gr. Olivenöl verrieben. 20 Tropfen dieser Mischung enthalten 0,05 Chinin. Wenn man in einen zur Hälfte mit kalter, am besten gezuckerter Milch gefüllten Esslöffel die Tropfen dieser Mischung hineingießt, so bildet das Öl an der Oberfläche der Milch eine kleine Perle, die das Kind mit der Milch ohne Widerwillen herunterschluckt. Lässt man danach irgend eine Flüssigkeit nachtrinken, so behält das Kind keine Spur eines bitteren Nachgeschmackes. Übrigens lässt sich dieses Öl auch rein ganz leicht nehmen, da die Bitterkeit, die es zurück lässt, sehr gering und von sehr kurzer Dauer ist, überdies durch Nachtrinken von Wasser oder einer anderen Flüssigkeit verhütet werden kann, da jedes Partikelchen Chinin in Öl eingehüllt ist und wie eine Pille über die feuchte Mundschleimhaut herunterrollt. Auf diese Weise verwochte Borde Kindern das schwefelsaure Chinin sogar mehrmals täglich ohne jeden Widerstand seitens der Patienten zu verabreichen. (Gaz. hebdom. de scienc. méd. de Bordeaux 1903). Goldbaum (Wien).

Kleine Mitteilungen.

Die Lecithine sind aus Fettsäuren, Glycerinphosphorsäure und Cholin zusammengesetzte Phosphorverbindungen. Neuere experimentell-physiologische Forschungen haben zu dem Ergebnis geführt, dass es die Lecithine sind, welche vom Phosphor zu ihrer bioplastischen Tätigkeit und ebenso zur Auslösung aller jener therapeutischen Effekte befähigt werden, die man von der Darreichung des Phosphors als Medikament erwartet. Das von der Firma J. D. Riedel in Berlin dargestellte Lecithin ist das aus Hühner-Eigelb gewonnene Lecithol, eine gelbliche bis rötliche, fettartige, eigentümlich nach Ei riechende und schmeckende Masse, die ca. 4% P enthält. Es soll überall mit Nutzen verwendet werden können, wo mit dem typischen Krankheitsbilde allgemeine Ernährungsstörungen einhergehen, also bei Rhachitis, Anämie, Neurasthenie, Skrofulose, Tuberkulose, Diabetes, Marasmus und ähnlichen Zuständen. Die Darreichungsweise geschieht in Mischung mit Olivenöl oder Lebertran, für Kinder am besten in der Form der Lecithol-Schokolade, von der jedes Täfelchen 0,05 Lecithol enthält.

Die Herren Mitarbeiter werden gebeten, sich der neuesten, seit 1. Januar d. J. in Deutschland, Oesterreich-Ungarn und der Schweiz einheitlich eingeführten Orthographie bedienen zu wollen. Als massgebend ist Dudens orthographisches Wörterbuch (Preis 1 Mk. 65 Pf.) anerkannt. Zu beziehen durch jede Buchhandlung und auch vom Verlage dieser Zeitschrift. Herausgeber und Verleger.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 8 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 8947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

Mai 1903.

No. 5. (161.)

Inhalt: Originalien: Kühner, Kinderschutz. 97. — Referate: Rumpel, Scharlach. 106. — Doebert, Scharlach-Endemie auf der Masernstation. 107. — Plantenga, Leukocytose bei Masern und Röteln. 108. — Swoboda, Keuchhusten. 108. — Thibierge, Syphilitische Ammen. 109. — Wernitz, Akute Infektionskrankheiten. 110. — Sufrin, Infektiöse Hemiplegie. 111. — Stalcovici, Vollständige Regeneration der Hornhaut. 112. — Bokay, Lumbalpunktion bei Hydrocephalus chronicus internus. 112. — Edlefsen, Kulte Einwickelungen zum Zweck der Wärmeentziehung. 113. — Monti, Zur Frage der Serumexantheme. 114. — Helmann, Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen. 115. — Gesundheitspflege: Felix, Wichtigkeit der Untersuchung des Gehörapparates bei Kindern der Normalschule. 116. — Zappert, Lungen- und Herzuntersuchungen an Wiener Schulkindern. 116. — Rezensionen: Pick, Kurzgefasste praktische Hydrotherapie. 117. — Luthlen, Die Zellgewebsverhärtungen Neugeborenen. 117. — Schilling, Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten. 117. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 118. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 120. —

Kinderschutz.

Von Dr. A. Kühner (Coburg).

Allgemeines.

In einer Zeitschrift von der Tendenz der vorliegenden bedarf es des Nachweises nicht, dass grosse, allgemeine und besondere Zustände existieren, denen der eines sehr beträchtlichen Wechsels fähige Durchschnittswert der Kindersterblichkeit und mit diesem der öffentliche Gesundheitszustand der Kinder unterworfen ist.

Alle öffentlichen und privaten Massregeln und Veranstaltungen, deren Zweck die Überwachung, Pflege und Wohlfahrt des Kindes betrifft, fassen wir unter dem Begriff: **Kinderschutz** zusammen. Dieselben sind **fast** ausnahmslos von Vereinen, Gemeinden oder Privaten errichtet und entspringen dem Bedürfnis, dem Säugling, dem kleinen und schulpflichtigen, dem kränklichen Kinde Schutz und Pflege unter allen den Verhältnissen zu bringen, in denen Haus und Familie diese Fürsorge vernachlässigen oder unmöglich machen. Dem Elternhaus fällt die Aufgabe der Erziehung in erster Linie zu. Jede andere Vermittelung ist unnatürlich. Vater, Mutter und Kind bilden das Dreigestirn, das dem menschlichen Dasein,

insbesondere dem Familienleben voranleuchtet. Wenn die Mutter das Kind als die Glorie ihres Lebens betrachtet, in ihm die Vergangenheit, ihre süsseste Gegenwart und die Hoffnung ihrer Zukunft erblickt, wenn die Mutter das Kind verschwenderisch mit Liebe und Milde überschüttet, so ist die Aufgabe des Vaters, diese Herzengüte durch die Schärfe des Verstandes, durch Strenge zu verstärken, ohne dass sich bei dieser gemeinsamen Aufgabe eine Spaltung geltend macht, sondern dass überall nach einem einheitlichen Plan verfahren wird. Kinder bringen dem Mann wie der Frau die Freuden der Jugend zurück, rufen im Manne den Knaben, in der Frau das Mädchen in süsse Erinnerung und gestalten die Sorgen der Liebe zu den mildesten und freudenreichsten bei gegenseitigem Verständniss von Vater und Mutter, Eltern und Kind. Wenn indes Haus und Familie die Aufgaben der Erziehung vernachlässigen oder die Erfüllung vor deren Pflichten unmöglich machen, wie dies vielfach bei unserer gegenwärtigen Kulturentwicklung geschieht, welche durch Arbeitsteilung, einseitige Forderungen an die Arbeitsleistung vielfach an den Grundfesten der Familie rüttelt, andererseits durch Genussucht deren Glieder einander entfremdet, den Eltern die Überwachung und Fürsorge der Kinder in bezug auf Ernährung, Pflege, Wohnung, Kleidung, Leitung und Schutz erschwert, so tritt an Verwaltungs- und Gemeindebehörden sowie im weiteren an besser situierte Kreise die Verpflichtung heran, verarmten, in Not geratenen, aus dieser sich nicht aus eigenem Antrieb zu befreien vermögenden oder andererseits diese Verpflichtung vernachlässigenden, die Kinder verwaahlenden Eltern beizuspringen, einen erheblichen Anteil der Bevölkerung vor körperlichem und geistigem Verfall, sittlicher Verwaahlung und Verwilderung zu bewahren.

Säuglingsalter.

Vernachlässigung der Pflege der Kinder findet ihren Ausdruck zu meist in deren Sterblichkeitsziffer und dies voraussichtlich um so mehr, je jünger, beug- und biegsamer das Kind. Zahlreiche Einflüsse wirken auf dieses Verhältnis bestimmend ein.

Dr. G. Reid *) zog in Betracht den Einfluss der in Fabriken zu Staffordshire beschäftigten verheirateten Frauen auf die Sterblichkeit der Kinder. Er fand, dass diese Ziffer im Verhältnis stand zu der Anzahl von Frauen, die einerseits in Fabriken sowie auf der anderen Seite im Hausbetrieb in Beschäftigung standen. Dass die grösste Sterblichkeit und die schwersten Schädigungen im kindlichen Organismus vorzugsweise auf teilweise mangelhafte, zum grösseren Teil aber auf unzweckmässige Ernährung zurückzuführen sind, bedarf an dieser Stelle ebenfalls des Nachweises nicht. Newsholme **) hat die auffallende Tatsache hervorgehoben, dass, obschon während der Leiden und Hungersnot bei der Belagerung von Paris die allgemeine Sterblichkeit sich verdoppelte, sich diejenige der Säuglinge um etwa 40% verringerte, da die Mütter zum Selbststillen gezwungen waren. Dieselbe Zunahme der Sterblichkeit bei Erwachsenen

*) Wir folgen bei diesen Angaben dem soeben erschienenen ausgezeichneten, auch in englischen Zeitschriften ungemein rühmlich besprochenen Handbuch der Hygiene von Prof. R. H. Hamer. (London, J. u. A. Churchill, M. 6)

**) Zitiert ebenfalls nach Hamer.

und Abnahme bei Kindern wurde konstatiert während der infolge des Niederganges des Baumwollengeschäftes in Lancashire beobachteten Hungersnot, während welcher Zeit die Mütter nicht in den Fabriken beschäftigt waren. Nach Hamer werden ferner Jahr für Jahr Tausende von Säuglingen im Bett durch unglücklichen Zufall, vielleicht auch geflissentlich erdrückt, erstickt. Ogle gibt in seinen bekannten Sterblichkeitslisten an, dass solche Fälle sich besonders häufig ereignen am Sonnabend, welches Vorkommen wahrscheinlich auf Trunkenheit der Eltern zurückzuführen ist. Farr hat auf die übrigens schon längst bekannte Tatsache hingewiesen, dass unter den Todesfällen im Säuglingsalter die Zahl der unehelichen Kinder prävaliert.

Einfluss der Geburtsziffer auf die Sterblichkeitsziffer.

Veränderungen in der Geburtsziffer wirken, insofern sie die Lebensdauer einer Bevölkerung beeinflussen, auf die Sterblichkeitsziffer zurück; eine hohe Geburtsziffer in einem bestimmten Jahr wird, ceteris paribus, indem sie eine sofortige Zunahme in der Zahl der Säuglinge, deren Sterblichkeit hoch, bedingt, voraussichtlich die Sterblichkeitsziffer um ein oder mehrere Jahre erhöhen. Andererseits indes gelangt die Bevölkerung, wenn die hohe Geburtsziffer andauert, nach einigen Jahren in den Besitz eines ungewöhnlichen Prozentsatzes von Personen, welche den Gefahren der Kindheit getrotzt und deren Sterblichkeit nur gering. In vielen Fällen, in welchen hohe Geburtsziffern vorkommen, machen sich indes Bedingungen, Zustände geltend, welche mehr auf die Sterblichkeitsziffer als auf die Geburtsziffer wirken, so dass der Einfluss der Geburtsziffer per se verdunkelt wird. So z. B. koinzidieren in grossen, mit Menschen, namentlich mit armer Bevölkerung, überfüllten Städten oft hohe Geburtsziffern und hohe Sterblichkeitsziffern. Die hohe Sterblichkeitsziffer hält unter solchen Umständen trotz der infolge der hohen Geburtsziffer gegebenen günstigen Altersverteilung der Bevölkerung an und zwar durch ungünstige Lebens- und Gesundheitsbedingungen. Niedrige Geburtsziffern, die sich über eine Reihe von Jahren hin erstrecken, haben, wie bereits angedeutet, zumeist niedrige Sterblichkeitsziffern zur Folge. In Frankreich existiert eine niedrige Geburtsziffer im Verein mit einer hohen Sterblichkeitsziffer. In diesem Lande dauert die geringe Geburtsziffer schon Jahre an, während der Anteil der Personen im vorgeschrittenen Lebensalter infolge der hohen Sterblichkeit so abnorm, dass die Sterblichkeitsziffer ungünstig beeinflusst wird.

Zum Kinderschutz in Frankreich. *)

Der geringe Prozentsatz der Geburten in Frankreich hat Veranlassung gegeben zu dem Bestreben, auf gesetzlichem Weg die Hygiene der ersten Lebensjahre zu verbessern und die Sterblichkeitsziffer im Säuglingsalter herabzusetzen, Massregeln, die in keinem anderen Lande ihresgleichen

*) Wir folgen bei dieser Betrachtung neben dem Kapitel über Vital-Statistik in dem genannten Handbuch der Hygiene von Hamer, einem Originalbeitrag von A. L. Peyroux über Hygiène publique in der Zeitschr. La Semaine médicale sowie einem Leitartikel im British Medical Journ. vom 6. Dezember 1902 über Infant Life Protection.

finden und in einem Beitrag über Kinderschutz eine ausführliche Betrachtung wünschenswert machen.

Das französische Gesetz vom 23. Dezember 1874 bestimmt, dass jedes illegitime Kind unter zwei Jahren gegen Bezahlung einer Pflegerin ausser dem Hause der Eltern übergeben und der öffentlichen Fürsorge anvertraut wird. Nicht nur steht jedes solche Kind unter Überwachung eines Sachverständigen, sondern auch eines besonderen Inspektors. Einer solchen Überwachung unterliegen auch die bei ihren Grosseltern und weitläufigen Anverwandten untergebrachten Kostkinder. Dr. Thulié, der über alle diese Fragen eine grosse Erfahrung hat, kennt und anerkennt in der Revue Philanthropique sehr die grossen Gefahren, welche eine solche Unterkunft für Leben und Gesundheit der Kinder bedingt.

Im weiteren hat man zur Sicherung der Hygiene der Säuglinge zwei Massregeln ergriffen, deren Bedeutung im Publikum und selbst bei Ärzten zusammengeworfen wird, deren Wesen aber sehr verschieden ist, nämlich die „Consultations de nourrissons“ (der Beirat für Säuglingsernährung) und die „Gouttes de Lait“ (Milchversorgung). Diese zwei Kategorien von Massregeln sind, wenngleich sie denselben Ursprung haben, wenngleich sie der Privatinitiative entsprungen, wenngleich sie demselben Zweck dienen, im Grunde doch von verschiedener Funktion und erzielen voneinander sehr differente Resultate.

Der Beirat für Säuglingsernährung.

Der Beirat für Säuglingsernährung bezweckt, insbesondere die Mütter zum Selbststillen, zur Kontrolle der Säuglinge durch regelmässige wöchentliche Wägungen zu veranlassen, kurz, deren Ernährung während der ersten beiden Lebensjahre zu überwachen. Die grosse Mehrzahl dieser kleinen und interessanten Klientel besteht demnach aus Brustkindern; der kleinere Teil bietet gemischte oder künstliche Ernährung und in diesem Fall legt der Beirat ein wesentliches Gewicht auf geeignete Milchversorgung. Vor Allem aber sucht der Beirat und zwar mit günstigem Erfolg auf die Ernährung durch die Mutterbrust hinzuwirken.

Die erste dieser Einrichtungen wurde in der Charité im Jahre 1892 von Prof. Budin getroffen, welcher eine zweite in der Maternité 1895 organisirte, eine dritte 1898 in der Klinik Tarnier. Seit 1892 haben 636 Kinder die Hilfe vom Beirat in Anspruch genommen; 39 sind erlegen, was einer totalen Sterblichkeit von 5,9% entspricht; ein einziges starb an Diarrhöe; fürwahr ein glänzendes Ergebnis. Was die Art der Ernährung betrifft, so haben vom 1. Juni 1898 bis 1. Februar 1901 201 Säuglinge den Beirat in der Klinik Tarnier in Anspruch genommen. Unter diesen sind 140, nämlich 70% ausschliesslich an der Brust ernährt worden, 48, nämlich 24%, waren der gemischten Ernährung, 13, d. i. 6%, der künstlichen unterworfen. Seit 1892 sind noch andere Bureaus für Konsultationen organisirt worden. Wir wollen unsere Leser nicht mit ihren Details ermüden. Überall war die Mortalität nur gering; namentlich kamen Diarrhöeen nur selten in Betracht, obgleich die Sterblichkeit an Diarrhoe in Paris im übrigen beträchtlich ist.

Auch in der Provinz sind für Beirat der Säuglinge in Aufnahme gekommen einige Stellen, an denen man sich bestrebt, die natürliche Er-

nahrung anzubahnen und zwar mit günstigem Erfolg. Vor dem Jahr 1900 gab es in einem solchen Bureau in Rouen nur 10 Brustkinder; im Jahr 1900 stillten unter 222 Frauen 109 selbst, 94 verwandten künstliche, 19 gemischte Ernährung. Im Jahre 1901 waren schon die Resultate weit günstiger. In Saumur suchte Dr. Levraud das Selbststillen und eine geeignete Milchversorgung durch Verteilung von Prämien zu fördern. Diesem Beispiel folgte Dr. Ficatier in Bar-le-Duc: die Frauen erhalten während des Stillens wöchentlich drei Pfund Fleisch und eine sorgsame Pflegemutter bezieht eine Prämie von 10—20 Francs.

Milchversorgungsanstalten.

In der Provinz haben die Milchversorgungsanstalten eine besondere Verbreitung gefunden. Dieselben beschäftigen sich namentlich mit der Sterilisation der Milch und mit dem Verkauf oder der Gratisverteilung dieser Milch, je nach der Vermögenslage ihrer Klientel; einmal ungefähr in der Woche werden die Kleinen einer Untersuchung durch einen Sachverständigen unterzogen. Die Resultate sind für einige dieser Stellen schlecht, für andere mittelmässig, für eine (Rouen) ziemlich gut, was nicht zu verwundern, da die Ernährung an der Mutterbrust bei diesen Milchversorgungsanstalten fast ganz in Wegfall kommt. Überdies kommt die Milch, wengleich sie von ausgezeichneter Güte geliefert wird, niemals ohne Verunreinigung zum Mund des kleinen Konsumenten. Meist sind es Kinder, welche die Milch von der Versorgungsanstalt holen; auf dem Weg öffnen sie eine oder mehrere Flaschen, um deren Inhalt zu kosten und das Fehlende am nächsten Brunnen zu ergänzen.*) Ein weiterer Übelstand besteht in dem langen Saugrohr, welches freilich das Kind in Stand setzt, nach Belieben in der Wiege, in jeder Lage zu saugen, während die Eltern ihrer Beschäftigung nachgehen, Umstände genug, welche die mangelhaften Resultate der Milchversorgungsanstalten erklärlich machen. Im wesentlichen besteht aber deren Hauptfehler in dem Aufgeben des Selbststillens von seiten der Mütter, denen ein anscheinend gutes, in Wirklichkeit aber recht schlechtes Ersatzmittel der Muttermilch geboten wird.

Der Beirat für Säuglinge und die Milchversorgungsanstalten sind also wesentlich verschiedene Einrichtungen; während die erstere eine ungemein segensreiche Veranstaltung, lässt sich dies von der letzteren keineswegs sagen. Man kann daher der ersteren Einrichtung eine allgemeine Verbreitung wünschen, da durch sie das Selbststillen immer mehr Boden gewinnt, nicht aber durch die Milchversorgungsanstalten. Wir lassen Einwendungen gegen das Selbststillen nicht gelten. Wenn eine Mutter, in welcher sozialen Stellung sie sich auch befinde, weiss, dass sie nicht in ihrer Nähe ein Ersatzmittel findet für die Milch, so wird sie sich zum Selbststillen leicht entschliessen und zwar mit augenfälligem Erfolg. Kann und darf sie nicht stillen, so soll sie die künstliche Ernährung im Hause versuchen und nicht mit ungeeigneten Massregeln, welche nach und nach das Selbststillen immer mehr zum Verschwinden bringen.

*) Der heute überall übliche Patentverschluss wird einer solchen Unsitte bald abhelfen. Dr. K.

Man erhebe nicht die Einwendung, dass in den Industriestädten die künstliche Ernährung eine Notwendigkeit sei, weil die Mutter ihre Tageszeit in der Fabrik zubringe. Selbst unter diesen Umständen lässt sich das Selbststillen durchführen, wenn den Müttern die Erlaubnis erteilt wird, in einem reservierten Raum mehrmals täglich die Säuglinge zu stillen. Man ersieht aus vorstehender Abhandlung, dass die Veranstaltungen zur Ratserteilung betreffend die Säuglinge und die Milchversorgungsanstalten keine Zwillingsschwestern sind, sondern vielmehr sehr entfernte Anverwandte.

Bezügliche Einrichtungen anderer Länder.

In England existiert eine staatliche Einrichtung zum Schutz der Kinder in den ersten Lebensjahren, The Local Government Board to infant Life protection. Indess stehen diese Bestimmungen nach einem Bericht von Dr. J. Millson Rhodes in der Revue Philanthropique denen in andern Ländern nach. In Massachusetts hat folgende Bestimmung Kraft: „Jedermann, der ein Kind unter drei Jahren zur Pflege oder in Adoption nimmt, soll sich überzeugen, ob dieses Kind ein illegitimes und in diesem Fall die Staatskommission für Wohltätigkeit (State Board of Charity) von der Tatsache einer solchen Übernahme benachrichtigen. Diese Kommission und ihre Beamten oder Vertreter können Eintritt nehmen und eine Besichtigung vornehmen in jedem Haus, in welchem ein solches illegitimes Kind gepflegt wird, und ein solches entfernen und in Pflege bringen, wenn nach ihrem Urteil eine solche Dislokation infolge von Vernachlässigung oder irgend einer die Gesundheit des Kindes gefährdenden Ursache angezeigt ist. Der Staat von New-York hat ein Gesetz, nach welchem Frauenhospitäler, Entbindungsanstalten, Kinderverpflegungsanstalten nur mit staatlicher Konzession errichtet oder geleitet werden dürfen. Ferner: Eine Hebamme, Pflegerin oder irgend eine andere Person, die ein uneheliches Kind innerhalb der ersten Lebenswochen in Pflege hat und die Anzeige beim Gesundheitsbeamten des betr. Distriktes unterlässt, unterliegt einer Bestrafung. Über die Art der Verpflegung solcher Kinder existieren ebenfalls besondere Vorschriften.

In Deutschland ist das Kost- oder Pflegekinderwesen zumeist durch Polizeibestimmungen und Gemeindeverordnungen geregelt, auf welche hier einzugehen wir uns versagen müssen. Über das Kostkinderwesen der Stadt Kiel von 1892 bis 1897/98 berichtet Dr. Kluge*) unter besonderer Berücksichtigung auf Grund der im Jahre 1896 erlassenen Polizeivorschriften. Wie letztere bestimmen, ist jedes Pflegekind monatlich der dortigen Universitäts-Poliklinik zur Kontrolle (Untersuchung und Wägung) bei Strafe der Konzessionsentziehung seitens der Pflegemutter vorzuführen. Die Sterblichkeit an Verdauungskrankheiten betrug für die Kostkinder mehr als das Doppelte im Verhältnis zu den andern Kindern; am meisten gefährdet waren dieselben in ihrem zweiten und dritten Monat; mit zunehmendem Alter verlaufen immer weniger Krankheiten tödlich; in den ersten Monaten starb $\frac{1}{5}$, in den letzten Monaten $\frac{1}{10}$ bis $\frac{1}{12}$ der Erkrankten. Der Ernährungszustand der

*) Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätsw. 1897 S 148.

jüngsten Kinder war zwar subnormal, aber immer noch leidlich, in den folgenden Jahren aber entfernte sich das Durchschnittsgewicht immer mehr von der Norm; ausreichende Gewichtszunahmen sind selten. Im zweiten halben Jahr stiegen die Durchschnittsgewichte und ausreichende Gewichtszunahmen wurden trotz häufiger Gewichtsverluste relativ häufiger. Die Gewichtsverluste würden geringer sein, wenn nicht vom vierten Monate an die Rhachitis von Einfluss wäre. Bei Ausschluss der ausgesprochen rhachitischen Kindern erreichten die älteren Kostkinder (im Alter von zwölf Monaten) 9015 g Körpergewicht. Als Mittel zur Abstellung der vorhandenen Übelstände bezeichnet Verfasser Erhöhung des Kostgeldes, Verteilung von Prämien für gute Pflege (vgl. Frankreich), Anschaffung von Soxhletflaschen und -Verschlüssen (in Frankreich ungünstige Erfahrungen), Verpflichtung der Pflagemütter, die Kostkinder eine bestimmte Zeit lang zu behalten.

Findelwesen (Findelanstalten).*)

Das **Findelwesen** im engeren Sinn umfasst diejenigen Anstalten und Einrichtungen, welche zur Aufnahme und Erhaltung der Findlinge d. h. der von ihren Eltern im zartesten Lebensalter verlassenen Kinder dienen; im weiteren begreift man darunter alle Bestrebungen, durch welche Staat und Gesellschaft an Stelle der Familie hilflose Kinder der ersten Lebensjahre zu schützen und zu erziehen suchen. Man trennt hierbei indessen das eigentliche Findelwesen von dem sogenannten **Halte- und Kostkinderwesen** (s. u.).

Vor- und Nachteile des Findelwesens.

Die Frage nach der besten Regelung des Findelwesens ist zur Zeit eine offene Parteifrage. Unter den vielen gegen die grossen Findelhäuser erhobenen Einwänden ist wohl einer der unbegründetsten, wenngleich verbreitetsten der, dass sie die Immoralität d. h. den ausserehelichen, geschlechtlichen Umgang fördern sollen. Die Voraussetzung, dass ein unerlaubtem Liebesgenuss sich hingebendes Mädchen dabei durch den Gedanken an die Versorgung eines zu erwartenden Kindes im Findelhaus geleitet oder auch nur beeinflusst werde, zeugt aber von einer sehr oberflächlichen Beurteilung der Frage, und kann nur in Kreisen Beachtung finden, welche den tatsächlichen Verhältnissen durchaus fern stehen. Überdies lässt sich die Annahme, dass die Zahl der unehelichen Geburten mit dem Findelhauswesen in einem ursächlichen Zusammenhang stehe, zahlenmässig leicht widerlegen (vgl. die Zahlen bei Rahts).

Nicht die Findelanstalten, sondern Sitten und Gebräuche, vielleicht auch wirtschaftliche Verhältnisse wirken, wie diese Zahlenbeispiele zeigen, auf die Produktion unehelicher und verlassener Kinder ein. Keine Gesetzgebung vermochte bisher die Erzeugung ausserehelicher Kinder zu ver-

*) Vgl. Rahts, Findelwesen in Dammers Handwörterbuch der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege. Erismann, die Hygiene in Findelanstalten. Wien. Medizinische Wochenschrift 1891 Nr. 29. Wernich-Wehmer, Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Erlangen, Ferdin. Enke, Preis Mk. 18. — Das hilfbedürftige Kindesalter. Aufsicht über die dasselbe angehenden Veranstaltungen; daselbst auch weitere Literatur.

hüten und auch jede Art der Volkserziehung hat sich machtlos dagegen erwiesen. Mit solchen menschlichen Verirrungen muss man einfach rechnen und deren Folgen möglichst erträglich zu gestalten suchen. Der Staat hat zwischen zwei Übeln zu wählen: Entweder das Findelwesen rationell nach hygienischen Grundsätzen zu regeln, oder die Verwahrlosung, das langsame Hinmorden zahlloser Kinder mitanzusehen.

Viel höher als jene vermeintliche Förderung der Immoralität durch Findelhäuser ist vielmehr die sittliche Verrohung anzuschlagen, welche da Platz greifen muss, wo junge Mütter gezwungen werden, ihr Kind, weil sie es selbst nicht behalten können, gewissenlosen Haltefrauen, den berichtigten Engelmacherinnen zu übergeben. Die Art und Weise, wie diese die Mütter von der Last zu befreien wissen, verstösst offenbar weit mehr gegen die Sittengesetze, als der aussereheliche Umgang, den die Gegner des Findelhauses zu begünstigen fürchten. — Indessen gibt es gegen die Findelhäuser andere triftigere Einwände, welche der Erwägung bedürfen. Man sagt, das Findelhauswesen erleichtere die Zerreißung der Familienbande, der Staat erziehe sich in den Menschen, welche isoliert, ohne Blutsverwandtschaft, ohne ein wirkliches Heim dastehen, unbrauchbare Bürger; das letztere ist ein Umstand, mit dem man stets rechnen muss, wenn man nicht die der öffentlichen Hilfe bedürftigen Kinder dem Verderben preisgeben will. Endlich fällt schwer ins Gewicht, dass eine geordnete, zweckentsprechende Findelpflege den Staat mit beträchtlichen Ausgaben und einer ausgedehnten Verwaltung belastet, wogegen die Verpflichtung des Staates zur Fürsorge für verlassene Kinder bei uns nach den bestehenden Rechtsverhältnissen als keine dringende erscheint.

E r i s m a n n*) fordert als Grundsätze der Findelanstalten folgende: Die menschliche Gesellschaft ist verpflichtet, für alle neugeborenen Kinder zu sorgen, deren Eltern aus achtbaren Gründen nicht in der Lage sind, diese Fürsorge auf sich zu nehmen. Damit diese Hilfe im Staatsleben eine Bedeutung gewinne und möglichst allen Kindern zu teil werde, die ihrer bedürfen, ist ein Zusammenwirken des Staates, der Organe der Selbstverwaltung und der Privatwohlthätigkeit nicht nur wünschenswert, sondern notwendig. Die Form, in welcher der öffentliche Schutz der Neugeborenen jeweilig gewährt werden kann, hängt in hohem Masse von der sozialen Entwicklung und von dem Kulturzustand des betreffenden Landes ab, so dass Massregeln, welche unter gewissen Verhältnissen vollkommen rationell sind, dennoch nicht zu allgemeiner Anwendung empfohlen werden können. Nationalcharakter, althergebrachte Gewohnheiten, überhaupt örtliche Zustände müssen hierbei berücksichtigt werden.

Die Findelpflege ist ein Teil der Armenpflege und befasst sich, ausser mit den einheitlichen Findlingen, wesentlich mit dem Schutze hilfsbedürftiger, in öffentlichen Anstalten geborner, unehelicher Kinder. Vom sanitären Standpunkt aus sind einige genügend motivierte Prinzipien aufzustellen, welche der Organisation der Findelpflege zu grunde gelegt werden müssen, und zwar sowohl im Interesse der verlassenen Kinder, als auch zum Wohle derjenigen Bevölkerungsklassen, welche mit diesen Kindern in Berührung kommen. Diese Prinzipien können folgendermassen formuliert werden: Diejenige Form des Findelwesens, die in der Errichtung

*) Vergl. Wernich-Wehmer a. a. O.

grosser, zentraler Findelhäuser besteht, ist zu verlassen, an die Stelle dieser Häuser haben kleinere, für geringere territoriale Einheiten bestimmte Anstalten zu treten. Es ist wünschenswert, dass solche Anstalten vorzugsweise durch die Initiative der Organe der Selbstverwaltung ins Leben gerufen werden. Es ist danach zu streben, dass auch diejenigen Mütter, welche geneigt sind, ihre Kinder der Anstalt ganz zu überlassen, dazu angehalten werden, dieselben möglichst lange selbst zu stillen; der gewerbliche Ammendienst ist also auf das Notwendigste zu beschränken. Zur Erreichung dieses Zweckes ist mit jeder Findelanstalt eine öffentliche Gebäranstalt zu verbinden. In vielen Fällen kann das Stillen des Kindes durch die eigene Mutter auch durch die Unterstützung der letzteren ausser dem Findelhaus erreicht werden.

Die Übergabe der Kinder aufs Land und die Auswahl der Eltern muss mit grosser Umsicht geschehen; die in Aussenpflege befindlichen Kinder müssen einer systematischen ärztlichen Aufsicht unterliegen. Am besten wäre es, wenn man die Aussenpflege der Findelkinder ihres gewerblichen Charakters gänzlich entkleiden könnte. Syphilitische Kinder, wenn sie keine Muttermilch bekommen können, sind künstlich zu ernähren und dürfen erst dann in Aussenpflege gegeben werden, wenn keine Gefahr der Ansteckung mehr vorhanden ist.

Mit Recht hebt Wernich*) hervor, dass diese Forderungen wohl auf das mustergültige Zentralfindelhaus in Moskau sich beziehen. Die Findelanstalten daselbst sowie in Petersburg sind Musteranstalten, wie Rahts, von welchem wir das Nachfolgende entnehmen, ausführlich berichtet. Die erstere enthält etwa 40000, die letztere etwa 50000 Findlinge. Das Findlingsalter dauert bis einschliesslich zum 21. Jahre! Die Knaben werden meist für den Landbau oder ein Gewerbe, die Mädchen in der Regel zu Dienstboten erzogen. Über 1400 Mädchen der Findelanstalt befinden sich als Dienstmädchen in Petersburg und stehen hier bis zum Alter von 21 Jahren unter der Obhut und dem Schutze des Findelhauses. Im Falle ihrer Verheiratung erhalten sie eine Ausstattung. Die Anstalten werden durch ehemalige Findlinge bewirtschaftet, auch die Lehrer sind solche. In den Petersburger Krankenhäusern sind die besten Wärterinnen Findlinge.

In der Moskauer Findelanstalt befinden sich 500 Ammen, in der Petersburger deren 1000. Aufgenommen wird jedes Kind, deren Herkunft natürlich oft unbekannt. Man nimmt an, dass in Moskau der fünfte Teil der Kinder unbekannter Herkunft ehelichen Ursprungs sei. Jede Mutter, welche sich drei Jahre um ihr Kind nicht kümmert, verliert ihr Mutterrecht und kann ihr Kind nicht mehr zurückfordern. (Eine sehr gerühmte Einrichtung).

Krippen.

Wenn alle Vorfragen, welche die Entfernung der Kinder aus dem Elternhaus fordern, erledigt, festgestellt worden, dass Vater und Mutter einen Erwerb nicht finden oder ausser dem Hause suchen müssen, die Kinder aber durch den Verbleib in demselben, Mangel an Pflege in

*) Wernich-Wehmer a. a. O. S. 326.

sittlicher und gesundheitlicher Beziehung gefährdet, verwahrlost werden, so empfehlen sich Kinderkrippen, Schutz- und Pflegeanstalten, in welchen für Säuglinge und Kinder in den ersten Lebensjahren Obdach, Nahrung, Wartung und Pflege gegen geringfügiges Entgelt geboten wird. Wir legen diesem geringfügigen Entgelt besondere Bedeutung bei, da jedes Almosen eine sittliche Gefahr bedeutet, eine Ansicht, die wir unseren reichen Erfahrungen als Armenarzt in einer opulenten Stadt entnehmen. Nur in Notfällen soll die Armenpflege diesen selbst geringfügigen Beitrag bestreiten. Für solche Schutz- und Pflegeanstalten erwächst die weitere Vorbedingung, dass sie von opferwilligen, eigens zu diesem Zweck durch sachkundige Ärzte geschulten Frauenspersonen geleitet, desgleichen von Ärzten und erfahrenen Frauen überwacht werden. Diese Anstalten sind ein um so grösseres Bedürfnis, als Findelhäuser und dergleichen Anstalten fast überall fehlen. Sehr zu empfehlen ist die Verpflichtung, dass Mütter die Kinder morgens zur Krippe bringen, um sie abends wieder abzuholen, damit die Kinder dem Elternhaus nicht ganz entfremdet werden. Un-erlässlich ist in solchen Krippen eine sorgfältige Beachtung der Reinlichkeit, zweckmässiger Beschäftigung, damit die Mutter ein würdiges Beispiel und die Kinder Ersatz für das Elternhaus gewinnen. Sowie die Schule für arme, in der Familie vernachlässigte Kinder oftmals eine hygienische Musteranstalt bietet, ebenso bilden eingerichtete Krippen zumeist für das Elternhaus den besten Ersatz.

In Frankreich haben solche Krippen bereits vielfach Verbreitung und soeben dort eine neue Anregung gefunden, indem die Präfekten angewiesen worden sind, die Gründung solcher Stiftungen in der Nähe von Fabriken, in denen Frauen beschäftigt werden, anzustreben. In England scheint nach „The sanitary Record“, welchem wir diese Notiz entnehmen, diese Einrichtung noch wenig bekannt zu sein. Auch in Deutschland scheint sich dieselbe noch auf die Grossstädte zu beschränken und wird dieser Hinweis gewiss genügen, um allenthalben, wo ein solcher Mangel besteht, Abhilfe zu schaffen.

Eine Betrachtung über Kinderbewahranstalten, Kleinkinderschulen, Kindergärten, Ferienkolonien als Einrichtungen zum Kinderschutz überschreitet die uns hier gezogenen Grenzen.

Referate.

Zur Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum. Von Rumpel. (Ref. Münch. med. Wochenschrift. 1903, Nr. 1.)

R. bereitete das Serum auf folgende Weise: Das Blut wurde ausschliesslich von erwachsenen Rekonvaleszenten entnommen. Meist waren es Mädchen im Alter von 17—25 Jahren. Auf Lues und Tuberkulose wurde genau geachtet. Sämtliche Rekonvaleszenten hatten mittelschweren Scharlach durchgemacht. Besonders wurde darauf gesehen, dass sich

im Blut des Betreffenden niemals Streptokokken fanden. Der Zeitpunkt der Blutentnahme schwankte zwischen 25. und 35. Scharlachtage. Es wurden 100 ccm Blut aus der Armvene steril entnommen; das Gefäß mit Blut blieb $\frac{1}{2}$ Stunde bei Zimmertemperatur stehen, dann wurde ein steriler Glasstab einmal langsam an der Innenwand des Gefäßes herumgeführt, um das Zubodensinken des Blutkuchens zu erleichtern. Dann 48 Stunden auf Eis. Absaugen des goldgelben Serum durch Pipetten und Einführen in sterile Kölbchen à 20 ccm. 100 ccm ergaben gewöhnlich 40 ccm Serum. Von diesem wurden in der Regel 20 ccm mit der Curschmannschen Spritze subkutan in die Bauchhaut injiziert. Niemals wurde entzündliche Reaktion der Injektionsstelle beobachtet.

Eingespritzt wurde nur in solchen Fällen, bei denen die Prognose als ungemein schwer zu bezeichnen war. Eine Beeinflussung des Fiebers oder der Zahl der Krankheitstage war dabei nicht zu konstatieren. Auch das Auftreten von Komplikationen war genau das gleiche, wie bei den nicht injizierten Fällen. Eine frühzeitige Injektion (am 1.—3. Krankheitstage) schien bessere Chancen zu geben, als wenn die Behandlung erst an einem späten Krankheitstage eingeleitet wurde.

Von 39 mit Serum behandelten Fällen starben 23 = 59%. Bei einer beträchtlichen Zahl von letal verlaufenden Fällen trat der Exitus so rasch nach der Injektion ein, dass eine günstige Wirkung auf den agonisierenden Patienten a priori aussichtslos erscheinen musste. Die Mehrzahl der übrigen Todesfälle sind a conto der Komplikationen zu setzen. Aber auch in mehreren ohne Komplikationen verlaufenden Fällen konnte die Seruminjektion das Leben nicht retten. Schnell (Egeln.)

Eine Scharlach-Endemie auf der Maserstation. Von Doebert. (Jahrb. f. Kdhlkd. Heft 2, 1903.)

Im allgemeinen scheint die Neigung zu bestehen, die Scharlachfälle, die im Gefolge der Masern auftreten, besonders wenn das Scharlach-Exanthem erst einige Zeit nach den Maserneffloreszenzen herauskommt, als gutartig und leicht verlaufend anzusehen und ihnen eine günstige Prognose zu stellen.

D. hatte nun Gelegenheit, zehn Scharlachfälle, die in der Masernbaracke des Zentral-Diakonissenhauses Bethanien in Berlin zum Ausbruch kamen und die dem einigermassen zu widersprechen scheinen, zu beobachten.

Was den Verlauf des Scharlachs in diesen Fällen anlangt, so erscheint zunächst sehr bemerkenswert, dass in der Hälfte aller Fälle das Exanthem durchaus kein typisches und leicht zu diagnostizierendes war, sondern undeutlich und meist sehr flüchtig. Grund für diese Erscheinungen scheint der zu sein, dass die Körperdecke, die noch vor kurzem durch die Maserneruption in so intensiver Weise in Anspruch genommen war, auf die Hautphänomene der neuen Affektion nicht immer in so heftiger Weise reagierte.

Ferner erscheint beachtenswert, dass fast sämtliche Kinder an Durchfällen litten.

Betreffs des weiteren Verlaufs der Erkrankung ist es auffällig, dass sich eine grosse Anzahl von Komplikationen einstellte. Nur ein einziger Fall blieb ganz ohne Verwicklungen. Im übrigen traten auf:

fünfmal Otitis, davon dreimal doppelseitige,
viermal Nephritis, davon zwei sehr schwere und langwierig,
zweimal nekrotisierende Angina,
einmal Septiko-Pyämie, (frühzeitig mit letaler Prognose entlassen)
einmal Enteritis,
einmal schwere Lymphadenitis mit tödlichem Ausgange.

Es geht daraus hervor, dass der im Anschluss an Masern auftretende Scharlach auch bei schliesslicher Genesung eine grosse Neigung zu ernstesten Verwicklungen hat. Schnell (Egeln).

Die Leukocytose bei Masern und Röteln. Von Plantenga.
(Arch. de méd. des enf. März 1903).

In weiterer Verfolgung der von Combe bei Masern gemachten Blutuntersuchungen, hat P. zahlreiche Nachforschungen über die Zahl und die verschiedenen Formen der Leukocyten bei Morbilli und Rubeola angestellt. Es wurden hauptsächlich zwei Zellengruppen in Betracht gezogen: polynukleäre neutrophile Leukocyten (inkl. der eosinophilen Leukocyten) und Lymphocyten, unter welchen sowohl die wenigen grossen einkernigen Leukocyten, als auch diejenigen mit polymorphem Kerne gerechnet wurden. Behufs Fixierung und Färbung wurde die Prussche Lösung, zur Zählung der Zeiss'sche Apparat benützt. Die Resultate dieser Untersuchungen sind folgende:

Man findet während der Inkubationszeit, bei Abwesenheit jedweder krankhafter Symptome, eine erhebliche Hyperleukocytose welche in wenigen Tagen ihre Maximum erreicht und durch eine stark, Vermehrung der mehrkernigen neutrophilen Leukocyten bewirkt ist. Hingegen erleidet die Zahl der anderen Leukocytenformen und namentlich diejenige der Lymphocyten, fast keine Vermehrung. In den letzten zwei Tagen der Inkubation ist ein beträchtlicher Abfall der erwähnten Hyperleukocytose zu bemerken, welche dann durch eine bedeutende Hypoleukocytose ersetzt wird. Auch diese kommt hauptsächlich auf Rechnung der neutrophilen polynukleären Leukocyten, deren Zahl nur wenige Hunderte per Kubikmillimeter beträgt. In den letzten Krankheitstagen gelangt die Zahl der Leukocyten allmählich wieder auf die normale Höhe, mit Ausnahme jener Fälle, wo sich Komplikationen entwickeln.

Von allen diesbezüglich untersuchten infektiösen oder exanthematischen Krankheiten wurden obige Veränderungen der Blutbeschaffenheit, ausser bei Masern, nur noch bei Rubeola gefunden. Es würde diess vielleicht auf eine Identität beider Krankheiten hindeuten und der Unterschied nur auf einer verschiedenen Virulenz der Erreger und verschiedener Invasionsformen derselben beruhen.

Bei Scarlatina erleidet die Zahl der neutrophilen polynukleären Zellen fast gar keine Veränderung, was von grosser differenzialdiagnostischer Bedeutung ist.

E. Toff (Braila.)

Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin. Von Swoboda.
(Wiener klinische Wochenschrift 11. 1903).

Das einzige unter den zahllosen, gegen den Keuchhusten versuchten Mitteln, dem eine kausale Wirkung zugeschrieben werden kann, ist das

Chinin. Doch stehen der Anwendung des Mittels in der Kinderpraxis der schlechte Geschmack und die toxischen Eigenschaften, insbesondere eine Schädigung des Magens gegenüber. Ursache des Misserfolges bei Chininanwendung liegen in zu kleinen Dosen, in spätem Beginne der Behandlung und Anwendung ungeeigneter Präparate, während das Präparat frühzeitig und in grossen Dosen gegeben werden muss. Die officinellen Chininpräparate sind zur Keuchhustenbehandlung wenig geeignet, das angeblich geschmacklose Chininum tannicum fast wertlos. Von den geschmackfreien Chininpräparaten — Euchinin, Salochin und Aristochin — ist letzteres, der neutralen Kohlensäure wegen, am meisten empfohlen. Das Aristochin enthält 96% Chininbase und stellt ein weisses, geschmackloses Pulver vor. Es löst sich leicht im schwach salzsäurehaltigen Magensaft und wird bei der Passage durch den Darm nicht ausgefällt. Die Resorptionsfähigkeit der freien Chininbase verhält sich zu der des Aristochins wie 10:8. Nach Dreser ruft das Aristochin keine Belästigung der Magenschleimhaut hervor, zeigt doppelt so starke protozoentötende Wirkung, als Chinin und Euchinin, ist aber hinsichtlich der allgemeinen Toxizität am schwächsten. Der vorliegende Bericht erstreckt sich auf 68 mit Aristochin behandelte Fälle von Keuchhusten, und zwar diagnostisch sichergestellte, möglichst frische und von fieberhaften Komplikationen freie Fälle. Die Tagesdosis betrug bei Säuglingen dreimal soviel Zentigramme, als das Kind Monate zählt, bei grösseren Kindern dreimal soviel Dezigramme, als das Kind Jahre zählt, doch wurde bei Kindern unter einem Jahre nicht über 0,3 g pro die hinausgegangen. Die Dauer der Behandlung betrug in der Regel neun Tage. Durch drei Tage die volle Tagesdosis gegeben, dann durch sechs Tage die Hälfte dieser Dosis. Der Gesamtverbrauch an Aristochin beträgt also das sechsfache der vollen Tagesdosis. Die Tagesdosis wurde in 3—4 Portionen verteilt. Das Pulver wird am besten unmittelbar nach dem Anfall genommen und zwar mit einem Zusatz von Zucker, Schokoladenpulver u. dergl., oder nur mit etwas Wasser. Ebenso könnte man das Mittel in Schüttelmixtur, aber nicht mit sauren Zusätzen geben. Die Beobachtungen ergaben, dass das Aristochin in der angegebenen Menge stets gut vertragen wurde und keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Das Aristochin hat nahezu in der Hälfte der Fälle den Verlauf des Keuchhustens günstig beeinflusst. In einer grossen Anzahl von Fällen trat rasche Besserung und Heilung in einem Stadium ein, in welchem dies spontan oder bei einer anderen Therapie nicht vorzukommen pflegt. Bei einem Kinde, dessen Keuchhusten schon im Stadium catarrhale erkannt wurde, kam es überhaupt nicht zu einem Stadium convulsivum. Bei anderen Fällen, speziell solchen mit fieberhaften Komplikationen, war überhaupt kein Erfolg zu verzeichnen. Dr. Goldbaum (Wien).

Die syphilitischen Ammen. Von Georges Thibierge. (Rev. prat. d'obstetr. et de paediatr. Februar 1903.)

Während des Stillens kann eine Frau auf verschiedene Weise syphilitisch werden. Gewöhnlich geschieht dies auf dem Wege der Infektion durch einen hereditär-syphilitischen Säugling, oder auf genitalem Wege von seiten ihres während der letzten Schwangerschaftsperiode oder des Wochenbettes von anderer Seite infizierten Mannes. Findet man

eine syphilitische Amme, die ein gesundes Kind säugt, so muss dieselbe selbstverständlich gleich entfernt werden. Das Kind soll aber während sechs Wochen keiner gesunden Amme übergeben werden, da es ja bereits syphilitisch infiziert sein kann und die Krankheit auf dieselbe übertragen könnte. Bis man in dieser Beziehung volle Sicherheit hat, soll künstliche Ernährung durchgeführt werden. Ist aber Infektion bereits erfolgt, so soll die Amme auf alle Fälle erhalten bleiben, da dieselbe der künstlichen Ernährung vorzuziehen ist. Selbstverständlich muss eine energische antisymphilitische Behandlung sowohl für dieselbe, als auch für das Kind durchgeführt werden. Aus praktischen Rücksichten wäre in solchen Fällen auch auf unwiderlegliche Weise festzustellen, dass das Kind von der Amme infiziert wurde und nicht umgekehrt, um eventuellen Reklamationen oder auch Entschädigungsprozessen von seiten der letzteren vorbeugen zu können.

Das Kind einer syphilitisch gewesenen Frau soll nur von der eigenen Mutter gesäugt, oder wenn das undurchführbar ist, künstlich ernährt werden. Hat die Infektion in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten stattgefunden, so ist die Immunität des Kindes noch zweifelhaft; es sind Fälle bekannt, wo derartige Kinder später von ihren syphilitischen Ammen infiziert wurden. Die künstliche Ernährung ist also für dieselben vorzuziehen.

E. Toff (Braila).

Zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten. Von Wernitz. (Therap. Monatsch. 1903, Heft 1.)

Die Behandlung besteht im Bestreben, dem akut infizierten Organismus auf die beste und schonendste Weise möglichst viel Flüssigkeit zuzuführen, um ihn dadurch nicht nur vor der Wasserverarmung mit den unangenehmen Begleiterscheinungen, Trockenheit der Schleimhäute, quälendem Durst etc. zu schützen, sondern vielmehr noch, um eine versuchte Ausscheidung aller Sekrete zu bewirken. Dadurch wird die natürliche Ausscheidung der Infektionsstoffe beschleunigt und zwar nicht nur der geformten Elemente, sondern auch der im Blute vorhandenen Toxine, welche dadurch verdünnt und schneller ausgeschieden werden. Diese, wenn auch nur zeitweilige und nicht vollständige Befreiung unterstützt den Organismus im Kampf mit den Bakterien, die deletäre Wirkung der Toxine wird abgeschwächt und der Organismus findet Zeit, Antitoxine zu bilden.

Die Methode ist folgende: Mittels eines mittellangen Mastdarmrohrs werden Hegarsche Einläufe mit einprozentiger Kochsalzlösung gemacht. Hält man den Irrigator niedrig, wodurch stärkerer Druck und schnelles Einfließen vermieden wird, so kann man ziemlich viel Flüssigkeit einlaufen lassen, namentlich wenn man noch kurze Unterbrechungen durch Zusammendrücken des Schlauchs macht. Tritt dann Drang ein, so wird der Irrigator gesenkt, wodurch dann das Wasser mit aufgeweichten Stuhlmassen in den Irrigator zurückfließt. Ist das Wasser stark verunreinigt, wird es durch frisches ersetzt. Diese Prozedur muss viele Male wiederholt werden, bis der untere Teil des Darmrohrs von Kotmassen befreit ist. Nach einer Pause von einer Stunde wiederholt man den Einlauf (1 Liter zu jedem Einlauf), von dem nunmehr der grössere Teil resorbiert wird. Das reaktionslose Einfließen eines Liters Flüssigkeit dauert unge-

fähr eine Stunde. Nach einer Pause von 1—2 Stunden lässt man wieder 1 Liter einlaufen. In dieser Weise wird weiterverfahren je nach Umständen und nach der Schwere des Falles. In den Pausen tritt dazwischen reichlicher breiiger Stuhl ein. Im Anfang findet die Resorption langsam, dann allmählich schneller statt. Der Puls wird voller, die bis dahin trockenen Schleimhäute werden feucht, der Kranke wird ruhiger, sein Aussehen bessert sich. Kopfschmerzen und Delirien lassen nach. Bald tritt reichliche Urinsekretion ein. Die Haut verliert ihre Trockenheit, wird allmählich feucht. Beim zweiten oder dritten Einlauf tritt Schweisssekretion auf, die sich bei jedem weiteren Einlauf verstärkt; dabei fällt die Temperatur entsprechend ab. Das Steigen und Fallen der Temperatur ist nicht mit unangenehmen Empfindungen verbunden, kein Schüttelfrost, keine Kollapserscheinungen treten dabei auf.

Die Zahl der Einläufe richtet sich nach dem Krankheitsfall. W. hat bei einer akut Septischen in 24 Stunden 10 Einläufe gemacht. Bei weniger stürmisch verlaufenden Infektionskrankheiten wird wahrscheinlich eine geringe Zahl genügen, um die gefährlichen Symptome zu beseitigen.

Der Vorzug dieser eben beschriebenen Methode besteht darin, dass man es dem Organismus überlässt, so viel Flüssigkeit zu resorbieren, wie er vertragen kann und dass dem Herzen keine zu schwere Arbeit aufgebürdet wird. Mit keinem Fiebermittel gelingt es, die Temperatur so schnell, gefahrlos und sicher herabzudrücken. Schnell (Egeln.)

Zwei seltene Fälle von infektiöser Hemiplegie bei Kindern. Von S. Sufrin. (Spitalul 15. Februar 1903.)

Ein vierjähriges Kind hatte eine mit Angina pultacea komplizierte Scarlatina durchgemacht. Dasselbe war bereits fieberfrei, als zwei Wochen nach Krankheitsbeginn plötzlich Erbrechen, Oligurie und Temperatur über 40° C. auftraten. Es bestand Albuminurie, Puls und Respiration waren sehr beschleunigt und der allgemeine Zustand ein auffallend schlechter. Zwei Tage später traten Konvulsionen auf und es entwickelte sich eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Der Zustand dauerte acht Tage und es trat unter Anurie, Dyspnoe und Koma, Exitus letalis ein.

Im zweiten Falle entwickelte sich eine ähnliche Lähmung bei einem 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben, welcher vor zwölf Wochen eine anscheinend leichte Scarlatina durchgemacht hatte. Ausserdem bekam derselbe wenige Tage vor Beginn der Lähmung Rachendiphtherie, welche auf Serumeinspritzungen rasch verschwand, doch wurde gleichzeitig Oligurie und Eiweiss im Harn beobachtet. In den folgenden Tagen mehrfach urämische Anfälle, Trismus, Epistaxis und plötzlich, unter Bewusstseinsverlust, Auftreten einer totalen, rechtsseitigen Hemiplegie mit Aphasie. Als S. das Kind zum letztenmal sah, war der Zustand erheblich gebessert.

S. ist der Ansicht, dass die Ursache dieser Lähmungen in kapillären Blutungen der linken Hirnhemisphäre zu suchen sei und nimmt an, dass durch die Mikroorganismen, oder durch ihre Toxine, eine Veränderung der Blutbeschaffenheit oder eine deletäre Wirkung auf die Blutgefäße verursacht wurde, welche Blutergüsse durch Diapedesis oder durch Zerreißung kleiner Blutgefäße zur Folge hatte. E. Toff (Braila).

Zwei Fälle von vollständiger Regeneration der Hornhaut nach vollständiger Zerstörung derselben durch Prozesse konjunkтивaler Eiterung. Von N. D. Staicovici. (Revista de chirurgie, 1903, Nr. 1.)

Bekanntlich erlangt die Hornhaut nach tiefen Eiterungsprozessen nie ihre frühere Durchsichtigkeit wieder, sondern an Stelle der Geschwüre bleiben weisse, undurchsichtige Flecken zurück. So lange aber die membrana Descemeti intakt ist, kann eine vollständige restitutio ad integrum stattfinden und kommt, wenn auch nur in sehr seltenen Fällen, zur Beobachtung. So hat S. einen Patienten mit eitriger Ophthalmie und eitriger Ulceration der ganzen Hornhaut in Behandlung gehabt, bei dem zuerst Vaskularisierung und dann vollständige Aufhellung der ganzen Cornea beobachtet wurde. Einen ähnlichen Fall bot ein achtjähriges Kind dar, bei dem infolge von blennorrhagischer Ophthalmie eine doppelseitige Infiltration und später eine eitrige Exfoliation der ganzen Hornhautfläche zu beobachten war. Auch hier war nach zwei Monaten vollständige Aufhellung der Hornhaut beiderseits zu verzeichnen, nachdem vorher eine reichliche perikeratische Vaskularisierung aufgetreten war, welche sich bis über die Hornhaut erstreckte. Die vorgenommene Behandlung bestand in reichlichen Waschungen mit Sublimat 1:3000 und in Kauterisationen mit Solut. argenti nitrici 2% und später 3%; ausserdem Jodoformsalbe, Atropin und Okklusivverband. E. Toff (Braila).

Über den Wert der systematischen Lumbalpunktion bei der Behandlung des Hydrocephalus chronicus internus bei Kindern.

Von Bokay. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1903, Heft 2.)

B. beschreibt den Fall eines vier Monate alten Kindes, bei dem sich nach einer akuten Entzündung der Gehirnhäute ein ziemlich beträchtlicher Hydrocephalus internus entwickelte, und bei dem er dadurch Heilung erzielte, dass er im Zeitraum von acht Monaten durch elf Punktionen 283 ccm. Cerebrospinal-Flüssigkeit abliess. Auch erwähnt er den Fall eines zweijährigen Knaben mit hochgradigem inneren Hydrocephalus im Gefolge von Cerebrospinal-Meningitis, infolgedessen sich vollständige Idiotie entwickelte; hier entfernte er im Verlaufe von zwei Jahren insgesamt 660 ccm. Cerebrospinal-Flüssigkeit mittels 15 mal wiederholter Punktionen, ohne schädliche Nebenwirkungen. Die Punktionen wurden vollkommen gut vertragen, der Pat. entwickelte sich körperlich recht schön, starb aber an einer interkurrenten Erkrankung.

Die systematische Lumbalpunktion empfiehlt B. daher besonders bei chronischem Hydrocephalus im Gefolge von Hirnhautentzündungen. Die Einstiche dürfen nicht in zu kurzen Zwischenzeiten wiederholt werden und es darf jedesmal nicht eine zu grosse Menge von Ventrikelflüssigkeit entleert werden, da bei in zu kurzen Intervallen vollzogenen Punktionen der Eiweissgehalt des Liquor cerebrospinalis bedeutend anwachsen kann und Pat. den grossen Eiweissverlust in der Regel schlecht trägt. B. bevorzugt vierwöchentliche Intervalle und entleert höchstens 50—60 ccm.

Bei hochgradigem angeborenem internen Wasserkopf können natürlich die systematischen Lumbalpunktionen kaum etwas anderes erzielen, als dass sie den Kranken etwas beruhigen und die bestehenden Exzitations-symptome eine Zeit lang dämpfen. Schnell (Egeln).

Über kalte Einwicklungen zum Zweck der Wärmeentziehung und die Methode ihrer Anwendung. Von Edlefsen. (Die Krankenpflege Heft 4, 1903.)

Die kalten Einwicklungen, die in der Praxis bei der Behandlung der fieberhaften Krankheiten, namentlich im Kindesalter, vielfach zur Anwendung kommen, um die Körpertemperatur herabzusetzen, werden sehr häufig unrichtig ausgeführt. Der Hauptfehler besteht darin, dass man die Erneuerung der Umschläge viel zu lange hinausschiebt. Schon bei einstündigem Liegenlassen wird die wärmeentziehende Wirkung ganz in Frage gestellt und im Gegenteil nur eine Wärmeretention begünstigt. Ein weiterer Fehler ist der, dass man zu den Einwicklungen zu kleine oder zu feine Leintücher benutzt und oft nur einen Teil des Rumpfes darin einhüllt.

Während man bei Erwachsenen mit Bädern mehr erreicht, können bei Kindern die Einpackungen die kalten Bäder ersetzen, um so mehr, je jünger die Kinder sind, je grösser also die Körperoberfläche im Verhältnis zum Körpervolumen ist.

Besonderer Wert wird im allgemeinen den kalten Einwicklungen bei der Behandlung der P n e u m o n i e im Kindesalter, vor allem der katarrhalischen Lungenentzündung zuerkannt. Hier hat man freilich neben der antipyretischen Wirkung noch etwas anderes im Auge, nämlich die günstige Beeinflussung der Atmung durch den oft wiederholten Reiz der Kälte auf die Hautnerven. Aber wo man es mit hohen Temperaturen zu tun hat, wie fast immer bei krupöser Lungenentzündung und häufig genug, wenigstens abends, auch bei der katarrhalischen, wird man doch immer bestrebt sein müssen, die Einwicklungen so einzurichten, dass sie auch genügend Wärme entziehen, dass also ihre Wirkung einigermassen derjenigen eines kalten Bades entspricht.

E. hält es für empfehlenswert, auch in der Zeit der Remission, falls nicht das geringe Fieber und das sonstige Verhalten des Kranken jeden derartigen Eingriff überflüssig erscheinen lässt, immer nur zeitweise etwa zwei bis drei in je zehn Minuten aufeinanderfolgende Einwicklungen vorzunehmen und die Kranken dann für längere Zeit ganz in Ruhe zu lassen, bei höherem Fieber aber (40° und darüber) fünf bis sechs Umschläge zu machen und jeden einzelnen ohne Unterschied nach fünf bis sechs Minuten zu erneuern. Nach dem letzten Umschlag ist es nicht nötig, eine kalte Abreibung folgen lassen. Man reibt den Kranken einfach mit einem trockenen Handtuch ab und lässt ihn dann nach Anlegung seiner nicht zu warmen Bekleidung leicht zugedeckt im Bette liegen und, unter Umständen nach erfolgter Nahrungsaufnahme, ruhig schlafen, bis nach Verlauf von drei Stunden eine Temperaturmessung ergibt, ob eine Wiederholung der Prozedur nötig ist, falls nicht etwa schon vorher eine zunehmende Unruhe des Kindes oder ein fühlbares Steigen der Hautwärme zu einer früheren Wiederaufnahme des Verfahrens Anlass gibt.

Die Ausführung der Einwicklungen gestaltet sich in folgender Weise: Eine wollene Decke wird in doppelter Schicht quer über das Unterbett ausgebreitet, so dass die Enden über die Seiten des Bettes herabhängen. Sodann wird das zuvor in abgemessener, der Entfernung von der Achselhöhle bis zum Knie entsprechender, Breite mehrfach zusammengelegte Leintuch in Wasser von etwa 10—15° C (bei ganz jungen Kindern und weniger hohem Fieber von 16—20° C.) eingetaucht und mässig aus-

gerungen in der Weise auf die wollene Unterlage gelegt, dass sein oberer Rand fast genau mit dem oberen Rand der letzteren zusammenfällt. Nunmehr legt man das Kind, nachdem man es völlig entkleidet hat, mit dem nackten Rücken auf das nasse Tuch derart, dass es mit der Höhe der Achselhöhlen gerade auf den oberen Rand des letzteren zu liegen kommt, und schlägt die herabhängenden Enden desselben vorn über den Rumpf und die Oberschenkel zusammen. Ist das Tuch zu lang, so kann man die Enden noch an beiden Seiten unter den Rücken stopfen oder vorn über den Rumpf zurückklappen, so dass der Umschlag hier, was für die wärmeentziehende Wirkung nur förderlich ist, eine um so dickere Schicht bildet. Dann wird das wollene Tuch unter den Armen durch lose über dem Umschlag zusammengeschlagen und nur die Füße und Unterschenkel werden fester darin eingehüllt. Bis zum Ende des ganzen Verfahrens unterbleibt jede weitere Bedeckung.

Bei dieser Art der Ausführung haben fünf bis sechs Einwicklungen eine antipyretische Wirkung, die derjenigen eines kalten Bades von etwa 15° C. und zehn Minuten Dauer gleich gesetzt werden kann,

Schnell (Egeln.)

Zur Frage der Serumexantheme. Von Monti. (Archiv für Kinderhk. 1903, V. u. VI. Heft.)

Bei allen Autoren steht heute fest, dass die Anzahl des ein Serum enthaltenen Antitoxineinheiten keinen Einfluss auf die Entstehung von Serumexanthenen ausübt. M. hat nun Versuche angestellt, bei denen sämtliche Erscheinungen sowohl der Früh- als auch der Späterumexantheme künstlich durch Pferdeserum hervorgerufen wurden, so dass kein Zweifel obwalten kann, dass die Serumexantheme nur eine Erscheinung der durch die Eiweisskörper bedingten Intoxikation sind. Derartige Intoxikationen kommen nicht allein nach Einspritzungen mit Diphtherieheils Serum, sondern auch nach Einspritzungen mit anderen Heilsersorten vor, sonach Tetanusserum, bei welchem grössere Volumina von Pferdeserum in Anwendung kommen. Das Auftreten und die Art der Exantheme ist verschieden je nach der Menge der injizierten eiweisshaltigen Flüssigkeit. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint festzustehen, dass das Volumen des einzuspritzenden Serums, wenn es die Menge von 12 ccm. übersteigt, in der Mehrzahl der Fälle geeignet werden kann, Serumexantheme zu veranlassen. Um das Auftreten derselben zu vermeiden, ist es notwendig, nur solche hochwertige Serumsorten zu wählen, die es trotz wiederholter Injektionen ermöglichen, die zur kompletten Entgiftung notwendige Anzahl von Antitoxineinheiten in Anwendung zu bringen, ohne das Volumen von 10—15 ccm. Serum zu überschreiten.

In den Fällen, in denen auch bei Anwendung von geringen Volumina von Serum Exantheme auftreten, scheint die Ursache in der Qualität des Serums zu liegen. Hartung, Daurund, Ritter nehmen an, dass die Serumexantheme auch von bestimmten Serumsorten abhängig sind, indem sie anführen, dass nach Injektionen einer bestimmten Serie ein gehäuftes Auftreten von Exanthenen und umgekehrt bei Anwendung von Serum anderer Serien keine oder sehr vereinzelt Exantheme auftreten. Es ist vielleicht anzunehmen, dass bei solchen Serumsorten, die

zu einem gehäuften Auftreten von Serumexanthenen führen, ein Pferdeserum zur Anwendung kam, welches nicht filtriert wurde.

Bei Anwendung von Diphtherieheilserum empfiehlt es sich, die folgenden Vorsichtsmassregeln zu beachten:

1. Man wende nur ein Serum an, welches ganz klar ist.
2. Ist es trübe, erwärme man es vor der Anwendung auf 38° C. und wende dasselbe nur dann an, wenn nach wiederholter Erwärmung die Trübung vollkommen verschwunden ist.
3. Dasselbe gilt auch von den Serumsorten, die längere Zeit aufbewahrt werden und die einen weissen flockigen Bodensatz zeigen.
4. Man wähle nur solche hochwertigen Serumsorten, die es ermöglichen, die im speziellen Falle notwendige Anzahl von Antitoxineinheiten ohne hierbei eine grössere Menge als 15 ccm. Volumen von Serum in Anwendung zu bringen.
5. Vorsichtshalber wäre auch in jenen Fällen, wo man genötigt ist, grössere Volumina von Serum anzuwenden, die wiederholte Erwärmung auf 35° C., sogar bis auf 50° C. zu empfehlen, weil ohne Schädigung seiner Wirksamkeit auch bei Anwendung von grösseren Volumina von Serum die etwa vorhandenen ursächlichen Momente für eine Intoxikation am besten beseitigt werden können.

Schnell (Egeln).

Die Tränenschlaucheiterung der Neugeborenen. Von Heimann. (Deutsch. med. W. 1803, Nr. 5.)

Die Dacrocystoblenorrhoea neonatorum oder congenita ist eine Erkrankung, die stets bei der Geburt vorhanden ist, aber aus äusseren Gründen oft erst bedeutend später zur Kognition gelangt. Die Erscheinungen können so geringgradig sein, dass man nur eine leichte Eiterabsonderung im inneren Lidwinkel morgens und nach dem Schlafe beobachtet. Bei Druck auf den Tränensack entleert sich mehr oder weniger schleimig-eitriges Sekret.

Eine frühzeitige Diagnose ist sehr wichtig, da die geringste Epithelverletzung der Hornhaut, die bei Kindern recht leicht eintreten kann, durch das eitriges Sekret des Tränenschlauchs infiziert werden kann.

Actiologisch hat man es mit einer Dacrocystoblennostase in folge von Atresie des Tränenschlauches zu tun. Der natale Verschluss des Ductus nasolacrimalis bleibt über die Geburt hinaus bestehen, und die Tränen können nicht in normaler Weise abfliessen. Die Dacrocystitis ist erst sekundär die Folge der Zersetzung des Inhalts durch die aus dem Bindehautsack hereingeschwemmten Bakterien.

Bei der Behandlung kommt es darauf an, die Atresie des Tränensackes zu beseitigen. Zuerst versuche man einige Wochen die Massage des Tränensackes. Führt diese Behandlung nicht in gewünschter Weise zum Ziel, so muss man zur Sonde greifen. Die Sondierung ist insofern eine besondere, als sie speziell das untere Ende des Tränenschlauches wegsam machen soll. Dazu ist es nötig, dass die Sonde, die sich nach Schlitzung des Tränenröhrchens mühelos einführen lässt, mehrere Male leicht um ihre Achse hin- und hergedreht und dann noch etwas vorge-schoben wird.

Schnell (Egeln).

Gesundheitspflege.

Die Wichtigkeit der Untersuchung des Gehörapparates bei den Kindern der Normalschulen. Von Eugenin Felix.

Es ist wichtig die Hörfähigkeit der Kinder bei Beginn des Elementarunterrichtes zu untersuchen, um festzustellen, ob dieselben imstande sind, dem Unterricht mit Vorteil zu folgen. F. hat 1038 Kinder der Elementarschulen Bukarests daraufhin untersucht und gefunden, dass bei 327 (31,50 Prozent) die Hörfähigkeit mehr oder weniger geschwächt war. Unter den Ursachen, welche Störungen des Gehörs bei Kindern bewirken, sind in erster Reihe adenoide Vegetationen zu nennen und zwar Hypertrophien der Luschkaschen Tonsille. So boten z. B. 342 Schüler (177 Knaben und 165 Mädchen) adenoide Vegetationen des nasalen Pharynx dar, welche direkt durch digitale Untersuchungen festgestellt wurden.

Ausserdem wurde untersucht, ob ein Verhältnis zwischen der Klassifikation des Schülers und dem Grade der Gehörstörung bestehe, wobei gefunden wurde, dass der Prozentsatz der an Gehörraffektionen leidenden guten und ausgezeichneten Schüler ein erheblich geringerer war, als derjenige der mittleren und schlechten.

F. ist der Ansicht, dass die Lehrer über diese Krankheitsformen genügend aufgeklärt werden sollen, um den betreffenden Patienten beizeiten entsprechende Ratschläge zu geben, beziehungsweise dieselben an einen Arzt zu weisen.

(Presă medicală română. 15. Februar 1903.)

E. Toff (Braila).

Über Lungen- und Herzuntersuchungen an Wiener Schulkindern. Von Zappert. (Wiener klinische Wochenschrift 1903.)

Zappert veröffentlicht seine Untersuchungen an Wiener Schulkindern im Jahre 1900, 1901 und 1902, die 1399 Knaben u. 1041 Mädchen umfassen. Es zeigte sich, dass im ersten Biennium des Schulbesuches die Erkrankungen des Respirationstraktes eine grosse Höhe besitzen (12,7% der untersuchten Knaben, 13,2% der untersuchten Mädchen), im zweiten etwas abnehmen, im dritten ihr Minimum erreichen, und in den letzten zwei Jahren wieder ansteigen. Es reagieren also auf die Schädlichkeiten, welche der erste Schulbesuch mit sich bringt, die kindlichen Atmungsorgane in auffälliger Weise. Meist handelt es sich hier wohl um leichte Erkrankungen der Bronchien und Lungen, während der Anfang der Lungenaffektionen im vierten Biennium des Schulbesuches zu nicht geringem Teile der beginnenden Tuberkulose zuzurechnen ist. Das Überwiegen der Mädchen im ersten Biennium hängt vielleicht mit dem Handarbeitsunterrichte und den dadurch geschaffenen speziellen Verhältnissen zusammen. Hinsichtlich der Erkrankungen des Herzens zeigte sich erstens Zunahme der Herzkrankheiten in den Untersuchungsjahren (im Jahre 1900: 1, 34% Knaben, 2, 31% Mädchen, im Jahre 1903: 2, 14% Knaben, 4, 67% Mädchen), zweitens das Überwiegen derselben bei den Mädchen. Auffallend ist die grössere Beteiligung der Mädchen, welche nicht nur ein grösseres Kontingent von Herzkrankheiten aufweisen, sondern auch eine viel grössere Belastung

der ältesten Schulkinder erkennen lassen. Wenn auch die Tabellen infolge der Kleinheit des Materials und sonstiger Verhältnisse gewisse Fehlerquellen enthalten, so geht aus denselben doch die dringendste Notwendigkeit der Anlegung grösserer schulhygienischer Tabellen hervor.
Goldbaum. (Wien.)

Rezensionen.

Kurzgefasste praktische Hydrotherapie. Von Dr. Karl Pick. Berlin, J. J. Heine, 1902. Preis 6 Mark.

Verfasser hat sich in dem vorliegenden Werke die Hauptaufgaben gestellt, die Applikationsweisen, Indikationen, Dosierung hydriatischer Prozeduren, und die Wasserkur im Hause des Patienten mit den einfachsten Behelfen dem praktischen Arzte einerseits klar vor Augen zu führen, andererseits aber auch so ausführlich zu schildern, dass derjenige, der sich der Leitung einer Anstalt widmen will, aus dem Buche Rat erholen kann. Verfasser hat diese Aufgaben sowohl in inhaltlicher als auch stilistischer Beziehung glänzend gelöst.
S.

Die Zellgewebsverhärtungen der Neugeborenen (Sclerema oedematosum, adiposum und Sklerodermie). Eine monographische Studie von Dr. Friedrich Luithlen. Wien, Alfred Hölder, 1902. Preis 3,20 Mk.

Unter dem Ausdruck „Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen“ werden eine Reihe von Affektionen zusammengefasst — Sklerödem, Fettsklerem, Sklerodermie etc., — die sicher nicht unter einen Begriff summiert werden können. Verfasser hat sich der mühsamen, mit gewissenhafter Benutzung der weithin zerstreuten Literatur und eigener klinischer und histologischer Untersuchungen durchgeführten Aufgabe unterzogen, die verschiedenen Krankheitsbilder der Zellgewebsverhärtung genau festzustellen, die Frage zu lösen, warum die Affektion nur in der ersten Lebenszeit vorkomme, ferner zu entscheiden, ob das Sklerödem eine Affektion sui generis oder ein gewöhnliches Oedem sei, ob das Sclerema adiposum nur symptomatische Bedeutung besitze oder eine selbständige Erkrankung sei und schliesslich eine genaue Histologie der Affektionen zu schaffen. Zu Berichterstattung eignet sich die Monographie nicht, sie verdient das eingehendste Studium jedes sich für die Kinderheilkunde interessierenden Arztes.
S.

Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten. Von Dr. F. Schilling. Mit 8 Abbildungen. Leipzig, A. Hartung und Sohn, 1903. Preis brosch. 5,40 geb. 6,40.

Es war keine leichte Aufgabe, eine Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten auf wissenschaftlicher Grundlage aufzubauen; die Lehre vom Stoffwechsel zeigt noch zu viele Lücken, zu viele Widersprüche, um bereits allgemein gültige Grundsätze hinsichtlich therapeutischer Massnahmen

zuzulassen. Selbst die primitivsten Anschauungen, die Auffassung des Wesens der einzelnen Stoffwechselerkrankungen, differieren bei den einzelnen Autoren in so krasser Weise, dass es zur Zeit noch fast unmöglich schien, das ganze Gebiet auf gedrängtem Platze in erschöpfende Form zu bringen. Indess wir finden in dem inhaltreichen Werke von Schilling eine geradezu souveräne Beherrschung der immensen Literatur, vereint mit einem Schatze eigener praktischer Erfahrung. In einem Kapitel, die Grundzüge des Stoffwechsels betitelt, werden in klaren Zügen die Vorgänge des normalen Stoffwechsels auseinandergesetzt, geordnet nach Präparaten und Verdauung der Nahrungsmittel, Resorption, Assimilation, Dissimilation und Kalorienbedarf, des weiteren wird ein kurzer, aber die Hauptsache berücksichtigender Abriss der wichtigsten pathologischen Stoffwechselforgänge gegeben.

Die Hygiene und Diätetik wird in allgemeiner und spezieller Weise behandelt, wobei neben den allgemein als Stoffwechsellkrankheiten anerkannten Erkrankungen auch Phosphaturie, Oxalurie, Morbus Basedowii, Myxödem, Blutkrankheiten u. a. selbst die Autointoxikation einer eingehenden Behandlung gewürdigt werden.

Überall tritt das Bestreben hervor, Diätetik und Hygiene auf wissenschaftlicher Grundlage aufzubauen, wo aber der wissenschaftliche Boden zu wankend und unsicher wird, wo die Theorie sich ins Unendliche verliert, da tritt die praktische Erfahrung in ihr Recht.

Das Buch dürfte vor allem dem Praktiker ein willkommenes Nachschlagewerk bedeuten, denn was die Stoffwechsellpathologie hinsichtlich der Hygiene und Diätetik Brauchbares gezeitigt hat, fand hier gebührende Erwähnung. Besonders angebracht scheinen mir die zahlreichen, ausführlichen Speisezettel zu sein, auch die Tabellen über die Zusammensetzung der Nahrungsmittel werden manchem Kollegen erwünscht sein. Die Literaturangaben sind leider vielfach zu ungenau, um eine rasche Orientierung in den Quellen zu gestatten.

Dem Buche darf eine Verbreitung in weitestesten Ärztekreisen vorausgesagt werden.

Hugo Starck (Heidelberg).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Die Chorea. Von H. Williams.

Jedes an Chorea erkrankte Kind soll isoliert und im Bett gehalten werden. Sodann soll der Kranke dauernd in einem Dämmerzustande erhalten werden, was man sehr gut durch Trional erreichen kann, welches auch zu gleicher Zeit auf das Herz beruhigend einwirkt. Daneben sucht W. durch warme Bäder und warme Einpackungen Schlaf zu erzeugen. Sind die akuten Symptome beseitigt, so soll das Kind noch lange ruhig gehalten werden und namentlich von der Schule wegbleiben, ebenso alle Spiele meiden. Als Diät empfiehlt er reine Pflanzenkost und Milch. In der Rekonvaleszenz ist Aufenthalt an der See am Platze, Gebirgsaufenthalte hingegen kontraindiziert. Vom vielgerühmten Arsenik hat er keinerlei

Nutzen gesehen, wird es in grossen Dosen verabreicht, so kann leicht periphere Neuritis entstehen (Arsenik ist, mit der nötigen Vorsicht verabreicht, eines der wirksamsten Mittel bei der Chorea. Red.) (Journ. of Baln. and Climat. 1902.) S.

Aphthöses Fieber. Von Houssay.

Fieberhafte Aphthen kommen bei Kindern häufig vor und weist H. darauf hin, dass dieselben ansteckend und wahrscheinlich von an aphthösem Fieber leidenden Tieren übertragen werden. Man soll also in Fällen von Epizootien die nötigen prophylaktischen Massnahmen ergreifen. Auch wäre durch successive Einimpfungen bei Tieren die Gewinnung eines Immunisierungsserums anzustreben.

(Arch. de méd. des enf. 1903.)

E. Toff (Braila).

Die Nasendiphtherie. Von R. Glatard.

Die zahlreichen Untersuchungen, welche G. mit Bezug auf diese Erkrankungsform angestellt hat, haben erwiesen, dass dieselbe sehr häufig vorkommt und oft verkannt wird. Die reinen Diphtherieformen geben eine gute Prognose, während die Streptokokken-Diphtherie als bösartig anzusehen ist.

Die nasale Lokalisation des Löfflerschen Bazillus kann allein für sich vorkommen, oder als Folge, respektive Anfang einer diphtheritischen Angina. Mitunter ist eine Tendenz zu chronischem Verlaufe bemerkbar und es entwickelt sich eine sogenannte Rhinitis fibrinosa, welche aber wegen ihrer Ansteckungsfähigkeit von besonderer Wichtigkeit ist.

Bezüglich der Behandlung ist die Anwendung des Diphtherie-Serums in erster Reihe zu nennen, doch darf die lokale antiseptische und allgemeine tonisierende Behandlung nicht vernachlässigt werden.

(Inaugural-Dissertation, Paris 1902.)

E. Toff (Braila).

Sind Varizellen eine ausschliessliche Kinderkrankheit? Von Genser.

Die Varizellen machen keineswegs an der Altersgrenze von 14 Jahren halt, sondern können ebenso wie die Masern auch im höheren Alter vorkommen. Die meisten Menschen sind ebenso wie für das Masern- auch für das Varizellengift empfänglich, daher beide Krankheiten meist im jugendlichen Alter überstanden werden; man kann aber keine von ihnen als ausschliessliche Kinderkrankheit bezeichnen. Da bei Varizellen ein nochmaliges Erkranken jedenfalls seltener ist als bei Masern, so werden ältere, dem Kindesalter entwachsene Personen weniger häufig an Varizellen, als an Masern erkranken, unzweifelhaft kommen aber Erkrankungen an Varizellen selbst bis zum 60. Lebensjahre vor. — (Wiener med. Wochenschrift Nr. 3 1903.)

Goldbaum (Wien).

Über den angeborenen Kropf. Von Hewetson.

Der angeborene Kropf ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Es lassen sich hier 3 Hauptformen unterscheiden und zwar 1. Adenomatöse Struma, abgekapselte Tumoren in der Schilddrüse, welche Cysten im Knorpelgewebe enthalten. 2. Parenchymatöse Struma, deren Bild vollständig der gleichen Form bei Erwachsenen entspricht. 3. Vaskuläre Struma, häufigste Form, wo die Schilddrüsenzellen ihren foetalen Charakter bewahren und die Kolloidsubstanz fehlt. Zur Cystenbildung kommt es

Die Rückgratsverkrümmungen entstehen nur im jugendlichen Alter, und zwar vorwiegend in zwei Altersperioden. Einmal bei kleinen Kindern im ersten bis dritten Lebensjahre; sie stehen immer im Zusammenhange mit einer Weichheit der Knochen infolge von englischer Krankheit. Die unzweckmässige Belastung der Wirbelsäule kommt meist dadurch zu stande, dass die Kinder vorzeitig und durch viele Stunden am Tage auf dem Arme (meist auf dem linken) getragen werden. Die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen in diesem Alter fällt mit jener der englischen Krankheit zusammen und ist Sache des behandelnden Arztes. Hier sei nur erwähnt, dass bei rechtzeitiger Behandlung diese Verkrümmung sich in den späteren Jahren in der Regel vollkommen ausgleicht. Hat sie sich jedoch zu einem höheren Grade entwickelt und wird das Allgemeinleiden, d. h. die englische Krankheit, nicht rechtzeitig und energisch behandelt, so bleibt leicht ein Rest davon zurück, der in den späteren Jahren den Ausgangspunkt einer schweren und dauernden Verunstaltung der Wirbelsäule und des Brustkorbes abgeben kann.

Die zweite Altersperiode, in der sich die Verkrümmung entwickelt — und diese interessiert uns hier besonders —, ist die Zeit zwischen dem sechsten und fünfzehnten Lebensjahre, also ungefähr die Zeit, in welcher die Kinder schulpflichtig sind. Der Anfang der Verkrümmung ist in der Regel ein ganz allmählicher und unscheinbarer; mitunter aber entwickelt sie sich im Anschluss an überstandene, schwächende Krankheiten relativ rasch, so dass im Verlaufe von wenigen Monaten eine bis dahin vollkommen gerade Wirbelsäule schon eine merkliche Verbiegung zeigt. Man hüte sich darum, halbwüchsige Mädchen nach derartigen Krankheiten vorzeitig anzustrengen. Ist die Verkrümmung einmal deutlich vorhanden, so kann sie sich in den nächsten Jahren, solange der Körper im Wachstume begriffen ist, immer weiter steigern. Ob im einzelnen Falle die anfänglich geringfügige Verkrümmung bestehen bleibt oder ob sie sich mit der Zeit bis zu den höchsten Graden entwickelt, lässt sich nie voraussehen; deshalb ist es dringend geboten, selbst bei den ersten unscheinbaren Anfängen so energisch vorzugehen, als ob man die schwersten Folgen zu gewärtigen hätte.

Je nachdem die Verkrümmung mehr oder weniger vorgeschritten ist, können wir verschiedene Grade unterscheiden. Man kann zweckmässig folgende Grade unterscheiden:

Ein Vorstadium, in welchem das knöcherne Gerüst der Wirbelsäule und des Brustkorbes noch ganz gerade ist, aber eine gewohnheitsmässige schiefe Haltung nach einer bestimmten Richtung besteht.

Aus diesem entwickelt sich dann der erste Grad, bei welchem die Verkrümmung zwar noch geringfügig, aber doch schon in einer, wenn auch mässigen Verbildung der Wirbelknochen und -Gelenke ihren Grund hat. Durch passende Manöver, z. B. durch starke Streckung der Wirbelsäule oder durch redressierende Übungen*) kann die Verbiegung der Wirbelsäule ohne Schwierigkeit vorübergehend ausgeglichen werden.

Als zweiten Grad bezeichnen wir die vorgeschritteneren Stadien, bei welchen es durch die einfachen redressierenden Manöver nicht mehr gelingt, die Verkrümmung auszugleichen.

*) In dem Buche sind viele derartige Übungen beschrieben und durch Abbildungen verdeutlicht.

Als dritten Grad endlich die noch weiter vorgeschrittenen und höchsten Grade der Verkrümmung, die gleichzeitig auch schwere Verbildungen des ganzen Brustkorbes zeigen.

Ausser durch den Grad ihrer Entwicklung kann die Skoliose noch ihrer Form nach verschieden sein, je nachdem die Wirbelsäule nach rechts oder links, in ihrer ganzen Ausdehnung oder nur in einzelnen Abschnitten nach einer Richtung verkrümmt ist; auch kommen sehr häufig Kombinationen in der Art vor, dass der eine Teil der Wirbelsäule nach rechts, der darunter oder darüber liegende nach der linken Seite verkrümmt ist. Daraus ergibt sich eine grosse Mannigfaltigkeit in Bezug auf die Formen der Skoliose. Wir sprechen von einer *Totalskoliose*, wenn die ganze Wirbelsäule verkrümmt ist, wie sie sich namentlich bei jüngeren Kindern und in den Anfangsstadien der Verkrümmung zeigt. Liegt die Verkrümmung nach rechts, so bezeichnen wir die Skoliose als rechtskonvex, im umgekehrten Falle als linkskonvex. Eine der häufigsten Formen der Skoliose ist die rechtskonvexe Dorsalskoliose (Verkrümmung der Brustwirbelsäule) und die Kombination der rechtskonvexen Dorsal- mit der linkskonvexen Lumbal-(Lenden-) Skoliose. Diese zwei letztgenannten Arten überwiegen so sehr, dass diese Formen der Skoliose den später zu beschreibenden Übungen fast regelmässig als Beispielfälle zu grunde gelegt sind. Die grosse Häufigkeit, mit welcher die Brustwirbelsäule nach der rechten Seite verbogen ist, spricht deutlich dafür, dass es die ungleichmässige Inanspruchnahme des rechten Armes gegenüber dem linken bei den meisten Beschäftigungen ist, durch welche die Wirbelsäule dauernd ungleichmässig belastet wird. Auch die Halswirbelsäule kann infolge gewohnheitsmässiger Schiefhaltung des Kopfes eine Verbiegung erfahren, und zwar in der Regel nach der linken Seite. So entstehen noch neue Formen der Rückgratsverkrümmungen, z. B. die Dorsocervikalskoliose (Halsbrustskoliose) und die dreifache (Tripel-)Skoliose, bei welcher die Brustwirbelsäule meist nach rechts, die Hals- und Lendenwirbelsäule nach links verbogen sind.

Bei den höheren Graden der Skoliose erfährt auch der Brustkorb eine auffällige Verbildung, indem sich die hintere Hälfte der Rippen an der Konvexität der Wirbelsäule nach hinten drängt und gleichzeitig einen scharfen Bogen bildet, während sie auf der entgegengesetzten Seite ganz abgeflacht ist. Beides ist die Folge einer Drehung der verschobenen Wirbel um ihre Längsachse (sogenannte Torsion der Wirbelsäule); die sich an die Wirbel ansetzenden Rippen müssen dieser Drehung folgen und können es nur tun, indem sie sich auf der einen Seite, wie erwähnt, im scharfen Bogen umbiegen, auf der anderen dagegen abflachen. Die Folge davon ist eine je nach dem Grade der Skoliose mehr oder weniger ausgesprochene Verbildung des ganzen Brustkorbes, die sich nicht nur von hinten als einseitiger Buckel bemerkbar macht, sondern auch vorn eine Verbildung im entgegengesetzten Sinne zeigt und zugleich die ganze obere Körperhälfte nach der einen Seite verschiebt. Noch mehr wird die Verbildung dadurch gesteigert, dass infolge der Verbiegung der Wirbelsäule der ganze Brustkorb in sich selbst verkürzt erscheint und der unteren Körperhälfte, d. i. dem Becken genähert ist. Dies kann bei hochgradiger Verkrümmung soweit gehen, dass der Rippenbogen direkt dem Hüftbeine anliegt, also die eigentliche Taille ganz verschwindet. Es ist leicht begreiflich, dass

durch diese Raumbegung alle inneren Organe, nicht nur Lunge und Herz, sondern auch die Unterleibsorgane, schwer leiden; deshalb sind Personen mit hochgradiger Skoliose wenig leistungs- und widerstandsfähig und werden, abgesehen von ihrer Verunstaltung, durch die mannigfachsten Beschwerden gequält; sie erreichen auch selten ein hohes Alter.

So leicht eine vorgeschrittene Rückgratsverkrümmung auch für den Laien kenntlich ist, so schwer kann es werden, die ersten Anfänge zu bemerken und richtig zu beurteilen. Nicht immer ist an der Wirbelsäule selbst eine so auffallende Abweichung zu bemerken, dass sie auch dem Laien kenntlich wäre. Um so deutlicher machen sich dagegen gewisse Folgeerscheinungen bemerkbar. Diese betreffen einmal die Stellung der Schultern und Schulterblätter, das andere Mal die Form der beiden Hüften. Schon bei einem geringen Grade der Skoliose steht das eine Schulterblatt tiefer als das andere; ferner treten die Schulterblätter ungleich hervor, indem das eine flügel förmig vom Brustkorb absteht, das andere dagegen nur mit seinem untersten Winkel hervortritt. Auch die Hüften erscheinen ungleich. Die eine springt stärker vor und erscheint deshalb höher („hohe Hüfte“), die andere erscheint abgeflacht und scheint deshalb tiefer zu stehen. In Wirklichkeit stehen aber beide Hüftbeine gleich hoch. Ein weiteres Erkennungsmerkmal beginnender Skoliose ist die Form des sogenannten Lendendreieckes, d. h. des Zwischenraumes, der zwischen der Taille und dem herabhängenden Oberarm, von hinten oder vorn her gesehen, gebildet wird. Das rechte Lendendreieck erscheint verlängert und verbreitert, das linke dagegen zu einem schmalen, kurzen Schlitz verjüngt.

Glücklicherweise entgehen die geschilderten Folgeerscheinungen nur selten dem wachsamem Auge der Mütter, und sie sind es häufig zuerst, die auf die beginnende Verkrümmung aufmerksam machen. Der zu Rate gezogene Arzt wird bei eingehender Untersuchung sofort den Zusammenhang dieser scheinbar unbedeutenden Abweichungen mit der Verkrümmung der Wirbelsäule erkennen.

In welcher Weise können wir der Entstehung den besprochenen Verkrümmungen vorbeugen, wie können wir die schon vorhandene Skoliose in ihrer Weiterentwicklung aufhalten? Die dazu geeigneten Mittel sind nicht ganz einfach und erfordern von seiten der Eltern und Erzieher jedenfalls eine gewisse Energie und Ausdauer. Leider bestehen in Bezug auf die Wahl der Mittel selbst in gebildeten Kreisen vielfach noch die verkehrtesten Anschauungen. Wir haben es schon an einer früheren Stelle getadelt, dass den heranwachsenden Mädchen, sobald an ihnen eine schlechte Haltung zu bemerken ist, ein Mieder angelegt wird; noch verhängnisvoller kann es werden, wenn die Eltern, wie es leider noch immer geschieht, ohne den Arzt zu fragen, zum Bandagisten gehen und von diesem einen „Geradehalter“ anfertigen lassen. Dabei überlassen sie es ganz dem Bandagisten, zu beurteilen, ob und welche Art von Geradehalter am Platz ist, gerade so, als wenn es sich um eine Bestellung beim Schuhmacher oder Schneider handeln würde. Die meisten auf diese Weise angelegten Geradehalter schädigen das heranwachsende Mädchen noch mehr als das gewöhnliche Mieder, da sie den Rumpf samt dem Brustkorb noch fester einspannen. Wenn ein Geradehalter überhaupt am Platze ist,

so darf er nur mit grösster Vorsicht und unter genauer Berücksichtigung der vorliegenden Form der Skoliose angefertigt werden; dieses kann aber nur durch Vermittlung und unter Aufsicht eines Arztes und Fachorthopäden geschehen.

Die Massnahmen, die gegen eine beginnende oder schon entwickelte Skoliose ergriffen werden sollen, sind allerdings nicht so einfach wie das Tragen eines Geradehalters. Aus diesem Grunde würden sich die meisten Eltern viel leichter zur Anschaffung des letzteren verstehen, als zur Durchführung der vom Arzte geforderten hygienischen Massnahmen. Um so energischer müssen wir aber auf die Durchführung derselben dringen.

In erster Linie müssen alle schädlichen Einflüsse, nach Möglichkeit beseitigt werden, und zwar um so gründlicher, je grösser die Gefahr für das Fortschreiten der Skoliose ist. Man wird den Schulunterricht auf das unbedingt notwendige Mass beschränken, die Kinder dabei nach Möglichkeit von jenen Beschäftigungen zu befreien suchen, die ohne völlige Unterbrechung des Unterrichtes entbehrt werden können. So wird man die Mädchen vom Unterrichte in Handarbeiten, vom Zeichnen dispensieren, man wird die Hausarbeiten auf das notwendigste Mass beschränken. Man wird dafür sorgen, dass sie sich zu Hause häufig und ausgiebig ausruhen können. Besonders wird dieses Ausruhen durch einen langen und ungestörten Schlaf erreicht. In dieser Beziehung werden namentlich halbwüchsige Mädchen oft schwer geschädigt. Sie müssen meist im Sommer um 6 Uhr, im Winter um 7 Uhr morgens aufstehen und werden häufig noch schlaftrunken in die Schule getrieben. Wenn sie frühzeitig genug zu Bett gehen und auch wirklich einschlafen, so ist gegen das Frühaufstehen gewiss nichts einzuwenden, aber nicht in allen Haushaltungen, namentlich in den kleineren, ist das leicht durchführbar. Ein heranwachsendes Mädchen braucht gerade in der Entwicklungszeit langen Schlaf; 9 bis 10 Stunden sind durchaus nicht zu viel*). Sind die Mädchen nicht genügend ausgeschlafen, so bleiben sie den ganzen Tag müde und matt und unterliegen den auf sie einwirkenden Schädlichkeiten der Schule um so mehr.

Besonderes Augenmerk ist auf die Schulbänke zu richten. Wo nicht in der Schule moderne Schulbänke vorhanden sind, sollte wenigstens zu den häuslichen Arbeiten eine solche gebraucht werden.

In zweiter Linie wird man die Schädlichkeiten, die das heutige Unterrichtssystem den heranwachsenden Mädchen zufügt, nach Möglichkeit wieder gut zu machen suchen, indem man ihnen ausgiebige Gelegenheit zur Bewegung und zum Gebrauch aller ihrer Muskeln bietet. Dass das einfache Spazierengehen keinen Ersatz dafür gibt, wurde schon früher besprochen. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Gelegenheit zur Bewegung nicht dem durch das Lernen schon ermüdeten Kinde gewissermassen noch aufgezwungen werden darf. Auch geistige Arbeit macht müde, und zwar nicht allein geistig, sondern auch körperlich müde. Nur wer noch geistig frisch, oder wenigstens erholt ist, hat Freude an der körperlichen Bewegung. Es ist daher unzweckmässig, die Kinder nach zwei- bis dreistündigem Schulunterricht turnen zu lassen. Ungleich wert-

*) Die „alte goldene Regel“ vom 7stündigen Schlaf haben die schon gereiften alten Menschen aufgestellt, da sie selbst dabei ihr Schlafbedürfnis vollkommen erfüllt sehen; für die heranwachsende Jugend ist diese Regel ganz falsch.

voller ist das Turnen, sowie alle Arten von Bewegungen, wenn sie nach einer längeren Pause, also am besten in den Nachmittagsstunden, dem wieder frischen Kinde geboten werden, wie es in manchen Schulen heute auch gebräuchlich ist.

In Bezug auf die Art der Bewegung müssen wir den Kindern die grösste Mannigfaltigkeit gewähren. In jüngeren Jahren, bis etwa zum zehnten Jahre, lässt man die Kinder am besten sich selbständig herumtummeln. Sie vergnügen sich so in der Regel besser, als wenn man ihnen besondere Anleitungen gibt; allerdings müssen sie dabei ungefähr gleichalterige Gespielen haben. Je älter die Kinder werden, desto mehr System muss in die Bewegungsarten kommen, damit die Kinder auch eine gewisse geistige Anregung dabei empfangen. Die verschiedensten Arten von Bewegungsspielen, wie sie in der Turnschule gelehrt werden, sind hier am Platze. Selbstverständlich werden alle diese Bewegungen womöglich im Freien vorzunehmen sein. Ausserdem kann jede Art von Sport, zu dem das Kind geeignet ist, gepflegt werden. Im Sommer Tennisspiel, Ballspiel, Reifenspiel und anderes mehr.*) Eine ausgezeichnete Bewegung, welche eine grosse Zahl von Muskeln ausbildet, namentlich aber die Rückenmuskeln kräftigt, ist das Rudern. Sehr zu empfehlen ist ferner das Schwimmen. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass schwächliche, namentlich bleichsüchtige Mädchen nicht in zu kaltem Wasser schwimmen (nicht unter 17° R.), und dass sie nicht allzulange im Wasser verweilen (10—15 Minuten). Auch das Reiten ist für die meisten Mädchen eine vorzügliche Bewegung. Wo die Wirbelsäule noch keine ausgesprochene Neigung zur seitlichen Verbiegung hat, wird man das Reiten ohne weiteres gestatten und empfehlen, besonders wenn der Reitunterricht mit Voltigierübungen zu Pferde verbunden wird. Besteht dagegen schon eine deutliche Verbiegung der Wirbelsäule, so wird man erst genau prüfen müssen, ob der Sitz zu Pferde nach Damenart auf die Verbiegung der Wirbelsäule korrigierend oder schädigend einwirkt. Im Winter lässt man die Kinder Schlittschuh laufen und, wo es möglich ist, sich mit dem Handschlitten vergnügen. Ist das Wetter dazu ungeeignet oder sonst keine Gelegenheit dazu vorhanden, so können passende Spiele im Zimmer getrieben werden, so z. B. das Federballspiel, bei dem auch in vorzüglicher Weise die Rückenmuskeln gebraucht werden.

Ferner wird man dafür sorgen, dass die Schulferien sowohl im Sommer, als auch im Winter in ausgiebiger Weise dazu verwendet werden, den Körper im Freien zu bewegen. Grössere und kleinere Ausflüge in die Berge wirken erfrischend auf Geist und Körper und können manches gut machen, was in der Schulzeit versäumt worden ist.

All das bisher Gesagte betrifft gewissermassen das normale Regime des heranwachsenden Mädchens und Jünglings. Ist einmal eine wirkliche Neigung zur Skoliose oder schon ein leichter Grad derselben vorhanden, dann reicht das allein nicht mehr hin. Es müssen noch besondere Massnahmen getroffen werden, welche die verbogene Wirbelsäule wieder aufrichten, die geschwächten und verkümmerten Rückenmuskeln zur Tätigkeit

*) Das vielfach so beliebte Croquettspiel ist für die Mädchen in der Regel wenig geeignet, da sie dabei zu ruhig stehen und meist in gebückter, oder wenigstens vorgeneigter Haltung die Kugeln schlagen.

anspornen und kräftigen, so dass sie mit der Zeit wieder die Fähigkeit gewinnen, die Wirbelsäule gerade zu halten. Diesem Zwecke dient das orthopädische Turnen in dreifacher Beziehung.

Erstens soll die versteifte, in ihrer schiefen Haltung fixierte Wirbelsäule wieder in normaler Weise beweglich gemacht werden (Mobilisierung der Wirbelsäule);

zweitens sollen die Rückenmuskeln, besonders aber diejenigen, welche die Verkrümmung der Wirbelsäule auszugleichen vermögen, gestärkt und zu vermehrter Tätigkeit angeregt werden und

drittens soll durch besondere Bewegungen und Stellungen des Rumpfes ein korrigierender, redressierender Einfluss auf die verbogene Wirbelsäule ausgeübt werden. (Redressement.)

Wir haben schon früher davon gesprochen, dass bei der Skoliose ersten Grades durch bestimmte Stellungen des Rumpfes von selbst die Verkrümmung ausgeglichen werden kann. Aber auch bei weiter fortgeschrittenen Graden wird die Stellung zunächst wenigstens verbessert; im Laufe der Zeit und in dem Masse, als die Wirbelsäule beweglicher und die Muskeln kräftiger werden, kann es auch hier gelingen, das Redressement bis zu einer vollständigen Beseitigung der Verkrümmung zu treiben. Wir sprechen von einem passiven Redressement, wenn ohne Zutun des Kindes, also ohne Muskelkraft, nur durch die Stellung allein der Verkrümmung entgegengewirkt wird, wie z. B. durch das einfache Aufhängen am Kopfe oder an den Armen. Ein aktives Redressement findet dann statt, wenn durch die Muskeltätigkeit des Kindes die Stellung der Wirbelsäule im gleichen Sinne beeinflusst wird. Die meisten der später (in dem Buche) beschriebenen Übungen wirken entweder passiv oder aktiv redressierend, oder beides gleichzeitig.

Wir unterscheiden die Übungen ferner in symmetrische und asymmetrische, je nachdem die Bewegung der Wirbelsäule und die Tätigkeit der Muskeln auf beiden Seiten gleichmässig geübt werden oder einseitig. Dort, wo es sich nur um die Vorbeugung der Skoliose oder um die leichtesten Grade derselben handelt, werden meist symmetrische Übungen allein angewendet. Die asymmetrischen Übungen setzen die Wirbelsäule und ihre Muskeln vorwiegend nach einer Richtung in Tätigkeit und zwar nach jener, nach welcher hin die Wirbelsäule korrigiert werden soll. Sie werden neben den symmetrischen Übungen bei den vorgeschrittenen Graden der Skoliose angewendet.

Bei den beginnenden leichteren Graden der Skoliose wird das orthopädische Turnen in Verbindung mit einem zweckmässigen Regime in der früher besprochenen Weise allein ausreichen, das weitere Fortschreiten aufzuhalten und die bestehende Verkrümmung auszugleichen. In schwereren Fällen wird diese Behandlung allerdings durch einen Geradehalter unterstützt werden müssen, der nach verschiedenen Prinzipien konstruiert sein kann. Bei krummem Rücken bewährt sich der Teufelsche Geradehalter. Derselbe fixiert den Rumpf nicht vollständig und gewährt somit die Möglichkeit, die Wirbelsäule zu bewegen. Bei noch schwereren Graden der Verkrümmung reichen auch diese Mittel nicht aus. Es gehört zu den schwersten Aufgaben der Orthopädie, auch noch weiter vorgeschrittene Fälle von Skoliose wenigstens zu bessern. Eine vollständige Heilung, namentlich bei schon fast erwachsenen Mädchen, ist hier kaum zu erhoffen,

Es ist nicht unsere Aufgabe, auch auf diese schweren Fälle einzugehen; die Behandlung kann nur vom Fachorthopäden geleitet werden, der die kräftigen mechanischen Mittel, wie redressierende Apparate und Verbände, mit grosser Sorgfalt und Vorsicht anwenden muss. Im vortrefflichen Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie von Professor Hoffa*) findet der Arzt ausführlich dargestellt, was die Orthopädie auch hier noch zu leisten vermag. Wir möchten an dieser Stelle nur vor der markt-schreierischen Reklame warnen, die von wenig berufenen sogenannten Orthopäden in den Zeitungen, auf Bahnhöfen und anderen öffentlichen Orten dem Publikum vorgeführt wird und vollständige Heilung in allen, selbst der schwersten Fällen verspricht. Abgesehen von dem Verluste an Zeit und Geld, werden die armen Kinder häufig unnützerweise gequält, um schliesslich den Eltern ohne jeden Erfolg, oder nur mit einem Scheinerfolge, zurückgegeben zu werden.

Noch eines Unterstützungsmittels bei der Behandlung der Skoliose sei hier kurz Erwähnung getan, nämlich der Hochstellung der einen Beckenhälfte, wodurch die Verkrümmung in der Lendenwirbelsäule ausgeglichen oder wesentlich verbessert werden kann. Diese Schiefstellung des Beckens wird erreicht durch eine entsprechende Erhöhung der Schuhsohle oder durch eine Korkeinlage in dieselbe.***) Beim Sitzen wird die Beckenhälfte dadurch schiefgestellt, dass der Sitz auf der entsprechenden Seite erhöht, beziehungsweise schiefgestellt wird, oder dass man das Kind in der Hose unter der entsprechenden Gesässhälfte ein kleines Kissen tragen lässt.

Noch einige Worte über die praktische Verwendung der orthopädischen Übungen. Selbstverständlich werden sie nur auf Anordnung und unter Kontrolle des behandelnden Arztes gebraucht werden können. Auch die erste Einübung des Kindes wird nur durch einen auf diesem Gebiete erfahrenen Arzt, oder eine speziell ausgebildete Turnlehrerin erfolgen können. Die spätere Durchführung, welche nicht nur Monate, sondern oft Jahre in Anspruch nimmt, wird man dagegen — selbstverständlich unter dauernder ärztlicher Kontrolle — der Mutter oder einer gebildeten Erzieherin wohl überlassen können. Vorkenntnisse im gewöhnlichen Schulturnen werden dabei von Vorteil sein. In den meisten grösseren Städten Deutschlands, vielfach auch im Auslande, befinden sich zur Zeit eigene, unter ärztlicher Leitung stehende orthopädische Turninstitute, wie eines auch von der Mitverfasserin in Breslau unter meiner Aufsicht geführt wird. Wo die Gelegenheit dazu vorhanden ist, ist es für alle Teile das Bequemste und Leichteste, das Kind in einer derartigen Anstalt turnen zu lassen; wohnen die Eltern jedoch auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt, so ist dies mit Schwierigkeiten und Opfern verbunden. Hier wird man sich damit begnügen, dass sich das Kind durch vier bis sechs Wochen in der Anstalt auf die betreffenden Übungen einübt, dass die Erzieherin dieselben mit erlernt und auf Grund dessen die Übungen zu Hause fortsetzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Übungen den meisten Kindern einförmig und langweilig werden, wenn sie sie allein ausführen. Turnen

*) 4. Auflage. Stuttgart bei Ferdinand Enke.

**) Die Korkeinlage ist auch am Platze, wenn das betreffende Bein nicht verkürzt ist; eine ungleiche Länge der Beine ist übrigens höchst selten die Ursache einer Skoliose der Lendenwirbelsäule.

mehrere Kinder zusammen, so eifern sie sich gegenseitig an. Sie füllen auch die notwendigen Pausen besser aus, als wenn sie allein sind. Soll deshalb das orthopädische Turnen im Hause fortgeführt werden, so soll dem turnenden Kinde, wenn möglich, Gesellschaft gegeben werden. Geschwister oder Verwandte können am Turnen mit teilnehmen; wenn bei diesen keine Verkrümmung vorliegt, so werden sie selbstverständlich nur symmetrisch zu turnen haben; den meisten wird das Mitturnen auch nur nützlich sein.

Kurz erwähnt sei hier noch, dass die Wirkung des orthopädischen Turnens sehr wirksam unterstützt wird durch eine sachgemässe Massage der Rückenmuskeln, wodurch die letzteren gekräftigt werden. Die Massage bildet deshalb ein sehr wichtiges Hilfsmittel bei der Behandlung der Rückgratsverkrümmungen; sie wird am besten im Anschluss an das orthopädische Turnen geübt.

Wie lange und wie oft in der Woche soll das Kind turnen? In schweren Fällen wird man die Übungen täglich mit Ausnahme des Sonntags vornehmen; in leichteren Fällen wird es genügen, drei- bis viermal die Woche turnen zu lassen. Namentlich im Sommer, wenn die Kinder Gelegenheit haben, zu schwimmen oder zu rudern, kann die Zahl der Turnstunden verringert werden. Werden die Ferien nutzbringend im Gebirge oder an der See verbracht, so wird das Turnen selbstverständlich ganz ausgesetzt. Zwischen den einzelnen Übungen und Übungsgruppen sollen nach Bedürfnis Pausen eingeschaltet werden; bei schwächlichen Kindern mehr als bei kräftigen. Das Kind darf nie so ermüden, dass es nach der Turnstunde matt und unlustig wird. Mit den entsprechender Pausen wird die ganze Turnstunde ungefähr eine Stunde dauern. Das orthopädische Turnen soll auf das Gesamtbefinden des Kindes einen günstigen Einfluss üben. Das zeigt sich nicht nur darin, dass die Kinder am Turnen gern teilnehmen und dabei vergnügt sind, sondern auch darin, dass ihre Esslust sich steigert und ihr Körpergewicht, zumal in den ersten Wochen, zunimmt.

Über kalte Einwicklungen zum Zweck der Wärmeentziehung und die Methode ihrer Anwendung. *)

Von Prof. Dr. Gustav Edlefsen.

Richtig ausgeführt, können die kalten Einwicklungen nach meiner Erfahrung — wenigstens bei Kindern — die kalten Bäder vollständig ersetzen, um so mehr, je jünger die Kinder sind, je grösser also die Körperoberfläche im Verhältnis zum Körpervolumen ist. Bei älteren Kindern kann man wieder gezwungen sein, die Bäder mit kalten Einwicklungen zu vertauschen, wenn die kleinen Kranken leicht erregbar sind und durch die Furcht vor der Badewanne in eine psychische Unruhe versetzt werden,

*) Aus der Zeitschrift „Die Krankenpflege“ Bd. II Heft 4.

die sogar zu einer Steigerung der Temperatur Veranlassung geben kann. Bei Erwachsenen gebe ich freilich unbedingt den Bädern den Vorzug und betrachte alle anderen hydrotherapeutischen Prozeduren nur als Notbehelf. Wo man aber dennoch aus irgendwelchen Gründen in die Lage kommt, wenn auch nur vorübergehend, zu kalten Einwicklungen seine Zuflucht nehmen zu müssen, was in der Armenpraxis häufig genug der Fall ist, sind in betreff der Methode genau dieselben Grundsätze zu befolgen, die auch bei der Behandlung der Kinder massgebend sein müssen.

Wenn es sich darum handelt, dem Körper in wirksamer Weise Wärme zu entziehen, wird man wohl immer Stammumschläge von mehr oder weniger erheblicher Breite und Dicke zu machen haben, und nur von solchen wird im folgenden die Rede sein. Kalte Kompressen auf die Brust können gewiss als Reflexreiz von Nutzen sein und mögen bei geringem Fieber und geschwächten Kranken immerhin ganz gute Dienste leisten; aber als geeignetes Mittel zur Herabsetzung der Körpertemperatur bei hohem Fieber können sie schwerlich gelten.

Die Anzeige für die Vornahme der kalten Einwicklung als wärmeentziehende Prozedur gibt natürlich, ebenso wie für das kalte Bad, die Temperaturmessung.

So oft die Temperatur im Mastdarm auf 40° oder darüber steigt, so oft also unter anderen Umständen ein kaltes Bad angezeigt sein würde, muss die Prozedur wiederholt werden, die zunächst in der Anwendung einer Reihe rasch gewechselter kalter, feuchter Umschläge um den Kopf besteht. Dann aber muss man auch so vorgehen, dass man ungefähr dasselbe erreicht wie durch ein kaltes Bad: die Einwicklungen müssen also solange fortgesetzt werden, bis die Temperatur soweit ermässigt ist, dass man auf eine Nachwirkung von mindestens zwei bis drei Stunden rechnen und demnach dem Kranken, wie bei der Bäderbehandlung nach jedem Bade, eine genügend lange Zeit der Ruhe gewähren kann. Aus diesem Grunde wird man auch bestrebt sein müssen, die Erneuerung der Umschläge so zu beschleunigen, dass möglichst viel Zeit für die folgende Ruhepause gewonnen wird. Je mehr dies gelingt, um so mehr verringert sich die Unannehmlichkeit für den Kranken, die ja den Einpackungen ebensowenig abzusprechen ist wie den Bädern. Aber auch sonst muss man in jeder Weise bemüht sein, das ganze Verfahren so einzurichten, dass der Kranke dadurch so wenig als möglich belästigt wird. Nach v. Liebermeister hat eine Reihe von vier aufeinanderfolgenden Einwicklungen, zu denen recht kaltes Wasser genommen wird, ungefähr die gleiche Wirkung wie ein Bad von etwa 22° C. und 10 Minuten Dauer. v. Liebermeister lässt die erste Einwicklung etwa zehn Minuten, jede folgende etwas länger, bis zu fünfzehn und zwanzig Minuten liegen. Vier Einwicklungen, die übrigens doch manchmal noch nicht genügen, um eine ausreichende Temperaturherabsetzung zu erzielen, würden demnach etwa die Zeit einer Stunde ausfüllen. Winternitz empfiehlt einen fünf- bis sechsmaligen Wechsel der Einpackung, zuerst nach zehn, dann nach fünfzehn und weiter nach zwanzig, fünf- und zwanzig, dreissig und fünfunddreissig Minuten. Danach würde also die fünfte Einpackung erst nach hundert Minuten, die sechste nach mehr als zwei Stunden beendet sein. Es kann indes wohl nicht zweifelhaft sein, dass es weit zweckmässiger ist, die Umschläge rascher zu

erneuern, teils aus dem bereits angeführten Grunde und weil überhaupt jede unangenehme Prozedur für den Kranken um so leichter zu ertragen ist, je kürzer sie dauert, teils weil man so einen grösseren antipyretischen Effekt erzielt. Ich lasse daher in Übereinstimmung mit v. Ziemssen in der Regel fünf bis sechs Umschläge machen und jeden einzelnen ohne Unterschied nach fünf bis sechs Minuten erneuern. Die ganze Prozedur nimmt dann kaum mehr als dreissig, oder, da ein ganz genaues Einhalten der Zeit nicht immer durchführbar ist, höchstens vierzig Minuten in Anspruch. Ich halte es nämlich nicht für empfehlenswert, den letzten Umschlag, wie v. Ziemssen will, fünfzehn bis zwanzig Minuten, oder gar, wie Winternitz rät, dreiviertel bis anderthalb Stunde liegen zu lassen, sondern entferne ihn, ebenso wie die vorhergehenden, sobald die Zeit von fünf bis sechs Minuten abgelaufen ist. Dann hat das Verfahren, wie sich durch eine etwa eine halbe Stunde später vorgenommene Temperaturmessung erweisen lässt, seinen Zweck erfüllt, und der Kranke hat berechtigten Anspruch auf vollständige Ruhe und möglichst grosse Behaglichkeit. Es ist auch, wenn man so energisch abgekühlt hat, nicht nötig, zum Schluss noch eine kalte Abreibung (Matthes) folgen zu lassen. Man reibt den Kranken einfach mit einem trockenen Handtuch ab und lässt ihn dann nach Anlegung seiner nicht zu warmen Bekleidung (bei Kindern am liebsten nur Hemd und Jäckchen) leicht zugedeckt im Bette liegen und, unter Umständen nach erfolgter Nahrungsaufnahme, ruhig schlafen, bis nach Verlauf von drei Stunden eine Temperaturmessung ergibt, ob eine Wiederholung der Prozedur nötig ist, falls nicht etwa schon vorher eine zunehmende Unruhe des Kindes oder ein fühlbares Steigen der Hautwärme zur Temperaturbestimmung auffordert und vielleicht zu einer früheren Wiederaufnahme des Verfahrens Anlass gibt.

Ein so rascher Wechsel der Umschläge — fünf- bis sechsmal in dreissig bis vierzig Minuten — ist natürlich nur bei hohen Temperaturen, bei 40° und darüber, erforderlich; bei geringerem Fieber macht man vielleicht nur drei Umschläge in einer halben Stunde. Bei hochfiebernden Kindern aber liegt in der raschen Wiederholung der Kälteeinwirkung durchaus keine grössere Härte als in der Anwendung eines Bades von $15-20^{\circ}$ C. Ich habe mehrfach die erste Einwicklungsprozedur von Anfang bis zu Ende selbst ausgeführt oder überwacht und in diesen Fällen ihre Wirkung speziell auf Kinder beobachten können. Wenn sie das erstemal mit dem nackten Rücken auf das kaltnasse Leintuch gelegt und in dieses eingehüllt werden, sträuben sie sich begreiflicherweise wohl mehr oder weniger lebhaft und schreien und weinen vielleicht für einen Augenblick; aber sie beruhigen sich in der Regel sehr rasch und lassen sich schon die zweite Einwicklung ohne viel Widerstand gefallen, ebenso die dritte und vierte. Bei der fünften und sechsten macht sich manchmal die stärkere Abkühlung durch Äusserungen des Frostes, vielleicht sogar durch leichten Schüttelfrost und Kaltwerden oder gar Blauwerden der Extremitäten bemerkbar. Es versteht sich wohl von selbst, dass ernstere Erscheinungen dieser Art eventuell zu einer Abkürzung des Verfahrens auffordern müssen und uns gelegentlich zwingen können, uns mit vier oder fünf Umschlägen zu begnügen. Die Individualität des Kranken und des Falles muss natürlich

immer gebührende Berücksichtigung finden. Am besten wird der Arzt imstande sein, der Mutter oder Pflegerin genaue Anweisung in betreff des weiteren Verfahrens zu geben, wenn er die erste Einpackung selbst geleitet hat. Bei älteren und kräftigen Kindern schadet übrigens selbst ein wenig zu viel ebensowenig, wie ein bis zum Schüttelfrost ausgedehntes kaltes Bad.

Wenn nun für die Grösse des antipyretischen Effekts einerseits unzweifelhaft die raschere oder langsamere Folge der einzelnen Einwicklungen massgebend ist, so ist natürlich andererseits auch die Dicke des Umschlages und seine Breite, also die Ausdehnung, in der er mit dem Körper in Berührung kommt, und weiter die Temperatur des zur Anfeuchtung benutzten Wassers von entscheidendem Einfluss. Ich halte es im Gegensatz zu Winternitz, v. Liebermeister und Matthes für zweckmässig und habe von jeher die Regel befolgt, bei der Einwicklung die Arme und die Unterschenkel frei zu lassen, bemesse also die Breite des Umschlages gleich der Entfernung von der Achselhöhle bis zum Knie oder bis zur Mitte der Oberschenkel. Für Kinder im Alter von etwa drei bis zehn Jahren benutzt man daher passend ein Kinderbettlaken, das, zugleich auch um dem Umschlag die nötige Dicke zu geben, dreifach oder vierfach zusammengelegt ist, für grössere Kinder kann ein mehrfach zusammengelegtes Bettlaken Erwachsener passend sein, für die kleinsten genügt oft ein doppeltes, nicht zu feines Handtuch oder eine doppelt oder dreifach zusammengefaltete Serviette. Das in abgemessener Breite zusammengelegte Leintuch wird in Wasser von etwa 10—15° C. getaucht, schnell ausgegungen und in der noch näher zu schildernden Weise appliziert. Für ganz junge Kinder und bei weniger hohem Fieber kann man allenfalls Wasser von etwas höherer Temperatur, von 16—20° C., verwenden. Ich glaube nicht, dass durch das Freilassen der Arme wirklich die wärmeentziehende Wirkung verringert wird. Im Gegenteil ist es ziemlich wahrscheinlich, dass die Einpackung dadurch nur an Wirksamkeit gewinnt. Allerdings bleibt ja mit den Armen auch die Schulter- und Halsgegend der Kältewirkung entzogen, aber dieser Ausfall wird, wie man annehmen darf, durch die innige Berührung des Umschlages mit den Seitenregionen des Rumpfes reichlich gedeckt, während durch das Anpressen der Arme an diesen geradezu eine Wärmeretention in diesem Bezirk begünstigt werden muss. Winternitz schreibt aus diesem Grunde vor, das Leintuch überall zwischen sich berührende Hautflächen, also zwischen Arme und den Stamm und zwischen die Beine einzustopfen, damit jeder Teil der Körperoberfläche mit dem feuchten Tuche in Kontakt sei. Aber dadurch wird, wo es sich um rasch zu wechselnde Einwicklungen handelt, die ganze Prozedur nur unnötig erschwert und in die Länge gezogen, und man tut viel besser, sie durch Freilassen der Arme zu vereinfachen. Andererseits wird dadurch, dass man ihn nicht der Möglichkeit beraubt, die Lage der Arme nach Belieben zu verändern, auch die Unbequemlichkeit für den Kranken erheblich vermindert und zugleich die Atmung erleichtert.

Den feuchten Umschlag pflegt man rings in eine wollene Decke einzuhüllen, und das entspricht auch ganz meiner Gewohnheit. Aber in den Fällen, die uns hier beschäftigen, wo also der einzige Zweck

der Einwicklung die Wärmeentziehung ist, hat die Wolldecke eigentlich nur die Bedeutung eines Schutzmittels gegen die Durchnässung des Bettzeuges. Sie bildet daher die unentbehrliche Unterlage für den kalten, nassen Umschlag, soll aber, um eine stärkere Erwärmung desselben zu verhüten, vorn nur lose darüber zusammengeschlagen werden und nur die Füße und Unterschenkel fester umhüllen. Sonst ist das wollene Tuch, wie auch *Matthes* bemerkt, nicht einmal unerlässlich, und bei höherer Temperatursteigerung kann man sogar, wenn man noch energischer Wärme entziehen will, die vordere Fläche des nassen Umschlages ganz unbedeckt lassen.

Um die Einpackungen in der beschriebenen Weise ausführen zu können, ist es notwendig, den Kranken vollständig zu entkleiden, und man erspart ihm dadurch zugleich manche Unannehmlichkeit. Geschieht dies nämlich nicht, werden, wie ich es oft gefunden habe, Hemd und Jäckchen des Kindes, bei Erwachsenen vielleicht auch noch wollene Unterkleider, nur hinaufgeschoben, um dem Umschlag Platz zu machen, so reicht dieser nicht weit genug nach oben, und zugleich beeengt der Kleiderwulst oft den Hals und die Brust und erschwert die Atmung. Überdies ist ein Nasswerden der Kleidung schwer zu verhüten, und es erwächst daraus für den Kranken die Unbequemlichkeit, nach Beendigung der Prozedur in feuchten Kleidern liegen zu müssen, oder es ergibt sich die Notwendigkeit, doch noch nachträglich einen Wäschewechsel vorzunehmen. Hat man ihn vorher entkleidet, so fühlt er sich nach der Entfernung des letzten Umschlages und der folgenden trockenen Abreibung in der dann wieder angelegten trocken gebliebenen Bekleidung gleich wieder behaglich.

Es bleibt mir nun noch übrig, das ganze bei den kalten Einwicklungen zum Zweck der energischen Wärmeentziehung zu befolgende Verfahren kurz im Zusammenhang zu schildern. Nachdem das Kind aus dem Bette gehoben ist, breitet man eine wollene Schlafdecke oder, wo diese nicht zur Verfügung steht, vielleicht ein wollenes Umschlagtuch oder etwas ähnliches in doppelter Schicht quer über das Unterbett oder die Bettmatratze aus, so dass die Enden über die Seiten des Bettes herabhängen. Sodann wird das zuvor in abgemessener, der Entfernung von der Achselhöhle bis zum Knie entsprechender Breite mehrfach zusammengelegte Leintuch in Wasser von der Temperatur, wie es aus der Leitung kommt oder wie es sie etwa beim Stehen in der Küche angenommen hat, bei ganz jungen Kindern in etwas erwärmtes, eingetaucht und, mässig ausgerungen, in der Weise auf die wollene Unterlage gelegt, dass sein oberer Rand fast genau mit dem oberen Rande der letzteren zusammenfällt. Nunmehr legt man das Kind, nachdem man es völlig entkleidet hat, mit dem nackten Rücken auf das nasse Tuch derart, dass es mit der Höhe der Achselhöhlen gerade auf den oberen Rand des letzteren zu liegen kommt, und schlägt die herabhängenden Enden desselben vorn über den Rumpf und die Oberschenkel zusammen. Ist das Tuch zu lang, so kann man die Enden noch an beiden Seiten unter den Rücken stopfen oder vorn über den Rumpf zurückklappen, so dass der Umschlag hier, was für die wärmeentziehende Wirkung nur förderlich ist, eine umso dickere Schicht bildet. Dann wird das wollene Tuch unter den Armen durch lose über dem Umschlag zusammengeschlagen

und nur die Füße und Unterschenkel werden fester darin eingehüllt. Bis zum Ende des ganzen Verfahrens unterbleibt jede weitere Bedeckung. Nach fünf Minuten wird das Kind aus der Einpackung herausgenommen, das nasse Tuch wieder in kaltes Wasser getaucht und ausgerungen und die Prozedur in derselben Weise wiederholt; ebenso auch weiter in gleichen Zwischenräumen von fünf bis sechs Minuten bis zur Beendigung der fünften oder sechsten Einpackung, falls nicht die Erscheinungen einer unerwartet starken Kältewirkung zu einem früheren Abschluss des Verfahrens aufordern. Wenn die Verhältnisse es gestatten, kann man, während das Kind in der Einpackung liegt, jede folgende schon auf einem zweiten Bette vorbereiten und bei kleineren Kindern die ganze Prozedur auch auf einem Tisch ausühen oder die weiteren Einwicklungen abwechselnd auf dem Tisch und dem Bette vornehmen. Auf diese Weise kommt man natürlich um so rascher vorwärts. Erwachsene lässt man, wenn ihr Kräftezustand es erlaubt, für die kurze Zeit, die zur Vorbereitung der Einwicklung erforderlich ist, das Bett verlassen oder, während man Wolldecke und nasses Laken über das Bett ausbreitet, an das äusserste Fussende desselben rücken, um sie sich dann, völlig entkleidet, rückwärts auf den Umschlag legen zu lassen, der darauf genau so wie bei Kindern um den Körper herumgeschlagen wird. Der Wechsel der Umschläge erfolgt natürlich in ähnlicher Weise, und zwar, wenn man es mit hohen Temperaturen zu tun hat, gleichfalls alle fünf bis sechs Minuten.

Bei dieser Art der Ausführung haben fünf bis sechs Einwicklungen nach meiner Erfahrung eine antipyretische Wirkung, die derjenigen eines kalten Bades von etwa 15° C. und zehn Minuten Dauer gleichgesetzt werden kann. Ich spreche selbstverständlich anderen Methoden die Berechtigung nicht ab. Es kommt eben ganz darauf an, was man erreichen will. Wenn man aber bezweckt, energisch Wärme zu entziehen und einen ähnlichen Effekt wie durch ein kaltes Bad zu erzielen, so ist unbedingt ein rascher Wechsel der nassen Umschläge und die Vermeidung einer festeren Einhüllung in Wolldecken und der Bedeckung mit Federbetten zu empfehlen.

Referate.

Typhoid fever in children of two and a half years and under

By Crozer Griffith & Maurice Ostheimer. (Vortrag, geh. in d. American Pediatr. Society 1902. The Americ. Journ. of med. Scienc. Novbr. 1902.)

Über die Häufigkeit des Vorkommens typhöser Prozesse, über deren Symptomatologie, Diagnose und Prognose in den ersten beiden Lebensjahren herrschen so verschiedene Meinungen, dass wir das Ergebnis eines speziellen Studiums dieses Gegenstandes in einer gedrängten Übersicht nach dem Amerikanischen Journal im nachfolgenden wiedergeben.

Die Angaben der Literatur weichen sehr voneinander ab und werden nicht immer gestützt von Tatsachen und logischen Gründen. Oft findet man als Quellenangabe die Erfahrung eines namhaften Pathologen*), nach welchem unter 2000 Autopsieen im New Yorker Findel-Asyl kein einziger Fall mit Läsionen an Typhusfieber gefunden wurde. Dieser negative Befund wäre von grosser Wichtigkeit, wenn nicht derselbe Autor**) an anderer Stelle die Behauptung aufstellte, dass die Läsionen infolge von Typhusfieber bei der Autopsie nicht von denen der Enterocolitis unterschieden werden können. Nach diesem Urteil verlieren die Angaben betreffend das Nichtvorkommen typhöser Läsionen ihren Wert, denn wir haben guten Grund zu glauben, dass zahlreiche Beispiele von Läsionen, die man von Enterocolitis abhängig macht, typhösen Prozessen angehören.

Ein anderer Autor***), der oft zitiert wird, hat bei 50 Kindern, die möglicherweise am typhösen Fieber gelitten, das Blut untersucht und bei allen die Serumreaktion negativ gefunden mit Ausnahme eines Kindes von sieben Monaten. Wenn man aus diesem Befund auf das seltene Vorkommen des Typhus bei Kindern schliessen will, so lässt sich einwenden, dass in keinem Fall die Diagnose durch die klinische Beobachtung gestützt wurde. Diesen Angaben widersprechen ferner diejenigen von Thursfield†), welcher eine Serumreaktion bei 42 unter 100 kranken Kindern fand, welche Symptome darboten, die mehr für typhöse Prozesse sprachen, als für irgend welche andere Krankheit.

Nach dem im Amerikan. Journal gegebenen statistischen Material, das sich zum Teil auf eigene Beobachtungen, zum Teil auf zuverlässige Angaben Anderer stützt, ist zwar das typhöse Fieber bei Kindern nicht so häufig wie bei Erwachsenen, aber tatsächlich ist das Vorkommen keineswegs selten. Der typhöse Prozess wird vielmehr, weil die Meinung von dem tatsächlichen Nichtvorkommen allgemein verbreitet, oftmals übersehen. Zunächst werden in Tabelle I 18 Fälle nach persönlicher Beobachtung und nach nicht veröffentlichten Aufzeichnungen aufgezählt. Tabelle II enthält 23 Fälle von kongenitalem typhösen Fieber, und zwar können 12 als genuine Fälle der Affektion betrachtet werden. 5 Fälle sprechen wahrscheinlich für Typhus, 6 sind zweifelhaft. In 17 Fällen litt die Mutter am Typhus; zwei kamen vor während Hausepidemien, bei welchen neben der Mutter noch andere Familienmitglieder erkrankt waren. Fieber wurde konstatiert in 6, Diarrhoe in 8, Konstipation in 1, Eruption in 3, Milzvergrösserung in 6, Husten in 2, Konvulsionen in 2, Icterus in 3, Tympanie in 2, Hämorrhagie in 2 und Erbrechen in 1 Fall.

Genesung erfolgte in 3 Fällen, der Tod in 19, und in einem Fall ist das Ergebnis nicht angegeben.

In dieser Gruppe kommen in Betracht nur lebend geborne Kinder und wird abgesehen von fötalem Typhus, bei welchem beim Fötus

*) Northrup, Arch of Pediatr. 1895, Vol. XII p 918.

**) Ebendas. 1896, Bd. XIII p 16

***) Morse and Thayer, Boston Medical and Surgical Journal 1899, Vol. CXL p. 36. (Nach einem Beitrag von Blackader-Montreal im Annual of Practical Medicine Bd. IV, Teil I ist das typhöse Fieber bei Kindern ebenfalls selten. D. Refer.).

†) British Medical Journal, September 7 1901 p. 596.

oder bei Totgeborenen Anzeichen der Affektion gefunden wurden. Eine Anzahl von Fällen fötalen Typhusfiebers sind früher von Griffith (Medical News, May 15, 1897) und später von Morse (Archives of Pediatrics 1900 XVII 881) veröffentlicht worden. Eine dritte Tabelle umfasst gesunde Kinder, die einen positiven Befund der Widalschen Reaktion*) er-
gaben.

Tabelle IV umfasst 139 Fälle von typhösem Fieber, die nicht kongenital im ersten Lebensjahr zur Beobachtung kamen. 52 Fälle kamen in allgemeinen oder Hausepidemien vor, in 14 Fällen war gleichzeitig die Mutter, in 14 anderen waren noch weitere Glieder der Familie erkrankt. Fieber wurde konstatiert in 46, Diarrhöe in 42, Konstipation in 1 Fall, Eruption in 26, Milzvergrößerung in 26, Tympanie in 18, Erbrechen in 11, Kollaps in 3, Husten in 5, Pneumonie in 1, Noma in 1, Konvulsionen in 4, Hämorrhagie in 1, Otitis in 1, Relaps in 1, Albuminurie in 1 Fall.

Genesung erfolgte in 28, Tod in 77 Fällen, unbestimmt ist das Ergebnis in 34 Fällen.

Tabelle V umfasst 187 Fälle von typhösem Fieber im zweiten Lebensjahre. Von diesen waren 171 sicher konstatierte Fälle, 7 wahrscheinliche, 7 zweifelhafte. 101 betrafen allgemeine oder Hausepidemien; in 11 von diesen Fällen litt die Mutter am Typhus, und in 32 waren noch andere Fälle im Haus neben oder ohne die Mutter. Fieber wurde in 50, Diarrhöe in 40 Fällen beobachtet, Konstipation in 6, Eruption in 27, Milzvergrößerung in 26, Tympanie in 18, Erbrechen in 9, Kollaps in 1, Husten in 20, Konvulsionen in 6, Hämorrhagie in 1, Relaps in 6, Parotitis in 1, Meningealsymptome in 1, Perforation in 2, Desquamation in 1, Epistaxis in 4, Aphasie in 1, Laryngealulceration in 2, Otitis in 1 und Diphtherie in 2.

Genesung erfolgte in 62, Tod in 32 Fällen, während das Ergebnis in 86 Fällen nicht angegeben ist. Eine positive Widalsche Reaktion wurde in 19 Fällen konstatiert.

In einer Tabelle VI sind die Fälle von Typhus vom zweiten Lebensjahre und aufwärts zusammengestellt. Nach dem dritten Lebensjahre werden die Fälle so zahlreich, dass sie nicht mehr in die Zusammenstellung aufgenommen werden. Von 68 Fällen dieser Gruppe sind 55 als Typhus konstatiert, 9 wahrscheinlich, 4 zweifelhaft. 30 kamen in gewöhnlichen oder Hausepidemien zur Beobachtung, in 3 Fällen litt die Mutter am Typhus, in 17 wurden noch andere Fälle im Haus gezählt. Fieber wurde in 42, Diarrhöe in 24, Konstipation in 3, Eruption in 23, Milzvergrößerung in 13, Tympanie in 12, Erbrechen in 8, Kollaps in 2, Husten in 6, Pneumonie in 3, Konvulsionen in 2, Hämorrhagie in 1, Relaps in 2, Otitis in 1, Meningealsymptome in 3, Epistaxis in 1, Phlegmasia alba dolens in 1, Diphtherie in 2, Scarlatina in 1 Fall beobachtet.

Herstellung trat ein in 36, Tod in 14 Fällen, während in 18 Fällen das Ergebnis nicht angegeben ist.

Hiernach ergibt sich folgendes Resumé:

*) Über die Bedeutung von Widals Methode und Ausführung.

15,0 MDS. idem. 3. Einfacher und billiger, daher besonders in us. pauper.: Rp. Creosotal pur. 15,0—20,0 DS. Tropfen (den 4. Teil, d. h. die Tagesdosis ca. $\frac{1}{8}$ Ltr. abgekochter, gesüsster Milch beimengen und aus einem verschliessbaren Gefäss in 24 Std. verbrauchen zu lassen, in der Weise, wie bei den Mixturen geschildert). — Nach Verfassers Erfahrungen erscheint demnach Creosotal geeignet, nebst Lungenerkrankungen jeglicher Art auch den Krupp und solche andere Infektionskrankheiten heilend zu beeinflussen, welche die Respirationsorgane betreffen. S.

Die Magen-Darmkrankheiten im Säuglingsalter. Von Dozent Dr. Trumpp. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, herausgegeben von Dozent Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. III. Bd., 1. Heft. Gr. 8^o, 28 Seiten. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch), 1902. Einzelpreis 75 Pf.

Der Verfasser betrachtet als das schwierigste Kapitel in der Kinderheilkunde die Magen-Darmkrankheiten im Säuglingsalter, und zwar wegen der Mannigfaltigkeit der Krankheitsursachen und der Einförmigkeit der durch sie erzeugten Krankheitserscheinungen, in Anbetracht ferner der Kausalbehandlung. Es erwächst ferner die Aufgabe, den erkrankten Körper in seiner Abwehr zu unterstützen, seine Widerstandsfähigkeit zu erhalten und zu heben, indem man zum mindesten eine weitere Schädigung des Darmes hintanhält und zu gegebener Zeit für Zufuhr einer der Leistungsfähigkeit des erkrankten Organismus angepassten Nahrung sorgt. Leider ist es aber, wie Teixeiras de Mattos sagt, „gar nicht möglich, mit irgend welcher Sicherheit im voraus zu bestimmen, welche Nahrung getragen werden wird.“ Wir müssen also mit dem Verfasser zugeben, dass unser Wissen und Können auf diesem Gebiet noch recht bescheiden ist, dass es immer wieder Fälle genug gibt, bei denen alle unsere Bemühungen fruchtlos bleiben. Der Grund dafür ist hauptsächlich darin gelegen, dass uns noch vieles in der Physiologie der Verdauung, besonders bezüglich der Vorgänge im intermediären Stoffwechsel vollständig unbekannt, dass aber auch unsere Einsicht in verschiedene pathologische Prozesse noch mangelhaft ist. Trotz dieser bescheidenen Aussprache des Verfassers sind dessen Ausführungen reich, originell, praktisch. Was zunächst die Prophylaxe betrifft, so kann man sich oft genug überzeugen, dass scheinbar geringfügige Versehen und Fehler in der Säuglingspflege z. B. in Bezug auf Überhitzung oder Erkältung des für thermische Reize so empfindlichen Körpers von den schwersten Darmstörungen gefolgt sein können. Genaue Vorschriften über Zusammensetzung der Nahrung, stets von dem Grundsatz ausgehend: Möglichst hoher Nährwert leicht assimilierbarer Nahrung bei möglichst geringer Menge derselben, Bestimmung der Einzelportionen nach Massgabe der jeweiligen Kapazität des Säuglingsmagens, Regelung der notwendigen Tages- und Nachtpausen, sind meist im stande, die Säuglinge vor dem Auftreten von funktionellen Störungen zu bewahren. Schutz vor ektogenen Zersetzungen der Nahrung verleiht peinlichste Sauberkeit in der Hantierung mit derselben, Kochen, Sterilisieren oder Pasteurisieren der Milch und Verwahrung derselben bis zum Gebrauch in der Kälte. Auch vor Darminfektionen können Säuglinge mit ziemlicher Sicherheit geschützt werden, wenn man sie in möglichst luftigen, sonnigen, staubfreien und reinlichen Räumen hält, darauf achtet, dass ihr Gesicht

nicht mit dem Badewasser gewaschen wird, alle für die Kinder bestimmten Gebrauchsgegenstände immer rein gehalten, event. ausgekocht werden und die Pflegerinnen sich fleissig die Hände waschen. Ferner bei Stillenden vor und nach jedem Anlegen gründliche Reinigung der Brustwarzen, Ausdrücken der ersten Milchportion wegen ihres notorischen Bakteriengehaltes, Wägung der Kinder zum Schutz vor Über- und Unterernährung.

Die Therapie kann eine lokale oder allgemeine sein und in diätetischen, hydrotherapeutischen oder medikamentösen Verordnungen bestehen. Die Behandlung der so häufigen Obstipation muss verschieden sein, je nachdem sie Folge von falscher Ernährung oder Unterernährung, von Muskelschwäche oder spastischen Zuständen oder von Rhagaden ad anum ist. Bei nur gelegentlicher Verstopfung kommen Klystiere zur Verwendung (Seifenwasser, Salzwasser, Kamillen-, Öl-, Glycerin-, medikamentöse Klystiere), event. auch Stuhlzäpfchen. Wiederholt sich die Verstopfung, so erweisen sich Zusätze zur Nahrung nützlich: Rahmzusatz, Zusatz von Milchzucker und Mannazucker, Glycerin oder Malzextrakt, bei älteren Säuglingen etwas frische Butter oder nach jeder Mahlzeit 1—2 Kaffeelöffel abgekochten Wassers. Bei habitueller Verstopfung verfährt man gleichermaßen oder übt kunstgerechte Bauchmassage.

Bei Enteralgien (Koliken) Kamillenkataplasmen, Kamillen als Klystier und innerlich; warme Bäder mit Frottieren, Kompression des Abdomen einfach durch Bauchlage; Karminativa, Magnesia usta.

Die Behandlung der verschiedenen dyspeptischen, katarrhalischen und entzündlichen Affektionen geschieht nach den allgemeinen Regeln. In leichten und frischen Fällen kann man nach Beseitigung der schädlichen Ingesta mit Nutzen „gelabte“ Kuhmilch geben. Das Verfahren ist von v. Dungern erfunden und von Vömel, Stalewsky, Siegert und Langstein für Fälle von Dyspepsie und Atrophie lebhaft empfohlen worden. Zu diesem Zweck kann man der im Kochtopf oder im Soxhlet-Apparat gekochten Milch eine Messerspitze voll Pegnin, d. i. sterilisierten, eingepulverten, an Milchzucker gebundenen Kälbermagen (Höchster Farbwerke) zugeben. Dadurch wird ausgiebige Pepsinverdauung im Magen ermöglicht und das Auftreten eines grösseren schädlichen Nahrungsrestes im Darm verhindert. Bei Dyspepsien auf der Basis ektogener Zersetzung der Nahrung oder bei schon länger bestehenden Gärungsprozessen empfiehlt sich die Buttermilch. Dieselbe dient von alters her in Holland als Säuglingsnahrung und ist in den letzten Jahren auch bei uns in Anwendung gekommen, besonders als Nähr- und Heilmittel bei dyspeptischen, entzündlichen und atrophischen Zuständen. (Vergl. Referat über die X. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln im „Kinderarzt“, Heft 158, S. 42, Rensburg, Zur Frage der Buttermilchernährung; ferner Referat über die XII. Sitzung etc. im „Kinderarzt“, Heft 160, Selter, Vorläufige Mitteilungen über Buttermilchkonserven.

Bei schweren Allgemeinerscheinungen, Autointoxikation sind heisse Bäder von 30 bis 32° R. 1—2mal täglich mit Abseifung, gründlicher Frottierung sehr wirksam.

Medikamentös kommen event. Opiate und adstringierende Mittel in Betracht. Zuweilen sieht man bei älteren Säuglingen von mehrwöchiger Verabreichung kleiner Mengen Karlsbader Mühlbrunnen (1—2 Esslöffel

morgens nüchtern) befriedigende Erfolge. Daneben peinlichste Sorgfalt in der Körperpflege, vor allem auch der Hautpflege, Sorge für frische Luft; nicht selten wirkt besonders bei hartnäckigen Fällen Landaufenthalt oder Aufenthalt an der See günstig. Kühner (Koburg).

Buttermilch als Kindernahrung. Von A. Baginsky. (Vortr., geh. a. d. Jahresvers. 1902 d. Brit. Med. Assoc. zu Manchester. Brit. med. Journ. 6. Sept. 1902. — Nach e. Ref. d. Ther. Monatsh.)

B. berichtete über seine Erfahrungen mit Buttermilch im Kaiser- und Kaiserin-Friedrichkrankenhaus zu Berlin. Die Buttermilch wurde aus dem reinen Rahm von Kuhmilch durch Milchsäuregärung unter Wahrung grösster Sauberkeit hergestellt; einem l Buttermilch wurden 15 bis 25 g Weizenmehl und 35 bis 50 g Rohrzucker hinzugesetzt, das Ganze gekocht, in sterilisierte Flaschen gefüllt und auf Eis aufbewahrt. Dieses so hergestellte Nahrungsmittel enthielt zwar Fett sehr wenig, dagegen Eiweiss und Zucker ungefähr so viel wie Kuhmilch und dazu eine geringe Menge Stärke. Der Erfolg war sehr zufriedenstellend, nur wenige Kinder vertrugen die Buttermilch gar nicht. Bei akuter Dyspepsie und Sommerdiarrhöe wurde sie kurz nach den Anfällen, nachdem der Verdauungskanal etwas ausgeruht hatte, überraschend gut vertragen. Bei chronischem Darmkatarrh wirkte sie manchmal geradezu lebensrettend. Der Erfolg zeigte sich in rascher Gewichtszunahme der Kinder, die jedoch wohl nicht so sehr auf Gewebsansatz, als auf Wasserresorption beruhte. Die Besserung zeigte sich ausserdem in dem Verhalten der Stühle, welche gebunden wurden und den üblen Geruch verloren, und ferner in dem Verhalten der Kinder, deren subjektives Wohlbefinden sich in heiterer, ruhiger Stimmung ausdrückte. S.

Über Asthma. Von S. Goldschmidt. (Dtsch. Prax. Nr. 4—7 1903.)

Verf. fasst seine Ansichten über Asthma in folgenden Schlussätzen zusammen: 1) Wenn wir den Atemtypus als hervorragendes und charakteristisches Zeichen eines Asthmikers zu Grunde legen, so bekommen wir eine einheitliche Krankheitsgruppe, die wir Asthma nennen. Bei dieser Gruppe ist eine grosse Inkongruenz des In- und Exspiriums: das erstere kurz und bei ganz reinen Formen lautlos; das zweite stets prolongiert, giemend, und in chromatischer Weise tönend. 2) Es gibt zwei Grundformen des Asthmas: das rein krampfartige und das katarrhalische. Je nach Dauer und Intensität des zum Asthma hinzutretenden oder ihm vorangehenden Katarrhs, je nachdem der Katarrh den Schlussakt eines Anfalls einleitet oder sich zum Atemkrampf zugesellt, denselben unbeeinflusst lässt oder ihn ad melius oder pejus beeinflusst, müssen wir verschiedene Arten des katarrhalischen bronchialen Asthmas unterscheiden. 3) Ein Mittel gegen die Wiederkehr von asthmatischen Anfällen existiert nicht. Weder von längerem Jodgebrauche, noch von irgend einem Medikamente, noch von einer rationellen Hydrotherapie lässt sich eine bestimmte gute Prognose quoad sanationem perfectam erreichen. Die Asthmiker, die im Sinne einer sanatio perfecta geheilt sind, sind verschwindende Ausnahmen. Und auch in diesen Ausnahmefällen hat entschieden nicht unsere Kunst, sondern ein uns verborgener Prozess die Heilung erreicht.

4) Unser ganzes Streben kann nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft nur dahin gehen, die Anfälle zu mildern, abzukürzen oder zu kupieren. Solcher Mittel gibt es viele: Räucherungen mit Stramonium, physikalische Mittel, obenan das Dampfbad, Narkotika, Bromkali etc. S.

Die operative Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch die sogen. Radikaloperation. Von Erhard Müller. (Mediz.

Korrespondenzblatt d. Württemb. ärztl. Landesver. Nr. 49/1902.)

Die Radikaloperation der chronischen Otitis dient nach Verf. dreierlei Zwecken: 1. chronische Eiterungen der Mittelohrräume, die auf andere Weise nicht geheilt werden können, zu heilen; 2. wenn bei chronischer Otitis Anzeichen drohender intrakranieller Komplikationen vorhanden sind, diese zu verhüten; 3. wenn intrakranielle Komplikationen einer chronischen Otitis eingetreten sind, den Weg zum Sitz dieser Komplikationen freizulegen und gleichzeitig mit der Komplikation auch ihre Ursache, die Mittelohreiterung, zu beseitigen. — Nachdem M. sich über die relativen Indikationen zur Radikaloperation (dahin gehören vor allem die Cholesteatombildung, sowie kariöse Prozesse und nekrotische Abstossung von Knochenstücken im sogen. Kuppelraum) ausgesprochen, bespricht er diejenigen Fälle, die ein sofortiges und bedingungsloses operatives Eingreifen erfordern. Die Radikaloperation ist demnach unbedingt indiziert: wenn im Verlauf einer chronischen Mittelohreiterung 1. das Auftreten von wiederholter Schwellung und Druckempfindlichkeit auf dem Warzenfortsatz, von Abszessen oder Hautfisteln über demselben das Bestehen einer eitrigen Mastoiditis beweist; 2. Erscheinungen auftreten, welche ein Ergriffensein des Facialis (Lähmung oder Parese der Augenschliessmuskeln, der Lippen- oder Stirnmuskeln etc.) oder des Labyrinths (Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus, Taubheit etc.) anzeigen; 3. Erscheinungen einer Eiterretention auftreten (Schmerzen, Fieber bei plötzlichem Nachlass einer profusen Otorrhöe) und es nicht gelingt, auf anderem Wege die Eiterretention zu beseitigen; 4. Zeichen sich einstellen, welche auf ein Übergreifen des Prozesses auf das Schädelinnere hinweisen. Die wichtigsten intrakraniellen Komplikationen der Mittelohreiterung sind der extradurale Abszess, die seröse und die eitrig Meningitis, der Hirnabszess und die Thrombose der Hirnblutleiter. Bei diesen Erkrankungen eröffnet die Radikaloperation zugleich den Weg nach dem Schädelinnern und leitet weit sicherer nach dem Ort der Erkrankung, als eine beliebige Trepanation an anderer Stelle, da die otitischen Gehirnkomplicationen stets in unmittelbarer Nähe des primären, im Schläfenbein gelegenen Krankheitsfeldes zu suchen sind. Es handelt sich dabei um sehr vielgestaltige und oft nicht leicht zu deutende Krankheitsbilder. Hervorzuheben ist, dass bei jugendlichen Individuen zuweilen schon die einfache unkomplizierte Otitis media das Bild einer schweren cerebralen Affektion hervorrufen kann. Hier kann auch die genaueste Untersuchung nicht immer vor Irrtümern schützen. Findet man daher in solchen Fällen nach Ausräumung des primären Eiterherdes im Schläfenbein die Dura gesund, so wird man nach dem Rate Körners zunächst den Erfolg des Eingriffs abwarten und erst dann die Grenzmauer der Dura durchdringen, wenn nach der Operation die Hirnsymptome nicht zurückgehen. Dagegen wird

in allen sicheren Fällen von intrakranieller Komplikation die Operation der letzteren unmittelbar an die Eröffnung des Mittelohrs angeschlossen.
S.

Gesundheitspflege.

In der Sitzung des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums vom 1. Dezember 1902 sprach Dr. Siegfried Weiss über Säuglingsheilstätten. Er führte dabei folgendes aus:

Die Frage der Errichtung von Säuglingsheilstätten ist in Anbetracht der hohen Säuglingssterblichkeit sehr aktuell. Von 100 lebend geborenen Kindern sterben im ersten Lebensjahre in den europäischen Kulturstaaten 9.7% (Irland) bis 29.6% (Russland), in Österreich circa 25.4%. Die Ursachen dieser hohen Sterblichkeiten sind 1. physische Krankheiten der Eltern, hohe Geburtenzahl, Prädilektionskrankheiten des Säuglingsalters, namentlich Affektionen des Verdauungstraktus. Nach einer die Jahre 1867 bis 1888 umfassenden Statistik finden sich in Wien bei den Todesfällen der Säuglinge folgende Ursachen: Lebensschwäche 19%, Krankheiten des Verdauungsapparates 29%, Tuberkulose 4%, Infektionskrankheiten 7.3%. 2. Soziale Ursachen: Kinderreichtum, Armut, schlechte Wohnverhältnisse, Wohndichtigkeit. Nach einer Zusammenstellung von Hiort-Lorenzen starben im ersten Jahre an Lebendgeborenen: unter 355 Kindern der deutschen Fürstenhäuser 7.8%, von Säuglingen von Eltern aus dem Armenstande 15.39%, aus dem Beamtenstande 17.75%, von Arbeitern 20.7%, Dienstboten 30%, Almosenempfängern 36.37%. In den einzelnen Bezirken Wiens stellt sich die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahre auf 9.3% (I. Bezirk) bis 29.9% (X. Bezirk) der Lebendgeborenen. 3. Klimatische Verhältnisse: Die Sterblichkeit im Sommer ist 21mal grösser als in den übrigen Jahreszeiten. Ein grosser Feind der Säuglinge ist die künstliche Ernährung; in München waren von den im Juni 1902 gestorbenen Säuglingen 7% Brustkinder, 93% Flaschenkinder. Ein grosser Übelstand ist es, dass in den Wiener Kinderspitälern Säuglinge nur in beschränkter Anzahl (im Durchschnitt nur 7.7% der Aufnahmen) aufgenommen werden. Im Gegensatz zu Österreich bestehen in Deutschland Säuglingsheilstätten in Heidelberg, Dresden, Berlin und Strassburg, in Danzig ist eine in Vorbereitung. In diesen Anstalten erfolgt die Ernährung der Säuglinge grundsätzlich an der Brust, daneben wird künstliche Ernährung in rationeller Weise und unter strenger Individualisierung angewendet. Ein wichtiger Grundsatz für die Säuglingsheilstätten ist die Isolierung der Säuglinge und namentlich der von ihnen gebrauchten Gegenstände. Die Pflegerinnen sollten eine gewisse Intelligenz aufweisen, wenn sie erfolgreich wirken sollen; in Berlin sind für je 16 Säuglinge zwei Tag- und eine Nachtpflegerin bestimmt. Vorteilhaft ist die Organisation einer an die Heilstätte angegliederten Aussenpflege, in welche die Säuglinge nach ihrer Genesung aus der Heilstätte für eine gewisse Zeit abgegeben werden können. Die Ammen werden für die deutschen Heilstätten aus Gebäranstalten und Wöchnerinnenasylen bezogen, sie bekommen freie Unterkunft

und Verpflegung und können ihr Kind stillen; sie bleiben sechs bis acht Wochen in der Heilanstalt und gehen dann entweder ihrem Berufe nach oder treten unter Vermittlung der Anstalt bei Privaten als Ammen ein. Die Heilstätten haben sich in Deutschland vortrefflich bewährt, und es wäre eine solche Institution auch in Österreich wünschenswert.

In der Diskussion bezeichnet es Prof. Escherich als einen grossen Übelstand, dass die Kinderspitäler infolge mangelhafter Einrichtungen nicht Säuglinge aufnehmen können; für den Augenblick wäre das Zweckmässigste und Billigste, Abteilungen für Säuglinge in den Kinderspitälern zu adaptieren. Hiermit wäre die Frage der Säuglingspflege noch nicht gelöst. Hier muss eine Aktion der Privatwohlthätigkeit einsetzen.

(Wien. Klin. Rundschau.)

Rezensionen.

Die Vererbung im gesunden und krankhaften Zustande und die Entstehung des Geschlechts beim Menschen. Von Dr. Orschansky, Prof. a. d. Universität Charkow. Mit 41 Abbildungen. Gr. 8^o, XII und 347 S. Stuttgart 1903, Verlag von Ferd. Enke. Preis 9 Mk.

In dem vorliegenden Werke hat sich der Verf., wie er selbst in der Vorrede sagt, nur die Aufgabe gestellt, das Resumé seiner eigenen Studien mit den Ergebnissen der modernen Untersuchungen auf dem Gebiete der Vererbung in Einklang zu bringen. Fern lag es ihm, eine erschöpfende Theorie der Vererbung zu entwickeln, was Sache der Zukunft ist.

Das Buch zerfällt in zwei Teile; im ersten Teil wird unter Darlegung der verschiedenen Theorien der Erbllichkeit die Lehre von der Vererbung behandelt; im zweiten, umfangreichen Teil sind die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen des Verf. niedergelegt. Der leitende Gesichtspunkt in dem ganzen Werke lässt sich folgendermassen präzisieren: Die Erbllichkeit ist eine Funktion vor allem der Geschlechtsorgane und dann des ganzen Organismus der Eltern. Wie alle Funktionen des Organismus, so ist auch die Vererbung keine konstante und unveränderliche Grösse, sondern etwas Schwankendes und ausserdem sich während des individuellen Lebens des Menschen regelmässig Veränderndes; sie entspricht in jedem gegebenen Moment dem Zustand des Organismus. Dem entsprechend nimmt die im Anfang des geschlechtlichen Lebens schwache Erbllichkeit in der Jugend in ihrer Kraft zu und erreicht ihr Maximum zugleich mit der Blüte der biologischen Energie des Individuums, verharrt dann eine Zeitlang auf dem Niveau und sinkt dann zugleich mit dem Nachlassen der biologischen Energie des Organismus.

Zur Untersuchung bedient sich der Autor einer neuen Methode, indem er nicht einzelne Fälle studiert, sondern ganze Familien, und an ihnen die Erscheinungen der Erbllichkeit in den verschiedenen Lebensperioden der Eltern verfolgt. Er führt im einzelnen den Nachweis, wie sich mit

dem Alter und dem Reifezustand der Eltern deren erblicher Einfluss auf Geschlecht, Ähnlichkeit, Körperbau und Skelettbildung der Kinder ändert und wie auch die Erbllichkeit in kranken Familien gleiche Erscheinungen aufweist.

Das mit zahlreichen Kurven und Tabellen ausgestattete Buch bietet eine Fülle von wichtigem Material, es ist klar und übersichtlich geschrieben und wird von jedem gern gelesen werden, der sich für die Fragen der Vererbung interessiert.

Arnemann (Gross-Schweidnitz).

Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Von Prof. M. Kassowitz. Gr. 8^o, 89 Seiten m. 26 Abb. Wien 1902, Moritz Perles. Preis 2 Mk.

Verfasser bespricht eingehend den Symptomenkomplex der voraufgeführten Erkrankungsformen, ihre pathologisch-anatomischen Unterschiede, sowie den Einfluss der Schilddrüsentherapie auf jede der drei kretinoiden Typen. Er kommt zu dem Schluss:

1. Es handelt sich um drei voneinander scharf abzutrennende, nicht durch Übergangsformen miteinander verbundene Typen.

2. Einige charakteristische Eigentümlichkeiten sind allen Formen gemeinsam.

Der therapeutische Erfolg von Thyroideapräparaten ist beim Myxoedem evident, beim Mongolismus zweifelhaft. Hier schwindet meist nur die Obstipation, die Hernia umbilicalis heilt aus, während Habitus und Psyche nicht beeinflusst werden. Zu einem abschliessenden Urteil bei Mikromelie reicht das Beobachtungsmaterial noch nicht aus.

Dr. Schroeder (Krefeld).



Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Über Pyrogalloltriacetat-Behandlung nichtparasitärer Hautaffektionen. Von Clemm.

Das essigsäure Pyrogallol in Form des Triacetats übt eine äusserst milde Reduktionswirkung aus und ist daher von Kromayer u. Vieth mit dem Namen Lenigallol belegt worden. C. hat bei mehreren Fällen von Ekzem bei skrofulösen Kindern durch eine 20%ige Lenigallolpasta (mit Vasonal anstatt mit Vaseline bereitet), die er 1—3 Tage unter dem Verbands liegen liess, innerhalb weniger Tage Heilung erzielt. Dabei kommt es an den epithellosen Stellen zunächst zu einer Verätzung und nach Ablösung der Schorfe successive zur Neubildung eines Bestand habenden Epithels. Eine schlecht granulierende Wundfläche, die weder auf Lapis in Substanz noch in Salbe ihren Charakter änderte, kam unter Aufstreuen des reinen Lenigallols zur Überhäutung.

(Ther. Monatsh. 1902.)

S.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Er erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

Juli 1903.

No. 7. (163.)

Inhalt: Originalien: **Klett**, Die neuesten Arbeiten über Perityphlitis. 145. — Referate: Bericht über die 13. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Solingen. 157. — **Helot**, Primäre Nasendiphtherie. 159. — **Schön-Ladniewski**, Larvierte Angina diphtheritica und follicularis. 159. — **Wieland**, Diphtherieheilserum. 160. — **Lupescu**, Lues. 161. — **Comby**, Skorbut. 161. — **Fürst**, Überernährung kleiner Kinder. 162. — **Beckmann**, Laktagol. 164. — **Lüsebrink**, Abnabelung. 165. — **Veau**, Angeborene seröse Cysten des Halses. 166. — **Broca**, Angeborener pes varo-equinus. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 167. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 168.

Die neuesten Arbeiten über Perityphlitis.*)

Von Dr. Klatt (Marienwerder).

Die Krankheiten unterliegen der Mode wie die Kleider, nicht in der Weise freilich, dass man sich eine neue Krankheit anschafft, wenn eine alte unmodern geworden ist, wohl aber in der Art, dass sich oft anscheinend plötzlich und unvermittelt das allgemeine Interesse einem Krankheitsbilde zuwendet und dieses nun im wahrsten Sinne modern wird. So steht unsere Zeit unter dem Zeichen zweier modernen Krankheiten, der Tuberkulose und der Perityphlitis.

Als die gesamte medizinische Wissenschaft und die Laienwelt vor einigen Jahren aus dem Tuberkulinrausche mit schwerem Kopfe erwacht war und eingesehen hatte, dass sie um eine Hoffnung ärmer geworden, da besann sie sich schnell auf sich selbst und fing den Kampf gegen die völkermordende Tuberkulose im grossen an. Wir alle haben ja den gewaltigen Sturm noch in frischester Erinnerung, der auf jede freie Berg-

*) Anm. d. Red. Obgleich die obige Arbeit die Perityphlitis nicht vom speziell pädiatrischem Standpunkt aus behandelt, so glauben wir des aktuellen und grossen Interesses halber, welches diese Krankheit auch für die Pädiatrie besitzt, eine Veröffentlichung an dieser Stelle rechtfertigen zu dürfen.

spitze eine Lungenheilstätte geweht hat, und wir sind schon jetzt, und zwar mit Befriedigung, Zeugen davon, dass man bereits anfängt, ruhiger zu werden — und sachlicher.

Von der Perityphlitis gilt alles das glücklicherweise und leider nur zum Teil. Sie ist vorläufig noch ausschliessliches Eigentum der medizinischen Wissenschaft, aber so recht ihr modernstes und ihr Lieblingskind. Die Literatur über diese Krankheit ist in wenigen Jahren enorm angewachsen, von allen Seiten ist Material beigebracht worden, mit ausserordentlicher Sorgfalt und grossem Fleiss wurde gearbeitet, aber auch fast mit ebensoviel Erbitterung wurde gekämpft. „Ausschliesslich interne, ausschliesslich chirurgische Behandlung, Frühoperation, Spätoperation“, das waren und sind zum Teil noch jetzt die Schlagwörter in diesem Kampfe, in dem Fahnenflucht und Umkehr der Waffen gegen die früheren Genossen zu den Alltäglichkeiten gehörten. — Noch immer ist eine absolute Einigkeit nicht erzielt, aber es wird doch licht, und ein Ende des Kampfes ist doch allmählich abzusehen.

Woher kommt denn nun dieses seit einigen Jahren so ausserordentlich gesteigerte Interesse der Ärzte für die Perityphlitis? Doch wohl zweifellos daher, dass die letzteren jetzt dieser Krankheit viel häufiger begegnen müssen als früher, — eine Annahme, die an Wahrscheinlichkeit gewinnt, wenn wir hören, dass Sonnenburg, die erste Autorität auf diesem Gebiete, bis zum Jahre 1900 allein 750 einschlägige Operationen gemacht hat. Und so dürfen wir uns nicht wundern, wenn Lucas-Champonnière (Pariser Med. Gesellschaft 1901) die Frage aufwirft, ob die Appendicitis, die heute so sehr häufig zur Beobachtung kommt, nicht in der Tat eine neue Krankheit ist, und wenn er diese Frage mit Ja beantwortet. Wir wollen vorläufig zu dieser Auffassung keine Stellung nehmen, da wir später darauf zurückkommen werden, aber wir können doch nicht umhin, zu gestehen, dass der kolossale Aufschwung in der Statistik der Perityphlitis uns doch stutzig machen und zu der Überzeugung bringen muss, dass hier ganz besondere Verhältnisse vorliegen. Freilich, der Hauptgrund ist auf einem ganz andern Gebiete zu suchen, nämlich bei der seit einigen Jahren ganz erheblich verfeinerten Diagnostik. Es hat sich zweifellos bei keiner andern Krankheit der Einfluss der Diagnose auf die Statistik so geltend gemacht wie bei der Entzündung des Blinddarmfortsatzes, selbst die Tuberkulose nicht ausgenommen! Die „genuine Peritonitis“, die sowieso schon ein kümmerliches Dasein gefristet hat, ist fast ganz verschwunden, die perinephritischen Abscesse, die perirektalen, die subphrenischen Abscesse, so manches seiner Ätiologie nach unerkannte Empyem, alle möglichen „nervösen“ Magen- und Darmstörungen haben plötzlich ihre selbständige Bedeutung verloren und werden als Folgen oder Komplikation einer Perityphlitis erkannt. Und wenn sich auch anfangs ein Teil der Ärzte, speziell die Internen, dagegen gesträubt haben, diesem Gedankengange zu folgen, — je mehr man sich mit der Literatur beschäftigt und je mehr man die Augen am Krankenbett öffnet, um so mehr überzeugt man sich von der Richtigkeit der betreffenden Beobachtungen.

Wenn ich es nun unternehme, über die neuesten Arbeiten in betreff der Perityphlitis hier im Zusammenhang zu berichten, so geschieht das aus der Überzeugung heraus, dass einem nicht geringen Teile der

praktischen Ärzte die Wichtigkeit dieses Gegenstandes noch nicht so in Fleisch und Blut übergegangen ist, wie es wünschenswert erscheinen muss. Ein Vorwurf kann darin unmöglich gefunden werden, denn die Frage der Perityphlitis ist trotz der grossen Literatur eine verhältnismässig neue und hat bisher fast ausschliesslich die Kliniker, besonders aber die Chirurgen beschäftigt. Sie muss aber Allgemeingut der praktischen Ärzte werden, denn sie bekommen die Fälle zuerst in die Hand, und von ihrem Urteil hängt das Wohl der Patienten ab.

In der Ätiologie der Perityphlitis hat sich gegen früher sehr viel verändert. Die „Typhlitis stercoralis“, die entzündliche Reizung des Typhlon durch verhärtete Kotmassen, ist so gut wie ganz aus den Lehrbüchern geschwunden; ein gesunder Blinddarm reagiert auf die chronische Obstipation ebensowenig mit einer Entzündung wie irgend ein anderer Darmabschnitt. Aus der Typhlitis ist allmählich eine Perityphlitis und aus dieser endlich eine Appendicitis, d. h. eine Entzündung des Wurmfortsatzes geworden. Der Appendix ist immer das primär befallene Organ. Lucas-Champonnière (cf. oben) bringt die Häufigkeit der Appendicitis mit der seit 15 Jahren in Europa spukenden Influenza in Verbindung. Eine durch die letztere hervorgerufene Darmaffektion bringe einen Reizzustand des Appendix zustande, und aus ihr entwickle sich die Appendicitis. Einen Beweis dafür sieht er darin, dass in den letzten Jahren die Darmkrankheiten überhaupt im Zunehmen begriffen seien, und führt Jules Simon als Gewährsmann für seine Auffassung an. — Wir werden uns dem Eindruck nicht verschliessen können, dass diese Ansicht manches für sich hat, denn die Influenza hat ja, wie wir aus unsern eignen Erfahrungen und aus der gross angelegten Statistik von Ruhemann (Die Influenza) wissen, eine ganze Reihe recht erheblicher Komplikationen von seiten der Digestionsorgane zur Folge gehabt. Dazu kommt, dass die Appendicitis nicht nur im Verlauf der Influenza, sondern auch einer Reihe von andern Infektionskrankheiten beobachtet worden ist. So führt Simonin (Append. im Verlauf von Infektionskrankheiten, Société méd. des hôpit. 1901) 18 Fälle von Perityphlitis an, die sich an infektiöse Angina, Scharlach, Erysipel und Parotitis epidemica anschlossen, Krankheiten, bei denen wohl hauptsächlich Streptokokken als ursächliches Moment zu betrachten sind. Er zieht daraus den Schluss, dass die „Sklerose des Processus vermiformis“, welche man so häufig bei der Sektion alter Leute findet, nicht als Alterserscheinung, sondern als das Endstadium zahlreicher latenter und subakuter Entzündungen anzusehen sei, die sich im Verlaufe der den Menschen so häufig befallenden Infektionskrankheiten einstellen.

Eine ähnliche Ansicht vertritt Poljakoff (Einige Bemerkungen über Appendicitis D. M. W. 01). In manchen Fällen geht der Appendicitis eine infektiöse Krankheit voraus, eine Angina, ein Gelenkrheumatismus. Er beschreibt selbst 3 Fälle, die zu der ersten Gruppe gehören, und einen Fall, bei dem sich umgekehrt an eine Appendicitis eine croupöse Pneumonie anschloss. Auch von Morrison und Mirande sind solche Fälle beschrieben worden. Die originelle und interessante Theorie, welche P. aus diesen Fällen entwickelt, ist folgende: Der durch irgendwelche entzündlichen Verhältnisse, vielleicht auch durch die eben genannten Infektionskrankheiten verschlossene Appendix stellt ein Reservoir für Toxin

enthaltende Bazillenkulturen dar. Die Toxine treten durch langsame, aber stetige Diffusion durch den Fortsatz in das umliegende Gewebe hindurch und führen zur Eiterung. — Das wäre also mehr eine Intoxikation als eine Infektion, und für diese Ansicht wäre auch die Autorität von Dieulafoy anzuführen (Pariser Med. Ges. 01), der die später näher zu besprechende Hämatemesis bei der Appendicitis für eine toxische Manifestation hält. Denn die Appendicitis führt nach ihm nicht nur zu einer Infektion, sondern auch zu einer Intoxikation des ganzen Organismus.

Weiterhin ist man neuerdings auf die ursächliche Bedeutung von Eingeweidewürmern für die Entstehung der Appendicitis aufmerksam geworden. Metschnikoff (Pariser Med. Ges. 1901) behauptet auf Grund eigener und fremder Erfahrungen, dass in vielen Fällen in den Processus vermiformis eingedrungene Nematoden die Ursache für eine entzündliche Reizung des letzteren abgeben haben. *Ascaris* und *Trichocephalus* hat er selbst gefunden und empfiehlt daher, in zweifelhaften Fällen die Fäkalien auf Eier zu untersuchen und reichlich Anthelmintica zu geben. Dadurch werde sicher bei vielen Patienten ein milderer Verlauf der Krankheit erreicht werden. Girard (*Rôle des Trichocéphales dans l'infection de l'appendice. Annal. de l'Institut. Pasteur 1901*) rekapituliert mehrere Beobachtungen, welche beweisen, dass Askariden den Processus vermiformis durchbohrt haben und in die Bauchhöhle gedrungen sind, und führt folgenden Fall an: Peritonitis nach Appendicitis; Entfernung des Proc. vermif., in demselben, zu einem kugeligen Gebilde zusammengerollt, 2 Exemplare von *Trichocephalus* dispar. Das Kopfende des einen hatte sich tief in die Schleimhaut hineingeböhrt und ein Geschwür hervorgerufen, das nahe am Durchbruch war. (Das ist übrigens ein bisher einzig dastehender Fall!) Durch diesen Gewebsverlust können natürlich infektiöse Kokken aus dem Darm in die Bauchhöhle einwandern. Er knüpft daran folgende Leitsätze: 1. In verdächtigen Fällen sind die Faeces auf Anwesenheit von Helminthen zu untersuchen. 2. Es sind Wurmmittel anzuwenden. 3. Es ist zu vermeiden, dass Personen, die zu Appendicitis neigen, sich einer Infektionsgefahr durch Nematoden aussetzen. 4. Bei Kindern ist der Stuhl öfters der Prophylaxe der Appendicitis wegen auf die Anwesenheit von Eingeweidewürmern zu untersuchen.

Erwähnenswert erscheint mir endlich eine Bemerkung von Bahrdt (*Perityphlitis in der Privatpraxis, Leipziger Med. Ges. 1901*). Er hat mehrmals mehrere Mitglieder derselben Familie, spez. Geschwister, an Appendicitis behandelt und nimmt in diesen Fällen eine familiäre Disposition an. Auch Curschmann (Diskussion) schliesst sich dieser Ansicht an und erwähnt einige ähnliche Fälle. — Viel ist mit solchen Beobachtungen, solange sie vereinzelt bleiben, natürlich nicht zu machen; die eben genannten Autoren äussern sich auch darüber, was sie sich in diesem Falle unter der „familiären Disposition“ vorstellen. Man könnte ebensogut annehmen, dass diese Mehrererkrankungen in einer Familie die Folgen einer Einwirkung gleicher Schädlichkeiten auf die Glieder der Familie, z. B. unzureichender Ernährung, sind. Aber andererseits ist ja die Möglichkeit einer angeborenen Schwäche der Digestionsorgane nicht von der Hand zu weisen.

Zum Schluss will ich noch einen andern Autor anführen, nämlich Schaumann (III. nord. Kongr. f. i. M. 1901). Er sucht es wahrscheinlich zu

machen, dass die Neurasthenie und verwandte nervöse Zustände in der Ätiologie der Perityphlitis eine Rolle spielen. Sie stehe nicht in direkter Abhängigkeit von den ersteren, sondern es sei anzunehmen, dass beide Krankheitszustände auf einer gemeinsamen Basis, einer angeborenen Labilität der betr. Organsysteme beruhen. — Ich sehe nicht ein, was mit solchen „Beobachtungen“ gewonnen ist, wir können daraus weder für die Neurasthenie noch für die Perityphlitis irgend einen Nutzen ziehen, allenfalls kann dadurch Verwirrung entstehen. Wir haben in der Einleitung bemerkt und werden später noch darauf zurückkommen, dass sich vielfach hinter neurasthenischen und ähnlichen Erscheinungen eine chronische Appendicitis versteckt, und dass die ersteren heilen, wenn man die letztere richtig behandelt. Solche Beobachtungen haben Hand und Fuss!

Gehen wir nunmehr zum klinischen Verlauf der Perityphlitis über, so muss ich vorausschicken, dass die Ansichten sich hier ganz ausserordentlich geändert haben; von dem, was wir auf der Universität über diesen Gegenstand gelernt haben, ist fast nichts mehr gültig. Noch im Jahre 1889 sagt Strümpell: „Die Entzündung des Blinddarmes ist in den meisten Fällen durch Fäkalanhäufung in demselben bedingt“, und demgemäss spricht er von der Typhlitis stercoralis, die unter Umständen nicht auf das Coecum beschränkt bleibt, sondern auf das umliegende Bindegewebe übergreift und damit zur Perityphlitis und zur Paratyphlitis wird; und Leube unterscheidet in den ersten Auflagen seines Werkes zwischen der Entzündung des Coecum, der des Processus vermiformis, des peritonealen Überzuges des Coecums und des retro-coecalen Bindegewebes. Man war gewöhnt, die Perityphlitis als eine akute Erkrankung anzusehen, die mit Schmerzen in der rechten Bauchseite, Bildung eines Tumors daselbst beginnt, meistens zur Heilung und nur selten durch Perforation zum Exitus führt.

Wie weit davon verschieden ist das Bild, welches man heute von dem klinischen Verlaufe der Perityphlitis entwirft! — In dem epochemachenden Werke von Sonnenburg (Die Pathologie und Therapie der Perityphlitis) und in einer ebenso klassischen Arbeit von Karewski (Zur Semiotik und Therapie der Appendicitis, Berl. kl. W. 01, Nö. 23 etc.) finden wir die heute gültigen Ansichten zum Ausdruck gebracht.

Das primär erkrankende Organ ist immer der Processus vermiformis. Die ersten Erscheinungen aber, welche sich an ihm abspielen, sind fast immer chronische (Sonnenburg). Ein ganz normaler Processus vermiformis erkrankt fast nie akut (Riedel, Vorbedingungen und letzte Ursache des plötzlichen Anfalls von Wurmfortsatzentzündungen, Arch. f. kl. Chir. 1902). Die Appendicitis ist stets lange präformiert; auf der Basis einer chronischen Entzündung flammt der akute Prozess auf. Es wird demnach streng unterschieden zwischen dem chronischen Entzündungsprozess und dem akuten Anfall. Sonnenburg sagt sogar: Die Appendicitis ist eine chronische Krankheit, die mit oder ohne Anfälle verlaufen kann. (Belg. Ges. f. Chir., Diskussion 1902). Der Anfall stellt nicht den Beginn der Krankheit und seine Beseitigung nicht dessen Heilung dar. Der Anfall tritt vielmehr erst auf, wenn die Krankheit bereits mehr oder minder lange die anatomischen Läsionen vorbereitet hat, welche — mit oder ohne Perforation — die

ein für allemal sekundären Erscheinungen am Bauchfell verursachen. Die zerstörende Arbeit vollzieht sich im Stillen, so dass Nothnagel von einem Latenzstadium der Perityphlitis gesprochen hat. In dieses Latenzstadium fallen nun eine ganze Reihe von Störungen, die wir oben schon angedeutet haben und die uns noch weiter unten bei der Diagnose beschäftigen werden; sie betreffen sowohl die Verdauungsorgane als auch das Nervensystem in seiner Gesamtheit. Es muss sich also immer mehr die Überzeugung Bahn brechen, dass dem typischen Anfall eine Zeit der auf die Innenwand des Organs begrenzten Entzündungen vorangeht, und das ist in gleichem Masse wichtig für die Diagnose und die Therapie.

Nach Sonnenburg ist der anatomische Zustand des *Processus vermiformis* allein das einzig Ausschlaggebende für den weiteren Verlauf des Leidens.

Welche Veränderungen gehen nun am *Processus* vor sich? Sonnenburg unterscheidet 3 Gruppen: 1. Die *Appendicitis simplex*; die Entzündung ist nicht sehr verbreitet, das Bauchfell ist gesund. 2. *Appendicitis perforativa*; der Fortsatz ist durchgebrochen, im Bauchfell haben sich aber schützende Adhäsionen gebildet. 3. *Appendicitis gangraenosa*; der *Processus* ist gangraenös, die Adhäsionen nützen nichts, da sie schnell infiziert werden und eine allgemeine Peritonitis eintreten muss.

Riedel bringt noch ein weiteres Moment hinzu; er unterscheidet der Ätiologie nach 1. die *Appendicitis*, welche durch einen Kotstein veranlasst wird; dieser bringt entweder eine einfache Entzündung hervor, oder ein Druckgeschwür, welches zur Perforation, Abscedierung und Gangrän führen kann; 2. eine chronische *Appendicitis granulosa haemorrhagica*, die charakterisiert ist durch Entwicklung von Granulationsgewebe, durchsetzt von Blutungen. Diese letztere Form verläuft oft ganz symptomlos, sie hat Neigung zur spontanen Ausheilung durch Obliteration des *Processus*. Abgesehen von der völligen Obliteration kann sie aber auch zu einer Striktur oder zur Stenose des *Processus* führen. — Die akute, nicht eitrig-eitrige *Appendicitis* (also das, was Sonnenburg *Appendicitis simplex* nennt) entwickelt sich meistens auf der Basis der *Appendicitis granulosa*, also der Obliteration, der Striktur und der Stenose. Die eitrig-eitrig-eitrige *Appendicitis* dagegen entsteht viel öfter auf dem durch einen Kotstein präformierten Boden. Nach allen diesen Formen können sich nun, auch ohne Perforation des *Processus*, Abscesse entwickeln; die nach der *Appendicitis granulosa* entstandenen können sich wieder resorbieren, da sie nicht putrid sind, die Kotsteine dagegen führen zu putriden Eiterungen, welche die Neigung zu weiterer Ausbreitung haben.

Was die *Appendicitis obliterans* betrifft, so ist dieselbe vielfach, besonders von deutschen Forschern, als ein seniler Involutionsprozess an diesem für das Leben so durchaus unbrauchbaren Organ aufgefasst worden. Dagegen erhebt aber Knud Faber (*Hospitalstidende* 1902) Einspruch. Er betrachtet diesen Zustand nicht als eine Alterserscheinung, sondern, ähnlich wie Riedel, als die Folge einer chronischen Entzündung. Seine mikroskopischen Untersuchungen haben ihn gelehrt, dass die Obliteration bei alten Leuten nicht öfter zu finden ist als bei jungen. Auch er ist der Ansicht, dass diese Art von *Appendicitis* gewöhnlich ohne

krankhafte Symptome verläuft und dass nur in einer kleinen Zahl von Fällen dieselben Symptome auftreten wie bei der gewöhnlichen Form der chronischen Appendicitis.

Die Sonnenburgsche Einteilung der Perityphlitis in 3 Gruppen, welche aus der Beobachtung des diesem Forscher zu Gebote stehenden ungeheuren Materials heraus geschaffen ist, muss zweifellos in theoretischer Beziehung als ausserordentlich bedeutungsvoll anerkannt werden. Wenn nun aber Sonnenburg und mit ihm Karewski im einzelnen Falle vom praktischen Arzte eine so feine Differenzierung verlangen, so gehört das, wie man zugeben wird, in das Gebiet der Unmöglichkeit. In diesem Sinne äussert sich auch Rinne (Zur oper. Behandl. der Perityphlitis. D. m. W. 1902). Da von der Beurteilung des klinischen Verlaufes ja doch die Frage der Therapie abhängt, d. h. speziell die Frage, ob operiert werden soll oder nicht, so ist die grosse Divergenz der Meinungen auf diesem wichtigen Gebiete sehr misslich für den praktischen Arzt, in dessen Ermessen doch gewöhnlich zunächst die Entscheidung über die einzuschlagende Behandlung gelegt ist. Die Einteilung von Sonnenburg ist für diesen Zweck viel zu kompliziert, der praktische Arzt wird sich in der Regel unter den vielen Nuancen der Appendicitisformen nicht zurechtfinden. Die Sonnenburgsche Forderung, die klinischen Symptome mit den anatomischen Veränderungen in jedem Falle in Einklang zu bringen, ist doch nur von sehr geübten und erfahrenen Diagnostikern zu erfüllen mit einer reichlichen Lizenz entschuldbaren Irrtums. Denn bei wenigen andern Krankheiten sind die Symptome so wenig gleichmässig und konstant wie bei der Perityphlitis. Mit annähernder Sicherheit können wir im allgemeinen nur 2 Gruppen der Blinddarmentzündungen auseinanderhalten: die leichten Fälle ohne Eiterung, die in wenigen Tagen ablaufen und, abgesehen von heftigem Schmerz, das Allgemeinbefinden wenig alterieren, — und die schweren, mit eitrigen Entzündungsprozessen verschiedenster Intensität einhergehenden Erkrankungen.

Als leichte Fälle betrachtet Rinne die klinisch gutartig verlaufenden, die mit Schmerzen, event. nachfolgendem Erbrechen und Übelkeit und mehr oder weniger Temperatursteigerung beginnen, bei denen aber das Allgemeinbefinden wenig alteriert, Puls und Aussehen gut sind. Diese Erscheinungen klingen in wenigen Tagen ab und der Patient ist wieder gesund. Es kann bei einem Anfall bleiben, gewöhnlich aber wiederholen sich die Anfälle in verschiedenen Zwischenräumen. Anatomisch entspricht diesem Verlaufe eine Appendicitis simplex ohne Eiterung, ohne Gangrän und ohne Perforation. Dagegen können die mannigfachsten anderweitigen Veränderungen am Processus bestehen, Schwellung der Schleimhaut, Hydrops, narbige Verengerungen und Abschnürungen, peritoneale Verwachsungen u. s. w. Die schweren Fälle, welche Eiterung vermuten lassen, gehen mit längerdauernden Schmerzen, Fieber, Tumor, peritonitischer Reizung und wesentlicher Alteration des Allgemeinbefindens einher.

Auch Steinthal (74. Vers. der Naturf. u. Ärzte: Zur Diagnose und Prognose der Perityphlitis) wendet sich gegen die Sonnenburgsche Einteilung. Er will nur 2 Formen von Appendicitis unterscheiden: 1. die lokale, beschränkte Appendicitis, die entweder eine Appendicitis simplex oder eine Periappendicitis circumscripta ist; 2. diejenige, welche Neigung

zur Ausbreitung hat; zu ihr gehören die ulceröse, die perforative, die gangränöse Appendicitis und die Periappendicitis progressiva.

Broca-Paris (Belg. Ges. f. Chir. 1902: Die chir. Bekandl. der Appendicitis) betont endlich im Gegensatz zu Sonnenburg: Die Schwere der Krankheit hängt nicht vom anatomischen Zustande des Wurmfortsatzes ab, sondern vielmehr von der Reaktion im Bauchfell. Er unterscheidet danach 4 Formen: 1. die diffuse, septische oder eitrige Peritonitis, 2. die zirkumskripte, adhäsive oder eitrige Peritonitis, 3. die akute einfache Appendicitis ohne Peritonitis, 4. die chronische Appendicitis mit oder ohne akute Anfälle.

Wir kommen damit auf die Beteiligung des Peritoneums bei der Appendicitis.

In dem neuen „Lehrbuch der Inneren Medizin“ von Mehring sagt Matthes: Das Peritoneum beteiligt sich fast regelmässig, und zwar auch schon bei den einfachen Katarrhen, durch Fortleitung der Entzündung durch die Wand des Appendix. — Demgegenüber haben wir aber von Sonnenburg, Broca und Karewski (Über diffuse adhäsive Peritonitis infolge von Appendicitis, Arch. f. kl. Chir. 1902) gehört, dass es eine Appendicitis simplex ohne Beteiligung des Peritoneums gibt. Dieser Zustand der Intaktheit des letzteren wird jedenfalls nicht lange dauern; neben der leichtesten Form der Appendicitis simplex wird es vor allen Dingen die Appendicitis obliterans sein, welche unter günstigen Umständen das Bauchfell ganz frei lassen kann. Alle andern Formen aber gehen ohne alle Frage bald auf das Peritoneum über. Hier haben wir vor allen Dingen den klassischen Ausführungen von Riedel (Berl. kl. W. 1902 S. 723) zu folgen: Nachdem derselbe seine bereits oben angegebene Anschauung über die Entstehung der Appendicitis — durch Kotstein und durch chronische granulierende Entzündung — entwickelt hat, fährt er fort: Zu diesen im Innern des Fortsatzes sich abspielenden Vorgängen gesellt sich nun als Leistung seines serösen Überzuges und desjenigen der benachbarten Organe die Adhäsion, ebenfalls schleichend und symptomlos. Sie ist sicher in weitaus den meisten Fällen vorhanden, wird immer stärker, je intensiver der Reiz innerhalb des Processus ist. Am intensivsten entwickeln sich Adhäsionen um denjenigen Fortsatz, der an arrodierendem Kotsteine leidet oder gelitten hat. Wehe dem, dem die Adhäsionen fehlen! Die erste Attacke kann ihn ins Grab werfen. Die Prognose des akuten Anfalles von Appendicitis hängt in erster Linie davon ab, ob der chronisch kranke Wurmfortsatz vor derselben in Adhäsionen eingehüllt war oder nicht.

Die Attacke selbst schiebt K. in vielen Fällen auf Blutungen in die stets vorhandenen Granulationen des Processus. Durch die Blutung werden die Granulationen gesprengt, Kokken gelangen aus dem Appendix durch die Lymphspalten desselben ins Peritoneum. Das letztere reagiert mit einem geringen, nicht oder kaum nachweisbaren Flüssigkeitserguss. Diese seröse Flüssigkeit kann genügen, um — als Abwehrmittel zu wirken und die Kokken zu vernichten; bei stärkerer Reaktion des Peritoneums kann es aber auch zur Eiterung kommen. Die Erkennung dieser Zustände ist schwierig, denn das Exsudat ist gering, befindet sich frei in der Bauchhöhle zwischen den Darmschlingen und kann daher

weder zur Entstehung einer Dämpfung noch eines umschriebenen Tumors Veranlassung geben. Ein Teil dieser Kranken stirbt unter der falschen Diagnose einer „Darmverschlingung“. — Zum Glück haben aber die meisten an chronischer Appendicitis Leidenden bereits Adhäsionen. Dringen nun bei vorhandenen Adhäsionen die Mikroorganismen durch die Wand des Processus, so geraten sie in den Raum zwischen diesem und den Adhäsionen. Der letztere füllt sich mit Serum, bei schwererer Attacke mit Eiter. Wir haben den *periappendicitischen Abscess*, der als solcher sehr wohl resorptionsfähig ist. Bricht nun aber der Processus durch, so wird in den meisten Fällen die Eiterung stärker, die Adhäsionen werden intraabdominell gesprengt und es entwickelt sich die *Perforationsperitonitis*. — Der zwischen die Adhäsionen ergossene Abscess ergibt Dämpfung und Tumor, welche beide nach der Perforation in die offene Bauchhöhle verschwinden können. —

In ähnlicher Weise wird die Frage der Peritonitis von Sonnenburg behandelt (Bemerkungen zur diffusen Peritonitis bei Appendicitis. D. m. W. 1901). 80—90% aller Peritonitiden haben ihre Ätiologie in einer Appendicitis. Die ersteren entstehen entweder im Anschluss an eine Perforation oder Gangrän des Wurmfortsatzes oder infolge des Platzens eines primär um den Appendix befindlichen Abscesses. Letzteres ist viel häufiger der Fall, da infolge des chronischen Verlaufes genügend Zeit zur Bildung von schützenden Adhäsionen ist. Es wird unterschieden zwischen der diffusen jauchig-eitrigen und der eitrigen progredienten Peritonitis. Die erstere entwickelt sich gewöhnlich *foudroyant* durch eine Masseneruption infektiöser Stoffe in die Bauchhöhle und führt zur Bildung eines mehr oder weniger grossen eitrigen Exsudats. Die schwerste Form der Infektion stellt die *peritoneale Sepsis* dar, bei der jedes Exsudat, ja sogar jedes Anzeichen einer peritonitischen Reizung fehlen kann,

Die progrediente fibrinös-eitrige Peritonitis verläuft gutartiger und kann sogar einen chronischen Charakter annehmen. Entweder entwickeln sich die Eiterherde im Bauchfell in direkter Kontinuitätsfolge, oder zwischen den stark verlöteten Darmschlingen liegen einzelne kleine Eiterherde ohne Zusammenhang. Hierzu kommt endlich noch eine eigne Form der chronischen Peritonitis durch Einwirkung von Bakterientoxinen. — Leider sind wir im allgemeinen nur selten in der Lage, den diffusen im Verlaufe der Perityphlitis auftretenden Peritonitiden gegenüber eine bestimmte anatomische Diagnose zu stellen.

Endlich hat Karewski in der Berl. Med. Gesellschaft 1902 (Berl. kl. W. 02) einen Vortrag über diffuse adhäsive Peritonitis infolge von Appendicitis gehalten. Dieses Krankheitsbild ist selten; es kommt dabei zu totaler Verödung der Bauchhöhle und Bildung von Pseudotumoren durch Produktion von fibrösen Schwarten, Schrumpfung und Verdickung des Mesenteriums und des Netzes und Verbackung ausge dehnter Teile der Eingeweide. Die klinischen Erscheinungen sind oft recht dunkel und schwer zu deuten, um so mehr, als der Beginn mit primärer Appendicitis nicht immer deutlich zu eruieren ist. Der Verlauf ist gewöhnlich so, dass sich an eine akute Appendicitis unter Aufhören der schweren septischen Erscheinungen ein mehr chronischer Zustand anschliesst, der in das Bild des plötzlichen Ileus oder der dauern-

den Darmstenose übergeht. Diese Krankheit kann sich aber auch an eine schleichende Appendicitis anschliessen, die nie zu einem akuten Anfall geführt hat. — K. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass man 2 Arten von Entstehung der diffusen adhäsiven Peritonitis zu unterscheiden hat. Bei der einen handelt es sich von vornherein um allgemeinere Infektion des Bauchfells, die statt flüssiger fibrinöse Massen zur Ausscheidung bringt, in den andern Fällen handelt es sich um verschleppte Perforationsappendicitis, welche auf die rechte Bauchseite beschränkt ist, dort einen Herd zurücklässt, der eine kontinuierliche Fortentwicklung entzündlicher Vorgänge der Serosa begünstigt. —

Während die peritonitischen Adhäsionen, welche sich in der Umgebung des Wurmfortsatzes bilden, eine Notwehr des Körpers gegen die entzündliche Noxe darstellen und als solche durchaus erwünscht sind, befinden wir uns bei der diffusen adhäsiven Peritonitis bereits auf dem Gebiete der **K o m p l i k a t i o n e n**.

Wenn wir nun auf diese selbst näher eingehen, so muss ich vorausschicken, dass es eine Anzahl schwerer Erscheinungen gibt, die nur deshalb als Komplikationen der Perityphlitis auftreten, weil diese letztere nicht zur rechten Zeit erkannt und ihr darum nicht in zweckmässiger Weise therapeutisch begegnet worden ist. So ist nach Karewski (Zur Semiotik und Therapie der Appendicitis, B. kl. W. 01) kein Zweifel, dass eine nicht geringe Zahl von Fällen kryptogenetischer Septikämie die Erklärung in einer übersehenen oder latent verlaufenen Appendicitis finden. Solche Fälle sind von Nothnagel, Hermes und a. beschrieben worden, und Karewski selbst führt eine Pyämie mit multiplen Metastasen in Muskeln und Gelenken aus seiner eignen Beobachtung an; es fehlte jeder Anhalt für die Ätiologie, bis nach dem an akuter Nephritis erfolgten Tode die Sektion multiple Nieren- und Leberabscesse aufdeckte, die sich bis zum Processus vermiformis erstreckten. Die Spitze des letzteren hing in einem kleinen extraperitonealen Abscess am Becken, in welchem ein Kotstein frei lag. —

Hierzu kommen nun eine ganze Reihe von anderweitigen Komplikationen in allen möglichen Gebieten des Körpers. Karewski führt an: **E m p y e m e**, die erst bei der Sektion sich als Folgezustände übersehener Perityphlitis ergeben oder deren fäkulenter Inhalt die Entstehungsursache verrät; weiterhin **lumbale, perinephritische und Psoasabscesse** (K. nennt sie „psoitische“, ein Wort, das ich wirklich nur in der Parenthese anführen kann), Fälle, in denen sich die Eiterung sehr langsam manifestiert unter Symptomen, die als Ischialgie, Lumbago, Cruralneuralgie gedeutet werden. — Von den Komplikationen, die ich in der Literatur zerstreut gefunden habe, will ich die interessantesten hier anführen:

Sonnenburg (Vereinigung d. Chir. B. 01) führt einen Fall von Appendicitis acuta gangraenosa bei einer Gravida an. Frau im 5. Monat schwanger, erkrankt mit Schmerzen in der rechten Seite; diese bessern sich, sie steht auf. Plötzlich wieder heftige Schmerzen, Erbrechen. Die Diagnose ist schwierig, da der Uterus schon sehr gross war. Die Operation bestätigte die Diagnose „Gangrän des Processus“; neben dem Uterus übelriechender Eiter, Perforation des Processus. Nach einigen Wochen Abort. — Akute Perityphliden sind bei Graviden verhältnis-

mässig selten, obgleich durch den wachsenden Uterus fortwährende Zerrungen am Processus ausgeübt werden, welche in andern Fällen, chronische Reizzustände vorausgesetzt, unfehlbar zu akuten Anfällen führen würden.

Zwei merkwürdige Parallelfälle von innerer Einklemmung des Dünndarms durch den Processus vermiformis sind von Hermes (D. m. W. 01) und v. Meyer (Beiträge zur kl. Chir. 02, 34. Bd.) veröffentlicht worden. In dem Fall von Hermes handelte es sich um eine 22 jähr. Patientin, die 8 Tage vorher an Schmerzen im Magen erkrankt war. Bei der Aufnahme fand sich nur Druckempfindlichkeit in der Magen-gegend, keine Resistenz, überhaupt nichts Objektives. Plötzlich Erbrechen, Verfall, Auftreibung der unteren Bauchgegend. Operation: 2—300 ccm blutiges Exsudat im Peritoneum, die sich vordrängenden Darmschlingen meteoristisch aufgetrieben, in der Blinddarmgegend aber sind einige Schlingen kollabiert. Dort wird ein einschnürender Strang gefühlt, der sich als der Wurmfortsatz selbst entpuppt. Seine Kuppe ist entzündlich verdickt und in der Nähe seines Abganges mit der Vorderseite des Coecums fest verwachsen, so dass nach innen und vorn zum Coecum ein fester Ring gebildet ist. Durch diesen Ring ist von oben her eine ca. 30 cm lange Dünndarmschlinge hindurchgeschlüpft und eingeklemmt. Der Fall wurde geheilt. — Die Anamnese ergab, dass seit 7 Jahren Magenbeschwerden, Verstopfung und Durchfall bestanden hatten. Der plötzliche Kollaps und die peritonitischen Erscheinungen wurden auf ein perforiertes Ulcus ventriculi bezogen, da gegen Perityphlitis der Mangel aller lokalen Erscheinungen zu sprechen schien.

v. Meyer: 12jähriges Mädchen, beginnende Peritonitis, anscheinend wegen Perforation eines gangränösen Wurmfortsatzes. Laparatomie: Der Processus ist nicht seitlich am Coecum implantiert, sondern er geht terminal aus demselben hervor, ist sehr verdickt und 13 cm lang. Er zieht in einer Schraubenzieherwindung gegen das Ileum hin, umgreift mit seinem distalen Ende von vorn den Dünndarm, so dass derselbe vollständig ringförmig eingeschnürt wird. Nach der Loslösung des Processus zeigt sich am Ileum eine 3 mm breite gangränöse Schnürfurche. Im Appendix 6 grosse Ascariden! — Der untere Teil des Coecum mit dem Appendix und der erste Abschnitt des Ileum muss reseziert werden. Die Peritonitis schritt weiter, Exitus. Also handelt es sich hier um eine Darmeinklemmung mit Gangrän der Schnürfurche, durch den mit sich selbst ringförmig verwachsene Appendix hervorge-rufen.

Hieran reihen sich einige Fälle von Brucheinklemmung des Processus. Barth (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 63): 80jähr. Frau empfindet beim Heben einer schweren Last plötzlich heftigen Schmerz in der rechten Schenkelbeuge, Übelkeit, Erbrechen, kein Stuhl. Nach 8 Tagen wird vom Arzt ein eingeklemmter Schenkelbruch festgestellt. Operation: der hufeisenförmig gekrümmte Wurmfortsatz ist in seiner Mitte eingeklemmt, Anfang und Ende sind frei, Länge des Processus 16 cm. Am distalen freien Ende eine stecknadelkopfgrosse Perforation. Die Pat. starb nach einigen Wochen an Altersschwäche. B. glaubt, dass es sich um eine primäre Incarceration handelte, die dann zu Perforation des Processus und Entzündung in der Umgegend geführt hat.

Münc: Fall von Appendicitis perforativa in einem Schenkelbruch (Korresp.-Bl. f. Schw. Ärzte 32. Jahrg.). Der allein im Bruch befindliche, perforierte, 17 cm lange Processus wurde exstirpiert und konnte erst mikroskopisch identifiziert werden.

Schultze berichtete auf der 73. Vers. d. Naturf. etc. über einen Fall von typischer Appendicitis im Bruchsack. In der Diskussion sprach Ringel von 2 Fällen, die er operiert hat. In einem Fall waren in einer incarcerierten Hernie Coecum, Appendix und ein Teil des Dünndarms enthalten, der Processus war gangränös. Der zweite Fall war mit einer echten Perityphlitis mit grosser Eitermenge kompliziert. Hier bestand, trotzdem der Eiter die ganze Bauchhöhle infiziert hatte, kein Fieber.

Hahn (Ärztl. V. Nürnberg 1902) Appendicitis im Bruchsack: 37 jähr. Mann; sein bisher stets reponibler Leistenbruch war tags vorher irreponibel geworden unter grossen Schmerzen, Aufstossen, ohne Erbrechen. Rechtsseitige, faustgrosse ins Scrotum steigende Geschwulst, sehr schmerzhaft. Im Bruchsack Coecum mit Appendix, letzterer entzündet und an einer kleinen Stelle eitrig belegt. Exstirpation, Totaloperation, Heilung. Im Appendix eine Fischgräte. Endlich Klaussner (Wiener kl. R. 1902) 2 Fälle von Herniotomie wegen Incarceration von Coecum und Processus bei kleinen Kindern; noch sehr selten beobachtet.

Beachtenswert erscheint mir folgender Fall von Leberabscess bei Appendicitis. Koch (Nürnb. ärztl. V. 1902): Mann, vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren Trauma der Bauchgegend, Kontusion und Sugillation der Ileocoecalgegend. Jetzt unter Erscheinungen von Perityphlitis erkrankt, Leibschmerzen, Frost, geringes Fieber; keine Schmerzhaftigkeit und Auftreibung. Die Schüttelfröste nehmen zu, hohe Temperatur, Schmerzen in der Lebergegend. Operation: Fünfmärstückgrosse Vorwölbung der Leber, gelb durchscheinend, bei der Punktion kein Eiter; Exitus. Gänseeigrosser Abscess in der Leber, ausserdem ist der rechte Lappen derselben von vielen kleinen Abscessen durchsetzt. — Subphrenische Abscesse sind vielfach nach Appendicitis beobachtet worden; Elsberg (Annals of surgery 1901) hat 71 Fälle aus der Literatur gesammelt, Körte allein hat 30 eigne Fälle behandelt.

In den letzten Jahren sind die Gynäkologen besonders aufmerksam geworden auf die Beziehungen der Appendicitis zu den entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. In zusammenfassender Weise ist dieser Gegenstand bearbeitet worden von E. Fraenkel-Breslau in den Volkmannschen Vorträgen. (Fraenkel, Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den weibl. Sex.-Organen). Bisher, so führt der Autor aus, wurden peritonitische Attacken bei Frauen nur auf die Geschlechtsorgane bezogen, da man an eine besondere Prädilektion der Appendicitis für das männliche Geschlecht glaubte. Diese Annahme ist aber nicht haltbar. Die Fortsetzung entzündlicher Prozesse vom Coecum und Wurmfortsatz zu den weiblichen Geschlechtsteilen und auch von diesen zu jenen und damit eine Kombination beider ist verhältnismässig häufig. Sie erfolgt sowohl intraperitoneal als auch extraperitoneal. Die häufigste Genitalkomplikation der Appendicitis sind entzündliche, bezw. eitrig-prozesse in den Adnexen, meist doppelseitig oder auch nur auf der rechten Seite. Die auffallende Frequenz der Komplikation von Appendicitis und Stieltorsion von Ovarial- und Parovarialcysten lässt sich

durch die bei der Perityphlitis verstärkte Wirkung der Bauchpresse und die vermehrte Peristaltik erklären. — Wegen der Seltenheit einseitiger Adnexitis muss bei rechtsseitigem Sitz und gleichzeitiger Affektion des Appendix ein Kausalverhältnis notwendig angenommen werden. Dasselbe ist der Fall bei rechtsseitiger Pyosalpinx und rechtsseitiger Parametritis bei kindlichen und jungfräulichen Personen, deren Ätiologie bisher vielfach im Dunkeln bleiben musste. — Wiederholte Schmerzanfälle im rechten Hypochondrium kurz vor oder während der Menses neben gastrischen und nervösen Beschwerden bei Individuen, die früher gesund waren, müssen die Aufmerksamkeit auf das eventuelle Vorhandensein einer larvierten Appendicitis lenken. Bei jeder an einer Adnexaffektion erkrankten Frau muss schonend der Appendix untersucht werden und umgekehrt.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

Bericht über die 13. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Solingen am 3. Mai 1903.

Zunächst führt Herr Selter (Solingen) die Vereinigung in sein „Säuglingsheim“ ein: Nach kurzem Überblick über die Geschichte der Säuglingsheilstätten und der Erwähnung der Entstehung des Hauses, das ohne sachverständigen Rat, lediglich in dem Drange, wohlzutun, von der Stifterin erbaut und erst nachher von S. übernommen worden sei, schildert derselbe kurz die Zwecke des Hauses, die sich meist mit denen der bisher bestehenden Säuglingsheilstätten decken (sittlichere Form der Ammenvermittlung, Ermöglichung der Brusternährung für Kinder unbemittelter Kreise, Ausbildung von Kinderpflegerinnen, Kontrolle des Ziehmutterswesens u. s. w.), dagegen durch Aufnahme von unehelichen Müttern mit ihren Kindern für wenigstens drei Monate durch Erziehung derselben in der Gesundheitspflege sowohl ihres eigenen Körpers als auch ihres Kindes über deren Ziele hinausgehen. Zum Schluss gibt S. einen Überblick über die im ersten Vierteljahr des Betriebes verpflegten Kinder und Mütter (im ganzen 42:23).

Die weitere Sitzung der Vereinigung fand darauf im Bethesdankrankenhaus statt. Dort gibt S. zuerst eine kurze Schilderung der Schaffung von kleinen Spezialkrankenanstalten. Sodann demonstriert derselbe einen Fall von vollständigem einseitigen, angeborenem Fehlen der Bauchmuskulatur.

Darauf demonstriert Herr R e n s b u r g (Solingen) aus dem Material des letzten Jahres einige Erkrankungsfälle des Nervensystems:

1. Drei Hirnverletzungen:

- a) Verletzung mit einer Piule, Verlust an Gehirnsubstanz in Kleinfistelgröße in der Gegend des hinteren Stirnhirnes bis auf die Zentralwindungen. Drei Tage Bewusstlosigkeit, dann glatte Heilung, anfänglich totale halbseitige Lähmung, die sich zum Teil

- wieder zurückbildete, so dass der Junge den Fuss unter Hinken benutzen, ebenso gröbere Bewegungen mit der Hand ausführen kann;
- b) ein Gehirnabszess nach einer perforierenden Verletzung in der Gegend der Bewegungszentren mit vollständiger halbseitiger Lähmung. Trepanation, Eröffnung und Drainage des Abszesses, vollständige Rückkehr der Bewegungsmöglichkeit;
 - c) eine symptomlos in das Stirnhirn eingeheilte Flobertkugel.
2. Drei Fälle angeborener, spastischer Lähmungen:
- a) Zwei Kinder eines Potator strenuus, beide zeigen das typische Bild der von Little beschriebenen Lähmung (Steigerung der Reflexe, Fussclonus, Strabismus, Intelligenzdefekte; Hautreflexe normal); ein dritter Bruder an gleicher Krankheit gestorben, sonst in der Familie keine Geistes- oder Nervenkrankheiten;
 - b) ein sechsjähriger Junge, der unfähig zu gehen, zu stehen und zu sitzen einen bei Ablenkung der Aufmerksamkeit verschwindenden Spasmus sämtlicher Glieder zeigt. Bei Bewegungsversuchen ataktische Bewegungen; der Spasmus steigert sich bei diesen wesentlich; Sehnenreflexe eher abgeschwächt als lebhaft, kein Fussclonus, dagegen Hautreflexe stark gesteigert; eine einfache Berührung löst eine spastische Kontraktur des ganzen Körpers aus. Intelligenz ziemlich normal, Sprache unbeholfen, jedoch kann der Junge alles sagen. Die Diagnose bleibt zweifelhaft.
3. Eine Athyreosis im 18. Lebensjahre; durch fünfmonatliche Thyreoidinbehandlung in der gewöhnlichen Weise beeinflusst. Wachstum in dieser Zeit 10 cm.

Herr Heilmann (Solingen) demonstriert alsdann einen Tumor des Mediastinum anticum, der Leiche eines dreijährigen Mädchens entnommen, der klinische Erscheinungen von seiten des Respirations- und Zirkulationsapparates geboten hatte. Die ersterwähnten, auch zuerst beobachteten Respirationsstörungen bestanden in Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, sowie im Auftreten von Stridor beim lauten Schreien. Daneben hatten sich Ödeme der Brust- und Gesichtshaut, sowie Erweiterung der Brusthautvenen eingestellt. Ausserdem waren beträchtliche Anschwellungen der dicht oberhalb der Clavicula gelegenen Halslymphdrüsen zu bemerken. Anatomisch handelte es sich um einen zur Gruppe der Lymphosarkome gehörigen sehr weichen Tumor, der zu Kompression der Trachea und des rechten Bronchus geführt hatte und einmal in die Lunge am Hilus hineingewachsen war und weiter zu lymphomatöser Umwandlung des dem Herzbeutel aufliegenden Fettgewebes geführt hatte.

Im Anschlusse an diesen Fall berichtet H. über die im Mediastinum anticum vorkommenden Geschwülste und deren Ausgangspunkt, sowie über die sich in der Literatur findenden Anhaltspunkte zur Bestimmung des Ausgangspunktes der Lymphosarkome. Zum Schlusse macht er auf die Unhaltbarkeit der Annahme einer mechanischen Einwirkung des Thymus auf die Trachea und dadurch herbeigeführten Tod aufmerksam, wenn in solchen Fällen eine Verengung der Trachea nicht erwähnt wird.

Herr Paffenholz (Düsseldorf) trug hierauf ein Sammelreferat: „Über Ätiologie und Pathologie der Magendarmkrankheiten des Säuglings“

vor. Da es sich zu kurzem Referate nicht eignet, kann hier nicht darüber berichtet werden, es wird in extenso erscheinen. Rey (Aachen).

Zwei Beobachtungen von primitiver Nasendiphtherie. Von Helot. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, Januar 1903.)

Es handelt sich in einem dieser Fälle um einen dreijährigen Knaben, welcher seit 15 Tagen an Appetitlosigkeit, Fieber, Kopfschmerzen und schleimig-eitrigem, übelriechendem Ausflusse aus der Nase litt. Seit drei Tagen war die Nase vollständig verstopft; im Rachen war nichts zu sehen. Die lokale Untersuchung zeigte die Nasengänge von Pseudomembranen ausgekleidet, und ergaben die Kulturen das Vorhandensein von Diphtheriebazillen; auch die Einimpfung auf Meerschweinchen fiel positiv aus. Es wurden 10 cc. Antidiphtherieserum eingespritzt, und war am folgenden Tage eine Besserung des Zustandes zu konstatieren. Nach 3 Tagen waren keine Pseudomembranen mehr sichtbar, und nach 10 Tagen konnte der Kranke als geheilt betrachtet werden, doch blieb ein schleimig-eitriger Ausfluss zurück, und konnten in demselben selbst nach 21 Tagen noch virulente Diphtheriebazillen nachgewiesen werden.

Der zweite Fall betraf ein 4 $\frac{1}{2}$ jähr. Mädchen, welches seit 8 Tagen an Nasenbluten und schleimig-eitrigem Ausflusse aus dem rechten Nasenloche litt, doch war der Allgemeinzustand ein recht guter. Bei der rhinoskopischen Untersuchung wurden dicke Pseudomembranen gefunden und mikroskopisch der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen. Es wurden 10 cc. Antidiphtherieserum eingespritzt, und nach 7 Tagen waren die Pseudomembranen verschwunden; nach weiteren 7 Tagen fiel auch die Untersuchung auf Diphtheriebazillen negativ aus. E. Toff (Braila).

Über „larvierte“ Angina diphtherica und follicularis. Von Simon Schön-Ladniewski. (Jahrb. f. Kinderheilkde. 1903, Heft 4.)

In vereinzelt Fällen hat die Diphtherie einen latenten Charakter, indem sie eine gewisse Zeit hindurch das Bild einer Angina catarrhalis bildet und erst später die weissen Membranen im Rachen auftreten. Heubner war der erste, der auf diese schleichende Form der Diphtherie aufmerksam gemacht und sie als „larvierte“ Diphtherie bezeichnet hat.

Der spärlichen Literatur über diesen Gegenstand fügt Sch. die Beschreibung zweier Fälle hinzu, von denen der letztere in prägnantester Weise zeigt, dass die Diphtherie vielfach eine Art Prodromalstadium in der Form einer katarrhalischen Halsentzündung hat.

Daraus geht hervor, dass wir nach dem Konstatieren einer Angina catarrhalis die Eltern immer zur täglichen Untersuchung des Rachens auf Membranen auffordern müssen, um event. noch rechtzeitig die Injektion vornehmen zu können.

Denselben schleichenden Charakter wie bei Diphtherie beobachtete Sch. auch in ca. 10 Fällen von Angina follicularis. Er sah Kinder, welche 3—4 Tage fieberten, bei denen trotz vielfacher Untersuchung die Ursache der erhöhten Temperatur nicht eruiert werden konnte. Der Rachen bot bei ihnen ganz normalen Befund oder eine ganz unbedeutende Röte. Am 3. oder erst am 4. Tage fanden sich die Mandeln mit weissen Pfröpfchen besetzt. Für diese Form der Angina follicularis schlägt er ebenfalls die Bezeichnung „larvata“ vor. Schnell (Egeln).

Das Diphtherieheilserum, seine Wirkungsweise und Leistungsgrenzen bei operativen Larynxstenosen. (Aus dem Kinderspital in Basel.) Von E. Wieland. Habilitationsschrift (Jahrb. f. Kinderheilkde. N. F. Bd. LVII.)

Verf. gelangt auf Grund der im Baseler Kinderspital gemachten Beobachtungen über das Diphtherieheilserum zu folgenden Schlüssen: 1. Die Spitalstatistik, die klinische und namentlich die anatomische Beobachtung (Sektionsbefunde!) lehren übereinstimmend einen günstigen Erfolg der Serumbehandlung auf die Diphtherie und speziell auf die schwere, operative Eingriffe erheischende diphtheritische Larynxstenose. 2. Die Wirksamkeit des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie und speziell beim Krupp ist wesentlich eine lokale, gegen den örtlichen Krankheitsprozess auf der Schleimhaut des Respirationstraktes gerichtete und äussert sich ebenso sehr in beschleunigter Rückbildung, als in Verhinderung weiterer Ausbreitung der gebildeten Pseudomembranen. 3. Die Leistungen der Serumtherapie sind desto zuverlässiger, je frühzeitiger die Behandlung einsetzt. Die Prognose des einzelnen Falles hängt jedoch nicht in erster Linie von der Krankheitsdauer, sondern vom Grade der bestehenden Allgemeininfektion ab, welcher unabhängig von der Krankheitsdauer durch die Virulenz der Infektion und durch die individuelle Giftempfänglichkeit bestimmt wird. 4. Die besten Erfolge erzielt das Heilserum bei den langsam verlaufenden (schwach toxischen) Fällen, bei denen es früher fast regelmässig zu absteigendem Krupp und zum Erstickungstode kam. Sogar verschleppte Krankheitsfälle dieser Gattung geben unter Serumbehandlung noch gute Resultate. 5. Je rascher und toxischer der Verlauf (bei bösartigem Epidemiecharakter virulenter Infektion, gesteigerter individueller Giftempfänglichkeit), desto geringer sind die Heilchancen der Serumbehandlung. Insbesondere lassen sich die im Basler Kinderspital beobachteten Misserfolge trotz frühzeitiger Serumbehandlung, mit einer Ausnahme, kaum anders als durch die unzulängliche, mit der Lokalwirkung vielfach nicht Schritt haltende Wirksamkeit des Heilserums gegenüber den giftigen Diphtherieprodukten solcher Fälle erklären. Bloss ganz frühzeitige, möglichst bald nach erfolgter Infektion ausgeführte Seruminjektionen gewähren bei toxischem Verlauf mit einiger Sicherheit Aussicht auf Heilerfolg. (Beweis: Die bisher ausnahmslos günstigen Resultate der Serumbehandlung bei den sogleich nach Ausbruch der ersten Krankheitserscheinungen „gespritzten“ Spitalinfektionen.) 6. In den wenig günstigen Resultaten des Heilserums bei toxischen Fällen dürfte ferner in erster Linie der Grund zu suchen sein, weshalb die in Basel seit Jahrzehnten registrierten unregelmässigen Schwankungen der städtischen Diphtheriemortalität seit Einführung der Serumbehandlung nicht verschwunden sind und auch in Zukunft nie ganz verschwinden werden, und weshalb die Spitalletalität gerade der schweren operativen Kruppfälle nach wie vor starkem Wechsel unterliegt. 7. Angesichts der überwiegenden Lokalwirkung des Heilserums bei der menschlichen Diphtherie bestehen einstweilen keine zwingenden Gründe, in den giftbindenden Eigenschaften des Serums, nach Analogie der in vitro und im Tierkörper nachgewiesenen spezifischen Vorgänge, das Hauptmoment für das Zustandekommen der Heilung auch beim Menschen zu erblicken. Vielmehr scheint, nach dem Ergebnis vorstehender Unter-

suchungen zu schliessen, die Bedeutung des Serums gegenüber den toxischen Diphtherieprodukten zum grösseren Teil in einer bloss indirekten, weitere Giftproduktion verhütenden, prophylaktischen Wirksamkeit zu liegen, während die Unschädlichmachung der bereits gebildeten, rasch ins Blut und in die Gewebe aufgenommenen Toxine zum Teil wohl auch dem Heilserum, zum grösseren Teil aber den verschiedenen giftwidrigen Faktoren, über welche der Organismus verfügt, überlassen bliebe.

8. Das Behringsche Serum ist somit nach unseren Untersuchungen ein zwar äusserst wertvolles, aber doch kein absolut, d. h. kein in allen Fällen klinisch echter Diphtherie gleich sicher zum Ziele führendes Heilmittel. Andererseits lassen die in immer grösserer Anzahl veröffentlichten Immunisierungsversuche Gesunder kaum mehr daran zweifeln, dass das Serum in fast allen Fällen mindestens für kurze Zeit ein durchaus zuverlässiges Prophylaktikum ist. Zur Vermeidung der namentlich bei schwerem Epidemiecharakter (Häufung toxischer Fälle) sicher zu erwartenden zahlreichen Misserfolge der Serumbehandlung scheinen uns daher Massnahmen zur Verhinderung der diphtherischen Infektion durch prophylaktische Immunisierung Gesunder und von Ansteckung Bedrohter (z. B. der Angehörigen Erkrankter) angezeigt zu sein. (Dauer des Impfschutzes 3 Wochen.)

Die intramuskulären Injektionen von Sublimat in seltenen und massiven Dosen zur Behandlung der Luës bei Kindern.

Von George Lupescu (Gustav Weinberg). Inaugural-Dissert. Jassy, 1902.

Verfasser betrachtet das Sublimat in intramuskulären Einspritzungen als ein ausgezeichnetes Mittel zur Behandlung der Luës bei Kindern, und ist es den unlöslichen Quecksilberpräparaten, welche in massiven Dosen schwere Zufälle bewirken können, bei weitem vorzuziehen. Der durch die Einspritzung hervorgerufene Schmerz ist unbedeutend und verschwindet rascher als bei Erwachsenen; andererseits kann das Präparat mathematisch genau dosiert werden; die Wirkung ist eine schnell einsetzende, was namentlich bei schweren syphilitischen Affektionen von Wichtigkeit ist. Gewöhnlich genügen 3—5 Einspritzungen, um die syphilitischen Symptome zum Schwinden zu bringen. Um Rezidiven vorzubeugen, sollen die Injektionsserien im Laufe der ersten zwei Jahre zeitweilig wiederholt werden. Man macht die Einspritzungen alle sechs bis acht Tage und dosiert im Verhältnis zum Alter des Kindes. Ausser der spezifischen Behandlung soll auch eine nichtspezifische durchgeführt werden: hygienische Lebensweise, Luftwechsel, Bäder etc. Die Nieren sollen überwacht und gleichzeitig auch eventuelle parasymphilitische Affektionen behandelt werden.

E. Toff (Braila).

Neue Fälle von infantilem Skorbut. Von J. Comby. (Arch. de méd. des enfants, April 1903.)

Der Kinderskorbut oder die Barlowsche Krankheit gehört zu den oft verkannten Erkrankungen, was um so bedauerlicher ist, als in den bezeiten erkannten Fällen eine richtige Therapie oft wahre Wunder wirkt, während sonst die Kinder dem Tode entgegengehen können. Ätiologisch findet man in diesen Fällen die Tatsache, dass die Kinder ausschliesslich mit verschiedenen Milch- und Mehlkonserven genährt wurden. Gärtner-

sche Milch, sterilisierte Milch können Skorbut bewirken, und dürfte der Grund in den Veränderungen, welchen die Milch durch diese Präparierungen unterworfen ist, zu suchen sein. Als Hauptsymptome sind harte Schwellungen der Glieder, verbunden mit grosser Schmerzhaftigkeit derselben (schmerzhafte Pseudo-paraplegie), zu erwähnen, ferner subperiostale Hämatome an den Tibien, Purpuraflecken und die klassischen Skorbutveränderungen des Zahnfleisches, bestehend in starker Schwellung, Ekchymosierung, Ulcerierung desselben mit Neigung zu Blutungen, doch treten diese Veränderungen an der Mundschleimhaut oft spät hervor, und die kleinen Patienten werden oft, selbstverständlich erfolglos, auf Rheumatismus, Arthritis, Coxalgie, infantile Paralyse etc. behandelt.

Die Therapie dieses Zustandes besteht in Weglassen der Konservenernährung, Verabreichung von frischer gekochter Milch, von etwas Erdäpfelpüree, Trauben- oder Orangensaft, Saft von rohem Fleische etc. Gleichzeitig harte Matratze und fleissiges Lüften des Zimmers.

C. rät bei allen mit sterilisierter Milch oder sonstigen industriellen Konserven ernährten Kindern auf der Hut zu sein, um gleich bei Auftreten der ersten Skorbut Symptome zweckentsprechend einschreiten zu können.

E. Toff (Braila).

Die Überernährung kleiner Kinder bei konsumierenden Krankheiten.

Von L. Fürst. (Arch. f. physikal.-diät. Therap. Novbr. 1902.)

Nach Verf.'s Ansicht hat die Überernährung bei Kindern hauptsächlich bei zwei Krankheiten einzutreten, nämlich bei der Tuberkulose und dem subakuten und chronischen Intestinalkatarrh.

Wie sich die Verhältnisse dabei mutatis mutandis nach etwa vier Entwicklungs-Perioden des Kindes gruppieren lassen, versucht F. folgendermassen zu skizzieren:

I. Vom 1.—4. Monat ist auch für die Überernährung Milch der einzige Faktor, mit dem man zu rechnen hat. Handelt es sich um die Ernährung an der Mutter- oder Ammenbrust, dann muss einem solchen dekrepiden Kinde eine besonders fettreiche, konzentrierte Milch geboten werden, worauf bei eventueller Auswahl der Stillenden zu achten ist. Findet jedoch eine sogenannte künstliche Ernährung statt, so kommt, wenigstens für unsere Verhältnisse, ausser der nur gelegentlich verfügbaren Ziegenmilch doch regulär nur die Kuhmilch in Frage, und zwar entweder als eine vorzügliche Vollmilch (d. h. sehr gute, nicht entfettete, unveränderte Milch), oder als Fettmilch (durch Centrifuge oder Rahmzusatz überfettete Milch), oder als eine überfettete, durch Trypsinbehandlung (nach Backhaus) von ungelöstem Kasein tunlichst befreite Milch. Alle diese drei Arten sind zur Fettanreicherung des ganz kleinen Kindes recht wohl geeignet, vorausgesetzt, dass die Milch selbst tadellos und frei von Keimen, speziell von pathogenen Bazillen ist, mag man dieselben nun als Tuberkelbazillen des Menschen oder als Perlsuchtbazillen des Rindes auffassen. Noch ist die Frage über die Identität beider Bazillenformen, über die Immunität des Kindes gegen die Perlsuchtbazillen der Kuhmilch, über die Nichtübertragbarkeit der Tuberkulose vom Rind auf den Menschen unentschieden. Aber der enorme Prozentsatz der morphologisch und kulturell nahezu gleichen Bazillenformen, die man bei der erschreckend stark in deutschem Milchvieh verbreiteten Perlsucht

nachgewiesenermassen in der Milch findet, weist doch mit zwingender Notwendigkeit darauf hin, hierin eine Gefahr für das Kind zu erblicken. Und daran ändert auch die relative Seltenheit primärer Darm- und Mesenterialdrüsen-Tuberkulose bei Kindern nichts, da wir wissen, dass trotzdem eine Allgemein-Infektion, oder eine Lokalisation entfernt von der Invasions-Stelle, nicht ausgeschlossen ist. Es ist allerdings ein schwacher Trost, dass ein kurzes Abkochen die Tuberkelbazillen abtötet, aber nur zu oft wird die Milch lediglich etwas erwärmt, also mit noch lebenden, virulenten Bazillen dem Kinde gereicht.

Die Milch vieler deutschen Sammel-Molkereien ist also, wenn sie nicht an Ort und Stelle des Ursprungs und vor dem Weitertransport pasteurisiert wird, keineswegs einwandfrei und erheischt mindestens die grösste Vorsicht. Ein ganz unbedenkliches, weil aus bakterienfreier Milch von notorisch perlsuchtfreiem Schweizer Alpenvieh hergestelltes Präparat, die kondensierte Milch, z. B. die von Nestlé, ist für besondere Fälle, in denen es sich um rasche Fettanreicherung mit sterilem, stets gleichmässigem Material handelt, jedenfalls sicherer und zuverlässiger.

II. Vom 5.—12. Monat, in welche Zeit das Zahnen, das Stehen- und Gehenlernen fällt, muss das Kind, das überernährt werden soll, eine ihm angenehme, sein Hungergefühl stillende, Fettansatz begünstigende Breikost erhalten. Verfügt man über zweifellos gute Vollmilch oder Fettmilch, die garantiert frei von noch entwicklungsfähigen Tuberkelbazillen ist, so mag man Griess- oder Zwiebackbrei mit solcher, unter Zuckerzusatz, herstellen. Bequemer und durch die Keimfreiheit sicherer ist die Herstellung des Milch-Zwiebackbreies aus dem Nestlé-Mehl, welches ja kein Mehl, sondern ein mit kondensierter Schweizer-Milch vermisches, genügend versüßtes und ohne weiteres gebrauchsfertiges Zwiebackmehl ist und vermöge seines Gehaltes an Kohlehydraten, Phosphaten etc. sehr bald, ohne zu Verdauungsstörungen oder Drüsenschwellungen zu führen, Fettansatz und Gewebszunahme bewirkt. Da es seines angenehmen Geschmacks und Aromas wegen gern von den Kindern genommen, nie zurückgewiesen wird, so eignet es sich ganz ausserordentlich zur Mastkur für herabgekommene, mager, schlaff und kraftlos gewordene kleine Patienten, speziell in der Rekonvaleszenz. Das Günstige dieses Diätetikums ist, dass es eines Zusatzes von frischer Milch nicht unbedingt bedarf, sondern ebensogut mit heissem Wasser bereitet werden kann, während es natürlich, falls abgekochte und unbedingt bakterienfreie Fettmilch zur Verfügung steht, auch mit dieser zu einem Brei verwendet werden kann. Ein weiterer Vorzug ist die stete Gleichmässigkeit des von mir nun schon seit 30 Jahren auf Grund vielfacher eigener Erfahrung gern verwendeten Nestlé-Mehls; denn wir wissen, dass diese die Hauptbedingung des Erfolges ist, weil sie interkurrente Krankheiten des Magens und Darms verhindert.

III. In der Zeit vom 12.—18. Monat wird die Nahrung abwechslungsreicher und etwas konsistenter gegeben, aber immer noch mit Milch oder Milchprodukten als Basis. Der erwähnte Milchzwieback- oder besser Nestlé-Brei wird dreimal täglich behufs Überernährung weiter gereicht; ausserdem Kakao, falls man über absolut reinen verfügt. Maltose-Präparate sind ebenso wie tatsächlich dextrinierte Mehle vielfach beliebt, um den Fettansatz zu steigern, sollen aber nur dann gegeben werden, wenn sie wirklich frei von unaufgeschlossenem Stärkemehl sind. Leider

entsprechen viele, als völlig assimilierbar empfohlene Präparate dieser Anforderung nicht oder nur unvollkommen.

IV. Die Periode des 19.—24. Monats ist dadurch charakterisiert, dass das Überwiegen der Milchnahrung etwas zurücktritt. Es kommt jetzt auch die Fleischbrühe zu ihrem Rechte, und sie ist in guter Konzentration, sowie mit passenden Einlagen der Suppen (Griess, Graupen, Sago, Reis, Nudeln, Eiergräupchen) sowie mit schleimigen Vehikeln (Haferschleim etc.) für die Überernährung nicht zu unterschätzen. Auch leichte Mehlspeisen, Eier, Taube und dergleichen sind als willkommene Abwechslung anzusehen.

Vom 3. Jahre an vollziehen sich allmählich die Übergänge zur Kräftigungsdiät heranwachsender Kinder, auf die wir hier nicht eingehen können.

Die konzentrierten, hochgradig assimilierbaren Eiweisspräparate vegetabilen und animalen Ursprungs kommen erst von dieser Zeit an als Unterstützungsmittel in Frage, können aber natürlich eine substantielle, sättigende Diät nicht ersetzen. Denn sie sind, ebenso wie die Albumosen und Peptonpräparate, nur bis zu einem gewissen Grade resorptionsfähig, Fettansatz begünstigend; überschreiten sie diesen Grad, so verursachen sie leicht Diarrhöen und Fettzerfall.

Von wesentlichem Nutzen aber sind für die Anregung der Magenerven und für die Begünstigung der osmotischen Verhältnisse im Darm die Salze, wie wir sie z. B. im Liebigschen Fleischextrakt, im Maggischen Suppenkräuter-Extrakt (Würze) besitzen. Denn obwohl nur Genuss- und nicht Nährmittel, haben solche Substanzen doch den grossen Wert, die Aufnahmefähigkeit des Organismus zu erhöhen und dadurch erst eine Überernährung auf durchgreifende Weise zu ermöglichen.

Laktagol, ein Laktagogum. Von Beckmann. (Deutsche Medizinalztg., 28. Mai 1903.)

Die Agrikulturchemie sowohl wie der praktische Landwirt bestreben sich, die Milchproduktion durch geeignete Fütterung, Behandlung des Viehes und Zuchtwahl zu erhöhen; Lehrbücher und Fachzeitschriften für Landwirtschaft haben über diesen Gegenstand während der letztvergangenen Jahrzehnte eine grosse Anzahl zum Teil recht umfangreicher und sorgfältiger Arbeiten gebracht. — Nachdem Dr. Emil P o t t (Die landwirtschaftlichen Futtermittel) das Baumwollsaatmehl mit einem Totalstickstoffgehalt von 42,3% empfohlen, versuchte Dr. B. Beckmann in Hamburg zu diesem Zweck das aus dem Baumwollsaatmehl hergestellte, die wirksamen Bestandteile desselben in konzentrierter Form enthaltende, von der Vasogenfabrik Pearson & Co. in den Handel gebrachte L a k t a g o l Pearson bei Kühen. Die günstigen Resultate des Tierversuchs veranlassten ihn, auch am Menschen die laktagoge Wirkung zu erproben, nachdem er zunächst am eigenen Körper wie im Familien- und Bekanntenkreise die Bekömmlichkeit und Abwesenheit von Nebenerscheinungen festgestellt. Das Laktagol ist ein feines, gelblich weisses Pulver von nicht unangenehmem Geschmack, in Wasser unlöslich, doch lässt es sich, damit angerührt, leicht emulsionartig aufschwemmen und schmeckt besonders in Milch ganz angenehm. Da die normale tägliche Milchsekretion einer stillenden Frau ungefähr den 15. Teil des täglichen Durchschnittsertrages einer guten Milchkuh beträgt, so verwandte Beckmann auch den 15. Teil, nämlich

10—12 g oder 3—4 gehäufte Theelöffel pro Tag, der Laktagoldosen, welche bei Tierversuchen den günstigsten Erfolg zeitigt hatten. Die Erfolge entsprachen vollkommen den Erwartungen, und scheint das Laktagol der besonderen Beachtung wert zu sein, denn die Bestrebungen, welche dahin gehen, die Mütter zum Selbststillen zu veranlassen, erhalten durch das Laktagol die Möglichkeit auf schnellere und bessere Verwirklichung, da die Anregungsmittel für die Laktation, welche bisher angewandt wurden, wie Malzbiere, eiweisshaltige Nährpräparate u. s. w., so wenig und ungenügend wirksam sind, dass man in vielen Fällen von ihrer Anwendung absieht. Die absolute Unmöglichkeit, ein der Frauenmilch gleiches Präparat herzustellen, die grossen Verschiedenheiten der Frauenmilch und der Kuhmilch und schliesslich die grossen Schwierigkeiten einer nach allen Ansprüchen der Physiologie und Hygiene richtig durchgeführten künstlichen Ernährung werden immer den Wunsch des Arztes, die Mütter zum Selbststillen zu veranlassen, von neuem anregen, und ist es mit Freude zu begrüssen, in dem Laktagol ein Präparat gefunden zu haben, welches berufen erscheint, auf diesem Gebiete als Spezifikum Hervorragendes zu leisten.

Kühner (Coburg).

Abnabelung. Von Lüsebrink. (Ref. Deutsch. med. Wochenschr. 1903 No. 7.)

Auf der Univers.-Frauenklinik in Giessen wird jetzt folgende Abnabelungsmethode geübt:

1. Abnabelung etwa sechs Minuten nach der Geburt gemäss der Vorschrift des Preussischen Hebammenlehrbuches.

2. Nach erster Besorgung der Mutter, sowie nach Reinigung und Bad des Kindes, also ungefähr 20 Minuten post partum, definitive kurze Abnabelung: die Hebamme bindet mit einem sterilen, geflochtenen, dicken Seidenfaden den Nabelstrang ungefähr 2 mm von der Epidermisgrenze des Nabelkegels ab. Es wird ein doppelter (chirurgischer) Knoten geschlungen und sehr fest angezogen, darauf nochmals ein chirurgischer Knoten und darüber ein einfacher Schlussknoten gelegt. Nun wird etwa 4 mm weiter der Nabelstrang mit einer sterilen Schere abgesetzt. In der Schnittfläche ragen stets die drei Gefässstümpfe etwas hervor und werden bis zum allgemeinen Schnittniveau zurückgeschnitten. Mit einem sterilen Tupfer wird nun alles nochmals gesäubert, dann eine dicke Schicht sterilen Dermatols aufgedudert und darüber mit etwas sterilem Mull ein einfacher Verband angelegt. Der Verband wird weiterhin ausser nach dem Bade nur gewechselt, wenn er durchnässt ist. Der Wechsel geschieht stets in typischer Weise: vorsichtige Säuberung, Trocknung mit sterilem Lappchen, Bepudern mit Dermatol, darüber leichter Mullverband.

Der Heilungsverlauf gestaltet sich fast immer folgendermassen: Meist schon am zweiten Tage ist eine Austrocknung des sanduhrförmigen Nabelstrangrestes vorhanden. Der früher prominente Nabelkegel ist eingezogen, so dass die Schnittfläche entweder im oder bereits unter dem Niveau der umgebenden Bauchhaut liegt und so vor den meisten Insulten geschützt ist. Unter sehr mässiger Sekretion am Demarkationsringe wird der Nabelstrang nach wenigen Tagen abgestossen. Der dann noch restierende Granulationspfropf ist sehr klein und überhäutet sich für gewöhnlich in spätestens zwei Tagen.

S c h n e i l (Egeln).

Die angeborenen serösen Cysten des Halses. Von Victor Veau.
(Archives de méd. des enfants, April 1903.)

Im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall macht V. eine längere Studie über die Natur und Entwicklung der angeborenen serösen Cysten des Halses. Er hatte Gelegenheit, ein 21 Monate altes Kind zu sehen, welches seit der Geburt eine stetig wachsende Schwellung der rechten Halsseite darbot. Dieselbe hatte die Grösse einer Faust erreicht, erstreckte sich zwischen Unterkiefer, Sternocleidomastoideus und Clavicula, war ausserordentlich weich, so dass man den Eindruck einer Pseudoreduktibilität gewann. Die Entfernung gelang ohne besondere Schwierigkeit, da die Cyste mit der Umgebung keine festeren Verwachsungen hatte, doch fand man in dieselbe eindringend die III. und IV. Wurzel des Brachialplexus, die durchschnitten wurden, letztere unterhalb der Abgangsstelle des Phrenicus. V. hält diese Cysten für in der Entwicklung zurückgebliebene Teile des lymphatischen Systems. Es existieren normalerweise am Halse der zwei- bis dreimonatlichen Embryonen lymphatische Hohlräume, welche in ihrer feineren Struktur an die in Rede stehenden Cysten erinnern. Im weiteren Verlaufe des embryonalen Lebens bilden sich diese Hohlräume zurück, doch ist es möglich, dass auf irgend eine Weise eine Störung in dieser Rückbildung eintritt und es zur Cystenbildung kommt. In manchen Fällen beobachtet man eine Verbindung zwischen diesen Cysten und der Vena jugularis interna, was auch bei den erwähnten lymphatischen Hohlräumen gefunden wird. Später schliesst sich dieser Verbindungskanal, doch kann eine kleine Öffnung fortbestehen, und man findet dann Cysten mit blutigem, statt mit serösem Inhalte.

E. Toff (Braila).

Allgemeine Indikationen für die Behandlung des angeborenen pes varus-equinus. Von A. Broca (Paris). (Revue pratique d'obstétr. et de pédiatrie, April 1903.)

B. ist der Ansicht, dass die Behandlung des angeborenen Klumpfusses gleich in den ersten Tagen nach der Geburt unternommen werden soll. Man beginnt mit der orthopädischen Redressierung, indem man sich anfangs nur mit der Korrektur der Varusstellung beschäftigt; die Einwärtsbeugung und Supination wird korrigiert und man legt dann eine Flanellbinde an, um den Fuss in der richtigen Stellung zu erhalten. Nach etwa 15 Tagen beginnt man auf gleiche Weise die Redressierung der Equinusstellung. Gelangt man nach fünf bis sechs Wochen zu keinem bleibenden Resultat, so ist die Durchschneidung der Achillessehne angezeigt, und ist Verf. für die offene Durchtrennung, um auch die sich spannenden Ligamenta tibio-calcanea vollständig durchschneiden zu können. In den meisten Fällen gelingt es, auf diese Weise ein ästhetisch und funktionell gleich ausgezeichnetes Resultat zu erzielen. Nur wenn die erwähnte Behandlung misslingt, was bei schweren oder vernachlässigten Klumpfüssen vorkommen kann, ist B. für eingreifendere, blutige Operationen, obwohl auch die Redressierung nach Lorenz oft gute Resultate ergibt.

Unter den blutigen Operationen ist die Methode von Phelps nicht immer imstande die Difformität zu korrigieren, während die Tarsektomie einen verkürzten, breiten, wenn auch funktionell guten Fuss ergibt. B. ist daher der Ansicht, dass die Entfernung grosser Knochenteile vermieden

werden soll. Man beginne bei Kindern und Halberwachsenen mit der Resektion des Astragalus- und Calcaneuskopfes, worauf ein Gypsverband angelegt wird. In weiterer Folge ist eine orthopädische und Massagebehandlung von Wichtigkeit, da die Resultate aller Eingriffe zum grossen Teile auch von der Funktionierung der in Betracht kommenden Muskeln abhängt.

E. Toff (Braila).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Die Behandlungsmethoden des Keuchhustens. Von M. Rocques. Inaugural-Dissertation. Paris, Nov. 1902.

R. gibt eine historische Übersicht aller gegen Keuchhusten empfohlenen Mittel und Prozeduren und gelangt zu dem Schlusse, dass derzeit ein spezifisches Medikament gegen diese Krankheit nicht existiert. Am vorteilhaftesten scheint noch folgendes Vorgehen zu sein: im ersten Stadium wende man eine einfache antikatarrhalische Behandlung an, im zweiten Stadium Belladonnasirup und Zimmeraufenthalt, später Bromkali gegen Ende dieser Periode und in der dritten Periode Luftwechsel und Lebertran.

E. Toff (Braila).

Formalin bei Diphtherie. Von Zdekauer.

Bei einer Scharlachepidemie, die vielfach mit echter Rachendiphtherie verbunden war, hat Z. den diphtheritischen Belag direkt mit Formalinpinselungen resp. -einreibungen behandelt, indem er einen in reines Formalin (40 % Formaldehydlösung) getauchten Wattebausch ordentlich ausdrückte, denselben an ein Holzstäbchen mittels eines Fadens befestigte und die affizierten Stellen damit einrieb; etwaige Würgebewegungen, die dabei vorkommen, sind günstig, indem durch dieselben die Tonsillen vorgedrängt werden, wodurch auch die rückwärtigen Partien für den Bausch zugänglich werden. Gegen das nach dem Pinseln auftretende Brennen Trinkenlassen von Wasser oder Milch. Intoxikationserscheinungen hat Verf. nie beobachtet. Die Erfolge waren günstig, besonders bei einer schweren D. mit septischen Erscheinungen. Die gepinselten Tonsillen schrumpften stark.

(Prag. med. Wchschrft. 1902.)

S.

Über Sauerstoffinhalationen bei Kinderkrankheiten. Von A. Hecht.

H. hat 18 Krankheitsfälle bei Kindern mit Sauerstoffinhalationen behandelt, darunter 9 diphtheritische Larynxstenosen, 4 Bronchopneumonien, 1 Chloroformintoxikation und 1 postdiphtherische Herzschwäche. In allen diesen Fällen wurden Puls- und Atmungsfrequenz kontrolliert. Die Pulszahl fiel dabei ziemlich konstant ab, die bei schwerer Asphyxie maximal erweiterten Pupillen verengerten sich rasch, das Sensorium wurde klarer, die Cyanose besserte sich, während die Symptome der Dyspnoe zumeist schwanden. Die Indikation zu O-Inhalationen ist nach Verf. dann ge-

geben, wenn durch CO₂-Überladung oder sonstige toxische Einflüsse Nachlass der Herzkraft (Tachykardie) eintritt. Die O-Inhalation kann nach erfolgter Seruminjektion die Verschiebung operativer Eingriffe durch Unterstützung der Herzaktion wesentlich fördern.

(Jahrb. f. Kdrhlkde. 1903.)

S.

Engel empfiehlt die Anwendung der Schultzeschen Schwingungen bei der Bronchiolitis und katarrhalischen Pneumonie junger Kinder, und zwar als letztes Mittel in den verzweifelten Fällen, wo die obere Bauch- und die untere Rippengegend, statt bei der Inspiration hervorgewölbt zu werden, stark einsinken, wenn Krämpfe und Cyanose eintreten, wenn das Sensorium benommen ist und der vorher stark gespannte, wenn auch fliegende Puls klein wird. Die Schwingungen, die wiederholt lebensrettend wirkten, werden in der Weise angewendet, dass etwa dreimal hintereinander zehn ausgiebige Schwingungen mit Pausen von je fünf Minuten vorgenommen werden; sie werden im Laufe weniger Stunden häufiger wiederholt, bis die dringendste Gefahr vorüber ist. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903, No. 9.)

Schnell (Egeln).

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Thiocol. „Roche“ 0,5—1,0
Aq. destillat. 70,0
Syr. Aur. cort. 15,0
MD. 2 stündl. 1 Kaffeelöffel
Antidiarrhoicum.

Rp.

Thiocol. „Roche“ 3,0
Aq. destillat. 75,0
Syr. Aur. cort. 45,0
MDS. tgl. 1—3 Esslöffel
Tuberculos. pulm. Bronchitis chronic.

Rp.

Creosotal. 30,0
DS. 3 tgl. 3—10 Tropfen
Pertussis.

Rp.

Creosotal. 5,0
Spir. camphor.

Spir. menth. pip. aa. 1,0

Syrup. simpl. ad 100,0

MD. aufzuschütteln; alle 2 bis
6 Std. 1 Teelöffel

Masernpneumonie.
(Steiner.)

Rp.

Duotal. 0,5—1,0

DS. 3—4 mal tgl. zu nehmen.
Typhus abdominal.

Rp.

Bismutose

Mucilag. Gi. arabic. aa. 15,00

Aq. destillat. ad 100,0

MD. stdl. 1—2 Kaffeelöffel

Cholera nostr. infant.

Enterit acut. u. chron.
(Starck.)

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 5047), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XIV. Jahrg.

August 1903.

No. 8. (164.)

Inhalt: Originalien: **Klatt**, Die neuesten Arbeiten über Perityphlitis. 169. — Referate: **Petruschky**, Tuberkulöse Infektion. 180. — **Hagenbach-Burockhardt**, Pemphigus contagiosus. 181. — **Concetti**, Meningitis. 181. — **Blaker**, Empyem. 182. — **Rowley**, Empyem. 184. — **Pope**, Chorea. 184. — **Leubuscher**, Fragliche Todesursache im Säuglingsalter. 185. — **Fürst**, Laevulose. 185. — **Ausset**, Schilddrüsenbehandlung. 186. — **Liebmann**, Sprachliche Entwicklung geistig zurückgebliebener Kinder. 187. — Rezensionen: **Penzoldt** und **Stintzing**, Handbuch der Therapie der inneren Krankheiten. 3. Aufl. 188. — **Monti**, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 20. Heft. 189. — **Felichenfeld**, Gesundheitspflege des Auges. 190. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 190. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 192.

Die neuesten Arbeiten über Perityphlitis.

Von Dr. Klatt (Marienwerder).

(Schluss.)

Auch soll bei jeder wegen einer eitrigen Adnexerkrankung vorgenommenen Operation der Processus vermiformis aufgesucht und bei Erkrankungen, ja auch nur bei geringen Verwachsungen exstirpiert werden.

Zwei hierher gehörende Fälle veröffentlicht Lympius (Ver. niederrh. Chir. 1902): 27jähriges Mädchen erkrankte vor vier Jahren an Schmerzen in der Blinddarmgegend; nach einem Vierteljahr traten solche Schmerz-anfälle immer vor und nach den Menses auf; im ganzen hat sie fünf leichte Anfälle gehabt. Operation: Der Processus ist stark geschwollen, an der Basis abgeknickt, mit seinem freien Ende sind abdominelles Tubenende und Fimbrien, sowie die hintere und obere Fläche des rechten Ovarium fest verwachsen. Exstirpation, Heilung.

23jähriges Mädchen: vor drei Jahren zuerst Schmerzen, besonders zur Zeit der Menses, die auch stärker auftreten als früher. Nie Fieber etc. Die Palpation ist sehr schmerzhaft, ein runder Tumor rechts. Operation: Appendix fixiert, geschwollen, das rechte Ovarium entzündet und vergrößert.

In der Diskussion weist Linkenheld auf die Appendicitis larvata bei Frauen hin, die kolikartige Schmerzen zur Zeit der Periode mache, wegen der möglichen Verwechslung mit Nierenstein- und Gallenstein- und rechtsseitiger Salpingitis schwer zu diagnostizieren sei. Dieses Gebiet ist noch neu, von den bisher besprochenen entschieden das neueste, die Literatur ist noch gering. Von der bekannten Rührigkeit der Gynäkologen werden wir aber wohl noch weitere Aufklärung über diese, wie leicht einzusehen ist, äusserst wichtigen Verhältnisse zu erwarten haben.

Komplikationen von seiten der *Atmungsorgane* sind bei Appendicitis mehrfach beobachtet worden. Sonnenburg (Lungenkomplika-tionen bei Appendicitis. Vers. d. Ges. f. Chir. 1902) hat bei Appendicitis-operationen 5% Thrombosen und Embolien in der Lunge beobachtet, auch bei solchen Fällen, die im freien Intervall, d. h. also genügend lange Zeit nach einem Anfall, operiert worden sind. Er ist der Ansicht, dass durch die Gefässzerrung bei der Operation alte Thromben gelockert werden, oder dass unter dem Einfluss der Operation Herzschwäche und in ihrem Gefolge marantische Thrombose auftritt.

Guinard (Frz. Chir.-Kongr. 1902; Münch. m. W. 02), Über Appendicitis mit pleuritischen Metastasen, führt zwei Fälle an, wo die Pleuritis nicht per contiguitatem, sondern als septikämische Metastase auftrat. 11-jähriger Knabe, im akuten Anfall operiert, Processus verm. abgetragen, die entzündliche Läsion erstreckte sich bis zur Leber. 14 Tage nach der Operation exsudative Pleuritis links, durch Punktion nachgewiesen. Da sich der Zustand verschlechterte, Thoracotomie, Entleerung von stinkendem Eiter zwischen Lunge und Zwerchfell. — 30-jähriger Mann, mehrfache Anfälle von Appendicitis, einmal ein linksseitiges seröses Pleura-exsudat. Nach einem Jahre schwere Appendicitis und Pleuritis suppurativa dextra, Thoracotomie. Nach sechs Wochen neue Appendicitis, während derselben reichlicher Eiterausfluss aus der noch offenen Pleurafistel. G. empfiehlt infolge dieser Beobachtungen, bei gewissen Pleuritiden nach der Möglichkeit ihres Entstehens als Metastasen vom infizierten Processus vermiformis zu forschen. — Übrigens haben wir oben bereits eine hierher gehörige Angabe von Karewski über Empyeme erwähnt.

Es bleiben mir nun nur noch einige Worte über einzelne Begleitsymptome der Appendicitis übrig, vor allem über das Erbrechen. Brechreiz ist bei dieser Krankheit, da sie ja ihren Sitz in den Digestionsorganen hat, ein häufiges und nicht auffallendes Symptom; kommt es zu peritonitischer Reizung, so wird dasselbe selten vermisst werden, übrigens ist sehr hartnäckiges Erbrechen noch keineswegs ein Zeichen von besonders heftiger, etwa eitriger Peritonitis. Es ist bei einfachem serösen Exsudat manchmal in ausserordentlicher Stärke vorhanden. In jüngster Zeit ist aber mehrfach auf das Vorkommen von Bluterbrechen bei Perityphlitis-kranken hingewiesen worden. So berichtet Dieulafoy (Pariser med. Ges. 1901) über mehrere Fälle, die durch das Auftreten dieses Symptoms ausgezeichnet sind. Nach seiner Ansicht ist dasselbe nicht allzu selten, er hat in einem Jahre sechs solche Fälle gesehen. Das Bluterbrechen kann sich auch mehrmals in Zwischenräumen wiederholen; die Prognose dieser Fälle ist schlecht. Die Blutungen sind nach D. toxi-infektiose Manifestationen, da die Appendicitis nicht nur zu einer lokalen Infektion, sondern zu einer Intoxikation des ganzen Organismus führe.

Ähnliche Erscheinungen von Intoxikation sind nach D. ikterische Hautfärbung, Urobilinurie und Albuminurie.

Zypkin (Bluterbrechen bei Append., Centr.-Bl. f. Stoffw. etc. 1902) erwähnt die Veröffentlichungen von Guyot, Carles, Kirmisson und Dieulafoy und bespricht einen eignen Fall. In zehn Fällen erfolgte das Blutbrechen unmittelbar nach der Operation oder am nächsten Tage, neun davon endeten letal. In zwei andern Fällen Blutbrechen ohne Operation. Der Patient von Z. wies das Symptom öfter auf, erholte sich immer wieder, starb aber endlich an Sepsis. In andern Fällen waren durch die Sektion Hämorrhagien im Magen und Darm nachgewiesen worden; hier fehlten dieselben. Mit Rücksicht darauf, dass das Bluterbrechen zehnmal bald nach der Operation auftrat, will Z. sich für diese Fälle nicht der Erklärung Dieulafoys anschließen, sondern er meint, es könnte auch die Operation selbst zu einer Allgemeininfektion durch Aussaat des infektiösen Materials geführt haben, ähnlich wie auch Miliartuberkulose bei Operationen in tuberkulösem Material entstehen könne. Für die andern Fälle nimmt auch er toxische Einwirkungen an.

Intestinale Vergiftung infolge von Appendicitis beschreibt z. B. auch Sidney Martin (Royal Med. and Chir. Soc. London 1901). 50jähriger Mann erkrankt an Übelkeit und Durchfällen, die trotz acht Wochen langer sorgfältigster Behandlung nicht schwinden; es kommen Blässe, Abmagerung, allgemeine Schwäche und leichtes Fieber dazu. Nunmehr Resistenz in der rechten Bauchgegend; Operation; Processus geschwollen, neben ihm zwei Drüsen: Exstirpation; im Processus zwei Geschwüre, Eiter und Kotsteine. Langsame völlige Heilung.

Lenzmann (Vers. d. Ges. f. Chir. 1902). Totale Gangrän des Coecum nach Appendicitis. Der Exitus trat ein, obgleich keine Spur von Peritonitis vorhanden war, wahrscheinlich also als Folge einer Toxikämie. Die Diagnose der Perityphlitis ist, wie aus allem bisher Gesagten hervorgeht, nicht mehr so leicht, wie sie früher einmal gewesen ist. Es handelt sich jetzt eben nicht mehr darum, nur den Anfall richtig zu deuten, der diagnostiziert sich von selbst oder wird schon von dem Patienten diagnostiziert, ehe der Arzt kommt; sondern es handelt sich darum, in der Zeit vor oder nach dem Anfall eine Diagnose zu stellen und über den anatomischen Zustand des Processus vermiformis und des Bauchfells sich klar zu werden.

Was den letzteren Punkt anbetrifft, so haben wir ja bereits oben die extreme Lehre von Sonnenburg und den für die Praxis wohl brauchbareren Standpunkt Rinnes kennen gelernt. Jedenfalls steht das fest, dass auch wir praktischen Ärzte allmählich zu der Überzeugung kommen müssen, dass mit der Diagnose „Perityphlitis“ allein nicht viel anzufangen ist. Und da werden uns die Ausführungen von Rinne sicher sehr zugute kommen.

Eine besondre Sorgfalt und Umsichtigkeit erfordern aber alle jene chronischen, larvierten, latenten Fälle (Nothnagel), bei denen der chronische Entzündungsprozess unter allen möglichen unklaren und vieldeutigen Symptomen verläuft, um plötzlich akut aufzuflammen und den nichts ahnenden Patienten vor die Gefahr einer tödlichen Perforation zu bringen. Diese „präliminaren Zustände“, wie Karewski sie in seiner

oben näher zitierten Arbeit nennt, gilt es daher vor allem zu kennen und zu deuten. Er führt einige derselben an:

1. Bauchschmerzen, entweder nach jeder Mahlzeit oder nach bestimmten schwer verdaulichen Speisen, bald täglich, bald seltener auftretend, auch bei Körperanstrengungen, beim Heben und Bücken. Speziell diffuses Wehegefühl vom Nabel nach rechts oder links, das auch während der Defäkation auftreten kann. Es handelt sich hier also um Symptome gestörter Darmperistaltik, die jahrelang bestehen können (unter 117 Fällen 33 mal). Sie müssen die Aufmerksamkeit auf die Blinddarmgegend lenken, da sie in einer Reihe von Fällen als einziges Symptom einer chronischen Blinddarmentzündung auftreten, oder sich auch ganz besonders gern bei Leuten zeigen, die schon einmal eine Perityphlitis durchgemacht haben. Jeder Kranke mit solchen Beschwerden ist jeden Augenblick der Gefahr einer Perforation ausgesetzt. Die Untersuchung zeigt in solchen Fällen manchmal bereits das Bestehen einer grossen Geschwulst, event. bei der Exploration per rectum. Das sind verklebte Darmschlingen und Exsudatmassen. Fehlt der Tumor, dann kann man den Processus vermiformis selbst palpieren als einen runden, walzenförmigen Körper, der mehr oder weniger schmerzhaft ist. — Ziemlich oft konstatiert man schon bei der Besichtigung eine Hervorwölbung der Ileocoecalgegend, welche auf lokalem Meteorismus an der Einmündungsstelle des Ileum in das Coecum beruht. — Es bedarf in allen solchen Fällen nur geringfügiger neuer Schädigungen, um den schleichenden Vorgang zu solcher Intensität zu bringen, dass Perforation erfolgt; akute Indigestionen, körperliche Überanstrengungen und leichte Traumen z. B.

2. Weitere Symptome sind öfter wiederkehrendes Aufstossen und Erbrechen. Hierbei ist freilich eine Magenneurose auszuschliessen; K. ist der Ansicht, dass man mit dieser Diagnose zu freigebig ist, man soll sie erst dann stellen, wenn am Blinddarm bestimmt keine Affektion nachzuweisen ist.

3. Symptome von seiten der Blase, wie schmerzhafter Harndrang, krampfartige Kontraktionen der Blase nach der Mixion. Derartige Beschwerden können, worauf auch Sonnenburg und Meusser aufmerksam machen, jahrelang als einziges Symptom einer perityphlitischen Reizung bestehen. Bei rätselhaften Symptomen bei der Harnentleerung, die durch keinen Befund am Urogenitalapparat erklärt werden können, muss also der Processus vermiformis untersucht werden.

Die Beachtung dieser Prodromalerscheinungen hat aber noch weitere diagnostische Bedeutung, nämlich für die Beurteilung des Zustandes, in welchem sich der Processus vor dem akuten Anfall befand, also für die „anatomische Diagnose“ in Sonnenburgs Sinne. Diese wird für die Therapie von grösster Wichtigkeit sein und daher vor der Operation z. B. unter allen Umständen gestellt werden müssen. In dieser Richtung ist Folgendes zu beachten:

1. Die Gefahren der Perityphlitis nehmen ab mit der Zahl der Anfälle, weil durch jeden Anfall neue Verwachungen und ein grösserer Schutz des Processus erreicht werden. Die Diagnose hat also solche Verwachungen festzustellen. (Nach Kümmell ist die Mortalität am grössten im ersten Anfälle.)

2. Diejenigen, bei denen die Erkrankung mit heftigen Darmerscheinungen begonnen, speziell mit starken Diarrhöen, lassen darauf schliessen, dass die Prognose eine ernste ist, da hier aus dem frisch veränderten mit virulentem Material gefüllten Darm die infektiösen Stoffe leicht in die Bauchhöhle eindringen. Karewski hält es für erforderlich, neben der Bestimmung, um welche Form der Appendicitis es sich handelt, auch noch nachzuweisen, wohin die Exsudation erfolgt ist, in welchem Teile der Bauchhöhle sie also zu suchen ist und in welchen Beziehungen sie zu den Därmen, der Blase und den weiblichen Genitalien steht; wo der Wurmfortsatz liegt und ob er perforiert ist. In letzterer Beziehung wird erinnert an die Lage des Processus in der linken Bauchseite, an die subhepatische Lagerung etc.

Ähnliche Anhaltspunkte für die Diagnose gibt Riedel (Wie oft fehlt die typische Dämpfung in der rechten Fossa il. bei Appendicitis? B. kl. W. 1902). Ein Infiltrat fehlt, wenn keine alten Adhäsionen vorhanden sind; die Dämpfung ist ferner nicht nachweisbar, wenn der Processus weit von der Fossa iliaca entfernt perforiert, da sich das Exsudat in diesem Falle in der Bauchhöhle verteilen kann. Eine bereits vorhandene Dämpfung verschwindet, wenn Gas in den Abszess eintritt. — Auch er macht auf die Wichtigkeit der Lage des Processus aufmerksam. Wenn derselbe lateral und gut in Adhäsionen eingebettet liegt, oder retrocoecal, so können deutliche Erscheinungen von seiten des Bauches fehlen.

Ein anscheinend wichtiges diagnostisches Unterscheidungsmittel zwischen einfacher und eitriger Appendicitis hat in neuerer Zeit Curschmann gefunden. (Zur diagnostischen Beurteilung der vom Blinddarm und vom Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozesse. Vers. d. Naturf. 1901.) C. hat nämlich nachgewiesen, dass man in der Blutuntersuchung, und zwar in der Zählung der Leukocyten, ein diagnostisches Merkmal zur Unterscheidung von serösen und eitrigen Ergüssen besitzt. In 50 Fällen waren seine Untersuchungen von positivem Erfolge. Die Leukocytenzählung ergibt nun, dass die serösen Exsudate ohne eine Vermehrung der weissen Blutzellen einhergingen, oder dass diese Vermehrung nur im Anfange des Prozesses in geringem Grade zur Beobachtung kam, dann aber ein Rückgang eintrat; dass dagegen bei den abszedierenden Entzündungen eine bedeutende Vermehrung der Leukocyten nachzuweisen war. Wenn die Zahl derselben schon in der ersten Zeit stark vermehrt war, so ist ein Abszess anzunehmen, und der Fall gehört dem Chirurgen. 25000 Leukocyten und darüber sind dringend verdächtig. Nach der Operation sinkt die Leukocytenzahl; wenn nicht, so ist eine Verhaltung von Eiter oder das Vorhandensein eines weiteren Abszesses anzunehmen.

Weitere Untersuchungen über diesen Gegenstand hat Coste gemacht (Über das Verhalten der Leukocyten bei Appendicitis. M. m. W. 1902): Die Curschmannschen Resultate sind durch Küttner teils bestätigt, teils beschränkt worden. In Fällen mit foudroyantem Verlauf ist z. B. keine Vermehrung der weissen Blutzellen vorhanden gewesen, in einem Falle wurden sogar 111 Eiter (?) entleert ohne positiven Ausfall der Blutuntersuchung. Ähnliche Resultate hat auch Wassermann gehabt.

Coste hat 29 Fälle untersucht, von denen 15 operiert wurden. Er schliesst aus seinen Untersuchungen Folgendes: 1. Bleibt bei akuter Appendicitis die Zahl der Leukocyten normal oder steigt sie nur vorübergehend

zu unbedeutender Höhe, so handelt es sich um einen auf den Processus beschränkten Krankheitsherd oder um eine seröse Exsudation, und der Verlauf ist meist leicht. 2. Zu beachten bleibt indes, dass bei einer auf den Appendix beschränkten Erkrankung jederzeit durch Perforation eines Kotsteines eine eitrige Peritonitis entstehen kann. Dieses Ereignis kündigt sich natürlich nicht durch Zunahme der Leukocytenzahl, sondern durch Verschlimmerung des Krankheitsbildes an. 3. Steigt die Zahl der Leukocyten über 22000, so kann man mit Sicherheit auf einen Abszess rechnen. 4. Bei eitriger Peritonitis steigt die Leukocytenzahl nur dann, wenn der Organismus noch genügend Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion besitzt.

Daraus scheint mir also hervorzugehen, dass ein deutlicher positiver Ausfall der Untersuchung für, ein negativer aber nicht gegen Eiterprozesse spricht. Damit wäre doch immerhin ein bedeutsames Hilfsmittel für die Diagnostik gefunden, die bei dieser Krankheit, wenigstens für die Art der Diagnose, wie sie jetzt verlangt wird, ja ohnehin nicht besonders reich an Hilfsmitteln ist. Freilich ist ja ohne weiteres zuzugeben, dass der praktische Arzt, dieses Stiefkind der hohen Wissenschaft, aus dieser Eroberung kaum viel Kapital schlagen wird.

Ich glaube, in den obigen Ausführungen gezeigt zu haben, dass auf dem vorliegenden Gebiete sehr energisch gearbeitet wird, dass die Anschauungen über die Pathologie der Perityphlitis sich im Laufe der letzten Jahre in einer Weise geändert haben, wie wir das bei kaum einer andern Krankheit erlebt haben, dass eine Reihe von neuen Gesichtspunkten eröffnet und eine grosse Anzahl von Unklarheiten gelichtet worden sind. Noch bleibt vieles übrig, vor allem ist zu betonen, dass die ganze Angelegenheit noch immer viel zu sehr Spezialistenfrage ist und dass der praktische Arzt noch immer dabei viel zu wenig auf seine Kosten kommt. Aber auch für ihn sind immerhin eine ganze Reihe von Anhaltspunkten bereits vorhanden, und ich wünsche sehr, zur Übermittlung derselben ein wenig beigetragen zu haben.

Wenn wir nun zur Therapie der Perityphlitis übergehen, so befinden wir uns hier auf einem Gebiet, auf welchem nicht nur ein ausserordentlicher Umschwung der Meinungen gegen früher stattgefunden hat, sondern auf dem auch heute noch in grundlegenden Fragen nicht völlige Einigkeit erzielt ist. — Werfen wir zuerst einen Rückblick auf den früheren Standpunkt in dieser Frage:

Es ist selbstverständlich, dass in jener Zeit, in der die Typhlitis stercoralis noch eine grosse Rolle spielte, die Therapie eine Hauptaufgabe darin sehen musste, die Stauung der Kotmassen, welche ja die Entzündung hervorgeufen haben sollte, möglichst schnell zu beseitigen. Und so finden wir auch in den älteren Auflagen von Strümpell, Henoeh, Lange-Brückner etc. ganz logisch die Verordnung von Abführmitteln, die, wie Strümpell sagt, in frischen Fällen mit deutlicher Verstopfung und fühlbarem Kottumor stets mit Vorsicht angewandt werden müssen. Natürlich stand für die damalige Auffassung auch der Applikation von Darmeinläufen nichts im Wege, von welchen man denn auch reichlich Gebrauch machte. Schon nach wenigen Jahren war man ganz anderer Ansicht geworden. Unterdessen hatten sich nämlich die Chirurgen der Perityphlitis bemächtigt, und sie diktierten nunmehr die Leitsätze der Behandlung dieser Krankheit. Im Jahre 1896

sagt zwar noch Fleischer in seinem „Lehrbuch der Inneren Medizin“: „Liegt der Verdacht nahe, dass eine sehr hartnäckige Obstipation auf eine katarrhalische Entzündung des Blinddarms zurückzuführen ist, so muss natürlich durch geeignete Massnahmen die Koprostase beseitigt werden, um einer Fortpflanzung der Entzündung auf das Peritoneum vorzubeugen“(!); aber er fügt sofort hinzu: „Sind die charakteristischen Zeichen der Perityphlitis aufgetreten, . . . so ist Ruhe, Abstinenz von Speisen und Vermeidung von Abführmitteln erforderlich.“ Und in demselben Jahre (1896) verwirft Penzoldt in seinem Handbuch der Therapie die Anwendung von Abführmitteln im Beginn und im akuten Stadium absolut, verbietet hohe Einläufe und erlaubt geringe Klystiere bis zu $\frac{1}{2}$ l nur da, wo durch die Untersuchung festgestellt ist, dass eine Kotstauung an dem Krankheitsbilde wesentlich beteiligt ist. — Bald darauf ist von all diesem fast garnicht mehr die Rede. Soweit dem inneren Mediziner überhaupt noch das Recht einer Behandlung der Perityphlitis zugestanden wird, hat er sich auf die Verordnung fast völliger Abstinenz, die Darreichung von Opium und die Applikation der Eisblase zu beschränken — und vor allem den Zeitpunkt nicht zu verpassen, wo er die Behandlung in die Hände seines „grösseren Bruders“, des Chirurgen, legt. — Damit ist eigentlich alles, was den Internen interessieren muss, erschöpft. — Aber ich muss doch, der historischen Wahrheit wegen, bekennen, dass aus dem erbitterten Kampfe, der in dieser Frage zwischen Internen und Externen zu Gunsten der letzteren stattgefunden hat, noch einige wenige unbesiegte Nachzügler aus dem Lager der ersteren übrig geblieben sind. Hier ist vor allen Dingen Bourget zu nennen. (Die medizinische Behandlung der Perityphlitis. Therap. Monatsh. 1901 No. VII.) Ich muss gestehen, dass ich diese hochinteressante und originelle Abhandlung immer wieder und wieder gelesen habe, obgleich ich dabei die unangenehme Empfindung hatte, dass ich mich in Gemeinschaft des Verfassers auf einem recht dünnen Seile produziere und unten eine Anzahl von Menschen sehe, die mit grosser Schadenfreude auf den Moment warten, wo das Seil reisst und wir unten liegen. — In einer scharf gehaltenen historischen Übersicht bespricht B. die Wandlungen, die die Frage der Perityphlitis in der letzten Zeit erfahren hat, und die schliesslich das Gros der Ärzte in das Lager der Chirurgen getrieben haben, welche letzteren nicht nur hoffen, dass jeder Landarzt gleich bei Beginn der Perityphlitis mit Messer und Schere eingreifen werde, sondern sogar soweit gegangen sind, den Eltern die Präventivexstirpation des Wurmfortsatzes bei ihren Kindern zu empfehlen. Der Versuch, eine Einteilung der Entzündungen des Wurmfortsatzes vorzunehmen, ist nicht geglückt, und die Bestrebungen der Chirurgen, auf Grund von Bazillenbefunden die verschiedenen Fälle zu klassifizieren, sind vollends resultatlos verlaufen. Die von den Chirurgen empfohlene innere Behandlung mit Opium und Eisblase leistet nur diesen selbst Vorschub, da sie in kürzester Frist den operativen Eingriff erforderlich machte. Die Prophylaxe sowohl wie die Therapie dieser Krankheit fällt dem inneren Mediziner zu; die erstere besteht in Regelung der Diät und des Stuhlganges, die letztere in der Desinfektion des Magens und Dünndarmes und in der Ausspülung des Dickdarmes. Beim akuten Anfall kommen also in Frage Diät, Rizinusöl mit Solacetol als Darmdesinficiens, und Magenausspülung, dazu mässige Darmirrigation mit Ichthyol, welches aseptisch und

dekongestiv wirkt. Ein Zusatz von Olivenöl endlich zum Einlauf wirkt schmerzlindernd. Daneben kommen Blutegel und heisse Leinsamenumschläge in Anwendung. So ist es oft gelungen, die Schmerzen, das Erbrechen, sogar das Fieber in günstigster Weise zu beeinflussen. Nach Überwindung des akuten Anfalles wird zwar ein Teil der Patienten später zum Zwecke einer Radikaloperation dem Chirurgen in die Hände fallen, ein anderer Teil aber wird der unnötigen Operation entgehen. —

Die Arbeit hat in der Tat manches ungemein Bestechende! Und welcher praktische Arzt wird mich nicht verstehen wollen, wenn ich ihm sage, wie oft mir am Krankenbett, wenn ich eine beginnende Perityphlitis mit grossem Tumor sah, an dem sich zweifellos auch Kotmassen beteiligten, wie oft es mir da in den Fingern juckte, die durchaus ein Laxans aufschreiben wollten!

E. Löwy (Kasuistisches zur inneren Behandlung der Perityphlitis, Ther. Monatsh. 1901) nennt sogar Bourgets Artikel eine grosse Tat, weil er grell in eine Dunkelpartie unseres therapeutischen Handelns hineinleuchtet. Der praktische Arzt könne nicht in jeder Hütte eine Laparotomie ausführen; auf der andern Seite aber sei dem Patienten nicht damit geholfen, wenn man ihn durch Schmerzlinderung vermitteltst Opium über seine Lebensgefahr hinwegtäusche. Eine Evakuation des Darmes durch Abführmittel, die keine stürmische Peristaltik verursachen, sei eine sehr naheliegende Indikation. Unter dieser Behandlung will L. nie einen Todesfall gehabt und nur einen einzigen Fall chirurgisch behandelt haben.

Es liegt, wie gesagt, sehr viel Verlockendes in diesen Ausführungen, und ich muss, auf die Gefahr hin, stark anzustossen, ohne weiteres zugeben, dass es ganz sicher Fälle gibt, welche unter dieser Behandlung günstiger und schneller verlaufen mögen als unter der Opiumbehandlung. Aber ebenso sicher ist es auch, dass wir bei einer grossen Reihe von Fällen durch die erstere grosses Unheil anrichten können, und dass wir, speziell wir praktischen Ärzte, es einem Patienten nicht von vornherein ansehen können, welcher Art er ist und wie er auf das kühne Experiment der Bourgetschen Behandlung reagieren wird. Dass diese Behandlung aber ein kühnes Experiment ist, das wird man mir nach allem, was wir über den klinischen Verlauf der Perityphlitis gehört haben, wohl glauben. — An die Veröffentlichung von Bourget hat sich übrigens ein wenig erquicklicher Streit zwischen Glaeser und Bourget angeschlossen (Allgem. med. Zentralzeitung und Ther. Monatsh. 1902), in welchem wir uns wenn auch nicht der ganz ungewöhnlichen Form, so doch dem Inhalt nach dem ersteren anschliessen müssen, welcher für Opium, Eisblase und Abstinenz sich entscheidet.

Eine einzige Stimme aus dem gegnerischen Lager kann ich noch anführen, nämlich Heaton (Birmingh. Med. Rev. 1902. Die Prognose und Therapie der Appendicitis, 91 Fälle). Die Behandlung besteht in Bettruhe und strenger Diät; das Wichtigste ist, sobald als möglich den Darm zu entleeren durch einen oder mehrere Einläufe; warme Umschläge, Blutegel.

Ehe wir uns nun zu den Chirurgen wenden, muss ich betonen, dass es glücklicherweise noch immer eine Anzahl von inneren Mediziniern gibt, welche bei der vorliegenden Krankheit von ihrer Kunst etwas erwarten und die Behandlung derselben nicht ohne weiteres dem Chirurgen überlassen. Ich zitiere Poljakoff (Einige Bemerkungen über Appendicitis, D.

m. W. 1901): Unparteiische Beobachtungen haben in vielen Fällen den Grundsatz erschüttert, dass die Appendicitis nur chirurgisch zu behandeln sei. P. schlägt eine durchaus abwartende Behandlung ein; er hat in einem Jahre 26 Fälle behandelt, zwei waren moribund eingeliefert, 24 genesen. Bahrdt (Med. Ges. Leipzig 1901. Die Perityphlitis in der Privatpraxis) hat 43 Fälle behandelt, 13 leichte, 14 mittelschwere, 16 schwere. Die Behandlung bestand in Bettruhe, absoluter Diät, Opium. Alle Fälle wurden geheilt, die lange Nachkontrolle erstreckte sich bis auf 20 Jahre; Rezidive waren seltener nach schweren, als nach leichten Erkrankungen; nur zwei Fälle kamen zur Operation. Und so finden sich in den Diskussionen zu Vorträgen eine Anzahl anderer Stimmen, die sich in ähnlichem Sinne aussprechen.

Was nun die Meinung der Chirurgen zur Behandlung der Perityphlitis betrifft, so ist eine Einigung unter ihnen bisher noch nicht erzielt. In dem einen Punkte sind sie selbstverständlich alle einer Ansicht: Wo sich Eiter gebildet hat, da muss derselbe operativ entleert werden. Es handelt sich nur um zwei Fragen: 1. Soll die Operation schon während des akuten Anfalls vorgenommen werden oder in der anfallsfreien Zeit, „im Intervall“? 2. Soll, wenn im Anfall operiert werden muss, der Processus gleich mit entfernt werden oder soll man damit warten, bis die Eiterung vorüber ist (zweizeitige Operation)? Dazu kommt eine dritte, auf einem etwas andern Gebiet liegende Frage: Soll man bei Beschwerden, die auf chronische Appendicitis deuten, oder nach einem glücklich verlaufenen Anfall den Processus für alle Fälle exstirpieren? Nehmen wir die letzte Frage voraus, so wird man doch zweifellos zugestehen müssen, dass es eine Anzahl von Menschen gibt, die einmal in ihrem Leben einen Anfall von Perityphlitis gehabt haben und dann ganz gesund geblieben sind. Man kann ja mit einem gewissen Recht dagegen geltend machen, dass man im allgemeinen nie mit Bestimmtheit sagen kann, wie gross die Veränderungen sind, die dieser eine Anfall veranlasst hat, und ob der Processus imstande sein wird, einen zweiten Anfall auszuhalten. Aber andererseits handelt es sich doch immer um eine Laparotomie, und trotz all der ungeheuren Erfolge unserer Chirurgen steht der Prozentsatz der Misserfolge bei Laparotomie immer noch über 0,0. Darum kann selbst ein Chirurg wie Riedel das Vorgehen der „Vollblutchirurgen“ nicht gutheissen (Kongr. d. Ges. f. Chir. 1901). Er behauptet, dass bei 50% aller Fälle nicht operiert zu werden braucht. Der Chirurg bekomme nur eben die leichteren Fälle nicht zu sehen, und darum werde seine Statistik eine so gewaltige. Auch Körte (ebenda) ist gegen die „Operation auf jeden Fall“. Strehl (Kasuistik der operat. Beh. der App., Ver. f. wiss. Heilk. Königsberg 1901), den wir später noch näher erwähnen werden, sagt zwar: Jeder, der einmal Perityphlitis gehabt hat, behält einen kranken Processus. Es wird aber nur operiert nach mehreren Rezidiven, oder wenn nach dem ersten Anfall dauernde Beschwerden zurückbleiben. Heaton, den wir bereits oben erwähnt haben, sagt: Viele Patienten bleiben nach dem ersten Anfall gesund; tritt ein zweiter auf, so wird im freien Intervall operiert. Rinne (l. c.): Die leichten Fälle gehen zwar in einigen Tagen zu Ende, rezidivieren aber häufig. Beim Rezidiv wird in der anfallsfreien Zeit operiert. Karewski (l. c.) spricht von den Fällen, in denen dem typischen

Anfall eine Zeit der auf die Innenwand des Processus beschränkten Entzündung vorangeht. Wenn man diesen Zustand diagnostizieren kann, so ist die Behandlung eine nicht chirurgische; sie besteht in Fernhaltung aller Schädlichkeiten, Wochen hindurch flüssiger Nahrung, Ölklystieren, Bettruhe, bei Schmerzen und Exsudat Moor- und Salzumschlägen. Wenn es auf diese Weise nicht gelingt, die Entzündung zu beseitigen, dann erst kommt die operative Entfernung des Processus in Frage.

Dem gegenüber gibt es allerdings eine Anzahl von Chirurgen, die unter allen Umständen bei jedem Fall von Perityphlitis operieren. Wir werden sie bald hören.

Wir kommen nun zu der Frage, wann bei akuter Appendicitis operiert werden soll.

Sonnenburg (Path. u. Ther. der Perityphl.) führt aus:

1. Bei der Appendicitis simplex ist im Anfall eine Indikation zur Operation nur selten vorhanden.
2. Bei Appendicitis perforativa muss im Anfall mit strenger Auswahl der Fälle operiert werden.
3. Bei Appendicitis gangraenosa soll im Anfall stets und früh operiert werden.
4. Bei Appendicitis perforativa und gangraenosa mit Komplikationen muss sofort operiert werden.

Einen ausführlichen Vortrag über Kasuistik der operativen Behandlung der Appendicitis hat Strehl im Verein f. wissensch. Heilk. Königsb. 1901 gehalten. 138 Fälle, die in drei Gruppen zerfallen: erstens solche, die im akuten Anfall eingeliefert wurden, 32, darunter 18 mit schwerer allgemeiner Peritonitis, 14 mit peritonealer Reizung. Von den 18 sind 13 operiert, alle gestorben, 5 nicht operiert, 2 davon leben. Von den 14 mit peritonealer Reizung sind alle ohne Operation vom Anfall geheilt. Zweite Gruppe: zirkumskripte peritonitische Abszesse, 22, operiert und alle geheilt. Dritte Gruppe: im anfallsfreien Stadium operiert, 84, davon einer gestorben. Daraus ergibt sich als Indikation für die Operation folgendes: 1. Bei schweren akuten perityphlitischen Anfällen mit Symptomen einer allgemeinen Peritonitis wird operiert, wenn schwere, das Leben direkt bedrohende Symptome vorliegen. Aussicht auf Erfolg ist aber nur in den ersten Stunden nach der Perforation, spätestens 18—24 Stunden. 2. Bei den zirkumskripten Abszessen ist zwar eine Indikation für die Operation gegeben; es wird jedoch am besten gewartet, bis der Abszess Zeit gehabt hat, sich gegen die Bauchwand abzukapseln.

Broca-Paris (Die chir. Beh. der App. Belg. Gesellsch. f. Chir. 1902) war früher Anhänger der Frühoperation, hat aber jetzt seine Stellungnahme geändert und ein Sinken der Mortalität von 33% auf 13% beobachtet. Bei frühzeitiger Operation können frische Adhäsionen zerrissen und kann der Verbreitung des Eiterprozesses Vorschub geleistet werden. Die Operation im freien Intervall, d. h. wenn keine Entzündung mehr da ist, soll gemacht werden, wenn ein akuter Anfall vorangegangen ist oder wenn die Krankheit von Anfang an einen chronischen Verlauf hat. In der Diskussion bekennt sich Sonnenburg zu derselben Ansicht; auch er hat früher sofort operiert, wartet aber jetzt, wenn irgend möglich, bis zur Ruhepause. Roux (Über einige Komplikationen etc. bei der Excision des Processus vermif. Arch. f. kl. Chir. 1902) zeigt an 670 Krankheits-

fallen die Schwierigkeiten, welche sich durch den Sitz des Exsudates, des Processus, durch Verwachsungen ergeben können, bezeichnet jedoch endlich als wichtigste Schwierigkeit eine eventuelle ungenügende Resorption des Abszesses, wodurch man Gefahr läuft, im infizierten Gewebe zu operieren. Wenn man aber 4—6 Wochen nach dem Anfall wartet, dann hat man sicher ein aseptisches Operationsfeld. Koch (Erfahrungen über die chron. rezid. Perityphl. Rottersche Klinik. Arch. f. kl. Chir. 1902): Es wird fast ausschliesslich im freien Intervall operiert, frühestens 4—5 Wochen nach dem Anfall. Der Vorteil des langen Wartens liegt darin, dass es nie zu Kotfisteln kommt, deren Entstehung durch Operation auf infiziertem Gebiet begünstigt wird. (Die Vermeidung der allgemeinen Peritonitis scheint mir allerdings noch wichtiger zu sein!)

Karewski (l. c.): Im Anfall selbst soll man abwarten, wenn die Symptome mässig sind; wenn die peritonitische Reizung sich steigert, die Temperatur sehr ansteigt und der Puls schlecht wird, muss man event. operieren. Beginnt die Krankheit gleich mit schweren Symptomen, so muss man sich vor allem wieder an das Allgemeinbefinden halten. Bei Delirien, Angst, Blässe ist die Operation erforderlich, gibt aber eine schlechte Prognose. Die Fälle endlich, die von vornherein unter dem Bilde einer schweren septischen diffusen Peritonitis ohne lokalen Befund einsetzen, sind oft schwer zu entscheiden. Es kommt aber öfters vor, dass auch hier noch sich eine Beschränkung der Entzündung mit Bildung eines Abszesses einstellt, die dann gute Chancen für eine Operation abgibt. Also selbst diese schwersten Fälle soll man nicht gleich operieren.

Dem gegenüber gibt es nun verschiedene Anhänger der sofortigen Operation: Sprengel (Vers. d. Ges. f. Chir. 1902): Die Intervalloperation ist zwar ungefährlich, die Resultate sprechen aber für die Frühoperation. Die letztere ist bei der Appendicitis, bevor das Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen ist, die einzig richtige Therapie. (!)

Payr (Zur Frage der Frühoperation bei App. Arch. f. kl. Chir. 1902): In Nicoladonis Klinik wird stets die Frühoperation ausgeführt. Bei der Unsicherheit der Diagnose der einzelnen Formen gelingt es allein durch diese Behandlung, Fälle zu retten, die sonst der Peritonitis zum Opfer fallen. Ausserdem verhindert die Radikaloperation das Auftreten von Rezidiven und von lebensgefährlichen Komplikationen.

Heaton (l. c.) operiert zwar gern im Intervall, wenn er aber die Anwesenheit von Eiter annehmen muss, wird sofort im Anfall operiert.

Rehn (30. Kongr. d. Ges. f. Chir.): Seine Erfahrungen drängen ihn zur frühzeitigen Operation. Er hat selbst bei schwerer eitriger Peritonitis 35mal operiert. Er glaubt nicht, dass es gefährlich sei, im Anfall zu operieren.

Rinne (l. c.) operiert bei eitrigen Entzündungsprozessen stets so früh wie möglich; er fand die Veränderungen immer ungünstiger, als er sie erwartet hatte.

Was endlich die Frage nach der Exstirpation des Processus betrifft, so sind die meisten Chirurgen der Ansicht, dass es bei Eiteransammlung am besten ist, nur den Eiter zu entleeren, die Radikaloperation aber für die entzündungsfreie Zeit aufzubewahren. Nur wenige, ganz extreme Operateure entfernen den Processus selbst mitten im abszedierten Gewebe. —

Wir sind am Ende angelangt; der Zweck dieser Arbeit war, aus der Fülle des gewaltigen Materials der letzten Jahre das Wichtigste herauszuholen und es dem praktischen Arzte, der nicht immer Zeit hat, es mühsam zu sammeln, in kondensierter Form vorzuführen. Hoffentlich ist es mir gelungen, ein klares Bild von den modernen Anschauungen über diese komplizierte, höchst gefährliche Krankheit zu geben, welche den praktischen Arzt mindestens in demselben Masse interessiert wie den Chirurgen.

~~~~~

## Referate.

### **Spinalgie als Frühsymptom tuberkulöser Infektion.** Von Petruschky. (Münch. med. W. 1903, No. 9.)

Nach P.'s Ansicht geht der tuberkulösen Lungenerkrankung eine Infektion der Lymphdrüsen in der Regel voraus; er fasst daher die Drüsen-erkrankung als das primäre, die Lungengewebsinvasion als das sekundäre, die Kavernenbildung als das tertiäre Stadium der tuberkulösen Lungenerkrankung auf.

Als diagnostische Merkmale für die Bronchialdrüsen-Tuberkulose gelten nach Cornet gesteigerte Pulsfrequenz, pertussisähnliches Husten, heisere Stimme (Stimmbandlähmung), Dyspnoe, Venenstauungen und Pupillendifferenz. Diese Symptome, mit Ausnahme der beiden ersten vielleicht, dürften indessen nur bei sehr hochgradiger, durch vorgeschrittene Lungentuberkulose gesteigerter Bronchialdrüsen-erkrankung auftreten.

Ein Symptom, welches zwar nicht als ein unfehlbares Mittel zur Diagnose der Bronchialdrüsen-Tuberkulose, aber als ein wichtiges Glied in einer Kette von Verdachtssymptomen anzusehen ist, ist die Spinalgie, die typische Druckempfindlichkeit bestimmter Rückenwirbel. Der Symptomenkomplex ist folgender: 1. Bei Abtastung des Processus spinosi zeigt sich mehr oder weniger grosse Empfindlichkeit einiger Dornfortsätze gegen Druck. Die Empfindlichkeitsunterschiede treten bei Wiederholung der Abtastung noch deutlicher hervor. 2. Die schmerzhaften Wirbel stehen häufig ein wenig hinter dem Niveau der übrigen zurück. 3. Bei der Abtastung hat der untersuchende Finger oft den Eindruck, als seien die empfindlichen Dornfortsätze etwas breiter, weicher und elastischer als die übrigen. 4. Die betroffenen Wirbel liegen meistens zwischen dem zweiten und siebenten Rückenwirbel. Das Symptom hat nur diagnostischen Wert, wenn der Empfindlichkeitsunterschied ganz deutlich ist und bei jeder Bestastung in gleicher Weise angegeben wird. Bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen wurde Spinalgie fast niemals gefunden.

Über das Vorkommen der Spinalgie im Kindesalter konnte P. gelegentlich der von ihm in Danzig vorgenommenen Schüleruntersuchungen folgendes konstatieren: Spinalgie wurde angegeben bei 37 von 285 Kindern = 13 Prozent. Dass Bronchialdrüsen-Tuberkulose bei der Mehrzahl dieser Kinder vorlag, war auch aus anderen Gründen wahrscheinlich. Immerhin ist der Prozentsatz der positiven Befunde ein ganz wesentlich geringerer als bei der Tuberkulose der Halslymphdrüsen, die bei etwa 85 Prozent der

Untersuchten angenommen werden konnte. Die Tuberkulose der Bronchialdrüsen im Kindesalter dürfte daher die wesentlich seltenere, allerdings auch wegen Gefährdung der Lungen die bedenklichere der beiden Drüsenerkrankungsformen sein. Vermutlich erfolgt häufig erst im Pubertätsalter eine Infektion der Bronchialdrüsen von anderen Lymphdrüsen aus.

Was die therapeutische Beeinflussung der Bronchialdrüsen-Tuberkulose betrifft, so hält P. die Tuberkulinbehandlung für die rationellste und sicherste, um nachfolgende Lungenerkrankung zu verhüten.

Schnell (Egeln).

**Über Pemphigus contagiosus.** Von Hagenbach-Burckhardt. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 57 Bd., Heft 5.)

Aus der Literatur geht hervor, dass der Pemphigus in den ersten Wochen in epidemischer Verbreitung nichts Seltenes ist, dass er in hohem Grade contagiös ist und durch Wärterinnen, Kleidungsstücke übertragen wird. Weniger bekannt sind die Fälle, wo die Krankheit auch übertragen worden ist auf ältere Kinder und Erwachsene, und wo sie sich ebenfalls, wenn eine nahe Berührung stattfinden konnte, als eine leicht übertragbare zeigte.

Eine kleine Hausepidemie im Baseler Kinderspital, die H. beobachtete, hat gelehrt, dass in der Tat der gutartige Pemphigus contagiosus sich nicht beschränkt auf die neugeborenen Kinder, sondern auch ältere befällt, und hat ferner gezeigt, dass bei inniger Berührung auch eine Übertragung der Krankheit resp. der Blasen auf Erwachsene stattfinden kann. Die infizierten Kinder befanden sich im Alter zwischen 8 und 15 Monaten. Auch noch ältere Kinder des Spitals kamen mit den Pemphiguskranken ins Spital, wurden aber nicht infiziert.

Das Exanthem bestand in 1 Falle bloss 4 Tage, in 2 Fällen 14 Tage, in 1 Fall 17 Tage und in 2 Fällen fast 1 Monat. In sämtlichen Fällen verlief die Krankheit günstig. In dem zuerst beobachteten Falle, wo das Exanthem ein sehr verbreitetes war, erstreckte sich der Pemphigus auch auf Handteller und Fusssohlen, was sonst als charakteristisch für Syphilis gilt; im übrigen waren die Blasen klein, bloss linsen- bis erbsengross, zeigten sich hauptsächlich am Rücken, in einzelnen Fällen auch an den Armen, Oberschenkeln und Bauch, in allen Fällen aber weniger verbreitet als im ersten Fall. Bei dem ersten und bei drei von den sechs infizierten Kindern zeigte sich vorübergehend Fieber.

Am wahrscheinlichsten ist die Annahme, dass die Wärterinnen die Infektion vermittelt haben.

Schnell (Egeln).

**Sur la signification et sur l'importance du cyto-diagnostique dans les méningites des enfants.** Von L. Concetti. (Gaz. Hebdom. de méd. et de chir. 1902, 99.)

Concetti bestätigt im allgemeinen das von Widal aufgestellte Gesetz, dass in den tuberkulösen Formen von Meningitis fast absolut Lymphocyten vorherrschen, während in den anderen infektiösen Formen (Diplo-, Meningo-Streptokokken, Typhus usw.) die polynucleären und mononucleären Zellen überwiegen. Indes gibt es Ausnahmen. In gewissen Fällen von tuberkulöser Meningitis fanden Concetti und andere ein absolutes Überwiegen von polynucleären Zellen, und selbst bei demselben Individuum wechselten

Lymphocyten und Polynucleäre ab. Bei Cerebrospinalmeningitis mit prolongiertem Verlauf hat man das Umgekehrte beobachtet. Sehr reichliche Lymphocyten hat man bei der syphilitischen Reizung (Tabes, allgemeine Paralyse) ohne Tuberkulose gesehen. Die meisten Autoren glauben, dass das Vorwiegen der polynucleären Zellen von der Acuität des Processes abhängig ist. Man würde demnach ein Überwiegen der Lymphocyten finden bei Formen mit langsamem Verlauf, z. B. bei den tuberculösen, den syphilitischen Formen. Dieser Erklärung stimmt Concetti nicht bei. Denn gerade das Vorwiegen der Polynucleären konnte er in Fällen von Meningokokken-Meningitis von sehr prolongiertem Verlauf konstatieren, so dass man sie als chronisch bezeichnen könnte. Andererseits ist eine tuberculöse Meningitis, welche in 2—3 Wochen verläuft, nicht eine chronische Krankheit zu nennen. Concetti hat nun jedesmal, wenn Polynucleäre im Überschuss vorhanden waren, mikroskopisch reichlich Kochsche Bazillen gefunden, während sie fehlten, wenn die Lymphocyten überwiegend waren. Auch in anderen Formen war die Gegenwart von Mikroben mit dem Vorwiegen von polynucleären Zellen verbunden. Mit dem Verschwinden, dem Tode der Bazillen kehrte sich das Verhältnis um. Concetti sagt demnach: Lymphocyten überwiegen ist der Ausdruck für eine Reizung toxischer Natur, das Überwiegen der polynucleären Zellen und der grossen mononucleären dagegen der Ausdruck einer Reizung durch Bakterien.

v. Boltzenstern (Leipzig).

**Observations on empyemata in children.** Von P. St. Blaker. (The brit. med. journ 1903, V231.)

Verf. teilt die Empyeme bei Kindern in akute oder primäre und in späte oder sekundäre Formen ein. Von den 81 beobachteten Fällen gehören 85 % in die letzte Gruppe. Neuerdings neigt man der Ansicht zu, dass alle eitrig-Pleuritiden mit einer kruppösen oder katarrhalischen Pneumonie in Zusammenhang stehen. Es ist auch kaum denkbar, dass bei einer entzündlichen Veränderung der Lunge die Pleura unbeteiligt bleiben sollte und umgekehrt. Ja, in der Praxis wird es oft ungemein schwierig sein, zu entscheiden, welche Affektion die Hauptsache, die Grundursache darstellt. Die Pleuraaffektion kann gleichzeitig mit der Pneumonie oder erst in ihrer Folge, nach zehn Tagen bis drei oder vier Wochen und noch später auftreten. Die erste Form würde man als akute oder primäre, die andere als späte oder sekundäre zu betrachten haben.

Bei der akuten Form entwickeln sich die Erscheinungen gleichzeitig mit denen der Pneumonie: plötzliches Erbrechen, ausgesprochene Dyspnoe, schnelle stöhnende Respiration, Nasenflügelatmen, verfallenes Gesicht, Cyanose u. s. w., dazu die bekannten physikalischen Erscheinungen. Die Probepunktion liefert eine wässrig-eitrig, oft auch blutige Flüssigkeit. Sind die Kranken unter zwei Jahre alt, so sterben sie meist wenige Tage nach dem Beginn der Krankheit, und zwar nicht infolge des Empyems, sondern infolge der Verdichtung der Lunge, oder infolge von Perikarditis, Meningitis oder Peritonitis. In den meisten Fällen findet man den Pneumokokkus oft vermischt mit Streptokokkus oder Staphylokokkus. Bei der Obduktion finden sich in der Regel die Lungen ausserordentlich verdichtet, Bronchopneumonie im ersten Stadium, die Oberfläche der Pleura

injiziert, rot und entzündet und mit grossen Flecken gelber Lymphe bedeckt. Von den 81 Fällen gehörten 9 in diese Gruppe. In der zweiten Gruppe entwickeln sich die Erscheinungen der Pleuritis im Anschluss an eine Pneumonie früher oder später. Im ersteren Falle erkrankten die Patienten unter den charakteristischen Erscheinungen der Pneumonie. Es bleibt aber die Krisis aus, obwohl die Allgemeinerscheinungen sich bessern. Die Probepunktion zeigt dann den Eiter in der Brusthöhle. In den anderen Fällen liegt die Lungenerkrankung bereits einige Wochen vorher. Das Kind scheint sich von dem Anfall völlig erholt zu haben. Erst nach einigen Wochen erkrankt es wieder, und die Probepunktion sichert die Diagnose.

Die bakteriologische Untersuchung ist in 69 Fällen ausgeführt. Es fand sich Diplokokkus in 61, Diplokokkus und Streptokokkus in 3, Diplokokkus und Staphylokokkus in 1, Streptokokkus oder Staphylokokkus allein in 3 bez. 1 Falle. Tuberkelbazillen sind sehr selten die Ursache von Empyemen bei Kindern. Tuberkeln fanden sich unter 23 Kindern 3 mal, und zugleich andere Erscheinungen der Tuberkulose. Die Prognose hängt wesentlich vom Alter des Kindes ab. Je jünger das Kind ist, um so weniger Aussicht hat es auf Wiederherstellung. Unter einem Jahr waren 11 Patienten, und von diesen genas nur ein Kind von 10 Monaten. Zwischen 1 und 2 Jahren waren 28 Kinder, und von diesen starben 11. Ältere Kinder dagegen erholen sich wieder nach dem Anfall, indes bleibt die Erkrankung durchaus ernst. Am ungünstigsten scheinen die Fälle zu sein, in welchen es sich um eine Infektion mit Pneumokokken und Streptokokken oder Staphylokokken handelt. Als Todesursache fand sich Perikarditis in 7 Fällen (2 rechts-, 2 links-, 3 doppelseitige). Sie kann aber nicht immer trotz sorgfältigster Untersuchung diagnostiziert werden. 4 mal lag eitrige Meningitis vor, 3 mal eitrige Peritonitis, 2 mal eitrige Mediastinitis. In allen diesen Fällen wurde ein dem Pneumokokkus ähnlicher Diplokokkus nachgewiesen. Die grösste Gefahr aber für Kinder unter 2 Jahren bedeutet das Auftreten von Bronchopneumonie. Unter 8 Fällen fand sich 4 mal eine ausgedehnte Bronchopneumonie. In mehreren Fällen entwickelten sich beide Affektionen gleichzeitig, in anderen die Lungenentzündung erst nach der Operation. Und in allen Fällen stellt die Lungenentzündung die Todesursache dar, nicht das Empyem. Was die Behandlung betrifft, so wurde die Aspiration in 4 Fällen bei Kindern unter einem Jahr vorgenommen, musste aber 3—4 mal wiederholt werden. In Fällen, wo eine sehr reichliche Eiteransammlung stattfindet, empfiehlt sich vor der endgültigen Eröffnung der Pleurahöhle die Entfernung eines Teiles des Eiters mittels Aspiration. Empfehlenswert ist das Verfahren auch bei doppelseitigen Empyemen, deren eines durch Eröffnung der Pleurahöhle, deren anderes durch Aspiration behandelt wird. Allerdings ist und bleibt das doppelseitige Empyem eine ernste Erkrankung auch bei älteren Kindern. In allen anderen Fällen wurde die Pleurahöhle nach der Incision mit oder ohne Rippenresektion mittels Drainage behandelt. Verf. hält es für falsch, einen akuten oder primären Fall auf diese Weise zu behandeln, weil der dünnflüssige Eiter mit der Explorationsnadel entfernt werden kann. Man sollte das akute Stadium vorübergehen lassen, ehe man zur Operation schreitet. Dann sind die Chancen für die Wiederherstellung sehr viel bessere. Bei sehr reichlicher Flüssigkeit tut man besser, zu



aspirieren, und namentlich bei Kindern unter 2 Jahren. Ob eine einfache Inzision genügt, ob eine Rippenresektion notwendig ist, ergibt sich aus den besonderen Umständen. In den meisten Fällen wird die Resektion vorzuziehen sein.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Six cases of empyema.** Von O. F. Rowley. (The Brit. med. journal 1903, V, 23.)

Die 6 Fälle des Verf. zeigen, dass in der Pleurahöhle sich Eiter ansammeln kann, ohne dass erhebliche Erscheinungen und ein höherer Grad von Pyrexie sich geltend machen. Verdächtige seröse Ergüsse können unerwartet eitrig werden. In Fällen nach einer Pneumonie, besonders bei Kindern, kann dies sehr frühzeitig eintreten. Im ersten Falle handelte es sich um einen Abszess, welcher sich an eine Verletzung der Rippengegend angeschlossen hatte. Er heilte nach Incision und Entleerung des Eiters völlig aus. Der Lungen- und Brustfellüberzug waren nicht beteiligt. Rippenresektion wurde in keinem Falle vorgenommen. Operiert wurden 4 Fälle, von welchen 2 sich sehr gut erholten, während die anderen beiden sich lange hinauszogen. In 2 anderen Fällen kam es zur Ruptur und zur Expektoration des Empyems. In einem Falle wurde so ein Liter Eiter entleert, im anderen doppelt so viel. Sie zeigen, dass der Durchbruch des Empyems durch die Lungen in einen Bronchus die Prognose nicht unbedingt ungünstig gestaltet.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Arsenik in der Behandlung der Chorea.** Von Frank M. Pope. (Brit. med. Journ. 18. Oktbr. 1902. — Nach e. Ref. d. Therap. Monatshefte.)

P. empfiehlt von neuem die teilweise in Vergessenheit geratene Methode der Behandlung der Chorea bei Kindern mit Arsenik. Zunächst stellt er jedoch fest, dass sich gewisse Fälle zu dieser Behandlung von vornherein überhaupt nicht eignen, so schwere Fälle mit Koma und Lähmung, ferner solche, die einige Zeit mit kleinen Dosen von Arsenik behandelt worden sind, und solche, die mit rheumatischen Affektionen oder mit Herzfehlern kompliziert sind. Ferner gibt es Patienten, die das Mittel nicht vertragen, und auch solche, bei denen es sich völlig unwirksam erweist. In geeigneten Fällen empfiehlt P. folgende Vorsichtsmassregeln zu beachten: Bei belegter Zunge soll man zuerst ein leichtes Abführmittel und ein Stomachikum geben, für leicht verdauliche Kost sorgen; man soll das Mittel nur in starker Verdünnung geben und dieselbe Verdünnung beibehalten. (P. gibt bei Kindern zu Anfang 0,15 Liq. arsenical.: 30 Aq. auf einmal, später dasselbe Quantum mehrmals täglich); falls einmal Erbrechen auftritt, soll man das Mittel nicht gleich aussetzen, da sich das Erbrechen meistens nicht wiederholt; nur bei hartnäckigem Erbrechen muss man für 24 Stunden aussetzen und dann mit derselben Dosis wieder anfangen; man soll die Dosis täglich steigern, den Kranken während der ganzen Behandlung im Bett halten und täglich auf Vergiftungserscheinungen hin beobachten. Verf. beabsichtigt, mit verhältnismässig grossen Gaben eine energische Wirkung auf das Nervensystem auszuüben, da längerer Gebrauch kleiner Dosen nicht zum Ziele führt. Bei seiner Methode bessert sich der Zustand schon am dritten oder vierten Tag, und nach etwa acht Tagen kann der Patient gewöhnliche Kost er-

halten und vorübergehend das Bett verlassen. Nach dem Aussetzen des Arseniks gibt P. einige Tage hindurch Eisen.

**Fragliche Todesursache im Säuglingsalter.** Von Leubuscher.  
(Münch. med. W. 1903, Nr. 23.)

Ein 8 Tage altes, ganz gesundes Kind wird, in ein wollenes Tuch gewickelt, auf ein Bett gelegt und wenige Minuten darauf tot aufgefunden. Die Sektion ergibt Anzeichen von Erstickungstod: zwischen Galea und Periost einige Blutungen, Blutgefäße der weichen Hirnhaut stark überfüllt, Lungen stark bluthaltig, allgemeine Dünnsflüssigkeit des Blutes, und — vor allem — eine exzessive Vergrößerung der Thymusdrüse.

Ein solcher Befund an der Thymus sind in der letzten Zeit mehrfach mit dem plötzlichen Exitus von kleinen Kindern in Zusammenhang gebracht worden, entweder als Teilerscheinung einer allgemeinen lymphatischen Konstitution oder auf Grund einer gleichzeitigen Rhachitis mit Stimmritzenkrampf. Endlich aber sind auch eine Anzahl Fälle von reiner Thymushypertrophie veröffentlicht worden, die zu einer Plattdrückung der Trachea und damit zur Erstickung geführt hat.

Neuerdings ist nun tatsächlich die Kompression der Trachea in einigen Fällen durch die Sektion bewiesen worden, so dass der gegen diese Annahme erhobene Widerspruch verstummen muss.

Für die Fälle von reiner Thymushyperplasie, bei welchen das Ergebnis der Sektion negativ ist wie in dem hier geschilderten Falle, muss man annehmen, dass bei einer grossen Thymusdrüse nicht immer ein dauernder Druck vorhanden ist, sondern dass der letztere sich erst unter dem Einfluss einer Blutstauung in der Drüse entwickelt. Die Sektion findet dann zwar die hyperplastische Drüse, nicht aber die Druckstelle an der Trachea, und auch nicht die akute Stauung.

L. nimmt für den vorliegenden Fall an, dass die Lagerung des Kindes mit nach hinten über gebeugtem Kopf zur Ursache der plötzlichen Stauung und damit zur Schwellung der ohnehin vergrößerten Drüse geworden sei.  
Klatt (Marienwerder).

**Die Bedeutung der Laevulose für die Kinderdiätetik.** Von Fürst.  
(Zeitschr. für diätet. u. physikal. Therapie 1902/03, 6. Bd., 11. Heft.)

F. suchte festzustellen, inwieweit die Laevulose, der sogen. Fruchtzucker, eine weisse, krystallisch-krümelige, leicht wasserlösliche Substanz, einen zweckmässigen Ersatz des Rohr- und Milchzuckers in der Kinderdiätetik bildet. Zur Verwendung gelangte die Laevulose teils rein, teils in sirupöser Form (Satrap genannt), teils in Verbindung mit Kakao als Laevuloseschokolade. Sie wurde stets gern genommen, von keinem der Kinder zurückgewiesen und hatte in keinem Falle störende Nebenwirkungen, speziell seitens des Gastrointestinalkanals, im Gefolge. Sie erwies sich als die typische Vereinigung eines Genuss- und Nahrungsmittels, wie wir sie noch nicht besitzen, wie sie aber gerade in der Diätetik des normalen und in der Ernährungstherapie des erkrankten Kindes sehr erwünscht ist.

F.s Versuche erstrecken sich auf 3 Kategorien von Kindern:

1. Kleine, noch vorwiegend mit Kuhmilch genährte, aber in Unterernährung befindliche Kinder. Hier wurde die Laevulose pur, teils als Geschmackszusatz zu der Milch, teils mit der Tendenz gegeben, den Nähr-

wert der Milch zu erhöhen. Sie wurde stets sehr leicht und schnell assimiliert, so dass im Harn nichts davon nachgewiesen werden konnte. Es erfolgte danach nicht bloss eine Fettaufspeicherung, sondern wirklich auch eine Zunahme der Muskel- und Nervenenergie, wie aus der grossen Munterkeit der betr. Kinder und deren kräftigen Bewegungen hervorging.

2. Gesunde, aber ungenügend ernährte Kinder nach dem zweiten Lebensjahre. Bei Kindern, die mit dem Nachlass der Milchnahrung etwas mager und anämisch wurden, erwies sich die Lävuloseschokolade als ein schätzbares Nähr- und Kräftigungsmittel, welches bei täglich zweimaligem Genuss der in  $\frac{1}{4}$  l Vollmilch gekochten Schokolade sehr bald wieder eine Gewichtszunahme herbeiführte. Auch der Satrap, wie Honig auf Weissbrot gestrichen, regte die Magensekretion und die bisweilen träge Darmfunktion lebhafter an.

3. Kranke oder rekonvaleszente Kinder. Hier wirkte die Laevulose überraschend schnell im Ersatz von Körpersubstanz und in Verbesserung des Ernährungszustandes. Drüsenintumescenzen, zumal auch die sonst so schwer therapeutisch zugängigen Mesenterialdrüenschwellungen, gingen mindestens ebenso schnell zurück wie nach Lebertran. Sie erwies sich als ein reizloser, eiweissparender Zusatz zur Krankenkost, der eine vielseitige Verwendung gestattet.

Die Laevulose bessert das objektive und subjektive Befinden durch Steigerung der  $\text{CO}_2$ -produktion, durch vollkommene Ausnutzung, Hebung des Stoffwechsels, Vermehrung des Fettansatzes und leistet damit so viel, wie man von einer nicht spezifischen Behandlung erwarten kann. Jedenfalls erhöht sie mit der verbesserten Ernährung auch die Widerstandskraft des kindlichen Organismus gegen schädigende Einflüsse.

Schnell (Egeln).

**Die Anwendung der Schilddrüsenbehandlung im Kindesalter, insbesondere beim Infantilismus.** Von Ausset. (Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurg. 1903, Septbr.)

Die Funktion der Schilddrüse ist nicht in der Bildung von Antitoxinen zu sehen, welche die Körperzerfallprodukte unschädlich machen sollen; die Bedeutung der Thyreoidea liegt in ihrem grossen Einfluss auf den gesamten Stoffwechsel, der ernstlich gestört wird, wenn die Schilddrüsentätigkeit aufhört. Auf dieser Eigenschaft des Organs beruht seine therapeutische Anwendung bei all jenen krankhaften Zuständen, bei denen eine Störung des Stoffwechsels vorliegt; es ist deshalb eine günstige Wirkung der Schilddrüsenpräparate nicht nur bei dem Myxödem und den mit diesem verwandten Affektionen, welche auf eine verminderte Funktion der Drüse zurückzuführen sind, zu erwarten, sondern auch bei den verschiedenen Formen des Infantilismus, mögen letztere dem Myxödem ähnlich sein oder auch eine ganz andere Ursache haben, wie z. B. Rhachitis, Tuberkulose und hereditäre Lues. Da die Entwicklung der Genitalien von der Schilddrüsenfunktion abhängt, so ist bei den diesbezüglichen infantilen Zuständen die Organbehandlung angezeigt. Diese hat sich auch bereits bei Fettleibigkeit gut bewährt; bei Hautaffektionen (ausgenommen Ichthyosis), bei chronischem Gelenkrheumatismus, bei der idiopathischen Tetanie und bei Adenoiden lässt sie im Stich. Die Schilddrüsenbehandlung im Kindesalter erfordert die grösste Vorsicht. Herz und Nieren sind

stets zu überwachen, und beim ersten Auftreten von Intoxikationserscheinungen (Tachykardie, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit) ist die Therapie sofort zu unterbrechen. Man beginnt mit ganz kleinen Dosen — 2 mal tgl. 0,05 g frische Drüse —, steigt langsam — bis 4 mal 0,05 g — und lässt nach einem Monat eine kleine Pause eintreten, um wieder von neuem anzufangen. In der Kinderpraxis sind die Tabletten am meisten zu empfehlen.

**Die sprachliche Entwicklung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder.** Von A. Liebmann. (Ztschrft. f. pädag. Psycholog., No. 41, 1902. — Nach e. Ref. d. Arch. f. Kdrhlkde.)

Die Sprachentwicklung geistig zurückgebliebener Kinder geht denselben Weg wie die der normalen Kinder, aber es erfolgt ein „Stillstand auf einem früheren Stadium“. Man unterscheidet bei normal sich entwickelnden Kindern 3 Perioden: 1. die der Urlaute; 2. die des physiologischen Stammelns; 3. die der Satz Worte.

Bei geistig zurückgebliebenen Kindern unterscheidet Verf. 2 Hauptgruppen von Sprachstörungen: primäre und sekundäre. Die häufigste sekundäre Sprachstörung ist die Folge der Stummheit. Diese Kategorie teilt Verf. wieder in 3 Gruppen ein: 1. Apathische Kinder, auch durch starken optischen und akustischen Reiz nicht erregbar. Fehlen jedes Sprachverständnisses. Vollständige geistige Öde. 2. Agile Kinder. Sprachverständnis meist nicht oder doch nur für wenige Worte vorhanden. Ihre spontane Sprache besteht nur aus Urlauten. 3. Aufmerksamere Kinder von verständigerem Benehmen mit unvollkommenem Sprachverständnis. Die Prognose ist bei Gruppe 1 zweifelhaft, bei 2 und 3 günstiger. Die Therapie bei diesen Kindern besteht darin, dass man durch Schulung der akustischen, optischen, taktischen und motorischen Fähigkeiten die Intelligenz der Patienten so weit fördert, dass sie Interesse für die Dinge und Vorgänge der Umgebung gewinnen und von selbst den Versuch machen, zu sprechen. Eine zweite Spezies von geistig zurückgebliebenen Kindern lernt von selbst sprechen, bringt es aber nur zum Stammeln. Diese Stammler verfügen nicht über alle Laute und Lautverbindungen, und auch die Laute, die sie bilden können, verwenden sie nicht an der richtigen Stelle. Am auffallendsten ist bei diesen Kindern der Agrammatismus, d. h. die Kinder sprechen ohne grammatische und syntaktische Formen. L. unterscheidet 3 Arten von Agrammatismus: 1. Sätze können weder spontan gebildet noch ausgesprochen werden. 2. Spontan werden keine Sätze gebildet; kleinere werden nachgesprochen. 3. Es wird spontan in Sätzen gesprochen, doch sind die Worte verwechselt und die Satzgebilde verstellt. Der Agrammatismus ist eine Folge der beim angeborenen Intelligenzdefekt vorhandenen schwachen Sinneswahrnehmung des Kindes. Letztere wieder erklärt sich aus der motorischen Ungeschicklichkeit, besonders der Hände und der Sprachmuskulatur. Therapeutisch muss man versuchen, den Kindern die fehlenden Begriffe durch Demonstrationen beizubringen. Zur dritten Form von sekundären Sprachstörungen gehören die Fälle von „Stottern“ und „Poltern“. Diese Patienten sprechen, aber sie wählen falsche Worte, konfundieren verwandte Begriffe. Durch dieses fortwährende Stocken in der Rede, Ringen nach dem richtigen Ausdruck entwickelt sich leicht Stottern. Die Behandlung sorgt dafür, dass die

Kinder zuerst einzelne Worte korrekt nachsprechen, dann kleine, dann grössere Sätze. Die zweite Hauptgruppe bilden die primären Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Hier ist das Zurückbleiben der Entwicklung das Sekundäre, die undeutliche Sprache das Primäre. Diese Kinder stammeln meist, und zwar infolge von Leiden organischer Natur (Gaumendefekte, Gaumensegellähmungen, Nasenrachentumoren oder hochgradige Herabsetzung des Gehörs). In anderen Fällen vermisst man eine organische Ursache und muss eine funktionelle Störung annehmen. Die Behandlung dieser primären Sprachstörungen besteht zunächst naturgemäss in der Beseitigung etwaiger organischer Ursachen. Darauf folgt die Übung von Lauten, Lautverbindungen und Worten. Bei den hochgradig schwerhörigen Kindern muss man die Schrift zu Hilfe nehmen, um die mangelnden Klangbilder durch Schriftbilder zu ergänzen; dazu kommen dann geeignete Hörübungen.



## Rezensionen.

Handbuch der Therapie der inneren Krankheiten.  
Herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Dritte, umgearbeitete Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1902—1903.

Das bekannte grosse Handbuch der Therapie innerer Krankheiten hat sich in den weitesten Kreisen allgemeine ungeteilte Anerkennung erworben. Seit dem Jahre 1894, in welchem die erste Auflage erschienen ist, hat sich bereits die dritte Auflage nötig gemacht, ein Beweis genug, dass das Werk überall zahlreiche Freunde gewonnen hat. Von der dritten Auflage ist bisher die Lieferung 1—17 erschienen. Äussere Gestalt und Umfang haben sich gegenüber der zweiten nicht geändert. Dem Inhalte nach aber hat das Werk den neueren Errungenschaften der Wissenschaft entsprochen und manche Ergänzung und Umgestaltung erfahren.

Die letzten Jahrzehnte haben gegenüber dem vorhergehenden nihilistischen Zeitalter ein wesentlich anderes Gepräge erhalten. Im Vordergrund des Interesses stehen beim Arzte nicht mehr wie ehemals nur die Diagnose und die Bestätigung durch die pathologisch-anatomische Untersuchung. Es heisst wieder wie früher: wie kann der Kranke cito, tuto und jucunde von seinen Leiden befreit werden? Selbstverständlich hat die Diagnose nicht ihre Bedeutung verloren. Nur auf einer sicheren Diagnose kann eine wertvolle, erfolgreiche Therapie sich aufbauen, an sie sich anlehnen. An den Arzt wird wieder die hohe Anforderung gestellt, auf allen Gebieten der Therapie gleichmässig erfahren und geschickt zu sein. Und doch findet gerade der Arzt fern von den grösseren Städten, in welchen er die Hilfe spezialistisch geschulter und gebildeter Ärzte sich sichern kann, der Arzt auf dem Lande und in den kleineren Städten nur selten und mangelhafte Gelegenheit, seine therapeutischen Kenntnisse aus Büchern und Zeitschriften zu sammeln. Ja, die kurzen Lehrbücher, und selbst die grösseren Handbücher lassen ihn oft genug im Stiche. Die allgemeine Therapie wird wohl in mehr oder weniger kurzen Umrissen gezeichnet.

Sie aber geben nur allgemeine Hinweise. Die spezielle Belehrung in den einzelnen Krankheiten und Krankheitsgruppen mangelt und muss der Natur der Sache nach mangeln. Und doch hängt für den ärztlichen Praktiker von der genauesten Berücksichtigung der verschiedensten selbst scheinbar nebensächlichen Bedingungen und Vorschriften, von der eingehendsten Kenntnis aller kleinen Kunstgriffe und Vorteile der Erfolg seiner Behandlung ab. Bei der Ausdehnung und Vielgestaltigkeit der therapeutischen Bestrebungen, welche in den zahllosen Spezialfächern seit Jahrzehnten sich ausgebildet und geltend gemacht haben, ist es aber dem Einzelnen, noch dazu dem ärztlichen Praktiker gar nicht mehr möglich, das gesamte Gebiet der Therapie völlig zu beherrschen. Er bedarf unbedingt eines Werkes, welches versucht, die immer weiter auseinanderstrebenden Zweige fest zusammenzufassen. Und dieser Versuch ist durch das nunmehr in dritter Auflage vorliegende Werk unzweifelhaft in glänzender Weise gelöst. Es trägt den Bedürfnissen des Praktikers in vollstem Masse Rechnung. In der Hauptsache sind nur die inneren Krankheiten zur Erörterung gekommen, aber es ist auch auf die ihr benachbarten Gebiete gebührende Rücksicht genommen. Vor allem sind die üblichen anerkannten Heilverfahren in ausgiebiger Weise besprochen. Frühere, heute verlassene Behandlungsarten sind der historischen Vollständigkeit wegen angeführt. In streitigen Fragen vertritt der betreffende Autor eine entschiedene Meinung. Und dabei handelt es sich nicht allein um Arzneiverordnung, um die Anwendung von physikalisch-diätetischen Heilmitteln. Auch die Anwendung von Apparaten und Instrumenten wird eingehend erörtert, so dass der Praktiker aus ihnen Anleitung und Belehrung schöpfen kann. Besonders hervorzuheben ist noch, dass in dem Werke, nicht wie es sonst wohl bei Handbüchern der inneren Medizin der Fall zu sein pflegt, bezüglich der chirurgischen Therapie auf chirurgische Werke verwiesen wird. Die chirurgische Therapie greift heutzutage viel öfter als früher in das Gebiet der inneren Medizin herüber. Bei mancherlei Krankheiten, bei welchen man früher an einen chirurgischen Eingriff gar nicht zu denken wagte, muss nach dem heutigen Stande der Wissenschaft eine Operation in Erwägung gezogen werden, oft frühzeitig in Frage kommen, um einen Erfolg zu sichern.

Man kann dem Werke nur die besten Wünsche mit auf den Weg geben. Unzweifelhaft wird auch die neue Auflage, von welcher wir uns vorbehalten bei passender Gelegenheit einzelne Teile gesondert zu besprechen, die den Vorgängerinnen zu teil gewordene Anerkennung und Freundschaft in reichem Masse sich gewinnen.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Vorträge, gehalten an der Allgemeinen Poliklinik von Prof. Dr. Alois Monti, Direktor der Allgem. Poliklinik in Wien. Zwanzigstes Heft: Krankheiten der Neugeborenen. Gr. 8. 108 Seiten. Berlin und Wien 1903. Urban & Schwarzenberg. Preis 3 Mk.

Das vorliegende Heft berücksichtigt im wesentlichen die Asphyxie; das Cephalohämatom und die übrigen im Geburtsverlauf entstehenden Verletzungen; die Meläna; die angeborene Lebensschwäche; Hautaffektionen und Gelbsucht; Infektionen und Erkrankungen des Nabels; septische Infektionen; Tetanus. Die Vorträge sind, wie die bisher erschienenen, durch

Reichhaltigkeit und klare Darstellungsweise ausgezeichnet; besonders dankbar ist die dem Praktiker in erster Linie willkommene sehr genaue und bis in die kleinsten Technicismen gehende Besprechung der Therapie anzuerkennen.  
Samter (Berlin).

Gesundheitspflege des Auges nebst Ratgeber zur Berufswahl für Augenleidende. Von Dr. Wilhelm Feilchenfeld, Augenarzt in Charlottenburg. Mit 5 Originalzeichnungen im Text. Berlin, Verlag von Elwin Staude, 1903. Preis 1,20 Mk.

Das, was der Verf. im Vorwort erstrebt, kann als durchaus gelungen bezeichnet werden. Leichtverständlich und vollständig ist der umfangreiche Stoff in kurzer Form bearbeitet. Eine Fülle eigener Beobachtungen und Ratschläge machen das kleine Werk zu einer wertvollen Bereicherung der Literatur über die so wichtige Hygiene des Auges. Allen, die sich dafür interessieren, Ärzten wie Laien sei das Buch warm empfohlen!

Franz Heilborn (Breslau).

## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Rechtsseitige inguinale Kotfistel; doppelte Kryptorchie; Darmresektion; Heilung. Von L. Strominger.

Ein 13jähriger, sonst immer gesund gewesener Knabe hatte vor 1 $\frac{1}{2}$  Jahren einen Abszess der rechten Leistenbeuge gehabt, welcher eröffnet wurde, wobei sich viel Eiter entleerte. Die Suppuration dauerte 1 $\frac{1}{2}$  Monat, und entwickelte sich dann eine Kotfistel. Nach vorgenommener Resektion des fistulösen Darmstückes und Entfernung der degenerierten, in der Bauchhöhle zurückgehaltenen Hoden erfolgte Heilung per primam. Es scheint sich in diesem Falle um eine eingeklemmte Darmschlinge gehandelt zu haben, welche mit dem Leistenkanal Adhärenzen einging und dann perforierte.

(Spitalul. 1903.)

E. Toff (Braila).

Beziehungen zwischen Tuberkulose und Krebs. Von E. Aronsohn.

Verf. hat ziemlich zahlreiche Fälle von Tuberkulose gesehen, die von Carcinom abstammen schienen, und da auch in der Literatur eine Reihe derartiger Fälle niedergelegt sind — namentlich handelt es sich dabei um den Zusammenhang des Lupus mit Carcinom —, so tritt A. der Frage näher, ob wohl familiäre Beziehungen zwischen Tuberkulose und Krebs resp. Lupus und Krebs bestehen. Er glaubt auf Grund seiner Beobachtungen diese Frage bejahen zu sollen und stellt schliesslich den Satz auf, dass die phthisische Diathese nicht allein von Phthisikern, sondern auch von Carcinomkranken den Nachkommen überliefert werden kann und dass wahrscheinlich Carcinom, Lupus und Tuberkulose ätiologisch zu einer Familie gehören.  
(Dtsch. med. Wchschrift. 1902.)

Vorübergehende Verlangsamung und Arrhythmie des Pulses beim Kinde. Von A. Jacques. Inaugural-Dissertation. Paris, April 1902.

Langsamkeit und Arrhythmie des Pulses ist bei Kindern kein seltenes Vorkommnis, und man darf aus diesen Symptomen keine allzu pessimistischen Schlüsse ziehen. In der Rekonvaleszenz nach fieberhaften Krankheiten ist sehr oft ein verlangsamter und unregelmässiger Puls zu beobachten und sogar als ein gutes Zeichen anzusehen; fehlt er, so sind Rezidive zu befürchten. In anderen Fällen findet man als Ursachen der in Rede stehenden Pulsveränderungen: verschiedene Vergiftungen, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Würmer, Anämie, rasches Wachstum, Neurosen (Chorea, Hysterie, Urininkontinenz) etc. In allen diesen Fällen handelt es sich um vorübergehende Störungen der Herzinnervation auf direktem oder reflektorischem Wege. E. Toff (Braila).

Das Einschlafen der Hände bei Scarlatina. Von M. Ch. Aubertin.

Paul Mayer hatte letzthin die Aufmerksamkeit auf ein unbekanntes Symptom des Scharlachs gelenkt, bestehend in einem Gefühl von Ameisenlaufen, von Eingeschlafensein der Hände, welches gleichzeitig mit dem Exanthem auftritt und 1—1½ Tag dauert. Mitunter besteht auch eine gewisse Schwäche der betreffenden Extremitäten, so dass die Bewegung oder das Ergreifen Schwierigkeiten macht. Verfasser konnte sich in eigener Person von der Richtigkeit der erwähnten Symptome gelegentlich einer Scharlacherkrankung überzeugen. Er verlegt dasselbe hauptsächlich in die palmare Fläche der Finger, in den Thenar und Hypothenar. Die Bettwärme und die Bewegungen der Finger verstärken dasselbe. Mayer hat dieses Symptom nur bei Scharlach gefunden, er hält dasselbe für pathognomisch zum Unterschiede von anderen toxischen oder infektiösen Exanthemen und führt es auf eine Einwirkung des Scharlachgiftes auf das Rückenmark oder die peripheren Nerven zurück.

(Arch. de méd. des enf. 1903.)

E. Toff (Braila).

Warum rezidivieren die Nasenpolypen? Von Hajek.

Nach Verf. rezidivieren die Nasenpolypen aus folgenden Gründen: 1. Weil gewöhnlich nicht sämtliche Polypen und die einzelnen Polypen nicht ganz entfernt werden. 2. Weil man das ursächliche Empyem der Nebenhöhlen übersieht. 3. Weil das Knochenmark und das Periost, aus welchem die Polypen ihren Ursprung nehmen, miterkrankt sind und aus dem übrigbleibenden zelligen Infiltrate der Markräume neue Polypen sich entwickeln.

(Wiener med. Presse 1902.)

S.

Das therapeutische Verhalten bei Kombination von Anämie und Neurosen im Kindesalter. Von L. Fürst.

Bei funktionellen Neurosen allerlei Art im Kindesalter sah Verf. gute Erfolge von der konsequenten Verabfolgung der Guberquelle. Er gab früh und abends  $\frac{3}{4}$  Stunde nach der Mahlzeit einen Kinderesslöffel dieses Arseneisenwassers, und zwar mindestens 3 Monate, aber auch bis



zu 2<sup>1/2</sup> Jahren. Daneben das geeignete hygienisch-diätetische Verhalten, namentlich allabendliche Vollbäder von 28° R., 20 Minuten lang mit kalter Kompresse auf Kopf und Hinterhaupt.

(Klin.-therap. Wochenschr. 1902.)

S.

Die Lumbalpunktion in der Pädiatrie. Von C. Giarré.

G. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen bezüglich der Anwendung der Lumbalpunktion bei Kindern: 1. Die Lumbalpunktion hat grossen Wert bezüglich der Diagnose der meningealen Blutungen, der purulenten, serofibrinösen und tuberkulösen Meningitis. In allen diesen Krankheitsformen bietet die entleerte Flüssigkeit Verhältnisse, die sie von der bei meningitisähnlichen, jedoch nicht meningitischen Krankheiten gewonnenen Punktionsflüssigkeit unterscheiden (Meningitis serosa acuta, Meningismus). 2. Es ist wahrscheinlich, dass, wenn erst einmal die Natur der sog. Meningitis serosa acuta, sowie des Meningismus näher bekannt ist, wir auch in die Lage kommen dürften, durch die Lumbalpunktion nennenswerte therapeutische Erfolge zu erzielen. 3. Wenn die nötigen Kautelen beobachtet werden, so ist eine Lumbalpunktion ein durchaus unschädlicher Eingriff.

(Riv. crit. di clin. med. Arch. f. Kinderheilkde.)

S.

### Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Sulf. depurat. 0,3—0,5  
DS. 2stündl. 1 Pulver  
Typhus abdominal.  
(Woroschilsky.)

Rp.

Gelatin. alb. 2,0  
Natr. chlorat. 0,12  
Aq. destillat. 100,0  
MDS. zu subkutanen Injektionen,  
4 mal stdl. je 10 ccm zu injizieren, 38° C.  
Melaena neonator.  
(Döllner.)

Rp.

Xeroform. 0,5—1,0  
Mixtur. gummos. 100,0  
od. Emuls. amygdal. 100,0  
DS. stündl. tags und nachts  
1 Kaffeelöffel (f. Kinder bis  
zu 2 Jahren, bei grösseren  
bis 2 g tägl.)  
Gastritis mit heftigem  
Erbrechen. (Toff.)

Rp.

Naftalan. 20,0  
Zinc. oxydat.  
Amyl. Tritic aa. 10,0  
Menthol. 0,5—1,0  
Mf. past. moll.  
Ekzem.  
(Auerbach.)

Rp.

Menthol. 1,5  
Salol. 2,0  
Ol. Olivar. aa. 2,0  
Lanolin 50,0  
Mf. ungt. DS. 2 mal tägl. zu bestreichen.  
Fissur. mamm.  
(Bull. gén. de Thérap.)

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

---

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 8947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

---

**XIV. Jahrg.**

**September 1903.**

**No. 9. (165.)**

---

**Inhalt:** Originalien: **Spiegelberg**, Die Influenza im Kindesalter. 193. — Referate: **Steinhardt**, Barlowsche Krankheit. 205. — **Variot**, Infantile Atrophie. 207. — **Mery**, Chronischer Rheumatismus. 208. — **Duvernay**, Gangränöse Lymphangitis des Scrotum beim Neugeborenen. 209. — **Monro**, Akute Alkoholvergiftung. 210. — **Forster**, Akute Alkoholvergiftung. 210. — Rezensionen: **Koenig**, Ohruntersuchungen. 211. — **Degré**, Therapie der Kinderkrankheiten. 212. — **Toepflitz**, Die Ernährung des Kindes. 213. — **Apt**, Das Stottern. 213. — **Eberhard**, Schulfreie Nachmittage. 213. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 214. — Kleine Mitteilungen. 216.

---

### Die Influenza im Kindesalter.

Ein kurzer kritischer Überblick über die Literatur der letzten 15—20 Jahre.

Von Dr. Joh. H. Spiegelberg-München.

Vorstehender Sammelbericht, erstattet vor einem engeren Kreise von Fachgenossen, kann nicht mehr sein, als der Zusatz zur Überschrift besagt: das Ergebnis der Durchsicht der Arbeiten, welche im angegebenen Zeitraume aus Beobachtungen an kindlichen Kranken über Influenza bekannt geworden sind, und der Versuch, aus der Abwägung der Werte in aller Kürze ein klinisches Bild der Influenza im Kindesalter herauszuschälen. Er bringt somit weder Eigenes, noch an allen Punkten gleichmäßig Vollständiges.

Die Influenza ist als Seuche, Infektionskrankheit bekanntlich seit frühen Zeiten, dem 14. oder sogar 12. Jahrhundert bekannt. Die wissenschaftlichen Kenntnisse unserer Zeit gründen sich erst auf die Epidemien der 30er und 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts und die in frischerer Erinnerung haftende Pandemie von 1889—1891 sowie der nächsten Jahre. Mit dieser Pandemie beginnen auch erst brauchbare, d. h. ausdrückliche Beiträge über Influenzaerkrankungen im Kindesalter zu erscheinen. Eingestreute Bemerkungen lassen sich wohl schon vorher finden, ja historisch

interessant ist z. B. ein Bericht von Valleriola (nach Ripperger), wonach eine Epidemie von 1357—58 ganz vorzugsweise unter Kindern herrschte (Influenza?). Überschaun wir nun die Veröffentlichungen von klinischen Beobachtungen aus etwa 20 Jahren rückwärts von heute, so finden wir im ersten Drittel dieses Abschnittes nur einen sehr geringen Beitrag zu unserm Thema. In der Literatur gerade für das Kindesalter scheint zudem der Missbrauch mit der Diagnose Influenza in noch höherem Masse zu herrschen, als solches bekanntlich überhaupt der Fall ist. Insbesondere in Epidemiezeiten sind allerhand Dinge als Influenza, Symptome oder Folgen derselben beschrieben, ohne dass sich die Beobachter immer sehr gründliche Rechenschaft über den gedachten Zusammenhang gegeben hätten.

Das klinische Bild der Influenza ist ein äusserst wechselvolles, ebenso die Schwere der Erkrankung als solcher; vollberechtigt erscheint der häufig zu findende Satz, dass es ein typisches Bild der Influenza auch in weitesten Grenzen überhaupt nicht gibt. Man hat nach Vorwiegen der Erkrankung einzelner Organsysteme Untereinteilungen der Krankheit unternommen, die, sofern man sich bewusst bleibt, keine Trennung damit zu vollziehen, sehr nützlich sind. Das Gewöhnlichste ist die Dreiteilung in die katarthalsische (respiratorische), gastrische und nervöse (rheumatoide zugleich) Form. Den Kombinationen bleibt der grösste Spielraum.

Der Erreger, der Influenzabazillus ist auch bei Kindern in den verschiedensten Organen nachgewiesen worden, so im Blute von Slawyk, im eitrigen, durch Lumbalpunktion gewonnenen Exsudat (Langer, Slawyk, Leichtenstern u. a.), in den Meningen (Hecht), im Otitiseiter (Hartmann u. a.) u. a. O. Auch einen Pseudoinfluenzabazillus haben wir erhalten (Luzzato). In einer eventuellen kurzen bakteriologischen Diagnose empfiehlt Baginsky die Untersuchung des Nasensekrets.

Was das Vorkommen der Influenza bei Kindern überhaupt anbelangt, so ergibt die Zusammenfassung aller gemachten Beobachtungen, dass das früheste Kindesalter einen relativen Schutz gegen Influenza besitzt, dass jedoch kein Alter dagegen immun ist und auch aus keinem Lebensalter Beobachtungen ernster Influenzaerkrankungen fehlen. So sind schon für das Kindesalter zahlreichere Fälle beschrieben, Flesch, Comby, Fehling verfügen über grössere Reihen von Influenzafällen bei Säuglingen, Strassmann hat in der Giessener Frauenklinik 1889/90 8 Fälle bei Neugeborenen von  $3\frac{1}{2}$ —4 Tagen Dauer während der Epidemie beobachtet.

Während es nun bei vielen Autoren heisst, dass die Neugeborenen und kleinen Säuglinge meist von der Mutter angesteckt werden, werfen andere die interessante Frage auf, ob die Brustkinder durch die Mutter oder Amme nicht Immunität gegen diese Ansteckung einsögen. Die meisten bejahen die Frage. Von Combys 218 Kindern erwarben 3 Säuglinge Grippe (franz.) an der Mutterbrust (Revue mens. 1890). Übrigens heisst es, Brustkinder blieben am häufigsten von der Epidemie verschont. Fehling teilt mit, dass von den Säuglingen auf seiner Abteilung keiner erkrankte, „obwohl“ sie von influenzakranken Müttern gestillt wurden. Er hätte auch sagen können „weil“. Nach Flesch erkrankten solche Kinder weniger, wenn aber, dann schwerer. Über dieser nicht begründeten Behauptung verwandte auch Flesch die Tatsache relativer Im-

munität der Brustkinder influenzakrankter Ammen gleich Fehling gegen die Kontagiosität der Influenza — er schrieb dies 1—2 Jahre vor Pfeiffers Entdeckung.

Ein anderer ausführlicher Beobachter, Bocan (1900), behauptet, dass die an der Brust influenzakrankter Ammen genährten Kinder nicht immun bleiben, dass nur in den ersten Monaten die Gelegenheit geringer sei. Einheit herrscht also nicht, die Übersicht über die vorhandene Kasuistik besagt jedoch soviel, dass das 1. Lebensjahr und schon das 1. Halbjahr einen ganz hervorragenden Prozentsatz an Influenzaerkrankungen liefern. Schlossmann sagte 1895 auf der Lübecker Versammlung unserer Gesellschaft, dass nur die dem Säuglingsalter eigentümliche physiologische Widerstandsfähigkeit gegen alle Infektionen die scheinbare geringe Influenzamorbidität bei jüngsten Kindern erkläre; die falsche Behauptung, dass Kinder bis zum 3. Jahre fast immun seien, beruhe auf der Verschiedenheit des Krankheitsbildes; dieses weicht eben um so weiter von dem des Erwachsenen ab, je jünger das Kind ist.

Die Behauptung Baginskys, dass „ursprünglich gesunde“ Kinder von der Influenza fast nicht berührt werden, ermangelt der Grundlagen. Kränkliche Kinder erkranken eben an allen Infektionen in schwererer Form.

Darüber sind sich fast alle Autoren einig, dass in den frühesten Lebensjahren im Gegensatz zum Erwachsenen die Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals und nächst diesem die zahlreichen Symptome und Folgen im Nervensystem hervortreten gegenüber den Erkrankungen der Respirationswege. Das Verhältnis verschiebt sich allmählich mit den Jahren bekanntlich bis zur schliesslichen teilweisen Umkehrung.

Comby, Schlossmann, Flesch heben dies Vorherrschen der gastrointestinalen Influenza bei jüngeren Kindern ganz besonders hervor. Einzelne, besonders frühere Beobachter scheinen sich a priori nur mit den Erscheinungen der Atmungsorgane abgegeben zu haben, so dass die Unterordnung gastrointestinaler Erscheinungen unter das Krankheitsbild der Influenza selbst ihnen ganz entgeht. Etwas ähnliches gilt von einer Anzahl Beschreibungen der „Grippe“ seitens der Franzosen, die sich ausschliesslich mit Epidemien infektiösen Katarrhs der oberen Luftwege befassen. Erst Comby würdigte 1890 das Gesamtbild der echten Influenza und die vortretende Beteiligung der anderen Organe. Selbst Filatow lässt sich in älteren Mitteilungen diese genannte Beschränkung zu schulden kommen. Carstens wirft ihm vor, dass er überhaupt keine Epidemie beobachtet habe, sondern nur sporadische Fälle infektiösen Katarrhs. Später definiert Filatow seine Grippe oder Influenza als: „fiebrhaften epidemischen Katarrh, der gleichzeitig die Schleimhäute mehrerer Organe befällt“, kann sich aber auch ferner nicht von dem Standpunkt loslösen, dass die Grippe ein inf. respir. Katarrh verschiedenen Grades ist, alle andern Organerscheinungen nur Verwicklungen in zweiter Linie.

Carstens, der 1890 bei Heubner 41 Fälle poliklinisch beobachtete, betont im strengen Gegensatz hierzu die auffällig geringe Beteiligung der Schleimhäute der Respirationswege\*). Er, Baginsky, auch Soltmann bereits 1887 stellen die nervösen Erscheinungen in den Vordergrund, auch Comby hebt diese besonders hervor. Verwerten wir zur Beurteilung

\*) 33% solcher sieht er dabei noch als sekundäre Komplikationen an.

noch eine Menge von Einzelbeobachtungen, so müssen wir das eine jedenfalls festhalten, dass die Influenza im Kindesalter ihren Charakter als Allgemeininfektion (besser-intoxikation) ganz besonders hervorkehrt.

Die Inkubationsdauer nach erfolgter Ansteckung wird für die Influenza im Kindesalter von den wenigen, die sie berühren, ebenso wechselnd und willkürlich angegeben, wie dies im allgemeinen geschieht. Einige Tage bis Wochen (z. B. von Carstens), wenige Stunden bis 3 Tage (z. B. Filatow), das sind die Extreme. Eine verhältnismässige Kürze der Inkubationszeit geht aus allem jedoch hervor, und das Richtige dürfte ein Mittel von 1 bis höchstens 8 Tage sein.

Wir wenden uns zu den Einzelheiten des Krankheitsbildes.

Die Influenza setzt im allgemeinen, wie bekannt, ohne lange Prodrome mit ausgesprochenem Krankheitsgefühl, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Unlust, häufig bereits Kopfschmerzen und endlich Fieber ein. Dieses kann sich durch Schüttelfrost äussern, oft bleibt ein solcher aber auch aus. Nacken-, Kreuz- und Gliederschmerzen begleiten jetzt schon das Fieber; der Puls ist frequent, leichte Cyanose und ein verfallener Gesichtsausdruck fehlen selten; demnächst tritt eine Rötung der sichtbaren Schleimhäute, bes. des Pharynx, und die klinischen Folgen dieser Kongestionen in Erscheinung. Appetitmangel bis zum Widerwillen gegen jegliche Nahrung ist die Regel.

Diese allgemein gültigen Erscheinungen des Beginns sind bei grösseren Kindern, von 4 oder 5 Jahren und mehr, in der Mehrzahl die gleichen, je übereinstimmender auch hier, je älter die Kinder bereits.

Carstens gibt merkwürdigerweise einen allmählichen Beginn an, mit Unruhe, Hinfälligkeit, Schnupfen, Husten, Kopfschmerzen u. s. w., bis sich die Symptome unter Fieber plötzlich steigern. Er selbst setzt aber noch hinzu: „Andere erkranken jedoch im besten Wohlsein.“ Letzteres lässt sich als Regel den meisten Beschreibungen entnehmen. So sagt Schlossmann, dass der Beginn bei ganz jungen Kindern ohne Katarrh plötzlich geschehe, mit Fieber, Erbrechen, Prostration und unter Umständen Krämpfen; dazu Appetitlosigkeit und Obstipation. Und als charakteristisch fügt er hinzu die der Influenza eigentümliche diffuse Rötung des Halses, d. h. der Pharynx. Diesen locus minoris resistentiae der Kinder sieht Schl. überhaupt als Ausgangspunkt der ganzen Influenza-intoxikation an.

Die genannte Pharynxrötung ist sicher ein stets wiederkehrendes Anfangssymptom. Schon 1887 schreibt Soltmann aus einer ziemlich ausgedehnten, z. T. bösartigen Epidemie: „Die Erkrankung beginnt (bei Kindern) nicht mit Nasenkatarrh (— wie damals über die „Grippe“ allgemein gesagt wurde —), sondern einer Influenza-Retropharyngitis, welche mit den charakteristischen Allgemeinerscheinungen einsetzt.“ Das ist eine bestimmte, klare Angabe, alle gründlichern der spätern Arbeiten erwähnen diese auffällige diffuse Rötung des Rachens. Es verlohnt sich deshalb, gerade weil uns im Kindesalter eine entzündliche Hyperämie dieser kritischen Gegend vor verschiedenen Erkrankungen häufiger begegnet, auf dieses Anfangssymptom besonderes Augenmerk zu richten und es in allen Einzelfällen genauer zu beschreiben. Betonen muss man dabei, dass es allgemein nicht etwa nur als die Anfangerscheinung der Katarrhe,

Schnupfen etc. angesehen wird. Schlossmann leitet sogar die Darmerscheinungen von hier ab; d. h. die Influenzabazillen siedeln sich im Rachen an; von hier entfalten sie ihre toxische Wirkung, besonders zeitig auf den Verdauungskanal. Diese zufällige Analogie mit der toxischen Allgemeinwirkung der im Rachen lokalisierten Diphtherie schwebt verschiedenen Beobachtern vor, leider meist nur unbestimmt. Eine ganz eigenartige Ergänzung findet sie in einer neuesten Beobachtung, von W. Steckel, Wien 1902, die ich vorgehend hier anführe: Danach gäbe es ein typ. Bild der Pseudodiphtherie, die in Wahrheit nur eine krupöse Influenza wäre: fibrinartige Streifen unter der Schleimhaut des Rachens, streifige Flecken am Gaumen. Eine weitere Bestätigung habe ich nicht gefunden.

Ich kehre zu den Symptomen zurück, die ich nunmehr einzeln durchgehen möchte:

Wie für den Erwachsenen, so ist auch für das Kindesalter nichts Typisches betreffs des Fiebers angegeben. Dort werden als Durchschnittsdauer des Fiebers überhaupt 2—4 Tage bei leichten, 7—10 Tage bei schwereren Fällen genannt. Hier fürs Kindesalter finden sich Zeitangaben garnicht. Baginsky spricht von charakteristischem Fieber, das mit Beginn emporschnelle und ebenso nach 3—4 Tagen abfalle; von kurzdauernder Continua sprechen auch andere. Doch finden sich daneben die abweichendsten Angaben. Die Höhe, die für das Initialfieber der Influenza überhaupt als ziemlich beträchtlich angegeben wird, ist entsprechend dem Alter, um das es sich handelt, in allen Angaben eine grössere, 39—40° und darüber; in den nächsten Tagen Remissionen, in einigen Fällen typhusähnliche Kurven, nur von geringerer Länge. Ganz besonders erwünscht wären jedenfalls genauere Beobachtungen gerade über die Fieberbewegung bei unkomplizierter Influenza der Kinder. Eine besondere Rolle spielt das Fieber bei den später zu erwähnenden Fällen protrahierter oder chronischer Influenza.

Eine fast allein stehende Mitteilung ist die von Strassmann über seine 8 influenzakranken Neugeborenen aus der Giessener Klinik. Diese hatten, während sie an Nasenrachen- und Darmerscheinungen erkrankten, ausnahmslos herabgesetzte Rektaltemperaturen, unter 35—34° (d. h. Kollapstemp.), in einem an Pneumonie tödlich endenden Falle bis 32,1°. Subnormale Temperatur fand ich nur noch einmal bei Influenzameningitis grösserer Kinder verzeichnet.

Die Begleiterscheinungen des Fiebers sind Kopfschmerzen, auch von den Kindern meist in die Stirn- und Schläfengegend verlegt. Eine andere Rolle spielen diese als Symptom cerebraler und meningealer Komplikationen. Carstens betont die besondere Heftigkeit und Unerträglichkeit der anfänglichen Kopfschmerzen.

Zu den febrilen und Allgemeinerscheinungen gehört ferner die hochgradige Abgeschlagenheit, Müdigkeit, die subjektive Schwäche auch der Kinder. Schlafsucht und dgl. kann man schon zu den nervösen Symptomen zählen. Die Schmerzen im ganzen Körper, in Nacken, Kreuz, Gliedern, namentlich Schultern und Knien, finden sich regelmässig in unserer Literatur verzeichnet; Comby, auch Carstens heben sie besonders hervor, Schlossmann gibt an, dass alle Kinder darüber klagen und die Kleinen sie durch Empfindlichkeit bei Berührungen kundgeben;

er erblickt darin sogar ein Unterscheidungsmerkmal bezügl. der gastrischen Störungen bei Influenza und derjenigen anderer, etwa rein örtlicher Herkunft.

Der Puls wird meist als nicht ganz im Verhältnis zur Höhe des Fiebers und der Schwere der Erkrankung angegeben, von einigen wird eine grössere Frequenz erwähnt, von einzelnen die Kleinheit. Baginsky spricht vom elenden Pulse; Steckel, der die Influenzapseudodiphtherie beschreibt, beobachtete in 50% aller Influenzafälle bei Kindern überhaupt Pulsarrhythmie. Und hierin zeigt die Erkrankung wieder ihren Charakter als toxische Allgemeinerkrankung und ihre diesbezügliche Verwandtschaft mit der Diphtherie. Herzschwäche wird von vielen Seiten berichtet (Westcott, Schlossmann, Baginsky, Lees 1901 [akute Dilatat.]). Forchheimer beobachtete bei leichten Formen schon Pulsbeschleunigung und Tachypnoe, bei schweren deutliche Verbreiterung der Herzdämpfung mit Vorhandensein undeutlicher Geräusche, die auch von anderen noch gehört wurden, Cyanose und Kollaps, und findet, dass eine geringe Schwächung des Herzens meist längere Zeit hinterbleibe. Earle, ein englischer Darsteller der Influenza bei Kindern (1892), drückt sich ebenfalls dahin aus: die Infektion wirkt wie bei Diphtherie durch Toxine, und bei beiden findet sich deshalb parenchymatöse Degeneration im Herzmuskel. Wenn Carstens schreibt, am Zirkulationsapparat nichts Wesentliches beobachtet zu haben, so sind seine Fälle Ausnahmen.

Wir kommen zu den Respirationsorganen, deren Erkrankung bei dem Begriffe Influenza sonst bekanntlich allgemein an erster Stelle steht. Die katarrhale Influenza im engern Sinne ist ein von oben absteigender infektiöser Katarrh. Schnupfen mit spärlicher dünner Absonderung; Katarrh des Rachens, sehr selten des Kehlkopfes und dann eine trockene, mit krampfhaftem Husten einhergehende Bronchitis sind, so lange Komplikationen ausbleiben, seine Erscheinungen beim Erwachsenen. Oft wird bei diesem auch eine bis zur Orthopnoe unter Umständen gesteigerte Dyspnoe beobachtet, die in keinem Verhältnis zum örtlichen Befunde steht und nervösen (toxischen) Ursprungs sein soll; Katarrh und Auswurf werden später feuchter, schleimig, eitrig.

Im Gegensatz zum Erwachsenen heisst es nun, wie erwähnt, dass bei Kindern die Schleimhäute des Respirationstrakts je jünger die Individuen, desto weniger beteiligt seien. Allgemein scheint dies in der Tat gültig zu sein, ohne eine bindende Bedeutung in einzelnen Fällen zu besitzen. Carstens gibt von seinen 41 Fällen aus dem Jahre 1890 an: selbst bei heftigstem Husten selten Katarrh, nicht einmal in protrahierten Fällen; 33% der respirator. Katarrhe sieht der Verfasser wie die pneumon. Herde als Komplikationen an. Dem entgegen sagt Baginsky in seinem Lehrbuche: die Respirationsorgane sind frühzeitig beteiligt; er erwähnt die Rhinitis, die trockene Bronchitis, Fälle von Pseudokrup und die Komplikationen seitens des Lungenparenchyms. Das Gute liegt auch hier in der Mitte. Warum sollte die Influenza, deren Sichabspielen auf der Respirationsschleimhaut für die Allgemeinheit eine zu feststehende Tatsache ist, bei jüngerem Kindern dieses Organsystem nahezu umgehen? Wir müssen uns nur von der Annahme freimachen, dass die Influenza eine örtliche Infektion sein könnte, und wir werden aus dem physiologischen Verhalten der verschiedenen Altersstufen die ungezwungenste Erklärung der hier so viel betonten Abweichungen finden.

Nach Schlossmann fehlten bei 35 % unter 3 Jahren Bronchial- und Lungenerscheinungen zu Beginn völlig, bei andern waren sie leicht. Über 10 Jahren begannen  $\frac{5}{6}$  der Fälle mit solchen.

Was die nackten Beobachtungen angeht, so beschreibt Filatow den Schnupfen zu Beginn der Erkrankung, später den heftigen trockenen Husten und die verspätete Lösung des Katarrhs, die er differential-diagnostisch verwertet. Der Schnupfen zu Beginn ist nach vielen Autoren mit beträchtlicher Injektion der Konjunktiven verbunden; die Mundhöhle ist wie der Rachen entzündlich gerötet, oft schmerzhaft. Comby zählt statistisch in  $\frac{1}{3}$  seiner 218 Fälle den Schnupfen auf, dabei 18mal Nasenbluten, von dem häufiger berichtet wird. Strassmanns 8 Neugeborene begannen mit Entleerungen grünen Nasenschleimes und Heiserkeit. Der trockene, fast krupöse Husten ist nach Bocan sehr den Masernprodromen ähnlich, später dem Keuchhusten, und einzelne Autoren (Guidi, Rom 1890) hat er zu der Aufstellung einer Pseudopertussis im Gefolge der Influenza verleitet; es handelt sich dabei um verschleppte chronische Formen. Tiessinger hat in einer nordfranzösischen Stadt 3 Winter hintereinander durch je 4 Monate je gegen 50 Kinder beobachtet und hebt neben dem hohen Fieber ganz besonders den schmerzhaften Husten hervor. (Inf. Grippe.) Die typischen Erscheinungen der Bronchitis, das reichlichere, anfangs schaumige, später dickliche Sekret, Rasseln und feuchte Geräusche, werden nach allen Beobachtungen vermisst. Der Katarrh ist ein ausgesprochen trockener.

Bronchopneumonien werden oft berichtet. Sie entsprechen der Natur der Sache, scheinen aber nicht speziell häufig zu sein. Bocan betont, dass sie bei schwächlichen Kindern nach Influenza sehr leicht latent verlaufen und zu plötzlichem tödlichen Ausgange führen können. Ripperger lässt überhaupt nur die durch kapilläre Bronchitiden entstandene Bronchopneumonie als indirekt mit der Influenza zusammenhängend gelten. Die krupöse Lappenn pneumonie als direkte Wirkung des Influenzagiftes wie bei Typhus, Diphtherie u. a. anzusehen, verbiete schon die Seltenheit dieser Pneumonie im Verhältnis zum Vorkommen der Influenza; sie ist in der Tat ganz selten. Soltmann sah einige Fälle unter springenden Pneumonien enden. Die typische Influenzapneumonie, der auch Finkler in seinem klassischen Buche „Die akuten Lungenentzündungen als Infektionskrankheiten“ einen breiten Raum widmet — Merkmale: feines Knistern, Dämpfung auf sehr begrenzten Stellen, wechselnd im Ort (vergl. Soltmann oben), auch ausgedehntere Herde, aber stets normale Bronchien —, ist in allen Berichten, Kinder betreffend, zu vermissen. Von Pleuritis ist kaum etwas gesagt. Einmal, von Abelman n, wird eine tödliche Lungengangrän im Anschluss an eine Pneumonie beschrieben, welche letztere am 5. Tage der Influenza auftrat.

Alles in allem tragen also die aus dem Kindesalter beschriebenen Erkrankungen der Respirationsorgane bei Influenza doch einen durchschnittlich nicht sehr bösartigen Charakter.

Nächst dem Respirationstraktus haben wir den Verdauungsapparat ins Auge zu fassen. Er spielt, wie nun bereits festgestellt wurde, eine bedeutend grössere Rolle bei den jüngeren Individuen als später, und zwar dem Alter entsprechend. Beim Erwachsenen hören wir vornehmlich von



funktionellen Störungen, wozu die Appetitlosigkeit, das Erbrechen zu Beginn gehört, die auch bei unserm Material nicht fehlen. Eigentliche Darmerscheinungen, katarrhalischer oder schwererer Art, werden beim Erwachsenen sporadisch erwähnt; je weiter wir im Alter zurückgehen, desto mehr drängen sie sich in den Vordergrund. Comby's Zahlenangaben enthalten 98mal galliges Erbrechen, 37mal blosser Übelkeit unter 218 Fällen. Von Darmkatarrhen ist merkwürdigerweise nichts gesagt. Carstens erwähnt nur, dass Störungen des Digestionsapparates regelmässig waren, geht aber nicht näher darauf ein. Strassmann's Neugeborene erkrankten im Anschluss an den Nasenfluss an Dyspepsien. Flesch beobachtete bei kleinen Kindern von 2—10 Monaten in infizierten Familien Dyspepsien und Gastrointestinalkatarrh und fand in mehreren Fällen post mortem Hyperämie des Darmes und kleine Substanzverluste, Duodenum und Jejunum, die er der Influenza speziell zuschreibt. Nach Baginsky ist der ganze Verdauungskanal vom Pharynx an auf das Lebhafteste mit beteiligt. Auf das anfängliche Erbrechen, das auch cerebralen Ursprungs sein kann, folgt gewöhnlich bei kleinen Kindern eine kurz anhaltende Obstipation. Am 3. oder 4. Tage nach Schlossmann Diarrhöen, stinkende, schleimige Entleerungen, die die Kinder sehr herunterbringen können. Ähnliches beschreibt Bocan. Beide Autoren geben mit andern auch an, dass bei einiger Dauer der Erscheinungen, besonders bei nicht ganz kleinen Kindern, der Zustand ein typhoider, oft dem Typhus täuschend ähnlicher werden kann. Schlossmann betont hierzu als wichtig das Fehlen der Diazoreaktion im Harn. In 15% der Fälle fand er dann Milzschwellung. Die Summe klinisch wertvoller und klar bezeichnender Angaben über Darmerkrankungen bei der Influenza ist eigentlich gegenüber der immer wiederkehrenden Behauptung ihrer besonderen Häufigkeit recht spärlich. Was da geschildert wird, kommt schliesslich auch bei andern schweren Infektionen (Scharlach) vor. Über den Milztumor, der eben berührt wurde, sind sich betreffs seines Vorkommens bei der Influenza (der Kinder) überhaupt die Autoren nicht einig. Eine grosse Zahl berichtet davon in kasuistischen Beiträgen. Von den Sammeldarstellern sagt Baginsky: mässige Milzschwellung; Schlossmann wurde genannt; Carstens fand sie nur 2mal, Filatow fast nie; und Comby fügt seinen Zahlen hinzu: nie Milzvergrösserung oder -empfindlichkeit.

Die Nieren werden manchmal als beteiligt angegeben. Baginsky fand gelegentlich Nephritis, Trumpp (mündliche Mitteilung) einmal akute hämorrhagische Nephritis, Schlossmann in 8% Albuminurie, dabei Harnzylinder; ihm reihen sich mehrere Beobachter an. Carstens fand den Harn, sofern untersucht, normal, Comby uratreich, wie selbstverständlich.

Die Fälle von Anurie gehören ins Gebiet der Nerven.

Ehe wir uns diesem zuwenden, ist noch der gelegentlichen Beteiligung der äussern Sinnesorgane, Ohr und Auge, zu gedenken. Besonders häufig werden Ohrenscherzen (Baginsky, Carstens), Ohrenstiche (Filatow) u. dergl. berichtet, Otitis wohl mehr zufälligerweise nur bei Hartmann, der, wie erwähnt, im Mittelohreiter Influenzabazillen rein fand und behauptet, dass 10% aller Otitiden solche aufweisen. Auch Wohlmutz befindet (nach mündlicher Mitteilung) Otitis media als häufigere Komplikation der Influenza und erkennt als charakteristisch dabei

kleinere Blutungen im Trommelfell. Neben Injektion der Lidränder und Konjunktiven des Auges und Lichtscheu (Comby), namentlich zu Beginn des Katarrhs, finden wir schwere Konjunktivitis und weitergreifende Augenentzündungen genannt. Dem Referenten kam ein Fall vor, wo ein 10jähriger Knabe mit Katarrh und plötzlichem hohem Fieber mit Delirien, grösster Abgeschlagenheit erkrankte und die ersten 4 Tage des kaum über eine Woche dauernden Anfalls eine Konjunktivitis schwerster Art mit Sekretion, tiefer Injektion und Bindehautblutungen mit einherging. Jundell (Stockholm) hat 1892 unter zahlreichen Fällen von Konjunktivitis bei Säuglingen in 9 Fällen Influenzabazillen aus dem Sekret gezüchtet. Der Verfasser lässt die Frage offen, ob es sich um die Infektion von irgend einem andern Sekrete her oder um unmittelbare Erkrankungen handelt. Die Konjunktivitis war stets doppelseitig.

Das Nervensystem ist auch bei verschiedenaltigen Kindern zu jedem Zeitpunkte der Erkrankung mehr oder weniger schwer in Mitleidenschaft gezogen, wie sich das bei der infektiös-toxischen Natur der Krankheit wohl von vornherein erwarten lässt. Schon die heftigen Kopfschmerzen, die auch bei den Kindern stets angegeben werden, sind als über den Fieberzustand hinausgehende Beteiligung des Hirns und seiner Häute anzusehen, wie auch der vielfach angegebene Augendruck, die Empfindlichkeit der Wirbelsäule und Ähnliches. Die Muskelschmerzen in Gliedern, Rücken, Hals sind ja doch auch als nervöse Schmerzen peripherer Natur anzusehen; von ihnen ist überall die Rede.

Vielfach wird gerade bei Kindern die Somnolenz, die Schlafsucht angeführt, die durch das Fieber als solches keine Erklärung findet. Von Schlaflosigkeit spricht nur Comby, Delirien wurden öfters erwähnt; Carstens, der überhaupt die Erscheinungen von seiten des Nervensystems als die hervortretendsten ansieht, berichtet auch von akuten Schwindelzuständen zu Beginn, ferner einer tagelang andauernden Schlafsucht. Zur Zeit der grossen Epidemie tauchte der Krankheitsname der „Nona“ auf, der Schlafkrankheit, die namentlich im südlichen Europa beobachtet und mit der Influenza in unmittelbare Beziehung gebracht wurde. Sie trat auch bei Kindern auf, und Baginsky kennzeichnet sie als „Zustände schwerster Bewusstlosigkeit ohne Zeichen der Meningitis, die meist zum Exitus im Koma führten und einer Vergiftung mit irgend einer narkotischen Materie“ glichen. Viel hat man darüber unter gleichem Namen und gleicher Beschreibung nicht mehr gehört. Der Hinweis auf das Fehlen sonstiger Zeichen der Meningitis ist von Bedeutung, da wir die Erscheinungen meningeealer Reizung bis zur vollentwickelten Meningitis ausserordentlich häufig in Verbindung mit der kindlichen Influenza erwähnt finden. So nennt Bocan kurzweg unter den Anfangssymptomen der Influenza: Nackenstarre, Erbrechen, Strabismus, mit Aufschrecken vereint. Ja, bei manchen scheinen die meningitischen die einzigen deutlichen Erscheinungen zu bleiben. So berichtet Westcott unter andern Fällen „meningealer“ Säuglingsinfluenza von einem erst 4 Wochen alten Kinde, das in einer an Influenza schwer erkrankten Familie geboren wurde und nach ganz leichten Prodromen in soporöse mit eklamptischen Anfällen wechselnde Zustände verfiel. Und Kolst beobachtete in der Pandemie von 1890 schwere nervöse Zustände bei 5 Influenzakranken zwischen wenigen Tagen und 4 Jahren; bei zwei Todesfällen davon fand sich nur leichte Trübung

der Meningen. Peucker (Prag 1901) beobachtete einen sporadischen Fall, wo bei einem 5 monatlichen Kinde die Diagnose auf Pneumonie und Encephalitis lautete, die Sektion neben Katarrh und Entzündung des Mittelohrs und der oberen Luftwege eine Konvexitäts- und Ventrikelmeningitis ergab, die bakteriologische Untersuchung aber überall den Pfeifferschen Influenzabazillus. Schlossmanns Referat (Lübeck), Soltmann und viele Einzeldarstellungen tun der Influenzameningitis und milderer Verstufen entsprechende Erwähnung. Allen diesen offenbar sekundären Symptomen steht gegenüber die von Leichtenstern (1896, Nothnagel) erwiesene primäre Influenzameningitis. Langer beobachtete 1901 in Prag einen 9jährigen Knaben, „der während einer Influenza der ganzen Familie mit Kopfschmerz, Mattigkeit u. s. w. und nach 5 Tagen an deutlicher Meningitis erkrankte; in dem durch Lumbalpunktion entleerten Eiter fanden sich nur in Zellen eingeschlossene charakteristische Influenzabazillen. Ganz kürzlich (Jahrbuch 57) beschreibt A. Hecht, bei dem sich übrigens noch einige andere, von mir unerwähnte Literaturhinweise finden, einen Fall tödlicher Influenza mit eitriger Cerebrospinalmeningitis (und rechtsseitiger Pneumonie): einer reinen (allerdings nicht wohl primären) Influenzabazillenmeningitis. Die Bazillen lagen hier im intermeningealen Exsudate. Es scheint nach John (1902), dass der Influenzabazillus, wo er allein herrscht, grössere Fibrinexsudate nicht bewirkt. — Ein Gegenstück zu Langer beobachtete früher Slawyk bei Heubner, nur dass in seinem Falle eine verbreitete Allgemeininfektion mit dem Influenzabazillus bestand. In einem sonst ganz ähnlichen Falle fand Luzzato seinen Pseudoinfluenzabazillus.

Curti beschreibt 1895 drei Fälle meningealer Reizung als toxische Nebenerscheinungen: ein 6jähriges Mädchen erkrankte an katarrhalischer Influenza, am 6. Tage beim Fieberabfall an heftiger Meningitis, die gut ausging, darauf ebenso der 8jährige Bruder und drittens in verstärktem Masse ein 9 $\frac{1}{2}$ jähriges Nachbarkind, bei welchem Schwerhörigkeit hinterblieb. Ich erwähne diese Fälle und ihre Erklärung besonders, weil in ihnen allen subnormale Temperaturen verzeichnet werden, die ich sonst nur bei den (nicht meningitischen) Säuglingen Strassmanns wiederfand.

Bozzolo deutet zwei Fälle schwerer meningitischer Erscheinungen als akute hämorrhagische Encephalitis. Von derselben als Influenzafolge spricht auch Baginsky. Als bemerkenswert nenne ich noch eine Beobachtung Wescotts von schwerem, häufig einsetzendem Laryngospasmus während leichter Influenzabronchopneumonie. Zu erwähnen darf ich nicht vergessen, dass als Spätfolge der Influenza Tetanie in wenigen Fällen von Raban, Casaretti, Frankl-Hochwart, Revilliot beschrieben wurden. Gomez heilte einen solchen Fall, wo ein 7jähriger Knabe in der Epidemie unter Fieber und Nasenkatarrh an typischer Tetanie erkrankte, — von der Erklärung durch rein toxische Reizung ausgehend — durch 16 Tage lang fortgesetzte Kochsalzinfusionen, Klystiere und reichliche Getränkzufuhr vollständig. Dies nur nebenbei.

Die bei Erwachsenen nicht seltenen Psychosen sind in einzelnen Fällen von H. Neumann, Auerbach, Kalischer bei Kindern beobachtet worden; so sah letzterer ein 2 $\frac{1}{4}$ jähriges Kind 2—3 Wochen nach schwerer Influenza an halluzinatorischem Verwirrtsein, dann maniakalisch

und schliesslich mit kataleptischem Stupor erkranken und unter robrierender Behandlung nach 9 Wochen zur Norm zurückkehren. Und Ewald erzählt von einem Jungen von 7 Jahren, der an der Influenza erkrankend auf dem Schulwege in plötzlicher Benommenheit des Sensoriums zum Bahnhof lief und in einen Zug einstieg, ohne es zu wissen.

Von peripheren Nervenerkrankungen werden noch Neuralgien, Neuritis ischiadica und Blasenlähmungen genannt. Einen Fall von 68 Stunden anhaltender Anurie (Lähmung des Detrusor) bei Influenza erzählt Morozewicz von einem 2jährigen Mädchen. Von schweren degenerativen Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks infolge allein der Influenza finde ich von Baginsky an anderer Stelle einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose (10jähriger Knabe) und von Massalongo und Silvestri disseminierte Sklerose bei einem 6jährigen Mädchen in der Rekonvaleszenz beschrieben.

Kurz berühren muss ich die Beteiligung der Haut bei Influenza. Exantheme erwähnen Baginsky, Comby, Schlossmann, letzterer in 12% der Fälle. Sie waren morbillenähnlich, roseolaartig, scarlatiniform. Urticaria erwähnen Carstens, Comby je 1mal; Herpes labialis sah nur letzterer in 4 (von 218) Fällen. Witte erlebte 1893 die Erkrankung eines 5monatigen Brustkindes an allgemeiner Purpura, das in Somnolenz ohne weitere Erscheinungen starb. Die Mutter und der 4jährige Bruder waren an Influenza erkrankt.

Hier darf ich kurz das Vorkommen von Mischinfektionen mit exanthematischen und andern Infektionskrankheiten streifen. Filippow beschreibt 1892 16 Fälle mit Scharlach, wobei letzterer angeblich milder verlief. Süsswein fand 1901 in 10 von 21 Masernfällen Influenzabakterien im Nasensekret und im pneumonischen Exsudat; hier sollen dadurch die Erkrankungen verlängert worden sein. Derartige Beobachtungen sind mit Vorsicht aufzunehmen, wenn auch Baginsky ausdrücklich auf solche Kombinationen hinweist. Jackson sah mehrere Fälle von Parotitis bei Influenza; dieselben wichen dem Gebrauch des Chinin. salicyl. Des Weiteren finden wir noch die Mischinfektion mit Diphtherie erwähnt. Heiner beobachtete 1901 in einem Falle lokalisierter Rachendiphtherie und 10 Fällen absteigender Diphtherie, welche tracheotomiert oder intubiert waren, schwere Bronchitiden oder Pneumonien, bakteriologisch und anatomisch als Influenzaaffektionen erkannt.

Betreffs der Dauer der Influenza ist nichts von den Erkrankungen der Erwachsenen Abweichendes für das Kindesalter zu bemerken. 3 Tage bis 3 Wochen könnte man als Fazit der Beobachtungen angeben. Über abortive Formen habe ich Genaueres nicht gefunden. Die Rezidive sollen bei Kindern viel seltener sein. Von protrahierten Formen sprechen Filatow und einige andere (so Gillet im *Traité des mal. de l'enf.*). F. sieht als solche alle Fälle an, in welchen ohne Komplikationen Fieber über einen Monat lang andauert, verbunden mit Schwäche, Schläfrigkeit, ohne besondere katarrhalische Erscheinungen. Einer oder der andere Erkrankte aus einer Familienepidemie bleibt leidend an diesen sich von Zeit zu Zeit unter Kopfschmerz und Frösteln steigenden Symptomen; die Temperatur erreicht keine grosse Höhe. Die Ähnlichkeit mit Malaria ist gross, die Milz jedoch normal; so geht es 2—3 Monate durch. F. führt als Beispiel 3 Geschwister auf (mit Temperaturkurven), einen an-

dem Fall mit starken Schweissen. Den Verdacht der Tuberkulose weist F. von der Hand, aber doch liegt er auch beim Lesen seiner Darstellung sehr nahe. Eine andere Art der chron. Influenza beschrieb derselbe Autor zu wiederholten Malen, nämlich in Zwischenräumen von Monaten wiederkehrende 1—3tägige Fieber- u. s. w. anfälle. So bekam ein Mädchen vom 5. bis 10. Lebensjahre in  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ jährigen Pausen Fieberanfälle von  $\frac{1}{2}$ —2 Wochen Dauer. F. mahnt zur Vorsicht bei der Prognose, da die Erkrankung mit Tbe. und Pleuritis kompliziert werden kann. Man möchte dieses da und die „Komplikation“ beinahe einfacher deuten — —. Bestätigt erscheinen diese Dinge durchaus nicht. Fiessinger sah in 2 von 126 Influenzafällen (bei 5- und 7jährigen Kindern) nach scheinbarer Beendigung der Krankheit in der 3. Woche das Entstehen chronischer Lungenkongestionen: elenden Zustand, begrenzte Dämpfung, abgeschwächtes Atmen, Rasseln etc. etc., dabei remittierendes Fieber — aber in der 8.—9. Woche endgültige Heilung.

Zur Diagnose findet sich über das Kindesalter nichts, was nicht für jedes Alter gälte. Es wird, wie schon eingangs angedeutet, bei der Diagnose „Influenza“ nicht immer die nötige kritische Zurückhaltung beobachtet. Den besonderen Begriff der infektiösen Grippe, wie er von den Franzosen und auch von Filatow und anderen aufgestellt wurde, offenbar ein Krankheitsbild, bei welchem die Allgemeinsymptome allzu sehr zu Gunsten der Erkrankung der Atmungsorgane zurückgedrängt wurden, hat man aufgegeben von der Influenza zu sondern, sofern es sich nicht um einfachere Katarrhe handelt. Luzzato beschrieb neuerdings (Bd. 52 des Jahrbuchs f. K.) eine Pneumokokkengrippe bei Kindern unter 3 Jahren auf der Escherichschen Klinik mit allen Erscheinungen der Influenza. Es scheint sich jedoch um etwas nicht in das Kapitel echte d. h. Influenzagrippe Gehöriges, vielmehr um eine Hautinfektion mit annähernd ähnlichen klinischen Erscheinungen gehandelt zu haben.

Gegenüber verwandten Erscheinungen bei Masern hebt Filatow die gleichmässige Pharynxröte, das Fehlen des Niessreizes hervor; zur Unterscheidung von Scarlatina in zweifelhaften Fällen dienen bei letzterer die Desquamation und gelegentlich Drüsenschwellungen. Typhus ab d. kann differentialdiagnostisch leichter in Frage kommen; Milztumor und Roseolen, die auch bei Influenza vorhanden sein können, sind zur Entscheidung nicht verwendbar, wohl aber die genaue Fieberbeobachtung besonders bezüglich Dauer und Abfall und das Fehlen der Diazoreaktion in der Influenza. Wie einfache gastrische Störungen und Magendarminfluenza sich gegebenen Falles durch die stets bei letzterer vorhandenen Glieder- und Muskelschmerzen unterscheiden lassen, darauf hat Schlossmann besonders aufmerksam gemacht.

Ernste Schwierigkeiten kann die ätiologische Diagnose der Influenzamenigitis, d. h. die Annahme einer Influenza bei meningitischen Symptomen bereiten, falls die Lumbalpunktion nicht zur Beantwortung herangezogen werden kann.

Zur pathologisch-anatomischen Diagnose lässt sich aus der Literatur nichts beibringen. „Veränderungen, wie bei Infektionskrankheiten“ sagt Baginsky, der denn auch die Befunde aufzählt. Ausserdem entsprechen diese eben den lokalen Affektionen. Die Duodenal- und Dünndarmge-

schwüre, die Fleisch bei Säuglingen fand, können vor der Kritik nicht als etwas der Influenza Eigentümliches bestehen.

Die Prognose wird im grossen und ganzen für das Kindesalter besser gestellt, als für das spätere.

Zur Behandlung der Influenza ist für das Kindesalter gar nichts Besonderes aus der Literatur aufzubringen. Selbstverständlich sind roborie-rende, diätetische und andere ähnliche Massnahmen, ebenso die Bettruhe bei einer fieberhaften Infektionskrankheit von der Art der Influenza. Von Medikamenten ist noch weniger brauchbar als beim Erwachsenen. Filatow nennt Apomorphin und Chinin. Letzteres wird (als salicylicum besonders) sehr häufig empfohlen; von Steckel z. B. für Kinder unter 6 Jahren 2mal täglich soviel Dezigr. wie Altersjahre. Auch das Euchinin wird besonders erwähnt. Die Alkoholica erscheinen den meisten empfehlenswert, mit den für das Kindesalter geläufigen Einschränkungen. Bei Erkrankungen der Atmungswege werden wegen der sehr oberflächlichen Ansiedlung des Influenzabazillus auf der Schleimhaut entsprechende Inhalationen vorgeschlagen.

## Referate.

**Zur Barlowschen Krankheit.** Von Ignaz Steinhardt. (Vortrag geh. in der Nürnb. mediz. Ges., 1903. — Ärztl. Rundsch. 30. Mai 1903.)

Unter den Krankheiten des Kindesalters hat seit einigen Jahren das lebhafteste Interesse die sogenannte Barlowsche Krankheit beansprucht. Sie führt diesen ihren verbreitetsten Namen nicht ganz mit Recht, denn derjenige, welcher sie zuerst — im Jahre 1857 — beschrieben hat, war der Königsberger Arzt Möller während sie bald danach wieder in Vergessenheit geriet und erst seit der eingehenden Veröffentlichung des Engländer Barlow im Jahre 1883 genauer studiert wurde. Von dieser Erwägung aus spricht man von der Möller-Barlowschen Krankheit. Soll mit dem Krankheitsnamen gleich von vornherein ein klinischer oder anatomischer Begriff der Krankheit verbunden werden, so bezeichnet man sie als akute hämorrhagische Rhachitis und infantiler Skorbut, weil die Krankheit in Symptomatologie und Ätiologie tatsächlich sehr grosse Ähnlichkeit mit dem Skorbut hat. Auch bei ihr ist als wichtigstes Symptom die Veränderung des Zahnfleisches zu betrachten, welches dick geschwollen und bläulich verfärbt erscheint und leicht blutet; dazu kommen dann die Hämorrhagien, aber nicht wie beim Skorbut auf der Haut, sondern an und in den Knochen, und zugleich damit starke Infiltration und Schwellung sowie Schmerzhaftigkeit der darüber gelegenen Weichteile; desgleichen Anämie; endlich wird auch bei der Barlowschen Krankheit als Ursache unzweckmässige Ernährung, besonders mit künstlichen Mehl- und Milchpräparaten, beschuldigt, womit in Zusammenhang die Tatsache steht, dass, während der Skorbut jedes Lebensalter befallen kann, das

Vorkommen von Barlow ausnahmsweise auf das Alter vom 6. bis 24. Monat beschränkt bleibt. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, hat sich nämlich fast in allen bisher beobachteten Fällen von Barlowscher Krankheit gezeigt, dass die betr. kleinen Patienten künstlich — oder vielleicht, richtiger gesagt: gekünstelt, Baginsky sagt sogar: verkünstelt — ernährt wurden; meist sind es aus besseren Kreisen Kinder, die unter günstigen hygienischen Verhältnissen lebten und bei denen nichts an Zeit, Geld und Mühe gescheut wurde, um sie in ihrem Gedeihen vorwärts zu bringen; erfreuen sich ja die künstlichen Muttermilchsurrrogate gerade in diesen Kreisen der weitesten Verbreitung! Alle künstlichen Nährmittel, um die es sich hier handelt, haben eine gemeinsame Eigenschaft, das ist das offene oder stillschweigende Zugeständnis, dass in der betr. Nahrung frische, einfach zubereitete Milch fehlte. War Milch gegeben worden, so konnte man nachweisen, dass dieselbe sehr lange gekocht oder sterilisiert oder auch noch mehrere Tage nach der Zubereitung bis zum Verbrauch aufgehoben worden; handelte es sich um Kindermehl oder andere Kunstpräparate, so waren dieselben ohne Zusatz frischer Milch verabreicht worden. Und fast immer hatte man die betr. Nahrung lange Zeit hindurch, ununterbrochen und ausschliesslich, ohne Beikost, verabfolgt. So berichtet Baginsky über einige Fälle, in welchen Lahmanns Pflanzenmilch in Soxhlet gekocht oder Somatosemilch oder Albumosenmilch gegeben worden war; die Patienten von Starcks waren ausschliesslich mit Dauermilch ernährt worden, d. h. mit einer zum Zwecke der Sterilisation längere Zeit hindurch auf  $100-102^{\circ}$  erhitzten und mehrere Tage alten Milch; in den Mitteilungen von Köppen findet sich Riefenstahls Milchpulver als Nahrung angegeben etc. Die interessanteste hierher gehörige Beobachtung ist vielleicht die, welche Dr. Liebe an zweien seiner eigenen Kinder gemacht hat. Das eine derselben war im 11. Lebensmonat an Darmkatarrh erkrankt gewesen und nach der Genesung ausschliesslich mit Soxhlet-, 45 Minuten hindurch sterilisierter Milch ernährt worden; im Alter von 13 Monaten erkrankte es unter den typischen Erscheinungen von Barlow, die erst zu schwinden begannen, als einfach gekochte Milch verabreicht wurde. Natürlich machte sich der Kollege diese Erfahrung zu nutze, und sein nächstes Kind bekam gleich von Anfang an nur gekochte, niemals sterilisierte Milch; trotzdem erkrankte es im 11. Monat unter ganz gleichen Erscheinungen von Barlow wie die ältere Schwester. Die genaue Nachforschung hat nun folgendes ergeben: Die Milch war im Haushalt von Dr. Liebe zwar immer nur 10 Minuten lang gekocht worden, aber zuweilen wurde der Milchtopf, nachdem er 10 Minuten lang gekocht hatte, nur nach einer weniger warmen Stelle des Herdes geschoben, so dass die Milch noch stundenlang eine höhere Temperatur beibehielt; andere Male, und das war meistens der Fall, hatte man die frühmorgens ankommende Milch auf den warmen Herd gesetzt, wo sie stundenlang blieb, bis das zum Mittagbrot neu angefachte Feuer sie zum Kochen brachte. Dass diese Prozeduren an der Entstehung der Krankheit schuld waren, geht daraus hervor, dass mit Beseitigung derselben auch hier nach kurzer Zeit Heilung eintrat. Wahrscheinlich würde man in noch manch anderem etwas rätselhaften Fall ähnliche Verhältnisse finden, wenn man so genau nachforschte wie Liebe; gerade sein zweiter Fall birgt die Lehre in sich, dass zur Erkennung der Ätiologie der

Barlowschen Krankheit eine möglichst genaue Angabe über die Art der Ernährung und über die Zubereitung der Nahrung nötig ist. Der Chemiker Corbette hat nachgewiesen, dass in der Milch ein antiskorbutisches Element, nämlich zitronensaurer Kalk, enthalten sei, und zwar in der Menge von 1 g pro Liter; während dieses Salz beim Pasteurisieren auf 70° unverändert bleibt, fällt es unter dem Einflusse der Siedehitze aus, und Corbette führt die Entstehung der Barlowschen Krankheit auf diese Wirkung des Sterilisierens, welche die Zitronensäure ausser Kraft setze, zurück. Gleichviel, ob diese oder andere Theorien die richtige, soviel kann mit Sicherheit behauptet werden, dass die Ursache der Barlowschen Krankheit in unzweckmässiger, gekünstelter Ernährung zu suchen ist, mag es sich um übermässig lange sterilisierte Milch oder um Dauermilch oder um Mehlpräparate handeln. An diesem Punkte muss auch die Therapie einsetzen. Hier ist es nicht wie bei so vielen anderen Krankheiten, wo die richtige Diagnose dem Arzt nur eine wissenschaftliche Befriedigung gewährt; hier ist vielmehr für eine erfolgreiche Behandlung die beste Aussicht gegeben, aber Bedingung ist, dass die richtige Diagnose gestellt wird, und bei richtiger Diagnose ist die Behandlung meist erfolgreich. Die Therapie besteht einfach darin, dass die bisher gekünstelte Ernährungsweise radikal abgeschafft wird und an deren Stelle frische, möglichst wenig gekochte oder sonst veränderte Milch tritt. In der Tat muss man es fast wunderbar nennen, wie von dem Moment an, in welchem diese ungekünstelte Ernährungsweise eingeschlagen wird, eine ganz eklatante Besserung der subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen einsetzt, wie der kleine Patient, der vorher schwer krank daniederlag, sich schon nach wenigen Tagen bedeutend bessert, sich mehr und mehr erholt und schliesslich genest. Bei wenigen Krankheiten bewährt sich der Satz: „Cessante causa cessat effectus“ so glänzend wie hier. Neben der Nahrungsänderung kann man auch noch antiskorbutisch vorgehen durch Verordnen von Zitronen- oder anderen Fruchtsäften, frischen Gemüsen u. dgl., nebenbei auch leichte Tonika geben, Baginsky empfiehlt ausserdem noch sehr warm die frische Bierhefe; man kommt aber häufig auch ohne diese Mittel aus, unbedingt nötig ist nur, und zwar in erster Linie, die gründliche Änderung der Ernährung. (Ich glaube, dass für solche Fälle die naturreinen unvergorenen, alkoholfreien Fruchtsäfte frischer Trauben und Obstsäfte, unter welchen ich den Wormser Weinmost als vortrefflich vielfach erprobt, infolge seines Gehaltes an Traubenzucker, Nährsalzen und Fruchtsäuren, als Beinahrung, mit oder ohne Milch genossen, eine grosse Zukunft haben. D. Ref.) Kühner (Coburg).

**Atrophie infantile à un degré avancé.** Von G. Variot. (Gaz. des hôpit. 1903, 41.)

Verf. berichtet über ein klassisches Beispiel der mühsamen Aufzucht eines bis zum äussersten Grade der gastrointestinalen Atrophie gekommenen Kindes. Es wog bei der Geburt 2 Kilo 650 g. Es bekam zuerst 1½ Monat Muttermilch. Sie versagte aber und die Stelle nahm künstliche Ernährung ein mittels gewöhnlicher Milch des Handels. Erbrechen und Diarrhöe traten ein, und im Alter von 4 Monaten betrug das Gewicht erst 3,275 Kilo. Dann wurde sterilisierte Milch gereicht und die Darreichung genau vorgeschrieben. Erbrechen und Diarrhöe schwanden, und



allmählich gelang es, das Gewicht zu heben. Im Alter von 7 Monaten wog das Kind immerhin erst 3,650 Kilo, d. h. soviel wie etwa ein neugeborenes Kind und halb so viel wie ein Kind desselben Alters. Zwischen dem vorhandenen Grade der äussersten Atrophie und der echten Parrotischen Athrepsie ist kaum ein Unterschied. Das Körpergewicht stieg aber beständig, und im Alter von etwa über zwei Jahren hatte es 8 Kilo überstiegen, obwohl das Kind einen Influenzaanfall durchzumachen hatte. Der Zahndurchbruch erfolgte, die Knochen wurden fest, die Fontanelle schloss sich. Sehr bemerkenswert ist es, dass Säuglinge, welche einer so hochgradigen gastrointestinalen Kachexie verfallen sind, überhaupt am Leben bleiben und glücklich grossgezogen werden können mit Hilfe der methodisch und regelmässig gereichten industriell sterilisierten Milch.

v. Boltenstern (Leipzig).

**Le rhumatisme chronique chez l'enfant.** Von Mery. (Gaz. des hôpit. 1903, 46.)

Bei dem Kinde, welches der berichtete Fall betrifft, konnte konstatiert werden, dass es schwer laufen gelernt hatte und dass der Durchbruch der Zähne sehr langsam erfolgt war. Im zweiten Lebensjahr bemerkte man eine Rückgratverkrümmung und verwandte ein Korsett. Irgendwelche voraufgegangene Krankheiten fehlten. Namentlich konnte irgend ein Zeichen von hereditärer Syphilis nicht gefunden werden. Im sechsten Lebensjahr bemerkte man eine progressive Anschwellung der Finger an beiden Händen, ohne jede Schmerzerscheinung, ohne entzündliche oder febrile Reaktion. Die Schwellungen machten zu Beginn den Eindruck von Frostbeulen. Dazu aber kamen schwere Augenstörungen: Katarakt und Iritis auf dem linken Auge und Hämorrhagie im Glaskörper des rechten Auges, so dass das Gesicht völlig verloren ging. Die Schwellung betraf vorzüglich die Gelenkenden der Knochen. Gleichzeitig bestand eine seitliche Abweichung der Finger. Die Gelenke erwiesen sich als völlig unbeweglich, zumal das Gelenk zwischen Grund- und Mittelglied. Dagegen hatte das Gelenk zwischen Mittel- und Nagelglied einen gewissen Grad von Beweglichkeit erhalten. Auch in der Gelenkverbindung zwischen Phalangen und Mittelhand bestand eine gewisse Beschränkung der Beweglichkeit. Bei passiven Bewegungen hörte man ein krachendes Geräusch. Die grossen Gelenke waren absolut frei von der Erkrankung.

Der chronische Gelenkrheumatismus kann sich bei Kindern ausbilden, ohne dass Schmerzerscheinungen auftreten, wie beim akuten Gelenkrheumatismus. Er entwickelt sich vielmehr ganz selbständig in der schwersten Form. Manchmal aber gehen Anfälle von akutem Gelenkrheumatismus voran. Es ist aber nicht nötig, dass dieselben Gelenke wie bei dem akuten Anfall von dem chronischen Leiden in Mitleidenschaft gezogen werden. In gleicher Weise können alle infektiösen Polyarthritiden zu chronischen Formen Anlass geben. Eine andere Ursache ist die hereditäre Syphilis. Nach den Erscheinungen kann man zwei Formen unterscheiden. Die eine folgt dem akuten Anfall und lokalisiert sich vorzüglich in den grossen Gelenken. Die andere beginnt in den kleinen Gelenken oft ohne alle Schmerzempfindung und schreitet zentripetal fort. Bisweilen werden alle Gelenke befallen und die Wirbelsäule völlig immobilisiert und deformiert. In der Regel freilich machen sich

Schmerzen mit Schwellung und Temperaturerhöhung bemerkbar. An der Hand und den Fingern konstatiert man Flexion und Extension, seitliche und regellose Abweichungen. Das Herz pflegt bei dem infantilen chronischen Gelenkrheumatismus öfter beteiligt zu sein als bei Erwachsenen, zumal wenn akute Anfälle vorausgegangen sind. Der chronische Rheumatismus im Anschluss an einen akuten zeichnet sich durch seine Rückbildungsfähigkeit aus. Gerade diese Formen aber sind am häufigsten von Herzfehlern begleitet. Wenn schmerzhafte Erscheinungen ausbleiben, werden vorzugsweise die kleinen Gelenke und erst in der Folge die grösseren befallen. Sehr schwierig gestaltet sich oft die Beantwortung der Frage, ob hereditäre Syphilis zu grunde liegt oder nicht.

Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt sich für die Fälle, welche sich aus akuten Formen entwickeln, die fortgesetzte Anwendung von salizylsaurem Natron oder auch Jodkali. Beginnt der chronische Gelenkrheumatismus in den kleinen Gelenken, so pflegt Salizylsäure unwirksam zu sein. Dann muss man Jodkali und Arsen anwenden, z. B. die Quellen von Bourboule. Dazu kommen die Bäder von Aix, von Dax oder St. Armand. Verhüten muss man die Ankylose durch methodische Bewegungen der Glieder, welche täglich auszuführen sind. Auch Colchicumtinktur soll zweckmässig sein.

v. Boltens Stern (Leipzig).

### **Lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né.** Von

L. Duvernay. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1902, 32.)

Die Beobachtung entspricht in ihren Einzelheiten den sechs in der Literatur gefundenen Fällen. Der Beginn ist ganz allmählich. Zuerst wird ein rotes Fleckchen in der Nachbarschaft der Genitalien wenig schmerzhaft auf Druck, von welchem rote Streifen ausgehen, beobachtet. Nach einigen Tagen wird das Scrotum rot und schwillt an. Die Falten glätten sich, die Haut wird gespannt. Der Penis wird beteiligt, es bildet sich eine Phimose, violette Flecke erscheinen vorzüglich auf dem Hodensack. Die Schwellung dehnt sich aus auf den Unterleib. Die Affektion gewährt fast den Eindruck einer Harnfiltration. Dann werden die Flecke brandig. Meist ist die vordere Partie der Genitalien bevorzugt, während die hinteren Teile des Hodensackes verschont bleiben. Nach einigen Tagen greift der Prozess auf die Testikel über. Je nach dem Zustand und der Pflege des Kindes verläuft die Krankheit schnell zur Heilung, oder die Temperatur steigt, Verdauungsstörungen treten ein, Diarrhöe und Erbrechen gesellen sich hinzu, und das Kind stirbt an einem allgemeinen infektiösen Zustand, wenn nicht ein Erysipel hinzugekommen ist. Eine Ursache für das schwere Leiden ist unbekannt. Die Prognose kann als günstig gelten vorausgesetzt, dass die Ernährung des Kindes eine gute ist. Die Behandlung kann nur in möglichst baldigen breiten Incisionen bestehen. Auch der Thermokauter ist völlig indiziert. Nachher handelt es sich um eine sorgfältige Antisepsis (Sublimatumschläge). Natürlich darf man niemals vergessen, den Allgemeinzustand genügend zu berücksichtigen. Wenn Vernarbung eintritt, muss man Verwachsungen zwischen Testikel und Hodensack vermeiden. Dies erreicht man durch zweckmässigen Verband.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Case of acute alcoholic poisoning in a child aged 6 years.** Von J. D. R. Monro. (Brit. Med. Journ. 1903, VI, 22.)

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem ein 6jähriges Kind etwa 0,25 bis 0,3 l reinen Whisky zu sich genommen hatte. Man fand den Knaben auf dem Rücken im Bett liegend mit stark gerötetem Gesicht, in tiefem Coma. Die Pupillen weit dilatiert und starr. Konjunktivalreflex fehlte. Puls klein, äusserst schnell und unregelmässig, Atmung stertorös. Die Einführung der Magensonde ging etwas schwierig von statten. Der Magen wurde 5—6 mal ausgewaschen, bis das Wasser völlig klar abfloss. Die erste Spülflüssigkeit roch stark nach Whisky und war mit kaffeesatzähnlichen Massen gemischt, wahrscheinlich aus der kongestionierten Schleimhaut herrührend. Eine Subkutaninjektion von Strychnin (0,001) wurde gemacht und in einer halben Stunde wiederholt. Gesicht und Brust wurden mit kalten, nassen Tüchern bearbeitet. Sehr schnell trat Erholung ein. Im Verlauf einer Stunde war der Konjunktivalreflex wieder-gekehrt; doch blieb der Knabe teilnahmslos und schläfrig, am nächsten Morgen befand er sich völlig wohl. Das Interessante an diesem Falle ist erstens die grosse Menge Alkohol, welche die Vergiftung erzeugte, und zweitens die Schnelligkeit, mit welcher sich die Wiederherstellung vollzog, trotzdem die Behandlung erst dreiundeinhalb Stunden nach der Einführung des Alkohols begann.

v. Boltzenstern (Leipzig).

**Case of acute alcoholic poisoning in a child aged 4 years.** Von E. C. Forster. (Brit. Med. Journ. 1903, V, 16.)

Ein Kind von 4 Jahren trank in einem unbewachten Augenblick etwa 60 g reinen Whisky auf leerem Magen. Schon nach 45 Minuten war vollständige Unempfindlichkeit eingetreten. Temperatur 36°, kalte, klebrige Haut, oberflächliche stöhnende Atmung, unregelmässiger, unzählbarer Puls, tiefer Kollaps, fehlender Cornealreflex, dilatirte Pupillen, welche wenig auf Licht reagierten, starker Geruch der Ausatemungsluft nach Alkohol. Die Magenausspülung förderte ein stark nach Alkohol riechendes Spülwasser zu Tage. Allerlei Massnahmen, wie warme Umschläge, heisse Bäder, Reibungen u. s. w., vermochten, wenn überhaupt, nur eine vorübergehende Besserung zu erzielen. Auch Subkutaninjektionen von Strychnin, selbst in Verbindung mit Digitalin, brachten keinen Erfolg. Nützlich dagegen erwies sich eine Injektion von warmem Salzwasser in das Rektum. Schon nach einer halben Stunde war der Kollaps soweit beseitigt, dass das Kind einen Teelöffel voll Beef-tea zu sich nehmen konnte. Die Erholung ging dann sehr schnell von statten, trotz der in Hinsicht auf das Alter des Kindes recht beträchtlichen Menge des aufgenommenen konzentrierten Alkohols und der schnellen Resorption, unzweifelhaft begünstigt durch die Leerheit des Magens.

v. Boltzenstern (Leipzig).



## Rezensionen.

Ohruntersuchungen in der Dorfschule. Ein Beitrag zur Schularztfrage. Von Dr. Koenig, Kreisarzt in Konitz (Westpr.). (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, VII. Band, Heft 3.) gr. 8<sup>o</sup>. 24 Seiten. Halle a. S., Carl Marhold 1903. Preis —,80 Mk.

Verf. bespricht in der kleinen, durchaus zeitgemässen und beherzigenswerten Schrift die bei seinen in ländlichen Verhältnissen vorgenommenen Untersuchungen gewonnenen Befunde. Wohl sind es nicht Tausende, also keine besonders grosse Statistik — aber auch das vorliegende Material spricht für die Wichtigkeit der Untersuchung der Ohren und ihrer Bedeutung für die Schule, das Leben und die Wehrkraft des Volkes so deutlich zu uns, dass wir des Verfassers Wunsch, die Schularztfrage möge auch für das platte Land baldigst akut werden, nur teilen können. Verf. sollte, wenn er es inzwischen nicht schon getan, seine Ausführungen der vorgesetzten Behörde unterbreiten und für seine Wünsche angelegentlich Propaganda machen.

Die grosse Zahl Ohrenkranker in seiner Privatpraxis hat K. bewogen, der Frage näherzutreten, wieweit die Erkrankungen der Eltern sich auf die Kinder fortpflanzten. Er hat dazu in seinem Bezirk sehr eingehende und sachgemasse Untersuchungen vorgenommen, die er in der kleinen Schrift niedergelegt hat. Bei 787 Schulkindern der verschiedenen Altersklassen und beiderlei Geschlechts, also bei 1574 untersuchten Gehörorganen fanden sich nur 40,91 % normalhörende; schwerhörig waren also 59,09 %.

Auf einem Ohr schwerhörig waren von den 787 Kindern 66, auf beiden Ohren 432. Gewiss erschreckende Zahlen!

Unter den Ursachen der Schwerhörigkeit finden wir bei 80 Ohren bestehende oder Spuren überstandener Eiterung, meist nach Scharlach und Masern. Ferner 159 mal bei 105 Kindern, also bei jedem sechsten Kinde die vergrösserte Rachenmandel, 128 mal vergrösserte Gaumenmandeln. Das grösste Kontingent, 561 Ohren, stellte die chronisch-katarrhalische Erkrankung der Tuben und des Mittelohres, und von ungefähr der Hälfte dieser schlechthörenden Ohren konnte nachgewiesen werden, dass bereits die Eltern der Kinder an Mittelohrsklerose litten, dass also die erbliche Belastung hier ganz besonders mitspricht.

Wendet man die bestehenden Bestimmungen der Heer- und Wehrordnung auf die unter den 787 Untersuchten befindlichen Knaben an, so wären bereits in dem Alter von 6—14 Jahren 60 von 404 dienstuntauglich, lediglich wegen Erkrankungen des Gehörorgans und ihrer Folgen. Bis zum Beginn der Wehrpflicht, bez. Antritt der Dienstzeit würde diese Zahl sich aber noch erheblich vermehren.

„Welcher Schaden erwächst dadurch dem Unterricht, dass in jeder Klasse so und soviel Schüler sitzen, welche wegen ihrer Schwerhörigkeit den Ausführungen des Lehrers nicht zu folgen vermögen! Wie sehr werden die Kinder durch ihre Ohrenleiden am schnellen Fortschreiten im Unterricht gehindert und ferner dadurch geschädigt, dass sie oftmals als faul und unaufmerksam gestraft werden, während sie doch krank sind, was aber ihnen und dem Lehrer vielfach unbekannt ist! So hatten von den 432 beiderseits Schwerhörigen nur 12 Kenntnis von ihrem Leiden.“

Wahrlich Zustände, die dringende Abhilfe erheischen. Und hier kann geholfen werden. Die Behandlung verspricht Erfolg, wenn sie frühzeitig einsetzen kann und das kann wiederum nur geschehen, wenn die Erkrankungen frühzeitig erkannt werden. Da aber die allermeisten Erkrankungen von Ohr und Nase bez. Rachen — letztere beiden sind sehr oft mitbeteiligt, oder gar die Ursache — sich langsam entwickeln und nicht schmerzhaft sind, so gehört dazu sachgemässe Untersuchung, um sie zu erkennen.

Diese wieder kann in grösseren Städten, wo die Verhältnisse kaum die Spur günstiger liegen als auf dem Lande, am besten von den Ohrenärzten geleistet werden, und zwar von allen gemeinsam. Man führe ihnen von Zeit zu Zeit grössere Abteilungen von Schülern zu und Sorge für sachgemässe Behandlung; in den Volksschulen event. auf Kosten der Gemeinde. In den anderen Schulen wird es immer genügen, wenn der Befund den Eltern mitgeteilt wird, um die Kinder dem Arzt zuzuführen. Ähnlich hat sich die Sache allenthalben gestaltet, wo regelmässige zahnärztliche Untersuchungen veranstaltet werden; ähnlich soll es jetzt gehandhabt werden, wo Augenärzte als Schulärzte angestellt werden, und für die Ohren wird man hoffentlich die Wichtigkeit der Anstellung von Spezialärzten\*) auch noch einsehen und sie nicht noch länger als quantité négligeable ansehen und es den allgemeinen Schulärzten überlassen, danach zu sehen, wenn gelegentlich über schlechtes Hören geklagt wird. Dann ist es meistens zu spät! Und auch hier ist es unsere erste Pflicht, „vorzubeugen“.

So bin ich zuletzt zwar über den Rahmen des Referates hinausgegangen, hoffe aber manchen Leser noch mehr von der Wichtigkeit der Sache überzeugt zu haben. Dr. Otto Schwidop (Karlsruhe).

**Therapie der Kinderkrankheiten.** Encyclopädisch nach den neuesten Erfahrungen bearbeitet. Von Dr. Degré. Gr. 8°, IV. und 352 Seiten. Leipzig, C. W. Vogel. 1903. Preis 10 Mark.

Der Verf. hat für den vielbeschäftigten Praktiker, dem es oft an Zeit gebricht, sich in die immer voluminöser werdenden Lehr- und Handbücher zu vertiefen, ein Nachschlagebuch schaffen wollen, das ihn sofort über eine ihn interessierende Frage au fait setzt. Alphabetisch geordnet findet er da die Krankheitsformen und die Heilmittel, bei denen auch eine genauere Beschreibung der Heilbäder und Mineralquellen nicht fehlt. Wir glauben, dass es dem Autor im allgemeinen wohl gelungen ist, seinen Zweck zu erreichen; er gibt ein übersichtliches Bild über den Stand der heutigen Therapie der Kinderkrankheiten, wobei auch das Wasserheilverfahren zu dem ihm gebührenden Rechte kommt; aber es scheint uns eins zu fehlen, in dem sich der Meister gezeigt hätte: die Beschränkung; die sorgsame Auslese der einzelnen therapeutischen Medikationen nach ihrer Brauchbarkeit und Erprobtheit ist es, die wir von einem derartigen Werk verlangen müssen und die wir vermissen. Mit heissem Bemühen hat der Autor die in irgend einer obskuren Zeitschrift von irgend einem obskuren Praktiker angegebene Therapie der verschiedenen Krankheiten zusammengestellt und seinem Buche einverleiben zu müssen geglaubt, wahrschein-

\*) Berlin will jetzt damit vorgehen. D. Ref.

lich um möglichst vollständig zu sein. Weit gefehlt! Weniger wäre auch in diesem Falle mehr gewesen. Dabei soll nicht geleugnet werden, dass einzelne Kapitel, wie z. B. das über Kinderhygiene, gerade vorzügliche Bearbeitung zeigen.

Hoffentlich gelingt es dem Autor, bei einer ferneren Auflage die angedeutete gefährliche Klippe zu umschieben. Tarrasch (Pussek).

**Die Ernährung des Kindes.** Ein Wegweiser für Mütter aller Stände. Von Dr. Fritz Toeplitz. 8<sup>o</sup>, 19 Seiten. Breslau, Preuss & Jünger 1903. Preis 0,50 Mark.

Das kleine Heftchen enthält in klarer Darstellung die Grundzüge der Ernährung des Kindes. Mit Recht legt Verf. grossen Wert darauf, dass jede Mutter wenigstens den Versuch machen soll, ihr Kind selbst zu nähren. Leider dürften aber die wohlgemeinten Ausführungen des Autors ebensowenig von praktischen Erfolgen begleitet sein wie die vieler anderer Ärzte, da sie teils überhaupt nicht gelesen werden — wie selten trifft man einmal in Familien auf ein Buch wie das in Rede stehende! —, teils an dem aktiven und passiven Widerstande der Mütter und nicht zuletzt auch der Hebammen, die leider noch immer nicht uns genügend in dieser Frage unterstützen, scheitern. Baron (Dresden).

**Das Stottern.** Zur Belehrung für Stotterer, deren Eltern und Lehrer. Von Dr. Apt. 8<sup>o</sup>, 17 Seiten. Breslau, Preuss & Jünger 1903. Preis 0,40 Mark.

Verf. geht davon aus, dass dem Übel des Stotterns von dem Befallenen selbst, noch viel mehr aber von Eltern und Lehrern nicht das richtige Verständnis entgegengebracht wird. Um nun diese Kreise, soweit es im Rahmen einer so kleinen populären Abhandlung möglich ist, aufzuklären, gibt Verf. eine Definition des Stotterns, beschäftigt sich dann mit den verschiedenen Arten und den gelegentlichen Begleiterscheinungen, den so oft durch die Umgebungen veranlassten Verschlimmerung des Leidens u. s. w. Zum Schlusse warnt Verf. ausdrücklich vor den auch auf dem Gebiete der Sprachstörungen tätigen Kurpfuschern, vor den von Ort zu Ort ziehenden Heilaposteln und beleuchtet deren eigenartiges Geschäftsgebaren. Eine absolut sichere Heilung des Stotterns gibt es nicht, Rückfälle werden gelegentlich immer wieder vorkommen, und eine Garantie kann niemand übernehmen. Die berufenste Person zur Behandlung des Stotterns ist immer nur der Arzt, doch darf die seelische Beeinflussung des Kranken gemäss der Ursache seines Leidens nicht ausser acht gelassen werden.

Dr. Otto Schwidop (Karlsruhe).

**Schulfreie Nachmittage?** Eine Erwägung schulhygienischer Forderungen. Von Rektor O. Eberhard. Pädagogische Abhandlungen, Neue Folge. Herausgegeben von W. Bartholomaeus, Rektor, Hamm i. W. Bd. IX, Heft 1. Gr. 8<sup>o</sup>, 18 Seiten. Bielefeld, Verlag von A. Helmichs Buchhandlung (Hugo Anders), 1903. Preis 0,40 Mark.

Beginnt mit einem Lobe der Wirksamkeit des „Allgemeinen Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege“, seines Begründers Prof. Griesbach in Mühlhausen und seines Organs „Gesunde Jugend“, kommt dann

auf einen Artikel darin von Dr. Schotten: „Zur Frage des Nachmittagsunterrichts“ zu sprechen, erörtert sehr ausführlich die Gründe für und wider und endet mit einer Verteidigung des Nachmittagsunterrichts für die Volksschule aus hygienischen und familiären Rücksichten. Nach E. sprechen gegen schulfreie Nachmittage in der Volksschule die erzieherische Bedeutung des gemeinsamen Mittagmahles, die Tatsache ferner, dass vielen der freie Nachmittag Gelegenheit zum Bummeln schafft, endlich auch Gründe der Schulpraxis selbst, die einen ungeteilten fünfständigen Vormittagsunterricht in körperlicher und geistiger Beziehung für Lehrer wie Schüler nicht unbedenklich erscheinen lassen. — Ref. enthält sich an dieser Stelle seiner eigenen Beurteilung dieser Frage, möchte aber allen denen, welche sich schnell, sicher und angenehm über den Stand derselben unterrichten wollen, raten, die Broschüre von E. dabei nicht zu übergehen. Pagel (Berlin).



## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

A case of purpura with recurrent attacks. Von W. F. Hamilton.

Verf. berichtet über einen 11 jährigen Patienten, welcher seit 5 Jahren in seiner Behandlung steht. Seit der frühesten Kindheit hat sich der Kranke immer in einem befriedigenden Zustande befunden. In den letzten sechs Jahren aber hat er sechs Anfälle von Purpura durchgemacht, welche sehr grosse Verschiedenheiten aufwiesen. Immer bestand eine Neigung, auf leichte Verletzungen mit starken Spuren zu antworten. Der Ausschlag war purpuraartig, makulös und zum grössten Teil petechial. Ringform wurde ebenso wie Knötchenform beobachtet. Blutungen in der Haut und den Schleimhäuten zeigten sich: Zahnfleisch, Mundschleimbaut, Blase und Darm. Mehrmals traten Bronchitiden auf. Die Blutuntersuchungen waren dreimal negativ, einmal zeigte sich ein Hämoglobingehalt von 75%. Bemerkenswert war in dem Falle die Neigung zur Wiederkehr des Leidens. Erscheinungen seitens der Gelenke fehlten aber, ebenso wie irgendwelche Zeichen seitens des Herzens.

(The Montreal med. journ. 1902.) v. Boltens Stern (Leipzig).

Preliminary note upon employment of an antistreptococcus serum in severe cases of scarlet fever. Von G. A. Charlton.

Die Resultate, welche Verf. mittelst Injektionen eines Antistreptokokkenserums bei schweren Fällen von Scharlach gewonnen hat, fasst er dahin zusammen, dass das Serum einen schnellen Abfall des Fiebers und zugleich eine Herabsetzung der Pulszahl mit einer Besserung in bezug auf Spannung und Rhythmus erzielt. Es vermag Komplikationen wie Lymphdrüsenentzündung am Halse, Otitis media und Albuminurie vorzubeugen oder sie wenigstens merklich zu bessern. Endlich bringt die Anwendung eine schnelle und günstige Rekonvalescenz in der Mehrzahl der Fälle mit

sich. Ob durch diese Behandlung die Mortalität des Scharlachs herabgesetzt wird oder nicht, kann Verfasser noch nicht angeben, weil im allgemeinen der Verlauf der Scharlachepidemien einen milderen Charakter in den letzten Jahren angenommen zu haben scheint. Jedenfalls ist der Erfolg wichtig, dass das Serum plötzlich aus einem ernstesten, bedenklichen Erkrankungsfalle einen relativ milden Zustand machen kann. Es wird interessant sein, ob die späteren detaillierten Mitteilungen, welche Verf. in Aussicht stellt, die Erwartungen voll und ganz bestätigen werden.

(The Montreal med. journ. 1902.) v. Boltenstern (Leipzig).

*Hérédo-syphilis cérébrale tardive.* Von L. Hendrix.

Durch die detaillierte Mitteilung einer interessanten Beobachtung lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die tardiven cerebralen Erscheinungen der hereditären Syphilis, welche man leicht mit denen des Typhus oder der tuberkulösen Meningitis verwechseln kann. Die Affektion bot die besondere Eigentümlichkeit, dass sie während einer initialen Periode von 38 Tagen einen Typhus vortäuschte. Als später die Erscheinungen analysiert wurden, konnten gewisse Besonderheiten festgestellt werden, welche die Differenzierung der Natur des Leidens erleichterten, z. B. die Intensität der Kopfschmerzen, welche an der linken Stirngegend lokalisiert waren, das ungewöhnliche Andauern der Kopfschmerzen sowie des Fiebers in einer Höhe von 38—38,5° über die vierte Woche hinaus, als die anderen Erscheinungen bereits verschwunden waren, das Fehlen des Stupors oder wenigstens der Indifferenz, welche typhöse Zustände bei Kindern auszeichnet. Die Affektion unterschied sich von einer Meningitis durch die lange Dauer, durch die Augenstörungen, durch die Intensität des Kopfschmerzes und seine reine Lokalisation, sowie durch die Erhaltung des Bewusstseins, da bei der Meningitis ein gewisser Grad von Umnebelung der Sinne, verursacht durch die Infiltration der kortikalen Lagen unter der Pia mater, niemals auszubleiben pflegt. Das Kind litt an einem Syphilom, welches nach den einzelnen sich bietenden Symptomen an der Basis des Gehirns seinen Sitz hatte.

(La policlinique 1902.) v. Boltenstern (Leipzig).

*Un cas de scorbut.* Von Latour.

Ein 8jähriges Kind, welches unter den günstigsten hygienischen Bedingungen in denen es wohnte, erkrankte an einer Gingivitis, nachdem es im Laufe des vorangegangenen Jahres eine fieberhafte Ausschlagskrankheit und eine ernste Diphtherie durchgemacht hatte. Trotz geeigneter Behandlung verschlimmerte sich die Gingivitis sehr schnell. Dazu wurde das Kind von einer äusserst schweren Bronchopneumonie heimgesucht und in ernste Lebensgefahr gebracht. Die Lungenentzündung heilte aus, und gleichzeitig besserte sich die Gingivitis in beträchtlichem Grade, vielleicht durch die günstige Einwirkung der verwendeten Injektionen von künstlichem Serum. Indes war die Besserung nicht von langer Dauer. Vielmehr verschlimmerte sich der skorbutische Zustand trotz energischer geeigneter Behandlung. Die Kräfte verfielen immer mehr, und endlich starb das Kind vollständig kachektisch, trotz des Versuchs des Landaufenthaltes. Diesen unglücklichen Ausgang erklärt Verf. durch die beiden Infektionen, welche vorausgegangen, und durch die Bronchopneumonie. Dazu kommt, dass der Sitz der Affektion im Munde die Ernährung des Kindes ausserordent-



lich erschwerte, und dass trotz ausgiebigster Reinigung der Mundhöhle abnorme Gärungen im Munde sich vollzogen.

(La policlinique 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

A note on the treatment of chorea by ergot of rye. Von E. Smith.

Verf. tritt für die Ergotinbehandlung der Chorea ein. Er verwendete ein Extractum liquidum und gab davon alle 3—4 Stunden 4 g mehrere Wochen lang bei Kindern im Alter von 7—8 Jahren und in der Dosis von 20 Tropfen oder mehr einige Monate lang. Er hat niemals unangenehme Nebenerscheinungen dabei bemerkt. Er führt zwei Fälle an, welche beweisen, dass die Medikation von Ergotin selbst in grossen Dosen bei Kindern völlig harmlos ist. Der Wert des Mittels als Sedativum ist recht erheblich. Indes darf man sich nicht scheuen, wenn die zuerst gereichte Menge sich unzureichend erweist, die Dosis zu steigern. So konnte der Verf. sogar 5,5 g alle zwei Stunden am Tage geben und nachts auch mehreremale, ohne dass irgendwelche unwillkommenen Symptome ausgelöst wurden. Und in allen Fällen konnte der Verf. einen guten Einfluss des Ergotin verzeichnen. Gar bald stellten sich die ersten Anzeichen der Besserung ein, und ihnen folgte völlige Wiederherstellung.

(The Brit. med. journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Rupture of the spleen during parturition as a cause of death. Von H. Monypeny.

Ein wohlgenährtes, rechtzeitig zur Welt gekommenes Kind war wenige Stunden nach der Geburt gestorben. Bei der Sektion fand man keine Anzeichen irgend einer äusseren Einwirkung und Verletzung. Beim Öffnen der Bauchhöhle offenbarten sich recht reichliche Mengen Blutgerinnsel. Bei genauerer Untersuchung konnte nur ein Riss in der Oberfläche der Milz konstatiert werden. Dieses Organ lag eingebettet in einer Menge von Blutgerinnseln, nach deren Entfernung die Kapsel zerrissen und die Pulpa zerstört sich erwiesen. Da alle anderen Organe ganz gesund waren, kann der Tod nur durch eine Blutung aus der Milz verursacht worden sein. Und diese kann nur durch die rasche Geburt bedingt sein, bei welcher weder Arzt noch Hebamme zugegen war.

(The Brit. med. journ. 1902.)

v. Boltenstern (Leipzig).

## Kleine Mitteilungen.

Die diesjährige Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde findet gelegentlich der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Cassel vom 20.—26. September d. J. statt. Hauptverhandlungsthema ist: „Über Hysterie im Kindesalter“, Referenten Thiemich (Breslau) und Bruns (Hannover). Ausserdem sind noch viele Vorträge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde angemeldet.

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

---

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 60 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

---

**XIV. Jahrg.**

**Oktober 1903.**

**No. 10. (166.)**

---

**Inhalt:** Originalien: Kühner, Neue Beiträge zur Physiologie, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter. 217. — Referate: Gillet, Pneumonie fibrineuse. 230. — Variot, Rétrécissement congenital et spasme du pylore chez les nouveau-nés. 231. Imbert, les tumeurs du rein. 232. — D'Espine et Moussons, Krämpfe im Kindesalter. 233. — Guiller, Ekzem. 234. — Weiss, Tannigen bei Darmstörungen im Kindesalter. 235. — v. Metzner, Eisensomatose. 236. — Gesundheitspflege: 28. Versammlung des deutsch. Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege in Dresden 1903: Gaffky, Nach welcher Richtung hin bedürfen unsere derzeitigen Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose der Ergänzung? 236. — Dunbar, Die gesundheitliche Überwachung des Verkehrs mit Milch. 238. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 239.

---

### **Neue Beiträge zur Physiologie, Hygiene, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter.**

Von Dr. A. Kühner (Koburg).

Unsere Zeit ist raschlebig, an Neuerungen reich. Gross, umfangreich ist auch der ständige Zuwachs auf dem Gebiet der Pädiatrik, unter welchem Begriff ich nicht nur die Lehre von der Behandlung der Kinderkrankheiten verstehe, sondern auch die Massregeln zu ihrer Verhütung. Gross, umfangreich ist nicht nur der Zuwachs an wissenschaftlicher Literatur, sondern auch an populär-medizinischer, welche der praktische Arzt gleichermassen kennen und bewerten soll, denn er wird häufig gefragt nach einem geeigneten Führer in betreff der Pflege und Wartung des Kindes. Wir werden weiter gefragt nach der Bewertung von diesen oder jenen diätetischen, hygienischen Neuerungen im Bereich der Kinderpflege. Der Praktiker soll daher von Zeit zu Zeit Umschau halten und werde ich zu diesem Zwecke meine reiche Sammlung eröffnen und im nachfolgenden neue Beiträge geben zur Physiologie, Diätetik, Hygiene, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter.

Als epochemachend empfehle ich zunächst ein soeben in fünf starken Bänden in zweiter Auflage erscheinendes monumentales Werk.\*)

---

\*) *Traité des Maladies de l'Enfance.* Publié sous la direction de M. M. J. Grancher, Prof. à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Mé-

Der die Länder und Völker immer näher aneinander rückende Verkehr gestaltet auch die Herstellung und den Inhalt grosser wissenschaftlicher Werke international. Und gerade das Wissen und die Stellung des Arztes ist international. Denn der Mensch belebt alle Länder und alle Gegenden und die Krankheit ist und war sein Feind allerorts und allezeit.

Halten wir zunächst Umschau über die Leistungen und Fortschritte der Pädiatrie im allgemeinen, so sind diese als mächtig und tiefgreifend im Bereich der Ätiologie, Infektion und Prophylaxe zu bezeichnen. Das Studium der Erbllichkeit, obschon manchen Irrtümern und Zweifeln unterworfen und der Wahrheit schwer erschliessbar, hat namentlich in bezug auf Syphilis und Alkoholismus im Laufe der letztvergangenen Jahre durch zahlreiche Forschungen der experimentellen Pathologie grosse Fortschritte gezeitigt. Auch die Therapie im Kindesalter hat an den für Erwachsene geltenden Fortschritten teil genommen und sich durch die Entdeckungen der antidiphtheritischen Serumtherapie bereichert. Dagegen haben sich die pathologische Anatomie und physiologische Pathologie verschoben und sind, nachdem sie bislang den ersten Rang eingenommen, in dieser Stufe herabgestiegen sowohl in der Literatur als in der Hand des praktischen Arztes. Die Symptomatologie hat, abgesehen davon, dass die bakteriologische Diagnostik die Oberherrschaft erlangt über die klinische Semiotik, ihre alte Stellung beibehalten. Unter diesen Umständen scheint der Zeitpunkt für das Erscheinen eines neuen umfangreichen Werkes über Pädiatrik geeignet, ohne befürchten zu müssen, dass dasselbe alsbald veraltet. Die Methode der Beobachtung, mag sie auch durch Technik und Instrumente noch manchen Zuwachs erfahren, bleibt dieselbe und was die Bakteriologie betrifft, von welcher wir in so kurzer Zeit so zahlreiche Neuerungen erfahren haben, so scheint es, dass wir in eine ruhigere Periode eintreten. Trotz der vielfach vervollkommenen Organisation so zahlreicher neuer Arbeitsstätten, trotz des grossen Fleisses und der eifrigen Forschungen so vieler Arbeiter in allen Ländern ist der Ertrag gering und schwer praktisch zu verwerten, und so lange wir nicht eine mächtige und tiefgreifende Umwälzung in der Chemie und Physik erleben, werden wir uns in einer Periode der Stabilität befinden, innerhalb welcher wir die Kenntnisse der Hygiene, Pathologie und Pathogenie in der Pädiatrie weiter verwerten zu therapeutischen Zwecken.

Was nun diese Lehre im besonderen betrifft, so werden wir zunächst eine Übersicht geben in betreff der Fortschritte in den verschiedenen Lebensaltern.

Die erste Kindheit, das Säuglingsalter, hat seine Pathologie, insbesondere seine Ätiologie für sich. Die Erkenntniss bricht sich mehr als

---

decin de l'hôpital des Enfants-Malades; J. Comby, Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, Médecin honoraire des Dispensaires pour enfants de la Société Philantropique. Tome premier par M. M. J. Grancher — J. Comby — Sevestre — L. Martin — Moizard — Dauchez — H. Gillet — Méry — L. Wolberg — A. Baginsky — Hontang — J. Concetti — Moncorvo — Duflocq — De Brun — A. Delcourt — J. Renault — Barbier — Rénon — Gaston — Jeanselme — Aviragnet — H. Leroux — Audeould — Sir Th. Barlow — Apert — Variot — A. Monti Paris, Masson et Cie. Editeurs. Libraires de l'Académie de Médecine 120 Boulevard Saint Germain 1903.

früher Bahn von der Wichtigkeit der Ernährung des Säuglings und der mangelhaften Ernährung mit allen ihren verderblichen Folgen. Man weiss auch viel besser, dass die Milch, die Grundlage dieser Ernährung, eine in ihren Eigenschaften sehr variierende Flüssigkeit bildet, welche bisweilen unter unscheinbaren Verhältnissen die Keime für die schwersten akuten oder chronischen Krankheiten enthält. Man kennt diese Keime, man weiss sie zu vernichten. Das Pasteurisieren, Sterilisieren, verschiedene andere Methoden zur Gewinnung, Haltbar-Unschädlichmachung der Milch leisten den Kindern jeden Tag vorzügliche Dienste. Auch im weiteren zeigt die Hygiene des Kindes in den ersten Lebensjahren bedeutende Fortschritte, die in einer Abnahme der Säuglingssterblichkeit bereits ihren Ausdruck finden.

Was den Einfluss einer mangelhaften Ernährung und eines ungeeigneten Regimens auf die Entstehung von Stoffwechselkrankheiten betrifft, so besitzen wir über diesen Zusammenhang wertvolle Arbeiten, unter denen zunächst diejenige von Marfan und Comby über die Ätiologie der Rhachitis zu nennen, für welche Krankheit jener Zusammenhang, wenngleich die einzelnen Glieder der Kette in ihrem sukzessiven Ablauf noch nicht scharf zu trennen, Aufklärung erfahren hat. Wir kennen ferner die Ansicht Parrots über die Rhachitis, zwar zu einseitig, aber teilweise richtig. Neben ihm haben Hutchinson, Fournier uns die Grundzüge der hereditären Syphilis, frühzeitig oder schleichend, kennen gelehrt. Diese Bedeutung der hereditären Syphilis erweitert sich mehr und mehr. Ebenso vereinfacht sich mehr und mehr die Ätiologie der verschiedenartigsten Krankheitsformen, indem sie auf einzelne grosse Grundzüge sich zurückführen lassen. Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus, ebenso Arthritis, deren Natur und Wesenheit noch so dunkel, dass man sie kaum dem Namen nach umfassen kann, fassen auf direktem oder indirektem Wege auf der Heredität und äussern sich als scheinbar verschiedene, einer einheitlichen Ursache entstammende Krankheitsformen. Überall gibt sich kund die Präponderanz, Superiorität der Ätiologie über die Symptomatologie. Überliest man die heutige Literatur und vergleicht man sie mit derjenigen vor dreissig Jahren, so wird diese Umkehr in der Würdigung der Symptomatologie mit der an ihre Stelle getretenen Ätiologie sehr frappant.

Wenngleich man in bezug auf diese die schwere Verantwortung der Syphilis erkannt hat, so wird diese Schwere noch übertroffen von der Tuberkulose. Diese, lange Zeit verkannt in ihren allgemeinen Erkrankungsformen oder bei Kindern als Drüsen- oder Knochentuberkulose anderen „Diathesen“ zuerteilt, ist auf ihren wahren Ursprung zurückgeführt worden durch die pathologische Anatomie, die Bakteriologie und die experimentelle Pathologie. Durch die vereinten Anstrengungen der verschiedenen Wissenszweige ist auch die alte Begriffsbestimmung der Skrofulose als eine Teilerscheinung der Tuberkulose festgestellt worden.

Eine andere Wesenheit entwickelt sich allmählich aus sorgfältigen Forschungen über die Natur der Skrofulose, gestützt auf das wissenschaftliche Kriterium der Gegenwart des Kochschen Bazillus oder der Übertragbarkeit durch Inokulation, das ist die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter. Insbesondere im vorgeschrittenen Kindesalter begegnet man auf jedem Schritt der Skrofulotuberkulose; der grössere Teil der in das

Kinderhospital von Grancher aufgenommenen Kinder ist tuberkulös (?). Selbst in den beiden ersten Lebensjahren ist diese Krankheit weit verbreiteter, als man ehemals glaubte.

Immerhin existiert zwischen diesen beiden Zeitperioden, der ersten und zweiten Kindheit, eine solche Verschiedenheit über diesen Punkt, dass man mit Recht fragen muss, ob die Heredität, verteilt auf verschiedenen Boden, zur Erklärung jener Verschiedenheit hinreicht. Man hat in der Tat behauptet, dass der Tuberkelbazillus, gegenwärtig im Gewebe eines Säuglings, sich nicht entwickelt wegen der Beschaffenheit der Gewebe eines ganz kleinen Kindes, eine Beschaffenheit, welche dasselbe eine Zeit lang gegen die Tuberkulose widerstandsfähig macht. Später erlösche diese Widerstandsfähigkeit und der vererbte, bislang aber latente Bazillus, rufe die Läsionen und Symptome der Skrofulo-Tuberkulose hervor. Man hat indes beim Neugeborenen und selbst beim Fötus ganz charakteristische Tuberkulose angetroffen und andererseits beruht diese Immunität, welche man postuliert für die erste Kindheit, auf keiner wissenschaftlichen Grundlage. Wo, wann, wie hat man bewiesen, dass der Organismus des Neugeborenen widerstandsfähig ist? Man hat eine Hypothese aufgestellt, um eine Tatsache zu erklären, aber eine viel näher liegendere Erklärung gibt die Kontagion. In der Tat, die Erblichkeit des tuberkulösen Keimes, die Übertragbarkeit des Bazillus ist diskutabel, selbst abzuleugnen, wenn man die beinahe negativen Resultate der Experimentation in Anspruch nimmt. Dagegen bringt uns jeder Tag neue Tatsachen für die Annahme der Übertragung von Menschen auf den Menschen oder vom Tiere auf den Menschen oder umgekehrt.

Daher die sich unserer Einsicht förmlich aufdrängende Annahme einer äusserst allgemeinen und leichten Kontagiosität, sei es durch die Lunge, sei es durch die Digestionsorgane. — Hierher gehören die bekannten Beobachtungen von Wolff, Curschmann, Volland, nach welchen Kinder, die viel am Boden spielen, umherrutschen und gewohnt sind, ihre schmutzigen Hände und Spielsachen in den Mund zu stecken, durch den verstäubten Staub leicht Anlass nehmen zur Übertragung. Zu gleicher Zeit bewirkt die reichliche Absonderung von Mund- und Nasenschleim, nach Befinden auch katarrhalische Erkrankungen der Schleimhäute das Vorhandensein wunder Stellen an den Lippen und Nasenlöchern. Durch den Reiz, welcher von diesen Lippen- und Nasengeschwüren ausgeht, wird das Kind veranlasst, sich mit den Händen ins Gesicht zu fahren und den an den Fingern haftenden, klebenden Schleim förmlich in jene geschwürigen Eingangspforten einzureiben. Auch durch Kratzwunden bei Ungeziefer, nässende Hautausschläge können die Krankheitskeime Eingang finden. Ferner wird die Anrauhung, dass die auf Lippen- und Nasengeschwüre applizierten Tuberkelbazillen durch Vermittlung der Lymphgefässe zunächst den Lymphdrüsen des Halses sowie den Speicheldrüsen zugeführt werden, dass also das Kind in der soeben angegebenen Weise eine Verimpfung der im Staub enthaltenen Tuberkelbazillen an sich selbst vollzieht, durch die Beobachtung bestätigt, dass die Anschwellungen jener Drüsen im kindlichen Alter ganz besonders häufig vorkommen und dass das Krankheitsbild der „Skrofeln“ meist nichts anderes bedeutet, als eine latente, im wesentlichen auf die Drüsen beschränkte Tuberkulose (s. o.).

Diese Annahme von der Bedeutung der Kontagion der Tuberkulose befindet sich im Widerspruch mit der Behauptung von Koch, welcher auf dem Kongress in London die Einheit der beiden Tuberkulosen, der Menschen- und Rindertuberkulose und die wechselseitige Übertragung zwischen Tieren und Menschen in Frage zu stellen schien. Die Konsequenzen dieser neuen Lehre, insbesondere für die Kinderpathologie, waren schwer, weil die Absage einer Übertragung durch den Genuss tuberkulöser Milch alle sanitären Massregeln gegen die Rindertuberkulose und selbst alle Vorsichtsmassregeln in der Wahl der den Kindern zu verabreichenden Milch überflüssig machte. Auf dem Kongress in Berlin (1902) nahm Koch Anstoss an den den seinigen entgegengesetzten Erfahrungen und Behauptungen von Autoritäten aus Dänemark, Amerika, England und Frankreich. Arloing und Nocard haben den negativen Experimenten Kochs positive entgegengestellt und merkwürdigerweise hat Koch sich hinter die Klinik verschanzt, indem er seinen Gegnern die grosse Seltenheit der primären Darmtuberkulose entgegenhielt und aus diesem Grunde auf die Seltenheit der tuberkulösen Infektion durch den Darmkanal schloss. Als ob man nicht wüsste die Prädilektion des Tuberkelbazillus für die Lunge! Lunge und Digestionsorgane sind sehr gewöhnliche Eingangspforten für den Tuberkelbazillus. Aber die Prophylaxe der Tuberkulose hat mit noch grösserer Sorgfalt ihre Aufmerksamkeit zu richten auf verdächtige Nahrung, Milch, Fleisch u. s. f. als auf die Atmosphäre eines infizierten Zimmers und den Staub der Strassen. Diese Fürsorge und die Digestion als Eingangspforte für den Bazillus muss hervorgehoben werden. Jede klinische Form kann aus dieser Art der Übertragung hervorgehen, mag sie sich äussern als Peritonitis, oder Enteroperitonitis, als Meningitis, als Bronchopneumonie, oder selbst als partielle Tuberkulose der Knochen und Drüsen. Wenngleich die Übertragung der Tuberkulose ins Publikum gedungen ist, so trifft nicht das Gleiche die Art der Übertragung auf digestivem Wege. Wie wenig wird in den Familien in dieser Beziehung geachtet auf verdächtige Nahrungsmittel. Und wenn dies geschieht wie will man die auf Grund dieser Überwachung erforderlichen Schutzmassregeln zur Ausführung bringen? Abgesehen davon, dass noch nicht bewiesen ist, dass abgestorbene Tuberkelbazillen unschädlich sind, abgesehen davon, dass das Sieden der Milch zur Sicherstellung nicht ausreicht, sondern erst die Sterilisierung bezw. Pasteurisierung, werden diese Prozeduren sehr gewöhnlich unterlassen. Es ist ein tief eingewurzelter Irrtum, dass Milch von gutem Aussehen, frisch vom Euter weg getrunken, unschädlich sei. Welche Mutter kann sich und ihrem Kinde bei einem Besuch auf dem Land versagen, kuhwarme Milch mit Schwarzbrot zu geniessen! Eine sanitäre Überwachung der Stallungen und Milch wird den Kindern Schutz gewähren vor der Kontagion welcher Gefahr sie, wenn sie ihr nicht unterliegen, kräftig und gesund entgegen gehen können, was heutzutage oft nicht der Fall ist.

Haben wir im Vorstehenden dem grossen französischen Werk manches Neue über die Tuberkulose entnommen, so schliesst sich eine gänzliche Umwandlung unserer Ansichten über die Heilbarkeit der Tuberkulose an. Weit entfernt mit Laennec, Virchow, die Tuberkulose als unheilbar zu erklären, wissen wir jetzt, dass sie in der Mehrzahl der Fälle heilbar und wir kennen als ihren gewöhnlichen Heilungsvorgang die Skle-

rose. Die Tuberkulose bietet unter allen chronischen Krankheiten die günstigsten Aussichten für die Heilung. Zwar handelt es sich bisweilen um eine relative Heilung etwa nach Art des Syphilis; man sieht die alten skrofulo-tuberkulösen Herde nach einer Latenz von zehn oder zwanzig Jahren sich erneuern. Aber ist nicht diese lange, den Tod abgerungene Zeit ein Vorteil für den Kranken?

Mehr als irgend ein anderer Zeitpunkt ist aber die Kindheit für die Heilung der Skrofulo-tuberkulösen günstig und es ist merkwürdig, zu sehen, mit welcher Leichtigkeit und mit welchen geringen Hilfsmitteln die Naturkraft der Jugend überwindet nicht nur die Drüsen- und Knochen-tuberkulose, sondern auch die Lungen- und Peritonealtuberkulose.

Was die Kontagion betrifft, so ist die Kindheit die günstigste Periode für die Übertragbarkeit von Krankheiten. Masern, Keuchhusten, Diphtherie, Scharlach, Parotitis u. s. f. befallen das spätere Kindesalter mit grosser Dichte und Heftigkeit. Die Jungfräulichkeit des noch nicht durchseuchten Terrains, auch dessen Beschaffenheit, Empfänglichkeit sind die Ursachen der Prädilektion kontagiöser Krankheiten der Kinder. Ist nun einmal ein Kind von einer derartigen Krankheit ergriffen, so verbreitet sie sich mit einer verzweifelnden Leichtigkeit auf die anderen, wenn die zur Isolation oder Entfernung erforderlichen Massregeln unmöglich oder vernachlässigt werden. Die Massregeln der Prophylaxe beschränken sich dann oft auf die Entfernung der gesunden Kinder. Aber diese ist nicht immer leicht und die wohlbegründete Furcht der Ansteckung macht diese Entfernung sehr erschwert, weil eine Schwester, eine Anverwandte solche Kinder, selbst wenn sie scheinbar gesund, nicht gerne aufnehmen, wenn sie selbst Kinder haben. Nun bleiben noch die Grosseltern übrig, vorausgesetzt, dass man solche noch hat. Diese Furcht der Ansteckung, zwar gerechtfertigt, aber übertrieben in dem Sinne, dass man alle Arten der Übertragung aus Unkenntnis konfundiert, trifft alle kontagiösen Krankheiten. Nehmen wir eine Familie, in welcher bei einem Kind der Typhus ausgebrochen ist. Brüder, Schwestern, gross und klein, jedermann verlässt das verpestete Haus und wenn die Mutter nicht selbst ihr Kind besorgen kann, muss sie sich glücklich schätzen, von ihrer Dienerschaft nicht verlassen zu werden. Der Egoismus und Selbsterhaltungstrieb überwiegt die Bande der Verwandtschaft und Freundschaft.

Wie kann man diese übertriebene und unnutze Ängstlichkeit vermeiden? Durch Kenntnisnahme und Würdigung der Art der Übertragung jeder Krankheitsform. Man wird dann nur die notwendigen Massregeln ergreifen. Diese Würdigung der Art der Übertragung, welche wir gegenwärtig genügend kennen, gestattet uns, Humanität mit Sicherheit zu verbinden.

Um diesen Aufgaben, deren praktische Bedeutung genugsam einleuchtet, zu entsprechen, hören wir das Urteil von J. Grancher in der Vorrede des obengenannten Sammelwerkes. Er sagt: „Ich habe zu diesem Zweck seit beinahe zwanzig Jahren in meinem Dienst als dirigierender Arzt im Hospital des Enfants-Malades Beobachtungen gemacht, welche ich später im Detail veröffentlichen werde und welche mir grosses praktisches Interesse zu beanspruchen scheinen. Von der Annahme ausgehend, dass die Übertragung kontagiöser Krankheiten nur ausnahmsweise durch die atmosphärische Luft stattfindet, sondern am häufigsten durch direkten oder indirekten Kontakt des Kranken oder der von ihm benutzten Ob-

jekte: Wäsche, Spiele, Geräte u. s. f., habe ich versucht, die Ansteckung bei Diphtherie, Masern, Keuchhusten u. s. f. zu unterdrücken, indem ich durch Siedhitze oder Waschen jeden Gegenstand, der mit dem Kranken in Berührung gekommen, sogleich nach diesem Kontakt sterilisiere. Da ich in meinem Hospital noch keine Isolierpavillons für den Keuchhusten noch für Bronchopneumonie, Varizellen u. s. f. habe, verpflegen wir, meine Kollegen und ich, in den allgemeinen Krankenfällen die von diesen Krankheiten ergriffenen Kinder. Immerhin kommen, trotz spezieller Isolierpavillons auch in den allgemeinen Krankensälen Fälle von Diphtherie, Masern, Scharlach vor. Derartige Fälle der Kontagion sind, wenn man sich nicht dagegen schützt, zahlreich, und ich habe in einer Statistik gezeigt, dass die Errichtung eines Isolierpavillons für Diphtherie und Masern im Hospital de la rue de Sèvres, nicht wesentlich die Zahl der auf der internen Abteilung vorkommenden Fälle der Art verringert hat.

Unter diesen Umständen habe ich zur Abwehr besondere Massregeln ergriffen. Jedes Kind, das von einer kontagiösen Krankheit ergriffen oder solchen verdächtig, wird in einen besonderen Verschluss untergebracht. Sein Bett wird von einer durchbrochenen spanischen Wand aus Metall umgeben, welche jeden Kontakt mit anderen Kindern verhindert, sowie Ärzten, Eleven oder Krankenwärter nötigt, vor Eintritt in die Stätte Verhaltensmassregeln zu ergreifen. Diese sind sehr einfach: Man legt die Versuchsbluse ab und eine im Innern des Verschlus angebrachte Bluse an, die man nach dessen Verlassen wieder anlegt. Man wäscht sich dann sorgfältig die Hände und in einem Lavoir werden sämtliche Gegenstände, die mit dem kranken Kinde in Berührung gekommen, mit siedendem Wasser sorgfältig gereinigt. Seit 1886 funktioniert dieses System der Abwehr, wozu noch die Abwaschung der Fussböden gekommen, mit bestem Erfolg. Meine Assistenten und die nachfolgenden Chefs haben dieselben Resultate erzielt. Die Methode ist einfach, gut und wenig kostspielig. Sie verlangt nur einige Sorgfalt von Seiten der Ärzte und Krankenpfleger.“

Grancher gibt nun im Weiteren über die günstigen Resultate dieser Methode, die sowohl bei inneren Krankheiten als im Bereich der Chirurgie zu verwerten, eine Statistik, in Betreff deren wir auf die Vorrede des obengenannten Werkes verweisen.

Nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen wenden wir uns nun zu der Besprechung der einzelnen Unterabteilungen unserer Betrachtung. Bevor wir neue Beiträge geben über die Pathologie des Kindes, erscheint es angemessen, einiges über dessen normale Funktionen vorzubringen, und bevor wir Mittel und Verfahrungsweisen zur Heilung erörtern, ist es zweckmässig, Regeln der Hygiene festzustellen, die oftmals geeignet sind, dem Übel zuvorzukommen, seine Fortschritte aufzuhalten oder dasselbe zur Heilung zu bringen.

### **Physiologie und Hygiene im Kindesalter.**

Das foetale Leben zeigt wesentliche Unterschiede vom extrauterinen; der Foetus befindet sich allenthalben innerhalb einer Flüssigkeit, in welcher er nicht atmen kann; mit dem Eintritt der Geburt wird die Placentar-zirkulation unterbrochen und Respiration, Zirkulation, Digestion treten



selbständig ein. Was die Respiration betrifft, so hat Cornil durch die Auskultation eines Kindes im Moment der ersten Inspiration ein deutliches Knistergeräusch infolge der Entfaltung der Lungenzellen festgestellt. Nach Uffelmann beträgt die Zahl der Atemzüge: bei der Geburt: 35; im ersten Jahr: 27; im zweiten Jahr: 25; im 6. Jahr: 22; im 12. Jahre: 20; beim Erwachsenen 15 bis 17; im wachen Zustand ist die Anzahl der Atemzüge häufiger, zugleich aber oberflächlicher. Wenn man die Respiration eines Kindes beobachtet, so sieht man das Abdomen und die untere Rippengegend sich mehr heben, als die obere; der abdominale oder diaphragmatische Typus herrscht also vor.

Was die Eigenwärme anlangt, so beträgt sie beim gesunden Neugeborenen ein wenig über  $37^{\circ}$ , zwischen  $\frac{1}{10}$  und  $\frac{2}{10}$  von Morgen auf den Abend schwankend; bei künstlicher Ernährung sind die Schwankungen grösser  $\frac{3}{10}$  bis  $\frac{4}{10}$  und zugleich die Gewichtskurven weniger regelmässiger. Weill (Thèse de Tiberius. Lyon 1902) hat auf diesen Ausdruck natürlicher und künstlicher Ernährung hingewiesen.

Bei unreifen Kindern mit kongenitaler Schwäche beträgt die Temperatur nur  $36, 35^{\circ}$ ; manchmal selbst  $30^{\circ}$  und darunter, Fälle, in denen die Couveuse und die künstliche Abfütterung angezeigt ist.

In bezug auf die Digestion ist bekanntlich beim Neugeborenen zu berücksichtigen, dass dasselbe der Zähne entbehrt; die Speichelabsonderung ist schwach, der Magen klein und beinahe vertikal. Die Kapazität des Magens, der noch keine sackförmige Erweiterung an sich trägt, erreicht nur 50 cc. während der ersten Woche, 100 am Ende des ersten Monats, 150 im dritten Monat. Hieraus folgt, dass die Nahrung in kleinen Quantitäten und in zahlreichen Zwischenräumen gereicht werden muss. Vom ersten Lebensmonat an beginnt die Mundspeichelsekretion, welche mit dem Alter zunimmt. Die Bauchspeicheldrüse tritt ebenfalls zu dieser Zeit in Funktion, aber ihr Verdauungsvermögen der Stärkemehlkörper ist noch bis zu einem Jahr beschränkt. Die Wirkung des Mundspeichels dauert nach dem Verschlucken noch im Magen während einer halben, einer, zwei Stunden an und weicht der Einwirkung der Salzsäure. Dieser Vorgang erklärt uns, dass die stärkemehlhaltigen Nahrungsmittel, obgleich nicht im Mund verweilend, vom Säugling verdaut werden. Aber bei Diarrhoe, Debilität, Athresie verringert sich der Mundspeichel und die Stärkekörper werden nicht assimiliert. Gegen Ende des ersten Monats haben manche Kinder zu viel Speichel und geifern; insbesondere im 3. und 4. Monat wird dieser Geifer reichlich, um sich bis zum 7. und 8. Monat, manchmal noch später fortzusetzen. Die Speichelhypersekretion ist häufiger und reichlicher bei der künstlichen, als bei der natürlichen Ernährung. Kommt sie vor in der Nacht, so ist sie ein Zeichen eines Formfehlers in der Nase.\*)

Nach den Untersuchungen von Czerny\*\*) entleert sich der Magen eines an der Brust genährten Kindes innerhalb  $1\frac{1}{2}$  bis 2 Stunden; aber er setzt die Salzsäureabsonderung fort, welche ihr Maximum  $2\frac{1}{2}$  Stunden nach dem Stillen erreicht. Diese Säure hat antiseptische Eigenschaften, welche sie insbesondere in den Zwischenräumen der Verdauung entfaltet.

\*) Sanchez de Silvera - Thèse de Paris.

\*\*) Prag. med. Wochenschr. 1893.

Wenn man die Stillperioden vervielfältigt, so wird die Salzsäure vom Digestionstraktus absorbiert und trägt nicht mehr zur inneren Antiseptik bei, wird unfähig die Mikroben zu zerstören, sei es, dass sie dem Munde des Kindes oder der Brustwarze entstammen. Naturgemäss soll daher ein Zwischenraum von drei Stunden beim Stillen eingehalten werden und dieser soll bei der künstlichen Ernährung, in Anbetracht der Überernährung an Salzen und Eiweisskörpern, vier Stunden betragen.

In bezug auf das Nervensystem sind die Zentren beim Kind sehr entwickelt; das Gehirn beträgt  $\frac{1}{7}$  des Körpergewichts anstatt  $\frac{1}{14}$  bis  $\frac{1}{15}$  beim Erwachsenen; das Rückenmark ist ebenfalls dreimal mehr entwickelt. Dieses Nervensystem ist ungemein reizbar; daher die Häufigkeit der Konvulsionen, des Glottiskrampfes u. s. f. Man wird sich bestreben, diese angeborene Nervosität durch eine vernünftige Erziehung und rationelle Ernährung herabzustimmen. (Keine unverdauliche, schwerverdauliche Nahrung, keine alkoholischen Getränke, keine körperlichen und geistigen Überanstrengungen, genügenden Schlaf u. s. f.)

Die Hygiene der Ernährung findet auch ihren Ausdruck im Gehen. Brustkinder erlernen die Fähigkeit des Gehens im allgemeinen früher, mit 10, 11, 12 Monaten, Flaschenkinder später, oft erst mit 20, 24, 30 Monaten. Interkurrente Krankheiten, Bronchitiden, Eruptionsfieber, Keuchhusten u. s. f., welche die Ernährung stören, verzögern das Gehen. Unter den chronischen Krankheiten ist es die Rhachitis, die durch allgemeine Störung der Ernährung, Erschlaffung des Nervensystems, Erweichung und Deformierung des Skeletts das Gehen des Kindes beeinträchtigt. Man soll zum Erlernen des Gehens keine Apparate als Hilfsmittel gebrauchen, Torturwerkzeuge, die mehr Unzukömmlichkeiten, als Vorteile gewähren. Vielmehr lasse man das Kind auf einem Teppich sich üben, sich anklammern an den Möbeln, um seine Kräfte zu erproben; man begnüge sich, dasselbe hierbei zu überwachen und zu unterstützen, indem man es unter den beiden Armen ergreift oder ihm um den Körper einen grossen Gurt schlingt, an welchem man es festhält.

### **Wachstum (Gewicht und Körperlänge).**

Jedes Lehrbuch enthält Tabellen über Zunahme des normalen Körpergewichts. Ein Kind, das regelmässig zunimmt an Körpergewicht, wird sich wohl befinden; eine Abnahme deutet auf Krankheit oder schlechte Ernährung.

Während des ersten Monats muss man das Kind alle Tage wägen, später jede Woche, noch später jeden Monat. Man notiert das bei jeder Wägung gefundene Gewicht, und um die tägliche Zunahme zu bestimmen, teilt man die Differenz der beiden letzten Wägungen durch die Zahl der dazwischen liegenden Tage.

### **Ernährung.**

Bei der Hygiene des Kindes überwiegt die Ernährungsfrage alle anderen, so dass wir, nachdem bereits einige physiologische Vorbemerkungen gegeben, über diese Frage neue Beiträge bringen werden. Man unterscheidet bekanntlich 1. die natürliche, 2. gemischte und 3. künstliche Ernährung.

In einem Blatt, wie dem vorliegenden, kann von der Ausführung der Superiorität des Selbststillens der Mutter vor allen andern Ernährungsarten abgesehen werden. Der Organismus des Neugeborenen ist nur an diese Ernährung an der Mutterbrust adaptiert. Dieser einzig richtigen Art der Ernährung stehen indess Umstände entgegen, die das Stillen erschweren oder unmöglich machen, sei es von seiten der Mutter, die durch mangelhafte Konstitution, Krankheiten, fehlerhafte Beschaffenheit der Brüste zum Stillen nicht geeignet, sei es von seiten des Säuglings, der zu schwach oder unfähig aus physischen Gründen die Brust zu nehmen.

Unter den zahlreichen natürlichen und künstlichen Mitteln, die Milch zu vermehren, steht der Genuss der Milch als am nächsten liegend und merkwürdigerweise am wenigsten bekannt oder durch recht ungeeignete ersetzt, obenan. Vildermann\*) hat gezeigt, dass wenn man den Stillenden bei mangelhafter Milchabsonderung täglich 1 bis 1½ Liter Milch verabreicht, die Milch vermehrt wird und die Kinder gedeihen.

Wir übergehen die in dem französischen Original sehr ausführlich, wengleich mit klassischer Kürze bearbeiteten Kapitel über das Stillen, das erste Anlegen des Kindes, die Zeitperioden für das weitere Stillen, dessen jedesmalige Dauer, die Dauer der Ernährung an der Mutterbrust, überhaupt die Bedingungen, welche diese Dauer beeinflussen, die Hygiene der Mutter, das Ammenwesen, die künstliche Ernährung, Entwöhnung u.s.f. und wenden uns zu einer allgemeinen Betrachtung über die Milch. Wenn wir über diesen Gegenstand erst im vorigen Jahrgang eine Abhandlung gebracht, so erwächst uns mit Gegenwärtigem die Aufgabe, neue Beiträge zu geben. Die nie versiegende reiche Quelle der Milch und die über diese inzwischen erschienene neue Literatur befähigt uns, diese Aufgabe original zu lösen.

## Die Milch.

### Literatur.

Neben dem französischen Original, neben einem gleichzeitig in zweiter vermehrter Auflage erschienenen englischen Sammelwerk\*\*) stützen wir uns im nachfolgenden auf ein soeben anlässlich der in diesem Frühjahr in Hamburg stattgefundenen allgemeinen Ausstellung für hygienische Milchversorgung in Hamburg erschienenenes, im Auftrage der wissenschaftlichen Abteilung bearbeitetes Sammelwerk\*\*\*), ein Muster deutschen Fleisses und grosser Gelehrsamkeit. In kurzen, gemeinverständlichen und doch streng wissenschaftlich gehaltenen Aufsätzen wollen die Verfasser dieses Buches den Lesern ein zeitgemässes Bild von den verschiedenen Gebieten der Milchwirtschaft entwerfen, sowie ihren geschichtlichen Werdegang und wirtschaftlichen Wert darstellen. Sie hoffen damit nicht allein den unmittelbar Beteiligten Aufklärung und Anregung zu geben, sondern auch weitesten Kreisen der Gebildeten das Verständnis für dieses volkswirtschaftlich und volksgesundheitlich so hochwichtige Gebiet zu erschliessen. Besonderer Wert ist auf den Nachweis der wertvollsten einschlägigen Literatur gelegt, damit jeder Leser nach eigenem Geschmack dort weiterforschen und etwa auftauchenden Fragen nachgehen möge.

\*) Arch. de méd. des Enfants. Juli 1901.

\*\*) The diseases of Infancy and Childhood. By L. Emmet Holt, M. D. L. L. D. second edition, revised and enlarged. With 223 Illustrations. London: Henry Kimpton. 1903. 1161 Seiten, Preis 25 Shillings.

\*\*\*) Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit. Verlag von C. Boysen in Hamburg 1903. Preis 6 Mk. Das Ausstellungskomitee hat durch bereitwillige Gewährung reichlicher Geldmittel den Vertrieb des Buches zu billigem Preis ermöglicht, um demselben möglichste Verbreitung zu sichern.

### Allgemeines.

Die Milch ist eine kompliziert zusammengesetzte Flüssigkeit, schwerer als Wasser, denn sie enthält feste Bestandteile in Lösung oder suspendiert. Während ein Liter Wasser ungefähr 1000 g wiegt, beträgt ein Liter Milch ungefähr 1032 g. Die Milch der Ziege und des Schafes ist noch schwerer (1034, 1040). Die Milch der Eselin, die schon Hufeland\*) an Stelle der Kuhmilch empfahl, wenn das Stillen unmöglich, nähert sich am meisten der Frauenmilch.

### Die Milch und ihre Bedeutung für die Pädiatrik.

Das bereits dem Titel und der Tendenz nach benannte klassische Werk: Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit, dargestellt im Auftrag der wissenschaftlichen Abteilung der Allgemeinen Ausstellung für hygienische Milchversorgung Hamburg, enthält unter einer Reihe vieles Neue und Originale erbringender Beiträge über die Milch in volkswirtschaftlicher Beziehung, auch solche, die für den Arzt und Hygieniker von besonderer Bedeutung. Dr. Sieveking, Physikus und Stadtarzt in Hamburg, verbreitet sich zunächst über Einrichtung und Betrieb von Milchhandlungen mit besonderer Berücksichtigung der Hamburger Verhältnisse. Dieser Beitrag enthält auch für den Kinderarzt manches Beachtenswerte. Vom Euter des Nutztieres bis zum Mund des Kindes, welchem wir die Milch verabreichen, führt ein langer vielumschlungener Weg, auf welchem dieses variabelste aller Nahrungsmittel die verschiedenartigsten Veränderungen erfährt. Die Milch ist die empfindlichste aller Handelswaren. Nicht allein, dass sie bei unzweckmässiger Behandlung leicht verdirbt, sie nimmt auch alle Gerüche und flüchtigen Substanzen in kurzer Zeit auf und ist für alle möglichen Krankheitserreger ein vortrefflicher Nährboden. Der Kinderarzt soll sich daher über Bezugsquelle und Handelsware der Milch vergewissern. Von demselben Verfasser finden wir einen vortrefflichen Beitrag über die Frage: Welche Rolle spielt die Milch bei der Verbreitung von Typhus, Diphtherie und Scharlach.

Schon lange vor der Entdeckung der Erreger des Darmtyphus, die im Jahr 1880 Eberth, Klebs, Koch und seinen Schülern gelang, und lange bevor Gaffky in seiner klassischen im Jahre 1882 veröffentlichten Arbeit deren Lebensbedingungen feststellte, hat sich die Überzeugung Bahn gebrochen, dass die Milch bei der Verbreitung dieser Krankheit eine Rolle spielen müsse.

Was zunächst die Art der Verbreitung betrifft, so ist die Möglichkeit der Ausbreitung durch typhusartige Erkrankungen des Milchviehs nicht auszuschliessen. Die grösste Gefahr für die Ausbreitung der Krankheit liegt aber sicherlich im Menschen selbst, der die Typhuskeime in seinen Entleerungen (Harn, Kot, Auswurf) ausscheidet. Meist sind es Melker und Milchhändler mit ihren Familien und Angestellten, welchen die Übertragung der Krankheitskeime zur Last gelegt werden muss. Diese Arten der Übertragung, meist wohl durch Verunreinigung der Hände mit Typhuskeimen erklärbar, hat man nicht ganz glücklich als

\*) Behandlung der Skrofulose. 1819.

direkte bezeichnet, indirekte dagegen diejenigen durch Spülwasser, Milchgeschirr, Wäsche Typhuskranker. Die möglichst frühzeitige Meldung und Isolierung von Typhuskranken in Milchhandlungen, Molkereien und bei der Landbevölkerung überhaupt, grössere Reinlichkeit bei Behandlung der Milch, Verbesserung des Wasserbezugs und der Abfallbeseitigung auf dem Lande sind deshalb wichtige und dringende Forderungen, die der Kinderarzt zum Schutz der ihm zur Pflege Anvertrauten stellen muss. Der Typhus ist eine vermeidbare Krankheit, und dass diese bei Kindern zwar nicht so häufig, als bei Erwachsenen, aber tatsächlich keineswegs selten ist, sondern oft übersehen wird, habe ich in einem Referat im „Kinderarzt“ vor kurzem nachgewiesen.\*) Stets ist zu bedenken, dass auch alle mit Milch genossenen Speisen, sowie dicke, saure Milch, Buttermilch, ja Käse, Molken und Butter für die Typhusverbreitung in Betracht kommen können.

Ähnlich wie beim Typhus liegen die Verhältnisse bei der Diphtherie, nur dass der Verkehr von Mensch zu Mensch, hier also des Milchmannes bei den Kunden, eher die Diphtherieübertragung erklären kann, als wenn man die Milch noch als Vermittlerin dazwischen schiebt. Wie man die Sache auffassen will, die schleunige Entfernung besonders halskranker Kinder aus Molkerei und Milchvertrieb bleibt dringendes Erfordernis.

Ähnlich verhält sich der Scharlach, dessen Erreger wir nicht kennen.

In einem weiteren Beitrag von Dr. med. Th. Rosatzin in Hamburg über Milch und Tuberkulose interessiert uns, da wir diese Frage bereits Eingangs unserer Arbeit genugsam erörtert, nur das, was über die Häufigkeit und Ätiologie der Tuberkulose bei Kindern vorgebracht wird. Dass die Kinder den grössten Prozentsatz an primärer Darmtuberkulose, dass sie auch eine ausserordentlich hohe Ziffer zu der Allgemeinerkrankung an Tuberkulose liefern, ist bereits bemerkt worden. Sind daran Nahrungseinflüsse schuld und speziell Milch, so muss sich dies in den statistischen Zusammenstellungen dadurch ausprägen, dass in den Jahren, in welchen hauptsächlich oder ausschliesslich Milch genossen wird, die tuberkulöse Erkrankung am häufigsten auftritt. In der Tat scheint dies aus den Zahlen von Heubner\*\*) hervorzugehen. In dessen Klinik sind an Tuberkulose erkrankt befunden worden: Kinder unter 3 Monaten 0%, von 3 bis 6 Monaten 3%, im 3. Vierteljahr 11%, im 4. sogar 26%, dann sinkt die Zahl der an Tuberkulose Erkrankter ziemlich regelmässig bis zu 5% im 7. bis 10. Lebensjahre. Kossel\*\*\*) fand bei Sektionen, dass bei 6% der Kinder unter 1 Jahr Tuberkulose die Todesursache war, eine ebenfalls sehr bedeutende Ziffer, wenn man in Betracht zieht, eine wie grosse Sterblichkeit der kleinen Kinder anderweitig durch Lebensschwäche und Magen-Darmkrankheiten hervorgerufen wird.

\*) Vgl. Typhoid fever in children of two and a half years and under. By Grozer Griffith & Maurice Ostheimer. Kinderarzt, Juniheft 1903.

\*\*) Heubner, Bericht über den Berliner Tuberkulose-Kongress 1889, S. 282.

\*\*\*) Kossel, Über Tuberkulose im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Hygiene und Infekt.-Krankheiten. Bd. 23, S. 73.

In einer grossen Zahlenreihe hat Gottstein\*) nachgewiesen, dass der Gang der Sterblichkeit an Tuberkulose in Preussen in den letzten zwei Jahrzehnten für das Säuglings- und Kindesalter eine ganz andere Kurve bildet, wie für die älteren Lebensabschnitte. Anscheinend durch die Verbesserung der hygienischen Verhältnisse ist in Preussen seit Mitte der achtziger Jahre bei Erwachsenen eine Abnahme der Tuberkulose festzustellen. Diese Verbesserungen müssten ihren Einfluss auch auf die Kindertuberkulose ausüben und dass dies nicht der Fall, ist für Gottstein ein Beweis, dass in der Ursache der Kindertuberkulose und derjenigen Erwachsener schwerwiegende Unterschiede bestehen, die er auf die Infektionsgelegenheit der Kinder durch Milch zu beziehen sucht.

In einem weiteren Beitrag über Milchkonservierungsmittel und deren Gesundheitsschädlichkeit bespricht Dr. C. Hagemann, Kreisassistentarzt, Münster i. W., die Unzulässigkeit chemischer Zusätze zur Speisen-Konservierung, insbesondere zur Konservierung von Milch.

Ein weiterer Beitrag von Prof. Dr. Edlefsen in Hamburg über Säuglingsmilch und Milchpräparate erregt die Aufmerksamkeit des Kinderarztes in hohem Grade. Was die daselbst besprochenen Milchpräparate betrifft, so nehmen wir von diesen später einiges auf. Im übrigen ist dieser Gegenstand genugsam in diesem Blatte erörtert worden, so dass wir von einem Referat hier absehen. Dasselbe betrifft den gleichermassen ausgezeichneten Beitrag von Dr. v. Ohlen über Kindersterblichkeit und Milchversorgung. Wohl nirgends sind auf einem so kleinen Raume die Ursachen der Kindersterblichkeit so erschöpfend dargestellt und so umfassende praktische Vorschläge zur Abhilfe vorgebracht worden. Eine solche Originalarbeit lässt sich im Referat schwer ihrem Inhalt nach erschöpfen. Wir verweisen daher auf die auch sämtliche Literaturangaben enthaltende Urschrift.\*\*)

Die Behandlung der Milch im Haushalt von Dr. Wolfgang Weichardt ist für den Kinderarzt eine Frage, welcher er sich nicht entziehen kann. Bekanntlich verdirbt die Milch bei sorgloser Behandlung. Dieses herrliche Nahrungs- und Genussmittel ist dann unter Umständen gesundheitsschädlich. Das von alters her geübte planlose Abkochen der Milch mit den entsetzlichen Dünsten beim Überlaufen und Anbrennen nebst der vielgeübten nachlässigen Aufbewahrungsart in offenen, breiten Gefässen bei höherer Küchen- oder Stubenwärme soll in einem geordneten Haushalt überhaupt nicht vorkommen.

Das Überlaufen der Milch verhüten bekanntlich Töpfe mit durchlochten Deckeln. Hieran reiht sich der von Soltmann angegebene Kocher, bei dem das Überkochen der Milch durch einen besonders konstruierten Einsatz verhindert wird. Das Einkochen, die Veränderung des Wohlgeschmacks, sowie die durch längeres Kochen bewirkte Veränderung selbst der Zusammensetzung der Milch gebietet, von deren längerem Ab-

\*) Gottstein, Statistische Beiträge zur Verbreitung der Tuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1901. No. 41.

\*\*) Aus gleichen Gründen zitieren wir hier nur den Beitrag von Dr. Arthur Keller „Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge“, Kinderarzt in Bonn, im Centralbl. für allgem. Gesundheitspflege (Jahrg. XXII, Heft 5 u. 6), und behalten uns vor, auf den reichen Inhalt evtl. später zurückzukommen.  
Dr. K.

kochen abzusehen. Ja es ist mit voller Sicherheit nachgewiesen, dass unter besonderen Umständen zu langes Kochen der Milch sogar die Ursache sein kann für die Barlowsche Krankheit. \*) Auch das Soxhletsche Verfahren hat den Nachteil, dass die Milch zu grossen Wärmegraden zu lange ausgesetzt und dadurch minderwertig wird. Flügge\*\*) war der erste, welcher darauf hingewiesen, dass 10 Minuten langes Kochen der Rohmilch in Bezug auf Vernichtung der Keime, soweit es sich um Vernichtung von Krankheiten handelt, genau dasselbe leistet, wie dreiviertelstündiges oder noch längeres Abkochen. Beim Weiterkochen zersetzen sich mehr und mehr wertvolle hochkomplizierte Verbindungen in der Milch und das, was endlich übrig bleibt, ist gar nicht mehr das erwünschte Nahrungs- und Genussmittel. (Schluss folgt.)

## Referate.

### **Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant.**

Von H. Gillet. (Gaz. des hop. 1903, Nr. 74.)

Vom symptomatologischen Standpunkt bietet die fibrinöse Pneumonie bei Kindern mehrfache Besonderheiten. Der Puls erinnert hinsichtlich des Rhythmus an den Puls beim Typhus. Tritt frühzeitig Arrhythmie ein, so hört sie langsam auf, die tardive dagegen weicht schnell. Im Beginn ist sie mehr oder weniger irregulär, später gewinnt sie den Typus der Allo-rhythmie. In der Rekonvaleszenz verlangsamt sich der Puls mit Ausnahme der schweren Fälle. Es tritt Bradykardie ein. Dies ist ein prognostisch wichtiges Zeichen. Fast konstant fehlt die Ausdehnung der subklavikulären Gegend an der kranken Seite, auch wenn der Prozess sich an der Basis lokalisiert. Dies Zeichen besteht manchmal vom Beginn der Krankheit bis über das Ende hinaus und bildet wegen des frühzeitigen Auftretens ein wichtiges diagnostisches Zeichen. Bei Kindern kommt Herpes labialis viel häufiger vor als bei Erwachsenen. Die Lokalisation der Seitenstiche im Abdomen kann zu diagnostischen Irrtümern Anlass geben, besonders wenn es um eine zentrale Pneumonie sich handelt. Die Leberkongestion und -Vergrösserung, die Hepatomegalie, hat eine Bedeutung insofern, als sie den Ursprung einer späteren Lebercirrhose bilden kann. Zwischen ihr und der Urobilinurie besteht ein gewisser Zusammenhang. Fehlen des Kniereflexes findet man in 28% und namentlich bei Kindern über zehn Jahren und in schweren Fällen von Pneumonie.

Der pneumonische Prozess selbst bietet nichts Besonderes. Indes erscheint er bisweilen weniger scharf begrenzt als bei Erwachsenen, er greift von einem Lappen auf den anderen über oder befällt nur einen Teil des Lungenlappens. Die anatomischen Erscheinungen stimmen bei Kindern und Erwachsenen ziemlich überein, allerdings wird die graue Hepatisation selten bei Kindern beobachtet. Im grossen ganzen zeichnet

\*) Barlow, Royal College of Phys. 1894

\*\*) Flügge, Zeitschr. f. Hygiene. 17. Bd. S. 272.

— Die Mikroorganismen. Leipzig, F. C. W. Vogel.

— Grundriss der Hygiene. Leipzig, Veit & Co.

sich die Pneumonie des Kindesalters durch eine relative Benignität aus. Doch scheinen die rechtsseitigen Pneumonien schwerer als die der anderen Seite zu sein. Die Benignität erklärt die Seltenheit von Komplikationen, was wohl zumeist mit der Widerstandskraft des Herzens in Zusammenhang zu bringen ist. Bei den Komplikationen handelt es sich immer um eine extrapulmonäre Lokalisation des Pneumokokkus z. B. bei der Peritonitis, Meningitis, Nephritis.

Was nun die Formen der Pneumonie anlangt, so teilt Verfasser sie in fünf Hauptgruppen, je nachdem die anatomische Lokalisation, die Symptome, die Entwicklung über die Natur der Pneumonie oder die Chronologie eine Änderung erfahren. Er unterscheidet demnach anatomische, symptomatische, evolutive, protopathische und chronologische Formen. Jede dieser Formen bildet nicht ein vollkommen in sich geschlossenes Ganze. Es kann vielmehr die eine Form im Verlaufe der Krankheit in die andere übergehen. So kommt es, dass manchmal eine Pneumonie mehreren Formen angehören kann, dass vielfache Kombinationen der einzelnen Formen möglich sind. In der ersten Gruppe bespricht Verfasser die Spitzenpneumonie, die doppelseitige, die zentrale oder zentrifuge, die massive zirkumskripte, rudimentäre oder abgeschwächte, die abortive, prolongierte Entzündung und die progressive Wanderpneumonie. Bezüglich der Symptomatologie unterscheidet Verfasser eine thoracische, gastrische, typhöse, zerebrale, nervöse oder asthenische, meningitische oder eklamptische Form. Nach der Entwicklung der Krankheit teilt er die Pneumonien ein in latente, abortive, foudroyante, prolongierte, intermittierende, rezidivierende und chronische. Nach der Ursache kennt er eine infektiöse, eine epidemische, eine Influenza-, eine Psittakose-, eine Malariapneumonie und eine kachektisierende Form. Die letzte Gruppe besteht aus den primären und den sekundären Formen. Nicht alle Formen haben die gleiche Bedeutung. Die wesentlichsten Punkte hebt Verfasser in seinen Ausführungen hervor.

v. Boltens Stern (Leipzig).

### **Rétrécissement congénital et spasme du pylore chez les nouveau-nés.** Von G. Variot. (Gaz. des hop. 1903, Nr. 69.)

Bei einem Kinde begann das Erbrechen unmittelbar nach der Geburt, nach den ersten Saugversuchen und wiederholte sich seitdem alle zehn bis fünfzehn Minuten. Das Kind war wohlkonstituiert, magerte aber ab, ohne das Aussehen eines atrophischen Kindes zu bieten. Durch die Perkussion konnte man eine leichte Magenerweiterung konstatieren. Die Abscheidung der Muttermilch schien völlig normal vor sich zu gehen, die Milch ganz normal zu sein. Diese Erscheinungen sprachen für Verengerung und Spasmus des Pylorus. Denn die Hauptzeichen für diese Affektion bestehen in immer wiederkehrendem hartnäckigem, unstillbarem Erbrechen einige Minuten nach der Aufnahme von Milch, sei es aus der Mutterbrust oder aus der Flasche. Immer besteht erhebliche Obstipation und progressive Abmagerung, welche bis zu Kachexie und Marasmus fortschreiten kann. Mitunter gesellen sich hinzu äusserlich sichtbare peristaltische Bewegungen des Magens, die Wahrnehmung eines kleinen Tumors in der Pylorusgegend und die perkustorische und palpatorische Feststellung einer mehr minder erheblichen Magenerweiterung. Die Ursache dieses Leidens sieht Verfasser in der mangelhaften Beschaffenheit der Muttermilch



trotz ihrer reichlichen Absonderung. Möglicherweise enthält die Milch gewisse Stoffe, welche für das betreffende Kind unverträglich sind. Dafür spricht, dass es oft genügt, die Milch der Mutter durch die einer anderen Person zu ersetzen, um das Leiden zu heben. Auch bei Flaschenkindern findet man ähnliche Erscheinungen, obwohl die Untersuchung der Milch sie als vorzüglich ergibt. Auch der Zustand der Organe des Kindes liefert keine Erklärung für das unstillbare Erbrechen, welches das Wachstum des Kindes behindert. Oft freilich handelt es sich um überernährte Kinder, bei welchen die Überernährung anormale Bedingungen für die Resorption der Milch geschaffen hat. Brustkinder sind zu gewissen Anstrengungen gezwungen, trinken langsam, ermüden in dem Masse wie der Magen sich ausdehnt, und lassen die Brust zu geeigneter Zeit los. Flaschenkinder schlucken dagegen sehr schnell, ohne das Gefühl der Sättigung zu haben. Ihr Schreien gibt die Veranlassung, immer von neuem dem Kinde Milch zu reichen und die Folge ist Überernährung. Das einzige Mittel zur Beseitigung des Leidens ist eine zweckmässige Diät.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Les tumeurs du rein chez l'adulte et chez l'enfant.** Von L. Imbert.  
(Gaz. des hop. 1903, Nr. 63.)

Die klinische Diagnose der histologischen Art der Nierengeschwülste ist bei Erwachsenen unmöglich. Man kann sich nur darauf beschränken, die Symptome festzustellen. Verfasser unterscheidet physikalische, funktionelle und allgemeine Symptome. Zur ersten Gruppe gehören Hämaturie und Tumor, zur zweiten Schmerzen, Harnveränderungen, Störungen der Harnentleerung, Kompressionserscheinungen und accessorische Symptome wie dyspeptische Erscheinungen, Ikterus, Anasarka, Ödem der unteren Extremitäten und Metrorrhagien. Die Nierentumoren erzeugen zum Schluss stets eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Kachexie und Fieber, bald leichter Art bald mit Schüttelfrösten. Die ersten Erscheinungen pflegen in Hämaturie, Tumor oder Schmerzen zu bestehen. Mitunter bleibt das Leiden lange Jahre stationär. Indes ist in der Regel der Tod der Ausgang der Kachexie. Seltener gesellen sich urämische Erscheinungen hinzu oder andere Komplikationen wie Kompression, Perforation oder Okklusion des Darmes, Embolie der Lungenarterie. Als klinische Formen unterscheidet Verfasser eine komplette Form mit Hämaturie und Tumor, eine hämaturische Form ohne Tumor und eine Form mit Tumor ohne Hämaturie. Die zweite Form fand Verfasser unter 357 gesammelten Fällen 23 mal, also etwa 6%, die dritte 84 mal, also 23%. Bei diesen handelte es sich vorzugsweise um Sarkom. Der Nierenkrebs ist immer letal, wenn auch der Verlauf mehr oder weniger rapide ist. Langdauernde Fälle bilden jedenfalls die Ausnahme.

Bei Kindern zeigt sich gewöhnlich als erstes Symptom der Tumor, in 98 Fällen 69 mal. Dagegen Schmerz 12, Hämaturie 5 mal. Der Tumor bleibt auch lange Zeit allein bestehen und kann oft ganz enorm werden. Hämaturie und Schmerzen unterscheiden sich nicht von den bei Erwachsenen. Mitunter begegnet man Oligurie und gar Anurie, wenn der Tumor bilateralen Sitz hat. Häufig ist Albuminurie. Vorzugsweise werden von Störungen der Harnentleerung *retentia urinae*, *incontinentia* oder auch Zeichen von Cystitis beobachtet. Unter den Kompressionserschei-

nungen fehlt im Gegensatz zu dem Leiden bei Erwachsenen die Varicocele und bestehen Zirkulationsstörungen (Ödeme des Gesichts und der Extremitäten u. s. w.). Unter den zahlreichen funktionellen Störungen sind Husten, Dyspnoe, Verdauungsstörungen, Peritonitis, Obstipation, Diarrhoe und Ikterus zu nennen. Vor allem verdient das Fieber hervorgehoben zu werden, welches kontinuierlich (38, 5—39°) mit abendlichen Exacerbationen sich zeigt. Die klinischen Formen gleichen denen bei Erwachsenen. Der Verlauf des Leidens ist bei Kindern dagegen sehr viel schneller als beim Erwachsenen.

Verfasser erörtert im weiteren zunächst die Diagnose im allgemeinen und die differentielle Diagnose, bei welcher Nierentuberkulose, Nierensteine, Hydronephrose in der ersten Form, Tumoren der Nierenkapsel, paranephritische Tumoren, sowie die Geschwülste der Bauchwand. Leber, Blase, Milz, Ovarium, Mesenterium, Aortenaneurysma, Appendicitis, Pleuritis, perniciose Anämie u. s. w. in der dritten Form in Betracht kommen. Bei der hämaturischen Form muss auf alle die Bedingungen gerücksichtigt werden, welche mit Nierenblutungen einhergehen. Bei Kindern ist vorzugsweise auf Leber- oder Milztumoren und auf tuberkulöse Peritonitis zu achten.

Was die Behandlung betrifft, so zeigt die Nephrektomie wegen Neoplasmen nicht mehr die Mortalität wie früher. Immerhin kann man nach Verfasser auf 10 Operationen 2 Todesfälle, 5—6 Rezidive und 2—3 endgültige Heilungen rechnen. Bei Kindern fanden sich unter 122 Operierten 30 Todesfälle d. h. 24%. Rezidive sind sehr häufig etwa 80%. Gebessert wurden 23 Kinder und von ihnen 7 für länger als 23 Jahre nach der Operation. Definitive Heilungen zählt Verfasser 4, d. h. 12%.  
v. Boltens Stern (Leipzig).

**Krämpfe im Kindesalter.** Von D'Espine et Moussons. (Annal. de médéc. et clin. infantil. 1902 Pag. 289. Nach e. Refer. d. Arch. f. Kdhlkde.)

D'Espine stellt die eklamptischen Krämpfe als tonische und klonische äussere Konvulsionen, den Stimmritzenkrampf als innere tonische, ausnahmsweise auch klonisch-tonische Konvulsionen, Kontrakturen, und die Tetanie, als tonische äussere Krämpfe auf eine Stufe und sieht sie als 3 Varietäten der idiopathischen Konvulsionen an, die beiden ersten in besonders enger Beziehung miteinander stehenden Neurosen mit dem Sitz im Gehirn, die letztere im Rückenmark. Nach einer Sammelstatistik aus Kinderkliniken kamen auf 100 Patienten 1 mit Konvulsionen, nämlich 0,61% mit Eklampsie, 0,33% mit Stimmritzenkrampf, 0,06% mit Tetanie. In ätiologischer Hinsicht wird von D'E. die alle übrigen Momente überwiegende Bedeutung der familiären hereditären Prädisposition, ferner das Alter (die ersten 6 Monate) betont. Dentition und Rhachitis als auslösende Ursachen werden abgelehnt, dagegen die Autointoxikation vom Darmtraktus aus, namentlich bei chronischer Dyspepsie und bei fieberhaften Formen in den Vordergrund gestellt. Die Bedeutung des Alkoholismus der Ammen, der Asphyxie (Kohlenoxydgas), Blei- und Opiumvergiftungen, die fehlende Bedeutung der Würmer werden genügend gewürdigt. Die prognostisch ernstesten Konvulsionen der Neugeborenen beruhen nicht immer auf intrakraniellen Blutungen, manchmal auf Kotstau-

ung, Harnretention. — Bemerkenswert ist das Vorkommen einseitiger Eklampsien als idiopathische Konvulsionen. Die motorische und galvanische Übererregbarkeit ist für die Tetanie keineswegs spezifisch. Differentialdiagnostisch von Wichtigkeit ist die hämolysische Wirkung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis, desgl. der Unterscheidung zwischen dieser und den Konvulsionen. — Die Pathogenese der idiopathischen Konvulsionen führt Moussons auf die bekannten Momente zurück, leichte Vulnerabilität des Zentralnervenapparates im Kindesalter, leichte Erregbarkeit und Übererregbarkeit desselben, den Mangel hemmender Reflexe seitens der noch mehr oder weniger isolierten bulbospinalen Zentren. Den vielfach behaupteten gewissen Grad von Muskelkontrakturen und die Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe bei Neugeborenen lässt er kaum gelten. Aus der eingehenden Besprechung der Beziehungen zwischen den Konvulsionen im Kindesalter und der Epilepsie im späteren Alter sei hervorgehoben, dass M. beide Erkrankungen unbedingt für besondere Zustände hält, soviele Beziehungen auch zwischen den Anfällen, speziell autotoxischen, heterotoxischen und infektiösen Epilepsie bestehen und trotzdem nicht selten Epileptiker in ihrer Jugend mit Konvulsionen behaftet waren. Das Umgekehrte ist ganz ungleich viel seltener der Fall. Die betreffenden Kinder stellen auch eine Quote zu den Choreatischen, Neurasthenikern etc. Strabismus und Konvulsionen sind wohl auf gleiche Stufen zu stellen, präpariert auf demselben Boden und nicht in Unabhängigkeit voneinander zu bringen. — Bei der Behandlung wird auch die von Trousseau empfohlene abwechselnde Kompression der Karotiden angeführt. Neben der altbewährten Hydrotherapie wird Chloral (in kleinen Dosen 0,03, 0,05, 0,15 bei Säuglingen), Brom und Antipyrin das Wort geredet, Revulsive, Sinapismen und alles, was Schmerzen verursacht, wird abgelehnt. S.

**Das Ekzem der Säuglinge.** Von Guiller (*Annal. de méd. et clin. infant.* 1902 Pag. 118. Nach e. Refer. d. Arch. f. Kdhlk.)

Die Unnasche Ansicht von der parasitären Aetiologie des Ekzems ist nach Verfasser nicht richtig. Die Mikrokokken sind die Ursachen der begleitenden Komplikationen. Auch die Dentition als Ursache des Ekzems ist abzuweisen. Die unter dem Einfluss des Zahndurchbruchs zu stande kommende Reizung des Trigemini kann die Sekretion der Haut wohl beeinflussen, ein schon bestehendes Ekzem verstärken, ein solches aber nicht hervorrufen. Andererseits kann die Dentition begleitet sein von toxisch-infektiösen Prozessen, die auf den Verdauungskanal wirken und auf diesem Wege das Ekzem beeinflussen. Eine „neuro-arthritische“ hereditäre Belastung kann gleichfalls ein prädisponierendes Moment für die Entstehung des Ekzems abgeben. — Die erste und hauptsächlichste Stelle in der Aetiologie des Ekzems spielen jedenfalls Überernährung und Verdauungsstörungen, Autointoxikationen intestinalen Ursprungs. Nach der einen Ansicht ist das durch Verdauungsstörungen hervorgerufene Ekzem mehr trocken, das durch Überernährung entstandene mehr seborrhöisch; nach anderer Ansicht verhält es sich so, dass das Ekzem der Brustkinder hauptsächlich seborrhöischer Art, das der Flaschenkinder trockener Natur ist, was in gewisser Masse einander entspricht. Schlechte Ernährung, zu reichliche Fleischkost und fehler-

hafte Lebensweise der Amme, reichlicher Genuss von Kaffee, Wein, Bier und anderen Alkolika Seitens derselben, das Wiederauftreten der Menstruation, physische Erregung spielen auch, indem sie die Milchsekretion quantitativ oder qualitativ oder in beider Richtung alterieren, eine Stelle in der Entstehung und dem Verlaufe des Ekzems der Säuglinge. Verfasser erläutert alle diese Verhältnisse an einer Anzahl von Krankengeschichten; bei den betreffenden Säuglingen besserte sich das Ekzem sofort mit der Änderung des Regimes der Amme oder dem Abstillen des Säuglings. S.

### **Tannigen, zur Behandlung der Darmstörungen im Kindesalter.**

Von A. Weiss (Die Heilkunde, Juli 1903).

Der Katarrh des Dünndarms ist einer der am häufigsten vorkommenden krankhaften Störungen des Säuglingsalters. W. gab in früheren Jahren zumeist Opium, und zwar entweder in der Form der Tinktur oder in der Form des Pulv. Dover. Von dieser Medikation ist er im Laufe der Jahre allmählich abgekommen. Gegenwärtig ist W. der Meinung, und zwar auf Grund reichlicher Erfahrungen, dass nebst der diätetischen Therapie nur ein einziges Medikament in solchen Fällen Berechtigung hat und auch meist zum Ziele führt, das ist das Tannigen. Das Tannigen hat vor anderen Präparaten, wie namentlich die vergleichenden Versuche von Wesenberg ergeben haben (Pharm. Centralhalle, Nr. 26, 1898), den Vorzug, dass es fast gar kein Tannin im Magen abspaltet und daher für den Magen am schonendsten ist, anderseits aber auch die Abspaltung im Darm sehr langsam allmählich erfolgt, so dass Tannin auch in den untersten Darmpartien gleichsam in statu nascendi zur Wirkung kommt. Bekanntlich verdanken wir die Einführung des Tannigen in die Therapie den beiden bekannten Klinikern Biedert und Escherich. Letzterer äussert sich in seiner ausführlichen Arbeit über die Behandlung der Darmkatarrhe des Kindesalters wörtlich wie folgt: „Eine so prompte und sichere Wirkung, wie ich sie bei der Verwendung des Tannigens gesehen, ist mir bisher niemals vorgekommen. Meist wird schon am zweiten Tage nach Beginn der Medikation der Schleim- und Wassergehalt der Entleerungen merklich in einer selbst für das Laienauge kenntlichen Weise vermindert, die kotigen Bestandteile überwiegen und im günstigen Falle wird schon nach wenigen Tagen die Entleerung in normal geformtem, fast trockenem Zustande abgesetzt.

Diese Worte kann Verfasser wörtlich unterschreiben. Zum Beleg führt er einige Krankengeschichten aus seiner Praxis an.

W. verordnet das Tannigen folgendermassen:

Rp. Tannigen 0·2—0·3,  
Paulin. Sorbil. 0·05.  
M. f. p. I.

Solcher Pulver lässt er täglich vier Stück verabreichen. Er habe gerade diese Kombination sehr wertbar gefunden und möchte sie für schwerere Fälle von Enteritis empfehlen.

Entschieden widerraten möchte Verf. die so häufig beliebte Kombination von Opium mit Tannin resp. mit Tannigen, da die Gerbsäure ein Fällungsmittel für das Alkaloid ist und sich daher mit ihm nicht verträgt. Wenn die Diarrhöen besonders abundant werden und man

die Peristaltik unbedingt verlangsamten muss, oder man wegen der heftigen Schmerzen ein Betäubungsmittel geben will, dann verordne man es vollkommen getrennt von Tannin resp. von Tannigen. In der Mehrzahl der Fälle wird man auch immer mit dem Tannigen allein auskommen. S.

### **Klinische Untersuchungen über die Wirkung der Eisensomatose.**

Von E. v. Metzner. (Die Heilkunde Heft 8, 1903),

Verfassers exakte und eingehende Untersuchungen über die Wirksamkeit der Eisensomatose betreffen Fälle von a) Chlorose; b) primären und sekundären Anämien; c) Rekonvaleszenz nach akuten, erschöpfenden Krankheiten, insbesondere schwereren Infektionen wie Typhus, Diphtherie d) marastischen und Erschöpfungszuständen; e) unterernährten anämischen Kindern. Mit keinem anderen Präparate erzielte Verfasser so gute und rasche Erfolge und kein anderes eisenhaltendes Nährpräparat wird so gut vertragen wie die Eisensomatose. Wenn Verfasser bei Kindern Eisensomatose verordnete, so geschah dies natürlich mit Ausschluss des Säuglingsalters, für welches Eisensomatose noch nicht indiziert erscheint, da das Präparat den Verdauungssäften des Säuglingsmagens nicht angepasst ist. Ein Hauptverwendungsgebiet für Eisensomatose findet jedoch der Arzt bei jenen blassen, anämischen, in ihrer Entwicklung zurückgebliebenen Kindern, wie sie die Grossstadt, sei es durch schlechte hygienische Verhältnisse und ungenügende Ernährung im Proletariat, oder allzuvielen Anstrengung beim Lernen, sowie ungenügender Bewegung in frischer Luft bei den besser situierten Gesellschaftsklassen zeitigt. Verfasser liess solche Kinder besonders während der Wintermonate, wo Stadtkinder ja grösstenteils an das Zimmer gefesselt sind und ihnen die besten Heilfaktoren: Licht, Luft und Wasser nur in sehr ungenügender Masse gewährt werden, pro Tag 4—6 gr. Eisensomatose nehmen, wobei sich die Kinder fast ausnahmslos viel besser befanden, viel lebhafter und weniger abgeschlagen waren, als zu Zeiten, wo sie keine Eisensomatose bekamen. v. M. wird später eine grössere Arbeit über den Einfluss verschiedener Nährpräparate auf unterernährte, rhachitische und anämische Kinder veröffentlichen, kann aber jetzt schon sein Urteil dahin abgeben, dass die Eisensomatose zu jenen Präparaten gehört, welche die besten Erfolge aufweisen. S.

## ~~~~~

### Gesundheitspflege.

Auf der am 16.—19. September d. J. in Dresden stattgehabten 28. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege sprach Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Gaffky (Giessen) über das Thema: „Nach welcher Richtung bedürfen unsere derzeitigen Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose der Ergänzung?“ und stellte folgende Schlussätze auf:

- I. Die unverkennbare Abnahme der Sterblichkeit an Lungenschwindsucht zeigt, dass wir mit unseren derzeitigen Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose auf dem richtigen Wege uns befinden.

- II. Einer Ergänzung bedürfen die Massnahmen nach folgenden Richtungen:
1. Es sind in hinreichender Zahl öffentliche Untersuchungsstellen zu schaffen, durch welche den Ärzten in Stadt und Land die Möglichkeit geboten wird, die Absonderungen tuberkuloseverdächtiger Kranker unentgeltlich auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen untersuchen zu lassen. Die Einsendung der Proben an die Untersuchungsstellen ist den Ärzten tunlichst zu erleichtern.
  2. Den Ärzten ist eine beschränkte Anzeigepflicht aufzuerlegen, welche sich zum mindesten zu erstrecken hat:
    - a) auf jeden Todesfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht;
    - b) auf jeden Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter aus seiner Wohnung verzieht oder in eine Heilanstalt gebracht wird;
    - c) auf jeden Fall, in welchem ein an vorgeschrittener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht Erkrankter in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse oder unsauberen Lebensgewohnheiten seine Umgebung hochgradig gefährdet.
  3. Für die Fälle unter 2 a und 2 b ist die Desinfektionspflicht einzuführen. Die Kosten der Desinfektion sind, zum mindesten es sich um wenig bemittelte Personen handelt, aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten.
  4. In den Fällen unter 2 c hat die Behörde tunlichst im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzte diejenigen Anordnungen zu treffen, welche zur Verhütung der Krankheitsübertragung geeignet erscheinen.
  5. Das wirksamste Mittel, unter ungünstigen Wohnungsverhältnissen und bei unsauberen Lebensgewohnheiten der Kranken die Krankheitsübertragung zu verhüten, besteht in der Verbringung der Kranken in ein Krankenhaus. Eine besonders dringende Aufgabe ist daher die weitere Schaffung von Heimstätten und Asylen, sowie von besonderen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern, in welchen unbemittelte, für die Heilstätten nicht geeignete Schwindsüchtige unentgeltlich oder gegen geringes Entgelt Aufnahme finden können.
  6. Sofern in den Fällen unter 2 c die Entfernung des Kranken aus der Wohnung sich nicht erreichen lässt, ist die Entfernung der Gesunden, soweit sie nicht zur Pflege nötig sind, namentlich aber der Kinder anzustreben. Durch Errichtung von Säuglingsheimen und Kinderasylen ist in weiterem Umfange als bisher die Möglichkeit zu schaffen, der in früher Jugend besonders grossen Gefahr einer tuberkulösen Infektion vorzubeugen.
  7. Es ist darauf hinzuwirken, dass tuberkulöse Personen solchen Berufen und Beschäftigungen ferngehalten werden, welche die Gefahr einer Übertragung der Krankheit besonders naheliegend erscheinen lassen, z. B. dem Seemannsberufe, der Beschäftigung in stauberzeugenden Betrieben, der Beschäftigung in Verkaufsstellen von Nahrungsmitteln u. dgl.

Professor Dr. Dunbar (Hamburg) referierte über „Die gesundheitliche Überwachung des Verkehrs mit Milch“, und stellte folgende Leitsätze auf:

1. Die derzeitigen städtischen Milchversorgungsverhältnisse genügen nicht den hygienischerseits zu stellenden Anforderungen.
2. Aus der Tatsache allein schon, dass im Deutschen Reiche jährlich etwa 150000 künstlich ernährte Säuglinge an dem Genusse verdorbener Milch sterben, geht hervor, dass die Sanierung der Milchversorgungsverhältnisse eine Aufgabe darstellt, die an Bedeutung keiner anderen Aufgabe der Städtehygiene nachsteht.
3. Bei dem hohen Entwicklungsstande der milchwirtschaftlichen Technik liegt die Möglichkeit vor, zur Versorgung der Städte mit einer, allen gesundheitlichen Anforderungen genügenden, insbesondere auch für die Kinderernährung geeigneten Milch zu demselben Preise, der zur Zeit für die Marktmilch bezahlt wird.
4. Dass diese Möglichkeit unbenutzt bleibt, liegt begründet in der auf Unkenntnis beruhenden Gleichgültigkeit der städtischen Konsumenten und in der Tatsache, dass die städtischen Behörden noch keinen genügenden Einfluss auf die Milchproduktions- und Transportverhältnisse besitzen.
5. Die übliche Überwachung des Milchverkehrs ist ungenügend. Die Untersuchung von Milchproben, welche aus dem Verkehr entnommen werden, hat zwar den Nutzen, dass durch sie einer erheblichen Herabsetzung des Nährwertes der Milch und namentlich auch einer Anwendung von Konservierungsmitteln erfolgreich entgegengetreten werden kann. Für die Beurteilung der Milch hat solche Untersuchung im übrigen aber nur den Wert, den die Untersuchung einer eingelieferten Brunnenwasserprobe haben könnte. Diese aber würde kein Hygieniker als ausreichende Grundlage anerkennen für die Beurteilung etwaiger Gesundheitsschädlichkeit des Brunnens, aus welchem die Probe stammte. Eben so wenig gibt uns die chemische, bezw. bakteriologische Untersuchung der aus dem Verkehr entnommenen Milchprobe einen genügenden Aufschluss über etwaige, am Produktionsorte der Milch vorliegende Infektionsgefahr.
6. Die Schwierigkeiten, welche einer einheitlichen Überwachung der ganzen Produktions-, Transport- und Verkehrsverhältnisse der für den städtischen Konsum bestimmten Milch entgegenstehen, sind auf reichsgesetzlichem Wege zu beseitigen.
7. Diese Überwachung würde sich regeln lassen durch Einsetzen von Kommissionen, in welche Mitglieder der Regierung, der Landwirtschaftskammern, sowie auch Vertreter der Städte zu entsenden wären. Den Kommissionen müsste ein Landwirt, ein Tierarzt und ein Arzt angehören. Sie hätten den zuständigen Aufsichtsbehörden bei Lizenzerteilungen für den Milchhandel als beratende Instanz zur Seite zu stehen.
8. Bis zur Erledigung der unter 6 und 7 bezeichneten Aufgaben sollten die städtischen Behörden es sich zur Pflicht machen, dafür zu sorgen, dass wenigstens für sämtliche künstlich zu ernährenden Säuglinge eine gesundheitlich einwandfreie Milch zum heutigen Preise der Marktmilch zur Verfügung steht.

S.

## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Zur Sekretion der Speicheldrüsen, insbesondere der Glandula submaxillaris, im Säuglingsalter. Von Schilling.

Nach den Sch.'schen Untersuchungen dürfte die Zweifel'sche Ansicht, dass die Submaxillaris nicht vor dem 2. Monat bei Neugeborenen funktioniere, nicht zu Recht bestehen. Auch der von Vogel-Biedert auf Grund des angeblich nachgewiesenen (?) Funktionsdefektes der Speicheldrüsen aufgestellte Satz, dass ein Säugling vor der Zahnentwicklung keine Anylaceen haben dürfe, weil er sie nicht verdaue, ist nach den Untersuchungsergebnissen anderer heute nicht mehr in dieser Absolutheit zu treffen.

(Jahrb. f. Kdhlkd, V. F. Bd. 58.)

S.

Rommel wünscht, dass bei Frühgeburten die Couveusen mehr als seither in Anwendung gebracht werden und zwar möglichst früh, da die Prognose sich ausser nach dem Anfangsgewicht und dem absoluten Lebersalter des Kindes danach richtet, dass keine zu lange Zeit verstreiche, bis die Couveuse in Anwendung gebracht wird und dass die Körpertemperatur des Kindes bald die Norm erreiche.

(Münch. med. Wchschr. 1901.)

S.

A case of purulent pericarditis of unusual duration in a child. Von J. A. Coutts.

Dass das Pericard den primären und einzigen Sitz einer Pneumokokkeninfektion darstellt, ist eine ausserordentliche Seltenheit, wiewohl sonst bei Kindern eitrige Pericarditiden als Folgen einer Pneumonie in Begleitung eines Empyems häufiger auftreten. Der von dem Verfasser mitgeteilte Fall entbehrt indes in der Anamnese derartiger Daten. Lungenentzündung und Empyem konnten ausgeschlossen werden. Trotzdem wurde die Diagnose recht erschwert, weil der Herzspitzenstoss immer mit Leichtigkeit festgestellt werden konnte. Ausserdem waren die Herztöne andauernd rein, ungewöhnliche Umstände bei einer Pericarditis, welche noch grössere Bedeutung erlangten durch die grosse Menge des eitrigen Ergusses. Vielleicht gibt eine Erklärung hierfür die dicke und homogene Beschaffenheit des Eiters in der Pericardialhöhle und seine Verteilung in Ausbuchtungen, Taschen des Pericards. Trotz dieser Ausdehnung des Herzbeutels durch Eiter vermochte das Kind längere Zeit zu leben. Es stand in Behandlung vom 6. November bis zum 28. Dezember und befand sich die letzten drei Wochen des Lebens in extremis.

(Brit. med. journ. 1903)

v. Boltens Stern (Leipzig).

Two cases of interstitial nephritis in congenital syphilis. Von G. A. Sutherland and Thomson Walker.

In den beiden eingehend mitgeteilten Fällen, welche Kinder im Alter von 8 bez. 16 Monaten betrafen, handelt es sich um eine diffuse Infiltration des interstitiellen Bindegewebes der Nieren und in beiden Fällen lag congenitale Syphilis vor. Die Verbindung von Nierenleiden und von kongenitaler Syphilis ist nach der Verfasser Ansicht keineswegs so selten, als



man gewöhnlich annimmt. Sicher ist in einer grossen Zahl von Fällen, in welchen interstitielle Nephritis vorliegt, Syphilis die Ursache des Leidens, mag die Nephritis nun akut oder chronisch verlaufen. Ebenso wie bei Kindern und kongenitaler Syphilis ist es vielleicht bei Erwachsenen der Fall.  
(Brit. med. Journ. 1903.) v. Boltenstern (Leipzig).

A case of cerebral diplegia after whooping-cough.  
Von W. F. Foggie.

Verfasser beschreibt einen Fall von zerebraler Diplegie, deren hervorstechendstes Symptom die Muskelrigidität aller vier Extremitäten war, bei einem bis auf bestehende Rhachitis gesunden Kinde von 2 Jahren. Die meisten Fälle dieser Art sind kongenitalen Ursprunges. Postnatal entstehen die Erscheinungen zumeist nach Masern und Scharlach. Sehr selten wird in dieser Beziehung Keuchhusten erwähnt, wie es in diesem Falle statt hatte. Der Autor ist geneigt anzunehmen, dass eine Blutextravasation in das Gehirn die primäre Ursache des Leidens darstellt und dass diese durch den Keuchhusten bedingt worden ist.

(Scott. med. and turg. journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Congenital goitre. Von J. T. Hewetson.

Bei dem wohlentwickelten und wohlgenährten Fötus männlichen Geschlechtes zeigte der Hals einen deutlichen Tumor, welcher den Eindruck einer vergrösserten Thyreoidea machte. Er reichte nach oben bis zum Ohrfläppchen und nahm den ganzen Raum zwischen Unterkiefer einer- und Sternum und Clavicula andererseits ein. Der Isthmus zwischen beiden Lappen reichte vom Sternum bis zum Zungenbein. Der zweilappige Tumor machte in klinischer Beziehung ganz den Eindruck einer parenchymatösen Vergrösserung der Thyreoidea. Der Tumor war beweglich, an der Oberfläche glatt ohne palpable Knötchenbildungen. Die Konsistenz war mässig fest. Es bestand nirgends Fluktuation. Substernal schien eine Fixierung des Tumors vorzuliegen. Der rechte Lappen war etwas grösser als der linke. Die Einführung einer Sonde in den Ösophagus erlitt 3 Zoll vom Munde ein Hindernis. Bei der Sektion zeigte sich eine Bronchocele von der Grösse eines Hühnereies, mit zwei Lappen, deren rechter grösser als der linke war. Ausserdem bestand eine Vergrösserung der Thyreoidea. Die den Tumor versorgenden Blutgefässe waren ungewöhnlich gross, die Kapsel sehr gefässreich, von einem reichen Netzwerk von starken Venen umgeben. Die Hinterseite zeigte zwei Lappen mit knötchenartigen Auswüchsen, welche auf der rechten Seite auf den Ösophagus einen Druck ausübten und ihn komprimierten. Auch der laterale untere Rand zeigte ähnliche Knoten. Sie fehlten dem oberen Rande. Die Trachea war ganz vom Tumor eingefasst und ein wenig seitlich komprimiert. Die grossen Blutgefässe des Halses waren von dem Tumor nach aussen verdrängt, aber nicht komprimiert, daher fehlte auch die Kongestion des Kopfes und Halses. Auch die Nerven waren nur verlagert.

(Brit. med. Journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

---

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3947), sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

---

**XIV. Jahrg.**

**November 1903.**

**No. 11. (167.)**

---

**Inhalt:** Originalien: **Kühner**, Neue Beiträge zur Physiologie, Hygiene, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter. (Schluss.) 241. — **Referate:** **Jacobson**, Keuchhusten. 257. — **Broca**, Syphilitische Pseudoparalyse. 257. — **Dubois**, Eitrige Meningitis. 258. — **Barbulescu**, Angeborene Meningo-Encephalocele. 258. — **Agote**, Angebornes Myxödem. 259. — **Comby**, Apophysäre Wachstums-Osteitis. 260. — **Broca**, Schmerzhaftes Pronation der jungen Kinder. 260. — **Weber**, Chronic joint disease. 261. — **Weill** und **Thevenet**, Die figurierten Elemente des Kolostrums und der Frauenmilch. 261. — **Van de Velde** und **de Landscheer**, Die Fermente der Milch. 262. — **Rezensionen:** **Schilling**, Taschenbuch der Fortschritte der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. III. Jahrgang. 263. — **Dierks**, Von der Vererbung und ihrer Bedeutung für die Pädagogik. 263. — **Jessen**, Zahnhygiene in Schule und Haus. 264. — **Lobedank**, Hilfstafel zum Gebrauch bei Sektionen und zur Abfassung des Sektionsprotokolls. 265. — **Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.** 265.

---

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

---

### **Neue Beiträge zur Physiologie, Hygiene, Pathologie, Pathogenie und Therapie im Kindesalter.**

(Schluss.)

Von **Dr. A. Kühner (Koburg)**.

---

Zur Sterilisierung der Milch bei deren gleichzeitiger Haltbarkeit empfiehlt sich der Milchthermophor. In den doppelten Wandungen desselben befindet sich essigsäures Natron, welches bei höherer Temperatur schmilzt, bei niedriger Temperatur wieder auskristallisiert und dabei die aufgenommene Wärme allmählich wieder abgibt, so dass Milch, die in dem Thermophor sich befindet, eine Reihe von Stunden auf höherer Temperatur gehalten werden kann. Der Aufgabe, das Verhalten der Keime in dieser stundenlang heißen Milch kennen zu lernen, haben sich Dunbar und Dreyer im hygienischen Institut zu Hamburg unterzogen. Ferner hat Kobrak im Flüggeschen Laboratorium, endlich Sommerfeld und Andere dieses Verhalten der Milch studiert. Bei diesen Versuchen ergab sich stets, dass sich die Keime derart behandelter Milch nicht vermehren, sondern nach 3 bis 4 Stunden zumeist zu Grunde gehen.

Hippius\*), Oppenheimer\*\*) und Kobrak\*\*\*) haben neuerdings Apparate angegeben, mittelst deren die Milch längere Zeit bei einer Temperatur von 60 bis 65° C. erhalten werden kann. Namentlich der Kobraksche Apparat zeichnet sich durch grosse Einfachheit aus und empfiehlt sich zum Pasteurisieren der Milch, der einzig richtigen Methode im Haushalt.

Die entkeimte Milch werde schnell gekühlt und kühl (unter 20° C) aufbewahrt!

Die nachfolgende Abhandlung von Physikus Dr. Lochte in Hamburg über Käsevergiftung ist für den praktischen Arzt, weniger für den Kinderarzt von Interesse. Dasselbe betrifft die Abhandlung von Dr. Kister, Abteilungsvorsteher am Hygienischen Institut in Hamburg über die durch Mikroorganismen bedingte Gesundheitsschädlichkeit der Butter und anderer Milchprodukte, von Prof. Dr. H. Weichmann in Kiel über die Saprophyten der Milch und ihre Beziehungen zur Milchwirtschaft und zum Molkereigewerbe, von Dr. phil. und Dr. med. Plaut in Hamburg über die pathogenen Mikroorganismen in Milch- und Milchprodukten, von Dr. Eichloff in Greifswald über Chemie der Milch, sowie von Zink, Assistent des Hygienischen Instituts in Hamburg, über Chemische Analyse der Milch.

Hier ist auch der Platz, dem Kinderarzt ein kleines, ebenfalls anlässlich der Allgemeinen Ausstellung für hygienische Milchversorgung in Hamburg im gleichen Verlag als wie das genannte grosse Werk erschienenen Büchelchen †) zu empfehlen. Dasselbe enthält zunächst unter Behandlung der Milch eine gemeinfassliche Belehrung über a) Einfache Kennzeichen guter Vollmilch; b) Aufbewahrung der Milch; c) Das Kochen der Milch; ferner Rezepte nach Eduard Baltzer, Dr. Dornblüth, H. Heyl, Dr. Lahmann für Suppen, Grützen und Breie, Klösse, Gemüse und andere Zuspeisen, Butter und Käse, warme Nachspeisen, kalte Nachspeisen und Getränke.

### Phosphathaltige Milch.

Mehrfach ist das Bestreben zu Tage getreten, eine nicht an toten, der Arzneimittellehre entnommenen phosphorhaltigen Salzen, sondern an belebten, organisierten Phosphaten reiche Milch zu erzielen und solche Kindern im ersten Lebensalter zu reichen. Gute Kuhmilch enthält im Liter wenigstens 3 bis 4 g phosphorsauren Kalk, ein Bestandteil, der unentbehrlich für die Ernährung des Kindes und das Wachstum des Skeletts. Schlecht genährte Kühe geben eine an Phosphor weniger reiche Milch. Wenn man Milchkühen mit ihrer Nahrung phosphorsaure Salze reicht, so findet man diese Phosphate in ihren Dejektionen, kein Atom geht in ihre Milch über. ††)

\*) Hippius, Dtsch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 29/30.

\*\*) Oppenheimer, Deutsch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 7.

\*\*\*) Kobrak, Zeitschr für Hygiene, 34. Bd. 1900.

†) Milch-Speisen- und Getränke. Hamburg, Verlag von C. Boysen. Preis eleg. geb. 60 Pf.

††) Das Gleiche gilt für alle künstlichen Eisenpräparate, ebenso wie Mineralsalze und Mineralwässer, die, weil unbelebt und unverdaulich, nur den Körper belästigen und schä

Wenn aber dieselben Milchkuhe Futter, reich an Phosphaten, erhalten, die von den Pflanzen assimiliert worden, alsdann bereichert sich die Milch. Diese Erfahrungen haben intelligente Landwirte zur natürlichen Produktion phosphorhaltiger Milch veranlasst. Um den Gehalt der Milch an Phosphaten zu vermehren, muss man den Gehalt der Wiesenkräuter an Phosphor durch Düngung erhöhen. Solche Milch eignet sich für schwache, anämische, rhachitische Kinder durch Reichtum an phosphorsaurem Kalk.

Die Frage des Phosphorgehalts der Kuhmilch ist von Jolly\*) studiert worden. Während gut genährte Landkühe im Liter 4 Gramm phosphorsaure Salze enthalten, fand Jolly bei Pariser Milchkuhen nur 1,05 phosphorsaure Salze pro Liter. Jolly hält eine Milch, die weniger als 2 Gramm phosphorsauren Kalk pro Liter enthält, untauglich für die Kinderernährung.

### Milch-Laboratorien.

Hier ist auch der Ort, der amerikanischen Methode der Kinderernährung zu gedenken, die von Holt in dem oben in der Literatur benannten Werk empfohlen wird. Dr. Morgan Roch (Boston) hat solche Laboratorien eingerichtet, von welchen die Milch nach Vorschrift des Arztes von beliebigem Gehalt an Butter, Kasein, Zucker, Salzen u. s. f. bezogen werden kann. Holt sagt über diese Methode: Meine eigenen Erfahrungen haben mich mehr und mehr die für die Kinder je nach Alter, Individualität wünschenswerten Veränderungen der Milch kennen gelehrt, welchen die Herstellung im Laboratorium zu entsprechen vermag. Vergegenwärtigt man sich indess das, was von uns über die Wirkung der toten und belebten Mineralsalze auf die Zusammensetzung der Milch vorgebracht worden ist, so wird man die Erwartung solcher Milch-Laboratorien an die praktische Wirksamkeit nicht hoch spannen.

### Veranlagung.

Eine Betrachtung über physiologische Zustände des Kindes hat auch zurückzugreifen auf physiologische Zustände der Eltern, von denen die ersteren zunächst abhängig. Das erste Erfordernis für gesunde Kinder ist körperliche und geistige Gesundheit der Eltern. Manche Krankheiten, Krankheitsanlagen, Mängel und Schwächen müssen bekanntlich die Ehe geradezu ausschliessen. Dies gilt für die Frau in noch höherem Grade, als für den Mann. Unter diesen prädisponierenden Momenten für Krankheiten, Konstitutionsanomalien des Kindes seien hier nur neue Beiträge über Verwandten-Ehen hervorgehoben.

---

digen. Es ist eine feststehende Tatsache, dass der menschliche Organismus gar nicht imstande ist, die der anorganischen Natur entstammenden Mineralstoffe zu verdauen und zu verwerten, sondern lediglich pflanzliche und tierische. Die Pflanze dagegen saugt durch die Wurzel die im Erdreich enthaltenen anorganischen Mineralstoffe auf und verwandelt sie in ihren Zellen in organische Verbindungen. Nur diese durch den Organismus der Pflanzen gewissermassen organisierten Mineralstoffe können als Nähr- oder Heilmittel aussichtsvolle Verwendung finden.

\*) Société de médecine pratique v. 1. Dezember 1892,

### Verwandten-Ehen.

Nahe Verwandtschaft wird bei der Eheschliessung nicht nur von Ärzten ungemein gefürchtet, sie wirkt schon durch die meist damit gegebene grosse Gleichheit des Temperaments, der Sitten und der übrigen Verhältnisse nachteilig. Wir werden bisweilen in Betreff der Eheschliessung über den Gesundheitszustand des einen oder anderen Ehegatten befragt und durch solche Fragen in Verlegenheit gesetzt, denn verhalten wir uns ablehnend, so übertrifft uns vielleicht ein nachgiebigerer Nachfolger oder beider Rat wird doch schliesslich von der Liebe überhört. Neuere Urtheile lauten weniger ungünstig, so dass die Angst der Vettern vor ihren schönen Basen nicht unter allen Umständen bis zur ZerreiSSung zarter Liebesbanden zu gehen hat. Dagegen hat die Statistik Idiotismus, Nervenkrankheiten der verschiedensten Art, Taubstummheit, Missbildungen und viele andere Anomalien als Folge der Ehen von Blutsverwandten vorgebracht. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass manche dieser abnormen Zustände überhaupt erblich sind, dass für sie also nicht allein die nahe Anverwandtschaft geltend zu machen ist, dass vielmehr die Ehen der Blutsverwandten in ihrer Nachkommenschaft den Stempel der beiderseitigen körperlichen und seelischen Eigenschaften der Eltern an sich tragen. Zu ähnlichen Resultaten ist neuerdings Regierungsrat Prof. Dr. Maÿet gelangt, der die im Kaiserl. Statistischen Amt gesammelten Ergebnisse der Preuss. Irrenanstalten zu einer gross angelegten, nach den verschiedensten Richtungen hin ausgebauten sehr wertvollen Untersuchung über Verwandten-Ehen benutzt hat. Diese hat gezeigt, dass die Nachkommen dieser Verbindungen, wenn erbliche Belastung vorliegt, ungemein gefährdet sind, so dass sich in dieser Beziehung das Sprichwort bewährt: „Heiraten ins Blut, Tut selten gut! Sterben, verderben oder keine Erben!“ Dagegen scheint, wenn keine erbliche Veranlagung in Betracht kommt, nur der wechselseitige Gesundheitszustand beider Ehegatten zur Geltung zu gelangen.

### Körperliche und geistige Entwicklung in ihrem gegenseitigen Verhältnis bei Knaben und Mädchen.

Nicht nur die Psychologen, auch viele Pädagogen vermuten einen innigen Zusammenhang zwischen dem geistigen Leben und der leiblichen Verfassung und berufen sich auf den Ausspruch der Alten, dass nur in einem gesunden Leib eine gesunde Seele wohne. Trotzdem bestätigt andererseits die Erfahrung, dass kraftstrotzende Kinder, blühend an Lebensfrische und Gesundheit, keineswegs immer geistig regsam und bildungsfähig sind, während manches blasse, kränkliche Kind, das früh dem Grab entgegenwelkt, aussergewöhnlich genial, der Stolz seiner Eltern und seiner Schule ist. Diese Erwägungen veranlassten Prof. M. Schuyten, Leiter des pädagogischen Seminars in Antwerpen, Untersuchungen anzustellen über die Frage, in wie fern die intellektuelle Entwicklung in Verbindung stehe mit derjenigen der physischen Kraft und die Ergebnisse in dem soeben erschienenen „Pädologisch Jaarboek“ 1902/03 zu veröffentlichen. Eine Reihe von 87, alle hier in Betracht zu ziehenden Verhältnisse berücksichtigende Tabellen zeigt, dass ohne Zweifel die geistig

am besten begabten Kinder im Allgemeinen auch physisch am höchsten entwickelt sind und umgekehrt. Dies gilt sowohl bezüglich der Knaben als Mädchen, obgleich die letzteren ihren Altersgenossen nicht unbeträchtlich nachstehen. Dringend zu wünschen ist unter anderen Verhältnissen eine sorgsame Nachprüfung, die vielleicht andre Resultate ergeben kann.

### Zur Diätetik des Kindes.

Kleine Ursachen, grosse Wirkungen! Dieser Ausspruch bewährt sich allenthalben in der Diätetik, Hygiene des Kindes, in Prophylaktik und Therapie. Diesem Ausspruch gemäss empfehlen wir mehrere praktische Gebrauchsgegenstände bei der Ernährung von Flaschenkindern. Bei der künstlichen Ernährung erwächst die Aufgabe, genaue Diätvorschriften aufzustellen, unter Berücksichtigung von Alter, Gewicht und Körperlänge, Mischungsverhältnisse, Gewichtsmengen, Temperatur der zu reichenden Nahrung, die Zeit der einzuhaltenden Trinkpausen anzugeben und gegen den Mangel an Verständnis für die notwendige Reinlichkeit, den Grundpfeiler der Hygiene des Kindes und der Erwachsenen anzukämpfen. Dabei stellt sich oft allen unseren Bemühungen ein kleiner Übelstand entgegen, eine fehlerhafte Durchlochung des Gummisaugers.

Das ununterbrochene Ansaugen einer Flüssigkeit vermittelt eines Saugers ist den Gesetzen der Physik zufolge dem Kinde nur möglich, wenn während des Saugens immer Luft von aussen her in die Flasche nachrücken kann. Der Luftdruck muss nämlich, damit Milch aus der Flasche in den Mund des saugenden Kindes hineingelangen kann, im Fläschchen grösser sein als im Mund des Kindes. Wenn aber das Kind lange saugt, so wird die Luft in der Flasche derartig verdünnt, dass in einem bestimmten Momente der Luftdruck im Munde des Kindes und in der Flasche gleich gross wird; dann geht keine Milch mehr aus der Flasche in den Mund des Kindes hinein. Das Kind fühlt dies instinktiv, denn es stellt, sobald es merkt, dass die Milch schwer in seinen Mund gelangt, nach einer Anzahl von Zügen das Saugen ein. Jetzt kommt durch das Bohrloch des Saughütchens wieder Luft in die Flasche hinein und das Kind kann nun wiederum mit Erfolg saugen. Dasselbe Spiel wiederholt sich immer von Neuem, d. h. das Kind muss beim Trinken immer nach einigen Zügen absetzen und sich dabei unnötigerweise anstrengen.

Diesen Übelständen sucht das von Hochsinger\*) empfohlene Fürstliche Hütchen abzuhefen, eine Vorrichtung, die in Osterreich allgemeinere Verbreitung gefunden zu haben scheint, als in Deutschland, wo ich sie trotz mehrfacher Anfrage bei Instrumentenmachern nicht erlangen konnte. Inzwischen hat Herr Dr. Nestlen, Neckarsulm eine andere Vorrichtung empfohlen\*\*) in der Absicht, dass dem Flaschenkinde der Vorteil richtiger Saugbewegungen während des Trinkens, ihr fördernder

\*) Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaus von Dr. Carl Hochsinger, Direktor des [I. öffentl. Kinderkrankeninstitutes in Wien. 2. Aufl. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 3,60 M. Sehr empfehlenswert!

\*\*) Der prakt. Arzt. Red. S. R. D. Wilh. Herr. Schnitzlersche Verlagshandlung.

Einfluss auf die sekretorische und motorische Magentätigkeit nicht entgegen\*). Dies hat man schon auf verschiedenen Wegen zu erreichen gesucht z. B. durch Anbringen eines langen Steigrohres in der Flasche, durch Anbringen eines regulierbaren Ventils am Schnuller\*\*) etc. ohne damit Anklang zu finden. Die Darreichung der Nahrung mit dem leicht rein zu haltenden Gummischnuller aus der einfachen Flasche ist in Deutschland wohl mit Recht die allgemein verbreitete. Die Funktion der Brustwarze, von der Rasch sagt\*\*\*) „Durch sie wird in den Saugakt ein ökonomisches Regime, eine Art Ventil eingeschaltet, welches die Milch rhythmisch nur in solchen Portionen austreten lässt, wie sie ohne erhebliche Beeinträchtigung der Atmung vom Kinde auch lange Zeit abgeschluckt werden kann“, muss demnach beim Flaschenkinde der Gummischnuller übernehmen.

Bei zu grosser Öffnung im Schnuller droht dem Kinde Magen-erweiterung, Überfütterungsdyspepsie. Das gesunde, noch mehr das durch Durchfälle übermässig durstig gewordene Kind trinkt zu hastig. Es gelangen zu grosse Nahrungsmengen in kurzer Zeit ohne Mühe in den Magen. Das Kind erbricht leicht, und es ist gar nicht so einfach, die erbrochene Menge zu taxieren und die genaue Ausführung ärztlicher Vorschriften ist unmöglich. Anstatt nach dem Trinken zu schlafen, schreit das Kind.

Man sieht häufig so grosse Öffnungen, dass dem Kinde die Nahrung ohne Saugen in den Mund läuft. Auch für Kinder, welche noch nicht auf diese Weise das richtige Saugen ganz verlernt haben, hat H. Cramer†) berechnet, dass die Arbeitsleistung des Kindes an der Brust eine 50 bis 100fach grössere ist als bei der Flaschenfütterung. „Es ist klar,“ sagt derselbe, „dass diese gewaltige Differenz in der Arbeitsleistung nicht ohne Einfluss auf den Stoffwechsel des Kindes ist.“

Eine zu kleine Öffnung im Schnuller findet man selten. Durch eine solche droht dem Kinde, das wegen vorzeitiger Ermüdung zu früh einschläft, Unterernährung.

Ausserachtlassen dieser mechanischen Momente macht häufig alle diätetischen Verordnungen illusorisch. Sucht aber der Arzt auf ihre Beachtung hinzuwirken, so stösst er auf grosse Schwierigkeiten. Mit der Belehrung allein ist es jedenfalls nicht getan. Die Schnuller werden in den Läden undurchlocht gekauft. In kleineren Geschäften, also auf dem Lande durchweg, ist die Auswahl in durchlochtem Schnullern eine sehr kleine und das hat bei den Käuferinnen allgemein zu dem Gebrauche geführt, die Durchlochung selbst vorzunehmen. Die Öffnung wird entweder hineingeschnitten oder hineingebrannt. Beides hat Nachteile.

Diesem Missstande abzuhelpen trat Dr. Steinheil mit einem Apparat††) und einer diesbezüglichen Abhandlung (Medizinisches Correspon-

\*) Pfaunders Vortrag auf der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu München 1899.

\*\*) Vergl. Prof. Dr. Adolph Schmidt, Fehler der Saugflaschen und ihre Vermeidbarkeit. München. Med. Wochenschrift 1901. pag. 22.

\*\*\*) Rasch, Beiträge zur Kenntnis des menschlichen Milchapparates. Archiv für Gynäkologie 1893.

†) Cramer, Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme der Neugeborenen Sammlung klinischer Vorträge Nr. 263.

††) Fabrikant: Julius Hankh, Stuttgart, Marktstr. 9 D. R. G. M. 164584. Preis 3 Mk.

denzblatt des württembergischen ärztlichen Landesvereins Jahrgang 1902, No. 9) in die Öffentlichkeit, den derselbe seither in der eigenen Familie und in der Praxis erprobt hat. Dieser Apparat verdient in Ansehung des oben Auseinandergesetzten allgemeine Verbreitung.

Aber nicht nur den Kindern, auch den Flaschen haben wir unsere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Gesundheit und Sparsamkeit sind nahe Anverwandte. Viele unserer besten Ratschläge müssen in ihrer Ausführung unterbleiben wegen ihrer Kostspieligkeit. Viele tausend Flaschen werden von den Kindern alljährlich durch Fortwerfen zertrümmert oder walzen im Bett umher. Diesen Übelstand vermeidet der von Georg Lamprecht konstruierte, von ihm zu beziehende Milchflaschenhalter (Preis 80 Pf.). (Gleichermassen praktisch hat sich bewährt der Badegürtel. Derselbe bezweckt, dass die Mutter beide Hände beim Baden frei hat und sich später die Kinder, wenn grösser, daran schaukeln können. Zu beziehen gleichfalls von Georg Lamprecht in Seiffhennersdorf (Sachsen) (Preis 75 Pf.)

Einen Beitrag von Oskar Polano über die Pflege und Ernährung frühgeborener und schwächerer Säuglinge in den ersten Lebenstagen\*) entnehmen wir Folgendes: Bei der schwierigen Aufgabe, die Pflege unreifer oder schwächerer Säuglinge in den ersten Lebenstagen mit Erfolg durchzuführen, bis dieselben annähernd die physiologische Wertigkeit von normalen Neugeborenen erreicht haben, sind vor allem zwei Gesichtspunkte bestimmend: Zunächst muss für eine möglichst vollkommene Wärmeregulierung gesorgt werden, nachdem das Kind vor der Zeit die idealste Kouveuse, die intrauterine Fruchtblase verlassen hat; sodann soll ihm an Stelle der plötzlich unterbrochenen placentaren Ernährung möglichst bald geeigneter Ersatz geschaffen werden. Die Wärmeregulierung muss einerseits das Kind vor jedem vermeidbaren Wärmeverlust bewahren, sodann aber auch für eine entsprechende Wärmezufuhr sorgen. Gerade der erste Punkt findet oft in der geburtshilflichen Praxis eine ungenügende Würdigung, obgleich er mindestens ebenso wichtig ist, wie die überall geübte aktive Wärmezufuhr. Es besteht vielfach noch die Unsitte, das Kind minutenlang zwischen den Beinen der Mutter auf der durch Urin und Fruchtwasser durchnässten und durchkälten Unterlage bis zum völligen Aufhören der Nabelschnurpulsation liegen zu lassen, um dem Kinde möglichst viel Reserveblut zuzuführen. Dabei wird aber vergessen, dass nach den grundlegenden Untersuchungen Hofmeiers dieses Plus an Blut nur in den ersten Momenten post partum bis zum Einbeziehen der Lungen in den kindlichen Kreislauf einströmt. Sowie dies nach mehrmaligem Schreien bereits in der ersten Minute erreicht ist, findet keine Zunahme der absoluten fötalen Blutmenge mehr statt. Die Abnabelung soll deshalb nach mehrmaligem kräftigen Schreien der Kinder möglichst bald geschehen; es empfiehlt sich, durch bereitgehaltene warme Tücher hierbei jeder Abkühlung vorzubeugen. Ist das Kind asphyktisch, so soll man es sofort post partum in eine mit 38° C. warmen Wasser gefüllte Badewanne bringen, in der sich alle notwendigen Massnahmen, ohne schwere Gefährdung des kindlichen Lebens durch Kälteshock, bequem ausführen lassen.

\*) Aus K. Frauenklinik Würzburg. Münch. med. Wochenschr. vom 1. September 1903.



## Die klinische Bedeutung der Messungen des Blutdrucks in der Kinderpraxis.

Innerhalb weniger Jahre haben sich in der Medizin zur numerischen Abschätzung verschiedener Symptome einige neue Instrumente eingeführt, die, im Anbeginn mit Misstrauen aufgenommen, allmählig für die Feststellung einer sorgfältigen Diagnose und rationellen Behandlung unentbehrlich geworden sind. Unter diesen Instrumenten bedeutet das Sphygmometer, der Sphygmograph oder Pulszeichner zur Feststellung des arteriellen Blutdrucks einen ebenso grossen Fortschritt vor der vagen Abschätzung mittelst des Fingers, als die Messung der Temperatur mittelst des Thermometers vor der Abschätzung mit der Hand. Dass irgend welche genaue Vorstellungen über den Wechsel in der Beschaffenheit des Pulses von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag durch die Palpation des Pulses nicht erzielt werden können, dass diese nur unbestimmte, inkommensurable Ergebnisse haben kann, unterliegt keinem Zweifel. Bei vielen Individuen und krankhaften Zuständen, insbesondere in der Kinderpraxis unterliegt die Palpation des Pulses zur Wertschätzung der aktuellen Blutsäule grossen Irrtümern. Jackson hat durch eine Reihe exakter Beobachtungen festgestellt, dass der Blutdruck bei jungen gesunden Leuten 100 bis 130 mm beträgt und selbst 150 mm erreichen kann, bei jungen Mädchen aber nur zwischen 90 und 110 mm schwankt. Ältere Leute haben infolge von Veränderungen an den Arterien stets einen hohen Blutdruck. Eine Person im Alter von 50 Jahren und einem Blutdruck von 150 mm braucht sich dieserhalb nicht zu beunruhigen. Niedriger Blutdruck ist ungewöhnlich und findet sich hauptsächlich in Fällen von Shock und Kollaps. Ein Blutdruck von 200 mm ist nicht selten und als gefährdend zu betrachten, ein Blutdruck von 250 mm ist sehr bedenklich. Innerhalb der letztvergangenen Jahre hat Jackson fünf Kranke mit über 190 mm an Apoplexie verloren. Als Regel muss daher gelten, solche Kranke zu warnen. Bei Nierenkranken hat er bisweilen sehr hohen Blutdruck gefunden. Ein junges Mädchen klagte über Kopfschmerz und Schwachsichtigkeit. Die Untersuchung ergab beträchtliche Herzhypertrophie und beginnende Retinitis. Der Urin war frei von Albumen und Niederschlägen. Kein Hydrops. Dagegen ergab das Sphygmometer 250 mm, den höchsten Blutdruck. Die Patientin wurde daher in das Hospital aufgenommen. Innerhalb der ersten Tage wurde nur leichte Hämaturie festgestellt. Eine Woche nach der Aufnahme erfolgte plötzlicher Tod. Die Autopsie ergab tuberkulöse Niere, Occlusion des Uterus, die andere Niere hypertrophisch. In diesem Fall war der Blutdruck das einzige bedenkliche Signal. In einem anderen Fall betrug der Blutdruck einer 60jährigen Frau mit deutlicher Arteriosklerose und interstitieller Nephritis etwa 210 mm. Eines Tages klagte sie über Kopfschmerz und der Blutdruck betrug 250 mm. Während Jackson einen dritten Versuch machte, den

---

\*) Jackson, Dr. J. M. in The Boston Medical and Surgical Journ. of 26. Febr. c., ferner Lancet vom 28. März c. p. 906. Cook, Henry M. S. resident House officer, Johns Hopkins Hospital; late assistant resident physician, Thomas Wilson Sanatorium for sick children, The clinical value of Blood Pressure determinations as a guide to stimulation in sick children. The American Journal of the medical Sciences. Märznummer 1903. In diesem ausführlichen Beitrag findet sich auch das Verzeichnis der gesamten Literatur.

Blutdruck zu messen, fiel sie bewusstlos auf den Boden. Der Tod war die Folge von Gehirnhämorrhagie.

Henry Cook hat in neuester Zeit speziell zu pädiatrischen Zwecken und zur Bestimmung der Wahl und Anwendung von Stimulantien in der Kinderpraxis Blutdruckmessungen mittelst eines Sphygmomanometers angestellt, über deren Ergebnisse im Nachfolgenden berichtet werden soll.

Wenngleich der Blutdruck je nach der Einwirkung mancher Faktoren, insbesondere je nach der Stellung des Armes schwankt, so lässt sich doch, was zunächst das Lebensalter betrifft, im Allgemeinen sagen, dass während der ersten Lebensmonate der Blutdruck schwankt zwischen 70 und 75 mm, während der letzten Hälfte des ersten Lebensjahres zwischen 80 und 85 mm. Während des zweiten Lebensjahres ist ein Blutdruck von 80 bis 90 mm zu erwarten und im dritten Jahr beträgt die Höhe 90 bis 100 mm und übersteigt in der Kindheit überhaupt nicht viel die Grösse von 110 mm.

Der Blutdruck bei Kindern ist viel beständiger als bei Erwachsenen, da hier die Differenzen der Muskulatur und Arteriosklerose grosse Schwankungen bedingen. Kinder von drei bis zehn Jahren zeigen bei vollkommener Gesundheit und in der Ruhe selten Schwankungen des Blutdrucks innerhalb weiterer Grenzen als 95 bis 115 mm, und für ein Kind innerhalb dieser Altersgrenzen müssen 85 mm als verhältnismässig gering, 75 mm als gering und 65 mm als sehr gering bezeichnet werden.

Der Blutdruck unterliegt auch bei Kindern geringfügigen täglichen Schwankungen von kaum mehr als 5 mm. Manche dieser Schwankungen innerhalb physiologischer Breite sind sehr auffallend. Z. B. ergab die Messung des Blutdrucks bei einem Kinde, welchem man zehn Tropfen Whisky verabreicht, ein Ansteigen des Blutdrucks um 12 mm innerhalb fünfzehn Minuten und ohne zu beachten, dass das Kind fünf Minuten nach Aufnahme des Whisky fünf Unzen Milch zu sich genommen, war man zunächst zu der Annahme geneigt, dass die Steigerung des Blutdrucks eine Wirkung des Alkohols sei; aber eine weitere Beobachtung lehrte, dass bei der nächsten Aufnahme der Milch wiederum eine Steigerung ohne die Wirkung des Alkohols stattgefunden. Wiederholte Beobachtungen ergaben, dass nach dem Genuss von 5 bis 8 Unzen Milch eine Steigerung des Blutdrucks von 5 bis 10 mm oder mehr zu erwarten steht. Diese Steigerung des Blutdrucks findet eine Analogie in den Beobachtungen von Crile, Cushing und anderen, die eine Steigerung nach jedem Abdominaldruck konstatierten, desgleichen von Hermann, Sigmund Mayer-Prinzbram, die eine Erhöhung des Blutdrucks beobachteten bei Tieren, denen man den Magen mit indifferenten Flüssigkeiten, Wasser gefüllt, während Cook ein Fallen des Blutdrucks post partum und nach der Punktion des Abdomens feststellte. Schreien, grosse Unruhe oder jede Äusserung grosser Aufregung kann gleichermassen eine Steigerung des Blutdrucks um 5 bis 10 mm bei einem gesunden Kind bewirken.

Die Messungen des Blutdrucks bei einem kranken Kind zeigen gewisse, mehr oder weniger bestimmt ausgeprägte Schwankungen entsprechend den Perioden der Depression und Besserung. Während der frühen Morgenstunden, von 3 bis 4 Uhr, bis 6 oder 7 Uhr, kann ein Fallen des Blutdrucks erwartet werden, der gegen Abend wieder steigt,

eine Erscheinung, die mit manchen anderen klinischen Erfahrungen übereinstimmt, nach welchen ein Abfall der Temperatur, allgemeine Depression, häufige Todesfälle während der Morgenstunden eintreten, Erfahrungen, welche bezeugen, dass der frühe Morgen die Periode geringeren Widerstandes gegenüber dem Abend darstellt.

In Betreff der von Cook angestellten Beobachtungen über die Wirkung von Stimulantien, Alkohol, Strychnin, Digitalin, Atropin auf den Blutdruck müssen wir auf das Original verweisen.

### **Populär-medizinische Literatur als Anhang zur Hygiene des Kindes.**

Die Mutter beobachtet — der Arzt beobachtet und entscheidet! sagt *Fonssagrives*. Wir werden nicht selten befragt nach einer guten Anleitung zur Pflege und Wartung des Kindes. Ich bin zu bescheiden, zu diesem Zweck mein bereits vor fünfzehn Jahren erschienenenes „Buch der Mutter“ zu empfehlen. Was ich aber seit jener Zeit als gediegen im Bereich der populär-medizinischen Literatur über Kindespflege erprobt, werde ich im nachfolgenden empfehlen. Kein Gebiet der Medizin verlangt so dringend eine gute Popularisierung, um die heranwachsenden Geschlechter mit dem Altbeobachteten und Alterprobtan bekannt zu machen. Dem Alten reiht sich auch Neues an, das vielleicht manchem Veranlassung gibt, nachzuprüfen. Nicht jeder jungen Mutter ist es ja vergönnt, ältere erfahrene Beraterinnen und Helferinnen in der Not zur Seite zu haben, nicht jede will, „um jeder Kleinigkeit wegen“ zum Arzte schicken; sie will aber auch nicht, dass ihr köstliches Kleinod, ihr Erstgeborenes, unter ihrer unkundigen Hand zum Versuchsobjekt werde. Auch der angehende Arzt, der in den grossen Lehrbüchern oft vergeblich nach Dingen sucht, welche die Praxis von ihm verlangt, wird manche Notiz finden, welche man in der Kinderpraxis mit Nutzen verwerten kann. In diesem Sinne empfehle ich die folgende Literatur:

*Fischer*, Dr. med. F., Prakt. Arzt und Frauenarzt in Salzingen. Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Jena, Verlag von Gustav Fischer. Preis brosch. 1,20 Mk., geb. 1,60 Mk.

*Ullsteins Sammlung praktischer Hausbücher. Das Kind im ersten Lebensjahr.* Von S. R. Th. Goerges, dirig. Arzt des Elisabeth-Kinder-Hospitals zu Berlin. Berlin S. W. Ullstein & Co.

*Hochsinger*, Dr. Carl, Direktor des I. öffentlichen Kinder-Krankeninstituts in Wien. Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause. 2. gänzlich umgearbeitete Aufl. (4., 5. und 6. Tausend.) Mit 18 Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1903.

Das Buch von Hochsinger: Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause, ein Originalwerk, das seit dem Erscheinen im Jahre 1896 von mir eingehend praktisch geprüft worden, enthält alles für gebildete Mütter Wissenswertes. Mit vielen unbegründeten Vorurteilen und abergläubischen Anschauungen, welche in der Laienwelt über die Pflege des Kindes verbreitet sind, wird in diesem Buche rücksichtslos ausgeräumt.

Vergleiche ich nun die vor mir liegende zweite Auflage des vortrefflichen Werkes mit der ersten, so erhalte ich an der Hand der geschehenen Zusätze und Weglassungen eine Übersicht der Hygiene des Kindes nach neuesten Grundsätzen. Ich will nur einiges in dieser Beziehung Beachtens-

werte hervorheben. Bei der ersten Kleidung des Kindes wird bemerkt: „Ganz zweckmässig schiebt man in das Steckkissen — zwischen Polsterung und Überzug ein Drahtgitter ein, welches bewirkt, dass das Kind, wenn es herumgetragen wird, gerade liegen kann. Diese Drahtgittereinlage ist durch die Firmen Dr. Block & Co. in Bodenbach a. E. und Evens & Pistor in Kassel unter der Bezeichnung „Tragebettchen-Geradhalter“ in den Handel gebracht worden (S. 9). Wärmstens empfohlen wird die englische Methode der Säuglingsbekleidung (S. 19). Sehr viele Kinder schreien, weil sie sich den Magen überfüllt und Kolikschmerzen zugezogen haben. Ein Klystier mit lauwarmem Kamillentee ist das Mittel dagegen (S. 20). Das Prof. Julius Trautsche Trockenbett wird nicht mehr empfohlen (S. 27).

Hier nehme ich auch Gelegenheit, eine Reform der Erstlings-Bekleidung und Wäsche auf hygienischer Grundlage\*) in gedrängtester Kürze zu besprechen. Diese Kleidung besteht aus zwei Teilen, einem äussern und innern. Der äussere besteht aus einer Jacke und einem daran angeknüpften Sack, der dem Körper anliegende aus einem Hemdchen und einer Windelhose mit einer aufsaugenden Einlage, die in einer abknöpfbaren Tasche der Hose liegt. An Stelle des Windelsystems tritt eine Windelhose mit einer aufsaugenden Einlage aus Torfmull, bekannt durch sein enormes Absorptionsvermögen für Flüssigkeiten (bis zum 16fachen seines eigenen Volumens) und durch die Eigenschaft, schlecht riechende Stoffe geruchlos zu machen. Durch dieses Kissen von Torf wird erreicht, dass an Stelle des etwa 12maligen Windelwechsels nur ein zweimaliger Wechsel des aufsaugenden Materials täglich sich erforderlich erweist. Der Verfasser rühmt sehr die Erfolge bei gesunden und kranken Kindern. (Näheres durch E. Cohn Reisner in Berlin C., Neue Friedrichsstrasse 65, welcher Firma der Vertrieb übertragen worden.)

Auch im weiteren finden wir wertvolle Neuerungen in der zweiten Auflage des vortrefflichen Buches von Hochsinger insbesondere in bezug auf die Mundpflege, Ernährung. Auch alle anderen Kapitel sind einer genauen Revision unterzogen, teilweise umgearbeitet und vermehrt worden. Das Alkoholverbot ist auch auf die alkoholhaltigen medizinischen Präparate ausgedehnt, die hoch modern gewordenen Eiweiss-Nährpräparate und die neueren Desinfektionsmethoden, soweit diese Dinge für das Kindesalter in Frage kommen, in den Kreis der Besprechung gezogen worden.

Dass sämtliche von uns empfohlene populär-medizinische Anleitungen einen Inseraten-Anhang nicht aufweisen, erachten wir für deren unbefangene Haltung als einen grossen Vorteil.

### Pathologie und Therapie.

Von der Hygiene zur Pathogenie und Pathologie führt bekanntlich nur ein kurzer Weg. Dieselben Ersatzmittel und Bedürfnisse des Organis-

\*) Vortrag, gehalten von Dr. K. Assmus in Kiel in der Dezembersitzung der Kieler Medizinischen Gesellschaft. Cf. D. Med. Wochenschr. 1893, 10; Ziegelroths Archiv f. physikal. diätet. Therapie. Juni- und Juliheft 1903.

mus, die uns gesund erhalten, können durch Abweichungen ihres Verhaltens, durch etwas zu viel oder zu wenig, durch Schwankungen örtlicher und zeitlicher Bedingungen zu ebenso zahlreichen Gefahren für Leben und Gesundheit werden. Derselbe Übergang führt zur Therapie. Was uns gesund erhält, kann uns leicht krank machen und Kranke, auch kranke Kinder werden durch jene Einflüsse, welche Gesunde krank machen, am leichtesten wieder gesund. Als Beispiel dieser zahlreichen allmählichen Übergänge wählen wir

### Das Wachstum der Kinder.

Die nachfolgende Durchschnittstabelle über das kindliche Längenwachstum zeigt, dass dasselbe sich verhältnismässig verringert, je mehr man sich vom ersten Lebensjahr entfernt. Das Kind, das im ersten Jahr 20 cm zugenommen, gewinnt im zweiten nur 10, dann 7, dann 6, dann 5, bis zu fünfzehn Jahren, wo die Zunahme noch mehr reduziert wird.

Tabelle über das Längenwachstum innerhalb der ersten fünfzehn Lebensjahre:

| Alter  | Grösse    | Jährliche Zunahme |
|--------|-----------|-------------------|
| 0 Jahr | 0 m 50 cm |                   |
| 1. „   | 0 m 70 cm | 20 cm             |
| 2. „   | 0 m 80 cm | 10 cm             |
| 3. „   | 0 m 88 cm | 8 cm              |
| 4. „   | 0 m 95 cm | 7 cm              |
| 5. „   | 1 m 1 cm  | 6 cm              |
| 6. „   | 1 m 7 cm  | 6 cm              |
| 7. „   | 1 m 13 cm | 6 cm              |
| 8. „   | 1 m 19 cm | 6 cm              |
| 9. „   | 1 m 25 cm | 6 cm              |
| 10. „  | 1 m 30 cm | 5 cm              |
| 11. „  | 1 m 35 cm | 5 cm              |
| 12. „  | 1 m 40 cm | 5 cm              |
| 13. „  | 1 m 45 cm | 5 cm              |
| 14. „  | 1 m 50 cm | 5 cm              |
| 15. „  | 1 m 54 cm | 4 cm              |

Spontan oder in Krankheiten kann ein Vorstoss stattfinden, der das Durchschnittsmass um das doppelte oder dreifache übertrifft. Man hat unter Krankheiten des Wachstums eine Menge verschiedener Abweichungen beschrieben, deren Bedeutung man nicht übertreiben noch unterschätzen soll. Diese krankhaften Phänomene kommen nicht vor während der ersten Monate oder ersten Jahre, innerhalb welcher der Körper rasche und tiefgreifende Umwandlungen erfährt, sondern sie treten später in der zweiten Kindheit ein, innerhalb welcher Zeitperiode das Wachstum des Körpers sich auf 5 oder 6 cm reduziert, sich aber unter krankhaften Erscheinungen verdoppeln oder verdreifachen kann.

Mit 12, 15 oder 16 Jahren treten solche Krankheiten des Wachstums gewöhnlich ein. Vor und nach diesem Alter sind sie selten.

### Aetiologie.

In Mitwirkung treten hygienische und krankhafte Einflüsse. Die sitzende Lebensweise zur Schulzeit, der Mangel an reiner Luft und Körperbewegung, mangelhafte Nahrung disponieren zu Krankheiten des Wachstums. Diese kommen daher selten auf dem Lande, gewöhnlich in den Städten vor. Ein solches Landkind überwindet einen Vorstoss des Wachstums ohne Einbusse seiner Kräfte, nimmt in der Höhe wie in der Breite gleichmässig zu. Das Kind der Grossstadt dagegen erblasst unter solchen Umständen, magert ab. Die Heredität, der Atavismus sind bei dem raschen Wachstum von Bedeutung. Die krankhaften Einflüsse, welche dem Wachstum einen Vorstoss geben, sind viel leichter zu erfassen. Im Allgemeinen hat jede Krankheit, welche das Kind in eine länger andauernde horizontale Lage versetzt, ein rapides, aussergewöhnliches Wachstum des Skeletts zur Folge.

Bekanntlich hat jeder Mensch am Morgen infolge horizontaler Lage eine grössere Länge als am Abend.

Auboyer\*) hat aus der Literatur eine Anzahl von Fällen aussergewöhnlichen Wachstums infolge akuter Krankheiten zusammengestellt. Nach Haller erreichte ein junges Mädchen infolge einer fieberhaften Krankheit gigantische Dimensionen. Van Swieten sah Kinder rasch wachsen infolge von Variola. Unter allen Krankheiten scheint aber das typhöse Fieber dasjenige zu sein, welches das Wachstum der Knochen in die Länge beeinflusst. Bouchard, welcher die Abweichungen des Wachstums zum Gegenstand einer Abhandlung gemacht, hat dieselben zu erklären versucht einmal durch die länger andauernde horizontale Lage, deren Wirkung den gegenseitigen Druck der Knochen und dazwischenlagernden weichen Teile beschränkt und aufhebt, sowie die irritative Kongestion des Knochenmarks, welches zur Proliferation der Epiphysen Anlass gibt. Neben dem typhösen Fieber, das Kinder Wochen und Monate lang das Bett hüten lässt, wirken noch auf das Wachstum Eruptionsfieber, schwere Pleuritiden u. s. f. Im Laufe solcher Krankheiten sieht man das Längenwachstum um 10, 15, 20 Centimeter innerhalb einiger Wochen und Monate znehmen.

Castex und Malherbe haben die Aufmerksamkeit auf die Zunahme des Wachstums gelenkt, welche der Exstirpation adenoider Vegetationen bei Kindern folgt. Es scheint, dass die Gegenwart vergrösserter Mandeln, grosser pharyngealer Vegetationen durch Behinderung der Respiration die physische Entwicklung des Kindes stören und dass die Entfernung dieses Hindernisses eine sofortige rasche Wiederaufnahme des unterbrochenen Wachstums zur Folge hat. Castex und Malherbe glauben auf Grund von 33 Beobachtungen schliessen zu können, dass ein an adenoiden Vegetationen operiertes Kind eine beinahe dreifache Zunahme des Wachstums während der der Operation folgenden Monate zeigt.

Symptome. Während die Knochen der unteren Extremitäten innerhalb der Zeitperiode beschleunigten Wachstums zunehmen, sieht man die Haut, unfähig, diesem zu folgen, sich in Falten legen. Dabei verliert das Kind in der Breite, was es in der Länge gewinnt und findet

\*) Thèse de Paris 1881.

überhaupt eine Störung in der Harmonie der Proportionen statt, indem der Oberkörper, Hals, Kopf nicht der Entwicklung der Extremitäten, ins besondere nicht der unteren folgen. Das Kind, das alle Kameraden an Grösse übertrifft, bleibt dabei körperlich und geistig zurück.

Neben den bereits angegebenen Krankheitszuständen, welche mit dem raschen Wachstum in direktem Zusammenhang stehen, gibt es einige, die damit in indirektem Zusammenhang zu bringen sind. Die Chirurgen haben schon länger bemerkt, dass die akute Osteomyelitis, die Infektion der Knochen mit Staphylokokken, ohne ausschliesslich der Periode des Wachstums anzugehören, eine Prädilektion für Kinder, die sich im raschen Wachstum befinden, zeigt. Dieser Zusammenhang manifestiert sich in der Benennung Seitens chirurgischer Autoritäten. Die französischen Ausdrücke: *fièvre de croissance des adolescents* (Riche), *ostéite épiphysaire de croissance* (Gosselin), *ostéomyélite aiguë pendant la croissance* (Lannelongue) bezeichnen diesen Zusammenhang. Letzterer hat gezeigt, dass der Ausgangspunkt der akuten Osteomyelitis sich gerade im Mark der langen Knochen in der Nachbarschaft der Verbindungsknorpel als dem Punkt der grössten Bildungsaktivität des Knochenmarks vorfindet. Hier ist der schwache Punkt, der *locus minoris resistentiae*, welcher unter begünstigenden Umständen betroffen wird. Diese Stelle kann sowohl dem Staphylokokkus als auch dem Bazillus von Koch als Eingangspforte dienen. Lannelongue hat auch gezeigt, dass der gewöhnliche Tumor albus, die tuberkulöse Osteo-arthritis gerade im Niveau der Epiphysen im Knochengewebe ihren Ausgangspunkt nimmt, bevor sie die Synovialis ergreift.

Das rapide und aussergewöhnliche Wachstum des Körpers um das 15. bis 18. Lebensjahr disponiert zur Entwicklung der Lungentuberkulose insbesondere bei Individuen, deren Ernährung Not leidet. Was von der Osteomyelitis, Knochentuberkulose gesagt worden ist, gilt für alle Infektionskrankheiten; denn das rasche Wachstum macht die Kinder sehr vulnerabel und beschränkt ihre Widerstandskraft gegen die Invasion von pathogenen Mikroorganismen. Wenn das organische Terrain und dessen Widerstandskraft geschwächt ist gegenüber den Mikroorganismen, so gilt dies auch für andere krankhafte Prozesse und wir sehen gelegentlich des Wachstums sich entwickeln bei hierzu disponierten Individuen verschiedene Neurosen (Chorea, Hysterie, Neuralgien) Chlorose und andere Konstitutionsanomalien.

Die Krankheitserscheinungen, welche direkt mit Abweichungen im Wachstum im Zusammenhang zu stehen scheinen, sind sehr mannigfaltig; wir betrachten sie nach den verschiedenen Apparaten, innerhalb deren sie ihr Domizil aufzuschlagen scheinen.

I. Lokomotorisches System. Da der Wachstumsprozess im Bereich der langen Knochen der unteren Extremitäten insbesondere im Niveau der unteren Epiphyse des Femur und oberen der Tibia sich am regsten äussert, so werden sich die Abweichungen des Wachstums hier am deutlichsten ausprägen.

Bouilly\*) hat unter dem Namen Wachstumsfieber Anfälle von ephemerem Fieber, begleitet von schmerzhaften Punkten im Bereich der Tibiofemoral — epiphysen bei Kindern, die schnell wachsen, be-

\*) Revue de médecine et de chirurgie 1879.

schrieben. Manchmal besteht das Fieber allein, indem die Knochenschmerzen erst in zweiter Reihe folgen oder ganz fehlen. Bisweilen beschränken sich die Schmerzen deutlich auf die oberen und unteren Apophysen der Knochen der unteren Extremitäten und werden von einer Anschwellung dieser Apophysen begleitet (ostéite apophysaire Lannelongues), Schwellungen, die beim Druck lebhaft Schmerzen hervorrufen. Daneben sind die osteogenen Exostosen oder Wachstumsexostosen zu erwähnen, welche ihren Sitz haben neben den Epiphysen der langen Knochen und welche sich vielfältigen, so dass sie auf diesen selbst eine Reihe von Beulen und Unebenheiten bilden. Comby berichtet über ein vierzehnjähriges Mädchen, das nicht weniger als 80 Entwicklungsexostosen auf den Knochen der Glieder und des Thorax zeigte. Die bei jugendlichen Individuen vorkommende Exostosis subungualis ist nach Gosselin zu den Wachstumsexostosen zu rechnen.

Auch die Gelenke können von Deviationen infolge des Wachstumsprozesses ergriffen werden; die Tarsalgie, d. h. der pes planus inflammatorius, (arthrite sèche du tarse ou impotence fonctionnelle du long péronier latéral nach Gosselin oder Duchenne) kommt zur Zeit des raschen Wachstums vor und stellt einen schmerzhaften Plattfuß dar. Neben dieser speziellen Form kann das Wachstum verschiedene Arthralgien bedingen, welche die Folge sind von Veränderungen der Verbindungen knöcherner Oberflächen durch die unegale Verlängerung verschiedener Segmente des Skeletts.

Selbst der eingewachsene Nagel kann nach Gosselin einen Ursprung haben im Wachstum, indem dieses einerseits, schlechte Fussbekleidung auf der anderen Seite die hauptsächlichsten Ursachen dieses Übels bilden. Schliesslich stehen selbst die grossen Deviationen der Extremitäten oder der Wirbelsäule, das Genu valgum, die Skoliose in Zusammenhang mit dem Wachstum. Die Mehrzahl der Autoren sehen in diesen Deformitäten nur Manifestationen der Rhachitis; dabei tritt immerhin das Wachstum in Mitwirkung.

2. Nervensystem. Die oben beregten Schmerzen infolge des Wachstums können in manchen Fällen als nervöse, neuralgische oder neuralgieforme betrachtet werden. Diese Neuralgien sind aber nicht immer begleitet von Schwellung noch von einer Steigerung bei Druck; sie kommen zumeist vor bei empfindlichen, nervösen Kindern mit erhöhter Sensibilität. Abgesehen von diesen schwer erklärbaren Fällen, können die Vorstösse des Wachstums sich als reine nervöse Erscheinungen äussern, ohne wahrnehmbare Läsion, ohne anatomisches Substratum.

Bald sind es Neuralgien im Bereich der Interkostal- oder Lumbosacralnerven, häufiger bei Mädchen, als bei Knaben; im Allgemeinen wenig schmerzhaft; der Druck auf die betreffenden Stellen zeigt Schmerzpunkte, aber die spontanen Manifestationen sind intermittent oder remittent oft von geringem Belang. Bald äussern sich diese nervösen Erscheinungen als Kopfschmerz von geringer Intensität und kurzer Dauer, beschrieben von Blache als céphalgie de croissance.\*) Dieser eigentümliche Kopfschmerz, gewöhnlich in der Stirn oder diffus, unterscheidet sich dem Wesen nach von der Hemikranie und kommt vor bei Schülerinnen,

\*) Revue des maladies de l'enfance 1833.



Studierenden von 12 bis 18 Jahren, bei nervösen, durch Neuroarthritische Heredität prädisponierten Kindern. Der Kopfschmerz ist remittierend, aber hält, unterhalten von intellektuellen Anstrengungen, Monate an. Bisweilen steht der Kopfschmerz mit Überanstrengungen der Augen im Zusammenhang und Maurice Perrin hat als dessen Ursache eine asthénopie accommodative beschrieben.

Das Wachstum allein ist oft unzulänglich, den Kopfschmerz zu erklären; bei manchen Kindern findet man ihn im Zusammenhang mit Dyspepsie. „Der Kopfschmerz“, sagt Peter, „ist der Aufschrei des Leidens des ermüdeten Organs, das Ruhe verlangt. Wird dieser Mahnruf nicht erhört, so weigert das Gehirn die Weiterarbeit, die Gehirnzellen streiken.“

G. Sée \*) hat den Kopfschmerz abhängig gemacht von der das rasche Wachstum begleitenden Herzhypertrophie. (s. u.) Der zu dieser Zeit beobachtete Kopfschmerz steht häufig in Zusammenhang mit einer Herzhypertrophie und fortgesetztem Stirnkopftweh, welches sich erneuert bei jedem Versuch geistiger Anstrengung, bei deren Nachlass und beim Genuss frischer Luft verschwindet, um selbst Monate lang mit oder ohne Unterbrechung anzudauern. Verschieden von der Migräne, diese ist halbseitig, beobachtet man den Kopfschmerz am häufigsten innerhalb der Pubertät insbesondere bei Individuen, die sich infolge schwacher Veranlagung stark anstrengen müssen.

5. Zirkulationsapparat. G. Sée berichtet über 80 Fälle von Herzhypertrophie, die sich äusserte nicht nur in Palpitationen, Arythmie, sondern auch in systolischem Geräusch und Herabsteigen der Herzspitze, die bis zum 6. selbst bis zum 8, Interkostalraum nachgewiesen werden kann. Oftmals findet man nur eine grosse Reizbarkeit des Herzens mit vorübergehender Dilatation bei grossen körperlichen Anstrengungen. \*\*) Auch anämische Zustände, Epistaxis, Purpura sind häufige Begleiterscheinungen raschen Wachstums.

4. Verdauungsstörungen, Störungen des Appetits, Dyspepsie, Anorexie, Konstipation, Diarrhöe u. s. f. treten oft zur Zeit raschen Wachstums auf und stehen bald damit in unzweifelhaftem Zusammenhang:

5. Das Sexualsystem wird durch rasches Wachstum bei beiden Geschlechtern insbesondere aber bei weiblichen in Mitleidenschaft gezogen und äussert sich bei diesem in Menstruationsstörungen der verschiedensten Art, Dysmenorrhoe, Empfindlichkeit, Schmerzhaftigkeit der Brüste.

Wir müssen uns hier versagen, eine Menge wertvoller Ausführungen nach dem französischen Original wiederzugeben über Prognose und Diagnose der mit raschem Wachstum im Zusammenhang stehenden Störungen. Wir beschränken uns auf einige Winke in Betreff der Therapie.

Behandlung. Die Behandlung der Wachstumsstörungen ist im Wesentlichen eine hygienische: reine Luft, gute Ernährung, körperliche und geistige Ruhe, Erholung. In der Tat herrscht bei solchen Zuständen ein Missverhältnis der Einnahmen und Ausgaben, die in richtige Wechselwirkung gesetzt werden müssen sowohl die körperlichen und geistigen für sich und gegenseitig. Aus dieser Wiederherstellung der richtigen Bilanz

\*) G. Sée, Hypertrophie cardiaque de croissance 1885.

\*) Weiteres bei Potein & Vaquez in Semaine médicale 1895: Du coeur chez les jeunes enfants et de la prétendue hypertrophie de croissance.

zwischen Einnahme und Ausgabe erwachsen dem Arzt unzählige wichtige Aufgaben, deren Lösung hier selbst nicht in grossen Umrissen wiedergegeben werden kann.

Wir sind bei dieser Abhandlung über die durch rasches Wachstum erwachsenden Störungen der in fünf grossen Bänden erscheinenden französischen Enzyklopädie gefolgt. Auch im Weiteren findet man daselbst eine Fülle neuen originalen Materials über Hygiene des Kindes sowie in dem vorliegenden ersten Band über die verschiedenen Infektionskrankheiten, Ernährungsstörungen und Intoxikationen, Ausführungen, die uns gestatten, das grosse Sammelwerk zu eingehendem Studium zu empfehlen.

---

## Referate.

**Klinische Studie über zwei anormale Formen von Keuchhusten (atypische Form, dyspeptische Form).** Von Gr. Jacobson. (Archives de méd. des enfants. August 1903).

Man beobachtet im Verlaufe einer Keuchhustenepidemie Fälle die, ausser trockenem Husten, kein einziges der für Tussis convulsiva charakteristischen Symptome darbieten (*forme fruste*) und trotzdem infektiöser Natur sind, d. h. die Veranlagung zu wahrem Keuchhusten geben können, wie dies J. nachweisen konnte. Es ist dies vom prophylaktischen Standpunkte sehr wichtig, da Kranke mit atypischer Keuchhustenform die Krankheit, ohne es zu wissen, überallhin verbreiten können.

In anderen Keuchhustenfällen beobachtet man ein Vorwalten der dyspeptischen Form. Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, auch Diarrhöe und schleimige Stühle treten in den Vordergrund und bringen die Kranken sehr herunter, derart dass man oft die Entwicklung einer akuten Tuberkulose befürchtet. Diese Erscheinungen beruhen wahrscheinlich auf einer infektiösen oder toxischen Gastritis und verschwinden gleichzeitig mit dem Keuchhusten. Es ist wichtig zu wissen, dass bei der dyspeptischen Form jedwede innere Medikation den Zustand verschlimmert und dass die Kranken sich am besten unter absoluter Milchdiät befinden. Jeder Diätfehler führt eine rasche Temperaturerhöhung und eine Verschlimmerung des Zustandes herbei. Nicht immer bestehen dyspeptische Symptome während des ganzen Verlaufes eines Keuchhustens; oft treten dieselben periodisch auf und verschwinden, während die Grundkrankheit ihren weiteren Verlauf verfolgt.

E. Toff (Braila).

**Syphilitische Pseudoparalyse der Neugeborenen.** Von A. Broca. (Revue pratique d'obstétrique et de paediatric. Juni 1903.)

Wie schon Parrot gezeigt hatte, hat diese merkwürdige Erkrankung, welche lange Zeit als eine auf einer Nervenkrankheit beruhende Lähmung angesehen wurde, ihre Grundlage in einer syphilitischen Affektion des unteren Oberarmknochenendes. Es handelt sich um gummöse Verände-

rungen, die vom Bindeknorpel, welcher sich zwischen Epiphyse und Diaphyse befindet, ausgehen, sich auf das Periost und die Knochensubstanz erstrecken und im weiteren Verlaufe sogar zu Kontinuitätstrennungen führen können. Die Bewegungslosigkeit des Armes ist eine Folge des Schmerzes und keine wirkliche Lähmung. Durch Palpation fühlt man sehr oft die verdickte Stelle und schreien dabei die Kinder schmerzhaft auf. Die Krankheit tritt einige Wochen nach der Geburt auf, meist vor dem sechsten Lebensmonate. Meist findet man auch noch andere Zeichen hereditärer Lues, doch nicht immer. Während Parrot die Prognose auch für das Leben als absolut schlecht angab, hat B. alle seine Patienten heilen gesehen, es muss hierbei nicht vergessen werden, dass früher alle diese in Hospitälern gepflegten Kranken an fehlerhafter Ernährung starben, nachdem die Lehren der Milchsterilisation u. a. noch unbekannt waren.

Bezüglich der Behandlung empfiehlt B. Quecksilbereinreibungen, eventuell in Verbindung mit Jod; für schwere Fälle subkutane Injektionen.  
E. Toff (Braila).

**Eitrige Meningitis mit Pfeifferschen Bazillen.** Von Dubois.  
Inaugural-Dissert. Paris, November 1902.

Die Krankheit kommt mit Vorliebe bei Säuglingen vor; in den zwei von D. beobachteten Fällen war das Alter der Patienten 4 und 7 Monate. Die Anfangssymptome sind mit denjenigen der gewöhnlichen Influenza identisch, allmählich treten meningitische Erscheinungen hinzu: Krämpfe, Erbrechen, Mydriasis, Strabismus, Nackenstarre, später Konvulsionen, Delirien, Hyperthermie, Tachykardie und Kollaps. Die Dauer ist von 12—14 Tagen und ist die Diagnose Meningitis leicht zu stellen, doch kann die Natur derselben ohne bakteriologische Untersuchung der cephalorachidianen Flüssigkeit nicht mit Bestimmtheit gestellt werden. Dieselbe ist trübe eitrig, enthält polynukleare Zellen und Pfeiffer'sche Bazillen. Bei der Nekroskopie findet man den Eiter zwischen Dura mater und Pia mater meist an der Hirnbasis aber auch an der Konvexität. Die Rückenmarkshäute sind namentlich in den hinteren Teilen entzündlich verändert.

Da die Prognose eine sehr ernste ist, kann die Behandlung fast nur palliativ sein. Man wendet warme oder kalte Bäder je nach der jeweiligen Temperatur der Kranken, Lumbalpunktion, Eisblase auf den Kopf, Chinin etc. an.  
E. Toff (Braila).

**Einige Worte über die angeborene Meningo-Encephalocele und deren Behandlung.** Von N. Barbolescu. Inaugural-Dissert. Bukarest 1903.

Der gewöhnliche Sitz dieser Missbildung ist die Hinterhauptgegend, seltener die Stirne, der äussere oder innere Augenwinkel, die Nasengänge oder die Mundhöhle. Rhachitis, Alkoholismus, hereditäre Einflüsse, psychische oder moralische Störungen in den ersten Schwangerschaftswochen, können zur Bildung der in Rede stehenden Veränderungen Veranlassung geben. Die Struktur der nervösen Substanz, welche die Encephalocele bildet, unterscheidet sich von dem normalen Gewebe des Zentralnervensystems, mit welchem dieselben in Verbindung sind, so dass man sie als wahre Neoplasmen betrachten muss, analog den von Förster und Virchow beschriebenen medullaren Neuomen. Die Bildung der-

selben geht jener der knöchernen Schädelwandung voran, da dieselben ihren Ursprung in den ersten Tagen des embryonalen Lebens haben; an gewissen Stellen werden die protovertebralen Lamellen des Kopfes an ihrer Vereinigung gehindert und es kommt auf diese Weise zur Bildung einer Meningo-Encephalocoele. Gewöhnlich findet man gleichzeitig auch andere angeborene Fehler, wie Hasenscharte, Wolfsrachen, krumme Beine, Brüche, kongenitale Amputationen, Syndaktilie, Polydaktilie, Ektopie des Herzens etc.

Eine sich selbst überlassene Encephalocoele wächst unaufhaltsam und bewirkt schwere Störungen im Organismus, die physische und intellektuelle Entwicklung bleibt zurück, es tritt Erbrechen auf, später Konvulsionen und der Tod. In seltenen Fällen kann Spontanheilung eintreten (Spring). Bezüglich der Behandlung ist die Ausschneidung der Geschwulst und Schliessung der Schädelöffnung durch Autoplastik als der ideale Vorgang anzusehen.

E. Toff (Braila).

**Frühzeitige Diagnose des angeborenen Myxoedems.** Von Luis Agote. (Archives de méd. des enfants, September 1902).

A. hebt die Wichtigkeit des frühzeitigen Erkennens dieser Krankheit hervor und zwar noch im *Invasionsstadium*. Die in Betracht kommenden Symptome sind folgende: Das Kind entwickelt sich ohne Störung bis zum Alter von 6 Monaten; zu dieser Zeit bemerken die Eltern, dass die seit der Geburt bestehende Nabelhernie nicht mehr reduktibel ist. Gleichzeitig beginnt die *Hypertrophie* der Zunge derart, dass dieselbe die ganze Mundhöhle erfüllt und sogar zwischen den Zähnen hervorragt. Hierdurch wird das Saugen erheblich erschwert, das Kind hat Erstickungsanfälle und sein Schreien nimmt einen eigentümlichen, rauhen, gutturalen Charakter an. Zu diesen Erscheinungen tritt später, nach etwa 10 Monaten, ein hartes, gelbfarbiges Oedem hinzu. Dann erscheint die permanente *Erniedrigung* der Körpertemperatur; das Kind hat immer kalte Extremitäten, ein diagnostisch wichtiges Zeichen. Die hartnäckige Verstopfung und die Unregelmässigkeiten in der Gewichtskurve, wenn man allwöchentliche Wägungen vornimmt sind weitere Zeichen der *Invasionsperiode*. Diese Erscheinungen bessern sich nur auf Verabreichung von Thyreoideapräparaten und spielt diese Behandlung auch eine wichtige diagnostische Rolle, etwa wie das Quecksilber in zweifelhaften Syphilisfällen, doch muss hervorgehoben werden, dass die Thyreoideabehandlung, welche so rasch die anderen Symptome, wie Konstipation, Hypothermie, Hernie etc. beeinflusst, eine viel schwächere Wirkung auf die Zungenhypertrophie ausübt und man kann selbst bei erheblich gebesserten Kranken, nach langer Zeit, noch die Zeichen dieser Difformität beobachten.

Bezüglich der Nabelhernie hebt A. hervor, dass dieselbe eines der frühesten Symptome ist; in Wirklichkeit ist es eine falsche Hernie, ohne Darminhalt. Dieses Symptom hat in keinem der 16 von A. beobachteten Fälle von angeborenem Myxoedem gefehlt.

E. Toff (Braila).

**Apophysäre Wachstumsosteitis.** Von J. Comby. (Archives de médecine des enfants. September 1903.)

Es kommen Schmerzen vor, die mit dem Wachstume der Knochen in Verbindung stehen; es existiert keine wahre Entzündung oder Knocheninfektion, sondern wahrscheinlich eine besondere Knochenkongestion infolge gesteigerter Ossifikation, die als Osteitis oder Osteomyelitis imponieren könnte. Diese Schmerzen werden mitunter in den Diaphysen, gewöhnlich aber in der Nähe der Gelenke, an dem Punkte des regsten Knochenwachstums, also an der Verbindungsstelle zwischen Diaphyse und Epiphyse gefühlt. Fast immer werden die unteren Extremitäten hiervon befallen, nur die Arme und hauptsächlich die Umgebung der Knie. Namentlich ist es, wie schon Lannelongue hervorgehoben hat, die vordere, obere Tuberositas tibiae, unmittelbar unter der Kniescheibe und dem Ansatz des Kniescheibenbandes, wo diese Schmerzen hauptsächlich in Erscheinung treten. Die Stelle erscheint geschwellt, blutreich, heiss; die Haut kann rot und empfindlich sein, mit einem Worte, der Zustand imponiert als ein leicht entzündlicher Vorgang.

Die apophysäre Osteitis oder apophysäre Wachstumsostealgie erscheint hauptsächlich in der Pubertät oder Adoleszenz bei Kindern mit raschem Wachstum. Die Krankheit tritt doppelseitig auf, seltener einseitig; die Prognose ist eine gute.

Bezüglich der Behandlung ist zu bemerken, dass die Ruhigstellung des erkrankten Gliedes als Hauptindikation zu betrachten sei. Das Bett soll wenn notwendig bis zu 3 Wochen gehütet werden. Als Unterstützung und Sedativum sind laue Bäder (34—35°) durch 15—20 Minuten zu verabreichen. Mann kann denselben 1 kg Meersalz zufügen lassen. Lokale Pinselungen mit Jodtinktur oder Vigosches Pflaster.

E. Toff (Braila).

**Die schmerzhaft Pronation der jungen Kinder.** Von A. Broca. (Revue d'obstétrique et de paediatric, Mai 1903.)

Werden kleine Kinder in etwas brutaler Weise nach vorne oder oben gezogen, so bieten dieselben nicht selten folgendes Bild dar: der Arm hängt bewegungslos hinunter, ist proniert, der Daumen liegt dem Schenkel an. Die Schulter hängt etwas hinunter, doch ist an derselben keinerlei Luxation oder Fraktur wahrnehmbar. Passive Armbewegungen sind möglich, auch aktive im Handgelenk und den Fingern, doch hüten sich die Kinder ängstlich, den Ellbogen zu beugen oder den Arm vom Rumpfe zu entfernen. Die Palpation ergibt Schmerzen in der Ellbogenbeuge, doch ist keine Suffusion oder Difformität zu bemerken. Man kann diesen schmerzhaften Zustand mit einem Schlage wieder gut machen und zwar durch folgendes Manöver. Der Vorderarm wird gestreckt, stark supiniert und dann gebeugt, während man mit dem Daumen von vorne nach hinten auf den Radiuskopf drückt. In einem gegebenen Augenblicke fühlt man einen Widerstand gegen die vollständige Supination, welche aber leicht zu besiegen ist, dabei fühlt man ein eigentümliches Einschnappen. B. ist der Ansicht, dass es sich in diesen Fällen um eine Subluxation des Radiuskopfes handle, hervorgerufen durch einen starken Zug nach vorne mit Pronation, wie dies meist vorkommt, wenn Kinder an der Hand geführt, fallen und etwas heftig

emporgezogen werden. Meist handelt es sich um Kinder im Alter von weniger als 5 Jahren, gewöhnlich zwischen 1 und 3 Jahren.

E. Toff (Braila).

**A case of the form of chronic joint disease in children, described by Sill.** Von F. P. Weber. (Brit. med. Journ. No. 28/1903.)

Der Patient erkrankte in akuter Weise zu Ende 1900. Im November 1901 trat ein Anfall von Endocarditis an der Mitrals auf. Im April 1902 zeigten sich die Knie- und Ellenbogengelenke vergrößert. Besonders bemerkenswert war die symmetrische Schwellung um die Hand- und Fussgelenke und die Steifheit der Halswirbelsäule. Leber und Milz waren beträchtlich vergrößert, ebenso die Lymphdrüsen des Rachens, der Achselhöhle und der Leistengegend. Der Herzspitzenstoss lag nach auswärts von der Mammillarlinie und an der Herzspitze bestand ein systolisches Geräusch. Im Mai 1902 hatte der Knabe einen leichten Anfall von katarrhalischer Gelbsucht. In den folgenden Monaten traten gelegentlich leichte Temperaturerhöhungen auf. Im Allgemeinen hatte der Zustand im September sich wesentlich gebessert. Nur bestanden knarrende Geräusche und die Zeichen von Flüssigkeit in beiden Kniegelenken. Im Dezember konnte eine Vergrößerung der Leber und Milz nicht mehr nachgewiesen werden. Dann machte der Knabe einen Typhus durch, welchem eine Periode mit gelegentlichen Temperaturerhöhungen folgte. Während des Typhus magerte der Knabe ausserordentlich ab, seine Milz war erheblich geschwollen, dann erholte der Kranke sich sehr schnell und auch das frühere Leiden der Gelenke erfuhr eine erhebliche Besserung. Er konnte den Kopf frei bewegen. Die Steifheit der Halswirbelsäule war verschwunden. Es blieb nur ein knarrendes Geräusch im Kniegelenk und eine spindelförmige Anschwellung der Fingergelenke zurück. Die Milz war zwar noch etwas vergrößert, dagegen nicht die Lymphdrüsen. Auch das Herz war etwas vergrößert, aber von einem Geräusch an der Herzspitze war nichts mehr wahrnehmbar. Der Fall zeigt, dass bei akutem Gelenkrheumatismus bei Kindern manchmal eine wirkliche Besserung eintreten kann, wenn auch Herzfehler und gewisse Erscheinungen in den Gelenken bestehen bleiben können wie bei chronischen Affektionen.

v. Boltens Stern (Leipzig).

**Über die figurierten Elemente des Kolostrums und der Milch der Frau.** Von Prof. E. Weill und V. Thevenet. (Archives de méd. des enfants, August 1903.)

Die Verfasser gelangen zu folgenden Schlüssen: Die Anwesenheit von granulierten Körpern in den Sekretionsprodukten der Brust bedeutet, dass die Exkretion nicht mehr das Gleichgewicht der Sekretion hält. So lange die Flüssigkeitsmenge gering und die Sekretion minimal ist, sind die wenig zahlreichen Mononuklearen, in Verbindung mit einigen Polynuklearen genügend. Sowie aber die Milch in reichlicher Masse erscheint und die Evakuationswege ungenügend sind, die Spannung sich hebt, wie dies gleich nach der Geburt der Fall ist, wo die Sammelsinuse noch keine Zeit gehabt haben sich zu erweitern, erscheint die Notwendigkeit einer raschen Resorption, da die Möglichkeit einer Infektion akut

wird, dann sieht man die polynuklearen Zellen in Mengen heranziehen, um die Verteidigung zu verstärken und das Terrain zu reinigen. Die Experimente Czernys legen den Gedanken nahe, dass, nachdem die polyn. Zellen sich mit fettigen Körperchen gefüllt haben, sie wieder in den allgemeinen Kreislauf gelangen und dass auch hier, wie auch bei den Infektionen durch Mikroben, die Phagocytose kein Todesvorgang ist.

Es folgt hieraus, dass, wenn man nach Zentrifugierung der Milch, oder des Kolostrums, einen reichlichen Niederschlag, enthaltend eine grosse Anzahl polynuklearer Zellen, findet, dies eine kräftige und reichliche Milchsekretion anzeigt und also ein günstiges Zeichen für die Laktation abgibt. Andererseits wäre eine proportionell erhöhte Anzahl der Lymphocyten im Kolostrum, oder der Milch, eine schlechte Prognose für die Zukunft der Laktation. Dies beginnt bereits, wenn das Verhältnis 25:100 beträgt, doch findet man mitunter auch 80:100. Diese Anwesenheit der Lymphocyten im Kolostrum und der Milch ist noch nicht erklärt. Vielleicht sind dieselben bestimmt, sich in Mononukleare zu verwandeln und ihre grosse Anzahl ein Zeichen, dass diese Verwandlung infolge einer schwachen Sekretion eine wenig aktive ist. Dies wäre auch ein Zeichen, dass die Transsudation eines einfachen Serums, vor der Sekretion eigentlicher Milch überwiegt.

E. Toff (Braila).

**Die Fermente der Milch.** Von Van de Velde und de Landtscheer. (Archives de médecine des enfants. Juli 1903.)

Die Verfasser haben die Versuche Spolverinis kontrolliert, dass nämlich durch Verfütterung von keimender Gerste an Milchtiere, das in derselben enthaltene amylolytische Ferment in die Milch übergehe, also derselben auf künstlichem Wege ein Ferment beigebracht werde, welches in der Frauenmilch eine wichtige Rolle spiele. Ausserdem sollte diese Milch die Eigenschaft erlangen, Salol in Karbolsäure und Salizylsäure umzusetzen.

Für diese Kontrollversuche wurden gesunde Kühe ausgewählt, deren Milch nach wiederholten Versuchen als frei von diastatischem Fermente gefunden wurde; dieselben erhielten durch mehr als einen Monat täglich je 1 kg. keimender Gerste, ausser der gewöhnlichen Nahrung, verabreicht. Trotzdem diese Gerste eine bedeutende diastatische Wirkung hatte, zeigte es sich, dass die Milch der betreffenden Kühe, während der ganzen Dauer der Versuche, keineswegs die von Spolverini angeführten neuen Eigenschaften erlangt hatte.

Das Melken wurde unter streng aseptischen Kautelen vorgenommen aber um eine Infektion sicher hintanhalten zu können, wurde der Milch auch ein antiseptischer Körper, Schwefeläther, im Verhältnisse von 10:90 zugesetzt. Derselbe hat, wie zahlreiche Versuche ergaben, auf die in Rede stehenden Fermente keinerlei Wirkung, ist aber im Stande, die Entwicklung von Mikroben in der Milch zu verhindern.

Die Verfasser schliessen aus ihren Versuchen, dass es auf dem angegebenen Wege nicht möglich sei, das betreffende Ferment der Frauenmilch in die Kuhmilch überzuführen.

E. Toff (Braila).

## Rezensionen

Taschenbuch der Fortschritte der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. Von Spezialarzt Dr. Schilling, Kgl. Preuss. Kreisphysikus a. D. III. Jahrgang. 12<sup>o</sup> XIX u. 235 Seiten. Leipzig, 1903, Benno Konegen Verlag. Preis geheftet 3 M., geb. 3,60 M.

Das alljährlich erscheinende kurze Taschenbuch soll dem Arzte einen Überblick über die Fortschritte geben, welche die Wissenschaft in bezug auf physikalisch-diätetische Heilfaktoren in jüngster Zeit gemacht hat, so dass dieselben im Verein mit den übrigen Heilmethoden zum Wohle des Kranken wie im Kampfe gegen die sogenannten Naturheilkundigen am Krankenbett praktisch verwertet werden können. Auch der vorliegende Jahrgang dürfte dieser Aufgabe im allgemeinen gerecht werden, und es ist darin namentlich die grosse Reichhaltigkeit der präzise gehaltenen einzelnen Berichte nicht zu verkennen und eher zu befürchten, dass dieselben allzu reichhaltig ausgefallen sind; z. B. dürften neuere Arzneimittel wie Protulin oder Arzneimittelformen wie Lebertrantabletten eigentlich in keiner der einschlägigen Heilmethoden (Hydro-, Elektro-, Balneotherapie, Gymnastik, Massage und Diätetik etc.) unterzubringen sein, Vor allem aber scheint mir für die späteren Ausgaben eine geordnetere alphabetische Sichtung des Stoffes und der Stichwörter angebracht zu sein. Denn letztere sind 1. zum Teil viel zu allgemein gehalten (z. B. „Erweiterung“, „Dermatologie“, „Elektrizität“, „Fremdkörper“, „Hydrotherapie“), 2. sind mehrfach dieselben Themata unter verschiedenen synonymen Bezeichnungen an ganz verschiedenen Stellen des Buches bearbeitet (z. B. Diabetes-Zuckerruhr. Cholelithiasis-Gallensteine) gewiss nicht zu Gunsten besserer Übersichtlichkeit.

Trotz dieser kleinen Ausstellungen aber sei das Büchlein den praktischen Ärzten bestens empfohlen.  
Mert (Plauen).

Von der Vererbung und ihrer Bedeutung für die Pädagogik. Von W. Dierks. gr. 8<sup>o</sup> 19 S. Bielefeld, Verlag von A. Helmichs Buchhandlung (Hugo Anders). Pädag. Abhandlung. Neue Folge XI. Bd., 2. Heft. Preis M 0,50.

Verf. bespricht zunächst das Wesen der Vererbung und legt dabei die Ansicht des deutschen Gelehrten A. Weismann zu Grunde. Ziemlich unvermittelt stellt er dann vom Standpunkt des Pädagogen folgende Forderungen auf: Der Lehrer muss, um seine Schüler möglichst genau kennen zu lernen, Kenntnis von der einzelnen Familie und deren Geschichte gewinnen, gleichsam ein Mitglied der Familie werden. Dazu ist es nötig, dass er dieselben Schüler nicht bloss ein Jahr lang unterrichtet, und dass die einem Lehrer anvertraute Kinderzahl wesentlich kleiner ist, als bisher. Ferner ist zu verlangen, dass es nur eine Volksschule gibt für arm und reich.

Nachdem dann noch gefordert worden ist, dass tuberkulöse Kinder aus der öffentlichen Volksschule fern gehalten werden, zieht Verf. zum Schluss die Lehre von den kulturhistorischen Stufen in den Bereich seiner Besprechungen. Er erklärt, dass dieselbe sich nicht auf die Vererbung zu stützen vermag, vertritt aber die Ansicht, dass sie immerhin einen gewissen Wert hatte, indem sie der Erziehung einen fortschreitenden Unter

Arnemann (Grossschweidnitz).



Zahnhygiene in Schule und Haus. Von Priv.-Doz. Dr. S. Jessen.  
gr. 8<sup>o</sup> 46 Seiten. Strassburg 1903, I. H. E. Heitz. Preis 2,40 M.

Das kleine Büchlein enthält in der Hauptsache Erläuterungen zu einer Wandtafel, die dem Anschauungsunterricht in der Schule dienen soll und auf der sich bildliche Darstellungen des normalen Gebisses in den verschiedenen Altersperioden und beherzigenswerte Ratschläge für die Zahnpflege befinden. Verf. will damit erreichen, das das Volk über die Bedeutung der Zahnpflege für die Gesundheit des ganzen Menschen aufgeklärt wird. Die Lehrer sollten dafür sorgen, dass durch die Schule die Zahnpflege in jedes Haus, in jede Familie eindringt und heimisch wird.

Verf. fordert, dass in allen Städten die Volksschulkinder auf Gemeindegeldkosten von Schulzahnärzten alljährlich untersucht und behandelt werden, ebenso die in das Heer eintretenden Rekruten von Militärärzten, welche die zahnärztliche Approbation besitzen.

Auf die Wandtafel möchten wir namentlich diejenigen Kollegen aufmerksam machen, die als Schulärzte wirken.

Schnell (Egeln).

Hilfstaftel zum Gebrauch bei Sektionen und zur Abfassung des Sektionsprotokolls. Von Stabsarzt Dr. Lobedank. Eine zum Ablesen auf 2 m Entfernung eingerichtete Tafel als Ersatz eines Handbuches. 2 Seiten auf Leinwand 67×47 cm nebst Vorwort, 5 Seiten. Leipzig 1903, Benno Konegen Verlag. Preis 2,25 M.

Der Verfasser bietet auf einer zum Ablesen in 2 m Entfernung eingerichteten Leinwandtafel ein Schema, das während der Sektion über die Technik unterrichten und, wenn den Sezierenden das Gedächtnis im Stiche lässt, die während der Sektion doch immerhin beschwerliche Benutzung eines Handbuches ersetzen soll. Die Tafel dürfte diesen Zweck vollkommen erreichen und solchen Ärzten, die selten und ohne Assistenz eines zweiten Arztes eine Sektion ausführen müssen, ein gern benutztes Hilfsmittel sein.

Hennicke (Gera).



## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Acute dilatation of the stomach without apparent cause.  
Von R. Cooper.

Ein 11 Monate altes Kind war plötzlich nach dem Trinken auf dem Schoß der Mutter spielend gestorben. Ohne irgendwelche Veranlassung und vorausgegangene Erkrankung stand plötzlich die Atmung still, ohne dass Konvulsionen eintraten. Bei der Obduktion fand Verfasser nichts, welches auf Herzschwäche schliessen liess, dafür aber einen erheblich ausgedehnten Magen, welcher ungefähr 550 g Nahrung und eine Unmenge Gas enthielt. Der Herzmuskel war blass und schlaff, die Herzhöhlen etwas erweitert, aber ohne irgend welche krankhaften Erscheinungen.

(Brit. med. journ. 1903.)

v. Boltensstern (Leipzig).

# Der Kinder-Arzt.

---

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger,**

Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

---

**XV. Jahrgang 1904.**

---

Benno Konegen Verlag.

LEIPZIG.

1904.



# Register

## zum Jahrgang XV des „Kinder-Arzt“.

### Originalien.

- Apt, Zwei Fälle von Störungen der Sprache in Folge von Zwangsvorstellungen 2.  
Büttner, Moralisches Irresein (Moral insanity) 73.  
Cahen-Brach, Bericht über die 1. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte 117.  
Fürst, Die Behandlung der Impfpocken nach den Prinzipien der modernen Chirurgie 25.  
— Über gutartige und suspekta Hypertrophie der Mesenterialdrüsen 147.  
Jessner, Das Ekzem im Kindesalter 48.  
Klatt, Neuere Arbeiten über Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters 217, 241.  
Kühner, Mutter und Arzt 28.  
— Jugendgerichte 173.  
— Ökonomische, akzidentelle und medikamentöse Intoxikationen in der Kinderpraxis 265.  
Meitner, Über Extracta Thymi saccharata 169.  
Meyer, Drei Fälle von Blasenkatarrh bei Kindern 145.  
Neter, Eine eigentümliche Begleiterscheinung der chronischen Stuhlverstopfung im Kindesalter 250.  
Pacyner, Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatologie 121.  
Pauli, Allgemeines über den 1. internationalen Kongress für Schulhygiene 97.  
Rey, Berichte über die Vereinigung nieder-rheinisch-westfälischer Kinderärzte 5, 78, 229, 254.  
Spiegelberg, Zur natürlichen Säuglingsernährung 193.  
Thomas (v. Boltensstern), Ernährung in schwierigen Fällen 273.  
Tobler, Bericht über die 2. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte 179.  
Urbanstschitsch, Über Thigenol bei Erkrankungen des Gehörganges 31.

### Referate.

- Alfaro, Die infantile Tuberkulose in Buenos-Aires 12.  
Alt, Fremdkörper im Ohre 89.  
Aronheim, Koplick'sche Flecken bei Masern 12.  
Arraga, Buttermilch 40.  
Aufruf an die Vereinigung für Kinderpsychologie und Heilpädagogik und die Freunde dieser Wissenschaften 261.  
Babonneix, Un cas d'atrophie musculaire chez un enfant 260.  
Badt, Kresotal bei Erkrankungen der Atmungsorgane 16.  
Ballin, Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum 234.  
Bardach, Über Jodferritose bei Skrofulose und Lues 187.  
Beck, Meningitis serosa acuta im Kindesalter 14.  
v. Behring, Über Tuberkulose 57.  
Bokay, Moser'sches polyvalentes Streptokokkenserum 84.  
Buchsbäum, Ueber Kufekes Kindermehl 188.  
Buschke, Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis 182.  
Buxbaum, Zur Therapie des Morbus Basedowii 211.  
Byers, Glandular fever 59.  
Cantrowitz, Buttermilchernährung 256.  
Carrière, Sur un cas de cirrhose tuberculeuse 60.  
Castenholz, Über extrakapsuläre Exstirpation tuberkulöser Abszesse 79.  
Chartier, Klinische Bemerkungen über die Behandlung der Tuberkulose 204.  
Cheadle, Acholie 35.  
Cheinisse, Über die diagnostische und prognostische Bedeutung des Fiebers bei Appendizitis 156.  
Clamann, Obstipation im Säuglingsalter 62.  
Combe, L'autointoxikation intestinale 106.  
Comby, Lichen des scrofuleux 105.  
— Sept cas de scorbut infantile 282.

- Comby et Davel, Myosite ossificante progressive 260.
- Cruchet, Die diphtheritische Angina 35.
- Dauber, Zur Prophylaxe der Ophthalmoblenorrhoea neonatorum 155.
- Deguy, Laryngitis subglottica 86.
- Demange, Die Cytodiagnose der Cerebrospinalflüssigkeit bei Meningitiden und Pseudomeningitiden im Kindesalter 60.
- Döpler, Angina Vincenti 86.
- Dörfler, Die Bauchfelltuberkulose 155.
- Dreher, Über Tics im Kindesalter 8.
- Dylon, Traitement du pied bot congenital varus équin 286.
- Edlefsen, Pepsin in Behandlung der Verdauungskrankheiten im Säuglingsalter 61.
- Elgart, Zur Prophylaxe der akuten Exantheme 152.
- Engels, Styracol bei akuter und chronischer Enteritis 237.
- Faber, Serumbehandlung und Diphtheriemortalität 257.
- Fairbanks, Idiopathischer oder essentieller Hydrops im Kindesalter 87.
- Fischer, Ungar, Rey und Selter, Die Tuberkulose des Säuglingsalters 230.
- Garreau, Die pneumonischen Pseudo-Appendiziten 108.
- Göpfert, La tuberculose du péritoine 278.
- Goldmann, Protolin „Roche“ 91.
- Grèze, Des rapports de la rougeole avec la tuberculose 102.
- Gripson, Thiocol bei Lungentuberkulose 258.
- Grünfeld, F. G., Über die Tuberkulose im ersten Kindesalter 13.
- Grünfeld, Joseph, Nafalan 90.
- Guinon, De l'abus du lait en thérapeutique infantile 186.
- Gutmann, Über Theocin als Diureticum im Kindesalter 159.
- Habs, Die Biersche Stauung 17.
- Hagenbach, Die Muskeln rachitischer Kinder 180.
- Hallé, De la dermatite herpétiforme chez l'enfant 235.
- Haushalter et Richon, Deux cas de lymphadénie dans l'enfance 185.
- Hecker, Örtliche Ätzungen bei Diphtherie 58.
- Heim, Klinische Erfahrungen über Blösen 158.
- Heimann, Erythema infectiosum morbilliforme 7.
- Säuglingstuberkulose 80.
- Colondilatation 81.
- Henle, Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie 164.
- Hirsch, Ein neues Thymianpräparat „Solvin“ 135.
- Hoffa, Die Behandlung der Gelenktuberkulose im Kindesalter 102.
- Hoffmann, Alkoholische Lebercirrhose im Kindesalter 182.
- Hugelshofer, Über Spondylitis 64.
- Hukiewicz, Über Masern-Scharlachfälle 153.
- Ibrahim, Kongenitale Pylorusstenose 180.
- Zerebrale Diplegie 181.
- Jessner, Schwere Bromoformvergiftung 41.
- Joachimsthal, Ein Fall von geheilter spondylitischer Lähmung 134.
- Jonnesco, Appendizitis 183.
- Joseph, Über Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo 111.
- Ker, The open-air treatment of bronchopneumonia complicating whooping cough 83.
- Kinner, Das kolloidale Wismuthoxyd bei Verdauungsstörungen im Säuglingsalter 16.
- Kittel, Therapie des Keuchhustens 35.
- Körner, Über den Einfluss von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus 110.
- Kouindjy, Die Massage bei Tabes dorsalis 163.
- Krautwig, Traumatische Neurasthenie 78.
- Laryngospasmus und manifeste Tetanie 78.
- Geschwür der linken Wange 255.
- Verknöcherungslücken der Seitenwandbeine 255.
- Kredel, Akute Darmvagination im Kindesalter 108.
- Labbé, Die Probe der alimentären Chlorurie bei Scharlach und Diphtherie 11.
- Laquer, Therapeutische Effekte des Bismuths und seiner Verbindungen, namentlich der Bismuthose 41.
- Laurent, De la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfant 114.
- Leroux, Marine Behandlung der tuberkulösen Peritonitis 34.
- v. Leube, Über Albuminurie bei Aortenklappen-Insuffizienz 131.
- Lhota, Die medizinische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis 205.
- Lobedank, Behandlung der Erkrankungen der Augenbindehaut 38.
- Louvenheim, Fucol, ein vollwertiger Ersatz des Lebertrans 135.
- Lütje, Über febrile Albuminurie nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Zylinder 105.
- Maas, Hörstummheit 5.
- Probleme der Kindersprache 229.
- Mendelsohn, Medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose und der Skrofulose 82.
- Méry et Guillemot, Dyspepsie gastrique avec spasme du pylore chez les nourissons 284.
- Moizard, Denis et Rabé, Les tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant 236.
- Moizard et Grenet, Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses 279.
- de Montigny, Etude clinique sur l'angine de Vincent 184.
- Morax, Les ophthalmies du nouveau-né 281.

- v. Mosetig-Moorhof, Erfahrungen über Jodoformknochenplombe 111.
- Müller, Beobachtungen über Koplik'sche Flecke, Diazo-Reaktion und Fieber bei Masern 174.
- Nadoleczny, Über Erkrankungen des Mittelohrs bei Masern 233.
- Nathan, Etiology of Rhachitis 132.
- Neter, Laryngospasmus, Tetanie und Eklampsie 88.
- Hämaturie als einziges Symptom Barlow'scher Krankheit 212.
- Netter, Behandlung der Diphtherie mit Kollargol 279.
- Neumann, Soxhlets Nährzucker 62.
- Neurath, Nervöse Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens 280.
- Oberwintler, Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme 101.
- Osswald, Über akute Leukämie 134.
- Pallikan, Säuglings-Gastroenteritis und Cholera infantum 283.
- Patricot, La gelatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles 109.
- Perckery und Terrien, Arthropathies syphilitiques 280.
- Pinet, Thiocol im Kindesalter 258.
- Porak et Durante, Une epidémie de coqueluche dans un pavillon de prématurés 184.
- Porias, Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Schwefels in Form des Thigenols in der Dermatotherapie 159.
- Presta und Tarruella, Über die Verwendung der Bierhefe bei der Behandlung verschiedener Infektionskrankheiten 129.
- Rahn, Tracheotomie und Intubation als Stenosenoperation bei Diphtherie 151.
- Ratner, Die Sommerdiarrhöe bei Kindern 85.
- Raymond, Über einen Fall von familiärer spastischer Paralyse 66.
- Reichelt, Über Kufekes Kindermehl 189.
- Rensburg, Angeborene Gliederstarre 255.
- Rey, Enuresis 6.
- Liliput-Phonendoskop 10.
- Ritter, Über Bandwurmkuren im Kindesalter 109.
- Rosthorn, Über eine epidemische Darm-erkrankung bei Neugeborenen 182.
- v. Rothschild, Über die Behandlung der Gastroenteritis durch abgerahmte und angesäuerte Milch 205.
- Schlossmann und Seiffert, Die Kindermilchfrage 206.
- Seiffert, Die Lumbalpunktion bei Urämie 236.
- Selter, Fibrös entartete Nieren 9.
- Die Gerüche des Säuglingsfäces 84.
- Arthritis fibrosa 254.
- Darmvagination 254.
- Sembritzki, Der Nutzen der Formalinlampe „Hygiea“ insbesondere bei Keuchhusten 65.
- Sheffield, Hydrotherapie, electricity and massage in treatment of diseases of children 115.
- Siegert, Beitrag zur Lehre von der Rachitis 63.
- Siegmann, Über die Anwendung des Protlylin „Roche“ bei Neurosen 162.
- Simon, Prognose der Diphtherie durch Untersuchung des Blutes 10.
- Sintenis, Über Pegnimilch 136.
- Soltmann, Keuchhusten und Zypressenöl 128.
- Spierer, Über Skoliokoiditis und Perityphlitis im Kindesalter 131.
- Spitschka, Zur Frage der angeborenen Rachitis und der Phosphorbehandlung 132.
- Spitzky, Zur chronischen Arthritis des Kindes 133.
- Spolverini, Des ferments solubles dans le lait 133.
- Stamm, Über Pylorusstenose im Säuglingsalter 157.
- Stefanescu-Zanoaga, Die Cerebrospinal-Meningitis mit reinem Pfeiffer 15.
- Tobler, Ueber Phosphaturie 181.
- Lumbalpunktion im Kindesalter 286.
- Uffenheimer, Zusammenhänge zwischen Diphtherie und Scharlach 232.
- Veau, Fisteln der Urethra durch zirkuläre Zusammenschnürung des Penis 18.
- Vernescu, Ein Fall von Morbus Addisonii „forme fruste“ behandelt mit suprarenaler Opothérapie 282.
- Vicq, La mort dans la chorée 116.
- Vierordt, Säuglingsstation, Säuglingsambulanzen und Milchkühe 179.
- Besserung und Heilung von umschriebenen Bronchiektasien der Unterlappen durch Wegnahme von Rippen 180.
- Voix, L'allaitement mixte 62.
- Vulpinus, Fortschritte in der Behandlung schwerer Kinderlähmung 181.
- Wagner, Prophylaxe und Therapie der Lungentuberkulose 34.
- Wertheimer, Lumbalpunktion bei Meningitis 285.
- Windscheid, Über die Behandlung der Chorea 129.
- Zlocisti, Die Steigerung der Sekretion bei stillenden Müttern 158.

## Gesundheitspflege.

- Beyer, Wandern als Mittel der Jugendbildung 189.
- Finkelstein und Ballin, Die Waisensäuglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl 93.
- Hecker, Die Abhärtung der Kinder. Ein Mahnwort und Wegweiser für alle Mütter 67.
- Kriege, Über sanitätspolizeiliche Massnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der Diphtherie 164.

- Kruse und Döpner, Die Ruhr und ihre Bekämpfung 263.  
 Mayet, 25 Jahre Todesursachenstatistik 42.  
 Ostertag, Versorgung der Städte mit einwandfreier Säuglingsmilch 190.  
 Vulpus, Rückgratsverkrümmung und Schule 137.

### Rezensionen.

- Am Ende, Das Schulbrausebad und seine Wirkungen 213.  
 Aufrecht, Über die Lungenschwindsucht 165.  
 Baur, Hygienischer Bilder-Atlas für Haus und Schule 45.  
 Berninger, Ziele und Aufgaben der modernen Schul- und Volkshygiene 139.  
 Biedert u. Fischl, Lehrbuch der Kinderkrankheiten (12. Aufl.) 138.  
 Brüning, Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis 69.  
 Clericus, Wie erhalten wir unsern Kindern die schöne Stimme 70.  
 Combe, Die Nervosität des Kindes (übersetzt von Faltin) 20.  
 Eichholz und Sonnenberger, Kalender für Frauen- und Kinderärzte 1904. 8. Jahrgang 70.  
 Elgart, Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe 165.  
 Flatau, Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Heft 1: Die Ischias 20.  
 Frobenius, Völkerkunde in Charakterbildern 166.  
 Göbel, Die Basedowsche Krankheit und deren Behandlung 288.  
 Hackl, Für Mutter und Kind 165.  
 Hagenbach-Burckhardt, Über die häusliche Pflege des kranken Kindes 21.  
 Hetsch, Die Grundlagen der Serumdiagnostik und deren Bedeutung für den Praktiker 287.  
 Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde. Bd. 1. 44.  
 Idelberger, Die Entwicklung der kindlichen Sprache 212.  
 Jessner, Die Hautleiden kleiner Kinder 69.  
 Kronfeld, Die Zähne des Kindes 138.  
 Marfan, Handbuch der Säuglingstherapie und der Ernährung im frühen Kindesalter (übersetzt von Fischl) 94.  
 Oppenheim, Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters 68.  
 Oppenheimer, Die natürliche und künstliche Säuglingsernährung 95.  
 Pfeiffer, Regeln für die Pflege von Mutter und Kind. 1. Teil: Regeln für das Spielalter. 2. Teil: Regeln für das Schulalter 139.  
 Rether, Therapie im Säuglingsalter 138.  
 Schill, Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1902. 9. Jahrgang 45.  
 — Dr. G. Becks therapeutischer Almanach für 1904. 31. Jahrg. 213.  
 Schneider, Des Volkes Kraft und Schönheit 20.  
 Schürmayer, Kurzer Überblick über die Grundzüge der Röntgentechnik des Arztes 118.  
 Seiffert, Die Versorgung der grossen Städte mit Kindermilch. 1. Teil: Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Kindermilchversorgung 94.  
 Trumpp, Gesundheitspflege im Kindesalter. 2. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter 19.  
 Wehmer, Büsing und Krollick, Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. 1. Abtlg. 45. 2. Abtlg. 118.  
 Weicker, Beitrag zur Frage der Volksheilstätten 214.  
 Zuckerkandl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen 5. (Schluss-)Heft. 287.

## Sach-Register.

### A.

- Abhärtung der Kinder 67.  
Abszesse, tuberkulöse extrakapsuläre, Exstirpation ders. 78.  
Achole 35.  
Addison'sche Krankheit 23, 282.  
Adenitis scrofulosa 96.  
Albuminurie 105, 131.  
Almanach, Dr. Becks therapeutischer. 31. Jahrgang 213.  
Anatomie, topographische, Atlas ders. 5. Heft 287.  
Angina simplex 45.  
— ulcerosa 279.  
— Vincenti 86, 184.  
Anorexie 96.  
Aortenklappen-Insuffizienz und Albuminurie 131.  
Appendizitis 131, 156, 185.  
Arthritis, chronische der Kinder 133.  
— fibrosa 254.  
Asomnie 96, 168.  
Atrophie, muskuläre progressive 117, 192, 260.  
Augenbindehaut, Behandlung von Krankheiten ders. 38.  
— Nasale Infektion ders. 167.  
Autointoxikation, intestinale 106.

### B.

- Bacter. coli 215.  
Bäder bei akuten Krankheiten im Kindesalter 114.  
Balanitis 168.  
Bandwurmkuren im Kindesalter 109.  
Barlowsche Krankheit 212.  
Basedowsche Krankheit 24, 288.  
Bierhefe bei Infektionskrankheiten 129.  
Biersche Stauung (venöse Hyperämie) 17, 164.  
Bioson 158.  
Bismuth und seine Verbindungen, therapeutischer Effekt ders. 41.  
Blasenkatarrh bei Kindern 145.  
Blepharitis 96, 168.  
Brandwunden 48.

- Bromoformvergiftung bei einem 3jährigen Kinde 41.  
Bronchiektasie 180.  
Bronchitis 143.  
Bronchopneumonie 83.  
Buttermilchernährung 40, 141, 256.

### C.

- Cerebrospinale Meningitis 15.  
Cerebrospinalflüssigkeit, Cytodiagnose ders bei Meningitiden und Pseudomeningitiden der Kinder 60.  
Chinin bei Kindern 167.  
Chlorurie, alimentäre bei Scharlach und Diphtherie im Kindesalter 11.  
Cholera nostras infantum 85, 96, 283.  
Chorea 116, 129, 168.  
Cirrhosis alcoholica 182.  
— tuberculosa 60.  
Colondilatation 81.  
Coxa vara 117.  
Coxalgie 191.

### D.

- Darmerkrankung, epidemische bei Neugeborenen 182.  
— invagination, akute im Kindesalter 108, 205.  
— katarrh vid. Enter. acut., Diarrhöe  
— krankheiten im Säuglingsalter 166, 288.  
Dekanülements-Beschwerden 117.  
Dermatitis herpetiformis (de Dühring-Brocq) 235.  
Diabetes mellitus, Operationen bei dems. 110.  
Diagnostik, Jahresbericht über die Fortschritte ders. 1902. 45.  
Diarrhöe 47, 48, 85, 109, 187.  
Diphtherie 10, 11, 35, 47, 58, 101, 141, 143, 150, 164, 216, 232, 238, 257, 279.  
— heilserum 101, 141, 216, 238, 257.  
Diplegie, zerebrale 181.  
Diuretikum im Kindesalter 159.  
Drüsenfieber 59.  
Dyspepsie 96, 186, 284.



## E.

- Eklampsie 88.  
 Ekzem 49, 144.  
 Elektrizität bei Kinderkrankheiten 115.  
 Enterokataarrh und Enteritis vid. auch Diarrhöe, Cholera nostras, Gastroenteritis 48, 96, 119, 191, 237.  
 Enuresis 6, 46.  
 Ernährung der Säuglinge, gemischte 62.  
 — künstliche 23.  
 — natürliche 193.  
 — natürliche und künstliche 95.  
 — in schwierigen Fällen 273.  
 Erythema infectiosum morbilliforme 7.  
 Exantheme, akute, Prophylaxe ders. 152, 165.  
 — nach Diphtherieheiserum 101.  
 Extracta Thymi saccharata 169.

## F.

- Fäces der Säuglinge, Geruch ders. 82.  
 Febris 168.  
 Fermente, lösliche in der Milch 187.  
 Fettsorption bei Kindern 239.  
 Formalin-Lampe Hygiea 65.  
 Frakturen des Humerus 143.  
 — des Unterschenkels 239.  
 Fucol als Ersatz für Lebertran 135.

## G.

- Gangrän bei Scharlach 264.  
 Gastroenteritis 205, 283.  
 Gaumenmandeln, bösartige Geschwülste ders. 236.  
 Gelatine bei infantilen Diarrhöen 109.  
 Gelenktuberkulose im Kindesalter 102.  
 Gesundheitspflege im Kindesalter 19.  
 Gliederstarre, angeborene 255.  
 Gonitis, subchronische 117.

## H.

- Hasenscharte 240.  
 Hautleiden kleiner Kinder 69.  
 Hefepilze und Bakterium coli 215.  
 Hemiplegie nach Keuchhusten und Diphtherie 141.  
 Hörstummheit 5.  
 Hydra-Elektrifizierstab 168.  
 Hydrocephalus, chronischer 71.  
 Hydrops, idiopathischer oder essentieller im Kindesalter 87.  
 Hydrotherapie bei Kinderkrankheiten 115.  
 Hygienischer Bilder-Atlas für Haus und Schule 45.

## I. J.

- Impfpocken, Behandlung derselben nach den Prinzipien der modernen Chirurgie 25.  
 Inguinalhernie 215.

- Influenza 143.  
 Intestinale Autointoxikation 106.  
 Intoxikationen, ökonomische, akzidentelle und medikamentöse im Kindesalter 265.  
 Intubation 151.  
 Ischias 20.  
 Jodoformknochenplombe 111.  
 Jodferratose 187.  
 Jugendgerichte 173.

## K.

- Kalender für Frauen- und Kinderärzte 1904. 70.  
 Keratitis phlyotaenulosa 96.  
 Keuchhusten 35, 48, 65, 83, 128, 141, 144, 168, 184, 280.  
 Kinderheilkunde, Lehrbuch ders. 1. Teil 43.  
 — krankheiten. Lehrbuch der 12. Aufl. 138.  
 — lähmung 181.  
 — milch, Versorgung der Städte mit derselben 1. Teil 94.  
 — milchfrage 206.  
 — psychologie und Heilpädagogik, Aufruf an die Vereinigungen ders. 261.  
 Klumpffuss 286.  
 Kochsalz und tuberkulöse Peritonitis 216.  
 — vergiftung 22.  
 Kolloidales Silber bei Drüsenschwellungen 238.  
 — Wismuthoxyd bei Verdauungsstörungen im Säuglingsalter 16.  
 Kongress für innere Medizin 1904. 48.  
 — für internationale Erziehung und häuslichen Schutz von Kindern 240.  
 — für Schulhygiene 1904. 48, 97.  
 5. internationaler für Dermatologie 72.  
 Kraft und Schönheit des Volkes 20.  
 Kreosotal bei Erkrankungen der Atmungsorgane 16.  
 Kufeke's Kindermehl 188, 189.

## L.

- Lactagol 158, 264.  
 Lähmung, familiäre spastische 166.  
 — polio-myelitische 181.  
 — spondylitische 134.  
 Laryngitis subglottica 86.  
 Laryngospasmus 78, 88.  
 Lebercirrhose 60, 182.  
 Leukämie, akute 23, 134.  
 Lichen scrofulosus 105.  
 Lumbalpunktion 236, 285, 286.  
 Lungenhernie 215.  
 Lupus 144.  
 Lymphadenitis 185.

## M.

- Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters, neuere Arbeiten über dies. 217, 241.  
 Masern vid. Morbilli  
 Massage 115, 162.

Meningitis cerebrospinalis 15.  
 — serosa acuta 14 285.  
 — simplex 117.  
 — tuberculosa 142, 167, 285.  
 Mesenterialdrüsen, gutartige und suspekter  
 Hyperplasie ders. 147.  
 Milch 45, 64, 186, 187, 190.  
 Mittelohrerkrankung 72, 233.  
 Moralisches Irresein 75.  
 Morbilli 12, 23, 48, 102, 143, 153, 154, 233.  
 Morbus Addisonii 282.  
 — Barlow. 212.  
 — Basedowii 211, 282.  
 Muskelatrophie, progressive 117, 260.  
 — Typus Charcot-Marie 192.  
 Mutter und Arzt 28  
 — und Kind 165.  
 Myosite ossificante progressive 260.

## N.

Nabeladenom 288.  
 Nährzucker 62.  
 Nafalan 90.  
 Nephritis 46.  
 Nervosität des Kindes 20, 66.  
 Neugeborenen, Todesursachen bei dens. 120.  
 Neuralgien im Kindesalter 168.  
 Neurasthenie, traumatische 78.  
 Neurosen im Kindesalter 162.  
 Nieren, fibrös-zystisch entartete 9.  
 Nordsee-Sanatorium Südstrand-Föhr 144.

## O.

Obstipation im Kindesalter 250.  
 — im Säuglingsalter 62.  
 Odda 46.  
 Ohr, Fremdkörper in dems. 87.  
 Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 47, 144,  
 155, 281.  
 Otitis media 72, 233.

## P.

Paralyse, familiäre spastische 66.  
 Peganmilch 136.  
 Pemphigus neonatorum 234.  
 Penis, kongenitaler Defekt dess. 216.  
 Pepsin bei Verdauungsstörungen im Säug-  
 lingsalter 61.  
 Peritonitis tuberculosa 34, 72, 155, 205, 216,  
 278.  
 Perityphlitis im Kindesalter 131, 156, 185.  
 Perniones 168.  
 Pflege, häusliche des kranken Kindes 20.  
 — von Mutter und Kind, Regeln für dies.  
 3. Teil: Regeln für das Spielalter 4. Teil:  
 Regeln für das Schulalter 139.  
 Phimose 119.  
 Phonendoskop Liliput 10.  
 Phosphaturie 181.  
 Phosphorbehandlung der Rhachitis 132.  
 Pneumonie 143.  
 Pneumonische Pseudo-Appendizitiden 108.

Progressive Muskelatrophie 117.  
 Protargin „Roche“ 91, 162.  
 Prurigo 111.  
 Pseudo-Appendizitiden, pneumonische 108.  
 Pseudobulbärparalyse 47.  
 Pyelitis, akute primäre im Säuglingsalter 167.  
 Pylorusstenose im Säuglingsalter 157, 180.

## R.

Rachenmandel, akute Entzündungen ders. 120.  
 Radiusdefekt, angeborener 216.  
 Rhachitis 63, 118, 132, 163, 180.  
 Rheumatismus 168, 191.  
 Röntgentechnik des Arztes, kurzer Überblick  
 über dies. 118.  
 Rogersche Krankheit 95.  
 Rückgratsverkrümmung und Schule 137.  
 Ruhr 263.

## S.

Säuglingsalter, Therapie in dems. 138.  
 — dispensarium 216.  
 — ernährung 23, 62, 98, 193.  
 — milch, Versorgung der Städte mit ein-  
 wandfreier 190.  
 — station, Säuglingsambulanz und Milch-  
 küche 179.  
 — therapie, Handbuch ders. und der Er-  
 nährung im frühen Kindesalter 94.  
 Scarlatina 11, 143, 153, 232, 238, 264.  
 Scharlach vid. Scarlatina  
 — Streptokokkenserum, Mosersches 84.  
 Schul- und Volkshygiene, moderne Ziele und  
 Winke ders. 139.  
 — brausebad 213.  
 — hygiene, Enzyklopädisches Handbuch ders.  
 1. Abt. 44, 2. Abt. 118.  
 — pflichtiges Alter, Körper- und Geistespflege  
 in dems. 18.  
 — Serumdiagnostik 287.  
 Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindes-  
 alter 131.  
 Skorbut, infantiler 282.  
 Skrofulose 72, 82, 140, 187, 196.  
 Solvin, ein neues Thymianpräparat 135.  
 Sommerdiarrhöe bei Kindern 85.  
 Soor 140.  
 Soxhlet's Nährzucker 62.  
 Spondylitis 64, 134.  
 Spondylitische Lähmung 134.  
 Sprache, kindliche, Entwicklung ders. 212.  
 — — Probleme ders. 29.  
 — Störungen ders. infolge von Zwangsvor-  
 stellungen 2.  
 Sterblichkeit der kleinen Kinder 142.  
 Stillende Mütter, Steigerung der Sekretion  
 bei dens. 158.  
 Stillungsunfähigkeit 70.  
 Stimme, wie erhalten wir unsern Kindern.  
 die schöne St. 70.  
 Stomatitis ulcerosa 279.  
 Strophulus infantum 111.

Stuhlverstopfung 62, 250.  
 Styracol 237.  
 Syphilis 117, 182, 187, 190, 280.

## T.

Tabes dorsalis 162.  
 Tannin-Präparate bei Darmkrankheiten im Säuglingsalter 166.  
 Tetanie 88.  
 Theocin 159.  
 Therapie im Säuglingsalter 138.  
 Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis 69.  
 Thigenol bei Erkrankungen des Gehörorgans 31.  
 — in der Dermatologie 121, 159.  
 Thiocol 258.  
 Thymi saccharata, Extracta 169.  
 Thymusdrüse und Marasmus bei Kindern 22.  
 Tics im Kindesalter 8.  
 Todesursachen bei Neugeborenen 120.  
 — statistik, 25 Jahre 42.  
 Tracheotomie 141.  
 Trachom 72, 96, 144.  
 Typhus abdominalis 215, 216.  
 — geschwüre Perforation ders. 215.  
 Tuberkulose 12, 13, 34, 57, 72, 78, 80, 82, 102, 105, 155, 165, 167, 204, 205, 214, 230, 255, 258, 278.

## U.

Uraemie 236.  
 Urethra, Fisteln ders. durch zirkuläre Zusammenschnürung der Rute 18.

Urethra, Prolaps ders. bei kleinen Mädchen 142.  
 Urticaria 111.

## V.

Varicellen 96.  
 Variola und Varicellen 96.  
 Velum palatinum, angeborene Paralyse dess. 215.  
 Verein, deutscher für öffentliche Gesundheitspflege, Jahresversammlung dess. 1904. 144.  
 — deutscher für Volkshygiene, Generalversammlung dess. 189.  
 Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte, Berichte über die Versammlungen ders. 5, 78, 229, 254.  
 — südwestdeutscher Kinderärzte Berichte über die Versammlungen ders. 117, 179.  
 Verknöcherungslücken der Seitenwandbeine 255.  
 Völkerkunde in Charakterbildern 166.  
 Volksheilstätten 214.  
 Vulnere 47.

## W.

Waisensäuglinge in Berlin und ihre Verpflegung im städtischen Kinderaasyl 92.  
 Wandern als Mittel der Jugendbildung 189.  
 Wange, tuberkulöses Geschwür ders. 255.

## Z.

Zähne des Kindes 138.  
 Ziehkinder-Überwachung, Ärztliche 24.  
 Zypressenöl bei Keuchhusten 128.

## Autoren-Register.

- Alfaro 12.  
Alsberg 8, 9.  
Alt 89.  
Am Ende 213.  
Apt 2.  
Aronheim 12, 143.  
Arraga 40.  
D'Astros 141.  
Aufrecht 165.  
Axel-Johannesen 48.  
Babonneix 260.  
Badt 16.  
Ballin 92, 234.  
Bardach 187.  
de Bary 117.  
Baur 45.  
Beck 14.  
Beckmann 120.  
v. Behring 57.  
Berninger 139.  
Bernstein 216.  
Berturello 72.  
Beyer 189.  
Biedert 138.  
Billon 288.  
Bing 190.  
Bloch 80, 231.  
Bode 167.  
v. Bókay 84.  
Bollintineanu 238.  
Broca 191.  
Brüning 69.  
Buchsbaum 188.  
Büsing 44, 118.  
Büttner 73.  
Buschke 182.  
Buxbaum 211.  
Cahen-Brach 217.  
Cantrowitz 256.  
Cardamatis 141.  
Carrière 60.  
Chartier 204.  
Chavialle 71.  
Cheadle 35.  
Cheinisse 156.  
Christiani 72.  
Clamann 62.  
Clericus 70.  
Cohn 48.  
Combe 106.  
Comby 23, 95, 105, 238, 260,  
282.  
Concetti 23.  
Cruchet 45.  
Cuno 117.  
Curtius 47.  
Dauber 156.  
Davel 260.  
Deguy 86, 215.  
Demange 60.  
Denis 236.  
Deroly 47.  
Döpler 86.  
Döpner 263.  
Dörfler 155.  
Dreher 7, 8, 257.  
Drysdale 216.  
Durante 184.  
Dylon 286.  
Edlefsen 61.  
Eichholz 70.  
Elgart 152, 165.  
Engels 237.  
Eulenburg 48.  
Faber 257.  
Fairbanks 87.  
Faltin 20.  
Feillard 238.  
Felix 96.  
Finkelstein 92.  
Fischer 230.  
Fischl 138.  
Flatau 20.  
Fraser 141.  
Frobenius 166.  
Frontini 215.  
Fürst 25, 147.  
Garreau 108.  
Gerson 119.  
Giffard 191.  
Göbel 288.  
Göpfert 278.  
Goldmann 91, 264.  
Gradinescu 239.  
Grenet 279.  
Grèze 102.  
Gripon 258.  
Grünfeld 13, 90.  
Guillemot 284.  
Guinon 186.  
Gutmann 159.  
Habs 17.  
Hackl 165.  
Hagenbach - Burckhardt 21,  
180.  
Halász 167.  
Hallé 235.  
Hartwig 167.  
Haushalter 185.  
Hecker 58, 67.  
Heim 158.  
Heimann 7, 8, 80, 81.  
Henle 164.  
Herrfurth 139.  
Hetsch 287.  
Heubner 43.  
Hirsch 135.  
Hirschhorn 167.  
Hoffa 102.  
v. Hoffmann 72.  
Hoffmann W. 182.  
Hoor 144.  
Hukiewicz 153.  
Hüppe 48.  
Hügelshofer 64.  
Ibrahim 180, 181.  
Idelberger 212.  
Illoway 140.  
Jessen 41.  
Jessner 49, 69.  
Joachimsthal 134.  
Jompson 215.  
Jonnescio 185.  
Joseph 111.  
Kablé 140.  
Kaupe 7.  
Ker 83.  
Kinner 16.  
Kirmisson 288.  
Kittel 35.  
Klatt 217, 241.  
Körner 110.  
Koundjy 163.  
Krautwig 78, 232, 255.  
Kredel 108.  
Kriege 164.  
Krollick 44, 118  
Kronfeld 138.  
Kruse 263.  
Kühner 28, 173, 265.

- Labée 11.  
 Lamblin 142.  
 Lamm 9.  
 Lampadaride 143.  
 Landry 191.  
 Laquer 41.  
 Laurent 114.  
 Le Gendre 48.  
 Leroux 34.  
 v. Leube 131.  
 Lhota 205.  
 Liebermann 48.  
 Lobedank 98.  
 Louvenheim 135.  
 Lüttje 105.  
 Lustgarten 23.  
 Maas 5, 229.  
 Manolescu 142.  
 Marchand 48.  
 Marfan 94.  
 Mayer 9.  
 Mayet 42.  
 Meitner 169.  
 Mendelsohn 82.  
 Mensi 216.  
 Merklen 239.  
 Mery 284.  
 v. Mettenheimer 117.  
 Mexnil 70.  
 Meyer 145.  
 Moizard 236, 279.  
 de Montigny 184.  
 Moore 143.  
 Morax 281.  
 v. Mosevig-Moorhof 111.  
 Müller, E. 46.  
 Müller, O. 154.  
 Munteano 119, 240.  
 Nadoleczny 233.  
 Nathan 132.  
 Neumann 62.  
 Neurath 281.  
 Neter 88, 212, 250.  
 Netter 279.  
 Nobécourt 214, 239.  
 Noica 192.  
 Oberwinter 101.  
 Oppenheim 68.  
 Oppenheimer 95.  
 Osswald 134.  
 Ostertag 190.  
 Ostrowski 144.  
 Pacyner 121.  
 Paffenholz 6, 9.  
 Pallikan 283.  
 Patricot 109.  
 Perckery 280.  
 Petrescu 238.  
 Pfeiffer 139.  
 Pinet 258.  
 Porak 184.  
 Porias 159.  
 Ponticaccia 216.  
 Preiss 166.  
 Presta 129.  
 Puoti 215.  
 Rabé 236.  
 Rahn 151.  
 Raimondi 45.  
 Ratner 85.  
 Raymond 66.  
 Reichelt 189.  
 Rensburg 255.  
 Rether 138.  
 Rey 6, 7, 8, 10, 79,  
 81, 231.  
 Richon 23, 185.  
 v. Ritter 109.  
 Rocchi 216.  
 Romberg 48.  
 Roschansky 119.  
 v. Rosthorn 182.  
 v. Rotschild 205.  
 Ruhrah 22.  
 Schill 45, 213.  
 Schlossmann 206.  
 Schneider 20.  
 Schwab 190.  
 Schütze 72.  
 Séailles 214.  
 Seiffert 94, 208, 236.  
 Selter 6, 8, 9, 79, 81, 82,  
 231, 232, 254, 256.  
 Sembritzki 65.  
 Sheffield 115.  
 Sickinger 48.  
 Siegert 24, 63, 118, 166.  
 Siegmann 162.  
 Sigogne 46.  
 Simon 10, 142.  
 Sintenis 136.  
 Solt 72.  
 Soltmann 128.  
 Sonnenberger 70.  
 Spiegelberg 194.  
 Spieler 131.  
 Spietschka 132.  
 Spitz 133.  
 Spolverini 187.  
 Stamm 157.  
 Stanton 215.  
 Stefanescu-Zanaoga 15.  
 Strauss 232.  
 Strominger 119.  
 Taruella 129.  
 Terrien 280.  
 Thomas 273.  
 Tobler 181, 286.  
 Trumpp 19.  
 Uffenheimer 232.  
 Ungar 6, 8, 80.  
 Urbantschitsch 31.  
 Variot 215.  
 Veau 18.  
 Vernescu 282.  
 Vicq 116.  
 Vierordt 179, 180.  
 Vitry 214.  
 Voix 62.  
 Vulpius 137, 181.  
 Wagner 34.  
 Wehmer 44, 118.  
 Weicker 214.  
 Weil 144.  
 Wertheimer 285.  
 Weyl 8, 80.  
 Windscheid 129.  
 Zahorsky 22, 46.  
 Zlocisti 158.  
 Zuckerkandl 287.

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

---

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

---

**XV. Jahrg.**

**Januar 1904.**

**No. 1. (169.)**

---

**Inhalt:** Originalien: **Apt**, Zwei Fälle von Störung der Sprache in Folge von Zwangsvorstellungen. 2. — **Referate:** **Rey**, Bericht über die 15. Sitzung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Cöln: **Maas**, Hörstummheit 5; **Rey**, Enuresis bei Kindern 6; **Heimann**, Erythema infectiosum morbilliforme 7; **Dreher**, Tics im Kindesalter 8; **Selter**, Fibroszystisch entartete Nieren 9; **Rey**, Demonstration eines Phonendoskops 9. **Simon**, Diphtherie. 10. — **Labbé**, Chlorurie bei Scharlach und Diphtherie. 11. — **Aronheim**, Masern. 12. — **Alfaro**, Tuberkulose. 12. — **Grünfeld**, Tuberkulose. 13. — **Beck**, Meningitis serosa acuta. 14. — **Stefanescu-Zanoaga**, Cerebrospinal-Meningitis. 15. — **Kinner**, Colloidales Wismuth bei Verdauungskrankheiten der Kinder. 16. — **Badt**, Kreosotal bei Erkrankungen der Atmungsorgane. 16. — **Habs**, Biersche Stauung. 17. — **Veau**, Fisteln der Urethra. 18. — **Rezensionen:** **Trumpp**, Gesundheitspflege im Kindesalter. 2. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter. 19. — **Combe** (übersetzt von **Faltin**), Die Nervosität des Kindes. 20. — Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen. Heft 1: **Dr. G. Flatau**, Die Ischias. 20. — **Schneider**, Des Volkes Kraft und Schönheit. 20. — **Hagenbach-Burckhardt**, Die häusliche Pflege des kranken Kindes. 21. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 22.

---

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

---

## Abonnements-Einladung.

Der „Kinder-Arzt“ beginnt mit dieser Nummer den 15. Jahrgang seines Erscheinens. Indem wir auf die schon öfter gekennzeichnete Tendenz unseres Blattes, den praktischen Ärzten in kurzen Besprechungen das Wichtige und Wertvolle unter den neueren Veröffentlichungen der Pädiatrie zur Kenntnis zu bringen und so die Fortschritte der Kinderheilkunde den Ärzten zum Gemeingut werden zu lassen, kurz hinzuweisen uns gestatten, dürfen wir wohl an dieser Stelle allen denen, die uns in unseren Bestrebungen bisher unterstützt haben, unseren Dank abtatten und den Wunsch aussprechen, dass diese Unterstützung uns auch weiterhin in ausgiebiger Weise gewährt werde.

Zum Abonnement auf unsere Zeitschrift gestatten wir uns hiermit ergebenst einzuladen.

**Die Redaktion.**  
Worms.

**Der Verlag.**  
Leipzig.

## Zwei Fälle von Störungen der Sprache in Folge von Zwangsvorstellungen.

Von Dr. med. H. Apt (Breslau).

Vor einigen Monaten wandte sich ein etwa 16jähriger Gymnasiast an mich um Rat wegen einer eigentümlichen Sprachstörung, an der er schon über Jahresfrist litt und deren wirksame Bekämpfung zu seinem und seiner Eltern Kummer nicht gelingen wollte. Es waren schon mannigfache Kuren medikamentöser und hygienisch-diätetischer Art unternommen worden, alles ohne Erfolg.

Die Sprachstörung bestand in dem Unvermögen, zu gewissen Zeiten und Momenten überhaupt sprechen zu können. Namentlich war die Schule derjenige Ort, wo sich dieses Unvermögen ganz besonders bemerkbar machte, und während es in der ersten Zeit des Leidens hin und wieder noch möglich war zu sprechen, war Pat. in den letzten Monaten nicht mehr imstande, in der Schule zu sprechen; schliesslich mussten alle Antworten auf gestellte Fragen schriftlich erteilt werden; dies war ohne besondere Schwierigkeiten zu bewerkstelligen. Von der Erlaubnis der Lehrer, unaufgefordert sprechen zu dürfen, machte T. keinen Gebrauch, weil ihm auch dieses nicht ausführbar erschien.

Im Elternhause, sowie näheren guten Bekannten gegenüber war T. in der Sprache nicht behindert.

Die erste Beobachtung sprachlicher Behinderung machte T. vor etwa 1 $\frac{1}{2}$  Jahren gelegentlich einer französischen Unterrichtsstunde; es war ihm in dieser nicht möglich, die Worte „un officier“ auszusprechen.

Von diesem Augenblicke an bemächtigten sich des T. zumeist in der Schule Angstzustände, die ihm das Sprechen immer mehr unmöglich machten.

In der letzten Zeit wurde T. auch schon zu Hause vor dem Schulgang von Angstzuständen befallen, die sich auf seine Sprachanomalie bezogen.

Bezüglich der Anamnese ist zu bemerken, dass T. von gesunden Eltern stammt, die im speziellen nie an einer Sprachstörung gelitten haben, ebenso ist seine einzige jüngere Schwester frei von einer solchen.

Als Knabe machte T. die Masern durch, war aber im übrigen immer völlig gesund gewesen.

T. ist ein kräftiger Jüngling und zeigt körperlich keinerlei Absonderheiten.

In psychischer Beziehung ist eine gewisse Verschlossenheit bemerkbar, die freilich erst zur Entwicklung gekommen sein kann durch die Vorstellung, im Verkehr mit anderen nicht sprechen zu können.

Die vorliegende sprachliche Störung dürfte wohl zutreffend als aphrasia oder mutismus, und da dieselbe von normalen Zuständen abgelöst wurde als aphrasia intermittens zu bezeichnen sein.

In differentiell-diagnostischer Beziehung käme einzig das Stottern und zwar das sogenannte stille oder verdeckte Stottern in Frage. Aber meiner Überzeugung nach ist dieses mit (ziemlicher) Sicherheit auszuschliessen. Denn einmal würde sich das Stottern hier und da gezeigt haben, wenn

T. — also namentlich ausserhalb der Schule — sprach. Dies ist aber nie, auch von mir nicht beobachtet worden. Sodann ist es ein Hauptcharakteristikum des Stotterers, dass er trotz aller Angst vor sogenannten „schwierigen Lauten“ immerhin den Drang zum Sprechen hat oder in den extremsten Fällen erst dann im Sprechen innehält, wenn sich ihm plötzlich Schwierigkeiten entgegenstellen.

In diesem Falle wurde aber sehr häufig überhaupt nicht mehr der geringste Versuch zum Sprechen gemacht, zudem hatte der betreffende auch, ehe er diese Sprachanomalie zeigte, niemals vorher an Stottern gelitten.

Die Sprachstörung an sich stellt sich dar als eine Folge von Zwangsvorstellungen, deren Inhalt dahin geht, dass das Sprechen in der Schule unüberwindliche Schwierigkeiten darbiete. Das ursächliche Moment also ist eine psychische Alteration, die höchstwahrscheinlich mit der Hysterie zu identifizieren ist.

Dass Hysterische häufig für kürzere oder längere Zeit nicht bloss die Stimme, sondern auch die Sprache verlieren können, ist eine längst bekannte Tatsache. Kussmaul\*) erwähnt einige derartige Fälle. Dabei können, wie auch in unserem Falle, weitere Symptome der Hysterie vollkommen fehlen. Charles Bastian\*\*) hebt einige Eigentümlichkeiten des hysterischen Mutismus besonders hervor.

Nach ihm setzt derselbe ziemlich plötzlich ein, oft nach einem Schreck oder heftiger Gemütsbewegung, bisweilen nach einem hysterischen Anfall, hier und da aber auch ohne jede nachweisbare direkte Gelegenheitsursache. Der Intellekt bleibt dabei intakt und die betreffenden sind imstande, wie auch in unserem Fall, ihre Gedanken schriftlich zum Ausdruck zu bringen.

Wir können uns vorstellen, dass bei diesen Fällen sprachlicher Störung der motorische Anreiz zu schwach oder, was dasselbe ist, die Hemmungen zu gross sind, um die kombinierten Muskelbewegungen, welche beim Sprechakt in Aktion zu treten haben, auszulösen.

Die Prognose dieser Art sprachlicher Störung ist erfahrungsgemäss im Allgemeinen eine gute, insofern es bei einer entsprechenden rationellen Behandlung zumeist gelingt, dieselbe vollkommen zu beseitigen.

Die Behandlung selbst muss entsprechend dem kausalen Moment eine vorwiegend psychische sein. Es ist nötig, dass auf die Einbildungskraft und das ganze Vorstellungsvermögen der von der Sprachstörung Betroffenen derart eingewirkt wird, dass die Zwangsvorstellungen allmählich in den Hintergrund treten und abklingen; gelingt dieses, so treten ohne weiteres wieder normale Sprachverhältnisse ein.

Nach einer einleitenden Belehrung, unter welchen Voraussetzungen es jederzeit gelingen müsse, ohne jede Schwierigkeit zu sprechen, und unter häufiger, bei passender Gelegenheit angebrachter Betonung dieser voraussetzenden Bedingungen ging ich dazu über, den T. lesen und sodann den Inhalt des Gelesenen wiedergeben zu lassen. Dabei war ich darauf bedacht, alle die Momente beobachten zu lassen, wie sie auch den Stotterern gegenüber in Frage kommen.

\*) Kussmaul: Die Störungen der Sprache, Leipzig 1877.

\*\*) Bastian: Aphasie und andere Sprachstörungen, aus dem Englischen übersetzt von Moritz Urstein, Leipzig 1902.



Ich hielt auf eine gute Atemtechnik, gute Vokalisation und konsequent durchgeführte ausgiebige Pauseneinteilung. All' dies an sich war schon geeignet, eine gewisse Ablenkung von den vorhandenen Zwangs-ideen herbeizuführen. Ich suchte gewissermassen die letzteren durch die intensive Betonung der andern zu erschüttern und allmählich zu verdrängen. Zum Gegenstand des Lesens und der sonstigen Unterhaltung wählte ich die verschiedenen Fächer des Schulunterrichts — anfänglich mit dem T. allein, später in Anwesenheit anderer, um so den Verhältnissen möglichst nahe zu kommen, unter denen sich die Sprachstörung zumeist gezeigt hatte.

Nach Verlauf von etwa vier Wochen konnte ich den T. mit der sicheren Hoffnung entlassen, dass die Störung dauernd beseitigt sei. In der Tat schrieb mir derselbe nach einiger Zeit, er könne mir zu seiner grossen Freude mitteilen, dass er vollkommen geheilt sei, da das Sprechen jetzt tadellos gehe, wie es vom ersten Tage nach der Entlassung aus der Behandlung gegangen sei; er hätte sich schon wieder so daran gewöhnt, dass von einem Tage zum andern der Gedanke immer mehr schwinde, er hätte einmal nicht sprechen können. Mir gingen, so schreibt er wörtlich, richtig die Augen auf, als ich sah, wie leicht mir das Sprechen wird.

Der zweite Fall — und das ist bezüglich der Genese des Leidens ganz besonders interessant — betraf einen Mitschüler des T., welcher durch den günstigen Erfolg des früheren Leidensgenossen veranlasst wurde, einige Wochen später ebenfalls in meine Behandlung zu treten. Der betreffende ist ein hochaufgeschossener, schwächlicher Jüngling, sehr schüchtern und wenig zugänglich; ein Bruder desselben starb im Alter von 21 Jahren, nachdem er von früher Kindheit an psychisch alteriert und seit dem 10. Lebensjahr in einer Anstalt interniert worden war. P. ist immer ein stiller Knabe gewesen, der sich von jedwedem Umgang mit andern fernhielt. Immerhin kann aus diesen Angaben mindestens auf eine gewisse mangelhafte Widerstandskraft der psychischen Sphäre geschlossen werden, und es erscheint die Annahme sehr plausibel, dass P. infolge der geringen Widerstandskraft seines Zentralnervensystems die Sprachstörung akquiriert hat. Es ist der Ausbruch der krankhaften Erscheinungen in ganz ähnlicher Weise zu erklären, wie etwa bei der Chorea, an welcher bisweilen mehrere Kinder derselben Klasse und zwar vor allem die bezüglich ihres Nervensystems am wenigsten widerstandsfähigen erkranken. Das Vorstellungsvermögen der betreffenden Kinder wird durch die absonderlichen Erscheinungen ihrer erkrankten Mitschüler derart impliviert, dass sie sich machtvoll gedrungen fühlen, auch ihrerseits dieselben in allen Formen nachzuahmen; man spricht dann in solchen Fällen von einer sogenannten psychischen Infektion. Um eine solche hat es sich auch in unserem zweiten Falle zweifellos gehandelt. Diese Feststellung erscheint mir in prophylaktischer Beziehung nicht bedeutungslos, insofern in einem solchen Fall Lehrer und Eltern in gleicher Weise sich verpflichtet fühlen sollten, dem Leiden schon in seinen Anfängen Beachtung zu schenken, um weiteren ähnlichen Erkrankungen vorzubeugen. Im allgemeinen wird es sich wohl immer empfehlen, den Schüler, falls es sich um einen solchen handelt, für einige Zeit aus der Schule zu nehmen und gleichzeitig ärztlicher Behandlung zuzuführen. Der Arzt selbst wird dabei gut tun, Lehrern und Eltern gewisse Verhaltensmassregeln zu geben, die sie den von der Sprachstörung befallenen gegenüber zu beobachten haben.

Der Erfolg der Behandlung war auch in dem zweiten Fall ein durchaus guter, wenn auch zu bemerken ist, dass die Zwangsvorstellungen mit grösserer Hartnäckigkeit hafteten und langsamer abklangen, als im ersten Falle. Das aber erscheint darum nicht überraschend, weil es sich in diesem Falle um ein von früher Jugend auf nervenschwaches, wohl auch nach dieser Richtung hereditär belastetes Individuum handelte.

~~~~~

Referate.

Bericht über die 15. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Cöln am 8. Nov. 1903.

M a a s (Aachen): **H ö r s t u m m h e i t**. Das Ausbleiben der Sprachentwicklung bei Kindern trotz ausreichenden Gehörs nennen wir Hörstummheit. **C o e n** sieht die Ursache der Hörstummheit in erblichen Verhältnissen, Alkoholmissbrauch seitens der Eltern und Kinder, Ehen unter Blutsverwandten, traumatischen und psychischen Einwirkungen. **G u t z m a n n** nimmt für einen Teil der Fälle psychische Hemmungen an, hervorgerufen durch verunglückte Sprechversuche, für einen andern Teil macht er die adenoiden Vegetationen verantwortlich. **T r e i t e l** und **L i e b m a n n** führen die Hörstummheit auf Defekte der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses zurück. Der Vortragende schliesst sich der Anschauung der beiden letzten Autoren an. Den adenoiden Vegetationen ist nur eine geringe Bedeutung für die Entstehung der Hörstummheit beizumessen; ebensowenig konnten psychische Hemmungen konstatiert werden. Man kann 3 Formen der Hörstummheit unterscheiden: 1. die sog. motorische Form, bei der vollständiges Sprachverständnis vorhanden ist, 2. die motorisch-sensorische Form, bei der Sprachverständnis nur für einzelne Worte (aber nicht für ganze Sätze) vorhanden ist, 3. die sensorische Form oder psychische Taubheit, bei der trotz ausreichenden Gehörs keine Spur von Sprachverständnis nachzuweisen ist. Die Diagnose gründet sich auf eine eingehende Untersuchung sämtlicher zentraler Fähigkeiten. Differentialdiagnostisch kommt Taubstummheit und idiotische Stummheit in Betracht. Die Prognose richtet sich im Wesentlichen nach dem Grade der geistigen Defekte. Die Behandlung besteht in der Entwicklung der einzelnen Laute ev. unter Benutzung bestimmter Handgriffe, ferner in der Ausbildung sämtlicher zentralen Fähigkeiten. Die Dauer der Behandlung ist bei täglich $\frac{1}{2}$ stündiger Konsultation auf 4—5 Monate zu berechnen. (Der Vortrag ist in den „Würzburger Abhandlungen“ Bd. III, Heft 11 erschienen.)

Im Anschluss an den Vortrag wurde ein hörstummtes Kind demonstriert. Es handelte sich um einen sechsjährigen Knaben, der bis vor einigen Monaten nicht sprechen konnte. Die spontane Sprache bestand beim Eintritt in die Behandlung in den Worten „Mama, Papa, Tauta“ (Gertrud). Eine Untersuchung der zentralen Fähigkeiten ergab Defekt

des optischen Gedächtnisses und der optischen Aufmerksamkeit. Bei der Behandlung trat der Gedächtnisdefekt in besonderem Masse hervor. Der Knabe war ursprünglich nicht in der Lage, einen einzelnen Laut, den er eben nachgesprochen hatte, aus dem Gedächtnisse zu wiederholen. Die Sprachentwicklung ist jetzt soweit gediehen, dass der Knabe kleine Sätze sprechen kann. —

Rey (Aachen): Enuresis bei Kindern (mit Ausschluß der auf Idiotie, Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen basierenden Fälle). An einer Reihe eigener Beobachtungen sucht R. darzulegen, dass die Enuresis nocturna der Kinder sehr häufig in Verbindung mit Polakiurie und Enuresis diurna vergesellschaftet vorkomme und dass sie in den meisten Fällen ein Symptom noch bestehender Cystitis sei, oder doch die Folge von Reizzuständen der Blase, wie sie nach überstandener Cystitis auch bei Erwachsenen fast regelmässig noch nach Jahren bestehen bleiben, oder wie sie durch Anomalien des Urins (Ammoniakharn bei Säureintoxikation, starken Harnsäuregehalt, Phosphaturie, Harngries) hervorgerufen werden. Alle für die Erklärung dieser im Kindesalter so häufigen und hartnäckigen Erkrankung als einfache Funktionstörung angezogenen Gründe sprechen noch vielmehr für eine bestehende Cystitis oder doch für die nach abgelaufener Cystitis verbleibende Reizbarkeit der Blase. Insbesondere bespricht er die Häufigkeit des Vorkommens und die leichte Möglichkeit des Übersehens einer Colicystitis, die Häufigkeit des Ammoniakharn infolge Säureintoxikation und deren Folgezustände. Selbst ganz klarer Urin beweise nichts gegen die Annahme einer abgelaufenen Cystitis und restierender Empfindlichkeit der Blase; die häufige Anwesenheit von Schleim in dem ganz klaren Urin spreche sehr dafür. Allerdings spiele das psychische Moment auch eine Rolle dabei, es bestehe jedoch in den aus Cystitis entstandenen Enuresisfällen vielfach nur in der mangelnden Gewöhnung, in der Gewohnheit im Schmutz zu liegen, die aus der anfänglichen Unfähigkeit im Säuglingsalter bei bestehender Cystitis sich entwickle und auch später verbleibe, unterhalten durch die verbleibende Reizbarkeit der Blase. Ein intensiver psychischer Einfluss, Katheterisierung, elektrischer Strom in ano oder in der urethra, Operation adenoider Vegetationen vermögen zumal bei schon älteren Kindern die bestehende Gleichgültigkeit zu beseitigen, falls die Blasenkrankung geschwunden oder nur sehr gering sei. Dass längerer Spitalaufenthalt, besonders längere Bettruhe und gleichmässige reizlose Diät im Spital eine Cystitis und daher auch eine sonst unheilbare Enuresis zeitweise oder auch für immer beseitigen könne, sei ausser Zweifel, spreche aber keineswegs für monosymptomatische Hysterie.

Diskussion: Ungar weist darauf hin, dass die adenoiden Vegetationen häufig die Ursache der Enuresis seien und nach deren Entfernung verschwinde die Enuresis nicht selten sofort.

Paffenholz hat nicht so häufig wie der Vortragende greifbare pathologische Veränderungen des Urins gesehen und meint, dass die meisten Fälle von Enuresis ohne solche bestehen.

Selter möchte den Begriff des Wortes Enuresis enger fassen und zwar nur für die auf nervöser Basis beruhenden. Das sind die Fälle, die nur nach Jahren und allerhand vorheriger Behandlungen (auch nach Ent-

fernung der Adenoiden) bestehen und psychisch behandelt (Suggestion) langsam heilen.

Dreher hat jeden Fall von Enuresis auf adenoide Vegetationen untersucht und sie fast immer gefunden. Er konnte jedoch nie eine unmittelbare Wirkung der Operation feststellen. In manchen Fällen verschwand allerdings die Enuresis, aber erst nach längerer Zeit, so dass ein Zusammenhang nicht recht anzunehmen war. Er führt jede unmittelbare Wirkung, die nach der Operation der Adenoiden oder nach anderen Eingriffen (Prostatamassage, Faradisation etc.) auftreten soll, auf psychischen d. h. suggestiven Einfluss zurück.

Rey (Schlusswort) weist darauf hin, dass auch klarer Urin vermehrte Harnsäure enthalten, im Sediment reichlich Schleim vorhanden sein könne, aber selbst beim Fehlen jedes Befundes könne die von früherer Cystitis restierende Reizbarkeit bestehen. Eine Einengung des Begriffes Enuresis im Sinne Selters ist, so lange die Ätiologie der Enuresis nicht in jedem Falle ganz einfach und klar, kaum möglich. Obschon R. gewiss auf die adenoiden Vegetationen in jedem Falle geachtet hat, so ist ihm ein besonderer Einfluss derselben kaum aufgefallen. —

Heimann (Solingen) berichtet über eine Epidemie eines akuten Exanthems, das im Frühjahr 1903 in Solingen beobachtet wurde. Das Exanthem begann im Gesicht, bevorzugte die Wange und die Streckseite der Extremitäten. Die Wangen waren in diffuser Weise gerötet, an der Peripherie der diffusen Rötung waren kleinere rote Flecke sichtbar. Auf der Streckseite der Extremitäten entwickelten sich blass-bläulichrote Flecke, die stellenweise konfluieren. Das Exanthem blieb 3 Tage lang bestehen. Das Allgemeinbefinden war ungestört, nur manchmal zu Beginne leichte Temperatursteigerung und geringe Rötung des Rachens. In mehreren Fällen konnte festgestellt werden, dass die verschiedenen Geschwister nacheinander erkrankten. Das Exanthem gehört in die Gruppe des von Tschamer, Tobeitz, Sticker, Schmidt und vielleicht auch Tripke beobachteten Exanthems. Es ist von praktischer Bedeutung wegen der Möglichkeit einer Verwechslung mit Masern und Scharlach und wird von H. wegen der Ähnlichkeit mit den Masern mit dem Epitheton „morbilliforme“ belegt: *Erythema infectiosum morbilliforme*.

Diskussion: Kaupé berichtet über ein epidemisch aufgetretenes Exanthem, das in Dortmund und Umgebung 1902/03 zur Beobachtung kam und sich durch äusserste Infektiosität auszeichnete. Inkubationszeit 14—15 Tage. Dasselbe glich manchmal Masern, manchmal — und dieses häufiger — Scharlach im Stadium des Erblassens. Keine Prodromalerscheinungen von seiten des Bronchialbaums oder des Intestinaltrakts. Fieber fehlt oder ganz mässig. Das Exanthem tritt plötzlich auf, zuerst im Gesicht, sehr häufig auf der Stirn und zeichnet sich durch seine Blässe aus. Der Ausschlag verschwindet nach 2—4 Tagen. Die Schuppung, die nach einigen Tagen beginnt, ist eher einer Scharlachschruppung ähnlich als der nach Masern. Leider bekommt man die Abschuppung, da die Kinder sich der Behandlung wegen des guten Allgemeinbefindens entziehen, sehr selten zu sehen. Folgeerkrankungen sind bisher wenig beobachtet, bei 2 Patienten Gingivitis. Auffallend bei diesem Exanthem war, dass die meisten Kinder vorher Masern und diese auch 2 mal oder Scharlach oder aber beide schon überstanden hatten.

Alsberg (Kassel) berichtet über eine kleine Epidemie, die er in Berlin beobachtet hat und die sich als gutartig erwies, keine Anklänge an Masern und Scharlach darbot. Schuppung wurde nicht beobachtet. Ferner erwähnt er einen Fall bei einem 4 monatlichen Säugling, der mit leichter Angina und leichten dyspeptischen Störungen erkrankte. Nach 1 $\frac{1}{2}$ Tagen verschwand das Exanthem, keine Schuppung, keine Komplikation. Nach 2 Wochen erkrankte das ältere Geschwister, das bereits Scharlach wie Masern überstanden hatte, unter gleichem Krankheitsbilde und Verlaufe.

Selter: Die persönliche Kenntniss dieser Erkrankung habe ich erst aus diesem Frühjahr, berichtet wurde bisher über diese Erkrankung nur aus Giessen, dann Koblenz, Köln und jetzt Solingen und Dortmund. Mit Scharlach ist das Exanthem nicht zu verwechseln.

Heimann (Schlusswort): Die Inkubation dauert nach den bisheriger Beobachtungen 8—16 Tage. Die Schuppung, die **Kaube** bei seiner Epidemie beobachtet, wird von den anderen Autoren in nicht so ausgedehntem Masse beobachtet, dass die Stirn in so hervorragender Weise beteiligt ist, wird von keinem derselben berichtet. Die Dauer des Bestehens des Exanthems scheint etwas zu schwanken, die meisten Beobachter berichten von einer 8 tägigen Dauer, während **Sticker** es in 4 bis 5 Tagen verschwinden sah. Säuglinge haben ausser **Tripke** keine Beobachter erkranken gesehen. —

Dreher (Düsseldorf): Über Tics im Kindesalter und ihre Behandlung. Unter Mitteilung einiger Krankengeschichten erklärt Vortragender zunächst das Wesen der Tics an der Hand der neueren Literatur (**Oppenheim**, **Brissaud**, **Meige** und **Feindel** u. s. w.) sodann hebt er die charakteristischen Unterschiede zwischen dem echten „Tic“ und „Krämpfen“ hervor, die vielfach „Tic convulsif“ „rotatoire“ etc. genannt werden, und geht endlich zu seinen Beziehungen zu andern Erkrankungen, insbesondere Hysterie und Neurasthenie, über. Zum Schlusse bespricht er die von **Brissaud** eingeführte Behandlungsweise mittels Spiegelkontrolle, die im wesentlichen auf Kräftigung des Willens der Erkrankten, sowie auf Unterweisung, wie sie ihre Bewegungen unterdrücken, kontrollieren und korrigieren sollen, hinausläuft. Als Beispiel dieser Behandlung dient ihm die Schilderung der Heilung eines Falles von Blinzeltic aus seiner Praxis.

Rey weist darauf hin, dass Blinzeltic sehr häufig die Folge einer noch bestehenden Conjunctivitis sei und dann, wenn er nach deren Beseitigung verschwinde, kaum zu den Tics gerechnet werden könne.

Ungar erwähnt eine Reihe von Fällen, wo Kinder kurz nach dem Einschlafen beständig den Kopf mit ziemlicher Gewalt gegen die Bettlade anschlügen und nach Aufwecken aufmerksam gemacht, sobald sie wieder eingeschlafen, diese Bewegung automatisch wieder aufnahmen.

Alsberg teilt mit, dass die von **Ungar** bezeichnete Form von **Crudet-Berdeleur** beschrieben ist und fragt **Dreher**, ob und inwieweit Gymnastik in der Therapie der Ticfälle angewandt ist.

Weyl (Düsseldorf) hat einen dem von **Ungar** besprochenen ähnlichen Fall beobachtet. Achtjähriger Knabe, der in Schlaf fortwährend Spasmus nutans-ähnliche Schüttelbewegungen des Kopfes machte, die so

heftig waren, dass das Kopfkissen aus dem Bett geworfen wurde und erst nach Anlegung eines fixierenden Verbandes nach ca. 2 Monaten schwanden. Zu dieser Art von Tics gehört auch wohl das so häufig vorkommende Zähneknirschen im Schlafe bei älteren Kindern.

Mayer (Köln): Zu einer Art „Tic“ in dem Sinne, wie ihn Kollege Dreher beschrieben hat, möchte ich auch das gewohnheitsmässige Rauchen rechnen. Ich glaube, dass uns hierzu ebensowohl wie die Sucht nach dem Nikotin die uns lieb gewordenen Bewegungen treiben.

Lamm (Köln): Mit Rücksicht darauf, dass die Behandlung des Kindes mit Tic in der Hauptsache eine psychische ist, diese Kinder aber andererseits aus Familien stammen, die entweder selbst neuropathisch veranlagt oder doch nicht energisch genug sind zur Erziehung, erscheint es mir wesentlich, diese Kinder in eine veränderte Umgebung zu bringen, etwa in Kindersanatorien.

Paffenholz hält die beschriebenen Zustände für die Folgen der Gewohnheitsbewegungen innerhalb physiologischer Grenzen, wie auch bei Erwachsenen sich für viele automatische Handlungen Leitungsbahnen spezifischer Art „ausschleifen“. Im Kindesalter kommen zwei begünstigende Momente hinzu: Die vielleicht grössere Empfänglichkeit des Nervensystems für solche Leitungsbahnen und die geringere Widerstandskraft des Willens gegen deren Leistungen. —

Für den abwesenden Behr demonstriert Selter zwei fibrös-zystisch entartete Nieren. Bei einem Kinde, das keine sonstigen krankhaften Erscheinungen darbot, fanden sich gleich nach der Geburt in der rechten und linken Unterbauchgegend je ein faustgrosser wenig verschieblicher Tumor. Gewicht bei der Geburt 3100, bei dem nach 6 Wochen erfolgten Tode 2160 g. Bei der Sektion stellten sich die Tumoren als vergrösserte Nieren heraus. (Masse: linke Niere $\frac{8}{3}$, $\frac{5}{2}$, rechte etwa 1 cm kürzer, schmaler, dicker.) Farbe der Nieren graurot, foetale Furchung, derbe Konsistenz, Kapsel stellenweise adhaerent, auf der Oberfläche stecknadelknopfgrosse und grössere helle Zysten, auf dem Durchschnitt Zeichnung verwaschen, weisse unregelmässige Streifen, Zysten, Papillenstumpf, Becken fibrös verdickt, weit. Nierengefässe ohne Besonderheit. Rechter Ureter im obern Abschnitt weit, in der Mitte verengert, aber durchgängig, linker Ureter normal. Mikroskopisch starke interstistielle Bindegewebswucherung, zystische Entartung der Kapselräume, weniger der Harnkanälchen, wohl bedingt durch die interstitielle Nephritis. Ein von Arnold in Zieglers Beitr. z. path. Anatomie VIII. 1890 mitgeteilter Fall einseitiger Nierenschumpfung zeigt Ähnlichkeit mit dem mikroskopischen Bild des vorliegenden.

Zur Diskussion: Alsberg berichtet über eine Beobachtung, bei der er auf der rechten Seite eine zystische Degeneration fand, die die Form der Nephritis papillaris darbot, links hingegen die der adenomatösen Bildung, Rechts Erweiterung mit nachfolgender Stenose, fernerhin eine Atresia urethrovagina bis rechts, urethrouterina links, atresia vaginalis et alvi.

Selter: Die Stenose des einen Ureters kann für die kleinzystische Degeneration beider Nieren nicht herangezogen werden. — Überhaupt ist diese Form der zystisch-fibrösen Entartung nicht der entsprechend, die Alsberg zitiert und als Folge stenotischer Verengung anzusehen ist, —

Mengen den eingenommenen beinahe gleich kamen. Andererseits war auch die ausgeschiedene Urinmenge vermehrt, wenn auch weniger deutlich als die Kochsalzmenge. Bei Diphtherie waren die Resultate weniger klar, indem man eine Verspätung der Urinreaktion oder in schweren Fällen eine Verminderung beobachten konnte. Eine absolute Retention wurde nur in zwei tödlich endigenden Diphtheriefällen beobachtet.
E. Toff (Braila).

Sind die Koplikschen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern? Von Aronheim. (Münch. med. W. 1903, No. 28.)

A. beobachtete eine grössere Epidemie von Morbillen, deren Charakter ein bösartiger war, und hatte häufig Gelegenheit, Kinder schon im Inkubations- und Prodromalstadium zu untersuchen, weil wegen des malignen Verlaufes der Masern die Eltern geängstigt schon frühzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen.

Bei ca. 150 masernkranken Kindern fand er nur in 9 Fällen die von Koplik beschriebenen Flecke an der inneren Mundschleimhaut in der Nähe der Mahlzähne. In allen übrigen Fällen waren die Flecken nicht nachzuweisen. Dagegen fand man bei der Inspektion der Mundhöhle bei einer grossen Zahl Kinder schon im Prodromalstadium eine fleckige Röte in der Gegend des weichen und harten Gaumens und der den Backzähnen benachbarten Schleimhaut, die von Fürbringer und Thomas als echte Masern beschrieben worden sind. Deshalb gibt Fürbringer auch den dringenden Rat, nach Ausbruch des Infektionsfiebers vor allem auf Gaumenmorbillen zu fahnden.

Bei einer grossen Anzahl Kinder im Alter bis zu 2 Jahren fanden sich auf der Mundschleimhaut auch deutlich Schwämmchen, verursacht durch geringe Speichelung und Reinigung des Mundes mit der Zunge, durch Zurückbleiben und Haften geronnener Milchklümpchen in den Falten der Wangen- und Lippenschleimhaut und Aufnahme eines Pilzes (*Saccharomyces albicans*), der erst eine Rötung, dann eine Abhebung des Epithels und Geschwürsbildung bewirkte.
Schnell (Egeln).

Über die infantile Tuberkulose in Buenos Aires und besonders über ihre diffusen Formen. Von G. Araoz Alfaro. (Archives de méd. des enf., Oktober 1903, p. 577.)

Obwohl in der Hauptstadt Argentiniens die klimatologischen, sanitären und sonstigen Lebensverhältnisse viel besser sind als in den grossen europäischen Bevölkerungszentren, ist doch die Sterblichkeit an Tuberkulose eine ziemlich grosse. Der Prozentsatz bei Kindern ist ein mit dem Alter steigender, wie dies auch von anderen Autoren angegeben wurde. Während bei Kindern unter einem Jahre die Tuberkulose 1,03% der Sterbefälle ausmacht, findet man zwischen 5—10 Jahren 9,32% und zwischen 10—15 Jahren 20,53%, während bei Erwachsenen das Verhältnis etwa 11% ist. Auch darf nicht vergessen werden, dass viele Krankheiten der ersten Kindheit, die tuberkulöser Natur sind, als Bronchopneumonie, Meningitis, Athrepsie etc. bezeichnet werden und auf diese Weise die statistischen Zahlen verringern. Nach den Daten des Verf. geben im ersten Lebensjahre Tuberkulose, Keuchhusten und Scharlach fast gleiche Sterblichkeitsziffern, im zweiten Jahre überwiegt die Sterblich-

keit an Scharlach, die an Keuchhusten ist geringer, während von diesem Alter ab die Tuberkulose um Vieles überwiegt.

Klinische Beobachtungen und zahlreiche Autopsien haben A. überzeugt, dass fast alle Tuberkulosefälle bei Kindern auf Ansteckung, hauptsächlich durch Inhalation, zurückzuführen sind und dass eine foetale oder germinative Kontamination zu den grossen Seltenheiten gehört. Zum Unterschiede von den Erwachsenen, ist die Tuberkulose bei Kindern nicht auf ein einziges Organ beschränkt, sondern es sind gewöhnlich mehrere ergriffen; die Krankheit tritt also in diffuser Form auf. Fast immer sind aber die Lungen krank, in zweiter Reihe kommen die peritrachealen und peribronchialen Lymphdrüsen, ein Beweis dafür, dass die Krankheit vom Respirationstrakte ausging. Die relativ geringe Zahl der tuberkulösen Darmläsionen und Mesenterialganglien würde auf die Seltenheit der Infektion durch Ingestion hinweisen.

Die diffuse Tuberkulose der Kinder bleibt oft latent und wird erst bei der Nekropsie als solche erkannt. Die akuten Formen sind fast immer tödlich (Granulie), mit Ausnahme der Landouzy'schen Typhus-Bazilliose, welche mitunter, wenigstens zeitweilig, heilbar ist. Die Symptome dieser letzteren Varietät haben anfangs grosse Ähnlichkeit mit wirklichem Typhus, später wird das Fieber unregelmässig, die Prostration ist weniger ausgesprochen, es erscheinen oft Symptome von Seiten der Lunge, ausserdem fehlt Roseola. Differential-diagnostisch ist die Gruber-Widalsche Serumreaktion von Wichtigkeit, obwohl dieselbe in seltenen Fällen, auch bei sicher festgestelltem Typhus fehlen kann. Doch darf nicht vergessen werden, dass auch eine Koexistenz von Typhus und Tuberkulose möglich ist.

Die subakuten und chronischen Formen der infantilen diffusen Tuberkulose unterscheiden sich nur durch den mehr oder weniger raschen Verlauf und durch die verschiedene Ausprägung der Erscheinungen. Auch hier findet man oft erhebliche Schwierigkeiten in der Diagnose. Multiple Adenopathien, Husten, leichte Temperaturerhöhungen, Schweisse, Vergrösserung der Milz und Leber, gastrische und intestinale Störungen, in Verbindung mit progressiver Abmagerung sind wichtige Anzeichen von dem Bestehen einer diffusen Tuberkulose.

Ein weiteres wichtiges Mittel zur Feststellung der Diagnose ist das primitive Kochsche Tuberkulin in subkutanen, wenn notwendig ansteigenden Dosen von $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{5}$ — $\frac{3}{5}$ mgr., je nach dem Alter des Kindes, in Zwischenräumen von 8—10 Tagen ausgeführt. Falls dieselben eine Temperaturerhöhung von 1—1,5° bewirken, so ist die Diagnose auf Tuberkulose fast absolut sicher. Leider kann diese Methode nur bei apyretischen, oder nur geringe Temperaturerhöhungen darbietenden Fällen angewendet werden.

E. Toff (Braila).

Betrachtungen über die Tuberkulose in der ersten Kindheit. Von F. G. Grünfeld. (Inaugural-Dissertation, Bukarest 1903).

Die Tuberkulose kommt nur ausnahmsweise in den ersten drei Lebensmonaten zur Beobachtung; vom vierten Monate angefangen, wächst ihre Frequenz, um das Maximum zwischen 1 und 2 Jahren zu erreichen. In Rumänien sind von 100 Todesfällen in der ersten Kindheit ein Drittel auf Tuberkulose zurückzuführen.

Die Krankheit ist nicht hereditär, sondern wird durch Ansteckung fortgepflanzt, obwohl eine gewisse Prädisposition notwendig vorhanden sein muss. Die Infektion geschieht durch Inhalation und die Krypten der Tonsillen, seltener durch Ingestion oder die Haut.

Die typische klinische Form der Tuberkulose in der ersten Kindheit ist die chronische, apyretische mit langsamem Verlauf, seltener die allgemeine febrile Form. Schwellungen der Mediastinaldrüsen und tuberkulöse Bronchopneumonie werden oft beobachtet.

Da die Diagnose am Anfange sehr schwierig ist, wird die Krankheit erst im späteren Verlaufe, wenn es meist zu spät ist, erkannt. Eine Heilung ist dann unmöglich und sollte man das Hauptaugenmerk auf die Prophylaxis hinwenden.

E. Toff (Braila).

Ein Beitrag zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Meningitis serosa (interner) acuta im Kindesalter. Von Beck. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1903. Heft 3.)

Man versteht unter der Meningitis serosa eine seröse Entzündung der extra- und intrazerebralen Pia, als deren Folgeerscheinung ein entzündliches Ödem in den Subarachnoidealräumen, bzw. ein akuter Hydrocephalus internus, ein seröses Exsudat in den Hirnhöhlen aufzutreten pflegt. Je nach der Lokalisation unterscheidet man zwei Formen:

1. die M. serosa externa, bei welcher Gehirn und Hirnhäute serös entzündlich durchtränkt sind, der Ventrikelerguss, wenn überhaupt vorhanden, geringfügig ist, und

2. die M. serosa interna, die man als M. serosa καὶ ἐξοχὴν bezeichnen kann; bei dieser sind die Ventrikel durch ein meist aussergewöhnlich mächtiges Exsudat ausgedehnt, während Hirnmantel und Hirnhäute an dem entzündlichen Prozess wenig beteiligt sind.

B. beobachtete im Luisenhospital zu Aachen 5 Fälle von Meningitis serosa acuta bei Kindern, von denen das eine geheilt wurde, während die andern nach verschieden langer Dauer tödlich verliefen. Die Symptome waren bei diesen Fällen nicht immer so ausgesprochen, dass man mit Sicherheit das Krankheitsbild erkennen konnte.

Die Krankheit hat in den verschiedenen Fällen verschieden begonnen. Die Kinder wurden verdriesslich, warfen sich im Bett hin und her, verweigerten die Nahrung. Dazu traten Verdauungsstörungen, die sich in Stuhlverstopfung und Erbrechen äusserten, wobei die Kinder rasch abmagerten. — Die Temperatur war in allen Fällen nur wenig erhöht und ist es auch während des Verlaufs im Grossen und Ganzen geblieben. Der Puls erschien nicht auffallend verändert, nur bei einzelnen Kindern war er beschleunigt und unregelmässig. Eine konstante Erscheinung zeigte sich am Schädel: Der Kopf nahm an Umfang rasch und erheblich zu, die Nähte wurden erweitert, die Fontanelle gespannt und vorgewölbt. Zerebrale Symptome, Benommenheit des Sensoriums, Unruhe, Strabismus, Nystagmus waren immer vorhanden. Früher oder später traten Anfälle von Konvulsionen ein, die sich auf die gesamte Muskulatur oder auf einzelne Muskelgruppen erstreckten. Bei sämtlichen Patienten konnte schon frühzeitig Neuritis optica konstatiert werden, was bei der serösen Hirnhautentzündung die Regel ist. Der Verlauf der Erkrankung war stets ein protrahierter, der sich unter Schwanken der Erscheinungen über Wochen

und Monate hinschleppte, bis endlich durch die fortschreitende Kachexie der Tod erfolgte.

Die Diagnose wurde in dem einen Fall auf Meningitis serosa acuta gestellt, während sie in den anderen Fällen intra vitam nicht mit absoluter Sicherheit gestellt werden konnte, da die Symptome keine einseitigen waren und zwischen seröser, tuberkulöser und eitriger Hirnhautentzündung schwankte. Zu Gunsten einer Meningitis serosa sprach die in allen Fällen vorhandene Neuritis nervi optici resp. Stauungspapille, die gerade für diese ein frühzeitig auftretendes und fast konstantes Symptom ist. Die Lumbalpunktion, das wichtigste diagnostische Mittel, war in zwei Fällen nicht zu verwerten, da man keine Flüssigkeit erhalten konnte.

Ein ätiologisches Moment für die akute seröse Meningitis war nur bei einem Falle zu eruieren, wo Staphylo- und Streptokokken als Krankheitserreger nachgewiesen wurden. In einem Falle muss das unbekannte Kontagium der Masern als Ursache der Erkrankung angeschuldigt werden.

Der pathologisch-anatomische Befund ist in den angegebenen Fällen von Meningitis serosa interna acuta ein sehr charakteristischer. Am auffallendsten ist die Erweiterung der Ventrikel des Gehirns durch entsprechende Vermehrung der Ventrikelflüssigkeit. Der Blutgehalt ist ein wechselnder, die Hirnsubstanz meist serös durchtränkt. Das Ependym ist gleichmässig gequollen und verdickt, von leicht körniger Beschaffenheit. Die Plexus chorioidei zeigen sich hyperämisch, geschwellt und derb. Die weichen Hirnhäute sind fast immer getrübt und mehr oder weniger blutreich. Das mikroskopische Bild ist charakterisiert durch trübe Schwellung und Proliferation, bzw. durch Abstossen der Ependymzellen, durch Anhäufung von Rundzellen unter dem Ependym und durch zellige Infiltrationen in der Hirn- und Rückenmarksubstanz und deren Leptomeningen, vornehmlich längs der Gefässe.

Schnell (Egeln).

Die Cerebrospinal - Meningitis mit reinem Pfeiffer. Von Mihail Stefanescu-Zanoaga. (Inaugural-Dissertation, Bukarest, 1903.)

Diese Meningitisform ist meist sekundär und tritt als Komplikation einer oft leichten Influenza auf. Die Infektion der Hirnhäute geschieht auf naso-pharyngealem Wege oder vom Mittelohr aus, durch die Lymph- und Blutgefässe. Aber auch die gastro-intestinalen Störungen dürften eine wichtige Rolle in dieser Lokalisierung der Pfeifferschen Bazillen spielen. Man findet dieselben sowohl auf den Meningen, als auch in der Cerebrospinalflüssigkeit, zusammen mit anderen Mikroorganismen, aber auch allein, mit sehr grosser Virulenz.

Die Krankheit tritt gewöhnlich bei kleinen Kindern auf, doch können auch Erwachsene mit robuster Körperkonstitution von derselben befallen werden. Eine genaue Diagnose ist nur durch die bakteriologische und cytologische Untersuchung der cephalo-rachidianen Flüssigkeit möglich. Da die Prognose meistens infaust ist, soll das Hauptaugenmerk auf die Prophylaxe gerichtet werden. In allen Fällen von Influenza soll eine genaue Antisepsis des Rachens, der Nase und des Verdauungsapparates durchgeführt werden. In der Behandlung spielen warme Bäder und Lumbalpunktionen die Hauptrolle.

E. Toff (Braila).

Das kolloidale Wismuthoxyd bei den Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Von Kinner. (Münch. med. W. 1903, No. 29.)

Das von Kalle & Co. hergestellte kolloidale Wismuthoxyd ist eine eigenartige Verbindung des lysalbin- und protalbinsauren Natrons und des Wismuthmetahydroxyds. Es enthält 20% metallisches Wismuth, entsprechend 22,3% Wismuthoxyd und besitzt das spezifische Gewicht 1,61. Es löst sich in kaltem und heissem Wasser.

Das kolloidale Wismuthoxyd wurde in der Strassburger Säuglingsheilstätte bei einer Reihe von verdauungsranken Säuglingen, die zum Teil noch an komplizierender Skrofulose, Rhachitis und Pneumonie litten und grösstenteils sehr atrophisch in die Behandlung eintraten, mit gutem Erfolg angewandt. Bei allen Kranken beginnt die Behandlung mit Darmevent. auch Magenspülung, zu der Wasser, dann physiologische Kochsalzlösung dient. Am ersten Tage erhalten die Kinder fast alle nur dünnen Tee oder Eiweisswasser, sodann Amme oder Kuhmilchverdünnungen, die in jedem Falle aus sterilisierter, dann gelabter Milch hergestellt werden. Sodann wird eine 10 proz. wässrige Lösung des Präparates gereicht. Sie wird in abgedrückter Frauenmilch oder in jeder künstlichen Säuglingsnahrung durch die Saugflasche ohne weiteres genommen, ohne jemals Erbrechen zu erregen. Bei entsprechender Dosis auch längere Zeit gut vertragen, bewirkt sie recht häufig das sofortige Eintreten guter Stühle unter andauernder Gewichtszunahme. Meist genügte 3—4 tägliche Gaben von 5 ccm der 10 proz. Lösung, während besonders bei kleinen schwachen Säuglingen häufigere Dosen von 0,5 g Bism. coll. leichten Darmreiz, zahlreiche, flüssige Stühle bei mangelnder Zunahme bewirkten, Dosen von 0,25 aber unwirksam blieben oder erst nach längerer Anwendung von zahlreichen Dosen eine geringe Wirkung zeigten. Auch beim Auftreten von normalen Stühlen sollte das Bismuth noch einige Tage lang weitergegeben und nur ganz langsam damit aufgehört werden, da sonst oft wieder schlechte Stühle auftreten.

Ist die Verdauungsstörung, wie so oft beim atrophischen Säugling, durch hochgradige Schwellung aller mesenterialen Lymphknoten (Tabes meseraica) bedingt, so versagt natürlich das Präparat wie jede andere Medikation. Seine Indikation ist bei allen akuten wie nicht allzuweit vorgeschrittenen chronischen Darmstörungen, wo eine leichte, sichere Adstringierung der Darmschleimhaut erwünscht sein muss, gegeben.

Schnell (Egeln).

Erfahrungen mit Kreosotal bei der Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane. Von Badt. (Aus Dr. Neumanns Kinderpoliklinik zu Berlin. Die Therapie der Gegenwart 1903, Heft 9.)

B. hat etwa 75 Kinder mit den verschiedensten Erkrankungen des Respirationstraktus der Kreosotal-Behandlung unterzogen und teilt seine hierbei gemachten Beobachtungen mit.

Da das Kreosotal von der Fabrik von Heyden jetzt als ziemlich geruch- und geschmackloses Präparat hergestellt wird, so wurde es von allen Kindern gern genommen. Bei Säuglingen und Kindern in den beiden ersten Lebensjahren rief es jedoch häufig Erbrechen hervor, bei anderen schweren Durchfall. In vielen Fällen war es erforderlich, längere Zeit fortgesetzt grosse Dosen zu verabreichen, so bei der Behandlung der

Tuberkulose und Skrofulose. Hier trat dann bei den meisten Kindern heftiger Widerwille gegen die Medizin ein; Erbrechen und Nachlassen des Appetits nötigten wiederholt dazu, die Kreosotal-Darreichung zu unterbrechen. — Von sonstigen Nebenwirkungen traten sofort nach der Behandlung auf grüne Verfärbung des Urins und charakteristischer Geruch der Ausatemungsluft. Eine schädliche Wirkung auf die Nieren ist nicht zu befürchten.

Verabreicht wurde das Mittel in warmer Milch oder in Emulsion und zwar innerhalb 24 Stunden 1—6 g je nach dem Alter des Kindes. Bei leichteren Bronchitiden wurden 3 malige Dosen von 2—10 Tropfen pro die gegeben; in den chronischen Fällen wurden langsam steigende Mergen gegeben.

Bronchitiden wurden durch Kreosotal meist günstig beeinflusst, insofern als sich der Appetit besserte und die Schmerzen nachliessen; auch objektiv liess sich ein günstiger Einfluss auf das Schwinden der Lungenerscheinungen konstatieren.

Bei der katarrhalischen Pneumonie konnte nur in leichten Fällen eine günstige Einwirkung festgestellt werden; in schwereren Fällen wurde mit der Kreosotal-Therapie wenig erreicht und in schwersten versagte sie gänzlich.

Auch bei der kruppösen Pneumonie wurden die grossen subjektiven Beschwerden, Atemnot und Stiche, in keinem Falle durch das Mittel verringert; auch konnte in keinem Falle ein Temperaturabfall danach beobachtet werden. Der Verlauf dieser Krankheitsform war im Ganzen genau derselbe wie in Fällen ohne Kreosotal-Darreichung.

Bei der Behandlung der Phthise und Skrofulose kann eine längere Verabreichung von Kreosotal versucht werden, da in vereinzelt Fällen günstige Einwirkungen beobachtet wurden.

Schnell (Egeln).

Über die Biersche Stauung. Von Habs. (Münch. med. W. 1903, No. 22.)

H. hat das Biersche Verfahren im Magdeburger Krankenhaus in ausgedehntestem Masse in Anwendung gezogen. Die Methodik desselben ist jetzt folgende: Oberhalb der erkrankten Stelle wird eine elastische Gummibinde oder auch eine Flanellbinde mit ganz leichtem Druck angelegt, so dass die Venen komprimiert werden, ohne dass der arterielle Zufluss gehemmt wird. Um die unterliegenden Gewebe vor Druck zu schützen, wird die Gummibinde mit Watte oder einer vorher angelegten Flanellbinde unterpolstert; auch soll die Gummibinde so angelegt werden, dass sie auf eine möglichst breite Fläche wirkt. Es ist weiterhin notwendig, dass man die Stelle der Anlegung allemal wechselt.

Bei Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose legt man zu Beginn der Behandlung die Binde morgens und abends jedesmal für mehrere Stunden an, und zwar anfangs je 4—5, später nur 1 Stunde. Die Erfolge waren zum Teil recht gute. Besonders die geschlossene Tuberkulose gab in einigen Fällen geradezu verblüffende Resultate. Chronische tuberkulöse Entzündungen an Knie-, Hand- und Fussgelenken, sowie an den Mittelhand- und Mittelfussknochen gingen in einer grossen Zahl von Fällen zurück und schwanden so vollständig, dass es am Schlusse der

Behandlung kaum möglich war, irgendwelche krankhaften Veränderungen an dem Glied nachzuweisen. Besonders günstig erwiesen sich die Gelenkaffektionen bei Kindern, zumal die Fälle, in welchen Knochenherde nicht nachweisbar waren. Auffallend war vielfach, wie das äusserst schmerzhaft, in fast starrer Kontraktur stehende Gelenk schon nach wenigen Stauungen schmerzlos wurde, wie sich bald Beweglichkeit einstellte und wie dann, sobald die Kranken ihr Glied wieder aktiv bewegen konnten, die Muskulatur ihre Kraft wieder gewann. — Keineswegs aber war der Erfolg in allen Fällen ein günstiger, in einer nicht geringen Zahl trat eine Verschlimmerung ein. Es bildeten sich im Gelenk Ergüsse und Abszesse, es trat Fieber auf und es musste späterhin zur Operation geschritten werden. Oft bestand diese nur in Punktion mit nachfolgender Jodoforminjektion und gelang es dann, durch wiedereingeleitete Stauungsbehandlung das Leiden zur Heilung zu führen. In anderen Fällen jedoch war die breite Spaltung und selbst die Resektion resp. Arthrektomie nicht zu umgehen.

Bei Fistelbildung sowie bei schweren Knochenzerstörungen soll man nicht allzuviel Zeit mit der Stauungshyperämie vergeuden, da hierbei die Erfahrungen weniger günstig sind.

Stauungshyperämie ist ferner anzuwenden bei gonorrhöischem Gelenkrheumatismus, und zwar länger dauernde Stauung; man lässt die Binde 8—12 Stunden täglich liegen. Ist unter der Stauungsbehandlung das Fieber und die Schmerzhaftigkeit geschwunden, so wird neben der Stauung jeden dritten Tag aktive Hyperämie verwendet, und zwar eine einstündige Behandlung im Heissluftkasten resp. im Sandbade oder elektrischen Lichtbade.

Bei chronischen Gelenkversteifungen, die sich nach Traumen oder im Anschluss an Entzündungen ausgebildet haben, empfiehlt sich neben der Massage und der Medikomechanik zweimal täglich eine Stunde Stauung und jeden dritten Tag ein Heissluftbad von einstündiger Dauer.

Bei chronischen rheumatischen Gelenkentzündungen verwendet man vorwiegend aktive Hyperämie, und zwar lässt man die Glieder ein- bis zweimal täglich eine Stunde im elektrischen Lichtbade oder Heissluftkasten schwitzen; daneben wird bisweilen noch die Stauung verwendet.

Bei mangelhafter Callusbildung lässt man täglich zwei Stunden stauen, daneben verwendet man Massage und Exasperation.

Bei Erfrierungen ersten und zweiten Grades, Frostblasen und Frostgeschwüren verbindet man die Blasen und Geschwüre aseptisch und lässt zweimal täglich eine bis zwei Stunden stauen.

Die Stauungshyperämie hat sich demnach als ein energisch wirkendes therapeutisches Hilfsmittel erwiesen, sie ist bequem anwendbar, schmerz- und gefahrlos.

Schnell (Egeln).

Die Fisteln der Urethra durch zirkuläre Zusammenschnürung der

Rute. Von Viktor Veau. (Archives de médecine des enfants. Oktober 1903. p. 593.)

Im Anschlusse an einen selbstbeobachteten Fall, betreffend einen 9 $\frac{1}{2}$ jähr. Knaben, bespricht Verf. die in Rede stehende Läsion, welche häufig bei Kindern, namentlich unter 10 Jahren, gefunden wird. Als Umschnürung findet man Fäden, Haare, Ringe u. a.; das periphere Penisende

schwillt stark an, die Vorhaut wird bedeutend ödematös und der umschnürende Körper kann in der geschwellten Haut derart verschwinden, dass sein Vorhandensein gar nicht, oder nur spät bemerkt wird. Mittlerweile tritt Ulzeration der Haut, Eröffnung oder gänzliche Durchschneidung der Urethra, endlich auch Durchschneidung der Schwellkörper auf.

Bezüglich der Behandlung ist hervorzuheben, dass eine Radikalkur der Fistel vor gänzlichem Verschwinden jedweder Entzündungserscheinung nicht zu unternehmen ist, hierüber können Monate vergehen. Manchmal muss, wegen persistierenden Ödems des Präputiums, eine Phimosisoperation vorgenommen werden. Im allgemeinen ist V. gegen Verweilsonden, da dieselben sich verstopfen, infiziert werden, hinausfallen etc. Bei partieller Urethroraphie soll mit Vorsicht sondiert werden, während bei totaler Urethroraphie eine Verweilsonde, trotz ihrer mannigfachen Nachteile, schwer umgangen werden kann. In solchen Fällen ist das Anlegen einer hypogastrischen Öffnung von Vorteil, welche nach Vernarbung der Operationswunde leicht geschlossen werden kann.

Von den Operationsmethoden ist die Urethroplastik am vorteilhaftesten; man löst die Ränder der Fistel von der umgebenden Haut und den Schwellkörpern ab, frischt an und näht, während breite Hautlappen mobil gemacht werden, um den Defekt zu decken. Hauptsächlich ist darauf zu achten, dass die Nähte nicht spannen und also keine Gefahr des Einschneidens besteht; eine besondere Naht der Urethra ist meist überflüssig. Mehrere Zeichnungen erläutern die von V. angegebene Lappenbildung.
E. T o f f (Braila).

Rezensionen

Gesundheitspflege im Kindesalter. Von Priv.-Doz. Dr. Trumpp. II. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter. Bibliothek der Gesundheitspflege Bd. 15 a 8^o, 140 S. Stuttgart 1903, Verlag von E. H. Moritz. Preis geb. 1 M.

Ein populäres Werk über Gesundheitspflege, das einen so hochgeschätzten Arzt wie Trumpp zum Verfasser hat, verdient gewiss allseitige Beachtung, auch von Seiten der Ärzte. Während er im I. Teil die Säuglings- und allgemeine Kinderpflege abhandelt, wird in diesem Teile die Gesundheitspflege im schulpflichtigen Alter besprochen und zwar in folgenden fünf Kapiteln: 1. Schulpflicht, 2. Körperpflege der Schulkinder, 3. Erziehung, 4. Krankheiten der Schulkinder, 5. Pflege des kranken Kindes.

Wir hätten gewünscht, dass das Kapitel über die Körperpflege der Schulkinder einen etwas grösseren Raum einnähme und das über die Krankheiten der Schulkinder ein wenig verkürzt würde. So hätten die Abschnitte über Kleidung, sowie über Pflege des Mundes und der Zähne eingehender behandelt werden können.

Der gebotene Inhalt ist übersichtlich und klar dargestellt, und bei Beobachtung desselben werden viele Eltern zum Wohle ihrer Kinder Nutzen ziehen können.

S c h n e l l (Egeln).

Die Nervosität des Kindes. Vier Vorträge von Dr. A. Combe, Prof. der Kinderheilkunde an der Universität Lausanne. Autorisierte Übersetzung von Dr. Hermann Faltn. gr. 8^o, 194 S. Leipzig 1903, Hermann Seemann Nachf. Preis 2,50 M.

Die Nervosität ist in unserer gegenwärtigen Zeit nicht nur bei den Erwachsenen, sondern auch bei den Kindern im Zunehmen begriffen, und es war deshalb zeitgemäss, dass C. einmal diese Erkrankung in ihrem Auftreten bei der Jugend zum Gegenstand von Vorträgen macht. Der erste derselben schildert die Symptome der Nervosität bei den Kindern, sowie ihren Verlauf und ihre Prognose. Die beiden folgenden verbreiten sich über die Ätiologie, und zwar handelt der zweite Vortrag von den übertragenen und der dritte von den erworbenen Ursachen der Krankheit. Hier sind besonders die Ausführungen über die durch die Vererbung und Zeugung sowie während der Schwangerschaft übertragene Nervosität der Kinder und die Betrachtungen über die ätiologische Bedeutung der Intoxikation und Intoxikationen sowie des Alkohols, Tabaks und der Fehler in der körperlichen geistigen und sittlichen Erziehung des Kindes lesens- und beachtenswert. Der letzte Aufsatz endlich hat die Lehre von den Pathogenen und die Behandlung der Nervosität der Kinder zum Gegenstand. Obwohl — wie der Autor im Vorwort selbst bekennt — den Vorträgen infolge der Verschiedenartigkeit der Zuhörer, vor denen sie gehalten worden sind, die Einheitlichkeit etwas fehlt, so geben sie doch in ihrer Gesamtheit ein zutreffendes Bild von der in Frage stehenden Krankheit und dürften den beabsichtigten Zweck erfüllen. Die Übersetzung liest sich fließend und interessant.

Baron (Dresden).

Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Heft I. Die Ischias. Von Dr. Georg Flatau, Nervenarzt in Berlin. gr. 8^o, 48 S. mit 1 Abbildung. Leipzig 1904, Benno Konegen Verlag. Preis 1 Mk.

Nach kurzer anatomischer Einleitung schildert Verfasser das Wesen und die Symptomatologie der Ischias. Bei der nun folgenden Besprechung der Ätiologie und Diagnose wird mit Recht hervorgehoben, dass es eine grobe Unterlassungssünde ist, wenn man nur eine Untersuchung des erkrankten Beines vornimmt, nicht aber eine solche des Urins, der Nervenfunktion, der Pupillen, per rectum etc. Diabetes, Gicht, Simulation, Traumen, Coxitis, Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Arteriosklerose, Senkungsabzesse, Obstipation müssen bei der Ätiologie und Differentialdiagnose berücksichtigt werden. Zum Schluss wird die Therapie, sowohl die medikamentöse, als auch die physikalisch-hydratische, eingehend besprochen. Die kleine Schrift zeichnet sich durch Klarheit aus und enthält viele nützliche Winke für jeden Arzt.

Dr. Burwinkel (Nauheim).

Des Volkes Kraft und Schönheit. Für Erzieher, Lehrer, Eltern, Künstler und städt. Verwaltungen, herausgegeben von Dr. J. Schneider. Lex. 8^o, VIII u. 310 S., 111 Abbild. und 2 Tafeln. Leipzig 1903, Verlag von Theodor Thomas. Preis 10 M.

Wenn man den Titel des Schneiderschen Buches liest, wird man nicht gleich wissen, welches der Inhalt sei. Nach Verf.'s eigenen Worten

soll sein Werk „ein Familienbuch sein und in allen Angelegenheiten, welche die Gesundheit betreffen, Rat und Belehrung bringen“. In der Tat, wir haben es mit einem Handbuch der Volksgesundheitspflege zu tun, das nach vielen Richtungen hin belehrend zu wirken sucht. In den Kapiteln: Gesundheitspflege des Säuglings und in der ersten Periode der Kindheit finden wir Regeln über die Kleidung, über die Impfung, über das Spiel des Kindes, über Erziehung etc. Mit besonderer Sorgfalt und Ausführlichkeit ist in dem Abschnitt: Gesundheitspflege im schulpflichtigen Alter die Schulhygiene behandelt. Hier wird auch die Frage der Reformschule angeschnitten. Verf. wünscht, dass Latein und Griechisch ganz aus dem Lehrplan verschwinden, ein Wunsch, dessen Erfüllung wir selbst noch in weite Ferne gerückt sehen möchten. In dem Abschnitt: Gesundheitspflege der Frau ist die Abhandlung: die Schönheit des menschlichen Körpers besonders lesenswert. Auch das Kapitel über die Kleidung der Frau verdient allseitige Beachtung. Der letzte Teil endlich erörtert eingehend die Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege, betr. Wohnung, Heizung, Ventilation, Strassenhygiene, Wasserleitung, Beseitigung der Abfallstoffe, Schlachthäuser, Bestattungswesen u. a. m.

Gegenüber den vielen Vorzügen des Buches kommen vereinzelte Einwendungen, die wir machen möchten, wenig in Betracht. So würden wir wünschen, dass die Behandlung des Abortus, das Erbrechen der Schwangeren, der Eklampsie, der Mastitis, Krankheiten, bei denen Verf. namentlich hydrotherapeutisches Verfahren empfiehlt, ganz in Wegfall kommt. Ebenso könnten die Kapitel über die vorwiegenden Krankheiten des Säuglingsalters und in der ersten Periode der Kindheit, die sehr dürftig sind, aus dem Buche verschwinden. Schliesslich können wir uns mit der Verwerfung der Zahnbürste und der Zahnwässer nicht einverstanden erklären.

Schnell (Egeln).

Über die häusliche Pflege des kranken Kindes. Vortrag gehalten im Samariterinnen-Haus Basel von Prof. Dr. Ed. Hagenbach-Burckhardt. gr. 8, 39 Seiten. Basel 1903. Benno Schwabe Verlag, 1903. Preis 65 Pfg.

Dieses kleine Schriftchen, welches obigen Vortrag eines sehr bewährten Lehrers enthält, gehört m. E. zu den wertvollsten und lehrreichsten Bestandteilen einer Hausbibliothek, nicht nur des Arztes, sondern vielmehr und ganz besonders sollte es von allen Müttern, denen die Pflege seines gesunden oder kranken Kindes am Herzen liegt, gelesen und seines reichen und allgemein verständlichen Inhalts wegen geschätzt werden. Nachdem sich der Autor über die Pflege des gesunden Kindes geäußert — das man besonders schon in der Kindheit individualisieren soll, woraus natürlich auch die verschiedene Behandlung resultiert —, nachdem er sich vor allem über die Ernährung und Kleidung ausgesprochen — wie man sich zu verhalten hat in Beziehung auf Lüftung und Reinigung des Kinderzimmers — wie sich die Pflegerin zu verhalten hat mit dem Ausgehen bei verschiedener Witterung — wie im Sommer und im Winter — beschäftigt er sich mit der Pflege eines kranken Kindes, das zunächst an einer Darmstörung leidet, welche fast immer als die Folge einer verkehrten Ernährung anzusehen ist: eine ganz vorzügliche Schilderung der Aufgaben, die eine rechte Kindespflegerin besonders vor dem Eintreffen

eines Arztes zu erfüllen hat. Sehr interessant sind die Angaben über die zweckmässige Einrichtung des Krankenzimmers, da ja vielfach der günstige Verlauf der Krankheit davon abhängt. Sehr wichtig ist ferner die Frage, wie man sich zu verhalten hat, wenn in einer mit Kindern gesegneten Familie eine Infektionskrankheit auftritt, wie Masern, Scharlach, Diphtherie u. s. w. Ganz besonders hebt Verfasser den Aberglauben im Kinderzimmer hervor, der zu den sonderbarsten Vorstellungen und Handhabungen führt. Dass er auch über einen normalen Wachstumsprozess, das Zahnen der Kinder spricht, einen Vorgang, den viele Mütter und Nachbarn als die Ursache aller möglichen Störungen annehmen, und davor warnt, die besonders im 1. Lebensjahr auftretenden Krankheiten darauf zurückzuführen, macht dieses Schriftchen, um es noch einmal hervorzuheben, zu einem ausgezeichneten Ratgeber für Mütter und Kinderpflegerinnen.

Dr. Chrzelitzer (Posen).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

A case of sodium chlorid poisoning in a child.
Von J. Zahorsky.

Kochsalzvergiftungen finden sich sehr selten. In diesem Falle handelte es sich um ein dreijähriges Kind, dessen Verdauung mehrere Wochen bereits nicht in Ordnung war. Es fand sich bei ihr oxyuris vermicularis in geringer Zahl. Darum machten die Eltern ihr Kochsalzklystiere (einen Esslöffel auf 1 Quart Wasser). Diese Rektalinjektion wurde zweimal wiederholt und jedesmal schnell wieder entleert. Nach der zweiten Injektion begann das Kind plötzlich über ganz ausserordentlichen Durst zu klagen und ganz enorme Mengen von Wasser zu trinken. Dann setzte Erbrechen ein mit nachfolgender starker Prostration. Das Kind wurde blass, die Extremitäten kalt, das Gesicht schmal, die Augen wurden nach aufwärts gedreht. Das starke Erbrechen dauerte etwa 5 Stunden an. Am nächsten Morgen befand sich das Kind völlig wohl, nur musste es viel Harn entleeren.

(Interstate med. journ. 1903.)

v. Boltens Stern (Leipzig).

The relation of the Thymus gland to marasmus.
Von J. Ruhrah.

Verf. hat die Thymusdrüse in 18 Fällen von Marasmus bei Kindern untersucht. Die Atrophie der Drüse war die einzige Veränderung, welche sich bei der Obduktion fand. Die Anwendung von Thymusdrüsentabletten bei Fällen von Marasmus war indes nicht imstande, einen Einfluss auf die Krankheit auszuüben. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Thymusdrüsenatrophie findet sich immer in Fällen von infantiler Atrophie. Der Zustand der Thymus ist ein Masstab für das Allgemeinbefinden des Kindes. Der Ernährungszustand von Kindern kann geschätzt werden durch die mikroskopische Untersuchung der Thymus bei der Obduktion.

(Brit. med. journ. 1903.)

v. Boltens Stern (Leipzig).

Die künstliche Ernährung vom Gesichtspunkte der Theorie der löslichen Fermente. Von Luigi Concetti.

Beim Melken und der Konservierung tierischer Milch soll die Antisepsis durch Asepsis vertreten werden. Auf diese Weise wird nicht nur jede Ursache einer Toxininfektion entfernt, sondern auch die löslichen Fermente der Milch erhalten, welche von Wichtigkeit sind, obwohl sie verschieden sind und in minderer Quantität als in der Frauenmilch vorkommen.

Die Proportion der betreffenden Fermente soll nach Möglichkeit quantitativ und qualitativ vermehrt werden, indem man dieselbe künstlich in den Organismus der Milchtiere einführt. Nur auf diese Weise kann man eine wirklich humanisierte Milch erhalten, oder wenigstens eine Milch, deren biologische Wirkungen sich am meisten der Frauenmilch nähern.

(Arch. de méd. des enf. Juni 1903.) E. Toff (Braila).

Masern mit Rezidiven. Von J. Comby.

Nach einer kurzen historischen Übersicht gibt C. die Krankengeschichten dreier von ihm beobachteten Masernrezidive. Der zwischen den beiden Erkrankungen verflossene Zeitraum war von 3—4 Wochen und waren die Eruptionen immer typischer Natur. In einem der Fälle war die erste Eruption ekchymotischer Natur, die zweite normal; in einem anderen war der Rückfall ekchymotisch.

Die rezidivierenden Masern bieten keine besondere Gravität und ist die Prognose im allgemeinen günstig; die Fälle heilen ohne Schwierigkeit und ohne Komplikationen.

(Arch. de méd. des enf. 1903.) E. Toff (Braila).

Die akute Leukämie der Kinder. Von S. Lustgarten.

Die akute Leukämie ist eine seltene Kinderkrankheit. Als Hauptsymptome sind der plötzliche Anfang, die bedeutende Anämie, Blutungen, fieberhafter Zustand, leichte Drüsenschwellungen und ein spezieller Blutbefund zu erwähnen. Meist findet man mikroskopisch eine Lymphocythämie. Makrolymphocyten werden gefunden, sind aber für akute Leukämie nicht charakteristisch, da dieselben auch bei der chronischen Form vorkommen. Man findet auch Fälle mit Mikrolymphocyten. Leber und Milz sind bei akuter Leukämie der Kinder bedeutend vergrößert, ebenso auch die Thymusdrüse. Die Krankheit endigt immer letal und ist die Behandlung nur eine palliative, auf Erhalten der Kräfte und Bekämpfung der Blutungen gerichtet. Für letztere sind Einspritzungen von Gelatineserum von Vorteil.

(Inaugural-Dissert. Bukarest 1903.) E. Toff (Braila).

Ein Fall von Addison'scher Krankheit mit Integrität der Nebennieren. Von Richon.

Die 10jährige Patientin kam im Laufe eines Jahres wiederholt zur Behandlung, zeigte auf Nebennierenextrakt vorübergehende Besserung, doch traten später Erbrechen, Diarrhöe, Bauchschmerzen, Ödeme auf und erfolgte der Tod unter allgemeiner Adynamie. Die Nekropsie zeigte Spitzentuberkulose, Vergrößerung der Bronchialganglien, tuberkulöse

Darmgeschwüre, doch waren die Nebennieren normal; weder makroskopisch, noch mikroskopisch konnten irgend welche organischen Läsionen derselben gefunden werden. Derartige Fälle würden für einen nervösen Ursprung der Krankheit sprechen, namentlich wurden in anderen ähnlichen Fällen Degenerenzen im Plexus solaris, dem Bauchsympathicus und auch im Rückenmarke gefunden. In dem Falle R.'s konnten aber auch solche Veränderungen nicht aufgefunden werden.

(Arch. de méd. des enf. 1903.)

E. T o f f (Braila).

Die Bedeutung der ärztlichen Ziehkinder-Überwachung für die Physiologie, Pathologie und Therapie des Kindes im frühesten Alter. Von F. Siegert.

S. gibt eine kurze, aber hochinteressante Mitteilung über die nach Vorgehen Leipzigs, aber in intensiverer Weise in Strassburg eingeführte ärztliche Gemeinde-Waisenkontrolle. Alle der General-Vormundschaft unterstehenden Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahre werden alle ein bis acht Wochen in geeigneten Amtslokalen in Stadt und Vororten von dem städtischen Gemeinde-Waisenarzt untersucht und beraten. Seine Beobachtungen werden eingetragen in die Mündelkarte, welche über die Personalien des Kindes, der Eltern, die Pflege und die Existenzbedingungen des Kindes genaue Daten enthält und bei der ersten Kontrolle den Status des Kindes aufnimmt unter besonderer Berücksichtigung des Ernährungszustandes, der Konstitution, der Hautpflege, des Gewichtes u. s. w. Auf diese Weise entstehen Mündelkarten, welche naturgemäss Auskunft geben über eine grosse Anzahl allgemeiner und spezieller Fragen, aber auch Prophylaxe und Therapie werden hierdurch in kräftigster Weise gefördert. Verf. hofft, dass diese Kontrolle bald überall in Stadt und Land eingeführt werde.

(Münchener Mediz. Wochenschr. 1903.)

P a u l i (Lübeck).

Kurzer Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. Von Rittel.

R. hat bei einer grösseren Epidemie von Pertussis mit dem Aristochin, das von den Farbwerken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld in den Handel gebracht wird, Versuche angestellt, die ein recht befriedigendes Resultat ergeben haben. Kinder unter einem Jahre erhielten im allgemeinen dreimal täglich soviel Centigramm, wie sie Monate zählten, bis zu 0,1 g, grössere bis zu dreimal täglich 0,2 g Aristochin. Es wurde mit Milch oder Wasser gereicht und meist gern genommen.

Die Gesamtbehandlungsdauer bei Aristochingebrauch schwankte zwischen 10 Tagen und 4 Wochen. Es findet also gegen andere medikamentöse Behandlungsweisen eine wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer statt. Besonders dankbar erwies sich die Darreichung des Aristochins bei beginnendem Keuchhusten, der dadurch fast kroupiert wurde. Auch ist die vorzügliche Einwirkung des Mittels auf den Appetit hervorzuheben.

(Therap. Monatsh. 1903.)

S c h n e l l (Egeln).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

Februar 1904.

No. 2. (170.)

Inhalt: Originalien: Fürst, die Behandlung der Impfpocken nach den Prinzipien der modernen Chirurgie. 25. — Kühner, Mutter und Arzt. 28. — Urbantschitsch, Über Thigenol bei Erkrankungen des Gehörorgans. 31. — Referate: Wagner, Lungentuberkulose. 34. — Leroux, Tuberkulöse Peritonitis. 34. — Cruchet, Diphtheritische Angina. 35. — Kittel, Keuchhusten. 35. — Cheadle, Acholie. 35. — Lobedank, Die Behandlung von Krankheiten der Konjunktiva. 38. — Arraga, Buttermilch. 40. — Laquer, Bismut und seine Verbindungen. 41. — Jessen, Bromoformvergiftung. 41. — Gesundheitspflege: Mayet, 25 Jahre Todesursachenstatistik. 42. — Rezensionen: Heubner, Lehrbuch der Kinderheilkunde, I. Teil. 43. — Wehner, Büsing und Krollick, Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene, I. Abt. 44. — Schill, Jahresbericht über den Fortschritt der Diagnostik 1902. 45. — Baur, Hygienischer Bilderatlas für Haus und Schule. 45. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 45. Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 47. — Kleine Mitteilungen. 48.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Die Behandlung der Impfpocken nach den Prinzipien der modernen Chirurgie.

Von S.-R. Dr. L. Fürst (Berlin).

Ich habe schon 1896 in meiner „Pathologie der Schutz-Pockenimpfung“ (Berlin, Oskar Coblentz), und später wiederholt, so in den Abhandlungen: „Über Impf-Aseptik“ (D. Med.-Ztg. 1898. 34) und „Kann man Impfpocken aseptisch halten?“ (Berl. Klin. Wochenschr. 1899. 39) darauf hingewiesen, dass es wenig Sinn hat und nicht unbedenklich ist, die Gesetze der heutigen Chirurgie auf die Impfwunden und deren Nachbehandlung nicht anzuwenden. Im Gegenteil müsse gerade eine künstlich (mit Vakzine) infizierte Wunde doppelt sorgfältig vor Verunreinigungen oder Insulten geschützt werden. Diese von mir längst ausgesprochene Mahnung hat aber in den Beschlüssen des Bundesrats vom 28. Juni 1899, in der Ausführungsverordnung für Preussen, in der für Sachsen (14. Dez. 1899) u. s. w. keine Beachtung gefunden. Sie scheint auch dem Herrn Kollegen Med.-Rat Dr. W. Hesse, Dresden, unbekannt geblieben zu sein, denn ich ersehe aus seiner Abhandlung: „Impfschutz-Verband“ (Hy-

gienische Rundschau 1903. 13), allerdings zu meiner Genugtuung, dass er dieselben Anschauungen ausspricht, die ich vor Jahren vergeblich äusserte: „Die Impfwunden sind wie Wunden zu behandeln, also vor Insulten und Infektion zu schützen.“

Hesse ist, mit Recht, der Ansicht, dass der Schorf der Impfwunde nicht genügt, um diese zu schützen, und zwar schon deswegen nicht, weil sich aus dieser Impfwunde eine leicht zerstörbare Pustel entwickelt und deren Verletzung eine nicht mindere Gefahr für die Gesundheit des Impflings bedingt.

Dass eine so hervorragende Autorität, wie Hesse, sich also in gleichem Sinne ausspricht, ist mir im Interesse der Sache (und nur dieses kann für mich massgebend sein) höchst erfreulich, zumal s. Z. der Bundesrat die Notwendigkeit eines „Schutzes gegen Nebenwirkungen“ theoretisch anerkannt und die vielfach „unsachgemässe“ Behandlung der Impfwunden und Impfpusteln gerügt hat. Dass Reizerscheinungen, Drüsenanschwellungen, Zellgewebs-Entzündungen u. s. w. durch unsachgemässe Behandlung (z. B. das ungenügende Verhüten von Unsauberkeit, von mechanischen Reizen der Impfstelle) vorkommen können, wird offiziell nicht geleugnet.

Mit dieser theoretischen Anerkennung der Notwendigkeit eines Schutzes vor Insulten und Sekundär-Infektionen steht leider die praktisch verhängnisvolle Anordnung in einem für mich unlöslichen Widerspruche: „Das Anlegen eines Verbandes auf die Impfstelle ist nicht notwendig.“ Denn die „offene“ Behandlung, die allen pathogenen Keimen eine Eingangspforte bietet, die Impfstelle auch nach etwaiger Zerstörung der Pusteln schutzlos lässt, möchte ich wenigstens nicht als „sachgemäss“ im chirurgischen Sinne bezeichnen.

Was ist in solchem Falle „unsachgemäss“? Da, wie nicht bezweifelt werden kann, die Impfung ein operativer Eingriff ist, und zwar ein solcher, der von vornherein durch Einbringen eines virulenten Stoffes in die frisch gesetzte Wunde kompliziert ist, so erfordert doch, meines Erachtens, dieser Vorgang eine Bedeckung der Wunde und zwar ein Bedeckthalten derselben bis zur Vernarbung. Dass die Abheilung der kleinen Wunden, die, wenn keine Vakzine eingebracht wäre, bei sterilisierter Klinge und Haut reaktionslos in zwei bis drei Tagen unter dem Schorf per primam erfolgen würde, ist wahr. Allein bei der Impfung liegen die Verhältnisse durchaus nicht so einfach. Die Klinge ist mit einem Stoff von sehr verschieden starker Virulenz armiert und, selbst wenn wir voraussetzen, dass die Lymphe absolut frei von anderweiten pathogenen Mikroben ist, bleibt die Inzision jedenfalls das Mittel, um ein bestimmt charakteristisches, die Heilung verzögerndes, zu örtlicher Reizung und Pustelbildung führendes Virus einzubringen. An die primäre scheinbare Heilung schliesst sich also, wenn die Impfung von Erfolg war, ein entzündlich-eitriger Vorgang, der allerdings lokal bleibt, aber doch, nachdem die Pusteln den Suppurationsprozess durchgemacht haben, erst später mit Narbenbildung endet. Der ganze Vorgang vom Einschnitt bis zum Abfall der Schorfe zieht sich in der Regel so lange hin, dass beim Kinde sehr viel Gelegenheit zu Verletzungen oder Sekundär-Infektionen gegeben ist, zumal während des Stadiums, in welchem sich die Pusteln auf der Höhe ihrer Entwicklung befinden. Jeder erfahrene Impfarzt weiss, wie leicht die prall gespannten,

von dünner Epidermis bedeckten, Impfpusteln platzen, ihren Inhalt auf die schon stark hyperämisch, oft infiltrierte Umgebung ergiessen und hier oft sekundäre Pusteln oder Ulzerationen bewirken.

Es ist ferner bekannt, dass manche Kinder dem schmerzhaften Juckreize nicht widerstehen können, die Stelle mit der Leibwäsche scheuern oder mit den Nägeln kratzen, dass die Finger, speziell der Unternagelraum der Kinder, wie zahlreiche Versuche gelehrt haben, sehr oft pathogene Bakterien enthält und dass durch die mit Vakzine benetzten Nägel entweder Infektionen des Pustelgewebes an sich oder an ganz entlegenen Körperstellen, neue Inokulationen, und zwar Misch-Infektionen, erfolgen können.

Solche argen Zerstörungen hat schon mancher Impfarzt beobachtet. An den sich anschliessenden Prozessen, wie Phlegmone, Erysipel, Lymphadenitis infectiosa u. dergl. leiden manche Kinder wochenlang, und selbst letale Ausgänge sind vorgekommen.

Als Lister seine antiseptische Methode einfuhrte, war auch das Projektive ein wichtiger Bestandteil seines Verbandes. Und wenn es auch später verlassen wurde, so hat doch selbst eine vorübergehende Mode-Richtung, welche die offene Wundbehandlung oder die Behandlung unter dem Blutschorf befürwortete, keinen Dauer-Erfolg erzielt. Wir bedecken trotz alledem noch heute die Wunde sorgfältig und sorgen für einen guten Luftabschluss durch steriles Verbandmaterial, wohl wissend, dass dies meist eine reaktionslose Heilung ermöglicht.

Nach alledem stehe ich nicht an, eine offene Behandlung der Impfpocken, die im Grunde überhaupt den Namen einer „Behandlung“ kaum verdient, als „unsachgemäss“ zu bezeichnen.

Dies war auch schon lange meine Ansicht, und aus dieser Erwägung heraus entstand der von mir vor zirka einem Dezennium angegebene Impfschutz-Verband*), der sich von Jahr zu Jahr grösserer Beliebtheit erfreut, weil er tatsächlich allen billigen Anforderungen entspricht. Wenn auch, wie ich s. Z. las, „die (offiziellen) Versuche mit Deckschutz, Verbänden zur Fortsetzung nicht ermutigt haben“ und ich annehmen darf dass damals auch mein Impfschutz-Verband keinen Anklang gefunden hat, so steht doch diesem ungünstigen Urteil die Tatsache gegenüber, dass offenbar viele Impfarzte mit ihm zufrieden sein müssen, da er — beispielsweise im 2. Quartal 1903 — bei mehr als 8000 Impfungen Verwendung fand.

Hesse erwähnt in seinem erwähnten Aufsatz meinen Verband nicht, obwohl ich kaum glaube, dass er ihm unbekannt ist. Da aber doch die Möglichkeit vorliegt, dass ihn der eine oder andere Kollege noch nicht kennt, so will ich aus früheren Publikationen hier nur kurz wiederholen, dass er aus einem perforierten ovalen Kautschukpflaster besteht, in dessen Mitte sich ein ganz flaches, mit weicher Dermatolgaze umhülltes Bäschen von Holzwoolwatte befindet. Der äussere (Pflaster-) Ring dient nur zur Befestigung, die damit sicher und dauernd erzielt wird; der innere Teil hat die doppelte Indikation zu erfüllen, einmal die Impfstelle vor Berührung sowie vor mechanischen Insulten (Scheuern, Reiben, Kratzen etc.)

*) Hergestellt von Paul Hartmanns Verbandstoff-Fabrik in Heidenheim (Württemberg).

zu schützen, sodann aber etwa ausfliessende Lymphe oder entstehende Sekretion sofort aufzunehmen, so dass die Flüssigkeit vollständig und sicher aufgesaugt und ein Weitertransport derselben ausgeschlossen wird. Nach dem Gesagten bedarf es keiner besonderen Auseinandersetzung, um darzutun, dass dieser so einfache Verband gerade „sachgemäss“ und unseren Anschauungen über Wundbehandlung entsprechend ist.

Erwähnen will ich noch, dass jeder meiner Impfschutzverbände in einem verschlossenen Kuvert und in doppelten Exemplaren abgegeben wird. Das eine wird sofort nach der Impfung, das andere nach der Revision aufgelegt. Letzteres bleibt bis zur Verheilung liegen. Das Baden wird natürlich während dieser Zeit unterlassen. Die Billigkeit dieses Verbandes, 40 Pfg. pro Kuvert, das in wenigen Sekunden zu bewirkende Anlegen und Auswechseln, der feste Sitz — alles dies scheint mir zu Gunsten des Verbandes zu sprechen. Bei richtigem hygienischen Verhalten des Impflings ist er ohne Nachteile.

Der von Hesse etwas modifizierte Seibert'sche Verband (aus zwei Filzplatten und gewölbtem Drahtgitter bestehend) ist eigentlich kein Verband, sondern eine Schutzkapsel, welche zwar von den älteren bekannten, ebenfalls durchsichtigen Zelluloid-Schutzkapseln den Vorzug der Luft-Durchlässigkeit besitzt, dafür aber doch ziemlich kompliziert ist und, trotz der unteren Kautschuk-Fläche, nicht immer gut und zuverlässig haftet, dann aber erneuert werden muss, was bei dem Preise (50 Pfg.) nicht jeder gern tun wird. Solche uhrglasförmigen Schutzkapseln sehen übrigens ziemlich ungeschickt aus und erfreuen sich deshalb nur geringer Beliebtheit. Dass unter ihm, da er nicht mit den Pocken-Pusteln in Berührung kommt, Hypersekretion und Verschwärung selten vorkommt, soll nicht bestritten werden. Aber auch bei meinem Verbande kommen solche unangenehmen Zugaben selten vor, wenn das Kind kühl und sauber gehalten, gut überwacht und bis zur Vertrocknung des Schorfs nur leicht ernährt wird.

Jedenfalls stimme ich mit Hesse überein, wenn er sagt, dass der einzig sichere Schutz des Impflings nur von einem Schutzverbande zu erwarten ist.

Mutter und Arzt.

Von Dr. A. Kühner (Koburg).

Mutter und Arzt haben bei der körperlichen und geistigen Erziehung des Kindes wesentlich verschiedene Aufgaben; aber diese ergänzen und vereinigen sich zum Wohl und Interesse von Mutter und Kind. Die Mutter beobachtet, der Arzt beobachtet und entscheidet. Was andererseits der Arzt vorbereitet, bringt die Mutter zur Ausführung; ob sie es verständnisvoll, gewissenhaft, standhaft zur Ausführung bringt; davon hängt oft ihre Gesundheit, ihr Leben sowie das ihres Kindes ab. Tief liegt es in der Natur der Sache begründet, dass der Arzt freudigen und dankbaren Herzens seinen Beruf erfüllt in einer Familie, in welcher er sich der einsichtsvollen, willigen, konsequenten Ausführungen seiner Anordnungen versichert hält,

während er gerne dem Haus den Rücken kehrt, indem die Anordnungen oft von den widersinnigsten Vorurteilen durchkreuzt, nur teilweise oder gar nicht zur Ausführung gelangen. Wenn man indess bedenkt, dass die Beihülfe des beschäftigten Arztes bei der Pflege des Menschen im gesunden und kranken Zustand sich unmöglich in die Wiederholung einer Menge von Einzelheiten verlieren und allenthalben erschöpfen kann, deren eingehende Kenntnis und gewissenhafte Befolgung Sache der Mutter ist, so ist es Aufgabe eines Buches, auf alle diese Einzelheiten und deren Ausführung hinzuweisen. Ist dann ein Kind im Werden und Wachsen bis zur selbständigen Führung herangebildet und oft durch schwere und verwinkelte Fährlichkeiten des Lebens und der Gesundheit mit Glück geleitet worden, dann mag es oft schwierig sein, den Anteil erspriesslicher Beihilfe an diesem glücklichen Geschick gerechtermassen zu verteilen, Mutter und Arzt werden das Verdienst oft teilen. Die Mutter soll stets die bereite Stütze, die einsichtsvolle Beihülfe des Arztes bilden; es wäre Torheit, wenn sie seine Stelle einzunehmen, ihn zu ersetzen trachten wollte. Mutter und Arzt stehen zu einander in einer Vertrauensstellung eigentümlicher Art, gewissermassen in einem Vertragsverhältnis, bei welchem der eine Teil sich für das Wohl des andern verpflichtet und die Verantwortung trägt, dass alles in Vorschlag gebracht werde, was zum Erhalt des Wohles und zur Verhütung von Gefahren des der Pflege Befohlenen dienen könnte, ein Vertragsverhältnis, welches den anderen Teil verbindlich macht, alle jene Vorschläge, jene Verpflichtungen gewissenhaft und treu zur Ausführung zu bringen. Das Bindemittel dieses eigentümlichen Verhältnisses bildet gegenseitiges Vertrauen; möge dasselbe überall offen entgegengebracht, gewissenhaft befolgt und zur gegenseitigen Befriedigung zur Ausführung gebracht werden!

In die Sprechstunde des Arztes kommen die Menschen mit ausgeprägter Krankheit oder er zu ihnen; der Kinderarzt nimmt eine ganz andere, viel weitere, umfassendere Stellung ein; wenn irgendwo dem Arzt die Aufgabe erwächst, Krankheiten zu verhüten mehr, als solche zu heilen, so ist dies in der Kinderstube und vielleicht noch mehr im Freien, wenn es gilt, durch geeignete Pflege, bestimmte Massnahmen Krankheiten vorzubeugen. Diese freiere, weitere, umfassendere Stellung des Kinderarztes setzt umfassendere Kenntnisse voraus. Wir haben uns zu unterrichten nicht nur über die Ätiologie, sagen wir im engeren Sinne, sondern auch über die Ursachen der Krankheiten im Grossen; wir suchen bei unseren Pflegebefohlenen über Heredität, Abstammung, Entwicklung, das Leben in gesunden Tagen, ihre Umgebung und deren Rückwirkung zwar manches zu erfahren, aber das Wenige, was wir erfahren, hält sich ganz in den Schranken hergebrachter starrer Formale, in deren Inhalt wir nicht tiefer einzudringen vermögen. Aus Kliniken und Laboratorien, in Haus und Familie erhalten wir daher ohne weiteres über die Individualität und damit über die inneren Ursachen der Krankheiten nie mehr als Andeutungen. Dass es aber für jede Erkrankung auch eine innerorganische, dem Körper entsprechende Ursache gibt, ist eine Tatsache, die zwar durch die Entdeckung vordem unbekannter sichtbarer Krankheitsreger in den Hintergrund gedrängt wurde; gelegnet wurde sie niemals. Eine Krankheit ist bekanntlich nicht etwas der Gesundheit entgegengesetztes, sondern verändertes Geschehen am Organismus. Wenn Leben und Gesundheit

eine lebendige Gegenwirkung, Reaktion auf äussere Reize darstellt, so bedeutet Krankheit eine veränderte lebendige Gegenwirkung. Alles kommt hierbei an auf die Diathese, Disposition, Konstitution bei der Einwirkung von Bazillen, auf den Ort der Ansiedelung. Diese Diathese, Disposition, Konstitution, die Abstammung, Entwicklung des Kindes kennen zu lernen, den Einfluss der Umgebung zu ermessen, muss unser eifrigstes Bestreben sein. Der Arzt allein ist aber unmöglich imstande, alles zu dieser Erkenntnis erforderliche Material zu sammeln, alle hierzu erforderlichen Beobachtungen anzustellen, zu buchen und zu sichten. Die Mutter beobachtet, der Arzt beobachtet und entscheidet. Aus diesem Grunde hat zuerst *Fonsagrives* in Montpellier, der Verfasser mehrerer ungemein praktischer Schriften über diesen Gegenstand, ein Lebensbuch*) entworfen. Ihm folgten in Frankreich und England**) eine Reihe ähnlicher Bücher. So viel steht fest, dass die Zukunft eines Menschen innig abhängig von dessen Vergangenheit und dass diese in Rücksicht gezogen werden muss, um die Gegenwart und die Schicksale eines Kindes zu erschliessen. Mutter und Arzt müssen vereint die Veranlagung und Fortführung von einem Familienbuch beschliessen und zur Ausführung bringen. Die Mutter wird bei der Erfüllung dieser Aufgaben den Schwerpunkt bilden. Der Arzt wird gewechselt, stirbt, die Familie verzieht, ihre Glieder zerstreuen sich nach allen Weltgegenden, vieles und oft das wichtigste spielt mit. Einrichtung, Form und Inhalt des Familienbuchs werden ganz den individuellen Forderungen anzupassen sein und sich in den einzelnen Fällen sehr verschieden gestalten. Ich habe mich über alle diese Fragen bereits im „Kinder-Arzt“***) ausführlich ausgesprochen und kann mich nicht, noch darf mich hier wiederholen. Ich muss mich mit dem Hinweis begnügen, dass auch anderweit†) diese Einrichtung als sehr nutzbar empfohlen und eine gedruckte, sehr geschickte Anleitung gegeben worden ist.

*) *Livre maternel pour pendre des notes sur la santé des enfants*. Ausgaben für Knaben und Mädchen. Par's 1869.

**) *Francis Galton, Life history Album 1884 Macmillan & Co.* Das Buch ist soeben in zweiter Auflage erschienen. Es gibt eine sehr eingehende Autobiographie des Kindes durch Einträge der Eltern in die verschiedenen ad hoc vorgezeichneten Rubriken. Aber wir fürchten, dass die Forderungen an die Eltern und deren Einzeichnungen in Bezug auf Heredität, vorausgegangene Krankheiten und ihre Folgeerscheinungen, die günstigen und ungünstigen Ergebnisse einer Änderung der Diät, Kleidung, Wohnung, Lebensgewohnheiten der Eltern und Kinder zu spezifiziert, als dass erstere diesen Forderungen zum Vorteil letzterer genügen werden, und dass die bezüglichen Einträge aus diesem Grunde unterbleiben. Die erste und unerlässlichste Bedingung eines solchen Leitfadens für die Mütter zur Informierung des Arztes zum Wohl des Kindes scheint uns Einfachheit, Übersichtlichkeit und Kürze.

***) Vgl. *Kinder-Arzt*. Jahrg. 1890 Heft 4. Das Familienbuch.

†) *Raudnitz* hat die Veranlagung eines solchen Familienbuchs in einem Vortrag hervorgehoben, mit welchem er seine Vorlesungen an der Universität Prag einleitete, und zugleich ein Lebensbuch entworfen, das inzwischen im Buchhandel erschienen und den Ärzten zur Nachachtung der Übersichtlichkeit, Zweckmässigkeit und — Billigkeit sehr zu empfehlen ist. Vgl. *Raudnitz, Über Lebensbücher*. *Prag. Med. Wochenschr.* 1892, Nr. 7–8. Das Lebensbuch. *Prag*. Verlag von Gustav Neugebauer, k. k. Hofbuchhandlung. 8. 32 Seiten.

Über Thigenol bei Erkrankungen des Gehörorganes.*)

Von Dr. Ernst Urbantschitsch.

Unter dem Namen „Thigenol“ wurde von der chemischen Fabrik F. Hoffmann-La Roche & Cie in Basel ein synthetisches Schwefelpräparat in den Handel gesetzt; es ist eine konzentrierte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, in dem 10 Prozent Schwefel organisch gebunden sind. Somit würde dieses Präparat an Schwefelgehalt das ihm zunächst kommende Ichthyol noch übertreffen, da letzteres nach den Untersuchungen von Dr. O. Helmer (s. Virchows Archiv, Band 135, Seite 485) 8,8 Prozent Schwefel enthält.

Thigenol ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von Syrupkonsistenz, von schwachem Geruch und schwachem Geschmack; es löst sich in Wasser und Glyzerin ausgezeichnet, sehr gut auch in verdünntem Alkohol, nicht aber in Spiritus vini rectificatissimus. Seine Hauptwirkung beruht in seiner Eigenschaft, die Gefässe zur Kontraktion anzuregen, weshalb es anämisierend, entzündungswidrig, resorptionsbefördernd und austrocknend wirkt; es zeigt ferner antiparasitäre und antiseptische Eigenschaften mit günstig stillendem Einfluss auf einen event. vorhandenen Juckreiz. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, dass die braunen Flecken durch Abwaschen mit Wasser sehr leicht zu entfernen sind, was auch gelegentlich beschmutzter Wäsche zu gute kommt, und seine verhältnismässige Billigkeit, so dass dieses Mittel auch in der Armenpraxis Verwendung finden kann.

Am meisten wurde Thigenol bisher in der Dermatologie verwendet; insbesondere sind es hier die Ekzeme, welche unter Thigenolbehandlung mitunter sehr günstig beeinflusst werden. Ausserdem wurde es angewandt: äusserlich bei gynäkologischen Affektionen, Gonorrhöe, Epididymitis, Prostatitis, Rheumatismus, Brustwarzenfissuren, Geschwüren, Perityphlitis, Hämorrhoiden und Fissura ani, innerlich bei Katarrhen der Respirationsorgane sowie bei Lungentuberkulose.

Seit August 1903 habe ich nun Versuche über die Wirkung des Thigenols bei Ohrenerkrankungen angestellt, die in der Mehrzahl der Fälle einen sehr befriedigenden Erfolg ergaben, ja, in vielen einen Erfolg, der mit anderen Mitteln entschieden nicht zu erreichen war. Da ich nun der Ansicht bin, dass das Thigenol einen Anspruch hat, sich in der Otiatrie einen Platz zu erobern, so will ich meine Beobachtungen über dieses Mittel veröffentlichen, mehr, um zu weiteren Versuchen anzuregen, damit dem Thigenol nicht bloss ein Platz, sondern ein ganz bestimmter, ihm gebührender Platz in dieser Wissenschaft eingeräumt werde, als seine Stellung gegenüber anderen Mitteln bei bestimmten Krankheiten zu präzisieren, was derzeit bei der kurzen Beobachtungsdauer kaum schon möglich ist.

Wegen der sekretionsbeschränkenden Wirkung des Thigenols versuchte ich es zunächst bei chronischen Mittelohreiterungen. In einem Falle hatte es sichtlichen und zwar raschen Erfolg, während Instillationen von

*) Aus d. Monatschr. f. „Ohrenheilkunde“, November 1903.

Lapilösung, Hydrogenium hyperoxydatum und 2 Prozent Salizylspiritus keine Besserung herbeiführten. Die Paukenhöhle epidermisierte sich und bis nach anderthalb Monaten ist keine Eiterung mehr aufgetreten. In einem zweiten Falle trat scheinbare Heilung ein; Sekretion war in wenigen Tagen nicht mehr zu bemerken, die Paukenhöhle repräsentierte sich bei der Okularinspektion als trocken; doch zeigte die genauere Untersuchung, dass sich bloss eine Membran gebildet hatte, bei deren Durchtrennung wieder Eiter zum Vorschein kam. In diesem Falle war kein Trommelfell mehr vorhanden; es handelte sich um eine Eiterung nach einer vor mehreren Jahren ausgeführten Radikaloperation. In einem dritten Falle wurde der Prozess von der Thigenolbehandlung ganz unberührt gelassen; allerdings wurde die Otorrhoe auch bisher mit anderen Mitteln nicht wesentlich beeinflusst. Bei einem weiteren Falle handelte es sich um eine beiderseitige Otorrhoe. rechts seit Kindheit, links seit mehreren Monaten; an diesem Ohr bestanden auch zeitweilig Schmerzen. Hydrogenspiritus brachte zwar eine Verringerung der Sekretion, doch schwanden die Schmerzen nicht. Auf Thigenol sistierte die Eiterung links binnen zwei Tagen, auch traten seit der Anwendung nicht die geringsten Schmerzen mehr auf. Rechts war die Otorrhoe nach zehn Tagen nur ganz gering, doch wäre dieser Erfolg wahrscheinlich auch durch Fortsetzung der Hydrogenspiritus-Instillationen erreichbar gewesen, da schon durch dieses Mittel eine entschiedene Sekretionsbeschränkung eingetreten war; durch Thigenol ist bloss eine weitere Besserung erzielt worden.

Einen auffallend günstigen Erfolg sah ich in einigen Fällen akuter eitrig-er Mittelohrentzündung ohne Trommelfellperforation. Durch die anämisierende, die Resorption fördernde Wirkung des Thigenols erhoffte ich sowohl eine Milderung der Schmerzen wie einen Rückgang des Prozesses. Die Schmerzen hat es auch durchwegs gemildert bzw. behoben; nur bei einem Säugling scheint keine subjektive Erleichterung eingetreten zu sein. Auch die objektiven Symptome haben auf diese Behandlung ihren Rückzug angetreten; so war es mir möglich, einigemale die indizierte Parazetese des Trommelfelles zu vermeiden bzw. in Fällen, wo es leicht hätte zur Parazetese kommen müssen, die Heilung der Entzündung herbeizuführen. In einem Falle wurde eine scheinbare Heilung erzielt; die Schmerzen schwanden, das Wohlbefinden, Appetit und Schlaf wurden wieder normal, auch war eine deutliche Besserung der Entzündung zu konstatieren. Nach zehn Tagen traten plötzlich neuerlich heftige Mittelohrentzündungserscheinungen auf (grosse Schmerzen sowie mächtige, wurstförmige Vorwölbung des Trommelfelles auf beiden Seiten), so dass ich nicht nochmals die Thigenolbehandlung versuchen wollte, sondern mich lieber zum operativen Eingriff entschloss.

Ein weiteres Feld meiner Versuche bildeten die diffusen äusseren Gehörgangsentzündungen. So benutzte ich Thigenol bei einer Frau, die schon ein Jahr lang wegen Otitis externa diffusa chronica ohne sonderlichen Erfolg in Behandlung gestanden sein soll. Nach zweimaliger Benutzung des Thigenols erklärt sich Pat. von ihren Beschwerden befreit; bis zur Untersuchung nach drei Wochen war kein Rezidiv aufgetreten. Auch in einem Falle der akuten Gehörgangsentzündung trat bereits bei der zweiten Thigenolinstillation eine auffallende Besserung ein, die auch anhielt. Eine heftige Otitis externa, bei der man infolge der Schwellung

Kurze Belehrung über die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre von Dr. med. Eschle.

IV. verbesserte und vermehrte Auflage.

Preis: geheftet 1.20 Mk., gebunden 1.60 Mk.

**Loeplund's
Original**

Milchzucker chem. rein nach Prof. von Soxhlet's Verfahren, frei von Eiweiss und schädlichen Keimen, eigens hergestellt für Säuglings-Ernährung.

Malzextract „Loeplund“ vorzügliches Diaeticum bei den Catarrhen der Luftwege; in Milch gelöst das kräftigste Kinder-Frühstük.

Malzsuppenextract zur Herstellung der Dr. Keller's Malzsuppe für magendarmkranke Säuglinge; nach Keller und Gregor-Beslau 60—80% Heilungen!

Leberthran-Emulsion mit Malzextract bereitet, ärztlich anerkannt als vorzüglichste Thranmischung; bei Erwachsenen und Kindern sehr beliebt.

Lecithin-Leberthran-Malzextract 1% Lecithol Riedel enthaltend; neues Präparat zur wirksamen Dispensirung organ. Phosphors.

In Originalpackung. zu bez. durch alle Apoth.
Ed. Loeplund & Co.
Grunbach bei Stuttgart.

Reelle Präparate
Mässige Preise.

E. Mechling's
China-Eisenbitter

Vorzügliche Erfolge bei:

Blutarmut

Chlorose, Schwächezustände, Neurasthenie, Appetitlosigkeit.
In allen Apotheken. Proben kostenfrei.
E. Mechling, pharm. Praeparate, Mülhausen i. Els.



GLAFEY-NACHTLICHTER
beste Beleuchtung f. Schlaf-, Kranken- u. Kinderzimmer.

Operationsloses
Apparatheilverfahren
ohne Bettruhe

bei Gelenkentzündungen, Beinbrüchen, Verkrümmung, Kinderlähmungen etc.
⇔ Prospekte frei. ⇔

Paschen's orthopädische
Heilanstalt
Dessau-Anhalt

Für 1903 und die früheren Jahrgänge sind

Einbanddecken (Halbfranz)

vorrätig und können dieselben durch jede Buchhandlung und vom Verlag

zum Preise von **1,60** Mk. exkl. Porto bezogen werden.

Dr. Theinhardt's lösl. Kindernahrung

von ersten Pädiatern für Säuglinge in gesunden und kranken Tagen empfohlen.

Preis d. $\frac{1}{1}$ Büchse, 500 g Inhalt, Mk. 1.90,
der $\frac{1}{2}$ Büchse Mk. 1.20.

HYGIAMA

Seit 15 Jahren klinisch erprobtes u. bewährtes

Nähr- u. Stärkungsmittel.

3176)

Preis d. $\frac{1}{1}$ Büchse, 500 g Inhalt, Mk. 2.50,
der $\frac{1}{2}$ Büchse Mk. 1.60.

Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.

Aerzten stehen Literatur, Analysen etc. gratis zur Verfügung.

Dr. Theinhardt's Nahrungsmittel-Gesellschaft, Cannstatt, (Württemb.)

Guderin

A. Gude's neutrales Eisen-Mangan-Pepton
mit Hühnerelweiss.
ges. gesch. i. In- u. Ausl.
Zum grossen Teil künstl. verdautes

Blutbildendes Nähr- u. Kräftigungsmittel
Vorzüglich zur Verhütung und Bekämpfung von
Bleichsucht, Blutarmut

Nervosität, Appetitlosigkeit, Frauenleiden, Rekonvaleszenz,
Magenbeschwerden, Schwächezuständen etc. etc.

Bestandteile: 0,4% Eisen, 0,1% Mangan, [als Peptone] ca. 4,5% Eiweissstoffe,
5,0% Zucker, 10% Wein, Wasser, Aromatisierung, Glycerin, Weingeist.

A. Gude & Co. Chemische Fabrik, Berlin N. 20, Prinzenallee 82.

250 gr Original-Flasche M. 2.—. Greift die Zähne nicht an. 100 gr Original-Flasche M. 1.—.

Zu haben in Apotheken und Drogenhandlungen

(3292)







Euchinin. Dymal.

8803)

Chinin-Perlen. Chinin-Chocolade-Tabletten.

Proben und Litteratur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

der Gehörgangswände das Trommelfell nicht zu Gesichte bekam, ging auf Thigenolbehandlung binnen vier Tagen soweit zurück, dass man ohne Spekulum das ganze Trommelfell überblicken konnte.

Von den mit Thigenol behandelten Ekzemfällen der Ohrmuschel möchte ich, da die günstige Einwirkung von Thigenol auf Ekzeme schon erprobt ist, bloss einen Fall hervorheben. Es handelt sich um eine äusserst hartnäckige Form von chronischem, Jahre lang bestehendem Ekzem beider Ohrmuscheln und deren Umgebung. Alle bisher angewandten Mittel versagten. Auf Thigenol wurde das rechte Ohr bedeutend besser, während das linke nur in geringem Grade sich besserte. Interessant ist hier, dass das gleiche Mittel bei ein und derselben Person eine so verschiedene Wirkung ausübt.

Auch in einem Falle von Pruritus hat sich das Präparat bewährt.

Geradezu überraschend hat es aber in einem Falle chronischer cholesteatomatöser Mittelohreiterung seit Kindheit gewirkt. Die Pat. hatte auch nach anderwärtig spezialistischer Begutachtung nur mehr Anspruch auf die Radikaloperation. Da die Pat. erklärte, sich willig operieren zu lassen, doch, so lange keine momentane Gefahr vorliege, nicht vor den nächsten Sommermonaten, und mich bat, bis dahin alles an ihr zu versuchen, um die Operation bis zu diesem Zeitpunkte hinausschieben zu können, so machte ich einen Versuch mit Thigenol, nachdem andere Behandlungen resultatlos geblieben waren. Schon nach acht Tagen konnten keine Cholesteatombestandteile mehr nachgewiesen werden, nach weiteren acht Tagen war die Paukenhöhle eiterfrei, und die Kopfschmerzen, die früher bestanden, waren vollständig geschwunden; zwei Wochen später hatte sich an dem Zustand nichts geändert, nur traten sehr deutlich wahrzunehmende Vernarbungsprozesse in der Paukenhöhle auf. Allerdings wurden von der Pat. die Anweisungen auf das Genaueste befolgt, das Thigenol blieb täglich mindestens drei Viertelstunden mit den Mittelohrwänden in Kontakt; ich lege der langen Anwendungsdauer ein grosses Gewicht bei.

Was nun die Form betrifft, in der ich Thigenol verschrieb, so will ich die Rezepte zusammenfassen:

Rp.
Thigenol „Roche“ 2,0—4,0
Glycerini
Aqua dest. aa 10,0
S. Dreistündlich 10 Tropfen für
5—10 Min. ins Ohr zu giessen.

Rp.
Thigenol „Roche“ 5,0
Hydrogen. hyperox.
(Merck) 6 0/0 10,0—20,0
Spirit. vini rectific. 20,0—10,0
S. Wie Rp. II.

Rp.
Thigenol „Roche“ 5,0
Spirit. vini rectificati 20,0
Aqua dest 10,0
S. Täglich 3—4 Mal für 10 Min.
ins Ohr (voll) zu giessen.

Rp.
Thigenol „Roche“ 3,0—4,0
Lanolini
Vaselini aa 10,0
S. Mehrmals tägl. gut einzureiben.
Darüber ev. mit Reismehl pudern.

Rp.

Thigenol „Roche“ 1,0
 Acidi borici 10,0
 M. f. pulvis subtil. pulverisat.
 S. 10 % Thigenolborsäure.

Referate.

Zur Prophylaxe und Therapie der Lungentuberkulose. Von Louis L. Wagner. (Merks Archives. Oktober 1903.)

Verf. hat bei Kindern tuberkulöser Eltern, die unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen gelebt hatten, prophylaktisch Thiokol angewendet und war mit den Ergebnissen sehr zufrieden. So behandelte er drei Kinder von 7, 9 und 12 Jahren, deren Eltern an Lungenphthise gestorben waren. Die Kinder waren schlecht genährt, abgemagert, blass und appetitlos, erkälteten sich bei jeder Gelegenheit. Eines der Kinder hatte auch rhonchi sibillantes an der linken Lungenspitze. Unter Thiokolbehandlung (dreimal täglich 0,20) und fleissiger Bewegung in freier Luft besserte sich der Zustand der Kinder in wenigen Wochen. W. berichtet auch über einige Fälle von ausgesprochener Lungentuberkulose mit Bazillen im Sputum und allen klinischen Erscheinungen der Phthise, bei welchen die Verabreichung von Thiokol in Dosen von 2—3 g täglich in kurzer Zeit beträchtliche Besserung erzielte. Besonders lehrreich ist der Fall einer dreissigjährigen Frau, die seit vierzehn Jahren verheiratet ist, acht Kinder hatte und seit 3 Jahren an Lungentuberkulose litt, gegen welche verschiedene Kuren erfolglos geblieben waren. Nach dreimonatlicher Thiokolbehandlung war das hektische Fieber verschwunden, die Neigung zu Haemoptoe hörte auf, die Zahl der Tuberkelbazillen im Sputum nahm beträchtlich ab, jene der roten Blutkörperchen stieg gleichzeitig mit der Haemoglobinmenge, so dass sich die Kranke für genesen hielt. Das Thiokol hat vor allen Kreosot- und Guajakolpräparaten den Vorteil, dass es die Verdauung nicht stört und gut zu nehmen ist.

E. T off (Braila).

Die marine Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Von Charles Leroux. (Archives de médecine des enfants, Juni 1903.)

Die marine Behandlung hat eine ausgezeichnete Wirkung auf lokale chirurgische Tuberkulosen, unter der Bedingung dass dieselbe möglichst frühzeitig und genügend lange Zeit angewendet werde. Hiervon ausgehend hat L. dieselbe auch in einem Falle von manifester tuberkulöser Bauchfellentzündung angewendet und vollständige Heilung erzielt. Die 11 jährige Patientin lag den ganzen Tag am Meeresstrande, bekam täglich eine lauwarne Abwaschung mit Meerwasser und wurde einer Überernährung mit rohem Fleische und rohen Eiern unterworfen. Anfangs wurden auch Injektionen von Guajakol von je 1 gr. täglich vorgenommen. Innerhalb 15 Monaten stieg das Körpergewicht von 27 auf 41 kg, wurde

der Bauch weich, schmerzlos, verschwanden die periombilikalischen Verhärtungen, das Erbrechen hörte auf, ebenso die hartnäckige Verstopfung, und das allgemeine Aussehen wurde ein vorzügliches. L. ist der Ansicht, dass die marine Behandlung nach dem Verschwinden der akuten Symptome angewendet werden soll und dass ihre Resultate wahrscheinlich bessere sein werden als jene der chirurgischen Intervention.

E. T o f f (Braila).

Die diphtheritische Angina. Von René Cruchet. (Archives de médecine des enfants, Juni 1903.)

C. ist der Ansicht, dass trotz der bakteriologischen Diagnose bei Angina es doch hauptsächlich auf die richtige Würdigung des klinischen Bildes ankäme. Eine klassische Beschreibung der Krankheit ist zuerst von Bretonneau gegeben worden, und dieselbe ist auch heute als muster-giltig anzusehen. Es ist nicht immer notwendig, dass Klebs-Löffler-sche Bazillen gefunden werden; oft findet man ganz verschiedene Mikroorganismen, und trotzdem bietet die Krankheit das klassische Bild der diphtheritischen Angina. In anderen Fällen wieder findet man die spezifischen Diphtheriebazillen, ohne dass die Krankheit die Bretonneauschen Charaktere aufweist. Die Virulenz der Mikroorganismen ist nicht immer gleich, sondern zeigt im Gegenteil die grössten Verschiedenheiten. Für die praktische Würdigung der Fälle seien in erster Linie die klinischen Symptome von Wichtigkeit, während die bakteriologischen Befunde erst in zweiter Reihe in Betracht kämen.

E. T o f f (Braila).

Kurzer Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. Von H. Kittel. (Therap. Monatsh. No. 8, 1903.)

Verf. hat insgesamt 34 Kinder mit Keuchhusten mit Aristochin behandelt, von diesen sind als völlig geheilt zu betrachten 25, gebessert weitere 7. In 2 Fällen war eine Wirkung nicht nachzuweisen, weil sie nicht weiter beobachtet werden konnten. Die Gesamtbehandlungsdauer schwankte zwischen 10 Tagen bis rund vier Wochen. Gegen andere medikamentöse Behandlungsmethoden findet also eine wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer statt, welche bei Keuchhusten ganz wesentlich ins Gewicht fällt. Besonders eklatant war die Wirkung bei Kindern unter einem Jahre. Hier erfolgte verhältnismässig die Heilung am schnellsten. Bei den grösseren Kindern sprang die Wirkung nicht so in die Augen. Vielleicht hatte dies seine Ursache in der zu niedrigen Dosierung. Vorzugsweise dankbar erwies sich die Darreichung des Aristochins bei beginnendem Keuchhusten. Dieser wurde fast kupiert. Ganz besonders aber macht Verf. auf die Hebung des Appetits aufmerksam, welche in allen Fällen hervortrat. Dadurch war man imstande, das Allgemeinbefinden und den Kräftezustand während der Krankheit zu heben. Das allein schon rechtfertigt die Anwendung des Aristochins. Dazu nehmen die Kinder das Präparat ohne Schwierigkeit.

v. Boltenstern (Leipzig).

Acholie. — A clinical lecture on Acholia, delivered at St. Marys Hospital School 1903 by W. B. Cheadle. (The Lancet No. 4161, 1903.)

Unter der Bezeichnung Acholie umfasst Cheadle eine Krankheit,

die bislang in pathologischer und klinischer Beziehung nur wenig Beachtung gefunden hat. In geringeren Graden ist ihr Vorkommen nicht ungewöhnlich, schwere Formen sind selten. Acholie besteht, wie der Name bedeutet, in der Abwesenheit von Galle in den Entleerungen ohne Ikterus oder Anzeichen von behindertem Abfluss der Galle in ihren Wegen. Ähnliche Zustände sind mehrfach beschrieben worden. Das leicht erkennbare charakteristische Kennzeichen, die Abwesenheit von Galle variiert dem Grade nach. In manchen Fällen sind die Faeces nur blass, reifarben, strohfarben. In anderen lehm-tonartig; aber in extremen und typischen Fällen sind sie absolut weiss wie Pfeifenton oder weisse Tusche, ohne eine Spur von Farbe oder nur mit einer leichten Nuance von Grau. Nun kennen wir zwar die Beschaffenheit solcher Stühle bei der Cholämie, Ikterus, sowie auch deren Ursache, indem die Galle nicht in das Duodenum sich ergiessen kann, aus dem ductus hepaticus oder choledochus durch Verschluss oder Obstruktion ihres Lumens nicht entweichen kann, infolgedessen die Darmkontenta des Gallenfarbstoffs entbehren und tonartig oder weiss bleiben. Die Galle wird in der Leber oder in ihren Kanälen zurückgehalten, ins Blut aufgenommen, in die Gewebe und den Urin übergeführt, Ikterus erfolgt. Der krankhafte Prozess und die Ursache der tonartigen Stühle bei Ikterus infolge des behinderten Gallenabflusses ist daher hinreichend aufgeklärt. Bei der Acholie dagegen besteht keine Gelbsucht; es findet keine Resorption der Galle ins Blut statt, oder wenn dies geschieht, so muss sie sofort vernichtet werden, da kein Durchtränken der Gewebe mit Gallenfarbstoff erfolgt und derselbe auch im Urin nicht erscheint.

Forschen wir nach den Bedingungen, unter welchen diese farblosen Entleerungen ohne Ikterus angetroffen werden, so wird Acholie in erster Linie beobachtet bei Personen mit üppiger Lebensweise, bei arthritischer Veranlagung oder Diathese. Ab und zu kommen leicht weissgefärbte Entleerungen vor bei solchen Individuen einige Tage lang, begleitet von Störungen des Appetits, des Allgemeinbefindens, leichtem Unwohlsein, oft auch von gelbem Anflug der Haut ohne deutlich ausgeprägte Gelbsucht. Nach restringierter Diät, vielleicht auch nach dem Gebrauch eröffnender Mittel nehmen die Entleerungen ihren früheren Charakter an. Auch beim chronischen Morbus Brightii scheint ein ähnlicher Zustand und überhaupt häufiger vorzukommen, als man im allgemeinen vermutet. Dieses Unbeachtetbleiben beruht wohl auf der Erfahrung, dass wir den Urin häufiger als die Faeces, wenigstens bei Erwachsenen untersuchen. Abgesehen von diesen Beispielen partieller vorübergehender Acholie als Anzeichen einer temporären Leberstörung kommen persistente weisse Stuhlentleerungen schwereren Charakters und als Zeichen tiefgreifender Stoffwechselstörungen vor, in tropischen Gegenden, ferner selbständig oder als Begleiterscheinung von fluor albus, Soor u. s. f. In den gemässigten Klimaten kommt Acholie gewöhnlich vor bei Kindern unter fünf Jahren, namentlich aber in den ersten beiden Lebensjahren. Man muss hierbei bedenken, dass in diesem Alter Kinder, die ausschliesslich oder vorzugsweise mit Milch ernährt werden, hellfarbige Entleerungen zeigen, aber diese haben stets eine gelbliche oder braune Nuancierung und sind von denen der Acholie zu unterscheiden. Diese, sagen wir, echten acholischen Stühle sind absolut weiss, gewöhnlich auch von lockerem Gefüge wie

Häferschleim oder dicke Milch; manchmal sind sie so fest wie weisser Pfeifenton; dabei sind sie charakteristisch glänzend, fettig und als dritte pathognomische Eigentümlichkeit entsetzlich übelriechend. Auch sind sie reichlicher, voluminöser, gleich als ob die Nahrung nur unvollständig resorbiert worden.

Der Eintritt der Acholie bei Kindern erfolgt gewöhnlich plötzlich, in anderen Fällen allmählich, indem die Entleerungen anfangs erblassen, bis der Farbstoff gänzlich verschwindet, begleitet von Störungen des Allgemeinbefindens. Im Anbeginn beobachtet man gewöhnlich ein Ansteigen der Temperatur, insbesondere bei gleichzeitigem erschwerten Zahnen, aber dieselbe fällt nach einiger Zeit zum Normalen, selbst Subnormalen, der Appetit lässt nach, und das Kind wird bleich, matt, schwach, magert ab. Die Abdominalwände erschlaffen und geben der Ausdehnung der infolge der Zersetzung der Darmkontenta sich bildenden Gase nach. In hartnäckigen Fällen erfolgt eine vollständige Abmagerung und ein kachektischer Zustand.

An der Hand einer reichen Kasuistik erforscht Cheadle die Pathogenie der Acholie. Zunächst entsteht die Frage, ob Galle überhaupt von der Leber abgesondert wird, oder ob nur das Gallenpigment fehlt, oder ob dasselbe, wenn es gebildet, sogleich wieder resorbiert oder so verändert wird, dass der Gallenfarbstoff in den Faeces fehlt. Walker in Petersburg behauptet, gestützt auf zwei Fälle von Obstruktion des ductus pancreaticus, dass die Acholie auf einer mangelhaften oder fehlenden Umsetzung des Gallenpigmentes in Hydrobilirubin besteht, eine Umsetzung, welche unter normalen Verhältnissen von der Pankreasdrüse bewirkt wird.

Dass bei der Acholie die Funktionen der Leber und des Pankreas sehr in Mitleidenschaft gezogen sind, ergibt sich aus folgenden Betrachtungen: 1. Die Entleerungen sind ungemein fettig; in manchen Fällen kann man das Fett auf der Oberfläche so dick stehen sehen, dass sie glänzen wie Talk, die Analyse ergibt einen enormen Gehalt an Fett, 24 bis 63 %, während er im normalen Zustand nur 11 bis 12 % beträgt, also 2—5 mal so viel als im normalen Zustand. 2. Die Entleerungen reagieren sauer oder leicht alkalisch und zeigen einen ungemein intensiven und offensiven Geruch ohne Zweifel infolge der Zersetzung der Fette in Ermangelung der Galle, welche bekanntlich antiseptische Eigenschaften*) besitzt und die Fäulnis hintanhält.**)

3. Die Entleerungen sind im Vergleich zur aufgenommenen Nahrung sehr voluminös infolge unvollkommener Digestion und Resorption. 4. Die Kranken werden anämisch, magern zusehends ab und verfallen in kachektische Zustände. 5. Nicht nur das Gallenpigment fehlt, sondern in deutlich ausgeprägten Zuständen nach Wilcox auch die Gallensäuren. 6. Im Urin wurden Krystalle von Leucin als Zeichen gestörter Leberfunktion gefunden.

Vorgefundene postmortale Erscheinungen waren meist Folgen der Kachexie, ohne eine Erklärung der Wesenheit der Acholie zu geben. Für diese Wesenheit gibt uns eine Andeutung die Häufigkeit der Krankheit zur Zeit der Dentition, insbesondere bei erschwerter, schmerzhafter

*) Schon Tiedemann u. Gmelin haben in einer preisgekrönten Arbeit über die Verdauung nachgewiesen, dass die Faeces eine foetide Beschaffenheit annehmen nach Unterbindung des gemeinschaftlichen Gallenganges.

**) Carpenters Physiologie.

Dentition, der bekannte Einfluss der Nervenreizung auf die Drüsenabsonderung, insbesondere der Einfluss der Affekte auf die Gallensekretion, sowie auf die Peristaltik des Darmes. Alle diese Einflüsse deuten hin auf nervöse Zustände als Ursache. Neben der Zahnung beobachtete Verf. die Krankheit häufig im Frühjahr bei scharfen Nordostwinden, so dass meteorologische Vorgänge und infolge dieser Erkältung in Mitwirkung zu treten scheinen oder als Gelegenheitsursachen zu betrachten sind. Die Behandlung hat die Funktion der Leber, insbesondere die Digestion der Fette und stärkemehlhaltigen Nahrungsmittel zu fördern. Zu diesem Zweck sollen diese weniger im rohen als im vorverdauten Zustand, als Emulsion gereicht werden. Milch bleibt zu diesem Zweck das Hauptnahrungsmittel, neben welchem bei älteren Kindern Fleischbrühe, Beefstea, mageres Fleisch, Fisch, Obst im frischen und gekochten Zustand Verwendung finden können. Im übrigen ist nach den bei erschwertem, schmerzhaftem Zahnen zu ergreifenden Massregeln zu verfahren.

Dr. Kühner (Koburg).

Die Behandlung von Krankheiten der Augenbindehaut. Von Lobedank. (Deutsche Prax. 1903. Nach e. Ref. d. Ärztl. Rundsch.)

Auf dem Lande und in kleinen Städten werden die Krankheiten der Konjunktiva bekanntlich fast ausschliesslich von den praktischen Ärzten und nur selten von den Spezialisten behandelt. Gewiss werden die praktischen Ärzte dieser Aufgabe meistens vollkommen gerecht, zuweilen kommt es aber auch vor, dass selbst verhältnismässig einfache Fälle einen recht langwierigen Verlauf nehmen und mit Komplikationen einhergehen. Die Ursache liegt vielfach in der unkritischen Anwendung irgend einer an und für sich als erfolgreich bekannten Therapie. Im Zusammenhang hiermit steht in einigen Fällen die ungenügende Präzisierung der Diagnose. Mit der Diagnose der Konjunktivitis schlichtweg darf sich der Arzt niemals begnügen. Die Behandlung einer Konjunktivalhyperämie wird sich meistens ganz anders gestalten als die einer mit Absonderung verbundenen Bindehautentzündung. Während man bei der ersteren oft mit kalten Duschen und Umschlägen auskommt, sind bei der letzteren andere Mittel am Platz. Bei den mit Absonderung einhergehenden Formen der Konjunktivitis ist nun wieder zwischen akuten und chronischen Fällen zu unterscheiden. Bei den ersteren leistet vielfach das Argentum nitricum gute Dienste, besonders wenn die Absonderung sehr reichlich und eitriger Natur ist. In den chronischen Fällen, in welchen die Konjunktiva nur wenig absondert, sind milde Adstringentien anzuwenden. Eine besondere Berücksichtigung verdienen die folliculären Konjunktivalerkrankungen. Man soll sich hierbei stets die Frage vorlegen, ob man es mit der sogenannten Konjunktivitis follicularis, einer verhältnismässig harmlosen Erkrankung, oder mit Trachom zu tun hat. Die Unterscheidung ist bekanntlich manchmal gar nicht leicht. Erst der Verlauf belehrt uns in zweifelhaften Fällen über die Natur des vorliegenden Leidens. Der Arzt muss daher, soweit er dazu in der Lage ist, jeden verdächtigen Fall so lange beobachten, bis er sich ein bestimmtes Urteil über denselben gebildet hat, und bis dahin im Interesse der Umgebung des Patienten diejenigen prophylaktischen Anordnungen treffen, welche bei sicher festgestelltem Trachom erforderlich sind. Die genauere Erörterung der Differentialdiagnose zwischen einfachem Follikularkatarrh und Trachom ist nicht unsere Aufgabe. Auch

über die Notwendigkeit prophylaktischer Massnahmen braucht für die Leser dieser kleinen Arbeit nichts gesagt zu werden. In der Beziehung sei nur an die Gefahr erinnert, welcher die Mitschüler eines trachomkranken Kindes unter Umständen ausgesetzt sind. Überhaupt ist auf die Übertragbarkeit mancher Konjunktivalerkrankungen seitens des behandelnden Arztes stets Rücksicht zu nehmen. An Gefährlichkeit obenan steht bekanntlich in dieser Hinsicht die Blennorrhöe der Konjunktiva. Daher darf man bei Erwachsenen und älteren Kindern, wenn bei ihnen erst ein Auge an blennorrhöischer Konjunktivitis erkrankt ist, nie versäumen, das andere Auge durch einen gut abschliessenden Verband zu schützen. — Bei allen Verordnungen möge der Arzt aufs genaueste die Anwendungsweise angeben. Es genügt keineswegs, wenn man dem Patienten ein Rezept zu Augentropfen oder Umschlägen in die Hand gibt. Selbst gebildeten Leuten muss man eingehend mitteilen, in welcher Weise die Umschläge, Tropfen u. s. w. angewendet werden sollen. Das Geheimnis des Erfolges, welcher zuweilen in Augenkliniken bei solchen Konjunktivalleiden erzielt wird, bei welchen vorher der behandelnde praktische Arzt vergeblich sonst als bewährt anerkannte Mittel verordnet hatte, beruht vielfach nur darauf, dass in der Klinik die Anwendung dieser Mittel in sachgemässer Weise überwacht wird, nicht aber etwa auf der Heranziehung einer ganz besonderen Therapie. Dasselbe gilt übrigens auch von manchen anderen Augenleiden. Bei der Behandlung der Konjunktivalerkrankungen kommt der Arzt zuweilen auch deshalb nicht zum Ziel, weil er es versäumt, ein gleichzeitig bestehendes Nasenleiden zu behandeln. Die in der wissenschaftlichen Heilkunde anerkannte Forderung, dass man nicht nur das Organ, auf welches sich die Klagen beziehen, behandeln, sondern immer nach dem Zusammenhang mit etwaigen Affektionen anderer Organe forschen soll, hat auch für die Augenheilkunde ihre volle Gültigkeit.

Hinsichtlich der Krankheiten der Konjunktiva sei schliesslich noch erwähnt, dass durchaus nicht selten ungenügend oder gar nicht korrigierte Refraktionsanomalien die Ursache von hartnäckig allen Heilungsversuchen trotzenden Konjunktivalkatarrhen bilden. Diese Tatsache findet sich zwar in jedem Lehrbuch der Augenheilkunde verzeichnet, wird aber im allgemeinen seitens der Ärzte zu wenig gewürdigt. In jedem Fall von chronischer Hyperämie oder Entzündung der Konjunktiva sollte der Arzt das etwaige Vorhandensein einer Refraktionsanomalie feststellen und gegebenenfalls das korrigierende Glas verordnen. Er wird dann oft die Freude haben, einen Katarrh zur Heilung zu bringen, welcher vorher durch kein Heilmittel wesentlich beeinflusst wurde.

Häufiger noch als einer unzweckmässig behandelten Konjunktivitis begegnet man solchen Affektionen, welche irrtümlich als Konjunktivalleiden behandelt werden, in Wirklichkeit aber eine Erkrankung anderer Teile des Auges darstellen. So wird z. B. eine oberflächliche Verletzung der Kornea manchmal mit einem akuten Konjunktivalkatarrh verwechselt. Wenn unter diesen Umständen Umschläge mit einer antiseptischen Lösung verordnet werden, so heilt die Verletzung meistens ganz gut, zuweilen aber wird der Verlauf auch langwierig, während unter einem bei richtiger Diagnose meistens angewendeten antiseptischen Druckverband oberflächliche Hornhautverletzungen fast ausnahmslos in einem bis zwei Tagen

verheilen. Auch kleinere Fremdkörper der Kornea werden bisweilen übersehen, und der sich aus der Anwesenheit des Fremdkörpers entwickelnde Reizzustand des Auges wird alsdann irrtümlich als akuter Konjunktivalkatarrh gedeutet. Zwar kommt es häufig zur Abstossung des Fremdkörpers und zur Ausheilung des von demselben hinterlassenen Defekts. Zuweilen aber entwickeln sich Entzündungen und eitrige Prozesse der Hornhaut im Anschluss an eine Fremdkörperverletzung. Im weiteren Verlauf kann es dann selbst zu Entzündungen der Regenbogenheit kommen. Die einzig rationelle Behandlung eines Hornhautfremdkörpers besteht in der möglichst frühzeitigen Entfernung desselben. Das Übersehen eines solchen ist stets eine missliche Sache. Bei einem einseitigen Bindehautkatarrh denke man stets an die Möglichkeit, dass eine oberflächliche Verletzung der Hornhaut oder ein Fremdkörper auf derselben vorhanden sein kann, und lasse sich auch durch die etwa entgegenstehenden Behauptungen der Patienten nicht von einer gründlichen Untersuchung des Bulbus abhalten. Der Geübte wird übrigens schon aus der Beschaffenheit der Gefässinjektion einen sicheren Schluss ziehen, ob lediglich ein Konjunktivalkatarrh oder eine Affektion der Hornhaut bzw. der tieferen Teile vorliegt. Es sei hier auf die in jedem Compendium der Ophthalmologie genau beschriebenen Unterscheidungsmerkmale zwischen der sogenannten konjunktivalen und der ciliaren oder perikornealen Rötung hingewiesen sowie auf die Bedeutung, welche das Vorhandensein der einen oder der anderen für die Diagnose hat. Wenn perikorneale Rötung mit Schmerzhaftigkeit ohne gleichzeitige Irisveränderungen oder auf den ersten Blick leicht erkennbare Hornhautprozesse besteht, muss man immer auf eine oberflächliche Verletzung bzw. einen Fremdkörper der Kornea gefasst sein. Unverständlich erscheint es, dass hin und wieder Ärzte auch dann, wenn sie einen Fremdkörper der Kornea diagnostiziert haben, denselben nicht sofort entfernen, sondern sich exspektativ verhalten. Wenn die spontane Abstossung auch, wie oben erwähnt wurde, häufig vorkommt, so sollte man sich doch angesichts der bei längerem Verweilen der Fremdkörper möglichen Komplikationen niemals auf dieselbe verlassen. Wenn der praktische Arzt einen Fremdkörper der Kornea diagnostiziert hat, hat er die Pflicht, denselben baldigst zu entfernen. Gelingt ihm die Entfernung nicht oder fühlt er sich zu dem Eingriff nicht genügend geübt, so möge er den Patienten zum Augenarzt schicken, ihn aber nicht einfach mit einem Rezept zu Umschlägen oder dergleichen nach Hause entlassen.

Buttermilch. Von Antoine Arraga. (Archives de médecine des enfants, Juni 1903.)

A. hat in mehreren Fällen von Gastro-enteritis bei Kindern Buttermilch angewendet und ist mit den erzielten Resultaten sehr zufrieden. Er betrachtet mit Baginsky dieses Nahrungsmittel als allen anderen überlegen, indem es selbst in schweren Fällen von Dyspepsie gute Erfolge gibt.

Die Bereitung der Buttermilch wurde mit besonderer Sorgfalt vorgenommen; die benutzte Sahne stand nicht länger als 24 Stunden, worauf nach vorgenommener Ausbutterung der Buttermilch je 25 gr. Weizenmehl und 35 gr. Rohrzucker pro Liter zugesetzt wurde. Unter fortwährendem Mischen wird das Ganze durch 2 Min. gekocht, hierauf in sterili-

sierte Flaschen gefüllt und in Eis aufbewahrt. Die Kinder bekamen 150 bis 200 gr. zweistündlich; manche zeigten nach einigen Tagen Widerwillen gegen dieses Nahrungsmittel, und wurde dann zeitweilig Malted-Milk oder Nestlé'sches Mehl gegeben. E. Toff (Braila).

Über die therapeutischen Effekte des Bismuths und seine Verbindungen, namentlich der Bismuthose. Von B. Laquer. (Archives de médecine des enfants, Juni 1903.)

Bismuth und dessen Verbindungen haben nicht nur eine mechanische Einwirkung auf Katarrhe und Geschwüre des Magendarmtraktes, sondern, wie Fuchs nachgewiesen hat, wahrscheinlich auch eine chemische. Andererseits darf nicht die antiseptische Wirkung dieser Substanzen vergessen werden, wodurch die Fäulnis albuminoïder Körper hintangehalten wird, während infolge der katalytischen Kraft des Bismuths das durch die Magen- und Darmsäfte aus Bismuthum subnitricum gebildete Bismuthprotoxyd imstande ist, Sauerstoff zu binden, zu verdichten und dann an andere Körper abzugeben. Ausserdem wirkt das in die Gewebe eingedrungene Bismuthprotoxyd in spezifischer Weise auf die Neoförmation der Epithelien ein. Die Bismuthose ist den anderen Bismuthverbindungen vorzuziehen, da dieselbe energischer einwirkt, sich langsamer und regelmässiger zerteilt. Im allgemeinen gibt man 6 gr. Bismuthose pro Tag in Gummischleim. Bei Cholera nostras, akutem Darmkatarrh und chronischer Enteritis wurden damit sehr gute Erfolge erzielt.

E. Toff (Braila).

Schwere Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde mit Ausgang in Genesung. Von W. Jessen. (Therap. Monatsh. No. 8, 1903.)

Ein dreijähriges an leichtem Keuchhusten leidendes Mädchen trank aus einer Flasche, welche Bromoform enthielt, etwa 2 g. Zunächst blieb es munter und spielte. Bald wurde es lebhafter als sonst. Nach etwa einer Viertelstunde fing es an zu wanken, wurde schwindelig und fiel plötzlich um und blieb liegen. Bis Hilfe geschafft werden konnte, waren inzwischen $1\frac{1}{2}$ Stunden vergangen. Von einer Magenspülung wurde Abstand genommen, weil das getrunkene Bromoform sicher schon als resorbiert angesehen werden musste. Die Massnahmen beschränkten sich darauf, die Atmung zu heben und durch Stunden, bis jegliche Gefahr beseitigt war, auf der Höhe zu erhalten, durch kalte Übergiessungen etwa 4 Stunden lang in allmählich immer grösser werdenden Pausen. Die momentane Wirkung war stets eine ausgezeichnete. Mit der Besserung der Atmung hob sich auch der Puls. Noch 6 Stunden nach der Vergiftung besteht das Bild der tiefen Narkose mit verengerten und träge reagierenden Pupillen und reaktionslosen Corneae, während die Atemzüge regelmässig und tief erfolgen. Die Atemluft riecht erheblich nach Bromoform. 9 Stunden nach der Vergiftung schlägt das Kind die Augen wieder auf, 20 Stunden nachher beginnt es wieder munter zu werden. Noch 24 Stunden nachher roch die Ausatemluft nach Bromoform. Keuchhustenfälle traten nicht wieder auf. v. Boltensstern (Leipzig.)

Gesundheitspflege.

25 Jahre Todesursachenstatistik. Von Prof. Mayet. In dem dritten Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reiches 1903, berichtet das Mitglied des kaiserlichen statistischen Amtes, Professor M., an der Hand der Veröffentlichungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes über 25 Jahre Todesursachenstatistik in den deutschen Städten mit über 15 000 Einwohnern. Die Berechnungen ergeben eine ständige Abnahme der Sterblichkeit von Jahrfünft zu Jahrfünft. Ausnahmslos abgenommen haben die Todesfälle an Pocken, Unterleibstypus, Kindbettfieber, Lungenschwindsucht. Auch bei Masern und Diphtherie, welche ihren Höhepunkt im Jahrfünfte 1882—86 (35 bzw. 122 Sterbefälle auf 100 000 Bewohner) erreicht hatten, ist seitdem eine ganz bedeutende Besserung eingetreten (1897—1901 21 bzw. 31). Dass diese Sterblichkeitsherabminderung sowohl den Fortschritten der Medizin, der vermehrten Zahl der Ärzte und Heilanstalten, als auch den besseren hygienischen Verhältnissen (Kanalisation, Wasserleitung, Anlage von Bädern, schärfere Nahrungsmittelkontrolle u. s. w.), ferner der Arbeiterschutzgesetzgebung und der Besserung der Lebenshaltung zuzuschreiben ist, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden. Bedauerlicherweise zeigen die Ziffern für den Brechdurchfall der Kinder eine Zunahme, wofür M. die zunehmende Ernährung der Kinder durch Tiermilch und Surrogate an Stelle der Mutterbrust (die stärkere Teilnahme des weiblichen Geschlechtes am Erwerbsleben ist hier natürlich von Einfluss) in erster Linie verantwortlich macht. In der Tat sprechen auch dafür ausser den praktischen Erfahrungen die von Boeckh für das Jahr 1895 im statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin, Band 23, Seite 113, gemachten Berechnungen, wo die Todesfälle von Brust- und Pappelkindern einander gegenüber gestellt sind. Noch neuerdings hat C. S. Engel und andere in der „Med. Reform“ 1903, No. 25—29, auf die Wichtigkeit dieses Gesichtspunktes hingewiesen und hervorgehoben, dass hinsichtlich der Milchfürsorge noch viel zu tun ist und geleistet werden kann. (Man siehe auch: Sonnenberger, Über Kindermilch, Vortr. geh. a. der 71. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu München 1899 und Allg. med. Ctrltztg. No. 72, 1900: „Was kann vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege gegen die Säuglingssterblichkeit geschehen?“) — Von Interesse ist ebenfalls die Feststellung M.'s, dass für 58 von den 309 deutschen Städten mit über 15 000 Einwohnern (mit 8,5% der gesamten Bewohner derselben) für die Sterbefälle weder ein ärztlicher Totenschein verlangt wird, noch die Nachweisungen von einem Arzte zusammengestellt oder geprüft werden. Befremden muss es, wenn darunter nicht nur die kleineren Berliner Vororte sich befinden, sondern auch Schöneberg, Rixdorf, Lichterfelde, Steglitz und ausserdem die Grosstadt Krefeld. Ärztemangel kann doch hier nicht die Ursache des Fehlens ärztlicher Mitwirkung bei der Feststellung der Todesursache sein.

(Berliner Ärzte-Correspond.)

Rezensionen.

Lehrbuch der Kinderheilkunde. Von Prof. Dr. Heubner.
I. Bd. gr. 8^o, VIII u. 716 Seiten mit 47 Abb. im Text u. auf einer
Tafel. Leipzig, 1903, J. A. Barth. Preis geh. 17 Mk., geb. 19,50 Mk.

Das vorliegende Werk, welches der Verf. als Festschrift zur Eröffnung der neuen Universitätskinderklinik an der Charité überreicht hat, stellt ein hochbedeutsames Ereignis in der medizinischen Literatur dar. Wer, wie ich, das Glück gehabt hat, sich zu Heubners Schülern rechnen zu dürfen, der weiss, dass H. nicht nur ein bedeutender Kliniker von hervorragendem Lehrtalent, nicht nur ein Forscher von universellem Wissen, speziell auch auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie, sondern dass er auch ein Arzt und Mensch von seltenen Gaben des Geistes und des Gemütes ist. Alle diese Eigenschaften des Verf.'s finden wir in seinem Werke in schönster Harmonie vereinigt. —

Das wichtigste und originellste Kapitel ist zweifellos die 87 Seiten lange Einleitung, ein Kapitel, wie es bisher in keinem ähnlichen Lehrbuche auch nur annähernd zu finden war. Es enthält eine vollständige, zum Teil auf embryologischer Basis ruhende Physiologie des Kindesalters, als deren wichtigstes Kapitel Ernährung und Stoffwechsel einen breiten Raum einnehmen. Auf dem letzteren Gebiete speziell ist H. bekanntlich durch seine in Gemeinschaft mit Rubner vorgenommenen Untersuchungen autoritativ aufgetreten, das Ergebnis der letzteren ist neben den mühsamen Arbeiten von Camerer hier verwertet. — Für die Ernährung des Kindes fordert H. unter allen Umständen die Mutterbrust, im Falle der Unfähigkeit der Mutter ihre Stellvertretung durch eine Amme. „Aber hier wird die Entscheidung durch verschiedene Erwägungen verwickelter. Das Gefühl für die Ungerechtigkeit, welche im Ammenwesen liegt, wird in dem allgemeinen Bewusstsein ein immer feineres.“ „Es ist eine Ausnützung des mittellosen Elendes, wenn nicht gar der zielbewussten Sittenlosigkeit.“ ... „Vielleicht wird in Zukunft vielfach von besser bemittelten Leuten der Ausweg zu finden sein, dass eine gesunde Amme mit ihrem Kinde zur Ernährung eines zweiten herangezogen wird“ etc. — Auf die bekanntlich vielfach ventilirte Frage der möglichen Gleichzeitigkeit des Ammenkindes mit dem zu nährenden legt H. kein grosses Gewicht, da nach seinen Untersuchungen die Muttermilch, abgesehen von den ersten 14 Tagen, eine recht konstante Beschaffenheit hat; er nennt sie „Dauermilch“. — Die künstliche Ernährung des Säuglings durch Kuhmilch lässt sich umso leichter in zweckmässiger Weise bewerkstelligen, als die Kuhmilch und die Muttermilch ihrer Zusammensetzung nach lange nicht so feine Unterschiede besitzen, wie noch immer in der Fachliteratur angegeben wird. Auf der andern Seite sind allerdings an die gesundheitsmässige Zubereitung der kindlichen Säuglingsnahrung sehr hohe Anforderungen zu stellen. Der Soxhletapparat zerstört zwar die in die Milch hineingelangten Schädlichkeiten vollkommen, infolge des langen Kochens entwertet er sie aber wieder durch Gerinnung von Albumin, Ausfällung von Salzen, vor allem aber durch Zerstörung gewisser fermentartiger Stoffe, Schutzstoffe vom mütterlichen Organismus her, und spezifischer Immunkörper. Ein geeignetes Verfahren, bei welchem diese Körper erhalten bleiben, ist noch nicht gefunden.*) — Die Ausnutzbarkeit

*) Behring glaubt dieses Verfahren darin gefunden zu haben, dass er auf 10 l Milch 1 gr. Formalin zusetzen lässt. Red.

der Kuhmilch ist nach neuen Untersuchungen eine viel bessere, als man früher geglaubt hat.

Die Verdünnung der letzteren zur Säuglingsnahrung soll nicht zu weit getrieben werden, H. gibt im 1. Monat 2 Teile einer 8% Zuckerlösung mit einem Teil reiner Kuhmilch, im 2. und 3. Monat ein 10% Zuckerlösung mit Milch zu gleichen Teilen, dann $\frac{2}{3}$ Milch u. s. w.

Ich habe mich bei diesem Abschnitt solange aufgehalten, weil ich ihn, wie gesagt, für den wichtigsten und originellsten des Werkes halte. — Im speziellen Teile folgen die Krankheiten des Neugeborenen, unter denen besonders die septischen Erkrankungen genau besprochen werden; die Krankheiten des Säuglingsalters, darunter auf 80 Seiten die Verdauungskrankheiten, die akuten Infektionskrankheiten in glanzvoller Darstellung unter reicher Beigabe kasuistischen Materiales; bei der Diphtherie die uneingeschränkte Würdigung des Behringschen Serums als eines spezifischen Heilmittels; beim Keuchhusten grosser Skeptizismus gegenüber allen neueren Mitteln. — In den Vorbemerkungen zu den Infektionskrankheiten sind die neuesten Theorien über Toxine, Alexine und die Ehrlichsche Seitenkettentheorie besprochen, bei den folgenden chronischen Infektionskrankheiten die neuesten Arbeiten Behrings über die Tuberkulose angeführt.

Den Schluss bilden die „Wachstumskrankheiten“ Rachitis und Barlow'sche Krankheit. Diese letztere, deren Kenntnis ja speziell durch Heubner bereichert und vertieft worden ist, darf weder als akute Rachitis, noch als Skorbut bezeichnet werden; sie beruht auf einer primären Erkrankung des Knochenmarkes, welche die Ablagerung der Knochengrundsubstanz und das periostale Wachstum hemmt, hierzu kommen dann als ausschlaggebendes Moment die Hämorrhagien, welche anfangs in Form von parenchymatösen Knochenmarkblutungen, später, nach traumatischen Epiphyseentrennungen, zu mächtigen Blutungen zwischen Periost und Knochen auftreten, also Blutungen überall da, wo periostales Wachstum möglich und in lebhafter Tätigkeit ist.

Was kann ein kurzes Referat von einem so eminenten Werke wie dem vorliegenden sagen? —

Aber die fast wehmütige Frage, die der Herr Verfasser im Vorwort aufwirft, ob dem, der vom Gipfel des Lebensberges schon recht abwärts schreitet, noch erlaubt sei, an ein solches Werk zu gehen, diese Frage werden wir mit Ja beantworten dürfen. Und wir werden den lebhaften Wunsch aussprechen müssen, dass die Schaffensfreudigkeit des Autors ihn recht bald in die Lage versetzt, sein Werk zu vollenden und der deutschen Ärzewelt durch den Schlussband ein ebenso wertvolles Geschenk zu bereiten, wie er es mit diesem ersten Bande getan hat.

K l a t t (Marienwerder).

Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. Unter Mitwirkung von Prof. F. W. Büsing, Prof. Dr. H. Krollick und vieler anderer hervorragender Fachmänner herausgegeben von Reg.- und Med.-Rat Dr. B. Wehner. I. Abteilung. gr. 8°, 400 Seiten. Mit 134 Abbildungen. Leipzig und Wien, A. Pichlers Wwe. & Sohn, 1903. Preis geh. 10 Mk.

Unter Mitwirkung einer Reihe hervorragender Fachspezialisten hat der Verf., der durch seine hervorragende literarische Tätigkeit auf dem Gebiete

der Schulgesundheitspflege sich einen bedeutenden Ruf geschaffen hat, es unternommen, die einzelnen in Betracht kommenden Artikel in der neuerdings so bevorzugten und eine rasche Orientierung ermöglichenden lexikalischen Form zu behandeln. So sind eine Reihe von Monographien von hervorragendem wissenschaftlichen und praktischen Werte geschaffen worden, die es dem Leser ermöglichen, sich über den gegenwärtigen Stand der Schulhygiene und der zu ihrem Verständnis einschlägigen Fragen des Schulwesens überhaupt in den wichtigsten ausserdeutschen Kulturstaaten einerseits, wie innerhalb der deutschen Einzelstaaten andererseits zu orientieren. Bei allen Artikeln ist, trotz ihrer zum Teil sehr eingehenden Sachlichkeit, darauf Rücksicht genommen, dass nicht nur der Schulmann, der Arzt, der Techniker und der Verwaltungsbeamte sich unbeschadet ihrer sonstigen speziellen Fachausbildung Rat erholen können, sondern dass auch jeder Gebildete in der Lage ist, sich über die einschlägigen Fragen zu orientieren. Das Werk, dessen Ausstattung eine vorzügliche ist, verdient das höchste Lob. Der zweite (Schluss-) Band soll in Bälde erscheinen. —

Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1902. Von Oberstabsarzt E. Schill. 9. Jahrgang. gr. 8^o, VIII u. 278 S. Leipzig 1903, Benno Konegen Verlag. Preis 7,20 Mk., geb. 8,20 Mk.

Die Vorzüge dieses Jahresberichtes sind wohl zu bekannt, als dass ich sie noch besonders hervorheben müsste. Die einzelnen Methoden sind trotz äusserster Knappheit doch so deutlich dargestellt, dass man meist auf die in der ganzen in- und ausländischen Literatur zerstreut liegenden Originalien verzichten kann. Die praktische Anordnung des Stoffes, ausführliche Inhaltsverzeichnisse nach Stoff und Autoren erleichtern sehr die Handhabung des Buches, dessen Inhalt sich um ein Drittel gegenüber dem letzten Jahrgang vergrössert hat. Starck (Heidelberg).

Hygienischer Bilder-Atlas für Haus und Schule. 26 farb. Tafeln mit erläuterndem Text von Seminararzt Dr. Alfred Baur. gr. 12^o, 32 S. Wiesbaden 1903, Otto Nimmich. Preis geb. in Leinwand 1,50 Mk.

Auf 26 sehr gut ausgeführten Bildertafeln will der bekannte Verf. darstellen, wie der einzelne sein eigenes Wohl und damit der Gesellschaft Gedeihen befördern kann. Dabei ist jeder Tafel ein erläuternder Text beigegeben, so dass das Verständnis der Bilder im grossen ganzen ein leichtes ist. Ist Verf. vielleicht in manchem für den Laien zu weit gegangen, so darf man doch sagen, dass der kleine Atlas dazu berufen ist, in Haus und Schule sehr viel Gutes zu stiften, und daher vom Arzte aufs Wärmste anempfohlen werden kann. Zu seiner weitesten Verbreitung dürfte auch der verhältnismässig billige Preis wesentlich beitragen.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Praktische Folgen des Gebrauches lebender Milch. Von Raphaël Raimondi.

Der Verf. tritt warm für die Anwendung der lebenden, also nicht

gekochten und nicht sterilisierten Kuhmilch zur künstlichen Ernährung der Säuglinge ein. Das Melken findet unter streng aseptischen Kautelen statt, und werden die betreffenden Kühe vorher tuberkulinisiert. Auf diese Weise wird der Milch die autodigestive Kraft erhalten und die Fermente werden nicht zerstört. Man findet bei den derart genährten Kindern viel weniger gastrische Störungen, Dyspepsien, Skorbut und Rachitis, als bei den mit sterilisierter Milch ernährten. Nichtsdestoweniger kann die sterilisierte Milch, schon wegen der Schwierigkeit des Erhaltens tadelloser lebender Milch, nicht immer und überall durch dieselbe ersetzt werden.

(Arch. de méd. des enf. 1903.)

E. Toff (Braila).

Beitrag zum Studium der Nephritis im Verlaufe und in der Konvalescenz der akuten, nicht spezifischen Anginen. Von A. Sigogne.

Während jeder Halsentzündung, selbst wenn es sich nicht um Diphtherie handelt, soll systematisch der Harn auf Eiweiss untersucht werden, da sich Nierenentzündungen nicht nur während der Krankheit entwickeln können, sondern auch noch 14 Tage später. Der Prozess kann vorübergehend sein, oder Veranlassung zu chronischen Nephritiden, selbst zu Urämie, geben. Prophylaktisch und kurativ soll Milchdiät eingeleitet werden.

(Inaugural-Dissert. Paris.)

E. Toff (Braila).

A contribution to the therapie of enuresis. Von J. Zahorsky.

Verf. verabreicht im Laufe des Tages zwei Dosen eines Diureticum. Gewöhnlich verschreibt er zitronensaure Alkalien mit Spir. aeth. nitros. Auch hat er Koffein und Diuretin und Kal. benzoic angewendet. Zur Nacht gibt er eine Dosis Atropin und setzt gelegentlich auch an die Stelle dieses Mittels Rhus aromatic. oder Antipyrin. Ausserdem benutzt er nach der Empfehlung von Pendegast kalte Übergiessungen, welche zwischen die Schultern gemacht werden, so dass das Wasser am Rücken entlang niederrieselt. Dabei steht der Knabe in einer mit Wasser ganz gefüllten Wanne.

(Interstate med. journ. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Kasuistischer Beitrag zur Ernährung von Kindern mit Odda. Von E. Müller.

Verf. hat 8 Kinder mehr oder weniger lange Zeit mit Odda ernährt. Sein Urteil lautet dahin, dass die Odda eine Kindernahrung darstellt, welche auch kleine Kinder (im zweiten Lebensvierteljahr) gut vertragen und dabei an Gewicht zunehmen. Besonders magendarmkranke Kinder erholten sich bei alleiniger Ernährung mit Oddasuppe. Nicht gelungen ist es allerdings, die Kinder länger als 5—10 Tage nur mit Odda zu ernähren, es musste ein Zusatz von Milch geschehen. Meist hatten die Mütter dies bereits von selbst getan. Gesunde Kinder des zweiten Lebenshalbjahres gediehen bei einem Zusatz von Odda zur Milch sehr gut und nahmen diese Mischung durch viele Wochen gern. Das Hauptfeld für die Anwendung der Odda dürften nach des Verf.'s Erfahrungen die Kinder sein, welchen man im 7.—8. Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will. Hier dürfte das neue Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen Präparaten den Vorzug verdienen.

(Ther. Monatsh. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

La Paralyse pseudobulbaire chez l'enfant. Von C. Deroly.

Verf. berichtet über eine Affektion bei einem einjährigen Kinde, welche als kongenital anzusehen ist und sich charakterisiert besonders durch eine sehr ausgesprochene Parese im Gebiet der Sprachwerkzeuge, der Stimmbänder, des Gaumensegels, der Zunge und Lippen. Dazu kommt eine bilaterale Parese im Gebiet des facialis inferior und ein gewisser Grad von Unfähigkeit zum Gebrauch beider Hände, eine Steigerung der Sehnenreflexe und Harthörigkeit. Ausserdem bestanden eine zeitlang epileptiforme Erscheinungen in einzelnen Anfällen sowie Mikrozephalie.

Es handelte sich in diesem Falle sehr wahrscheinlich um eine Kern-Aplasia oder Hypoplasie. Denn es bestanden keine Zeichen von Atrophie oder Muskelentartung. Die Aplasia bezog sich auf die motorischen Kerne des Bulbus, da die Bewegungen des mimischen Gesichtsausdrucks erhalten waren, scheinen auch die sog. subkortikalen Zentren (Thalamus) intakt zu sein.

(Le Policlin. 1903.)

v. Boltenstern (Leipzig).

Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Diphtherie. Von Curtius.

Auf Grund seiner Erfahrungen bei zwei grösseren Epidemien ist Verf. vom Nutzen der Serum-Therapie überzeugt, glaubt aber, raschere Abstossung der Membranen gesehen zu haben durch gleichzeitige dreistündliche bis dreimal tägliche Pinselung mit der Löfflerschen Lösung (2,5 Mentholi solve in Toluol. 9,0, Alkohol. absol. 15,0, Liq. ferri sesquichlor. 1,0); zum Pinseln werden viereckige, an den Ecken stumpf abgeschnittene und mit flachen, schrägen Einschnitten versehene Holzstäbchen benutzt, um die Watte gewickelt wird. Seine Darlegungen über Pathologie und Therapie von Diphtherie und Krupp bieten nichts Neues.

(Münchn. Mediz. Wochenschr. 1903.)

Pauli (Lübeck).

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Benzonaphthol.
Sacch. alb. aa. 0,1—0,2
Mf. pulv. D. dos. VI
DS. 3—4 mal tgl. 1 P. z. n.
Infektiöse Diarrhöen.

Glycerin aa. 1,0—2,0
Aq. destillat. 10,0
DS. zu Einträufelungen
Ophthalmoblennorrhoea
neonatorum.

Rp.

Anaesthesin. 10,0
(= para-Amidobenzoësaure-
ethylester)
MDS. äusserlich
Vulnera.

Rp.

Albargin (= Gelatose u. Silber-
nitrat.)

- Rp. Anaesthesin
 Dermatol.
 Tale aa. 10,0
 MDS. äusserlich
 Brandwunden.
- Rp. Kreosotal 5,0
 Or. Jecor. Asell. 100,0
 Saccharin. 0,05
 MDS. bei Kindern unter 1 Jahr
 in 10 Tagen, bei grösseren
- Kindern in 3—5 Tagen zu
 verbrauchen.
 Katarrh nach Pertuss.,
 Morbill.
- Rp. Orphol. (= Naphthol-Wismuth)
 0,2—0,3
 D. dos. VIII DS. tgl. 3—5 mal
 z. n.
 Akut. u. chron. Darm-
 katarrh.

Kleine Mitteilungen.

Der 21. Kongress für innere Medizin findet vom 18. bis 21. April 1904 in Leipzig statt unter dem Vorsitze von Med.-Rat Dr. Merkel (Nürnberg). Am ersten Sitzungstage, Montag, den 18. April 1904, werden die Prof. Marchand (Leipzig) und Prof. Römberg (Marburg): Über die Arteriosklerose referieren. Die ganze übrige Zeit ist den Einzelvorträgen und Demonstrationen gewidmet. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der ständige Sekretär des Kongresses, Herr Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, entgegen. —

Der erste internationale Kongress für Schulhygiene findet vom 4.—9. April 1904 in Nürnberg statt, und scheint die Beteiligung eine sehr lebhaft zu werden. In den allgemeinen Versammlungen sollen folgende Vorträge gehalten werden: 1. Prof. Dr. Herm. Cohn-Breslau: „Was hat die Augenheilkunde für die Schulhygiene geleistet und was muss sie noch leisten?“ 2. Prof. Dr. Axel-Johannesen-Christiana: „Über den Stand der Schulhygiene in Norwegen.“ 3. Dr. Le Gendre-Paris, Vorsitzender des Bundes der Ärzte und Familien: „Über die Hygiene und die persönlichen Krankheiten der Lehrer unter dem Gesichtspunkte ihrer Beziehungen zu den Schülern.“ 4. Dr. Sickinger, Stadtschulrat, Mannheim: „Organisation grosser Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder.“ 5. Kgl. Rat Prof. Dr. Liebermann-Budapest: „Über die Aufgaben und Ausbildung von Schulärzten.“ 6. Prof. Dr. Hueppe-Prag: „Verhütung der Infektionskrankheiten in der Schule.“ 7. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg, Berlin: „Über Schülerselbstmorde.“

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

März 1904.

No. 3. (171.)

Inhalt: Originalien: **Jessner**, Das Ekzem im Kindesalter. 49. — **Referate:** **v. Behring**, Tuberkulose. 57. — **Hecker**, Diphtherie. 58. — **Byers**, Glandular Fever. 59. — **Demange**, Meningitis und Pseudomeningitis. 60. — **Carrière**, Cirrhose Tuberculosa. 60. — **Edlefsen**, Pepsin bei Verdauungsstörungen. 61. — **Clamann**, Obstipation. 62. — **Voix**, Allaitement mixte. 62. — **Neumann**, Soxhlet's Nährzucker. 62. — **Siegert**, Rachitis. 63. — **Hugelshofer**, Spondylitis. 64. — **Sembitzki**, Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea“. 65. — **Raymond**, Spastische Paralyse. 66. — **Gesundheitspflege:** **Hecker**, Abhärtung? Ein Mahnwort und Wegweiser für alle Mütter. 67. **Rezensionen:** **Oppenheim**, Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindes. 68. — **Brüning**, Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis. 69. — **Jessner**, Die Hautleiden kleiner Kinder. 69. — **Eichholz** und **Sonnenberger**, Kalender für Frauen- und Kinderärzte. 18. Jahrgang. 70. — **Clericus**, Wie erhalten wir unseren Kindern die schöne Stimme. 70. — **Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.** 70. — **Rezeptformeln für die Kinderpraxis.** 72. — **Kleine Mitteilungen.** 72.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Das Ekzem im Kindesalter.*)

Von **Dr. S. Jessner** (Königsberg).

Das Ekzem ergreift mit besonderer Vorliebe die Kinder des oder der ersten Lebensjahre; diese stellen das Hauptkontingent zu den Ekzemkranken. Es gibt hierfür eine Reihe von Gründen, die zum Teil schon von allgemeinen Gesichtspunkten aus in der Einleitung kurz besprochen sind. Die Zartheit, leichte Verletzlichkeit der Epidermis disponiert zu allen keratolytischen Prozessen, unter denen das Ekzem die Hauptrolle spielt. Der Hautkatarrh ist ein Analogon des Schleimhautkatarrhs, der ja auch vornehmlich die Kinder heimsucht. Weitere Momente sind die seborrhhoische Diathese und die Skrofulose — von einander ganz zu trennende Faktoren —, ferner eine Reihe anderer Hautaffektionen, die gerne zu sekundären Ekzemen führen: juckende Hautleiden, wie Urticaria, Prurigo Hebrae, Pedikulosis. Jedes dieser ursächlichen Momente hat nun wieder seine Vorliebe für diese oder jene Phase des Kindesalters. Die

*) Aus „Die Hautleiden kleiner Kinder“ v. **Dr. S. Jessner**.

seborrhoischen Ekzeme suchen vorzugsweise den Säugling heim, die sekundären Kratzekzeme und die Ekzeme der skrophulösen Kinder spielen sich erst später ab.

Betrachten wir zunächst die Ekzeme des Säuglings, so sind diese unzertrennlich verbunden mit der Seborrhöe, die wir deshalb hier auch näher ins Auge fassen müssen. Die Überproduktion an Sebum äussert sich meistens recht früh, und zwar stets zuerst an der Kopfhaut. Es handelt sich in den charakteristischen Fällen nicht um ein flüssiges Hautsekret (Seborrhoea oleosa), auch nicht um trockene Schinnbildung (Seborrhoea sicca), sondern um ein Mittelding, um die Bildung mehr oder weniger dicker, festhaftender, fettiger nach der Ablösung zwischen den Fingern knetbarer Auflagerungen, die besonders die Scheitelbeine bedecken. Löst man dieselben ab, so findet man eine fast normale, nur von etwas erweiterten Talgdrüsenöffnungen durchsetzte Kopfhaut, die schnell wieder dieselben Borken produziert. Diese, im Volksmund „Milchborke“ oder „Gneis“ genannt, sind also Produkte einer funktionellen Hypersekretion der Talgdrüsen, die aber gar leicht den Ausgangspunkt von katarrhalischen Zuständen der Haut, Ekzemen, abgibt. Die Haut rötet sich, sie scheidet nicht nur Fett ab, sondern sie exsudiert Flüssigkeit, die Hornschicht hebt sich ab. Je nach der Lebhaftigkeit der Entzündung, je nach der Menge des Exsudates vollzieht sich diese Hornschichtablösung in verschiedener Form. Die verschiedenen Formen stellen die verschiedenen Grade resp. Stadien des Ekzems dar: das erythematös-vesikulöse, nässende, krustöse, schuppene. Näher auf die sich abspielenden Vorgänge kann ich natürlich hier nicht eingehen, wo ich doch nicht die gesamte Pathologie des Ekzems abhandeln darf. — Es können also, von der Seborrhöe ausgehend, auf der Kopfhaut die in Bezug auf Akuität, Intensität und Extensität verschiedensten Ekzeme sich entwickeln. Es können auch die verschiedenen Ekzemformen nebeneinander bestehen. Am häufigsten ist wohl an der Kopfhaut die krustöse Form, da das Sebum und Serum mit den Härchen leicht zu Krusten verkleben. Die Beschwerden, selbst das Jucken, sind bei diesen seborrhoischen Kopfekezemen Neugeborener augenscheinlich gering.

Leider beschränken sich diese Ekzeme aber oft nicht auf die Kopfhaut, sondern wandern von dieser per continuitatem sehr gerne auf das Gesicht. Haben bis dahin die Eltern dem „Milchschorf“ gewöhnlich wenig Beachtung geschenkt, ja ihn mit Sorgsamkeit konserviert, so wenden sie dem Leiden jetzt, wo das Gesichtchen des Lieblings entstellt wird, plötzlich grosses Interesse zu; so lange war das Leiden für sie nur das notwendige Attribut des Säuglingsalters, jetzt wird ihnen die Sache ernst. Die Entstellung kann aber auch eine sehr erhebliche und sehr hartnäckige werden; sie braucht gar nicht im Verhältnis zur Affektion der Kopfhaut zu stehen. Diese kann sehr unbedeutend sein — fehlen thut sie nie —, und dennoch kann ein heftiges, hochgradiges Ekzem des Gesichtes auftreten.

Dasselbe kann sich wiederum in den verschiedensten Formen abspielen die auch nur graduell von einander abweichen. Die Haut kann nur gerötet, geschwollen und mit kleinen, oft minimalen Vesikeln besetzt sein, es kann die Decke dieser Bläschen durch lebhaftes Sekretion abgehoben und eine nässende Hautfläche blosgelegt werden, — es kann das Sekret

zu Borken eintrocknen, die grössere oder kleinere Hautabschnitte des Gesichtes bedecken, — es kann schliesslich ein squamöses Stadium bestehen, die mehr oder weniger gerötete Haut mit mehr oder weniger fettigen Schuppen bedeckt sein. Das Bild wird noch ein bunteres, wenn gleichzeitig mehrere Formen des Ekzems neben einander vorhanden sind. Die hauptsächlich entstellende ödematöse Anschwellung hängt natürlich ab einerseits von der Heftigkeit der Entzündung, andererseits von der mehr oder weniger lockeren Beschaffenheit des Unterhautbindegewebes. Wo dieses sehr locker, die Haut sehr beweglich ist, da kann die Schwellung sehr starke Dimensionen annehmen. Die ödematösen Augenlider decken als pralle Wülste die Augen, die Lippen bekommen ein rüsselartiges Aussehen, das Ohr erhält durch Verstreichen der Ohrfurchen eine unförmige Gestalt. Da diese Gesichtsekzeme augenscheinlich lebhaft jucken, sieht man die Haut von Exkoriationen durchzogen, hervorgerufen durch die sorgsam geschonten Fingernägelchen. In der Umgebung des Mundes, besonders an den Mundwinkeln, an dem Naseneingang, hinter dem Ohre findet man Rhagaden, die leicht bluten.

Eine regelmässige Folge dieser Kopf- und Gesichtsekzeme ist die Anschwellung der regionären Drüsen im Nacken, im Ohr, am Halse. Der oft fälschlich aus den Drüsenanschwellungen gezogene Schluss, dass es sich um Skrophulose handelt, ist durchaus unzulässig. Die Drüsenanschwellungen sind bei den hier in Rede stehenden Ekzemen sekundäre Erscheinungen; diejenigen bei der Skrophulose gehen aber neben den Ekzemen, diesen koordiniert, von ihnen unabhängig einher, bedingt direkt durch die zu Grunde liegende skrophulöse Diathese.

Sind Kopf und Gesicht Hauptsitz dieser Säuglingsekzeme, so ist doch deren Gebiet damit nicht begrenzt. Die Ekzeme wandern einerseits per continuitatem auf Hals, Rumpf und Extremitäten über, andererseits verbreiten sie sich auch sprungweise. Die vordere Thoraxwand, die Gelenkbeugen, die Berührungsflächen werden mit Vorliebe ergriffen, an letzteren, wie erwähnt, in Gestalt der Intertrigo. Man muss sich nicht wundern, wenn das Bild an verschiedenen Stellen ein durchaus verschiedenes ist, die Polymorphie des Ekzems kann eben zu derselben Zeit bei demselben Individuum deutlich ausgeprägt sein. Selten kommt es bei diesen Ekzemformen vor, dass nur Rumpf oder Extremitäten der Neugeborenen ergriffen sind, während Kopf und Gesicht frei bleiben. Ja, ich möchte es fast aussprechen, dass zum mindesten eine geringe Seborrhöe der Kopfhaut niemals vermisst wird.

Die Prophylaxe diese seborrhoischen Säuglingsekzeme kann nur in einer zeitigen Behandlung der Seborrhoea capillitii bestehen. Vor allem muss durch Entfernung der seborrhoischen Beläge das kranke Hautgebiet freigelegt, für Heilmittel angreifbar gemacht werden. Das ist nicht immer so leicht zu erzielen, da diese Schorfe bei den Müttern und den sie beratenden Hebammen als noli me tangere gelten. Dieses Vorurteil gilt es zu bekämpfen und auf Reinigung der Kopfhaut energisch zu dringen. Der Modus procedendi braucht dabei nicht immer ein energischer zu sein, er muss dem Grade des vorhandenen Reizzustandes angepasst werden. Ist die Haut frei von entzündlicher Reizung, nicht gerötet, dann kann man im Bade durch tüchtige Seifenwaschungen die Borken und Schuppen erweichen und entfernen. Aber auch dann empfiehlt es sich doch, vor-

her durch Aufgiesen von Öl (Olivenöl, Mandelöl, Arachisöl mit ein bis zwei Prozent Salizylsäure) der Entfernung der Borken vorzuarbeiten. Wo die geringste Reizung besteht, die Haut gerötet oder gar stellenweise nässend ist, da sieht man vorsichtigerweise von jeder Seifenwaschung ab, ölt die Borken stündlich tüchtig ein und entfernt sie schliesslich durch sanftes geduldiges Reiben mit in Öl getauchter Watte. Nimmt der Arzt diese Prozedur selbst vor, dann kann er sich mechanisch durch Benutzung einer Myrthenblattsonde die Arbeit sehr erleichtern. Hier ist eine Reinigung mit Benzin zum Schluss sehr angebracht. Es reinigt vorzüglich, schmerzt nicht und reizt nicht. In anderer Weise kann die Erweichung der Borken auch vorgenommen werden durch Anwendung der später zu erwähnenden Dunstverbände.

Ist die Kopfhaut durch Seife, Öl, Benzin etc. gereinigt, dann folgt sofort die Applikation eines antiseborrhoischen Heilmittels.

Als solches besteht in erster Reihe der Schwefel. Man verschreibt am besten Sulfur praecipitatus als Paste:

Rp. Sulf. praecipitat. 1,0 2,0
 Zinc. oxydat.
 Amyl.
 Vaseline.
 Lanolin aa 5,0
 DS. äusserlich.

Morgens und abends wird diese Paste frisch aufgestrichen und nur jeden anderen Tag die Kopfhaut je nach der Reizbarkeit mit Öl und Benzin oder mit Seife gereinigt. Unter dieser einfachen Behandlung nimmt die Sekretion gewöhnlich schnell ab. Man ersetzt schliesslich die Paste durch eine schwache Salizyl-Schwefelsalbe:

Rp. Acid. salicyl. 0,1—0,4
 Sulf. praecipitat. 0,2—1,0
 Lanolin.
 Ung. len. aa 10,0
 DS. äusserlich.

Wenn, wie es vorkommt, Schwefel etwas reizt, kann man zwischenein die eben genannte Salizylsalbe ohne Schwefel einige Tage auflegen. Später setzt man der Salbe noch 5—10 % Liquor carbonis detergens zu, welches bei der Kopfseborrhöe günstig wirkt. So fährt man fort, bis die Haut glatt ist, die Härchen sich gut entwickeln. Aber auch dann tut man gut, durch tägliches Waschen des Kopfes mit überfetteter Schwefel- oder Schwefelteerseife Rezidiven vorzubeugen.

Von den vielen sonst empfohlenen antiseborrhoischen Heilmitteln will ich hier nur noch das Resorzin und das Hydrargyrum praecipitatum album erwähnen, die als 1—5 %ige Salbe oder Paste bei Säuglingen Verwendung finden können, eventuell zusammen mit Schwefel und Salizyl.

Ist es zum Ekzem gekommen, dann muss man bei den akuten und subakuten Formen ausserordentlich vorsichtig vorgehen, um die Entzündung nicht zu steigern. Wasser und Seife kann man nur mit grösster Vorsicht verwenden. Meistens darf man zur Reinigung der Haut nur Öl, Bleiwasser, 2 %igen Liquor aluminis acetici, 3 %iges Borwasser, 1/2 %iges Resorzinwasser benutzen. Letztere Flüssigkeiten sind auch geeignet zur Bekämpfung lebhafter entzündlicher Erscheinungen in Gestalt von kühlen Umschlägen oder Dunstverbänden. Letztere appliziert man

in der Weise, dass man mit der Flüssigkeit befeuchtete Verbandwatte auflegt; darüber Guttaperchapapier oder ein anderer undurchlässiger Stoff und eine feste Binde, Kopfkappe, Häubchen etc. Die kühlen Umschläge müssen alle paar Minuten erneuert werden. Im Gesicht sind Dunstumschläge nur sehr schwer zu befestigen, kühle Umschläge kann man gewöhnlich bei den Säuglingen im Schlafe sehr gut anwenden. Diese feuchte Behandlung eignet sich für erythematöse, vesikulöse und nässende Ekzeme. Bei letzteren ist sie der üblichen Puderbehandlung weit überlegen. Nur in den Zwischenpausen, wenn die feuchten Umschläge unterbrochen werden, tut man gut, tüchtig zu pudern. Die bei Intertrigo empfohlenen Mischungen eignen sich auch hier. Bei den erythematösen und vesikulösen Formen kann an Stelle der feuchten Verbände und des Puders eine milde Paste treten:

Rp. Zinc. oxydat.
Amyl.
Vaselin
Lanolin ää 5,0
DS äusserlich.

Rp. Zinc. oxyd.
Ol. oliv ää 10,0
DS. äusserlich.

Von Medikamenten setzt man häufig Salizylsäure, aber höchstens $\frac{1}{2}$ —1 $\%$, zu. Nicht mehr darf man auch vom Ichthyol hinzufügen. In dieser Beziehung wird vielfach gesündigt, da das Ichthyol in viel zu starker Konzentration bei Ekzemen verschrieben wird, während es nur einen schwachen Nutzen bringt. Ein vorzügliches reizmilderndes und juckstillendes Medikament für Ekzeme, welches auch bei lebhaften Entzündungserscheinungen gut vertragen wird, ist das Tumenol. Man fügt den Pasten 2—10 $\%$ Tumenol bei. Die dadurch bedingte graue Farbe ist allerdings im Gesichte oft unangenehm.

Empfehlenswert ist für diese Säuglingsekzeme der Zink-Ichthyol-Salbenmull, der täglich auf der gereinigten Haut frisch appliziert wird. Er muss durch einen Verband befestigt werden. Die Anwendung von Salben an Stelle der Pasten ist seltener angebracht. Man kann als solche benutzer: 5—10 $\%$ Borsalbe, frisch vorbereitetes Ung. diachylon. Hebrae, $\frac{1}{2}$ $\%$ Salizylsalbe; letztere verdient besondere Beachtung. Das vielgepriesene Naftalan ist in seinen Wirkungen höchst ungleichmässig; probieren kann man es immerhin;

Rp. Acid. salicyl 0,1
Zinc. oxyd.
Amyl.
Lanolin.
Naftalan ää 5,0
DS. äusserlich.

Besonders hervorhebenswert erscheint es mir, dass es Ekzeme gibt, welche in akuten und subakuten Stadien überhaupt kein Fett vertragen. Nicht nur Salben, sondern auch Pasten, mögen sie noch so milde sein, steigern die entzündlichen Erscheinungen. Man wird deshalb, wo unter Anwendung dieser keine Besserung eintritt, zur feuchten und Puderbehandlung greifen. Eine Modifikation letzterer, und zwar eine sehr empfehlenswerte ist die Applikation von Schüttelmischungen, d. h. Mischungen von Pulvern, wässrigen Flüssigkeiten und Glyzerin. Man pinselt diese tüchtig umgeschüttelten Suspensionen auf die kranke Haut; nach Verdunstung der Flüssigkeit bleibt eine dieselbe deckende, festhaftende Pulverschicht zurück.

Durch einfaches Pudern lässt sich ein solch' festes Haften der Pulver nicht erzielen. Die Verdunstung bringt eine angenehme Kühlung und Juckstillung mit sich. Beispiele solcher Schüttelmischungen sind:

<p>Rp. Zinc. oxydat. Talc. venet. Amyl. Glycerin ää 10,0 Aquaë plumbi 60,0 DS. äusserlich.</p>	<p>Rp. Zinc. oxydat. Amyl.ää 20,0 Glycerin 10,0 Liq. alum. acet. 20,0 Aqua destill. ad 150,0 DS. äusserlich.</p>
<p>Rp. Zinc. oxydat. Talc. venet. Aquaë plumbi Glycerin. ää 25,0 DS. äusserlich.</p>	

Man kann diesen Pulversuspensionen auch $\frac{1}{4}$ —1 % Ichthyol, 1—2 % Tumenol, $\frac{1}{2}$ —1 % Resorzin zusetzen.

Mittels der eben geschilderten Behandlungsweisen wird man mit den meisten akuten und subakuten Ekzemen so weit fertig werden, dass man sie wenigstens in das squamöse Stadium überführt. Nur das nässende Ekzem trotzts zuweilen all diesen Heilungsbestrebungen. Die Haut nässt, bildet Borken, die wieder durch das nachrückende Sekret abgelöst werden, — das Leiden kommt nicht zur Ruhe. In solchen Fällen kann ich wie bei der Intertrigo als energisches und wirksames Verfahren die Ätzung mit Argentum-nitricum-Lösung nur warm empfehlen. Man entfernt die etwa vorhandenen Borken, tupft die nässende Haut ab und pinselt eine 5—10 % Argentum-nitricum-Lösung auf. Es tritt zunächst als Folge der Reizung eine starke Ausschwitzung ein, dann bildet sich, wenn nötig, nach Wiederholung der Pinselung, ein weisser Niederschlag von Silberalbuminat. Man beschleunigt dieses, wenn man die mit der Argentum-Lösung durchtränkte Watte eine Zeitlang fest komprimiert. Auf die Ätzung folgt das Aufstreichen einer milden Paste oder, was meist noch besser ist, das Auflegen von Zink-Ichthyolsalbenmull. Das Aufstreuen obengenannter Puder genügt oft auch. Die Ätzung wird jeden anderen Tag wiederholt. Selbstverständlich müssen dieselben vom Arzt selbst vorgenommen werden.

Ist das Ekzem in ein chronisches Stadium getreten oder von vorneherein ein solches gewesen, dann muss die Behandlung eine viel differentere sein. Es bedarf eigentlich kaum der Betonung, dass es keine scharfe Grenze zwischen akuten, subakuten und chronischen Ekzemen gibt. Die Fälle gehen ineinander über, und es ist Aufgabe des subjektiven Ermessens, unter welche Gruppe man dieselben bei Berücksichtigung der Dauer, des Verlaufes, der Heftigkeit der begleitenden Entzündungsercheinungen zählt. Man dürft nicht fehl gehen, wenn man ein mehrere Monate ununterbrochen fortbestehendes Ekzem als chronisches betrachtet und behandelt.

Ein chronisch nässendes Ekzem mit oder ohne Borkenbildung sieht man nicht gerade oft, aber wo es vorhanden, ist es sehr quälend und entstellend. Häufiger ist schon die Bildung seborrhoischer, fettiger Borken auf geröteter, aber nicht nässender Haut. Am häufigsten jedenfalls ist das Ekzema squamosum, welches ja auch das Endstadium der meisten akuten Ekzeme bildet.

Nässende chronische Ekzeme muss man zuerst in trockene verwandeln, wobei man wie bei den akuten nässenden Ekzemen vorgeht. Nur wird man sich hier viel leichter zu Ätzungen mit Silbernitrat entschliessen. Wo diese ebenso wie die Behandlung mit Umschlägen und Pudern versagen, da empfehle ich ein ganz energisches Vorgehen, indem man eine dem Unguentum Wilkinsonii ähnlich zusammengesetzte Teerschwefel-Seifensalbe appliziert:

Rp. Ol. Rusc.
Sulf. prp.
Sap. kal. āā 10,0
Cret. alb. 5,0
Vaselin 30,0
DS. äusserlich.

Diese Salbe verdient die grösste Beachtung; sie äzt und trocknet die Haut, bringt die Epidermis zur Schälung, wonach eine glatte, sehr viel gebesserte oder ganz geheilte trockene Haut zurückbleibt. Es wird nach Reinigung des Krankheitsgebietes dasselbe mit der Salbe dick bestrichen und womöglich verbunden. Dieses wiederholt man morgens und abends je nach der Hartnäckigkeit des Leidens 4—8 Tage hindurch, ohne in dieser Zeit die Haut zu waschen oder zu reinigen, die früheren Salbenreste zu entfernen. Sodann ersetzt man diese Salbe durch eine milde Paste mit Zusatz von Tumenol oder Ichthyol. Nach einigen Tagen wird eine Waschung der Haut vorgenommen. Je nach dem Ergebnis wiederholt man die Applikation der Schwefelteer-Seifensalbe oder bleibt bei milder Behandlung. Es ist selbstverständlich, dass man eine solche differente Salbe bei nässendem Ekzem nur dann verordnet, wenn man in der Lage ist, den Säugling eventuell Tags darauf zu sehen, damit man einer wider Erwarten eintretenden zu starken Reizung bei Zeiten vorbeugen kann. Dem geübtesten Arzt kann es passieren, dass er die Empfindlichkeit der Haut zu niedrig taxiert. Ist die Haut auf diese Weise getrocknet, dann ist gewöhnlich neben Seifenwaschungen nur die Sprödigkeit derselben durch eine $\frac{1}{2}$ 0/0-Salizylsalbe, welcher man eventuell 1—3 0/0 Schwefel zusetzt, zu bekämpfen.

Die Behandlung der trockenen chronischen Ekzeme wird, wo es sich um ein sehr hartnäckiges Leiden handelt, am Besten mit derselben Salbe eingeleitet. In leichteren Fällen kann man mit milderer Prozeduren auskommen. Es genügen da meistens Salben oder Pasten mit Zusatz von Schwefel (5—10 0/0) oder Teer. Oleum Rusci, Oleum Cadini, Oleum Fagi, Oleum Lithantracis, Pix liquida, sind alles sehr brauchbare Präparate; es ist wirklich schwer zu sagen, welchem man im einzelnen Falle den Vorzug geben soll. Sehr geeignet ist auch das Lianthral, ein gereinigtes Steinkohlenteerpräparat und als besonders milde der Liquor carbonis detergens. Sehr passend ist als Basis der Teersalben das Unguentum Caseini:

Rp. Ol. Rusc.
Spiritus sapon. kalin. āā 3,0
Ung. Caseini 30,0
DS. äusserlich.

Die Konzentration der Teersalben und Teerpasten muss umgekehrt proportional sein den vorhandenen entzündlichen Reizerscheinungen. Sie

schwankt zwischen 1—20 ‰. Sehr gut ist bei torpideren Prozessen das Aufpinseln einer Teertinktur:

Rp. Ol. Rusc.
Ol. Cadini
Spiritus
Äther. aa 10,0
DS. äusserlich.

Auf diese Pinselung; die schnell eintrocknet, muss aber stets des Auftragen einer milden Paste oder das Auflegen von Zink-Ichthyolsalbenmull folgen.

Sehr empfohlen ist bei trockenem, stark juckendem Ekzemen des Gesichtes der Säuglinge das Einreiben von Pyrogallol:

Rp. Pyrogallol 0,1—0,2
Ung. Caseini 20,0
DS. äusserlich.

Diese Salbe wird wie die obige Teersalbe mit feuchtem Finger verrieben. Ich habe sie einige Male probiert, ohne besondere Erfolge damit zu erzielen. Nützlich sind oft Salben resp. Pasten von Hydrargyrum praecipitatum album (1—5 ‰) oder Hydrargyrum oxydatum flavum ($\frac{1}{2}$ —1 ‰).

Das viel gerühmte Lenigallol als 10 ‰ Paste hat mir nicht sehr viel geleistet. Naftalan kann man als Zusatz zu den milden Pasten an Stelle von Lanolin oder auch pur in hartnäckigen Fällen versuchsweise anwenden.

Eine wichtige Frage ist es, ob man die Säuglinge während der Ekzembehandlung baden soll. Bei akuten Ekzemen kann man, wenn nur Gesicht und Kopfhaut ergriffen sind, ruhig baden unter der Bedingung, dass die kranken Stellen durch Pasten, Salbenmull oder Salben vor der Einwirkung des Badewassers und der Seife geschützt werden. Sobald das Ekzem abklingt, wird natürlich ein Zeitpunkt eintreten, in dem man auch die kranke Haut mit Wasser und Seife zu reinigen wünscht. Diesen Zeitpunkt zu bestimmen, ist ausserordentlich schwer. Schon manches in Heilung begriffene akute Ekzem hat durch zu frühes Waschen mit Seife und Wasser eine sehr unwillkommene Exacerbation erfahren. Man sei deshalb mit der Erlaubnis zu diesen Waschungen sehr vorsichtig und schiebe sie so lange wie möglich hinaus.

Bei chronischen Ekzemen ist das Baden alle paar Tage zu gestatten, bei torpider Haut sogar unter Benutzung einer Kaliseife. Jedoch genügt es, wenn das Kind jeden dritten Tag gebadet wird. Nach dem Bade muss die Haut sanft abgetupft und mit den indizierten Heilmitteln bedeckt werden. In den Übergangsfällen zwischen chronischem und akutem Ekzem lassen sich feste Regeln nicht aufstellen. Man muss von Fall zu Fall sorgsam prüfend vorgehen.

Noch einige Worte über die Applikationsweise der Heilmittel auf Kopfhaut und Gesicht der Säuglinge. Wo es irgendwie geht, wird man die Pastenform wählen, weil dabei die Verbände meistens entbehrlich sind. Auch die oben empfohlene Schwefel-Teer-Seifensalbe imprägniert sich so fest, dass man eines Verbandes nicht bedarf. Die üblichen Salben muss man ebenso wie die Dunstumschläge meistens verbandmässig befestigen. Ist die Kopfhaut allein ergriffen, dann genügt gewöhnlich ein

Kinderhäubchen. Im Gesichte bedarf es einer Maske, die man aus Leinwand unter Freilassung der Öffnungen für Augen, Nase und Mund zuschneidet und mit Bändern befestigt. Besser hat sich mir bei Befestigung der Heilmittel die Benutzung von Zink-Ichthyol-Salbenmull bewährt. Ich schneide mir daraus eine Gesichtsmaske, lasse aussen die dünne Mullschicht darauf, überstreiche dieselbe mit in der Wärme verflüssigtem Zinkleim und befestige das Ganze mit einer um Kopf und Gesicht umgelegten Mullbinde. Das gibt einen sehr fest sitzenden Verband, den der Arzt aber selbst täglich wechseln muss. Genaue schematische Vorschriften kann man hier nicht geben, man muss sich im Einzelfall zu helfen suchen. Wo es irgendwie geht, wird man bei der Umständlichkeit des Verfahrens ohne Verbände auszukommen bestrebt sein. Meistens wird es gehen. Wo es aber nicht möglich ist, tut der Arzt gut, selbst täglich den Verband anzulegen.

Referate.

Über Tuberkulose. Von v. Behring. (Vortrag geh. i. Verein f. innere Medizin zu Berlin. 18. Jan. 1904.)

v. Behring sprach im Berliner Verein für innere Medizin über den neuesten Stand seiner auf die Bekämpfung der Schwindsucht gerichteten Bestrebungen. Er knüpfte zum Teil an seine bereits auf dem Naturforscherkongress in Kassel gemachten Mitteilungen an, welche in der Säuglingsmilch die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung sehen. Der Krankheitskeim dringt mit der Kuhmilch vom Darm des Säuglings aus in den Körper, zunächst in die Lymphbahnen, dann in das Blut und in die Atmungsorgane, also die Lungen, ein. Wie bereits auf dem Kasseler Kongresse, so führte Behring auch diesmal wieder aus, dass er unter gewöhnlichen Verhältnissen eine Infektion durch Inhalation für ausgeschlossen erachte. Die in neuester Zeit häufig vertretene Auffassung, dass z. B. durch den Gebrauch von Leihbibliotheksbänden, Akten u. s. w. Tuberkulose verbreitet werde, hält Vortr. für ganz unerwiesen. Auch von einer Disposition, einer Schwindsuchtsanlage in dem herkömmlichen Sinne will er nichts wissen. Zur Entstehung der menschlichen Lungenschwindsucht ist freilich eine gewisse Disposition erforderlich, aber nur im Sinne einer Disposition, die im Säuglingsalter durch den Genuss von Milch erworben ist. Die Bekämpfung der Tuberkulose muss daher schon beim Kinde einsetzen. Es muss alles geschehen, um den Bazillenimport in den Mund des Säuglings zu verhüten. Wie soll man aber die Milch selbst behandeln? Das Abkochen hält B. in der ersten Lebensperiode für unzweckmässig oder gar für schädlich; dagegen empfiehlt er, die Milch unmittelbar nach ihrer Gewinnung mit einem geringen Formalinzusatz zu versehen, welcher alle Bakterien in ihrer Entwicklung hemmt, ohne die wirksamen Milchbestandteile zu zerstören. Dieses Verfahren hat sich in der Tierpraxis bereits glänzend bewährt, und Behring glaubt, die Ergebnisse der tierexperimentellen Erfahrungen auch für menschliche Säuglinge nutzbar machen zu können. — An den Vortrag schloss sich eine kurze

Diskussion, an der sich die Professoren B. Fränkel und A. Baginsky beteiligten. Beide wandten sich gegen die von Behring aufgestellte Theorie der Schwindsuchtentstehung. Nach amtlichen statistischen Angaben hat — so führte Professor Fränkel aus — die Tuberkulose in der letzten Zeit erheblich abgenommen, und das zeigt, dass die bisher geübte Vorbeugungsmethode auf dem richtigen Weg gewesen ist. Die Behringsche Theorie würde den Kampf in ganz andere Bahnen drängen. Der von Behring vertretenen Auffassung stehen wichtige Bedenken gegenüber. Man findet gerade bei Kindern die Lymphdrüsen im Bereiche der Bauchhöhle ungleich seltener erkrankt, als die im Gebiete der Brusthöhle; das spricht gegen die ausschliessliche Infektion vom Darm aus. Professor Fränkel hat im Verein mit Professor Guttstadt eine Statistik aus den letzten vier Jahren über die Ernährungsweise der in Berlin verstorbenen Säuglinge aufgestellt. Es ging daraus hervor, dass die Tuberkulose bei so kleinen Geschöpfen überhaupt selten vorkommt, dass aber jedenfalls etwa ebenso viele Brustkinder daran starben, als künstlich ernährte, was gegen die Behringsche Annahme von der Gefährlichkeit der Kuhmilch im Säuglingsalter sprechen würde. Fränkel hält gleich anderen hervorragenden Forschern an der Inhalationstuberkulose als der häufigsten Entstehungsart fest. Auch Professor Baginsky bezweifelt auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen als Kinderarzt die Richtigkeit der von Behring aufgestellten Theorie. In seinem Schlusswort sucht Professor v. Behring die Einwände seiner Gegner in sachlicher Weise zu widerlegen. Die Tatsache, dass Kinder in der frühesten Zeit ihres Lebens so selten an Tuberkulose sterben, erklärte er mit dem Hinweis, dass es oft Jahre und Jahrzehnte dauert, bis die im Säuglingsalter erworbene tuberkulöse Ansteckung zur offenkundigen Krankheit, zur Schwindsucht, wird.

Örtliche Ätzungen bei Diphtherie. Von Hecker. (Ther. Monatsh. 1904, 1.)

Verfasser empfiehlt ein Ätzverfahren mit 50% Chlorzinklösung. Zunächst handelte es sich darum, die gefahrlose Anwendung des Ätzmittels in so starker Konzentration zu sichern, da Herabfliessen dieser Flüssigkeit schwere Gewebsverletzungen zur Folge haben könnte. Weiter musste für eine genügende Wirkung in der Tiefe gesorgt werden. Verfasser verfertigt ein Holzstäbchen von der Dicke eines Bleistiftes und von etwa 3 Finger Länge. An das eine Ende drückt man einen Bausch Verbandwatte von der Grösse einer Kirsche und zieht darüber ein Stückchen Gaze oder alter Leinwand. Dieses bindet man mittelst eines starken Fadens in vielfachen Umwindungen an dem Stäbchen fest, sodass ein Abgleiten des Bäuschchens unmöglich ist. Den überhängenden Rest der Gaze schneidet man ab. Das Ganze hat etwa die Form eines Trommelstockes. Solcher Stäbchenbäusche werden 4 hergestellt. Das erste trinkt man mit 10% Kokainlösung, die übrigen mit 50% Chlorzinklösung. Durch Anschlagen der Stäbchen gegen einen festen Gegenstand wird ein etwaiger Überschuss von Flüssigkeit aus dem Bausch herausgeschleudert. Den Rest hält die Watte vermöge ihrer Saugkraft fest, um das Herabfliessen zu verhindern. Beim festen Andrücken aber tritt doch soviel heraus, dass eine energische Ätzwirkung an der Berührungsstelle erzielt werden kann. Bei der Anwendung wird das Kind fest in eine Decke gewickelt, sodass es

die Gliedmassen nicht bewegen kann. Eine Person nimmt das Kind auf den Schoß, eine zweite hält den Kopf von hinten fest. Der Arzt drückt die Zunge herunter und befeuchtet die ergriffenen Stellen also meist die Tonsillen gründlich mit der Kokainlösung. Dann reibt er mit den fest angedrückten Chlorzinkbäuschchen in immer sich wiederholender, drehender und reibender Bewegung die Oberfläche der Mandeln recht energisch ab, sodass das ganze oberflächliche Gewebe zerstört wird. Die 3 Chlorzink-Bäuschchen genügen völlig, um dies gründlich zu besorgen, selbst wenn es um beide Mandeln sich handelt. Die Flüssigkeit wird bis in grosse Tiefe des Gewebes eingerieben und zerstört alle Bazillen, mit welchen sie in Berührung kommt, mit grosser Sicherheit. Der Schmerz ist infolge der Kokainpinselung nur gering. Meist erscheint etwas Nachschmerz. Am nächsten Tage ist die ganze Stelle mit einem leicht grau gefärbten Ätzschorf bedeckt, welcher in 3—4 Tagen sich abstösst. Bei Anwendung dieses Verfahrens hat H. bei einer örtlich beschränkten Epidemie jedesmal in den frühzeitig zur Behandlung gelangten Fällen einen schnellen Nachlass aller Erscheinungen, auch des Fiebers, welches mehrfach bis zu 40° betragen hatte, erzielt. Er verzichtet auf diese Ätzungen nicht, wenn er auch zur grösseren Sicherheit in jedem Falle von Diphtherie sich des Heilserums bedient. Die sofortige gründliche Vernichtung der Diphtheriebazillen soll auch die Infektionsgefahr für die Umgebung wesentlich verringern.

v. Boltenstern (Leipzig).

Glandular Fever. Von J. W. Byers. (Brit. med. journ. 1904, 9. Jan.)

In Belfast herrschte im November eine Epidemie von Drüsenfieber hauptsächlich unter den Kindern. Das jüngste war 13 Monate alt. Die älteste Person war eine Frau von 25 Jahren, in einer Familie, deren Kinder erkrankt waren. Nur mit Ausnahme von zwei Fällen waren alle Erkrankten unter 16 Jahren. Das Fieber setzte gewöhnlich plötzlich ein, nach einer Inkubation von 5—7 Tagen. In einigen Fällen klagten die Patienten abends beim Zubettegehen über Halsschmerzen. Am nächsten Morgen war Fieber von 39—40° vorhanden, Schmerzen an der einen Seite des Halses, welche durch Druck gemildert wurden. Dazu trat innerhalb der nächsten 12 Stunden Schwellung der Drüsen in der Umgebung des Sternokleidomastoideus. In der Mehrzahl der Fälle wurden auch die tiefer liegenden Drüsen und die der anderen Seite mit beteiligt. Zuerst pflegte es sich um die rechte Seite zu handeln. In anderen Fällen begann die Schwellung, ohne dass irgend welche Erscheinungen vorausgegangen waren, sodass man die Erkrankung für Mumps zu halten geneigt war. In schweren Fällen trat zuerst heftiger Kopfschmerz auf. Übelkeit und Erbrechen, Bauchschmerz, ohne dass eine Beteiligung der Mesenterialdrüsen nachweisbar war. Stets handelte es sich nur um eine leichte Kongestion im Halse, und in der Mehrzahl nur um leichte Dysphagie. Zur Suppuration der Drüsen ist es in keinem Falle gekommen. Die Schwellung liess im Laufe einer Woche nach, einmal blieb sie 14 Tage bestehen, obwohl das Fieber schwand. Nur wenige Kinder waren nach dem Überstehen der Krankheit schwächlich und sahen anämisch aus. Wenn die Krankheit ein Haus befallen hatte, wurden alle Kinder in ihm in Mitleidenschaft gezogen. Ein Hautausschlag wurde nicht beobachtet, ebenso wenig eine Komplikation seitens der Nieren. Todesfälle kamen nicht vor.

v. Boltenstern (Leipzig).

Die Cytodiagnose der Cerebrospinalflüssigkeit bei Meningitiden und Pseudomeningitiden des Kindesalters. Von Ch. Demange. Inaugural-Dissertation, Paris, 1902.

D. hebt die Wichtigkeit der Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit für die Diagnose hervor. Die durch Lumbalpunktion gewonnene Flüssigkeit wird zentrifugiert und der Bodensatz auf Deckgläschen gebracht, bei 37° getrocknet, mit Alkohol-Äther fixiert, mit Methylenblau, Hämatin-Eosin etc. gefärbt und dann mit Immersion untersucht. In normalem Zustande findet man keine zelligen Elemente; dieselben deuten einen pathologischen Vorgang an. Man kann rote Blutkörperchen, ein- und mehrkernige Leukocyten, Lymphocyten in wechselnder Menge vorfinden. Die Polynukleosen können neutrophil, acidophil oder basophil sein. Die Cerebrospinalmeningitis ist ausschliesslich und vorherrschend bei Polynukleose zu finden; bei tuberkulöser Meningitis ist reine oder vorwiegend ausgesprochene Lymphocytose zu finden, während Polynukleose nur ausnahmsweise vorkommt. Bei cerebro-spinaler Hirnhautentzündung ist es umgekehrt. Für Pseudomeningitis kann keine genaue Regel aufgestellt werden; so wurde in einem typhösen Falle Lymphocytose beobachtet, während in einem anderen die Cytodiagnose negativ ausfiel.

E. Toff (Braila).

Sur un cas de cirrhose tuberculeuse, hypertrophique et graisseuse (type Hanot-Lauth) chez un enfant. Etude clinique, anatomique et expérimentale. Par Carrière. (Archives de méd. des enf. Dec. 1903.)

C. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von tuberkulöser Cirrhose bei einem Kinde zu beobachten und hat denselben in eingehendster Weise studiert. Der betreffende 6 jährige Patient klagte seit 4 Monaten über Bauchschmerzen, der Bauch wurde gross, und es wechselten Diarrhöen mit hartnäckiger Verstopfung ab. Die Leber war hart, sehr empfindlich mit höckeriger Oberfläche und reichte bis in die Nabelhöhe, auch die Milz war vergrössert, und es bestand freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Keine Temperaturerhöhung, arhythmischer Puls. Die übrigen Organe waren gesund. Nach Injektion von 1 ccm verdünnten Tuberkulin stieg die Temperatur um 1,5°. Die Abdominalpunktion ergab 2 Ltr. einer gelben, wenig albuminreichen, aseptischen Flüssigkeit. Es wurden noch Punktionen vorgenommen, doch erneuerte sich die Flüssigkeit massenhaft immer wieder. Endlich trat Icterus, Fieber, Erbrechen, Coma auf und erfolgte der Tod. Bei der Nekropsie erwiesen sich die Lungen sowohl makroskopisch, als auch mikroskopisch als vollkommen gesund, ebenso auch die peritracheo-bronchialen Lymphdrüsen, das Herz, die Milz, das Pankreas, Magen und Därme als normal. Das Peritoneum war intakt, hingegen waren die mesenterialen Ganglien hochgradig tuberkulös degeneriert. Die Leber wog 1650 gr., die Oberfläche war glatt, aber leicht gelappt, zeigte keine tuberkulösen Granulationen, das Gewebe war blassgelb und zeigte helle Flecken mit unregelmässigen, verschwommenen Grenzen. Mikroskopisch wurde eine bedeutende Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes gefunden; es drangen Stränge zwischen die Leberläppchen und waren die Zellen in der Nachbarschaft derselben fettig infiltriert. Die Leberarterien

und Gallengänge zeigten nichts Abnormes, auch das Endothel der Pfortader war gesund, doch war die äussere Wand mit dem umgebenden Bindegewebe verschmolzen. Es wurden namentlich in der Umgebung der Pfortaderäste zahlreiche Tuberkel gefunden. Aseptisch entnommene Stückchen des Leberparenchyms wurden mehreren Meerschweinchen eingespritzt und erzeugten Tuberkulose. C. sucht den Ausgangspunkt der Krankheit in den erkrankten mesenterialen Lymphdrüsen, und führt die sklerogene Einwirkung der Tuberkelbazillen auf eine verminderte Virulenz derselben zurück, was er auch experimentell an Meerschweinchen feststellen konnte.

E. T o f f (Braila).

Über den Wert des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Von G. Edlefsen. (Wien. klin.-ther. Woch. 1904, 4.)

Edlefsen empfiehlt bei den durch die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch verursachten Dyspepsien der künstlich ernährten Säuglinge die Darreichung von Pepsin. Davon kann man sich indes nur dann Erfolg versprechen, wenn alles, insbesondere das Verhalten der Ausleerungen darauf schliessen lässt, dass die vorliegende Dyspepsie der Unfähigkeit des kindlichen Magens, die zugeführte Nahrung, die verdünnte Kuhmilch zu verdauen, ihre Entstehung verdankt. Das Pepsin ist um so mehr indiziert, je jünger das Kind zur Zeit der Erkrankung ist. Bei Kindern, welche das Säuglingsalter überschritten haben, bei anderen Formen der Dyspepsie, vor allem bei Cholera nostras oder durch Infektion entstandener Gastroenteritis mit ihren schweren anatomischen Veränderungen bewährt sich Salzsäure besser. Die eigentliche Domäne bilden die dyspeptischen Diarrhöen der künstlich ernährten Säuglinge, welche nur gelegentlich auch bei Brustkindern auftreten, die Darmkatarrhe, bei welchen schon die einfache Betrachtung der Stuhlentleerungen in der Regel sofort erkennen lässt, dass die Milch und speziell das Kasein nur unvollkommen verdaut wurde, und deren Entstehung mit Recht darauf zurückgeführt wird, dass die Nahrung in nicht genügend vorbereitetem Zustande aus dem Magen in Darm übertritt und deshalb leichter als bei normalem Ablauf der Magenverdauung einer Zersetzung anheimfällt, welche weiter eine katarrhalische Erkrankung der Darmschleimhaut, eine Beeinträchtigung der Darmverdauung zur Folge hat. Diese Darmkatarrhe schwinden lediglich unter Pepsinbehandlung meist auch ohne Unterbrechung der Milchernährung in kürzester Frist. In der Regel nehmen die Ausleerungen schon in wenigen Tagen ihr normales Aussehen wieder an, die Verdauung bleibt auch fernhin bei mehr oder weniger lange fortgesetztem Pepsingebrauch völlig normal. Die Erklärung liegt vielleicht in 3 Möglichkeiten. Entweder ist der Pepsin gehalt im Magensaft der Säuglinge bei bestehender Dyspepsie nicht in genügender Menge vorhanden, oder das zugeführte Pepsin wirkt nicht nur dadurch günstig, dass es den Pepsin gehalt des Magensaftes erhöht, sondern dadurch, dass es in den leeren Magen gebracht nach Art der kohlen-sauren Alkalien und Mineralwässer, die Magenschleimhaut zu vermehrter Säuresekretion anregt, oder endlich, dass das aus dem Schweinemagen hergestellte Präparat wirksamer als das menschliche ist.

v. B o l t e n s t e r n (Leipzig).

Zur Behandlung der Obstipation im Säuglingsalter. Von Claman n.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 44.)

C. empfiehlt eine Methode, die darin besteht, dass man einen in seinem unteren Drittel reichlich eingeölten, kaum mittelstarken Nelaton-Katheter in das Rektum einführt und ihn darin etwas hin- und herbewegt. Das Kind liegt dabei in Rückenlage, die Beine werden nach der Bauchseite zu zurückgehalten. Ist der anfängliche Widerstand des Sphincter ani durch leichte Drehbewegungen des kurzgefassten konisch zugespitzten Katheterendes überwunden, so ist das weitere Hinaufschieben desselben 15 cm weit und weiter meist leicht. Zumeist folgt die Kotmasse unmittelbar dem herausgetriebenen oder herausgezogenen Katheter. Manchmal ist es erforderlich, die Manipulation mit Pausen einige Mal zu wiederholen.

Die Behandlung der Obstipation mit dem Katheter kann nach genügender ärztlicher Anleitung ohne Gefahr der Hand jedes einigermaßen verständigen Laien überlassen werden. (Diese Methode, die bezweckt, den Darm durch leichte mechanische Reizung an der Innenwand zu austreibender Tätigkeit zu veranlassen, gleicht derjenigen, die ich vor einigen Jahren in einer Zeitschrift empfohlen fand und die ich seither des öfteren erprobt habe. Dieselbe besteht darin, dass man das Thermometer möglichst weit in das Rektum einführt und dann kreisende Bewegungen ausführt. Anm. des Ref.) Schnell (Egeln).

L'allaitement mixte. Par G. Voix (Thèse de Paris, 1903).

Die gemischte Ernährung der Säuglinge, bestehend in Verabreichen der Mutterbrust und künstlicher Milchnahrung, ist indiziert bei frühzeitiger oder späterer Insuffizienz der Milchsekretion, bei Erkrankungen der Mutter und endlich wenn dieselbe durch ihre Arbeit fern vom Hause zurückgehalten ist. Am häufigsten kommt Hypogalaktie, Insuffizienz der Milchsekretion vor. Etwa ein Drittel aller Frauen, reiche sowie arme, können nicht während der ganzen Zeit exklusive Brusternährung durchführen. In diesen Fällen ist es von Vorteil, zur gemischten Ernährung überzugehen, und zwar entweder alternativ, oder komplementär. Letztere ist vorzuziehen, indem nach jedesmaligem Säugen die in der Brust fehlende Milchmenge durch künstliche Milchernahrung ersetzt wird. Es ist dies die beste Methode, um die Anzahl der selbststillenden Frauen zu vermehren. Verfasser teilt seine in einem Pariser Dispensarium gemachten Erfahrungen mit, wo im Laufe von vier Jahren die oben erwähnte gemischte Ernährung von 12,5 % auf 20,8 % gestiegen war, während die einfache künstliche Ernährung von 31,2 % auf 18,7 % gefallen war. In einem Dispensarium hatte die gemischte Milchernahrung um 9 % zugenommen, während in derselben Zeit (15 Monate), die künstliche Ernährung um 22,7 % gesunken war. Für die Kinder ist das gemischte Säugen, im Verhältnisse zur künstlichen Ernährung von unbestreitbarem Vorteile.

E. Toff (Braila).

Soxhlet's Nährzucker. Von Neumann. (Deutsch. med. Wochenschr. 1903. Nr. 46.)

Nach N.'s Erfahrungen wird der Nährzucker mit verschwindend seltenen Ausnahmen, in denen er Aufstossen und sonstige Magenbeschwerden macht, sehr gut in jedem Lebensalter vertragen. Selbst die

Gegner einer frühzeitigen stärkehaltigen Kost können ihn schon Neugeborenen geben, da er keine Stärke mehr, sondern Maltose und Dextrin zu gleichen Teilen enthält. In der Regel wird man der Verdünnungsflüssigkeit 10% Nährzucker zusetzen, der Nahrung Neugeborener etwas weniger. Bei gesunden Kindern kann man den Nährzucker anstatt gewöhnlichen Zuckers verwenden, wenn Neigung zu häufigeren Entleerungen besteht; tritt unter seiner Verwendung Neigung zu Verstopfung ein, so kann man dadurch regulieren, dass man einen gewissen Teil des Nährzuckers durch Rohrzucker ersetzt.

Bei Verdauungsstörungen akuter Art wird man in den ersten ein bis zweimal 24 Stunden von der Verwendung des Nährzuckers absehen. Erst wenn die häufigen spritzenden Stühle spärlicheren schleimigen Entleerungen Platz machen, gibt man ihn in Schleimsuppen (1 gehäuften Esslöffel auf $\frac{1}{2}$ Ltr. Schleim) und behält ihn bei, wenn man weiterhin zu Milchmischungen übergeht. N. gibt nicht selten, um einen Rückfall durch Ernährung mit ungeeigneter Milch hintanzuhalten, Biedert's Ramogen, mit starken Verdünnungen beginnend und bis zu einer 10%igen Lösung fortschreitend, und verstärkt den Nährwert des Ramogeuß durch Nährzucker.

Auch bei chronischen Ernährungsstörungen, besonders solchen, die bei milch- und fettreicher Nahrung aufgetreten sind, bewährt sich der Nährzucker.

Neuerdings wird auch ein Nährzuckerkakao in den Handel gebracht, der aus einer Mischung von Kakao mit reinem Nährzucker hergestellt ist und ungemein nahrhaft und bekömmlich ist. Schnell (Egeln).

Beitrag zur Lehre von der Rachitis. Von Siegert. (Jahrb. f. Kinderheilk. 8. Bd. Heft 6.)

Im allgemeinen gilt noch heute der Standpunkt, dass die Heredität der Rachitis nicht bewiesen sei, jedenfalls eine untergeordnete Rolle spiele. S. sucht aus einem grösseren statistischen Material den Nachweis zu führen, dass die Heredität ganz allgemein besteht und unter den ätiologischen Faktoren eine der massgebendsten Rollen spielt.

Zunächst fand er die Rachitis bei Brustkindern rachitischer Mütter und Väter in einer ganzen Reihe von Familien, wo Verdauungsstörungen oder schwere Erkrankungen des Respirationstraktus, Infektionskrankheiten, sowie Lues, Tuberkulose, hohes Alter der Eltern etc., in keiner Weise als ätiologische Ursachen nachweisbar waren, die Heredität allein aber das Auftreten bei sämtlichen Kindern erklären konnte.

Weiterhin konnte er konstatieren, dass Brustkinder von Müttern, die Brustkinder und durchaus rachitisfrei waren, von Rachitis frei blieben, obwohl die Familien zahlreiche Kinder hatten, in ungünstigsten sozialen Verhältnissen sich befanden, in schlechtesten Mietskasernen wohnten und schliesslich auch die Eltern sich in hohem Alter befanden.

In Familien mit künstlicher Säuglingsernährung findet sich die hereditäre Rachitis ganz gewöhnlich und tritt hier am frühesten auf, wodurch eine hohe Mortalität der Kinder bedingt wird. In zahlreichen Familien mit hereditärer R. kommt bei künstlicher Ernährung kaum ein Kind ins fortgeschrittene Kindesalter, und auch in der Familie des Reichsten sieht man die Kinder rasch und schwer rachitisch werden. Sicher kommen die schwersten Grade der R. auch bei Brustkindern vor, häufig bei hereditär

belasteten, aber ungewöhnlich seltener und mit bedeutend geringerer Gefährdung des Lebens. Was den Beginn der Erkrankung anlangt, so fällt er auch hier meist erst in den 3.—6. Monat, durchschnittlich aber früher als bei Brustkindern. Wachsbleiche Farbe, fehlender Turgor aller Gewebe, Kopfschweisse, beissender Uringeruch neben dauernder Atemnot und steten Dyspepsien stempeln diese Opfer der hereditären R. Ungewöhnlich spätes Zahnen ist bei ihnen die Regel. Auch das Laufen erfolgt sehr spät, meist erst im 3. Jahre.

Die Heredität der R. wird hauptsächlich durch die Mutter vermittelt. Sicher ist auch die väterliche R. von Einfluss. Bei hereditärer R. des Vaters oder der Mutter allein kann gelegentlich die Nachkommenschaft rachitisfrei bleiben, besonders bei natürlicher Ernährung; bei hereditärer R. beider Eltern wohl fast niemals. Schnell (Egeln).

Über Spondylitis mit besonderer Berücksichtigung des späteren Verlaufs derselben. Inaugural-Dissert. Basel. — Aus dem Kinderspital in Basel. Von H u g e l s h o f e r. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 8. Bd. Heft 5.)

Von 1870—1900 wurden 215 Kinder an Spondylitis tuberculosa behandelt. In 68 Fällen gelang es, sichere Nachricht über den weiteren Verlauf der Krankheit nach Spitalaustritt zu erhalten. 35 Krankengeschichten werden mitgeteilt von Patienten, die meist persönlich nachuntersucht sind; von den übrigen 33 Fällen ist der Verlauf der Krankheit bis zum Tode bekannt.

Die hauptsächlichsten Beobachtungen sind folgende: Die Spondylitis tuberculosa kommt wie auch die übrigen Knochentuberkulosen beim männlichen Geschlecht häufiger vor als beim weiblichen. Der Beginn der Erkrankung fällt am häufigsten in das frühe Kindesalter, und zwar hat das dritte Lebensjahr den Vorrang. Hereditäre Belastung wurde in etwas weniger als der Hälfte aller Fälle gefunden, während ein Trauma (Fall oder Misshandlung) nur in $\frac{1}{4}$ aller Fälle als ätiologisches Moment angeführt werden konnte. Nicht unbeachtet zu lassen ist die Tatsache, dass sich die Tuberkulose häufig vor der Wirbelerkrankung in anderen Organen oder anderen Knochen lokalisiert.

Die untere Hälfte der Wirbelsäule ist bedeutend häufiger von Wirbelkaries betroffen als die obere. Als Grund dafür wird die stärkere Belastung der unteren Wirbel durch das Gewicht des Oberkörpers angenommen werden müssen. Am häufigsten ist der erste Lendenwirbel erkrankt.

Nicht immer ist das Krankheitsbild des Spondylitis durch eine typische Kyphose gekennzeichnet, sondern in einzelnen Fällen geht die Zerstörung der Wirbel durch die Tuberkelbazillen vor sich, ohne zur Einknickung der Wirbelsäule zu führen. Trotzdem kann die Tuberkulose zu grossen Abszessen und sogar Lähmungserscheinungen führen, was beweist, dass die Lähmungen nicht durch Knickung des Rückenmarks entstehen, sondern infolge Drucks tuberkulöser Granulationen und durchgebrochener Abszesse.

Unter den Komplikationen wurden in ca. $\frac{2}{5}$ aller Fälle Abszesse beobachtet, darunter am meisten Psoasabszesse. Die Abszesse gehen am häufigsten von der Lendenwirbelsäule aus. Lähmungen treten in

$\frac{1}{10}$ aller Spondylitiden auf; vorzugsweise ist die Cervicalspondylitis damit kompliziert; Rezidive pflegen nur selten einzutreten. $\frac{2}{3}$ der mit Lähmungen komplizierten Erkrankungen nehmen einen tödlichen Ausgang. Zu Amyloiddegeneration scheint die Wirbeltuberkulose ihrer zahlreichen Eiterungen wegen mehr zu disponieren als andere Knochentuberkulosen; sie wurde in mehr als $\frac{1}{10}$ der Fälle beobachtet. Tuberkulöse Komplikationen kamen in $\frac{2}{5}$ aller Fälle zur Beobachtung.

Die Prognose der Spondylitis ist als dubia zu bezeichnen, denn die Mortalität beträgt laut Wahrscheinlichkeitsrechnung 57,6 %, und nur in 31,3 % ist vollständige Heilung erzielt worden.

Die definitiven Heilungsergebnisse sind in kosmetischer Beziehung als mangelhaft, was aber die spätere Bewegungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit der Kranken betrifft, als befriedigend zu bezeichnen.

Die Behandlung soll möglichst frühzeitig eingreifen und zwar womöglich als Anstaltsbehandlung, da die Kranken schon im Beginne der Krankheit die sorgfältigste Pflege und ärztliche Aufsicht nötig haben. Die lokale Behandlung sucht durch Horizontallage oder Lagerung im Lorenzschens Gipsbette durch Reklination des Rumpfes, oft auch verbunden mit Extension, dem Kranken die Schmerzen zu lindern und den Gibbus auf das kleinste Mass zu beschränken. Nach beginnender Konsolidation tritt die von Sayre angegebene Korsettbehandlung in Kraft. Diese soll möglichst lange, womöglich bis zum Aufhören des Körperwachstums fortgesetzt werden. Das Korsett soll erst im letzten Stadium, wenn die Heilung so gut wie sicher ist, zum Abnehmen eingerichtet werden. Die Nachbehandlung soll mehrere Jahre in einem Sanatorium für Spondylitiskranke Kinder ausgeführt werden, wo die Kinder stets unter ärztlicher Kontrolle stehen.

Abszesse werden operativ durch Inzision und Evidement behandelt, wenn sie nach aussen durchzubrechen drohen, ferner, wenn sie hohes Fieber machen, dann Abszesse, die das Leben direkt bedrohen (bei Retropharyngealabszessen event. auch Tracheotomie). Alle übrigen leicht zugänglichen Abszesse werden durch Punktion und Jodoforminjektion zur Ausheilung gebracht, wenn sie nicht die Tendenz zeigen, spontan resorbiert zu werden.

Schnell (Egeln).

Der Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea“ insbesondere bei Keuchhusten. Von Sembritzki. (Therap. Monatsh. 1903, Heft 11.)

Der Wert der kleinen Schering'schen Hygiea-Lampe ist ein vielfältiger. Sie ist zur Desinfektion des Warte- und Sprechzimmers vollkommen ausreichend, da die Formalindämpfe die Eigenschaft besitzen, die Krankheitskeime in ihrer Entwicklung zu hemmen. Unschätzbar ist gleichzeitig die desodorisierende Wirkung des Formalingases, weshalb sie auch für Kranken-, sowie für Schlaf- und Kinderzimmer geeignet ist. Dabei ist die Lampe ganz ungefährlich; man steckt sie an und kann sie, nach dem man die Flamme ganz klein gestellt hat, ruhig sich selbst überlassen.

Auch bei den verschiedensten Krankheiten hat sich die Hygiea-Lampe als schätzenswertes Hilfsmittel erwiesen und zwar nicht nur bei den Infektionskrankheiten, sondern besonders auch bei den Erkrankungen der Atmungsorgane, wo es darauf ankommt, dem Kranken eine reine, gesunde

Luft zu schaffen, also bei Schnupfen, Bronchialkatarrhen, Influenza und Lungentuberkulose.

Geradezu glänzend bewährt hat sich die Lampe beim Keuchhusten. In vielen Fällen wirken die Formalindämpfe geradezu kupierend, in anderen verläuft die Krankheit milder, in kürzerer Zeit und ohne die Kinder anzugreifen. Man muss natürlich die Vergasung kontrollieren und dieselbe unterbrechen, sobald sie sich als lästig bemerkbar macht. Man lässt die Lampe derart verwenden, dass man sie, dauernd mit 2—3 Pastillen gefüllt, bei ganz klein gestellter Flamme brennen lässt. Meistens befindet sie sich in dem Zimmer, das den Kranken zum Aufenthalt dient; falls sich die Dämpfe sehr bemerkbar machen, wird sie ins Nebenzimmer gestellt. Die Zimmer werden öfter am Tage gewechselt, die nicht benutzten inzwischen gelüftet. Nachts lässt man 1 Pastille im Schlafzimmer langsam vergasen.
Schnell (Egeln).

Über einen Fall von familiärer spastischer Paralyse. Von F.

Raymond. (Archives de méd. des enfants, Dezember 1903.)

Die Krankheit kann hereditär auftreten, oder in familiärer Form, indem die Kinder derselben Familie krank sind, während die Eltern gesund erscheinen. Es ist anzunehmen, dass das Nervensystem der Betroffenen fehlerhaft veranlagt ist, und unter dem Einflusse verschiedener äusserer Umstände kommt dann die Krankheit zur Entwicklung. Die meisten familiären Erkrankungen zeigen den Charakter von systematischen Affektionen, indem gewisse anatomisch-funktionelle Nervenzentren befallen erscheinen. In dem letzten von R. beobachteten Falle von spastischer Paralyse handelte es sich um einen 15jährigen Knaben, dessen Vater und 18jährige Schwester an derselben Krankheit leidet. Anamnestisch ist nichts nachzuweisen; das Kind war bis zum Alter von 8 Jahren vollkommen gesund. Damals begannen die Füße steif zu werden, und das Gehen wurde schwer. Die Veränderungen waren schleichend aufgetreten, ohne Fieber oder sonstige pathologische Störungen; die Intelligenz blieb immer ungetrübt. Der Zustand blieb stationär bis zu 12 Jahren, wann eine neuerliche Verschlimmerung eintrat und auch die oberen Extremitäten ergriffen wurden. Die Sprache zeigte keinerlei Veränderungen. Ausserdem wurden intermittierende, spastische Kontraktionen des rechten Sternokleidomastoideus beobachtet, wodurch der Kopf immer nach links geneigt wird. Es bestanden weder Muskelatrophien, noch Sehnenkontrakturen, noch objektive oder subjektive Störungen der Sensibilität. — Die Krankheit wird allgemein auf eine Sklerose des Pyramidenbündels zurückgeführt, doch sind die Veränderungen desselben, wie R.'s Schüler C e s t a n nachweisen konnte, nicht immer im Verhältnisse mit der Schwere der Affektion. Mikroskopisch kaum nachweisbare Veränderungen der betreffenden Fasern können dieselben spastischen Symptome hervorrufen wie die vollständige Degenerenz. Differenzialdiagnostisch ist es interessant hervorzuheben, dass auch die multiple Sklerose als familiäre Krankheit auftreten kann. Anfangs können die Symptome sogar eine gewisse Ähnlichkeit mit der spastischen Paralyse aufweisen, doch treten früher oder später Nystagmus, Intentionzittern, Sprachstörungen auf, welche über die Natur der Krankheit keinen Zweifel aufkommen lassen.

Es gibt noch eine Krankheit, an die man denken muss, wenn man einen Fall von spastischer Familiarparalyse vor sich hat, nämlich das als Little'sche Krankheit bezeichnete Syndrom. Dieselbe stellt eine spezielle Form von Rigidität vor, welche sich auf Extremitäten und Rumpf, sowie auch auf die Sprachorgane erstrecken kann, obwohl sie die grösste Intensität an den unteren Extremitäten erreicht. R. hebt aber hervor, dass die Little'sche Krankheit in Wirklichkeit kein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild ist, sondern Symptome darbietet, welche allen spastisch-paralytischen Affektionen des Kindesalters mehr oder weniger eigen sind, so z. B. der spastischen infantilen Paralyse, der spastischen infantilen Hemiplegie, der infantilen zerebralen Diplegie.

Pathologisch-anatomisch wird hervorgehoben, dass in einer gewissen Anzahl von Fällen, die das Syndrom der spastischen Tabes darboten, man bei der Sektion eine transversale Myelitis vorfand. Dieselbe kann primär sein und als Folge einer Infektion (Typhus, Syphilis) oder einer Vergiftung (Blei, Ergotin, Pellagra etc.) auftreten, oder sekundär, als Folge einer extra-medullaren Krankheit (Tuberkulose, Krebs, Tumoren der Wirbelsäule) sich entwickeln. Namentlich in Fällen von familiärer Erkrankung soll man auch die Möglichkeit einer chronischen alimentären Vergiftung nicht ausser acht lassen. In vielen Fällen sind aetiologische Momente nicht zu eruieren.

Die Prognose dieser Krankheit ist eine schlechte und kennen wir kein Mittel, um den fortschreitenden Gang derselben aufzuhalten.

E. Toff (Braila).

~~~~~

Gesundheitspflege.

Die Abhärtung der Kinder? Ein Mahnwort und Wegweiser für alle Mütter. Von Priv.-Doz. Dr. Rudolf Hecker. 80, 72 S. Halle a. S. 1903, Gebauer-Schwetschke. Preis 1,60 Mk.

Das kleine Schriftchen ist eine erweiterte und in volkstümlicher, allgemeinverständlicher Form gehaltene Ausgabe des von H. in der XIX. Versammlung der Gesellschaft f. Kinderheilkunde zu Karlsbad gehaltenen Vortrages. Seine Ausführungen gipfeln in folgenden Sätzen:

1. Die heute in vielen, besonders gebildeten Kreisen übliche und verbreitete Methode, kleine Kinder mittels Kaltwasserprozeduren „systematisch“ abzuhärten, ist nicht nur unzweckmässig, sondern geradezu gesundheits-schädlich.

2. Das angeblich „prächtige Gedeihen“ vieler Kinder bei solcher Abhärtung ist kein Beweis für ihren Nutzen, sondern nur für die kräftige Konstitution der betr. Kinder. Die Tatsache, dass so und so viele Kinder dabei nicht gedeihen, muss zu grosser Vorsicht mahnen.

3. Diese „systematische“ (d. h. schematische und kritiklose) Kaltwasserabhärtung gewährt den Kindern nachweislich nicht nur keinen Schutz vor den sog. Erkältungskrankheiten, sondern sie erhöht im Gegenteil gerade die Empfänglichkeit für dieselben.

4. Sie führt daher häufig zu Schnupfen, Halsentzündungen, Bronchialkatarrh und Lungenentzündung.

5. Sie kann ausserdem zu folgenden Schädigungen führen: zu ausgesprochener, ja schwerster Blutarmut; zu Erkrankungen des gesamten Nervensystems, wie allgem. Nervosität, Neurasthenie, d. i. allzu frühzeitige Erschöpfbarkeit des Nervensystems, entweder des ganzen oder bestimmter Bezirke desselben, Appetitlosigkeit; zu unruhigem Schläfe, nächtlichem Aufschreien, zu seelischer Reizbarkeit, zu auffallender Unruhe und Aufregungszuständen, zu Veränderungen des Charakters, Launenhaftigkeit, Jähzorn, stillem Wesen etc.; zu akutem und chronischem Darm- spez. Dickdarmkatarrh.

6. Sie erschwert den normalen Verlauf aller der genannten sowie auch anderer zufälliger Erkrankungen, besonders des Keuchhustens. Doch ist H. nicht etwa prinzipieller Gegner jeder Abhärtung, sondern er bezeichnete die Durchführung einer gewissen körperlichen Abhärtung geradezu als Pflicht der Erzieher und des Arztes und stellt dafür folgende Grundsätze auf:

1. Die Abhärtung sei nicht Selbstzweck, sondern sie habe immer ihr eigentliches Ziel im Auge, die Wehrhaftmachung des Körpers gegenüber den Angriffen aus der Natur.

2. Dieses Ziel, die natürliche Abhärtung kann nur durch die Anwendung adäquater d. h. natürlicher Mittel erreicht werden. Gewöhnung an die Luft des Zimmers, an die Luft im Freien, richtige Anpassung der Kleidung an Klima und Jahreszeit. Gewöhnung an kühles Wasser, zweckmässige Ernährung, ausgiebige Bewegung im Freien.

3. Jede Abhärtung geschehe allmählich und unmerklich.

4. Jede Abhärtung sei absolut individuell und berücksichtige stets den jeweiligen Körperzustand, die Bedürfnisse und Empfindsamkeit des Kindes wie andererseits das Klima des betr. Wohnortes.

5. Keinerlei Abhärtung beginne zu früh. Säuglinge sind überhaupt nicht abzuhärten, sondern unter allen Umständen warm zu halten.

6. Ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung sollen bei Kindern, speziell bei blutarmen und nervösen, keinerlei Kaltwasserprozeduren vorgenommen werden.

Mag das Buch die wünschenswerte Verbreitung unter den Kreisen, für welche es bestimmt ist, finden; es wird sicherlich gar manches Kind vor Schaden bewahren und dessen Eltern manche Enttäuschung und unruhige Stunde ersparen.

Baron (Dresden).

Rezensionen

Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Von Prof. H. Oppenheim. Nach einem im Verein f. Kinderforschung gehaltenen Vortrage, gr. 8^o, 38 S. Berlin 1904, S. Karger. Preis 0,80 Mk.

Dass Nervosität im Kindesalter oft genug vorkommt, ist längst erwiesen, aber nur ausnahmsweise hat man Gelegenheit, schon in der frühen

Kindheit den ganzen Symptomenkomplex der Neurasthenie oder Hysterie vor sich zu sehen. In der Regel ist es ein Symptom oder eine kleine Gruppe von Symptomen, welche die erste Äusserung der neuropathischen Anlage bildet. Verfasser schildert nun im speziellen die verschiedenartigen Symptome, welche sich als psychische, motorische, vasomotorische, sensible, sensorische Störungen, sowie als Störungen des Verdauungs- und Urogenitalapparates geltend machen können.

Bei rechtzeitiger Erkennung kann durch Erziehung und Behandlung, ganz besonders durch Fernhaltung gewisser Schädlichkeiten die Entwicklung der krankhaften Keime verhindert werden.

Verfasser will durch seine Broschüre Nichtärzten die Möglichkeit gewähren, die ersten Zeichen der Nervosität zu erkennen, die geschilderten Abnormitäten sollen für Eltern und Erzieher Warnungssignale sein, welche dazu dienen, bei Zeiten einen sachverständigen Arzt zu Rate zu ziehen.

Das Werkchen erfüllt seine Aufgabe in ausgezeichneter Weise, und das ist kein Wunder, ist es doch von einem Autor geschrieben, der mit grosser Sachkenntnis und reicher Erfahrung die anerkannte Fähigkeit besitzt, klar und sehr anregend zu schreiben.

Ar n e m a n n (Grossschweidnitz).

Therapeutisches Vademecum für die Kinderpraxis. Von Brüning. 80, V u. 136 S. Leipzig 1904, G. Wittrin. Geb. in Leinw. Preis 2 Mk.

Der Verfasser will, wie er im Vorwort sagt, einem vielseitig geäusserten Wunsche nachkommen und dem Studierenden einen kurzen Leitfaden für die Behandlung der häufigsten und wichtigsten Erkrankungen des Kindesalters geben. Zu diesem Zwecke gruppiert er den Stoff nach den Körperorganen und in diesen wiederum nach dem Alphabet. Ich weiss nicht, ob das der richtige Weg ist, einen Leitfaden zu schaffen. So schematisch lässt sich die wichtige Disziplin der Kinderheilkunde nicht auffassen und nicht darstellen. Hätte der Autor sein Büchlein ein „Rezepttaschenbuch für Kinderkrankheiten“ genannt, so würde ich das eher haben gelten lassen; aber als einen Leitfaden muss man doch ganz andere Ansprüche stellen. Die Ausstattung ist anerkennenswert.

T a r r a s c h (Presseck).

Die Hautleiden kleiner Kinder. Von Dr. S. Jessner. gr. 80, 62 S. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). Preis 90 Pf.

Das Werkchen bildet das 9. Heft der Jessner'schen „dermatologischen Vorträge für Praktiker“, von denen jedes ein in sich abgeschlossenes Thema aus dem Gebiete der Hautkrankheiten behandelt. Die Vorträge sind unter Umgehung der rein theoretischen Fragen vornehmlich aus praktischen Gesichtspunkten und übersichtlich und klar abgefasst und haben sich daher als und zuverlässiges Hilfsmittel sehr rasch bei den praktischen Ärzten grosse Beliebtheit erworben. Auch das vorliegende Heft, das ein für den Praktiker sehr wichtiges Gebiet behandelt, kann aufs wärmste empfohlen werden.

S.

Kalender für Frauen- und Kinderärzte. Von Dr. Eichholz und Dr. Sonnenberger. VIII. Jahrgang 1904. 12^o, VII und 238 S. u. 12 Monatshefte von je 32 S. Berlin 1903, Vogel & Kreienbrink. Preis gebunden in Lederbrieftasche 3 Mk.

Dass der „Kalender für Frauen und Kinderärzte“ einem wirklichen Bedürfnis entsprungen ist, beweist dessen grosse Beliebtheit und Verbreitung. Ausser Notizen, die dem Frauen- und Kinderarzt zum täglichen Gebrauch von Wert sind — so vor allem ein Arzneimittelverzeichnis und ein therapeutisches Register etc. — enthält der Kalender eine Reihe von wissenschaftlichen Fachaufsätzen, von denen wir u. a. nennen: Kleinwächter, die Organotherapie in der Gynäkologie; Niebergall, Stenosen des Cervikalkanals; Weigert, über Krämpfe im Kindesalter.

Wie erhalten wir unsern Kindern die schöne Stimme?

Ein Mahnwort an Eltern und Lehrer mit besonderer Berücksichtigung des Stimmwechsels. Von P. Clericus. gr. 8^o, 24 S. Grunewald-Buchhandlung, Hans Püllmann 1904. Preis 0,75 Mk.

Ausgehend von dem Gedanken, dass das Ziel des Gesangunterrichts nicht lediglich im Erlernen der Elementartheorie und des Unterrichtsstoffes bestehen dürfe, sondern dass den praktischen und theoretischen Unterricht das Prinzip beherrschen müsse, die Stimmen der Kinder möglichst individuell so zu pflegen und zu erhalten, dass dieselben völlig intakt aus dem Schulgebrauch hervorgehen, und dass in allen Fällen die Möglichkeit und Fähigkeit zu weiterer Ausbildung und musikalischer Betätigung für das spätere Leben gewahrt bleibt, bekämpft Verfasser die irrige Ansicht, dass jedes merkliche Tiefergehen der Kinderstimme auch schon den eigentlichen Eintritt des Stimmwechsels anzeige; die Mutation der Stimme ist vielmehr erst als eingetreten zu betrachten, sobald der Schüler nicht mehr imstande ist, ohne Anstrengung diejenige Tonhöhe zu erreichen, die in den Schulgesangheften von der Altstimme gefordert wird. Bezüglich des Gebrauches der Stimme während der Mutationsperiode stellt er die strenge Forderung, dass der Schüler während dieser Zeit überhaupt nicht singe. Er warnt auch vor zu frühzeitiger künstlerischer Ausbildung. Als beste Zeit für den Gesangunterricht in der Schule empfiehlt er die Zeit nach solchen Stunden, in welchen die Schüler weder viel zu sprechen, noch durch Körperbewegung sich zu sehr angestrengt haben. Das Schriftchen enthält viele gute, beherzigenswerte Winke und kann deshalb allen Interessenten empfohlen werden.

S c h e r e r (Beelitz).

~~~~~

**Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.**

**Les mères qui ne peuvent allaiter au sein leurs enfants.** Par. R. Mesnil.

Die Ursachen, welche das Säugen der Kinder verhindern, sind mannig-

facher Art und hängen nicht nur von den Müttern, sondern auch von den Säuglingen ab. In letzterer Beziehung führt M. an: Appetitlosigkeit oder Fehlen des Bedürfnisses zu säugen, angeborene Schwäche, Nichtvertragen der Frauenmilch und endlich angeborene Missbildungen des Mundes. Von Seiten der Mütter ist hervorzuheben: angeborene Fehler der Brustdrüsen, wie mangelhafte Entwicklung, Atrophie, Polymastie, krankhafte Prozesse, wie Narben, Tumoren, Galaktocele, Mastodynie; Entzündungen, Abszesse, Fissuren etc. Allgemeine Krankheiten bilden mitunter eine Kontraindikation des Stillens, so z. B. Herz-, Blut-, Lungen- und Nierenkrankheiten, Störungen im Bereiche des Verdauungsapparates, akute, chronische, nervöse, ansteckende Krankheiten, Vergiftungen etc.

Statistisch konnte M. nachweisen, dass 86% der Frauen ihre Kinder von den ersten Tagen angefangen anstandslos stillen könnten, 4,2% können es nicht tun, 9,4% müssen ausser der Brust auch zur künstlichen Ernährung greifen. Ausserdem gibt es eine sehr grosse Anzahl von Frauen, welche aus sozialen Gründen ihre Kinder nicht stillen können, wie z. B. wenn dieselben entfernt vom Hause arbeiten müssen. Die öffentliche Wohltätigkeit und die Gesetzgebung müssten eingreifen, um hier Abhilfe zu schaffen.

(Thèse de Paris, 1903.)

F. Toff (Braila).

Du traitement spécifique dans les hydrocéphalies. Par E. Chavialle.

Verfasser geht von der Annahme aus, dass, wenn nicht alle, so doch ein gewisser Teil der Wasserköpfe auf hereditärer Syphilis beruhe. Man kann diesen Ursprung, sei es aus der von den Zeugern überstandenen Lues, aus vorausgegangenen Fehlgeburten, oder aus spezifischen Zeichen des Hydrozephalischen herleiten resp. erkennen. Es kann sich entweder um einen teratologischen Hydrozephalus, beruhend auf einer Entwicklungshemmung, oder um einen pathologischen, syphilitischen handeln. In letzterem Falle lokalisieren sich die syphilitischen Laesionen an den choroiden Geflechten, dem Ependym und den optischen gestreiften Kernen. Dieselben können durch eine antisiphilitische Behandlung aufgehalten und auch geheilt werden. Da man aber am Lebenden schwer diese beiden Formen unterscheiden kann, so ist es anzuraten, in jedem Falle eine antisiphilitische Behandlung einzuleiten. Empfehlenswert sind mercurielle Einreibungen und zwar in grossen Dosen, je 2 gr. unguentum napolitanum per Friktion, da die Kinder dieselbe ganz gut vertragen. Die Kinder sollen die Mutterbrust erhalten. Für spätere Schwangerschaften soll eine vorbeugende spezifische Behandlung der Eltern stattfinden.

(Inaugural-Dissert. Paris 1903.)

E. Toff (Braila).

## Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Ichthargan. 1,0—2,0  
 Aq. destill. 100,0  
 DS. zu Pinselungen.  
 Trachom.

Rp.

Ichthyol 1,0  
 Aq. destill.  
 Glyzerin aa. 7,5  
 DS. 3 mal täglich ins Ohr zu  
 träufeln  
 Otitis med. acut. et chron.  
 (Solt.)

Rp.

Ichthyol  
 Aq. destill.  
 Glyzerin aa. 5,0  
 MDS. nach täglicher Ausspritzung  
 mit warmem Kamillentee 4 bis  
 8 Tropfen ins Ohr zu träufeln.  
 Otitis med. purulent.  
 (C. Schütze.)

Rp.

Ichthyol 4,0  
 Vaseline 30,0  
 Mf. ungt DS. zu Einreibungen.  
 Peritonitis tuberculos.  
 (Christiani.)

Rp.

Ichthyol  
 Aq. destillat. aa. 10,0  
 MS. 2—3 mal täglich je einen  
 Tropfen mehr als das Kind  
 Jahre zählt  
 Skrophulosis, abnorme  
 Zersetzungen im Darm.  
 (v. Hoffmann.)

Rp.

Ichthyol  
 Vaseline  
 Lanolin aa. 10,0  
 Mf. ungt. DS. Abends einzureiben  
 und die Nacht hindurch ein-  
 wirken zu lassen.  
 Skrophulöse Anschwel-  
 lung der Nase und der  
 Lippen.  
 (Berturello.)

~~~~~

Kleine Mitteilungen.

Der 5. internationale Dermatologen-Kongress findet v. 12.—17. September d. J. zu Berlin statt. Die 4 aufgestellten offiziellen Themata, für welche eine Anzahl hervorragender Forscher die Referate übernommen haben, sind folgende: 1. Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien. 2. Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane. 3. Die Epitheliome und ihre Behandlung. 4. a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897. b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica. Die Anmeldung von weiteren Vorträgen oder Demonstrationen ist spätestens bis zum 1. Juli d. J. an den Generalsekretär Herrn Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal in Berlin W., Potsdamerstr. 121g zu richten. Ein kurzer Auszug des angemeldeten Vortrags, am besten in Thesenform, ist bis zum 1. Juli einzusenden.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

April 1904.

No. 4. (172.)

Inhalt: Originalien: **Büttner**, Moralisches Irresein (moral insanity). 73. — **Referate:** Bericht über die 16. Sitzung der freien Vereinigung rheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln: **Krautwig**, 1. Traumatische Neurasthenie 78; 2. Laryngospasmus und manifeste Tetanie 78; **Castenholz**, Extrakapsuläre Exstirpation tuberkulöser Abszesse 78; **Heimann**, 1. Demonstration der Organe eines an Miliartuberkulose gestorbenen Säuglings 80; 2. Colondilatation 81; **Selter**, Die Gerüche der Säuglingsfaeces 82. — **Mendelsohn**, Medikamentöse Therapie der Lungentuberkulose und Skrofulose. 82. — **Ker**, Bronchopneumonie als Komplikation von Keuchhusten. 83. — **v. Bókay**, Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum. 84. — **Ratner**, Die Sommerdiarrhöe bei Kindern. 85. — **Döpler**, Angina Vincenti. 86. — **Deguy**, Laryngitis subglottica. 86. — **Fairbanks**, Idiopathischer Hydrops. 87. — **Neter**, Laryngospasmus, Tetanie und Eklampsie. 88. — **Alt**, Fremdkörper im Ohre. 89. — **Grünfeld**, Nafalan. 90. — **Goldmann**, Diätetisch-therapeutischer Wert des Protulin „Roche“. 91. — **Gesundheitspflege:** **Finkelstein** und **Ballin**, Die Waisenhausausglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl. 92. — **Rezensionen:** **Marfan** (übersetzt von Fischl), Handbuch der Säuglingstherapie und der Ernährung im frühen Kindesalter. 94. — **Selfert**, Die Versorgung der Grossstädte mit Kindermilch. Notwendigkeit, Mittel und Wege ihrer Umgestaltung. Teil I: Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Kindermilchversorgung. 94. — **Oppenheimer**, Über natürliche und künstliche Säuglingsernährung. 95. — **Kurze Notizen** aus der Praxis und Wissenschaft. 95. — **Rezeptformeln** für die Kinderpraxis. 96.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Moralisches Irresein (Moral insanity).

Von Georg Büttner (Worms).

Unter dem Ausdruck „psychopathische Minderwertigkeiten“ versteht man alle, „seien es angeborene oder erworbene, den Menschen in seinem Personenleben beeinflussenden, psychischen Regelwidrigkeiten, welche auch in schlimmen Fällen keine geistigen Krankheiten darstellen, welche aber die damit beschwerten Personen auch im günstigsten Falle nicht als im Vollbesitz geistiger Normalität und Leistungsfähigkeit erscheinen lassen.“ Je nach der Physiognomie dieser „psychopathischen Minderwertigkeiten“, d. h. je nach dem Grade der vorhandenen Schädigung unterscheidet Koch drei Arten und er spricht von psychopathischer Disposition, von psychopathischer Belastung und von psychopathischer Degeneration. Die leichteste von allen ist die psychopathische Disposition. Sie stellt sich im wesentlichen als eine für sich erkennbare psychische Zartheit dar, die auf einer angeborenen Minderwertigkeit des Nervensystems beruht. Hierher

gehörige Kinder lassen eine gleichmässige oder nach einzelnen Seiten hin vorhandene, gesteigerte Empfänglichkeit für Eindrücke erkennen. Sie sind schüchtern, weichherzig, empfindlich und leicht verletzbar, aber auch mitleidig. Schon ernster ist die psychopathische Belastung. Koch schreibt darüber: „In der Welt der heranwachsenden Jugend sind es die psychopathisch faulen und schlingelhaften, oder gegenteils zart, gewissenhaften und eifrigen, vielleicht auch viel versprechenden Kinder und Schüler, welche die typische Gestalt der angeborenen, psychopathischen Belastung repräsentieren.“ „Der hervorstechendste Zug belasteter Kinder ist die gesteigerte, psychische Erregbarkeit in bestimmter Richtung. Dieselbe äussert sich als Schreckhaftigkeit, Furchtsamkeit und Empfindlichkeit. Kinder dieser Art kann ein leiser Tadel oder verletzter Ehrgeiz masslos verstimmen.“ Am bedenklichsten natürlich ist die psychopathische Degeneration. Sie kennzeichnet sich dadurch, dass „eine eingewurzelte geistige Schwäche hervortritt.“ Koch unterscheidet dabei auch wieder drei Arten, nämlich die intellektuelle, die moralische und, wenn diese beiden vereint auftreten, die allgemeine. Vielfach fasst man auch die moralische und die allgemeine Degeneration zusammen und spricht von moralischem Schwachsinn im weitesten Sinne des Wortes.

Die moralisch Schwachsinnigen sind grade diejenigen Kinder, welche der Familie und dem Hause unter allen Kindern die schwersten Sorgen bereiten. Sie sind es, die nicht selten eine ehrsame, brave, allgemein geachtete Familie mit Unehre und Schande beflecken. Sie sind es, an denen sich schon mancher Vater, schon manche Mutter, vom Zorne übermannt, vergriffen und unglücklich gemacht hat, da alle versuchten erzieherischen Massnahmen fruchtlos blieben und da sie das Krankhafte nicht erkannten. Ach, wie wird über solches Kind manches harte Wort gesprochen, manches ungerechte Urteil gefällt. Es sagt der Vater, es spricht die Mutter: „Bei dir ist Hopfen und Malz verloren“, „Was ich mit dir noch anfangen soll, ich weiss es nicht“, „Du bringst mich noch ins Grab“, „Du bist mein Tod“ u. dgl. mehr. Wer hätte solche Ausdrücke nicht schon oft genug gehört. Und warum? Man hat meistens das Pathologische nicht erkannt. „Gar mancher Konflikt mit den Eltern wäre erspart geblieben, manche Gerichtsverhandlung wäre nicht auf die Tagesordnung gesetzt worden, manche schlaflose Nacht hätte nicht die Gesundheit erschüttert, und manches voreilige, abfällige, ungerechte und darum kränkende Urteil nicht das Leben verbittert, wenn Schulleiter, Lehrer, Ärzte und Eltern die pathologische Natur des Kindes erkannt hätten.“ Da hilft alles Dazwischenfahren, alles mit Keulen dreinschlagen nichts. Das Kind ist eben und bleibt abnorm veranlagt; es muss als solches behandelt werden und bedarf darum unserer doppelten Aufmerksamkeit. Und da kann, wie kein anderer, grade der Arzt wieder ungemein segensreich wirken, wenn er, nachdem er die krankhafte Veranlagung erkannt hat, Eltern und Lehrer auf das Pathologische aufmerksam macht, vor Missgriffen warnt und entsprechende Massnahmen empfiehlt.

Wohl die Hauptursache des moralischen Irreseins ist sicherlich die erbliche Belastung. Sehen wir einmal näher zu und forschen wir einmal genauer nach, so werden wir wahrscheinlich in vielen Fällen die Feststellung machen können, dass in der Familie Irrsinn, Epilepsie, Idiotie, Trunksucht etc. vorliegen bzw. vorgekommen sind. Hin und wieder gibt

es auch Fälle, bei denen Kopfverletzungen, welche in der Geburt oder in den ersten Lebensjahren stattgefunden haben, die Schuld tragen. Dazu können noch begünstigend wirken schlechte Umgebung, schlechte Erziehung, schlimmes Beispiel Erwachsener. „Die Fälle sind heute keine Seltenheit mehr, dass die Kinder am Hungertuche nagen, während der Vater und zuweilen auch die Mutter den niedersten Leidenschaften fröhnen und dem Wirtshaus „Gut und Blut“ verschreiben. Sie führen ein rein physisches Leben. Unter solch kläglichen Verhältnissen muss selbst das beste Kind körperlich und geistig zu Grunde gehen.“

Wer ein wachsameres Auge hat, kann schon recht frühzeitig Erscheinungen wahrnehmen und Tatsachen feststellen, die auf moralischen Schwachsinn schliessen lassen. Ein solches Kind zeigt schon in frühester Jugend wenig oder gar keine Anhänglichkeit, absolut keine Liebe für die nächste Umgebung. Selbst Eltern und Geschwistern gegenüber ist es indifferent. Ja, es zeigt sich sogar meistens auffallend abstossend, boshaft und rachsüchtig. Ohne jegliche Veranlassung fängt es mit seinen Geschwistern Streit an und hat fortwährend mit ihnen zu hadern. In der rohesten Weise schlägt es sie auf den Rücken, versetzt ihnen Stösse in die Seite, zerrt sie unmenschlich an den Haaren, kratzt und beisst sie, und das alles, ohne dabei das geringste zu empfinden. Es fällt ihm dabei soviel ein als einem anderen Kind, das sein Butterbrot verzehrt. Weinen und Wehklagen erweichen es nicht. Es bleibt kühl bis ans Herz hinan. Ästhetisches Empfinden, Mitleid, Erbarmen sind ihm fremde Begriffe. Im Gegenteil, je mehr es die anderen weinen und wehklagen sieht, desto wohler scheint ihm zu sein. Das macht ihm Spass und Vergnügen. „Die vorhandene sittliche Schwäche gibt sich dadurch zu erkennen, dass es beim Kinde, auch bei der besten Erziehungsmethode, an ethischen Vorstellungen und sittlicher Einsicht fehlt. Es tritt bei ihm eine egoistisch-sinnliche Richtung der Gedanken und Triebe widerlich hervor.“

Ebenso zeigt sich ihre Gefühllosigkeit und ihr total abgestumpftes, sittliches Empfinden dadurch, dass sie Tiere in der grausamsten Weise quälen können, und dass es kaum glaublich ist, wie erfunderisch sie manchmal im Ersinnen neuer Martern sind. Man möchte beinahe sagen, es ist eine Sucht in dieser Beziehung bei ihnen bestehend. Und alles Dazwischenfahren ist zwecklos. Gute Worte, Ermahnungen, Belehrungen, Drohungen, Strafen, selbst die stärksten Züchtigungen, — alles ist erfolglos. Weiter fällt bei ihnen auf, dass sie gerade so auch schon frühzeitig eine wahre Vorliebe für gemeine und obszöne Redensarten haben. Irgend wo auf der Strasse oder sonst wo aufgefangen, nehmen sie fortwährend Veranlassung, diese hässlichen Wörter zu gebrauchen und das mit einer Kaltblütigkeit, dass einem darüber die Haare zu Berge stehen. Und darob zur Rede gestellt, — es ist nutzlos. Man meint, sie würden dabei ein ordentliches Wohlbehagen empfinden. Jedes Wort des Verbotes ist in den Wind gesprochen.

Und dann ihr sonstiges Verhalten. Sie zeigen eine wahre Sucht zu lügen, zu stehlen, Feuer anzulegen, Blut zu sehen, die Sachen anderer zu zerstören, sich herumzutreiben, alles mögliche anzustellen, was sie nur können. Verweist man sie darob, — im selben Moment, — sie tun es wieder. Nicht selten beobachtet man bei ihnen auch Neigung zu geschlechtlichen Verirrungen. Dadurch werden sie in hohem Masse eine Gefahr für

die übrigen Kinder, und ist deshalb für alsbaldige Unterbringung in entsprechende Anstalten zu sorgen. Recht bezeichnend ist ihr ganzes Wesen ausgedrückt, wenn es heisst: „Faul, lügnerisch, naschhaft, diebisch, voll böser, heimtückischer Gedanken, voll versteckter Schadenfreude, voll von Grausamkeit gegen Menschen und Tiere, voll Anmassung, voll geheimer oder offener Auflehnung gegen jede Autorität, stets geneigt, einen boshaften Streich auszuführen und mit Lüge und Heuchelei den Verdacht auf Unschuldige zu lenken, voll höhnischer Freude, wenn es ihnen gelingt, andere zum Bösen zu verführen und Hässlichen zu verleiten, so sind sie eine schwere Last und eine Qual für Schule, Haus und Erziehungsanstalt, eine Gefahr für ihre Mitschüler und Genossen.“ „Sie begegnen jedem, der ihnen entgegentritt, mit Hass und Rachsucht. Dabei können sie in masslosen Zorn ausbrechen und nach einem Messer und dergleichen greifen, zuweilen auch einen verhaltenen Grimm noch nach langer Zeit in ungläublichen Handlungen einer heimtückischen Bosheit entladen.“

Wer nicht weiss, dass „Moral insanity“ vorliegt, verliert oft die Geduld über solche Kinder. Sie sind überaus leicht reizbar, geraten momentan in Wutanfälle und tobsuchtartige Zustände. Dann darf man ihnen sagen, was man will, man darf ihnen befehlen, was man mag, sie tun es nicht. Alles Einreden, alles Vorstellen ist zwecklos. Sind sie in irgend etwas verrannt, dann stürzen sie sich blindlings in die Gefahr und setzen ihren Kopf durch.

Wie eingangs schon gesagt, muss mit dem Gebrechen nicht immer auch intellektuelle Schwäche Hand in Hand gehen. Ja, man hat ab und zu schon Fälle beobachtet, bei denen die Intelligenz weiter keine Defekte aufzuweisen hatte und bei denen möglicherweise das Gedächtnis sogar gut ausgebildet war. Doch liegt weitaus bei den meisten Fällen die Sache so, dass intellektuelle und moralische Defekte neben einander hergehen. Und sollte selbst die Geistesschwäche in früheren Jahren nicht so sehr in die Augen springen und so eklatant zu Tage treten, so wird man doch auffallenderweise in späteren Jahren eine sichtliche Geistesschwäche konstatieren können, insbesondere des Urteilsvermögens. Wenn sie die Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung nachweisen sollen, scheitern sie, sinken oft zu Vagabunden herab und endigen zuletzt in Gefängnissen und Irrenanstalten.

Vielleicht dürfte es nicht uninteressant und nicht unzuweckmässig erscheinen, hier noch das eine oder das andere Beispiel anzuführen.

N. N. ist zwölf Jahre alt. Der Vater ist Alkoholist, die Mutter leidet an Epilepsie. Mit 3 Jahren lernte der Junge erst laufen, hatte häufig Krämpfe, überstand Wassersucht und Nierenkrankheit. Heute noch leidet er an periodischen epileptischen Krämpfen. Kleine Anlage zum Wasserkopf ist vorhanden. Anfangs war der Knabe in einer Normalklasse. Doch hier machte er den Lehrern das Leben sauer. Sie sagten: „Der Junge macht einem die Hölle heiss“. „Der bringt einem zur Verzweiflung“. Oft trieb er sich tagelang in der Stadt umher, ohne heimzugehen und die Schule zu besuchen. Er entwendete, wo immer er nur konnte, Geld, vernaschte es, kaufte Zigaretten, Spielsachen u. dgl. mehr. Erwachsene, ja selbst seine Mutter überhäufte er mit den scheusslichsten Redensarten. Später wurde er, da auch Schwachsinn mässigen Grades festgestellt werden konnte, einer Hilfsklasse überwiesen. Wenn er auch

im Lernen recht leidliche Fortschritte machte, im Rechnen sogar vorzügliche Leistungen zeigte, so gings doch in sittlicher Hinsicht den alten Weg weiter. Nicht selten berauschte er sich auch mit dem entwendeten Geld. Oft bekam er dermassen Wutanfälle, dass er alles zerriss und ins Holz biss. Die andern Kinder necken, seine Geschwister schikanieren, die Tiere in der grausamsten Weise quälen, das war sein Hauptvergnügen. Einmal wollte er auch im Zorne die „ganze Bude“ anstecken, legte sich unter das Bett und steckte Streichhölzer an. Ein andermal wollte er sich aufhängen. Alles Ermahnen, alles Strafen, alle Erziehungsmassregeln, alles war zwecklos. Schliesslich musste er einer Anstalt überwiesen werden.

„N. N. 10 Jahre alt. Mit 3 Jahren hatte er Typhus. Für sein Alter ist er etwas klein, aber stämmig und kräftig. Die ersten epileptischen Anfälle hatte er mit 3 Jahren; sie traten später häufiger auf. Wasserkopf, Ohren vom Kopf abstehend. Physisches Verhalten — mässiger Schwachsinn, hat sogar gefällige Handschrift und machte in allen Teilen verhältnismässig befriedigende Fortschritte. Sonst aber ist er ein überaus schwer erziehbarer Knabe, der sich Ungehorsam, Lügen, Diebstähle, fortwährend zu Schulden kommen lässt. Nachts steht er auf, durchsucht im Schlafsaal die Kleider des Wärters (denn er war in einer Anstalt untergebracht), seiner Kameraden, und entwendete, was ihm unter die Hände kommt. Eines Tages sind in einem grösseren Saale sämtliche an den Enden der Rolladenriemen angebrachten Ringe abgeschnitten und verschwunden. Nach längerem Leugnen schafft er dieselben zum grössten Teil wieder bei. Ebenso weiss er sich den Zugang zu den Dachräumen zu erlisten. Dort entwendet er von sämtlichen Knabenschlitten die Ringe. Ein andermal fehlen an einer Anzahl von Flaschen mit Verschluss die eingelegten Gummiringe. Der Verdacht fällt anfangs auf ein anderes Kind. Es wird gefragt, wer das getan hat, und sofort ruft N. N.: „Ich nicht, ich gewiss nicht.“ Später gesteht er die Missetat ein. Im Garten ist nichts, auch nicht die unreifste Frucht sicher vor ihm. Auf eine Besserung glauben wir verzichten zu müssen. Wir können den Knaben wohl beaufsichtigen, aber nicht erziehen.“ So schreibt Anstalts-Direktor Kölle über einen moralisch schwachsinnigen Knaben.

Wann nun kann man sagen, dass moralischer Schwachsinn vorliegt? Hat man ein Kind, das sich als Ausbund aller Boshaftigkeit zeigt, das einem in jeder Beziehung das Leben sauer macht, bei dem man die ganze Stufenleiter der erzieherischen Massregeln ohne Erfolg angewandt hat, und bei dem vielleicht auch noch verschiedene Degenerationszeichen festzustellen sind, seien sie formaler Art, wie Schädelverbildung, Verbildung von Augen und Ohren, seien sie funktioneller Art, wie Gesichtszucken, Augenzittern, choreatische Zustände, so dürfen wir berechtigterweise annehmen, dass „Moral insanity“ vorliegt, und es muss ohne Verzug, da derartige Kinder eine nicht zu unterschätzende Gefahr für die übrigen sind, dahin gewirkt werden, dass sie sobald als möglich entsprechenden Anstalten überwiesen werden.

Um den moralischen Schwachsinn zu erkennen und festzustellen, um die Eltern davon zu überzeugen und dahin zu bringen, dass die geeigneten Massnahmen getroffen werden, dazu bedarf es des einmütigen Vorgehens von Arzt und Lehrer. Sie beide müssen sich in diesem Falle

helfend die Hände reichen und gegenseitig unterstützen. Denn nur dadurch kann das Kind zweckentsprechend behandelt und die Familie vor schwerem Unglück bewahrt werden. Mithin ist, wie überhaupt das ganze Gebiet der pädagogischen Pathologie, gerade auch das Gebiet von den moralisch Schwachsinnigen ein für Medizin und Pädagogik gleich nutzbringendes, gemeinsames Arbeitsfeld.

~~~~~

## Referate.

### **Bericht über die 16. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln am 7. Februar 1904.**

Krautwig (Köln) demonstriert 1. einen Fall von traumatischer Neurasthenie, Richard U. 9<sup>8</sup>/<sub>4</sub> Jahre alt, machte Ende 1901 das Eisenbahnglück bei B. als Passagier eines der vordersten Wagen des Zuges mit. Er erhielt bei dem Unglück eine heftigen Stoss, ob gerade eine Hirnerschütterung, lässt sich nicht mehr feststellen. Seit dieser Zeit hat der vorher muntere Junge sein Wesen völlig geändert, er ist unruhig, ängstlich, verdrüsslich, Er bleibt nicht allein im Zimmer, öffnet keine Türe. Sein Schlaf ist unruhig, der Appetit sehr wechselnd, die Gesichtsfarbe bald bleich, bald stark gerötet, er schwitzt viel, klagt über Schmerzen in der Herzgegend, im Rücken und in den Beinen. Zu bemerken ist, dass der Vater, der ebenfalls den Eisenbahnunfall mitmachte, seit dieser Zeit schwere nervöse und hypochondrische Veränderungen zeigt, die sich teilweise zu schwerer melancholischer Verstimmung verstärken. Der Junge ist für sein Alter kräftig entwickelt, gut genährt, augenblicklich von blasser Gesichtsfarbe. Die Augen stehen etwas vor, gelegentlich etwas Strabismus convergens auf dem linken Auge, kein Augenzittern, Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall und Konvergenz, Kniereflexe gewöhnlich stark, Andeutung von Romberg, wobei starkes Flackern der Augenlider. Sehr erhöhte Erregbarkeit des N. facialis, kein Zittern der Hände, kein Trousseau, Sensibilität allenthalben ungestört, geistige Funktionen gut. Puls in der Ruhe 96, keine Veränderungen der inneren Organe. Urin ohne Eiweiss und Zucker, aber Polyurie (etwa 2 Liter täglich), Empfindlichkeit der Haut gegen äussere Reize.

Das vorstehende Krankheitsbild kann wohl nur als traumatische Neurasthenie bezeichnet werden. Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: Morbus Basedowii (Zittern der Hände und Struma fehlen) und Hysterie, insofern als das Kind dem überaus nervösen Vater nachgeahmt haben könnte. —

2. einen Fall von Laryngospasmus und manifester Tetanie bei einem einjährigen etwas rhachitischen Mädchen, bei dem die einzelnen Zeichen der Tetanie aufs vollkommenste ausgebildet sind. —

Castenholz (Köln): Über extrakapsuläre Exstirpation tuberkulöser Abszesse.

C. demonstriert eine Anzahl extrakapsulär entfernter tuberkulöser Abszesse der Haut, des subcutanen Fettgewebes und der Muskelfaszien. Er

macht dabei aufmerksam auf die Verschiedenheit des Standpunktes, den der innere Mediziner und der Chirurg einzelnen tuberkulösen Affektionen gegenüber einnehmen. Während der innere Mediziner die ausgesprochenste Phthise niemals zu den bösartigen Erkrankungen rechnen wird, und zwar mit Recht — es fehlen eben der Tuberkulose zur Bösartigkeit wesentliche Momente —, muss sich der Chirurg den dem Messer zugänglichen tuberkulösen Prozessen gegenüber so verhalten, als wenn sie bösartig wären. Den tuberkulösen Prozessen gegenüber, welche in oder unter der Haut, über oder zwischen den Muskeln liegen, hat sich dieses Operationsverfahren auf das Beste bewährt. Die Vorteile, welche es bietet, bestehen ausser der Operation in gesundem Gewebe immer in einiger Entfernung von der Abszesskapsel hauptsächlich in der Abkürzung des Heilverfahrens durch primäre Wundschliessung. Bei exakter Blutstillung ist es in vielen Fällen, namentlich in solchen, in denen die Abszesse nicht sehr gross sind, möglich, ohne Drainierung in wenigen Tagen primäre Wundheilung zu erzielen. Diese schnelle Heilung ist gerade der Tuberkulose gegenüber von grossem Werte, weil erfahrungsgemäss in offen behandelten, post operationem rein sich darstellenden Wunden leicht nach längerer Zeit die Tuberkulose sich wieder ansiedelt. Einen weiteren Fortschritt auf diesem Wege erblickt C. darin, dass er zur Wundschliessung nicht mehr die ganze Dicke der Haut durchdringende Fadennähte anwendet, sondern sich seit einiger Zeit der von verschiedenen Seiten empfohlenen Wundklammerchen bedient, welche sich ihm bei Hautnähten sehr gut bewährt haben.

Zur Diskussion: Selter (Solingen): Woher kommen die tuberkulösen Abszesse? Sie müssen doch wie die Multiplizität beweist, auf dem Wege der Blutbahn verbreitet sein. Ihre Exstirpation würde da möglicherweise etwa sekundäre Herde, nicht den primären entfernen. So erkläre ich mir das Misstrauen der Internisten. Immerhin halte ich die extrakapsuläre Exstirpation für schön und zweckmässig.

Rey (Aachen) erklärt sich mit diesem Verfahren bei leicht zugänglich gelegenen Herden durchaus einverstanden, dagegen wendet er sich gegen die vielfach angewandte Exstirpation jeder gleichviel aus welchen Ursachen geschwollenen Lymphdrüsen. So wurden einem Mädchen, dessen Nackendrüsen infolge Läusekeuzems geschwollen waren, die gesamten angeschwollenen Drüsen aufs sorgfältigste ausgeräumt, die Narbe geht von einem Ohr bis zum andern. Sehr häufig werden die infolge von Entzündungen im Nasenrachenraum oder Mittelohr verdickten Drüsenpakete um den Sternocleidomastoideus unter entstellenden Schnitten entfernt, die nicht beachtete primäre Erkrankung lässt aber mit Hartnäckigkeit immer neue Drüsen anschwellen, die das Glück hatten, dem Chirurgen zuerst zu entgehen. Der lymphatische Apparat ist ein wichtiges Schutzmittel gegen von den verletzten Epitheldecken aus eindringende Infektionsstoffe, welche, falls die Einwanderung der Infektionsstoffe nicht zu lange dauert, auch im Stande ist, diese zu vernichten. Man soll aber anstatt die Drüsen zu exstirpieren und den Körper eines wichtigen Schutzmittels zu berauben, den primären Herd, die Eingangspforte der Infektion, aufsuchen und dort den Hebel ansetzen. Seiner Beobachtung nach sind nicht einmal  $\frac{1}{10}$  der chronischen Lymphadenitiden tuberkulöser Natur. Bei multipler lokaler Tuberkulose der Kinder empfiehlt er ausser der örtlichen chirurgischen Behandlung innerlich reichliche Dosen

Thiocol. Tatsächlich verkäste Drüsen müssen exstirpiert werden, nicht aber hyperplasierte.

Heimann (Solingen): Dass man nicht gegen jede tuberkulöse Lymphdrüse am Halse mit dem Messer vorgehen soll, lehrt ja auch schon v. Bergmann. Auch Heubner will nur unter besonderen Bedingungen ein operatives Eingreifen. Der Nachweis des Weges der Infektion mit Tuberkulose ist unter Umständen schwer zu führen. Es gelingt manchmal erst nach Monaten nachzuweisen, dass ein älteres Familienmitglied der Vermittler der Infektion gewesen ist. Vor Kurzem erlebte er einen Fall, wo ein Säugling an tuberkulöser Meningitis starb, dessen Vater völlig gesund schien, aber einige Monate später an einer Hämoptoë erkrankte. —

Darauf demonstriert Heimann die frischen Organe eines sehr stark abgemagerten Säuglings, dessen Mutter an Phthise der Lungen leidet. Er war seit November krank und bot die ganze Zeit hindurch Erscheinungen von seiten des Respirationsapparates. Zuerst waren es die oberen Luftwege mit Einschluss der Paukenhöhle, später die feineren Bronchien und der rechte Oberlappen, die eine krankhafte Veränderung erkennen liessen. Tuberkelbazillen wurden im Sekrete der oberen Luftwege nie nachgewiesen. Das Kind war abgesehen von einer kurzen Periode im Dezember fieberfrei, wurde zuerst von der Mutter gestillt bis zu dem Momente, wo die Tuberkulose dieser festgestellt wurde. Im Dezember erkrankte es an Varizellen, als deren Residuen wie mit dem Locheisen ausgehauene Hautgeschwüre übrig blieben, ausserdem bestand Opisthotonus, der am Schluss der Varizellenerkrankung noch zunahm. Bei der Sektion fanden sich miliare Tuberkel in allen Organen. Schädelsektion konnte nicht gemacht werden, die zervikalen und bronchialen Lymphdrüsen waren in ausgedehnter Weise verkäst, beginnende Verkäsung der mesenterialen Lymphdrüsen. Oberlappen der r. Lunge zeigt Kollapsinduration, Bronchitis besonders stark im l. Oberlappen. Im Dünndarm ein frisches tuberkulöses Geschwür.

Das Präparat wird mit Rücksicht auf die von v. Behring angeschnittene Frage der Säuglingstuberkulose demonstriert. H. hat in fast allen Fällen dieser Erkrankung einen Herd in der Familie feststellen können.

Zur Diskussion bemerkt Weyl (Düsseldorf): Die Differentialdiagnose zwischen der Tuberkulose der Lungenspitzen und der chronischen Spitzepneumonie bietet grosse Schwierigkeiten. Trotz der klimisch fast gleichen Erscheinungen ist die Prognose sehr verschieden.

Bloch (Köln) möchte der Behring'schen Theorie, was die Fütterungstuberkulose der Säuglinge betrifft, entschieden entgegenzutreten, einmal weil die Tuberkulose im ersten Lebensjahre auf dem Sektionstische überhaupt verhältnismässig nicht so häufig ist, als man vermutete, sodann weil gerade die Mesenterialdrüsen und der Darm (abgesehen von Miliartuberkeln) nur in seltenen Fällen primär erkrankt sind. Ich glaube, dass wir durch die Behring'sche Theorie leicht abgelenkt werden und auf die Ansteckungsgefahr durch die Erwachsenen (Einatmung, Küssen, Unreinlichkeit, Nähren, d. Ref.) weniger achten, als dies nötig ist. Schwellung der Mesenterialdrüsen kommt bei jedem schweren Darmkatarrh vor, und es bleibt sogar leicht eine solche Schwellung vereinzelter Drüsen länger bestehen und kann leicht zur falschen Diagnose führen.

Ungar (Bonn) weist darauf hin, dass das Fehlen von Veränderungen am Darm noch nicht gegen die Berechtigung der Annahme spricht, die Tuber-

kulose habe im Verdauungstraktus eine Eingangspforte gefunden. Er weist auf das Krankheitsbild der den alten Ärzten geläufigen *Tabes meseraica* hin. Der Ort der grössten Veränderungen braucht noch nicht derjenige zu sein, in deren Nachbarschaft die Tuberkulose eingedrungen sei. Wenn auch die Behring'sche Theorie nicht als unbedingt richtig angesehen werden könnte, so sei doch mit der Tatsache, dass der Verdauungstraktus häufiger die Eingangspforte der Tuberkulose bilde, als man bis jetzt anzunehmen geneigt sei, zu rechnen; auch seien Mesenterialtuberkulose und Peritonitis tuberkulosa nicht identische Begriffe. Man müsse der Tuberkulose der Mesenterialdrüsen wieder grössere Aufmerksamkeit schenken.

Castenholz schliesst sich der Auffassung von Ungar an. Wir dürfen die Angabe v. Behrings nicht ohne Weiteres ablehnen. Die Mesenterialdrüsen sind sehr widerstandsfähig gegen die Tuberkulose. Man findet bei Sektionen selten verkäste Mesenterialdrüsen, wenn dieselben auch stark angeschwollen gefunden werden. Das Eindringen der Tuberkelbazillen in den kindlichen Organismus findet allerdings sicher nicht nur auf diesem Wege statt, sondern die Respirationswege sind dabei auch in hervorragendem Masse beteiligt. Aber bei der Widerstandskraft, welche der Darm und die Mesenterialdrüsen der Tuberkulose entgegensetzen, ist es doch anzunehmen, dass die Bazillen mit der Nahrung eingeführt diese Organe nur passieren und sich in Organen ansiedeln, in welche sie durch die Blutbahn gelangen und in welchen sie einen besseren Nährboden finden.

Rey: Seiner Beobachtung nach ist der Säugling gegen Tuberkelinfektion sehr empfindlich und führt diese Infektion in verhältnismässig kurzer Zeit zu Miliartuberkulose unter dem klinischen Bilde der Basilar meningitis. Die frühzeitige Diagnose bietet enorme Schwierigkeiten und gelingt nur selten. Eine beim Kinde häufige Eingangspforte des Tuberkelgiftes sind die Affektionen der Haut, jede Pustel, zumal aber das Säuglingsekzem, von dem es im Volke sogar bekannt ist, das die daran leidenden Kinder häufig an „inneren Drüsen“ zu Grunde gehen. Die Behring'sche Theorie ist eine Theorie und wird nicht lange leben; vielleicht bringt sie uns wenigstens das Gute, dass der Milchproduktion und deren gesundheitswidrigen Zuständen etwas wirksamere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Im übrigen glaubt R., dass die Eingangspforte der Tuberkel nur ausnahmsweise im Darmtraktus zu suchen ist. Die Tuberkulose kommt bei der Säuglingssterblichkeit den anderen Krankheiten, speziell den Verdauungsstörungen gegenüber kaum in betracht.

Selter: Das Bild des Heimann'schen Falles ist der Typ der Säuglingstuberkulose der Hals- und Bronchialdrüsen. Hierbei finden wir fast überall eine Infektionsquelle in der Familie. — Das 2te Bild, das Ungar skizzierte, ist das seltenere, aber darum nicht weniger wichtig; hier kann der Darm die Eintrittspforte im Behring'schen Sinne sein. Das bestätigen auch die Rey'schen Fälle, dass die Infektionsquelle in der Umgebung der Säuglinge liegt und nicht durch die Milch, sondern häufiger durch Inhalation und Kontaktinfektion acquiriert wird. —

Heimann demonstriert den bis zur Flexura coli sinistr. stark erweiterten und in einer Wandung verdickten Dickdarm und ebenso veränderten letzten Abschnitt des Ileums eines 10-wöchentlichen Säuglings. Klinisch fand sich eine direkt nach der Geburt einsetzende Obstipation, die sich

periodisch bis zu Ileuserscheinungen steigerte. Einem solchen Anfall erlag der Säugling. Im Anschluss an den Fall erörtert H. die Pathologie und Aetiologie der Colondilatation und glaubt seinen Fall als Beweis für die Möglichkeit des Vorkommens einer angeborenen Kolondilatation hinstellen zu können. —

Selter: Die Gerüche der Säuglingsfaeces. S. zeigt nach einleitenden Bemerkungen über die Mangelhaftigkeit bzw. mangelhafte Ausbildung der menschlichen Geruchsorgane und nach einer kurzen Darlegung des Chemismus der Säuglingsverdauung, dass wir in der Lage sind, bestimmte Störungen in den Verdauungsvorgängen aus dem Auftreten der jeweiligen für die Nase wahrnehmbaren Stoffe zu diagnostizieren, oder wenigstens dem Gang der weiteren Faecesuntersuchung eine bestimmte Richtung anzuweisen. (Der Vortag erscheint in extenso).

R e y (Aachen).

**Weiteres zur medikamentösen Therapie der Lungentuberkulose und der Skrofulose.** Von M. Mendelsohn. (Dtsch. Ärzte-Ztg. Nr. 2 1904.)

Verf. hat das Thiokol nicht nur bei der Tuberkulose, sondern namentlich auch bei der Skrofulose systematisch verabfolgt. Skrofulöse Kinder sind in einer Poliklinik eine häufige Erscheinung; unter Verf.'s Kranken sind die Herzkranken die bei weitem häufigsten; das nächstumfassende Kontingent stellen die Lungenkranken; hinter diesen beiden grossen Gruppen treten alle anderen Erkrankungen, welche zum Gebiete der inneren Medizin gehören und noch nicht von spezialistischer Seite ihr entrissen worden sind, an Zahl erheblich zurück. Diese herzkranken oder schwindsüchtigen Eltern, die häufig in den bedrücktesten Verhältnissen leben, haben gewöhnlich viele und skrofulöse Kinder; und wo die Eltern in Behandlung stehen, da führen sie auch ihre Kinder hin. So ist das Material an Skrofulose, welches Verf. zu sehen bekommt, nicht unerheblich; und gerade die besondere Art der Wirkung, welche das Thiokol bei der Tuberkulose entfaltet, gerade der Umstand, dass es kein „Spezifikum“, kein „Bakterizidum“ ist, veranlasste ihn, es auch bei Skrofulose in Anwendung zu ziehen.

Sehr gefördert wurde diese Verabreichung bei Kindern durch diejenigen Eigenschaften des Thiokols, welche ja auch in der Tuberkulose-Therapie für diesen Arzneikörper den so grossen Fortschritt gegenüber dem Kreosot bedeuten: die vollkommene Geruchlosigkeit und der nicht unangenehme Geschmack. Wie bekannt, ist das Thiokol von leicht bitterem, durchaus nicht unangenehmem Geschmack; störende Erscheinungen, wie Aufstossen, Übelkeit, schlechter Geschmack im Munde treten danach niemals auf; es wird ausnahmslos gut vertragen. Seine mit der chemischen Reinheit des Arzneikörpers zusammenhängende völlige Wasserlöslichkeit, durch die allein schon es vor dem Kreosot und dem Guajakol einen so grossen Vorsprung gewinnt, lässt es in jeder Form und mit jedem Zusatz zur Verwendung bringen; die als „Sirolin“ bekannte Mixtur ist ein sehr wohlschmeckender, auch von Kindern gern genommener Trank, und wo ihr allerdings nicht gerade geringfügiger Preis der ausgedehnten Verwendung entgegensteht, lässt sich das Medikament durch mannigfache Kombinationen zu wohlschmeckenden und auch von Kindern gern zu nehmenden Arzneien lösen und mischen.

Eine weitere Eigenschaft, die es für das Kindesalter vor anderen Medikamenten derart geeignet macht, ist die völlige Reizlosigkeit des Thiokols. Während Kreosot und Guajakol unter Umständen erhebliche lokale Ätzwirkungen haben und darum nur in starker und sorgfältig bemessener Verdünnung zur Anwendung gelangen können, wobei wiederum ihre Wasserunlöslichkeit hindernd in den Weg tritt, kann das Thiokol, wenn es sein müsste, selbst in starken Lösungen dem Körper einverleibt werden, ohne Reizwirkungen auszulösen. Auch bei Kindern kommt es niemals zu einer Gastro-Enteritis, wie sie ja beim Kreosot und auch beim Guajakol oft in die Erscheinung treten; damit hat das Thiokol, das orthosulfogajakolsaure Kalium, alle die ungünstigen, hindernden Nebenwirkungen des Guajakols abgestreift, und Verf. kann jetzt auf Grund einer noch ausgedehnteren Erfahrung als bei Abfassung eines früheren Aufsatzes sagen: „dass wir in ihm nunmehr in der Tat ein Heilmittel besitzen, welches alle therapeutischen Wirkungen des Kreosots und des Guajakols ausübt, ohne deren ungünstige Eigenschaften mit ihnen zu teilen“. Vor allem ist es ungiftig; gerade in der Kinderpraxis ist das ja eine Eigenschaft von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Das Thiokol ist ein ausgesprochenes Stomachikum; je länger man es anwendet, desto deutlicher zeigt sich das. Verf. kann nur immer wieder bestätigen, was er schon früher ausgesprochen: auch in denjenigen Krankheitsfällen, in denen der Verlauf der Lungenerkrankung durch das Medikament nicht ersichtlich beeinflusst wird, wirkt es doch fast immer günstig auf den Appetit und auf das Allgemeinbefinden ein. So erklärt sich auch die vorteilhafte Einwirkung bei der Skrofulose. Kinder, die nicht essen wollten, bekamen unter der steten Darreichung des Medikaments Appetit und damit Körpergewichtszunahme und bessere, frische Farben, gerade als hätten sie ein „echtes Stomachikum“ genommen; und diese Zunahmen waren hier tatsächliche Verbesserungen der Blutmischung, Ansatz lebenswichtiger Körpersubstanz, nicht Anhäufung von Fettballast, wie ihn die kritiklose „Fütterungstherapie“ erzeugt, bei welcher jedes Pfund erzielter Gewichtszunahme als ein grosser therapeutischer Erfolg erachtet zu werden pflegt, während er tatsächlich für den Krankheitszustand und die Aussichten der Heilung so gut wie gar keine Bedeutung hat.

**The open-air treatment of broncho-pneumonia complicating whooping cough.** Von Cl. B. Ker. (Scott. med. and surg. journ. 1904, Jan.)

Die Hauptursache der Todesfälle bei Keuchhusten in Edinburgh bildet unzweifelhaft wie an anderen Orten die Bronchopneumonie. An Konvulsionen verschiedener Ursachen, Blutungen der Hirnoberfläche, Sinusthrombose oder Meningitis sterben die Kinder nur in geringer Anzahl. Die Hauptsache also, um die Mortalität herabzusetzen, liegt in der Bekämpfung der Bronchopneumonie. Als bestes Mittel hiergegen hat K. die Freiluftbehandlung erkannt, welche er zuerst unter bescheidenen Verhältnissen zur Durchführung brachte. Die Kinder wurden tagsüber, wenn es nicht regnete, mindestens 6 Stunden im Freien an einem geschützten Platze ausserhalb der Keuchhustengebiete gehalten. Er wählte zuerst die schlechtesten Fälle aus und konnte selbst bei hoffnungs-



losen Fällen nicht schlechte Resultate verzeichnen, sogar in einigen recht erhebliche Besserungen, Ja, er fand, dass gerade die Kinder mit Bronchopneumonie am besten beeinflusst wurden. Die Hauptkontraindikation bildet Laryngitis. Kinder mit Krämpfen wurden nur im Zimmer behandelt, wenn heisse Bäder erforderlich wurden. Selten war dies für ein bis zwei Tage notwendig. Natürlich wurden die Kinder warm gekleidet und vor allem die Brust durch Wolle geschützt. Gegen Wind schützten aufgestellte Schutzwände. Die Hauptwirkungen dieser Behandlung waren folgende: Die Hustenanfälle wurden in Zahl und Heftigkeit nicht beeinflusst. Ein günstiger Effekt auf die Infektion selbst wurde also nicht erzielt. Mit Heisshunger verzehrten die Kinder ihre Mahlzeiten. Der allgemeine Kräftezustand wurde gebessert. Sie schliefen sehr viel besser. Wenn sie bei schlechtem Wetter im Zimmer gehalten werden mussten, verloren sie alsbald den Appetit wieder und ebenso den Schlaf. Konvulsionen wurden nicht merklich herabgemindert. Indes wurde der ganze nervöse Tonus der Kinder besser. Sie waren weniger reizbar und konnten leichter beschäftigt werden. Die Temperatur wurde nicht in dem Masse beeinflusst, als Verf. erwartet hatte. Doch zeigte sich vom ersten Tage an eine ständige Besserung aller Symptome in allmählicher Steigerung: Temperatur und Respiration wurden erheblich heruntersetzt, die Cyanose nahm ab. Sehr wertvoll war die vollständige Ruhe. Jedenfalls wurde die Bronchopneumonie mit Ausnahme von einem Falle, in welchem sich erst nach der Aufnahme die Bronchopneumonie entwickelte, und mehreren Rückfällen während der Rekonvaleszenz sehr günstig beeinflusst. Auch tuberkulöse Patienten besserten sich. Was die Mortalität betrifft, so gelang es durch ausgedehntere Behandlung in dieser Weise die Sterblichkeit der Bronchopneumoniekranken ganz wesentlich mehr als um die Hälfte herabzusetzen.

v. Boltenstern (Leipzig).

**Meine Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum.** Von J. v. Bókay. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 1, 1904. Neue Ther. Nr. 2, 1904.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 12 mit dem Serum behandelte Scharlachfälle. Bei den Versuchen wurden insgesamt 2150 cm<sup>3</sup> Serum verbraucht, die kleinste Einzeldosis betrug 100, die grösste 200 cm<sup>3</sup>. Bei zwei Fällen wurde die Injektion nach Ablauf von 24 Stunden wiederholt. Nach der Einspritzung wurde eine ausserordentlich günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens konstatiert, besonders auffallend war das rasche Schwinden schwerer Gehirnerscheinungen bereits am zweiten Tage nach der Injektion, und zwar in der Regel dann, wenn nach den ersten 24 Stunden auch ein bedeutender Fieberabfall erfolgte. Auffallend war der Einfluss des Serums auf das sich entwickelnde bzw. bereits entwickelte Exanthem. Das blühende Exanthem blasste rasch ab, auch wurde der Charakter des Ausschlages beeinflusst. Am deutlichsten war der Rückgang der in hohem Grade fieberhaften Temperatur, welcher 24 Stunden nach der Einspritzung erfolgte und zwischen 3,4<sup>0</sup> und 0,9<sup>0</sup> C. variierte. In einigen Fällen war der Fieberabfall ein direkt kritischer. Parallel mit dem Fiebrerückgang wurde Verminderung der Pulsfrequenz und Verbesserung der Pulsqualität beobachtet. Der Verlauf der Rachennekrose wurde durch die Injektionen in günstigem Sinne beeinflusst. Von

Nebenwirkungen wurde in einem Falle Abszessbildung an der Injektionsstelle beobachtet, dagegen liess sich keinerlei schädliche Wirkung der Einspritzungen auf die Nerven nachweisen. Serumexanthem wurde bei 7 Fällen (= 58%) beobachtet, während Moser dasselbe bei 75% der Fälle konstatieren konnte. Am häufigsten bot der Ausschlag das Bild der Urticaria oder das des Erythema exsudativum multiforme, doch wurde auch rubeola- und scharlachartiges Exanthem beobachtet. Im ganzen war der Eindruck der Wirksamkeit des polyvalenten Streptokokkenserums ein günstiger, zu weiteren Versuchen aufmunternder.

### Die Sommerdiarrhöe bei Kindern und ihre Behandlung. Von L. Ratner. (Dtsch. Mediz.-Ztg. Nr. 70 1903.)

Die Hauptpunkte seiner Abhandlung fasst R. folgendermassen zusammen:

1. Sommerdiarrhöe ist nicht schwierig zu behandeln, vorausgesetzt, dass wir nicht vergessen, unseren gesunden Menschenverstand heranzuziehen.
2. Das beste Ersatzmittel für Muttermilch ist richtig behandelte Kuhmilch.
3. Wo der Magen sehr reizbar ist, soll man ihm 12 bis 36 Stunden jegliche Nahrung vorenthalten.
4. Die medikamentöse Behandlung hat mit der gründlichen Reinigung des Magens und der Gedärme zu beginnen; zu diesem Zweck ist Rizinus, rein oder in Emulsion das beste; auch kleine Gaben von Kalomel sind gut.
5. Das beste und unschädlichste Darmadstringens für Kinder ist Tannalbin und das mildeste, sicherste, und zugleich wirksamste Antifermentativum ist Ichthalbin. In diesen beiden Mitteln besitzen wir sehr wertvolle Bereicherungen unseres Arzneischatzes. Folgende Kombinationen, in denen die beiden Mittel verschrieben werden können, sind empfehlenswert:

Rp.: Tannalbin. (Knoll) . . . 8,0  
 Ichthalbin. (Knoll) . . . 3,5  
 Pulvis Cinnamom. . . . 0,5  
 Div. in pulv. No. XXIV.

S. 1—2 Pulver, 2—3mal täglich je nach Alter.

Rp.: Tannalbin. (Knoll) . . . 4,0  
 Bism. subnitr. . . . 3,0  
 Magnes. ust. . . . . 5,0  
 Div. in pulv. No. XII.

S. 1 Pulver alle 3 Stunden.

Rp.: Tannalbin. (Knoll) . . . 1,5  
 Ichthalbin. (Knoll) . . . 0,7  
 Decoct. amyli . . . 0,5 : 50,0  
 Tinct. Opii simpl. gtt. III,  
 M.D. ad vitr.

S. Zum Klystier. Vor Gebrauch zu schütteln.

6. Nach der gründlichen Ausräumung des Darmkanals ist Opium in kleinen, sorgfältig abgemessenen Gaben häufig von grossem Nutzen. (Mit

grosser Vorsicht, am besten gar nicht im frühen Kindesalter anzuwenden! Red.)

7. Bezüglich der Antipyrese sollten Waschungen mit kaltem oder lauwarmem Wasser jeder antipyretischen Arznei vorgezogen werden.

**Angina Vincenti.** Von Ch. Döpler. (Gaz. des Hôpit. Nr. 53, 1902. Nach einem Referat d. Arch. f. Kinderheilkunde.)

Der Angina Vincenti begegnet man in der deutschen Fachliteratur selten. Verf. unterscheidet eine Angina diphtheroid. und eine Angina ulzero-membran. als 2 Stadien eines und desselben Prozesses. Bei der ersteren bildet sich, meist einseitig, auf der Tonsille, oft auf Gaumenbögen und Gaumensegel übergreifend, eine 1—2 mm dicke grauweiße Pseudomembran, nach deren Entfernung eine leicht blutende Erosion zu Tage tritt. Steigerung der Speichelabsonderung, übelriechender Atem, Schwellung der Submaxillardrüsen ohne Tendenz zur Vereiterung. In diesem Stadium kann die Erkrankung bei geeigneter Behandlung rasch zur Abheilung gelangen. In anderen Fällen resultiert aus ihr durch Tiefergreifen der Nekrose und Ausbildung eines mit nekrotischen Massen bedeckten Geschwüres im Laufe von 2—3 Tagen die Angina pseudo-membran. Die Gesamtdauer der Erkrankung ist im Mittel 14 Tage, doch sind Fälle von 30 bis zu 70 Tagen, bei mangelnder Behandlung sogar von 6 Monaten Dauer beobachtet. Als leicht verlaufende, meist am 5.—6. Tage einsetzende Komplikationen werden Erythem und Arthralgien erwähnt. Doch kommen sie seltener vor, und auch die vereinzelt Fälle von Myocarditis, Pneumonie und Albuminurie sind von Sekundärinfektionen abhängig zu denken. — Als Erreger der Krankheit sieht Verf. den Bacill. fusiformis, allein oder in Symbiose mit einer Spirillenart an, beide sind aber bisher in Reinkultur noch nicht gezüchtet. Die Spirille scheint an der Bildung des Geschwüres, etwa durch Begünstigung der Wucherung des Bacill. fusif. wesentlichen Anteil zu haben, denn je reichlicher sie vorhanden, desto beträchtlicher ist der Substanzverlust auf der Tonsille und um so stärker tritt der fötide Atemgeruch auf. — Als wirksamste Behandlungsweise wird Betupfen resp. Einreiben mit Jodtinktur empfohlen, von anderer Seite die Anwendung von Chromsäure oder die Einstäubung mit chemisch reinem Methylenpulver gelobt.

**Laryngitis subglottica.** Von M. Deguy. (Rev. mens. des malad. de l'enf. 1903. Nach einem Ref. d. Arch. f. Kinderhlkde.)

Die Laryngitis subglottica entsteht gern bei akuten Exanthemen, besonders den Masern, der Diphtherie, typhösen oder tuberkulösen Affektionen; sie zeichnet sich durch starke entzündliche ödematöse Schwellung der unter den Stimmbändern befindlichen Teile aus, so dass eine Intubation meist erfolglos ist, ohne dass das Rohr durch Kruppmembranen verstopft oder am Eindringen verhindert sei. Die Intubation steigert sogar das Ödem, dieses befördert wieder die Tube leicht hinaus; vor allem aber wird, falls die Tube zum Liegenbleiben gebracht wird, durch das untere Ende derselben in dem kranken Gewebe sehr leicht Ulzeration veranlasst, deren erste Ankündigung in der Schwarzverfärbung des Endes besteht. Dann vernarbt später die Stelle, früher oder später wird die Tracheotomie dringend, die Trachealkanüle aber wird sehr schwer entfernbar, eine

Heilung ist meist nur durch Erweiterung oder Exzision der Narbe zu erwarten. Schnellere Spontanheilungen der Laryngit. subgl. sind nicht selten. Die Kongestion und entzündliche Schwellung führt D. auf Beteiligung der vasomotorischen Nerven an der Intoxikation zurück; auch die Lähmung der Muskulatur zieht er in Betracht; in den Vordergrund stellt er eine reflektorische Asphyxie, die, durch Reizung der Endigungen des nerv. laryng. veranlasst, die plötzliche Dyspnoe hervorruft, wie sie oft auch bei einfacher Intubation zu beobachten ist; sogar die Entfernung der Kanüle kann den Reflex verursachen.

**Idiopathischer oder essentieller Hydrops im Kindesalter.** Von A. W. Fairbanks. (American Journal of medical sciences. September 1903.)

Während des Sommers 1902 gelangten im Boston Floating-Kinderhospital eine Anzahl ihrem Wesen nach unerklärlicher Fälle von Ödem zur Beobachtung des Verfassers, Krankheitszustände, die in der gangbaren Literatur eine Berücksichtigung nicht finden. Das charakteristische Kennzeichen dieser Zustände besteht in dem Auftreten von Ödem in einem oder mehreren Teilen des Körpers ohne Albuminurie oder Zeichen von Absetzungen in den Nieren oder organischer Erkrankung sonstiger Organe. Die Affektion kann in jedem Alter des Kindes vorkommen, ist aber nicht nur auf dieses beschränkt. Sie wird beobachtet bei Kindern, die zuvor oder während ihres Vorkommens im übrigen gesund sind, oder sie wird bei zuvor oder nachher gesunden Kindern von Symptomen begleitet, die mehr oder weniger eigenartig sind, oder endlich sie kommt vor sogleich nach einer vorhergehenden, begleitenden oder kurze Zeit nachfolgenden Krankheit. Der Verlauf kann akut, subakut oder chronisch sein im Anbeginn oder im Weiteren

In 25 % wurde Anämie, in 43 % gastrische oder enterische Störung, gewöhnlich Diarrhöe, in 15 % hochgradige Abmagerung festgestellt. In 15 % war die Temperatur anormal. Urticaria wurde in etwa 7 %, Purpura in 4 % gesehen.

Was die Mortalität betrifft, so betrug diese im Alter von zwei Jahren 34 %, was nicht hoch, wenn man die hohe Sterblichkeit in diesem Alter überhaupt berücksichtigt. Die Mortalität im Alter über zwei Jahren betrug nur 4 %.

Im Jahr 1882 beschrieb Quincke unter dem Namen „akutes circumskriptes Ödem der Haut“ eine Affektion, welche er als eine Angioneurose betrachtete, mit folgendem Charakter: ödematöse Schwellung der Haut und subkutanen Gewebe, sich über verschiedene Bezirke gleichzeitig erstreckend, ihr Maximum innerhalb weniger Stunden erreichend, nach einer durchschnittlichen Dauer von einem Tag wieder verschwindend, selten begleitet von einer Störung des Allgemeinbefindens. Diese Beschreibung Quinckes passt auf die in Betracht kommende Affektion. Wenn wir aber im übrigen die Literatur durchforschen, so finden wir eine ungemein grosse Verwirrung insbesondere in bezug auf die Ätiologie und was die prädisponierenden und direkten Ursachen betrifft. F. glaubt, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle diese Affektion vom Sympathikus ihren Ursprung nimmt und ihre Wirkung auf reflektorischem

Wege durch die Endzweige der Gefässwände äussert. Diese existierende Ursache vermag schon unter normalen Bedingungen die Affektion zu Stande zu bringen, noch mehr unter prädisponierenden Momenten, Anämie, Marasmus, Heredität. Als direkte ätiologische Momente können wir toxische, chemische, Diätfehler, Temperaturunterschiede, Trauma, peripherische Reize betrachten. Urticaria und andere Hautkrankheiten sind nur als Begleiterscheinungen anzusehen, als Folgen des Ödems, nicht als Ursache. Dass eine grosse Reizbarkeit des Nervensystems besteht, ergibt sich schon aus den prädisponierenden Momenten, Anämie, Marasmus und verwandten Zustände geringer Vitalität. Es ist begreiflich, dass, wenn das sympathische Nervensystem in einem solchen Zustand von unstem Equilibrium verharrt, jeder Anreiz, sei er peripheren oder zentralen, äusseren oder inneren Ursprungs, hinreicht, um das Gleichgewicht aufzuheben. In der Tat sind solche Störungen des Gleichgewichts und ihr Ausgang in der Produktion von Reflexerscheinungen in der Kindheit Gegenstand der allgemeinen Erfahrung.

Die Affektion ist wahrscheinlich immer sekundär, in dem Sinne, dass sie durch einen exzitierenden Faktor veranlasst, oft durch angeborene oder erworbene Prädisposition begünstigt wird. Sie ist idiopathisch oder essentiell nur in dem Sinn, dass sie nicht durch eine Krankheit organischer Natur verursacht wird.

K ü h n e r (Koburg).

### **Zur Pathogenese und Therapie des Laryngospasmus, der Tetanie und Eklampsie.** Von Eugen Neter. (Wien. klin.-ther. Wchschr. 1904, 3.)

In der Kuhmilch ist ein Moment gegeben, welches Tetanie und verwandte Zustände auszulösen imstande ist. Doch kann die Kuhmilch selbst oder allein nicht die Ursache sein. Denn die meisten Kinder werden künstlich ernährt, ohne an Tetanie zu erkranken. Es scheint vielmehr beim normalen Säugling der Funktion jener Organe, welche den intermediären Stoffwechsel regulieren, zu gelingen, die Kuhmilch in einer für den Körper unschädlichen Weise zu assimilieren, sei es nun, dass das Entstehen giftiger autointoxikatorischer Stoffe verhindert wird, oder dass die etwa gebildeten gebunden werden. Die Disposition tetaniekranker Kinder, auf den in der Kuhmilchnahrung gelegenen Reiz mit einer elektrischen Übererregbarkeit zu antworten, kann vielleicht durch den Ausfall der Funktion eines Organes bedingt sein. Nach Analogie der bei Erwachsenen nach Entfernung der Schilddrüse beobachteten Tetanie kann auch bei Kindern eine Funktionsstörung der Thyreoidea vermutet werden. Man könnte auch bei Kindern anatomische Veränderungen erwarten. Nun lenken die Sektionen die Aufmerksamkeit auf die Thymus als auf das Organ, dessen Funktionsstörung die Erscheinungen der Tetanie und des Laryngospasmus vielleicht verursacht. Die grosse Abhängigkeit der Thymus vom allgemeinen Ernährungszustand würde bei tetanischen Kindern eine der Kachexie entsprechende Atrophie der Thymus voraussetzen lassen, welche das Organ gerade während der Periode der höchsten Entwicklung treffe. Sie würde leicht zu einer Funktionsstörung führen, durch welche entweder pathologische Stoffe in das Blut gelangen oder durch mangelhafte innere Sekretion abnorme intermediäre Stoffwechselprodukte entstehen bzw. normale nicht genügend paralytisch werden. Indes finden

sich bei Laryngospasmus und Eklampsie gerade gut genährter Kinder, ein status thymicus, eine Vergrösserung der Thymus. Diese aber spricht nach Analogie der Thyreoidea nicht gegen eine Funktionsstörung.

Therapeutisch muss als oberster Grundsatz gelten, bei allen Krämpfen auf tetanoider Basis sofort die Schädlichkeiten fernzuhalten, welche geeignet sind, als Reiz auf das abnorm leicht erregbare Nervensystem zu wirken und so Krämpfe auszulösen, sofort die Kuhmilch auszusetzen. Vorsichtig und ganz allmählich darf erst zur Kuhmilchernährung übergegangen werden. Während der ganzen Behandlungsdauer empfiehlt es sich, trotzdem die Rolle welche ihm bei diesen Affektionen zukommt, noch ganz unbekannt ist, Phosphorlebertran zu reichen.

v. Boltens Stern (Leipzig).

### **Fremdkörper im Ohre.** Von Ferdinand Alt. (Med. Rundsch. Nr. 2, 1904.)

Der Otiater hat nur selten Gelegenheit, Fremdkörper im Ohre zu beobachten, bei welchen nicht vorher von unberufener Seite Extraktionsversuche ausgeführt wurden. Die meisten Fremdkörper im Gehörgange betreffen Kinder. Hat ein Kind einen Fremdkörper im Ohre, so wird zunächst von den Angehörigen mit Haarnadeln, Zündhölzchen und ähnlichen Dingen versucht, den Fremdkörper zu entfernen. Es ist klar, dass diese Manipulationen ausreichen, um den im knorpeligen Teil des Gehörganges steckenden Fremdkörper in den knöchernen Teil des Gehörganges, eventuell bis in die Trommelhöhle zu drängen. Dass hierbei gleichzeitig Verletzungen des Gehörganges gesetzt werden, ist selbstverständlich. Wenn das Kind, durch diesen Vorgang höchlichst irritiert, zu lebhaften ~~Abwehrbewegungen~~ Bewegungen ausführt, glauben die Angehörigen den Zeitpunkt für gekommen, das Kind dem Arzte zu überantworten. Die Einrichtung unserer Universitätsstudien bringt es mit sich, dass es eine relativ grosse Anzahl otiatrisch nicht geschulter Ärzte gibt. Ohne den Gehörgang entsprechend zu beleuchten, greift der ohrenärztlich nicht geschulte Arzt instinktiv zur Pinzette, mit der es nie gelingen kann, einen das Lumen des Gehörganges ausfüllenden Fremdkörper zu entfernen, da die Branchen der Pinzette nicht Raum finden, zwischen Gehörgangswand und Fremdkörper vorgeschoben zu werden, so dass die Einführung der Pinzette einzig und allein ein weiteres Vordrängen des Fremdkörpers über den Isthmus hinaus, ja mitunter, bei besonders energischer Manipulation durch das Trommelfell bis in die Paukenhöhle zur Folge haben kann. Während unbewusst in den Gehörgang eingedrungene Fremdkörper jahrzehntelang reaktionslos vertragen werden, bis sie gelegentlich einer Ohruntersuchung entfernt werden, bilden die durch unzweckmässige Extraktionsversuche bis in die Paukenhöhle geschobenen und daselbst eingekeilten Fremdkörper eine direkte Lebensgefahr. Die Infektion der Paukenhöhle durch den gewiss nicht aseptischen Fremdkörper ist bei der hohen Empfindlichkeit der Paukenhöhlenschleimhaut unvermeidlich. Wegen der auftretenden Eiterung kann es zu stürmischen Reizerscheinungen seitens des Labyrinths — Schwindel, Erbrechen —, ja selbst zu schweren zerebralen Symptomen kommen.

Die Literatur weist eine grosse Reihe von Todesfällen auf infolge zerebraler Komplikationen nach eingekeilten Fremdkörpern in der Trommel-

höhle, und wie viele derartige Fälle dürften nicht veröffentlicht worden sein! Derartig verschleppte Fremdkörper erfordern ein rasches Eingreifen und es wird dem otiatrisch gut geschulten Arzte stets gelingen, den Fremdkörper zu entfernen. Verf. bespricht nun mit einigen Worten die therapeutischen Massnahmen bei Fremdkörpern im Ohre überhaupt. Bei den meisten Fremdkörpern im Gehörgang gelingt die Entfernung durch kräftige Ausspülungen mit einer wenigstens 80 ccm fassenden Spritze, an welcher ein kurzer Gummischlauch angesetzt ist, der bis zum Fremdkörper vorgeschoben wird. Dies gilt namentlich von harten Fremdkörpern, wie Steinchen, Korallen, Glasperlen und eingedrungenen Tierchen. Einige Schwierigkeiten bilden quellbare Fremdkörper, wie Fruchtkerne, Erbsen, Bohnen etc. Um die Quellung zu vermeiden, wird es sich bei letzteren empfehlen, vorher Alkohol einzuträufeln, beziehungsweise mit Öl auszuspritzen. Zu dem Instrumente greift der Otiater erst dann, wenn die Ausspülung nicht den gewünschten Effekt hat und wenn er sicher ist, dass der betreffende Pat. bei der Einführung eines Häkchens, einer Kürette, einer gekrümmten Sonde oder eines sonst improvisierten Instrumentes nicht Abwehrbewegungen ausführt.

Kinder, bei denen unzweckmässige Extraktionsversuche vorausgegangen sind, werden schon bei der einfachen Ausspülung die lebhaftesten Abwehrbewegungen machen. Verf. pflegt bei solchen Kindern eine instrumentelle Extraktion ohne Narkose überhaupt nicht zu versuchen. Beim narkotisierten Kinde werden neuerliche Ausspülungen bezw. instrumentelle Eingriffe in den meisten Fällen den gewünschten Erfolg haben. Nur bei den in die Trommelhöhle eingedrungenen bezw. in den tiefsten Teil des Gehörganges knapp vor dem Trommelfelle eingekeilten Fremdkörpern werden operative Eingriffe erforderlich sein, die Verf. an zwei Fällen näher schildert.

### **Über die Verwendbarkeit des Nafalan in der Therapie.** Von Jos. Grünfeld. (Wien. ärztl. Zentralztg. Nr. 38 u. 39, 1903.)

Verf. fasst das Resümee seiner Beobachtungen über die therapeutische Verwendbarkeit des Nafalan kurz in folgendem zusammen:

I. Das Nafalan ist ein gut brauchbares Wundheilmittel und eignet sich ebenso zum Verband oberflächlicher Hautläsionen, als auch zur Behandlung verschiedenartiger geschwüriger Prozesse.

II. Das Nafalan beeinflusst in günstiger Weise verschiedene Dermatosen, insbesondere beim subakuten und chronischen Ekzem lässt sich ein sicherer Heilerfolg damit erzielen.

III. Das Nafalan wirkt durch Beeinflussung der peripheren Nerven hochgradig juckstillend.

IV. Bei Gelenkerkrankungen, insbesondere rheumatischen und gonorrhöischen, ist die lokale Nafalantherapie jeder anderen vorzuziehen; dasselbe gilt auch von der Behandlung der Nebenhoden- und Venenentzündungen.

V. Das Nafalan ist eine Salbengrundlage par excellence; es wird nicht ranzig, ist unbegrenzt haltbar, ist ein gegen Mikroorganismen immuner Körper und entfaltet rasch starke Tiefenwirkung.

VI. Das Nafalan wirkt anämisierend, entzündungswidrig, schmerzstillend; es adstringiert die Blutgefäße der Papillarschicht und begünstigt das Aufsaugen von Infiltraten.

Es ergibt sich also, dass das Nafalan ein gut verwendbarer Arzneikörper ist, welcher mit dem ursprünglich verordneten Naftalan nicht nur seiner chemischen Zusammensetzung nach nahezu identisch ist, sondern ihm auch bezüglich seiner therapeutischen Wirkung vollständig gleichwertig erscheint.

Nachfolgende Rezepte haben sich bei dem Gebrauch des Nafalan als brauchbar bewährt:

- |                                                         |                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Rp. Nafalan 100,0                                       | Rp. Bals. Peruvian. 20,0—50,0           |
| DS. Messerrückendick auf Leinwand aufzutreiben.         | Nafalan ad 100,0                        |
|                                                         | M. f. u. Scabies.                       |
| Rp. Acid. salicyl. 2,0—5,0—10,0                         | Rp. Arg. nitric. 1,0                    |
| Nafalan ad 100,0                                        | Bals. Peruvian. 10,0                    |
| M. f. u. Zur Erweichung von dicken Schwielen bei Ekzem. | Nafalan ad 100,0                        |
| Rp. Zinci oxyd. alb. 30,0                               | M. f. u. Torpide Fussgeschwüre.         |
| Nafalan 70,0                                            | Rp. Plumb. jodat. 6,0—10,0              |
| M. f. u. Eczema papulosum; Intertrigo.                  | Nafalan ad 100,0                        |
| Rp. Ol. Rusci 5,0—10,0                                  | M. f. u. Chronische Epididymitis.       |
| Nafalan ad 100,0                                        | Rp. Past. Lassari                       |
| M. f. u. Chronische infiltrierte Ekzeme.                | Nafalan aa 50,0                         |
|                                                         | M. f. u. Ekzem bei Kindern.             |
|                                                         | Rp. Nafalan 50,0                        |
|                                                         | Ung. Wilson.                            |
|                                                         | Amyl. aa 25,0                           |
|                                                         | M. f. u. Eczema papulos., Kindereczeme. |

### Der diätetisch-therapeutische Wert des Protilyn „Roche“. Von A. Goldmann. (Wien. ärztl. Ctrl.-Ztg. Nr. 49 1903.)

Aus den bemerkenswerten Erfolgen, welche Verf. bei der Behandlung von Tuberkulose und Skrofulose durch Mitverwendung von Protilyn „Roche“ in seiner Praxis zu erzielen in der Lage war, kann er zu der positiven Folgerung gelangen, dass diese Phosphoreiweissverbindung auch bei konstitutionellen Erkrankungen vielen anderen in der Therapie gebräuchlichen Mitteln überlegen und vorzuziehen ist. Wenn wir nach Verf. den klinischen Begriff der Skrofulose näher präzisieren wollen, müssen wir diese strikte als eine Allgemeinerkrankung auffassen, welche in den typischen Affektionen der Haut, der Schleimhäute, der Lymphdrüsen, des Zellgewebes, der Knochen etc. besteht und aus welchen sich nach und nach auch andere Erkrankungen der inneren Organe, wie der Lunge, des Magendarmtraktes und so weiter entwickeln. Sowohl die Virchowsche Anschauung, dass eine gewisse Mangelhaftigkeit des Lymphdrüsenapparates, als auch die Behauptung Cohnheims, dass eine Schwäche der Gefässwände prävaliert, lassen die Erklärung als eine richtige aufkommen, dass dieser Allgemeinerkrankung hauptsächlich eine qualitativ wie quantitativ abnorme Blutbereitung, beziehungsweise auch Blutbeschaffenheit zu Grunde



liegt, einerlei, ob wir diese als eine hereditäre oder durch ungünstige Umstände erworbene aufzufassen vermögen und wo immer mehr oder minder augenfällig lokalisiert erscheint. In den vom Verf. behandelten Fällen waren so ziemlich alle Varietäten dieser so verbreiteten Krankheit vertreten: Drüsentumoren, hartnäckige Ozaena, lange bestehende schwere Konjunktivitis, eitrige Otorrhöen, Ekzeme verschiedenster Extensität etc. etc. Unter dem Gebrauche von Protysin und entsprechender Lokalbehandlung, wo solche indiziert war, gingen diese allmählich, aber verhältnismässig doch rascher als bei sonst üblicher Medikation zurück, und die Heilerfolge können als sehr zufriedenstellende bezeichnet werden. Es ist ein alter, aber auch wohlbegründeter Erfahrungssatz, dass skrofulösen Kindern möglichst viel gut assimilierbare Nahrung mit viel Eiweiss und genügender Menge von Nährsalzen zugeführt werden muss. Mit Protysin ersetzen wir den Mangel an diesen unerlässlich notwendigen Stoffen in ausgiebigster und erfolgreichster Weise, wie man sich durch das rasche Erholen, das gute und kräftige Aussehen und Wohlbefinden der Kinder schon nach einigen Monaten dieser Behandlung vergewissern kann.

Bei Rachitis ist der gute Effekt der Phosphoreiweissbehandlung mit Protysin ein noch augenfälligerer. Trotz mancher Gegnerschaft ist gegenwärtig die Phosphorbehandlung der Rachitis gewissermassen als eine spezifische, auch die dominierende. Die schlechte Entwicklung, die mangelhafte Ossifikation bei rachitischen Kindern ist unzweifelhaft auf ungenügende oder unzweckmässige Ernährung in der ersten Lebenszeit zurückzuführen. Die Kinder sind auch infolgedessen zumeist hochgradig anämisch, von schwächerer und schlaffer Konstitution und erliegen im Vergleiche zu nichtrachitischen viel leichter anderweitigen Erkrankungen, schon infolge häufiger und anhaltender Störungen der Magendarmverdauung; Protysin „Roche“ als Nähr- und Kräftigungsmittel mit seinem Gehalte an assimilierbarem Phosphor regelt die schlechte Magendarmverdauung, bessert die Schäden der Erkrankung in ihren Einzelsymptomen und in toto, was sich alsbald dadurch erkennen lässt, dass die rachitisch charakteristische Unruhe der kleinen Kranken allmählich weicht, sie schreien und wimmern nicht so auffällig viel wie vorher, die häufig zu beobachtenden Konvulsionen werden merklich seltener und hören bald auch ganz auf. In gleichem Masse günstiger gestaltet sich auch die Entwicklung und die Resistenz der Knochen, die Schwellungen gehen zurück; bereits vorhandene Biegungen der Röhrenknochen gleichen sich sukzessive aus, und auch die Kopfformation wird eine normalere, sowie auch die Dentition eine reguläre wird. Die Kinder nehmen Protysin — je nach dem Alter 1 bis 3 Kaffeelöffel voll täglich in Suppe oder Brei eingerührt — ganz willig und vertragen es auch ausgezeichnet gut.

---

## Gesundheitspflege.

Die Waisensäuglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl. Ein Beitrag zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen von Priv.-Dozent Dr. H. Finkel-

stein und Dr. L. Ballin. gr. 8<sup>o</sup> IV u. 82 S. Mit 6 Abbildungen, 2 Grundrissen und 1 Kurve. Wien, 1904, Urban u. Schwarzenberg. Preis 2 Mk.

Unter diesem anspruchslosen Titel verbirgt sich das Resultat ausserordentlich eingehender, dafür aber auch mit trefflichen Erfolgen gekrönter Arbeiten und Anordnungen der Verff. und es erscheint durchaus berechtigt, wenn die betr. Herren mit Stolz und Befriedigung auf das von ihnen Erreichte zurückblicken. Wir können ihnen nur dankbar sein, dass sie ihre Erfahrungen zu Nutz und Frommen anderer Kollegen, die in gleicher oder ähnlicher Lage als Leiter von Säuglings- bez. Kleinkinderanstalten sich befinden, veröffentlichen. Als die Autoren im Jahre 1902 die ärztlichen Obliegenheiten im Kinderasyl übernahmen, stellte ihnen die Behörde als vornehmste Aufgabe, nach Möglichkeit auf die Verminderung der Sterblichkeit unter den der Waisenpflege unterstehenden Säuglingen hinzuwirken. Dieselbe betrug nach Arbeiten Neumanns in der

|    |                             |      |                       |       |
|----|-----------------------------|------|-----------------------|-------|
|    | ersten Hälfte des 1. Monats | 18,5 | (Uneheliche überhaupt | 8,7)  |
|    | zweiten „ „ 1. „            | 43,8 | ( „ „                 | 5,1)  |
|    | ersten „ „ 2. „             | 41,0 | ( „ „                 | 5,9)  |
|    | zweiten „ „ 2. „            | 18,4 | ( „ „                 | 5,4)  |
| im | zweiten Monat               | 57,5 | ( „ „                 | 11,2) |
|    | dritten „                   | 27,3 | ( „ „                 | 4,6)  |
|    | zweiten Vierteljahr         | 37,6 | ( „ „                 | 8,6)  |
|    | dritten „                   | 17,1 | ( „ „                 | 4,9)  |
|    | vierten „                   | 2,5  | ( „ „                 | 2,6)  |

Welches sind nun die Gründe, welche diese auffallenden Unterschiede bedingen? 1. Die Beschaffenheit der Kinder ist eine minderwertige, d. h. es gelangt ein erheblicher Prozentsatz widerstandsschwacher oder kranker Individuen in die Pflege der Anstalt, die dementsprechend schneller und zahlreicher absterben, und 2. die Kinder wurden durch den Aufenthalt im Depot nachteilig beeinflusst, eine Erscheinung, die man bisher unter dem Namen des „Spitalsmarasmus“ zusammenfasste. Als eine ihrer Hauptaufgaben betrachteten es nun die Autoren, den Ursachen dieses Spitalseinflusses nachzuforschen, und kamen zu dem Resultat, dass es sich eines- teils um die Folgen einer individuell ungeeigneten Ernährung, andererseits um die Erwerbung akuter und schleicher ansteckender Erkrankungen handelt. Es war daher ihr Bestreben darauf zu richten, die Infektions- gelegenheit auszuschalten und eine sorgsame Verpflegung, vor allem eine tadellose Diätetik zu erreichen. Das erstere erreichten sie durch peinliche Sauberkeit und Isolation des einzelnen Kindes in der Masse und durch eine bis an die letzte Grenze durchgeführte Trennung der dem einzelnen Kinde notwendigen Gerätschaften von den übrigen (Sauger, Thermometer, Wasch- und Badetücher etc.), deren Einzelheiten ebenso wie die bez. der Diätetik im Original nachgelesen werden müssen. Die Erfolge haben denn auch die Überlegungen der Autoren als richtig erwiesen, und es ergab sich für die Berichtszeit bei einem Material von 1342 Kindern eine Gesamt- mortalität von nur 9,83 %. Es ist somit erwiesen, dass die frühere Furcht vor der Anstaltspflege von Säuglingen heute durch hygienische Gründe nicht mehr gerechtfertigt ist und dass auch bei Überwiegen der Flaschenernährung über die an und für sich unentbehrliche Brusternährung gute Resultate zu erzielen sind. Hoffen wir, dass auch in andern An-

stalten Mittel und Wege gefunden werden, um ähnliche Einrichtungen zu treffen, um auf diese Weise zu denselben schönen Resultaten zu kommen, wie die Autoren dieser interessanten und lehrreichen Arbeit.

Baron (Dresden).

## Rezensionen

**Handbuch der Säuglingstherapie und der Ernährung im frühen Kindesalter.** Von Prof. Dr. Marfan. Nach der II. Auflage des französischen Originals übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Priv.-Doz. Dr. Fischl in Prag. gr. 8° XIX u. 465 S. m. Abb. Wien 1904, Franz Deuticke. Preis 12 Mk.

Bei der Besprechung des vorliegenden Buches kann ich mich nur den Worten anschließen, mit denen Fischl das Vorwort zu seiner Übersetzung beginnt: „Selten noch hat mir die Lektüre eines medizinischen Buches so reine Freude bereitet wie das Studium des trefflichen Handbuchs von Marfan. Sein tiefes Wissen, seine anschauliche Darstellung und die Fülle neuer Gesichtspunkte, die er aufstellt, stempeln das Buch zu einer der bedeutsamsten Erscheinungen unserer Literatur.“

Das Buch zerfällt in 2 Teile, einen theoretischen, der sich mit dem Studium der Milch sowie mit dem der Verdauung und Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre beschäftigt, und einen praktischen, in welchem die Regeln der Ernährung genau abgehandelt werden. Das sorgfältige Studium des Buches ist für jeden Arzt, der irgendwie sich mit der Pflege gesunder oder der Behandlung kranker Säuglinge beschäftigt, unumgänglich nötig.

Schmey (Beuthen O.-S.).

**Die Versorgung der grossen Städte mit Kindermilch. Notwendigkeit, Mittel und Wege ihrer Umgestaltung.** Von Pr.-Doz. Dr. Max Seiffert. Teil I. gr. 8° 278 S. mit 4 Kurventafeln. Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Kindermilchversorgung. Leipzig 1904, Adolf Weigel. Preis 6 Mark.

Von dem Grundsatz ausgehend, dass die „technisch mangelhafte Milchversorgung die Ursache der hohen Kindersterblichkeit ist“, gibt Verf. in dem vorliegenden ersten Teile seines Werkes eine eingehende wissenschaftliche Darlegung der Gründe, welche eine Umgestaltung der Kindermilchproduktion im Sinne der von der Kinderheilkunde geforderten „aseptischen Milcherzeugung“ zu einer dringenden Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege machen. In einer Reihe von Kapiteln bietet Verf. den Lesern interessantes und wertvolles Material über die Bedeutung der Kindersterblichkeit in den hier zu Grunde liegenden Ernährungsstörungen der Säuglinge für die Volksgesundheit und das Volksvermögen, ferner über die bisherige einseitige Überschätzung der Sterilisation und Pasteurisation der Milch zu Zwecken der Säuglingsernährung, die Unterschätzung der Wichtigkeit des Rohzustandes der Milch für das Wachsen und Gedeihen des Säuglings, die bakteriologische und chemische Humanisierung der Kuh-

milch etc. In einem Schlusskapitel nimmt Verf. einen kurzen Ausblick auf den Inhalt des folgenden 2. Teils und deutet damit die Richtung an, nach welcher seinen Anschauungen gemäss die Umgestaltung der Kindermilcherzeugung seitens der öffentlichen Gesundheitspflege und der staatlichen Hygiene anzustreben sein wird. Verf. wird in dem 2. Teile sein in langjähriger Arbeit ersonnenes Verfahren zur Erzeugung aseptischer Rohmilch ausführlich darlegen. Das Buch wird für jeden Arzt, der sich für das in der Praxis immer wichtiger werdende Kapitel der künstlichen Säuglingsernährung interessiert, ein Gegenstand des lohnendsten Studiums sein.

Über natürliche und künstliche Säuglingsernährung.  
Von Oppenheimer. gr. 8<sup>o</sup> 32 S. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. Preis 0,80 Mk.

Den Inhalt der vorliegenden kleinen Broschüre bilden 2 Vorträge, die Verf. zuerst anlässlich der ärztlichen Fortbildungskurse in München im Sommersemester 1903 gehalten hat.

Im ersten Vortrage über natürliche Säuglingsernährung legt Verf. mit Entschiedenheit eine Lanze ein für das Stillen der Mütter, die stets dann selbst stillen sollen, wenn es ihnen physiologisch und sozial irgend wie möglich ist.

Im zweiten Vortrage über künstliche Säuglingsernährung empfiehlt Verf. die Ernährung mit Vollmilch, die aber nicht sterilisiert, sondern nur pasteurisiert werden soll, zu welchem Zwecke Verf. auch einen einfachen Apparat angibt.

Die Lektüre beider Vorträge ist sehr interessant und lehrreich.

Schmeyer (Beuthen O.-S.).

## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Un cas de maladie de Roger, communication interventriculaire. Par J. Comby.

Die 2 $\frac{1}{2}$ -jährige Patientin wurde ins Krankenhaus wegen Lungenbazilliose gesendet, und bei der Auskultation des Herzens wurden zufällig die Symptome der Rogerschen Krankheit gefunden: deutliches frémissement cataire über der präkordialen Gegend, die Herzspitze im fünften Interkostalraum, kräftige, regelmässige Herzschläge. Die Auskultation ergab ein sehr lautes systolisches Geräusch besonders deutlich über der Spitze und der Herzmitte. Keine Cyanose, keine Oedeme oder sonstige periphere zirkulatorische Störungen. Infolge der bestehenden schweren Lungenaffektion erfolgte nach 5 Wochen Exitus, und konnte bei der Sektion die Kommunikation beider Herzventrikel, das Charakteristikum der in Rede stehenden Krankheit, demonstriert werden. Die Öffnung, durch welche eine Hohlsonde leicht hindurch ging, sass in der Ventrikelscheidewand, unterhalb der Sigmoidklappen der Aorta, war rund und glatt und zeigte keinerlei Zeichen irgend einer stattgehabten Entzündung; die grossen

Gefäße waren normal, hingegen zeigten beide Ventrikel, namentlich aber der rechte konzentrische Hypertrophie. Seitdem im Jahre 1879 Roger das klinische Bild der angeborenen Ventrikelkommunikation festgestellt hat, ist dies der 15. publizierte Fall.

(Arch. de méd. des enf. Dec. 1903.)

E. Toff (Braila).

Contribution à l'étude de l'identité de la Variole et la Vaccine. Par Emile Félix. (Lausanne, Corbaz et Cie., 1903.)

Das Endergebnis der Eelixschen Untersuchungen, die er als technischer Direktor des schweizerischen Impfinstitutes zu Lausanne angestellt hat, ist folgendes: Menschen- und Kuhpocken entstehen durch ein und dasselbe spezifische Agens. Das Spezifikum der Menschenpocken wird bei dem Durchgange durch den Organismus des Kindes weder verändert noch abgeschwächt, nur das Gift verändert sich in seiner Zusammensetzung. Nach dem Durchgange durch den Körper des Kindes auf den Menschen übertragen, entwickelt sich der Erreger der Variola mit den klassischen Formen der Kuhpocken. Das nach den Regeln der Wissenschaft dargestellte „variolo-vakzinische“ Gift kann in derselben Weise wie die von den Kuhpocken gewonnene Vakzine angewandt werden und unterscheidet sich in keiner Weise von demselben in seiner Wirkung.

Baron (Dresden).

## Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Bismon. 10,0  
(Bismuth oxyd. colloidal.)  
Aq. destillat. 90,0  
DS. 3—4 mal tgl. 1 Kinderl.  
Dyspepsie, Enterocatarrh.

Aq. destill. 75,0

Mucil. Gum. arab. 15,0  
MDS. 1—2 Tee- bis Kinderl. in  
 $\frac{1}{4}$  l lauwarm. Wasser als Einlauf.

Asomnia.

Rp.

Bismutos.  
Mucilag. Gum. arab. aa. 15,0  
Aq. destill. 100,0  
MDS. stdl. 1—2 Kaffeel.  
Enterit., Choler. nostr. infant.

Rp.

Jodol 0,1—0,3  
Lanolin s. Vaseline 10,0  
Mf. ungt. DS. äusserlich  
Adenitis scrofulos., Blepharitis, Keratitis phlyctæna., Trachom.

Rp.

Dormiol sol. 1 : 1 15,0  
Aq. destill. 70,0  
Syr. Rub. Jd. 15,0  
MDS. 1—2 Tee- bis Kinderl.  
vor dem Schlafengehen.

Rp.

Orexin - Chokolade - Tabletten  
(0,25) Originalpackung à 20 Tabl.  
DS. 2 Stunden vor dem Mittag-  
u. Abendessen je 1—2 Tabl. z. n.  
Anorexie, Rekonvaleszenz nach akuten Infektionskrankheiten.

Rp.

Dormiol sol. 1 : 1 10,0

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

---

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

---

**XV. Jahrg.**

**Mai 1904.**

**No. 5. (173.)**

---

**Inhalt:** Referate: **Pauli**, Bericht über den 1. internationalen Kongress für Schulhygiene. 97. — **Oberwinter**, Exantheme nach Diphtherieheilserum. 101. — **Gréze**, Masern und Tuberkulose. 102. — **Hoffa**, Gelenktuberkulose im Kindesalter. 102. — **Comby**, Lichen scrofulosus. 105. — **Lütje**, Febrile Albuminurie. 105. — **Combe**, Intestinale Autointoxikation. 106. — **Garreau**, Pneumonische Pseudo-Appendizitis. 108. — **Kredel**, Akute Darminvagination. 108. — **Patricot**, Gelatine bei Diarrhöen. 109. — **v. Ritter**, Bandwurmkuren im Kindesalter. 109. — **Körner**, Operationen bei Diabetes mellitus. 110. — **Mosetig-Moorhof**, Jodoform-Knochenplombe. 111. — **Joseph**, Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo. 111. — **Laurent**, Bäder bei akuten Kinderkrankheiten. 114. — **Sheffield**, Hydrotherapie, Elektrizität und Massage bei Behandlung der Kinderkrankheiten. 115. — **Vicq**, Chorea. 116. — 1. Versammlung südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M. 117. — Rezensionen: **Wehmer**, **Büsing** und **Krollick**, Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. 2. Abteilung. 118. — **Schürmayer**, Kurzer Überblick über die Röntgentechnik des Arztes. 118. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 118.

---

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

---

### Referate.

#### Allgemeines über den 1. internationalen Kongress für Schulhygiene.

In Nürnberg fand vom 4.—9. April d. J. der 1. internationale Kongress für Schulhygiene statt unter dem Protektorat Sr. kgl. Hoheit des Prinzen Ludwig Ferdinand von Bayern, Dr. med.

Dem Präsidenten des Kongresses, Herrn Professor Dr. med. u. phil. Griesbach war es in Gemeinschaft mit dem Generalsekretär, Herrn Hofrat Dr. med. Schubert in Nürnberg, in 10 monatlicher mühevoller Arbeit, unterstützt durch die Kgl. Bayerische Regierung, gelungen, einen wirklich internationalen Kongress zu schaffen. Es nahmen an demselben 1247 Mitglieder teil, von denen aus Deutschland stammten 621 (Preussen 144, Bayern 356, sonstige Deutsche 121), aus Österreich 322, aus Russland 60, aus der Schweiz 26, aus England 48, aus Hol-

land 51, aus Frankreich 9, aus Ungarn 19, aus Nordamerika 11, aus andern Staaten 71. Offizielle Vertreter waren von allen europäischen Staaten gesandt, mit Ausnahme von Italien und der Türkei, sowie fast allen zivilisierten aussereuropäischen Staaten. Das kurz vor Beginn des Kongresses versandte Programm enthielt die Ankündigung von 9 in 3 allgemeinen Sitzungen zu haltenden Vorträgen, sowie von 22 Referaten und 165 Vorträgen, welche in 11 Abteilungen erledigt werden sollten; ca. 30 Vorträge wurden später noch angemeldet. Gehalten wurden 8 Vorträge in den allgemeinen Versammlungen, sowie 22 Referate und 153 Vorträge in 7 Abteilungen, welche zur besseren Übersicht aus den ursprünglich geplanten 11 Abteilungen gebildet waren. Diese umfassten: 1. Hygiene der Schulgebäude, 2. Hygiene des Unterrichts und der Unterrichtsanstalten, 3. Hygienische Unterweisung der Lehrer und Schüler, 4. Körperliche Erziehung der Schuljugend, 5. Krankheiten und ärztlicher Dienst in den Schulen, 6. Sonderschulen und 7. Hygiene der Schuljugend ausserhalb der Schule, Hygiene des Lehrkörpers, Allgemeines.

Wie es sich von selbst verstand, nahmen an den Vorträgen und Beratungen teil, Ärzte und Schulmänner aller zivilisierten Länder, Vertreter von Volksschulen sowohl, als auch höheren Lehranstalten.

In den 3 am 5., 7. und 9. April stattfindenden allgemeinen Sitzungen sprachen:

1. Professor Cohn-Breslau über: Was haben die Augenärzte für die Schulhygiene geleistet und was müssen sie noch leisten.

2. Professor Johannessen-Christiania: Über den Stand der Schulhygiene in Norwegen.

3. Dr. med. Le Gendre-Paris: Sur l'hygiène et les maladies personnelles des maîtres au point de vue de leurs rapports avec les élèves.

4. Dr. phil. Sickinger, Stadtschulrat, Mannheim: Organisation grosser Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder.

5. Professor Dr. med. Liebermann, Budapest: Über die Aufgaben und die Ausbildung von Schulärzten.

6. Professor Dr. med. Hüppe, Prag: Verhütung der Infektionskrankheiten in der Schule.

7. James Kerr, London: What is required most in school ventilation.

8. Professor Dr. med. Skvortzow, Charkow: Über die Prinzipien der Erziehung und Bildung vom hygienischen Standpunkte.

Ein genaueres Eingehen auf diese Vorträge, welche ab und zu in etwas zu ausführlicher Weise gehalten, eine erschöpfende Darstellung ihres Themas brachten, ohne im wesentlichen Neues zu bieten, wieder zu geben, würde den Rahmen dieses Referates überschreiten, es sei nur gestattet, einige Punkte kurz zu erwähnen. Dass Cohn 1867, 1881 und 1902 immer 60% kurzsichtige Studenten in Breslau fand, berührte eigentümlich, musste man doch daraus ersehen, dass bisher alle schulärztlichen Bestrebungen, die doch gerade auf diesen Punkt stets besonders gerichtet waren, keinen Erfolg gehabt haben; wie leicht kommt man dadurch zu dem Trugschluss, dass diese Bestrebungen überhaupt unnötig waren. Liebermann's Charakterisierung der Realschulen und Realgymnasien als verfehlte oder doch mangelhafte Versuche, den an den Gymnasien

herrschenden Übelständen abzuhelpfen, schoss wohl über das Ziel hinaus, seine Darlegungen begegneten öfter lebhaftem Widerspruch, auch entspricht seine Angabe, dass man den Realgymnasien für das Studium der naturwissenschaftlichen und technischen Fächer die Gleichberechtigung mit den Gymnasien versage, nicht mehr überall der Tatsache.

Sickinge will die Schüler individuell behandelt wissen, nicht nur sei die Schülerzahl in einer Klasse herabzumindern, sondern auch die Schüler nach ihrer natürlichen geistigen Begabung zu sondern, Klassen für begabte und minder begabte Schüler müssten daher parallel neben einander gehen.

Neues wurde auch in den Abteilungen nur wenig gebracht; aber, soweit es sich jetzt überblicken lässt, die verschiedenen Gebiete der Schulhygiene ausführlich besprochen, mehr oder weniger lebhaft, an die Vorträge sich anschliessende Diskussionen trugen nicht immer zur Klärung bei, sondern zeigten, wie manches noch in der Schulhygiene zu tun übrig ist.

Die Überbürdungsfrage der Schüler wurde in einer grossen Reihe von Vorträgen erörtert, von ärztlicher Seite bejaht und diesbezüglich Vorschläge gemacht (Abschaffung des Abiturientenexamens; Gleichberechtigung der körperlichen Ausbildung mit der geistigen, keine Arbeiten zum Montag u. a. m.), jedoch von Schulmännern nicht unbedingt zugegeben. Die sexuelle Aufklärung in den oberen Klassen wurde warm befürwortet, ebenso Verbot des Alkohols und des Rauchens. Einigkeit herrschte in der Frage, ob das Korsettragen zu verbieten sei, Flachs-Dresden und Thiersch-Leipzig führten entsprechende Turnkleidung für Mädchen vor. Die Schulgebäude in Stadt und auf dem Lande, ihre äussere und innere Gestaltung wurde besprochen. Eine grössere Anzahl von Vortragenden beschäftigte sich mit Untersuchungen über Erkrankungen des Gehörs, der Augen, des Nasen-Rachenraums im schulpflichtigen Alter. Hilfsschulen für Schwachbegabte, Fürsorge für epileptische und schwachsinnige Kinder wurde gefordert. Dass die hygienische Unterweisung der Lehrer praktisch wohl erforderlich, aber nicht so leicht auszuführen ist, wie es den Anschein hat, ging aus einer mehrstündigen Debatte in der 3. Abteilung hervor. Die Aufgaben des Staates im Schulartzwesen fasste Leubuscher-Meinigen zusammen in mehreren Leitsätzen, welche darin gipfeln, dass der Staat, der den Schulzwang fordere, deshalb auch die Verpflichtung habe, Schulärzte für alle Schulen, in der Stadt und auf dem Lande anzustellen, durch eine derartige staatliche Organisation werde die Möglichkeit durchgreifender Verbesserung auf dem ganzen Gebiete der Schulhygiene gegeben. Besonders erfreulich war die praktische Mitarbeit von Frauen bei diesem Kongresse. Frau Hofrat von Forster-Nürnberg begrüsst in der ersten Vollversammlung als Vertreterin des deutschen Frauenvereins in besonders sympathischer Weise die Tatsache, dass auf dem Kongress die Frauen als Mitarbeiter und nicht nur als mehr oder minder willkommene Begleitscheinungen des Kongresses betrachtet würden; auf dem schulhygienischen Arbeitsfelde habe die Frau neben dem Manne, die Lehrerin neben dem Lehrer, die Ärztin neben dem Arzt, die Mutter neben dem Vater gleiche Pflichten und Arbeiten auszufüllen. Frau Prof. Krukenberg-Kreuznach sprach als Referentin über die Bedeutung der schulhygienischen Bestrebungen für die Frauen und die Familie,



als Korreferentin Fr. Sumper-München. An der anschliessenden Diskussion beteiligte sich Schuldirektorin Schwarz-Wien, gegen das Korsett sprach Frau von Forster, über den Turnunterricht in Mädchenschulen Frau Tluchor-Wien, Miss Charlesworth-London, Turnlehrerin am Institut von Fr. Lohmann-Nürnberg, führte mit 16 Schülerinnen Frei-, Stab- und Gerätübungen vor. — In den Abteilungen wurden eine Reihe von Anträgen gestellt und angenommen. Sie betreffen Ausarbeitung von Schulhausplänen, Koëduktion beider Geschlechter, Verbot des Korsettragens, Errichtung städtischer Schulzahnkliniken, Alkoholfrage, Errichtung eines internationalen Erziehungsbeirates. — In der letzten Vollversammlung wurde beschlossen, Veranstaltung periodisch wiederkehrender schulhygienischer Ausstellungen, sowie Ausarbeitung eines zweckmässigen Schemas für eine Morbiditätsstatistik der Schüler.

Mit dem Kongress verbunden war eine internationale schulhygienische Ausstellung unter Leitung des Herrn Ingenieur Sichelstiel-Nürnberg. Sie war reich beschildert, in der Hauptsache allerdings von deutschen, österreichisch-ungarischen und schweizer Firmen, im übrigen nur von 12 ausländischen Firmen. Zahlreich ausgestellt waren Pläne von Schulgebäuden und deren innerer Einrichtung, graphisch-statistische Tafeln über Schulbesuch, Ferienkolonien u. s. w., Turngeräte, eine Döcker'sche Schulbaracke, Zeichentische und Schulwandtafeln, den grössten Raum nahm ein die Ausstellung von Schulbänken der verschiedensten Systeme. Ein-, zwei- und mehrsitzig, mit beweglicher und fester Tischplatte oder Sitzbank, letzteres in verschiedensten Arten, boten diese verschiedenen Systeme von Schulbänken eine willkommene Gelegenheit zu Vergleich und Kritik. Am besten gefiel dem Verfasser die von der Firma Leyden und van Beest-Rotterdam in Eisenkonstruktion dargestellte zweiseitige Schulbank mit beweglichem Sitz, welche gefällig, haltbar, praktisch und billig genannt werden kann. Bemerkenswert war auch eine Ventilationsvorrichtung mittelst Luftverteilungsfiler des Ingenieur Timochowitsch-Moskau.

Von grösseren Festlichkeiten war abgesehen, indes haben die Nürnberger es wie stets verstanden, ihren Gästen den Aufenthalt in ihrer Stadt lieb und wert zu machen. Begrüssungs- und Abschiedstrunk am ersten und letzten Tage, letzterer von der Stadt Nürnberg gegeben, Festmahl, Festvorstellung im Stadttheater, Aufführung Hans Sachs'scher Fastnachtsschwänke, Führung durch die Sehenswürdigkeiten Nürnbergs sorgten für angenehme Erholung nach der Arbeit.

Als Ort des nächsten Kongresses 1907 wurde auf Einladung von Sir Lauder Brunton London gewählt, der Vertreter des englischen Unterrichtsministeriums, Dr. Eichholz-London, übermittelte dessen regstes Interesse für diese Wahl. Dr. Mathieu-Paris und der offizielle Delegierte Frankreichs Gautier-Paris, laden ein, den 3. Kongress in Paris abzuhalten.

So kann man sagen, dass die in der ersten Versammlung ausgesprochene Erwartung des Generalsekretärs Herrn Hofrat Schubert, dass ein wirklicher Arbeitskongress stattfinden werde, sich in vollstem Masse erfüllt hat. Das gesamte Gebiet der Schulhygiene wurde durchgenommen, vor allem aber, und dies ist wohl der Hauptvorteil des Kongresses, haben Arzt und Schulmann sich zu gemeinsamer

Arbeit die Hand gereicht zum Wohle unseres köstlichsten Schatzes, unserer Schuljugend.

Dank für das Erreichte gebührt aber vor allem den beiden, welche mit grösster Opferfreudigkeit unter unendlicher Arbeitslast mit einem grösseren Stabe von getreuen Mitarbeitern das Gelingen des Kongresses ermöglichten, Herrn Professor Dr. Griesbach und Herrn Hofrat Dr. Schubert!

Dr. Pauli (Lübeck).

**Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen.** Von Oberwinter. (Deutsch. med. Wochensch. 1903 No. 51 u. 52.)

Dass das Auftreten von Serumexanthenen, an Häufigkeit und Schwere von Jahr zu Jahr zurückgegangen ist, verdanken wir, abgesehen von der Gewinnung möglichst reiner Sera, besonders der Darstellung der hochwertigen Sera, die es gestatten, die gleiche Zahl von Antitoxineinheiten in einer bedeutend geringeren Menge von tierischem Serum zu vereinigen wie früher; und letzteres ist ja sicher die Ursache wenigstens für einen grossen Teil der Serumexantheme.

O. teilt diese folgendermassen ein:

a) lokale Exantheme.

b) allgemeine Exantheme.

1. Exantheme von der Form der Masern, Röteln resp. des Erythema exsudativum multiforme und deren Kombinationen.

2. Spriessliche, scharlachähnliche Exantheme.

Von lokalen Exanthenen wurde verschiedentlich ein bis einige Tage post injectionem eine handteller-grosse, bisweilen leicht infiltrierte, bald diffusrote, bald mehr spriessliche, nicht erhabene oder leicht quaddelartige Form um die Einstichstelle beobachtet, die meist nur von kurzem Bestand war und keinerlei allgemeine Störungen mit sich brachte. Von allgemeinen Exanthenen, welche mit Exsudations-Prozessen in der Haut einhergingen, teils mehr an Masern, teils mehr an Urticaria, teils an das Erythema exsud. multif. erinnernd, an verschiedenen Stellen resp. Tagen in ihrer Form wechselnd, wurden fünf gesehen (unter 200 Seruminjektionen). Sie traten auf am 1., 2., 5., 6., resp. 10. Tage post injectionem und dauerten, in gleicher Reihenfolge genannt, 4, 4, 1, 1,  $\frac{1}{2}$  resp. 4 Tage. Von diesen traten die drei ersten wenige Tage nacheinander auf, rührten von derselben Serumreihe her, zeigten jedoch trotzdem starke Unterschiede im Verlaufe, was Zeit des Auftretens, Dauer und Form betrifft.

Bei dem Auftreten von scharlachähnlichen Exanthenen ist die Frage, ob es sich um Skarlatina oder Serumexanthem handelt, oft schwer zu entscheiden, namentlich wenn Scharlach- und Diphtherie-Epidemien gleichzeitig vorhanden sind. O. fasst seine Erfahrungen über die Differentialdiagnose folgendermassen zusammen;

1. Die in den ersten fünf Tagen, besonders am dritten bis fünften Tage nach einer Seruminjektion resp. nach der Hospitalaufnahme auftretenden, spriesslichen Exantheme sind mit grosser Vorsicht zu beurteilen und werden sich in den allermeisten Fällen als echte Skarlatina entpuppen.

2. Der Beginn des Exanthems an der Injektionsstelle spricht durchaus nicht sicher, wie Hartung und Ganghofner annehmen, für Serumexanthem, kommt vielmehr auch bei echter Scarlatina vor.

3. Bei während der ersten Tage des Hospitalaufenthaltes bei echter Diphtherie auftretendem Skarlatinaexanthem ist bei einer grösseren Anzahl von Fällen eine ausserhalb des Hospitals erfolgte primäre Doppelinfection mit echter Diphtherie und Scharlach zugleich anzunehmen.

Schnell (Egeln).

**Des rapports de la rougeole avec la tuberculose.** Par A. Grèze.  
(Inaugural-Dissertation, Paris 1903).

Diese ausführliche, unter der Leitung von Comby gemachte Arbeit bespricht das Verhältnis zwischen diesen beiden Krankheiten, und zwar den Einfluss, den die Masern auf die Tuberculose ausüben, und dann den Einfluss der letzteren auf die Masern. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Jede latent bestehende Tuberculose erhält, namentlich in der ersten Kindheit, durch das Auftreten von Morbillen einen bedeutenden Vorstoss; versteckte käsige Herde werden virulent und können den Ausgangspunkt einer allgemeinen, tödlichen Tuberculose werden. Bereits ausgesprochene Tuberculose wird verschlimmert, indem die akute Erkrankung den Organismus schwächt und den Respirationsapparat krankhaft verändert. Der Körper wird im Allgemeinen geschwächt, also für eine bazilläre Infection viel empfänglicher gemacht, daher masernkranke Kinder nicht mit einer tuberkulös infizierten Umgebung in Berührung kommen sollen. Bezüglich des Einflusses der Tuberculose auf Masern wird erwähnt, dass in der ersten Kindheit das Inkubationsstadium ein viel kürzeres sei, dass die Eruption weniger lange dauert und viel blasser auftritt, als man es nach der Höhe des Fiebers und der Lungenerscheinungen erwarten würde. Im späteren Kindesalter hat die Tuberculose auf den klassischen Verlauf der Masern keinerlei Einfluss.

E. Toff (Braila).

**Die Behandlung der Gelenktuberculose im Kindesalter.** Von A. Hoffa. (Würzb. Abhdlgen. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. III. Bd. 12. Heft. gr. 8<sup>o</sup> 31 S. Würzburg 1904. A. Stubers Verlag. Einzelpreis 75 Pf.)

Verf. fasst die Ergebnisse seiner eingehenden und wichtigen Arbeit in folgenden Schlussätzen zusammen:

1. Die Behandlung der Gelenktuberculose im Kindesalter soll prinzipiell eine konservative sein; es gelingt mittelst konservativer Behandlung etwa  $\frac{3}{4}$  aller Gelenktuberkulosen im kindlichen Lebensalter zur Ausheilung zu bringen.

2. Die Heilung kann in einer Reihe von Fällen bei zweckentsprechender Behandlung, namentlich bei frühzeitigem Beginne derselben und bei milder Form der Erkrankung (Tumor albus) mit völlig beweglichem Gelenk und mit völliger Erhaltung der Funktion desselben erfolgen. Meistens erfolgt aber die Ausheilung mit Ausbildung einer Gelenkversteifung durch schrumpfende Bindegewebsbildung, eventuell nach Abkapselung von Sequestern durch derbe Schwarten.

3. Ist wegen der Schwere der Erkrankung, namentlich bei vorhandener Eiterung, eine Ausheilung mit beweglichem Gelenk nicht zu erwarten, so

hat die Behandlung von vornherein die Ausheilung in einer für die Funktion des betreffenden Gelenkes günstigen Ankylose zu erstreben.

4. Die Entstehung reeller Verkürzungen der Extremitäten ist selbst bei der besten Behandlungsweise nicht zu vermeiden, wenn die tuberkulöse Erkrankung zur Destruktion der Gelenkenden geführt hatte, dagegen ist die Ausheilung der Gelenktuberkulose in stärkerer Kontrakturstellung des Gelenkes stets die Folge einer ungeeigneten Behandlung, namentlich einer mangelhaften oder nicht lange genug fortgesetzten Fixation des Gelenkes.

5. Die vollständige Ausheilung einer Gelenktuberkulose auf konservativem Wege erfordert längere Zeit. Im allgemeinen müssen die Patienten 2—3 Jahre unter ärztlicher Aufsicht bleiben.

6. Die Behandlung selbst hat zunächst Rücksicht zu nehmen auf die Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes. Wenn es irgend möglich ist, sollen die Kinder an die See geschickt werden und zwar nicht nur auf einige Wochen, sondern möglichst das ganze Jahr. Als Ersatz der Seeluft ist auch der Aufenthalt in Binnenhospizen zu empfehlen, die nach Analogie der Lungenheilstätten von den Kommunen für die mit Knochen- und Gelenktuberkulose behafteten Kinder in schöner walddreicher Gegend errichtet werden sollten.

7. Als vorzügliches Unterstützungsmittel zur Ausheilung der Erkrankung ist bei tuberkulösen Kindern die Einreibung des Körpers mit Sapokalinus Duvernoy zu empfehlen. Von Medikamenten kommen namentlich Lebertran, Arsen und Jodkali in Betracht.

8. Die beste lokale Behandlung der Gelenktuberkulose besteht in einer Kombination der Immobilisation, der permanenten Extension und der Entlastung des betreffenden Gelenkes mit der Jodoformbehandlung, indem bis zu 10 ccm einer 10% Jodoformglyzerinemulsion parenchymatös in das erkrankte Gelenk hinein oder in den begleitenden Abszess hinein injiziert werden.

9. Im floriden Stadium der Gelenktuberkulose d. h. so lange noch Schmerzen bestehen, ist die Behandlung bei ruhiger Lage der Patienten durchzuführen.

10. Bestehen keine Schmerzen mehr, so ist die ambulante Behandlung der Gelenktuberkulose angezeigt, weil sie den Patienten die freie Bewegung in frischer Luft gestattet.

11. Die ambulante Behandlung kann entweder mittelst eines zweckmässig angelegten Gipsverbandes geschehen, viel besser lässt sie sich jedoch mittelst entsprechend konstruierter portativer Apparate durchführen.

12. Vor Anlegung der immobilisierenden, extendierenden und entlastenden Verbände müssen die bereits vorhandenen Kontrakturstellungen der Gelenke ausgeglichen werden.

13. Die Ausgleichung falscher Stellungen der Gelenke geschieht entweder allmählich unter Zuhilfenahme des Extensionsverbandes oder durch besondere Vorrichtungen an den portativen Apparaten oder aber schneller in Narkose. Niemals aber soll dann ein bruskes Verfahren befolgt, die Kontraktur vielmehr in schweren Fällen lieber in Etappen beseitigt und das jeweils gewonnene Resultat im Gipsverband fixiert werden.

14. Das Vorhandensein einer Eiterung gibt an sich noch keine Indikation zu einem sofortigen operativen Eingriffe ab, ebensowenig bietet

sie eine absolute Gegenanzeige gegen die Durchführung der ambulanten Behandlung.

15. Die vorhandenen Abszesse werden mit Punktion und nachfolgender Jodoforminjektion (10% Jodoformglyzerinemulsion) behandelt. Diese Injektionen werden alle 2—3 Wochen wiederholt. Die neue Injektion soll nicht eher vorgenommen werden, bis sämtliche von der vorhergehenden Injektion bedingten Störungen (Temperatursteigerungen, Schmerzen) völlig geschwunden sind. Die Zahl der Injektionen richtet sich nach der Schwere des Falles. Die Injektionen werden solange fortgesetzt, bis die Probepunktion die vollständige Ausheilung des Abszesses ergibt.

16. Die Inzision kalter Abszesse ist im allgemeinen zu verwerfen wegen der Gefahr der Fistelbildung und der damit in Verbindung stehenden Gefahr der septischen Infektion. Die breite Eröffnung der Abszesse soll vielmehr nur unter ganz bestimmten Bedingungen vorgenommen werden und zwar nur dann, wenn der Abszess trotz mehrmaliger Punktion und Jodoforminjektion immer noch hohes Fieber oder starke Schmerzen verursacht, wenn er durch die Haut durchzubrechen droht, und schliesslich wenn man annehmen kann, dass der ursprüngliche Krankheitsherd ausgeheilt ist.

17. Die konservative Behandlung kann auch beim Bestehen aseptischer Fisteln durchgeführt werden, da sich die Fisteln bei passender Behandlung von selbst zu schliessen vermögen.

18. Als ein gutes Heilmittel für gewisse Formen der Gelenktuberkulose ist die Stauungshyperämie nach Bier zu bezeichnen.

19. Bleiben nach Ausheilung der Gelenktuberkulose Kontrakturstellungen der Gelenke zurück, so können diese durch orthopädisch-mechanische Massnahmen oder durch orthopädische Operationen (Osteotomien, orthopädische Resektionen) beseitigt werden.

20. Heilt trotz exakt durchgeführter konservativer Behandlung die Gelenktuberkulose nicht aus, bilden sich immer wieder neue Abszesse oder ist eine das Leben direkt bedrohende Eiterung oder sind jauchige Fisteln vorhanden oder handelt es sich von vornherein um eine mit grosser Sequesterbildung, mit raschem käsigen Zerfall der tuberkulösen Granulationsmassen und starker Eiterung einhergehende Gelenktuberkulose, so ist die konservative Behandlung zu verlassen und durch die operative Behandlung zu ersetzen.

21. Die operative Behandlung der kindlichen Gelenktuberkulose soll auch eine möglichst konservative sein, insofern typische Resektionen möglichst vermieden, an ihrer Stelle vielmehr atypische Resektionen oder Arthrektomien ausgeführt werden sollen. Vor allen Dingen sollen die Epiphysenlinien stets möglichst geschont werden.

22. Die Prognose der Resektionen ist bei aseptischer Wundbehandlungsmethode eine sehr viel bessere geworden als in der vorantiseptischen Zeit.

23. Die Mortalität der Resektionen ist bei aseptischer Operation, in Anbetracht der Tatsache, dass nur schwere Fälle der Resektion anheimfallen, eine entschieden bessere als die der konservativen Behandlung. Die funktionellen Endresultate sind dagegen nach konservativer Behandlung der Gelenktuberkulose ungleich viel bessere als nach operativer Behandlung derselben.

24. Nach Resektion eines tuberkulösen Gelenkes ist im allgemeinen kein bewegliches Gelenk, sondern eine Ankylose in guter Stellung des Gelenkes zu erstreben.

25. Nach Resektionen, sowie nach Arthrektomien tuberkulöser Kniegelenke ist zur Vermeidung der Entwicklung von Kontrakturstellungen der Gelenke eine längere Zeit durchgeführte Nachbehandlung mittelst Gipsverbände oder portativer Apparate notwendig.

26. Die Amputation kommt bei der Gelenktuberkulose im kindlichen Lebensalter nur in Frage bei hochgradigster Zerstörung des ganzen Gelenkes, sowie bei gleichzeitig bestehender ausgesprochener tuberkulöser Erkrankung oder amyloider Entartung der inneren Organe.

**Lichen des scrofuleux (Tuberculides cutanées).** Par J. Comby.  
(Archives de méd. des enf. April 1904.)

Die Krankheit ist eine Manifestation des Tuberkelbazillus in der Haut und man könnte dieselbe als Haut-Tuberkulid bezeichnen. Meist bestehen auch andere tuberkulöse Erkrankungen, wie käsige Herde, Lupus, tuberkulöse Drüsen etc. Merkwürdig ist das häufige Vorgehen von Masern, so z. B. unter 17 Fällen war dies zwölf Mal der Fall. Loustau gibt eine Statistik von 24 Fällen, unter welchen man bei 21 das Vorgehen von Masern, bei 2 das von Skarlatina und bei einem von Varizellen konstatieren konnte. Die betreffenden Kranken sind entweder bereits tuberkulös erkrankt, oder sie leben in einer tuberkulösen Familie, die Krankheit blieb latent oder kam nicht zur Entwicklung, bis nicht die akut eruptive Krankheit die Bazillen in Bewegung gesetzt und in den allgemeinen Kreislauf gebracht hat. Dieselben setzen sich dann in der Umgebung der Haarfollikel fest und führen hier zu den charakteristischen Erscheinungen des Lichen scrophulosorum, bestehend in kleinen papelartigen, nicht juckenden Erhebungen der Haut, welche die Grösse eines Stecknadelkopfes oder eines Hantsamens erreichen, stark pigmentiert, rötlich oder schwärzlich und entweder flach oder spitz und von einer kleinen Schuppe bedeckt sind, oder eine Art Bläschen bilden, welches rasch eintrocknet. Therapeutisch ist nicht viel auszurichten, ausser einer tonisierenden Allgemeinbehandlung, doch kann die Eruption nach monatelanger Dauer auch spontan heilen. Die Krankheit ist an sich nicht schwer, ihre Wichtigkeit beruht aber darauf, dass sie auf eine latente Tuberkulose hindeutet.

E. Toff (Braila).

**Zur Frage der sogenannten febrilen Albuminurie nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung der Zylinder.** Von Hugo Lütje (Therap. der Gegenwart. No. 11, 1903).

In den meisten Fällen ist die Ausscheidung von Eiweiss durch den Harn das Zeichen einer bestehenden Nierenerkrankung. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen nicht unerhebliche Mengen von Eiweiss im Urin erscheinen, ohne dass eine Nierenaffektion vorliegt. Leube namentlich hat eingehende Untersuchungen über letztere Formen der Albuminurie angestellt. Dieselben können auftreten nach starken körperlichen Anstrengungen, nach Gemütsregungen, kalten Bädern etc.; man bezeichnet sie als physiologische Albuminurien. Hierher zu rechnen sind wohl auch die Formen, welche man als zyklische, intermittierende, minimale, konstitutio-

nelle, orthotische, funktionelle Albuminurie bezeichnet. Allen diesen Formen — bei denen die Eiweissmengen bis zu 0,4 % betragen können —, ist gemeinsam das zeitweilige Auftreten von Eiweiss im Harn, entweder in bestimmten Zyklen oder bei bestimmten Körperstellungen oder in bestimmten Lebensjahren (Pubertätsalbuminurie), ohne dass sonst Zeichen ernsterer Erkrankung des Organismus und speziell der Nieren vorliegen. Ein grosser Teil dieser Albuminurien ist hinsichtlich ihrer Genese und Auffassung noch unsicher, ebenso auch die Bedeutung der sog. febrilen Albuminurie, unter der man nach Gerhard die Ausscheidung von Eiweiss durch den Urin versteht, die häufig bei fieberhaften Erkrankungen, insbesondere bei Infektionskrankheiten beobachtet wird. — Im Allgemeinen muss man aus dem gleichzeitigen Auftreten von Eiweiss und Zylindern im Urin Nephritis diagnostizieren, auch wenn andere Symptome fehlen sollten. Im Urin gesunder, rationell lebender Menschen finden sich keine Zylinder. Nie darf ein Zylinderurin als harmlos angesehen werden, eine Ansicht, in der gerade die sog. febrile Albuminurie bestärkt. Es gibt keine febrile Albuminurie in dem bisher meist gebräuchlichen Sinn des Wortes. Jedes Auftreten von Eiweiss bei diesen Zuständen ist stets begleitet von dem Auftreten eines mehr oder weniger reichlichen pathologischen Harnsediments, so dass wir stets eine leichtere oder schwerere Nephritis vor uns haben, eine Ansicht, zu der bereits v. Leyden vor mehr als 20 Jahren neigte. Die Ursache dieser Nephritiden liegt wohl in der Anwesenheit von Bakterien im Organismus, und da es sich bei den meisten Fällen um örtliche beschränkte Ansiedelungen von Bakterien handelt, so dürfte die Annahme, dass eine entferntere Wirkung auf die Nieren durch Stoffwechselprodukte der Infektionserreger veranlasst sei, wohl eine richtige sein. — In den meisten Fällen sind diese febrilen oder infektiösen Nierenaffektionen ziemlich harmloser Natur und endigen mit vollständiger Ausheilung. — Hinsichtlich der Therapie deckt sich diejenige einer jeden akuten Infektionskrankheit mit derjenigen einer akuten Nephritis. Man hat sich vor allem daran zu erinnern, dass die bei fieberhaften Erkrankungen auftretende Albuminurie das Zeichen einer mehr oder weniger ernsten Nierenschädigung ist, bei der therapeutisch alles zu vermeiden ist, was zu weiteren Nierenschädigungen führen kann. S.

**L'autointoxication intestinale.** Par Combe. (Archives de médecine des enfants. Januar 1904).

C. hebt hervor, dass die Autointoxikation eine Vergiftung sei, hervorgerufen durch die vitalen Vorgänge des Organismus. So kann nicht von Autointoxikation die Rede sein, falls die Vergiftung durch verdorbene Nahrungsmittel hervorgerufen wird. Die Ursachen der Autointoxikation teilt C. in zwei grosse Gruppen ein: A. Ursachen, welche die Zerstörung der Enterotoxine durch den Organismus herabsetzen, und B. Ursachen, welche die Bildung der Enterotoxine vermehren. In die erste Gruppe ist in erster Reihe die Insuffizienz der Darmschleimhaut, der Leber, der Thyreoidea, der Thymus der Speicheldrüsen und der Nebennieren zu rechnen. Endlich müsste die Nieren- und Hautinsuffizienz in Betracht gezogen werden.

In die zweite Gruppe rechnet C. die Dyspepsie, die Stase der Nahrungsmittel (Magendilatation, Parese des Darmes, Dilatation des Koekums,

chronische Invaginationen etc.), Erkrankungen der Darmwand, welche immer mit bedeutenden Fäulnisvorgängen in dem Darminhalte einhergehen. Namentlich ist dies bezüglich der Enteritis muco-membranacea der Fall. Krankheiten der Nase und des Rachens sowie auch Darmparasiten vermehren in erheblichem Maasse die Darmfäulnis und folglich auch die Enterotoxine.

Die Diagnose der Autointoxikation ist nicht immer leicht zu stellen, da nicht alle Magen-Darmerkrankungen mit Selbstvergiftung einhergehen, andererseits dieselbe bestehen kann, ohne dass sich der Kranke über Darmstörung beklagt hätte. Das Kriterium gibt die Urinuntersuchung, und zwar nicht die Toxizitätsprobe, sondern die chemische Diagnose. Da man die Ptomaine und Toxine noch nicht dosieren kann, muss man sich mit den gleichzeitig mit denselben gebildeten Körpern der aromatischen Serie begnügen. Falls keine Eiterung im Organismus besteht, so ist die Menge der Schwefelaether im Harn mit der Intensität des Fäulnisprozesses im Darne proportionell und gibt das Messen derselben ein Bild über die Grösse der Autointoxikation. Zur Mengenbestimmung der Körper aus der Phenolreihe benützt C. das Chromometer von Amann, welches nach dem Principe des Fleischl'schen Haematometers konstruiert ist. Die Einzelheiten aller dieser Untersuchungen können in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben und müssen im Originale nachgelesen werden. Dasselbe gilt auch für die interessanten Untersuchungen über die Vermehrung der in Rede stehenden Körper durch Messen der oberflächlichen Tension der betreffenden Flüssigkeit festzustellen. Das hierzu benützte Instrument ist das Stalagmometer von Amann, welches die Zahl der Tropfen in einem gewissen Flüssigkeitsvolumen angibt. Je grösser die oberflächliche Tension ist, desto grösser wird auch der fallende Tropfen und also die Gesamtzahl derselben in der betreffenden Flüssigkeitsmenge eine kleinere sein. Die klinischen Untersuchungen von C. haben nun ergeben, dass während die anorganischen Salze des Harnes die oberflächliche Tension erhöhen, die organischen normalen Bestandteile auf dieselbe fast gar keinen Einfluss ausüben, während die organischen unvollständig oxydierten Substanzen dieselbe erniedrigen. Die Kurve dieser Erniedrigung geht parallel mit derjenigen der Vermehrung des Phenols und Indols und wird wahrscheinlich zur Messung derselben von besonderem Vorteile sein.

Bzüglich der Behandlung hebt C. hervor, dass eine Antiseptik und Aseptik des Darmes unmöglich und dass das rationellste Verfahren das sei, den Mikroben die zu ihrer Entwicklung notwendigen Stoffe zu entziehen, was durch Änderung des Nährbodens erreicht werden kann. Die betreffenden Kranken sollen daher entweder gar keine Eiweissstoffe erhalten, oder neben denselben eine mindestens fünffache Menge von Kohlehydraten. Die antiputride Ernährung besteht in einer Milch-Mehldiät.

Sonstige antifermentative Massregeln sind: Das getrennte Einnehmen von flüssigen und festen Nahrungsmitteln, das Einnehmen von kleinen und häufigen Mahlzeiten, indem man vorteilhaft mit einer flüssigen und einer festen Mahlzeit abwechselt, Ruhe nach dem Essen, Vermeiden der Fleischnahrung, Vorziehen der rohen Milch. Andererseits muss der Stagnation der Nahrungsmittel entgegen gearbeitet werden, was am besten durch Enteroklyse geschieht. Ausserdem ist ein leichtes Abführmittel



angezeigt, wie Kalomel, Rizinusöl u. A. In schweren Fällen ist die Einspritzung von künstlichem Serum angezeigt, um die in den Organismus eingedrungenen Gifte zu eliminieren.

E. Toff (Braila).

**Die Pneumonien mit abdominalem Seitenstechen, die pneumonischen Pseudo-appendizitiden.** Von F. Garreau. (Inaugur.-Dissert. 1903.)

Im Kindesalter kommen Pneumonien, welche von abdominalem Seitenstechen begleitet sind, nicht selten vor. Es ist dies wichtig zu wissen, da oft in derartigen Fällen die Lungenerkrankung übersehen wird. Ist der Schmerz rechts gelegen und, wie dies nicht selten vorkommt, hauptsächlich in der Höhe des Mc Burney'schen Punktes lokalisiert, so kann der Zustand mit Appendizitis verwechselt werden. Unter 25 von G. zusammengestellten Fällen ist 6 mal die Laparotomie, selbstverständlich ganz zwecklos, vorgenommen worden. Um sich vor derartigen Missgriffen zu bewahren, muss die richtige Diagnose möglichst frühzeitig gemacht werden. Man achte auf die Nachgiebigkeit der Bauchwandungen, auf das beschleunigte Atmen, den Husten und auf den Gesichtsausdruck, welcher von demjenigen bei Appendizitis sehr verschieden ist. Eine rote Wange würde bereits den Verdacht auf Pneumonie rechtfertigen. Ebenso auch Bläschen von Herpes labialis. Eine genaue Untersuchung wird dann die Zeichen der Pneumonie finden lassen. Bei zentraler Pneumonie ist im Anfang oft auskultatorisch und perkutorisch nicht viel charakteristisches zu finden; man warte einige Tage, bevor man sich zur Operation entschliesst.

E. Toff (Braila).

**Ueber die akute Darminvagination im Kindesalter.** Von Kredel. (Aus der Kinderheilanstalt in Hannover. — Mitteilgen. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. Bd. XII. 1903 Pag. 698.)

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen, die sich auf 11 Fälle akuter Darminvagination im Kindesalter stützen, zu folgenden Schlüssätzen: Unter den Gefahren der Operation bei der akuten Darminvagination kleiner Kinder steht die des Shok weitaus voran. Um ihm vorzubeugen, ist es durchaus nötig, so früh als irgend möglich zu operieren, und zwar je kleiner das Kind, je eiliger. Wo das Leben erst nach Monaten zählt, soll man den Termin einer Operation nicht nach Tagen, sondern nach Stunden rechnen; eine Operation am 2. Tage kommt häufig schon nicht mehr früh genug. Die Dringlichkeit des Eingriffs ist die gleiche, ja sogar grösser, als bei eingeklemmten Hernien. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Gedanke die Richtschnur für das Handeln der deutschen Ärzte werden wollte, wie es in England bereits seit den letzten Jahren der Fall ist. Wassereinläufe und Lufteinblasungen sollte man bei Kindern unter 1—2 Jahren gar nicht erst versuchen, ausgenommen als Vorakt für eine unmittelbar folgende Operation. Wird bei der Operation die Invagination irreduzibel gefunden, so ist die Prognose auch heute noch so ausserordentlich ungünstig, dass es lohnt, nach Operationsverfahren zu suchen, welche so schonend als irgend möglich sind. Vielleicht wird eine von mir versuchte Unterbindung der Mesenteriums mit gleichzeitiger Anlegung einer temporären Darmfistel zuweilen von Nutzen

sein, in ganz verzweifelten Fällen eventuell auch die Einnähung und Eröffnung der nächstbesten geblähten Darmschlinge. Nur wenn die Kinder das 2. Lebensjahr überschritten haben und noch kräftig genug sind, wird man an kompliziertere Eingriffe denken können. — K. weist zum Schluss nochmals mit besonderem Nachdruck darauf hin, dass diese Operationen viel dringlicher sind, als allgemein angenommen wird. Bei älteren Kindern mag das Abwarten, die Lufteinblasungen, Wassereingiessungen manchmal zum Ziele führen; die am häufigsten betroffenen Kinder stehen im 1. oder 2. Lebensjahre und sind nach Verf. fast sämtlich verloren, wenn sie nicht schleunigst operiert werden. S.

### **La gélatine comme moyen de traitement des diarrhées infantiles.**

Par A. Patricot. (Thèse de Lyon, 1903.)

Diese unter Leitung von Weill verfasste Arbeit gibt 18 Krankengeschichten, und gelangt P. zum Schlusse, dass die Gelatine den anderen, in der Behandlung der einfachen Kinderdiarrhöen benützten Mitteln überlegen ist. Man gibt das Mittel gelöst in physiologischer Kochsalzlösung, nach folgender Zusammensetzung: Kochsalz 7,0 gr., Gelatine 100,0, destilliertes Wasser 1 Ltr. Man gibt hiervon je 10 ccm in Eprouvetten und sterilisiert bei 110—120° zehn Minuten lang. Jedes Röhrchen enthält 1,0 gr. Gelatine und wird, nach Erwärmung im Wasserbade, einer Menge von 100,0 gr. Milch zugesetzt. Man verabreicht eine oder mehrere Dosen in 24 Stunden, auch können die Dosen verdoppelt werden. Im allgemeinen wurden 4—12 gr. Gelatine per Tag benützt; man sieht die Stühle dichter und weniger häufig werden, auch der Allgemeinzustand wird ein besserer. Bei choleriformen Diarrhöen ist der Einfluss auf die Stühle ein guter, aber das Allgemeinbefinden wird nicht so augenfällig beeinflusst. Hauptsächlich muss darauf geachtet werden, nur eine sehr reine Gelatine zu verwenden. E. Toff (Braila).

### **Ueber Bandwurmkuren im Kindesalter.** Von Gottfr. v. Ritter. (Prag. mediz. Wchschr. No. 5 1904).

Die zwei verbreitetsten Bandwurmmittel sind Filix mas und die Flores Kusso. Hinsichtlich des ersteren Mittels muss jeder Arzt, der eine Bandwurmkur mit Filix mas unternimmt, auch bei Verwendung der üblichen Dosen mit den Vergiftungserscheinungen und der Amaurose rechnen (Lenhartz), um so mehr, wenn es sich um Kinder handelt, welche toxischen Einflüssen auf die Darmschleimhaut viel leichter zugänglich sind als Erwachsene und bei welchen man es im Falle eines Unglücks ausser mit dem Patienten selbst und etwaigen gerichtlichen Folgen auch noch mit den Vorwürfen der Eltern zu tun hat. — Aus diesen Gründen hat man die ungefährlichen Flores Kusso angewandt, dieses Mittel ist aber in seiner Wirkung sehr unsicher; bei 28 Fällen von Bandwürmern wurde beim Gebrauch des Mittels der Scolex nur 6mal vorgefunden. — Auf Anregung von Ganghofner wurden daher Versuche mit einem anderen Mittel, nämlich einem von Jungclaussen in Hamburg hergestellten Extrakte aus Kürbiskernen vorgenommen. Dasselbe wird schon seit 30 Jahren hergestellt und soll sich bei Hamburger Ärzten grosser Beliebtheit erfreuen. Es stellt eine dickliche, in der Wärme dünnflüssig werdende schwarzbraune Masse von saurer Reaktion und nicht unangenehmem Ge-

schmacke dar. Storch hat vor ca. 10 Jahren die Aufmerksamkeit auf dieses Mittel gelenkt. Er empfahl, die Kotyledonen samt den Keimen von 120, bei Kindern von 60, 80 bis 100 Kürbiskernen mit der gleichen Menge Zuckerkrystallen zu zerstoßen und den Patienten das angenehm schmeckende Mittel in einer Tasse Kakao zu verabreichen. Eine Stunde später soll Pulvis Jalap. compos. als Abführmittel gegeben werden. St. hatte unter 13 Kuren nur 2 Misserfolge. — B. behandelte mit dem Extrakt 17 Fälle, darunter 2 Erwachsene und 15 Kinder von 14 Mon. bis 9 Jahre, 16 Fälle von *Taenia solium* und 1 Fall von *Taenia mediocanell.* 3mal war Misserfolg da, in 3 anderen Fällen gelang die Abtreibung des Scolex erst nach einer zweiten Kur. Die Zeit zwischen Einnahme des Mittels und Abgang des Bandwurms schwankte zwischen 5 und 10 Stunden. Unangenehme Nebenerscheinungen traten nie auf, auch hatten nach dem Urteile der Erwachsenen, trotzdem bei ihnen die Kur zweimal vorgenommen werden musste, jene während des Einnehmens und nach der Kur nicht die geringsten Beschwerden. S.

**Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluss von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus.** Von O. Körner. (Mittlgn. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurg. Bd. 12 Heft 5. 1903.)

Nach Verf.'s Ansicht soll man rein kosmetische Operationen bei Diabetikern unbedingt unterlassen. Lässt sich eine Operation verschieben, so soll man dies in Fällen, in denen durch Diät Zuckerfreiheit zu erzielen ist, tun, in schweren Fällen, in denen starke Kohlehydratentziehung zu Koma führen kann, ist Entzuckerung undurchführbar und empfiehlt es sich, in diesen Natr. bicarbon. darzureichen. Ferner empfiehlt es sich, bei Diabetikern eine Operation nach einer Zeit des physiologischen Fastens, also am Vormittag vorzunehmen. Die Frage, wodurch bei Diabetikern im Anschluss an eine Operation das Koma ausgelöst werde, ist verschiedentlich beantwortet worden. Die Narkose allein kann nicht als Ursache angeschuldigt werden, da auch durch Operationen ohne Narkose Koma auftreten kann. Sicherlich trägt zur Entstehung des Koma die Aufregung vor einer Operation, die durch die Operation bedingte Schwächung, der Blutverlust, die Nahrungsentziehung, der Wasserverlust, der z. B. mit der Entleerung des Darms bei Bauchoperationen verbunden ist, der Ausfall der Körperbewegung nach Operationen bei. Zur rationellen Beurteilung des Operationsresultats bei Diabetikern ist die Scheidung in 3 verschiedene Formen des Diabetes: leichte, mittelschwere und schwere nötig. Auf diese Grundlagen gestützt hat Verf. eine Untersuchung für die Aufmeisselung des proces. mastoid. durchgeführt und gefunden, dass bei der leichten Form des Diabetes durch die Operation die Zuckerausscheidung sich steigern kann, ohne dass jedoch eine dauernde Schädigung des Kranken eintritt, speziell scheint bei Operationen die leichte Form des D. nicht in die schwere überzugehen. Das Koma scheint nur dann einzutreten, wenn schon vor der Operation die schwere Form des D. bestand, speziell dann, wenn sich schon vorher Acetessigsäure im Urin vorfand. Für notwendige Operationen ist durch die leichtere Form des D. keine Kontraindikation gegeben. Bei vitaler Indikation können jedoch

auch bei mittelschweren und schweren Diabetikern Operationen vorgenommen werden. S.

**Erfahrungen mit der Jodoformknochenplombe.** Von v. Mosetig-Moorhof. (Deutsch. Ztschrft. f. Chirurg. Bd. 71. Heft 5 u. 6.)

Seit 5 Jahren hat Verf. mit grossem Erfolge bei Knochenprozessen (Osteomyelitis, Tuberkulose) die Jodoformplomben in mehr als 200 Fällen zur Ausfüllung von Knochenhöhlen in Anwendung gebracht. Die Plombe besteht aus einem Gemisch von 60 Teilen feinst gepulvertem Jodoform mit je 40 Teilen Wallrat und Sesamöl. Sie wird bei 50° flüssig. Die zu plombierende Höhle darf keine kranken Bestandteile bergen und muss durch einen Trockenapparat völlig getrocknet sein, damit keine toten Räume entstehen und das Gemenge sich überall den Wandungen innig anschmiegen kann. Die Plombe hat in der Wundhöhle nur einen provisorischen Verbleib, sie wird durch die den definitiven Höhlenverschluss zustande bringende Gewebsbildung verdrängt und ausgestossen in dem Masse als letztere sich bildet, oder sie wird, wenn eine Ausgangspforte fehlt, langsam resorbiert. Die Plombe ist berufen, zur Ausschaltung toter Räume zu dienen, ihre Anwendung hat daher eine sehr ausgedehnte Indikation. Die Granulationen werden durch die Plombe vor eitriger Zersetzung geschützt, und eine Ausstossung vollzieht sich daher stets durch reine seröse Sekretion. Der definitive Knochenersatz bildet sich erst sekundär aus den Granulationen durch Einlagerung von Kalksalzen. Zur Plombierung eignen sich von den Osteomyelitisfällen nur die chronisch und zirkumskript verlaufenden, also die streng begrenzte O. granulosa und die in Nekrosenbildung ausgehenden akuten Fälle. Bei der Tuberkulose findet die Plombe in der Ausfüllung von Gelenk- und Knochenhöhlen ausgedehnte Anwendung, wobei zu bemerken ist, dass Vf. jeden Gelenkfungus, sobald die Diagnose sichergestellt ist, operiert, dabei soll man möglichst energisch, wie bei malignen Tumoren vorgehen und alles Pathologische radikal entfernen unter sorgfältiger Berücksichtigung für die spätere Brauchbarkeit des Gelenks, also vor allem unter Schonung des Epiphysenknorpels, falls das Wachstum des Patienten noch nicht endet ist. S.

**Über Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo.** Von Joseph. (Arch. f. Kinderheilk. 38. Bd. 1. u. 2. Heft.)

Alle drei oben genannten Affektionen haben eine gleiche Primäreffloreszenz, unterscheiden sich aber sehr wesentlich von einander.

Die Urticariaquaddel stellt sich sowohl nach äusseren Reizen durch Epizoën wie nach dem Genusse bestimmter Speisen oder nach vorübergehenden Störungen des Stoffwechsels so häufig ein, dass man ihr keine grössere Bedeutung schenken würde, wenn sie nicht den Ausgangspunkt schwerer und den Kranken lange Zeit belästigender Folgezustände bilden würde. Es gibt Urticariaformen, welche in der frühesten Kindheit beginnen und sich über Jahre, ja Jahrzehnte hinaus erstrecken. Hierzu gehört vor allem die Urticaria pigmentosa. Man sieht hierbei nicht, wie bei der gewöhnlichen Quaddel, die zentrale, helle bläschenartige Erhebung und einen roten Hof, sondern die ganze Eruption zeigt einen gleichmässig gelblichen Farbenton, welcher sich deutlich von der umgebenden Haut

ab- und über dieselbe erhebt. Während ferner die gewöhnliche Urticariaquaddel nach mehr oder weniger kurzer Dauer ihres Bestehens sich zurückbildet, ohne Residuen zu hinterlassen, bleiben bei der U. pigmentosa bräunliche Flecke zurück, welche nach äusseren Reizen wieder quaddelartig anschwellen. Von allen anderen Urticariaformen unterscheidet sich diese U. pigmentosa dadurch, dass sie ziemlich unbeeinflusst durch die Therapie jahrelang bestehen kann, ja selbst bis in das 20. Jahr sich ausdehnt, um meist spontan im Pubertätsalter zu verschwinden. Zu weiteren Nachprüfungen fordert allerdings der eklatante Erfolg des Zusatzes von 1,5 g Natr. salicyl. zur Tagesportion Milch auf, welchen Arning bei einem 4monatlichen Kinde erzielte.

Histologisch ist nachgewiesen, dass die Pirmäreffloreszenz in dieser Form aus einem wahren Tumor von Mastzellen besteht, und man wird wohl in der Annahme nicht fehlgehen, dass diesen aus dem Bindegewebe abstammenden Mastzellen der Haut eine sehr hohe, ableitende und vielleicht sogar prophylaktische Bedeutung zukommt. Wahrscheinlich müssen wir uns vorstellen, dass bei einem Überschuss von Ernährungsmaterial die Mastzellen dazu bestimmt sind, es zeitweilig in sich aufzunehmen, um auf diese Weise sei es eine Eiterung, sei es eine Geschwulstbildung hintanzuhalten. Erst bei gelegener Zeit wird aus dem Reservoir der Mastzellen der Überschuss von Ernährungsmaterial langsam an das Bindegewebe abgegeben, um von hier allmählich in den allgemeinen Stoffwechsel überzugehen.

Ungleich häufiger und viel mehr durch die Therapie zu beeinflussen ist eine andere Urticariaform, welche meist ebenfalls in frühester Kindheit einsetzt und unter mehrfachen Exazerbationen und Remissionen schon nach einigen Jahren zur Abheilung kommt, ohne Spuren ihres Daseins zu hinterlassen, der Strophulus infantum. Diese Affektion befällt meist gesunde, kräftige Kinder besonders abends und stört sie durch die plötzlich aufschliessenden Quaddeln in ihrer Nachtruhe. Es zeigen sich nicht immer die typischen Quaddeln, sondern zuweilen bieten die Eruptionen ein mehr festes, knotenförmiges Aussehen dar; anderemale wieder ist die Exsudation so stark, dass auf der Höhe der Quaddel ein Bläschen erscheint. Diagnostisch wichtig ist, dass sich niemals an das Jucken, trotz noch so vielen Kratzens, ekzematöse Eruptionen anschliessen.

Ätiologisch ist anzunehmen, dass sich im Magendarmkanal Toxine bilden, welche reflektorisch zum Auftreten von Urticariaquaddeln Anlass geben. Daher ist Hauptgewicht bei der Behandlung auf die Regelung der Ernährung zu legen. Bei kleinen Kindern muss man die Milch wechseln, die häufig zu fett und daher schwerer verdaulich ist. Bei älteren Kindern verbietet man vor allem den Genuss jeglichen rohen oder geräucherten Fleisches. Manche Kinder besitzen Idiosynkrasie gegen Eier, gegen frisches Obst, ja gegen gewöhnliches Wasserleitungswasser, und ist dann der Genuss dieser Dinge zu untersagen.

Neben der Regelung der Diät steht uns eine grosse Reihe von äusseren Medikamenten zur Verfügung, durch welche wir einerseits die Dauer der einzelnen Eruptionerscheinung abkürzen und andererseits das Jucken erheblich beeinflussen resp. beseitigen können. In erster Linie ist der Liquor carbonis detergens anglicus zu verwenden. Man verordnet:

Rp. Liquor. carb. deterg. angl. 5,0—10,0  
 Zinc. oxydat.  
 Amyl. aa. 20,0  
 Glycerin. 30,0  
 Aq. destill. ad 100,0.

Diese Flüssigkeit wird tüchtig umgeschüttelt und zweimal täglich mit einem Haarpinsel aufgespritzt; abgewaschen wird sie erst bei dem zweimal wöchentlich verordneten Bade mit einer neutralen Seife z. B. Heine's zentrifugierter Kinderseife.

Meist kommt man mit dieser Behandlungsmethode aus. Wo dies nicht der Fall ist, kann man das Bromocoll verwenden sei es in Form einer 10—20 proz. Salbe, sei es in Form einer Schüttelpinselung mit gleicher Anwendungsart wie beim engl. Teer.

Rp. Bromcoll. solubile 5,0—10,0—20,0  
 Zinc. oxydat.  
 Amyl. aa. 20,0  
 Glycerin. 30,0  
 Aq. destill. ad 100,0.

In gleicher Weise kann man auch das recht empfehlenswerte Euguformum solubile (10 proz.) verwenden.

Kommt man mit den genannten Behandlungsarten nicht aus, so geht man zur Anwendung innerer Mittel über. Bei älteren Kindern gibt man Menthol als Darmantisepticum, z. B.

Rp. Ol. amygd. dulc. 0,5  
 Menthol 0,1  
 D. tal. dos. No. 30 ad caps. gelat.  
 S. 3mal tägl. 1 Kapsel.

Auch kann man Hefe verabreichen entweder in Form der gewöhnlichen Bäckerhefe, von welcher 1—2mal täglich 1 Teelöffel in Milch verrührt genommen wird, oder in Form des Cerolins, der therapeutisch wirksamen Substanz aus der Hefe, in Dosen von 0,1—0,2 dreimal täglich.

Was schliesslich die Prurigo anlangt, so kann die Diagnose derselben im Anfang stets schwer werden, so leicht wie sie im späteren Verlaufe des Leidens zu stellen ist. Die Krankheit beginnt meist schon in frühester Kindheit, selten später. Gegen Ende des 2. oder 3. Lebensjahres stellen sich Quaddeln ein, die eine grosse Ähnlichkeit haben mit den Eruptionserscheinungen des Strophulus infantum. Sehr bald aber muss es auffallen, dass diese Quaddeln ganz besonders die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten bevorzugen und hier sogar fast ausschliesslich ausgeprägt sind, während die Quaddeln des Strophulus auch am Rumpfe zu finden sind. Indessen bleibt meist die Diagnose so lange in suspensio, bis sich statt der Quaddeln an den Extremitäten, besonders den unteren, kleine, oberflächliche, blasse, epidermidale Knötchen zeigen, welche sehr stark jucken, den Kindern die Nachtruhe rauben und bald zerkratzt werden.

Als ein Zeichen der allgemeinen Intoxikation des Körpers muss man es auffassen, dass im Beginne der Erkrankung schon häufig die Inguinaldrüsen geschwollen sind. Dieses Symptom ist wohl zu unterscheiden von den sekundären Lymphdrüsenanschwellungen, den sogen. Prurigobubonen,

welche sich als sekundäre Lymphadenitiden infolge des Auftretens der pruriginösen Ekzeme und der Resorption von Staphylokokken einstellen. Das pruriginöse Ekzem zeigt sich sehr bald und bildet ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal vom *Strophulus infantum*.

Im weiteren Verlaufe der Prurigo kann man zwei strenge von einander getrennte Symptomgruppen unterscheiden, die *P. mitis* und *ferox*, welche nicht in einander übergehen, sondern von vorneherein in der Anlage, wie es scheint, vollständig verschieden sind. Naturgemäss ist auch die Prognose bei beiden Symptomenreihen eine gänzlich verschiedene. Die *P. mitis* ist sicher heilbar. Aber auch für die *P. ferox* gilt nicht mehr die absolut infauste Prognose, welche noch Hebra ihr vindizierte. Denn wir kennen jetzt doch neuere Heilmittel, mit welchen wir, wenn auch erst nach Jahren, einen guten Erfolg erzielen. Man muss aber die Kinder lange Zeit behandeln, denn die Prurigo zeigt den eigentümlichen physiologischen Verlauf, dass sie im Sommer an Intensität nachlässt, um im Winter darauf wieder zu exazerbieren.

Bei der Therapie ist weniger Gewicht auf die allgemeine Ernährung als auf eine rationelle Hautpflege zu legen. Innerlich gibt man ausser der Verordnung von Menthol vor allem Lebertran eventuell mit Zusatz von Jod (Rp. Jodi puri 0,1, Ol. jecor. ad 100,0.) Auch die Darreichung von Solut. Acid. sulfur. 3,0: 200,0, 2stdl. 1 Esslöffel hat sich gut bewährt.

Hauptsache ist jedoch die äussere Behandlung. Hier nützen zunächst einmal rein palliative Mittel, welche die Einfettung der Haut herbeiführen wie Naphthol (Rp.  $\beta$ -Naphtholi 1,0—5,0 solve in spirit. vini rectific. 9,5. Vaselini flavi ad 100,0) oder Sapolan. Zu rein kurativen Zwecken verwendet man das Euguform entweder in 10—20proz. Salben oder, wo keine erhebliche Reizung der Haut besteht, in reiner Form als Euguf. solubile purum. Die kranken Teile werden 2mal täglich bepinselt und dann gepudert. 1—2mal die Woche wird gebadet und dann das Euguf. mit einer indifferenten Seife abgewaschen.

In ein Bad soll man die Kinder erst dann schicken, wenn die sekundären Ekzeme beseitigt sind. In Frage kommen Kreuznach, Kösen und wenn es ältere Kinder sind, ganz besonders Saint-Gervais in Savoyen.

Schnell (Egeln).

### **De la balnéation dans les maladies aiguës de l'enfance.** Par

J. Laurent. (Inaugural-Dissert., Paris 1903).

Die interessante Frage der hydrotherapeutischen Behandlung akut fieberhafter Erkrankungen des Kindesalters ist vom Verfasser eingehend untersucht worden, und ist derselbe zu folgenden Schlüssen gelangt: Die Hauptindikationen geben: Typhus, Masern, Scharlach, Bronchopneumonie, Pneumonie und Meningitis cerebro-spinalis. Man wendet kalte, laue, warme Bäder, feuchte Einpackungen an. Die Bäder vermehren die Sauerstoffaufnahme der Lungen, steigern die innere Verbrennung, erhöhen die Ausscheidungen des Körpers und bringen Blutstockungen zur Zerteilung. Das kalte Bad ist namentlich bei ataxo-adynamischen Zuständen, bei Hyperthermie, bei Vergiftungen des Organismus und normaler Nierentätigkeit angezeigt, da dasselbe die Diurese steigert. Doch soll bei ganz jungen Kindern das kalte Bad nur mit besonderer Vorsicht gebraucht

werden. In diesen Fällen sind Waschungen und feuchte Einpackungen vorzuziehen. Die lauen Bäder haben eine sedative, beruhigende Wirkung, dieselben werden von allen Kranken gut vertragen und genügen für alle Fälle von mittlerer Infektion. Dieselben haben eine gute Wirkung auf Erregungszustände und Schlaflosigkeit. Warme Bäder wirken entzündungswidrig und sind bei allen Entzündungen innerer Organe, bei Hyperaemien der nervösen Zentren, bei Meningitis cerebro-spinalis etc. indiziert. Auch üben dieselben eine gute Wirkung in allen Fällen von Allgemeinintoxikation aus.

E. Toff (Braila).

**Hydrotherapie, electricity, and massage in treatment of diseases of children.** Von H. B. Sheffield. (The Post-Graduate, 1904, 2.)

Mehr noch als bei Erwachsenen passt nicht jede Methode in der Behandlung von Kindern in jedem Falle in gleicher Weise. Es muss vielmehr streng individualisiert werden. Beim Kinde gilt zwar als Regel, dass niemals ein Arzneimittel verwendet werden soll, wenn der beabsichtigte Zweck durch andere Mittel erreicht werden kann. S. bespricht zunächst die physiologischen Wirkungen hydrotherapeutischer Massnahmen. Als Hauptregel stellt er oben an, extreme Hitze- und Kältegrade zu vermeiden, erstere erzeugen leicht heftige Depression, letztere Shock. Kalte Waschungen sind indiziert bei Hyperpyrexie und nervöser Reizbarkeit, bei konstitutionellen Störungen wie Anämie, Chlorose, Skrofeln u. s. w. und in Fällen, in welchen ein allgemein tonischer Effekt erwünscht ist, kalte Packungen zur Reduzierung hoher Temperaturen z. B. bei Typhus, Pneumonie, heisse Packungen zur Anregung der Diaphorese, zur Herabsetzung der Tätigkeit des Nervensystems, zur Beruhigung und Ausgleichung der inneren Zirkulation. Dampfpackungen sind besonders wertvoll bei akuten katarrhalischen Zuständen der Luftwege, Nephritis, Hydropsien, Muskelrheumatismus, Eklampsie, Hyperästhesie u. s. w. Kalte Kompressen sind anzuwenden bei Meningitis, Angina, akuter Pharyngitis und Laryngitis, Hämoptysis, Appendizitis, Darmblutung u. s. w., warme bei Neuralgien des Kopfes, Kehlkopffaffektionen nach Ablauf akuter Entzündungen, um die Resorption der Krankheitsprodukte anzuregen, bei exsudativer Pleuritis, Bronchitis, zur Bekämpfung des heftigen Hustens und zur Erleichterung der Expektoration, bei spastischen Zuständen des Armes und zur Beschleunigung von Eiterung und Hebung von Stauungen. Laue Bäder empfiehlt S. als besonders nützlich bei Ausschlagskrankheiten und als Antipyretikum bei Infektionskrankheiten, warme bei Krampfzuständen, bei Affektionen der Lungen und Nieren, bei Exanthenen und nervösen Affektionen, heisse Bäder zur Anregung plötzlicher Diaphorese, bei Kollaps, Konvulsionen und chronischen rheumatischer Affektionen. Kühle Bäder sind von grossem Wert bei nervösen Affektionen wie Neurasthenie und Enuresis sowie als allgemeines Tonikum. Die Anwendung von Duschen kommt in Betracht bei Vergiftungen mit Arzneimitteln, bei Erstickung u. s. w. durch giftige Gase. — S. erörtert dann in dem gewöhnlichen Sinne die medizinischen Bäder. Die Vorteile des internen Gebrauches des Wassers wird oft unterschätzt. Mässige Mengen reinigen den Darmkanal, regen die Peristaltik, Diurese und Diaphorese an. In gewissem Grade wirkt es als Nahrungsmittel, so dass durch reichlichen Wassergenuss



wochenlang das Leben erhalten werden kann. Im allgemeinen indes schwächen grosse Mengen die Verdauung. Wasser löscht den Durst, setzt die Temperatur herab, erleichtert die Expektoration und hebt in Form von Eis das Erbrechen. Dazu kommen die Magen- und Darmauspülungen, die Irrigationen der verschiedenen Körperhöhlen, die Hypodermoklyse, die intravenöse Infusion, für welche im allgemeinen die gleichen Indikationen gelten wie bei Erwachsenen. — Für die Anwendung der Elektrizität betont S. folgende Regeln: Anwendung möglichst schwacher Ströme, Vermeidung der Elektrizität im entzündlichen Stadium organischer Erkrankungen, sorgfältige Beachtung der elektromotorischen Punkte, höchste Dauer einer Sitzung 20 Minuten. Die Indikationen unterscheiden sich nicht von denen bei Erwachsenen: Chorea, chronische Obstipation, diphtherische Lähmung, Enuresis, Fazialisparalyse, Hysterie, multiple Neuritis, Poliomyelitis, Tetanie, Torticollis. — Die Massage ist indiziert bei hysterischen, paralytischen, rheumatischen und traumatischen Gelenkkontrakturen, bei Frakturen zur Resorption källöser Massen, bei chronischer Drüsenschwellung, bei Schwellungen infolge von Rheumatismus, Verrenkungen, Kontusionen u. s. w., bei Torticollis, bei Muskelkontraktionen, bei Obstipation, atonischer Dyspepsie und Magenerweiterung, allen Formen von Muskelatrophie oder -dystrophie, als allgemeines Stimulans nach langdauernder Muskeluntätigkeit, in verschiedenen Formen der Lähmung zur Besserung der Ernährung und der Funktion der Muskeln. Kontraindiziert ist sie bei Kindern mit gonorrhöischem Rheumatismus oder Peliosis rheumatica, bei tuberkulösen, typhösen oder syphilitischen Ulzerationen des Darmes, bei akuter Peritonitis, Appendizitis, Gastoenteritis, Magengeschwür, bei tuberkulöser Drüsenschwellung. Im allgemeinen genügt bei lokalen Affektionen lokale Massage. Häufig jedoch ist sie durch allgemeine Massage zu unterstützen. Die Dauer einer Sitzung schwankt von wenigen Minuten bis zur Viertelstunde. Anwendung von Gewalt muss ausgeschlossen werden. Bei kleinen Kindern vermeide man allgemeine Friktionen des Körpers.

v. Boltens Stern (Berlin).

**La mort dans la chorée.** Von M. Vicq. (Gaz. des hôpit. No. 93, 1903.)

Der Tod kann bei der Chorea ohne Komplikationen und bei der komplizierten Chorea eintreten. Im ersten Falle kann er die Folge der Erschöpfung sein und erscheint als Ausgang schwerer intensiver generalisierter Formen. Er kann auch plötzlich bei Formen mittlerer Intensität eintreten. Im zweiten Falle kann es sich um eine Herzaffektion (Endokarditis, Perikarditis, Asystolie), um eine nervöse Komplikation (akute Manie, Apoplexie, Koma) um eine Störung des Verdauungsapparates (akute Magenerweiterung), um eine Komplikation seitens des Respirationsstraktus (Pneumonie, Pleuritis, Asphyxie) handeln. Er kann gelegentlich einer hinzugekommenen Infektion, welche sich auf Grund von Hautexkoriationen entwickelt, eintreten (Abszess, Phlegmone, Gangrän, Septikämie,) oder es gesellen sich Tuberkulose, Scharlach, Diphtherie, Typhus hinzu. Man muss daher selbst bei gutartiger Chorea die Prognose immer vorsichtig stellen. Man kann niemals von vornherein wissen, ob eine Chorea, sie mag noch so leicht im Beginn erscheinen, nicht später sich schwerer und ernster ge-

staltet und ob nicht andere zirkulatorische oder nervöse Störungen hinzutreten, welche hinreichend heftig sind, um den Tod herbeizuführen.

v. Boltenstern (Berlin).

## I. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Kinderärzte zu Frankfurt a. M. am 26. Januar 1904.

1. Dr. A. de Bary (Frankfurt a. M.).

a) Demonstration einiger Fälle von Syphilis hereditaria tarda.

α) 1 jähriges Mädchen mit Gaumendefekt, Periostitis litiae und Keratitis.

β) 11 jähriges Mädchen mit Gumma periostale d. Stirn und Periostitis d. Metatarsus I.

γ) 4 jähriges Kind mit Ophthalmoplegia totalis, die auf Schmierkur rasch heilte.

δ) 11 und 13 jährige Kinder mit heredosyphilitischer Labyrinthkrankung, die zu absoluter Taubheit geführt hat.

ε) Fall von doppelseitiger subchron. Gonitis bei einem 9 jährigen Mädchen, dessen Schwester wegen Keratitis parenchymatosa und Gumma des weichen Gaumens in Behandlung gestanden hatte. Beide Kinder durch Hg-JK-Therapie geheilt.

b) Vorstellung eines Falles von Syphilis acquisita bei einem 12 jährigen Mädchen, das den Primäraffekt an der rechten Tonsille hatte.

2. Dr. Cahen-Brach (Frankfurt a. M.).

Coxa vara sinistra bei 9 jährigem Knaben. Durch Radioskopie sicher gestellter Fall von rechtwinkliger Abknickung des Schenkelhalses. Durch orthopädische Behandlung Besserung der Bewegungsbeschränkung. (Abduktion, Rotation.)

3. Dr. v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.).

6 Fälle von progressiver Muskeltrophie, von denen 4 eine Mutter und deren 3 Kinder im Alter von 7 Jahren, 3 Jahren, 5 Monaten, die übrigen 1 Mädchen von 7, 1 Knaben von 14 Jahren betrafen.

4. Dr. Cuno (Frankfurt a. M.).

a) Fall von geheilter Meningitis(?): 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jähriges Kind, das nach Masern anscheinend an typischer Meningitis erkrankte. Dabei starke Protrusio bulbi dextr. und starke Füllung der rechtsseitigen Gesichtsvenen. Heftige Zuckungen der rechtss. Gliedmassen, linkerseits Parese, desgl. d. r. nervus facialis. Nach Besserung dieser Erscheinungen stellte sich linkss. Hemi-anopsie heraus. Nach 1 Jahr waren sämtliche Funktionen wieder intakt. Die Behandlung hatte in Hg-JK-Kur bestanden; doch hatte die Besserung schon begonnen, bevor eine Wirkung zu erwarten war.

b) Über Beseitigung der Dekanülements-Beschwerden.

Empfehlung der bereits in der Münchener mediz. Wchschrft 1903 beschriebenen Bolzenkanülen und fixierten Tuben.

Cahen-Brach (Frankfurt a. M.).

## Rezensionen.

Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene. Unter Mitarbeit von Prof. F. W. Büsing, Prof. Dr. H. Krollick und vielen anderen hervorragenden Fachmännern. Herausgegeben von Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. L. Wehmer. II. Abteilung. Mit 705 Abbildungen. Leipzig u. Wien, A. Pichlers Witwe u. Sohn, 1904. Preis beider Abteilungen 27 Mk.

Die 2. Abteilung des gross angelegten schulhygienischen Wehmerschen Werkes ist in einem stattlichen Bande von ca. 600 Seiten soeben erschienen und geht von Artikel „Nase, Nasenkrankheiten“ bis „Zeitschriften“. Wir verweisen auf unsere Kritik, die wir im Februarheft des „Kinder-Arzt“ gelegentlich des Erscheinens der 1. Abteilung des Werkes erstattet haben. Wir haben es hier, um es noch einmal zu betonen, mit einer in jeder Beziehung vollkommenen und mustergiltigen Darstellung des gegenwärtigen Standes aller die Schulhygiene betreffenden Fragen innerhalb der deutschen Einzel- und der wichtigsten ausserdeutschen Kulturstaaten zu tun. S.

Kurzer Überblick über die Grundzüge der Röntgentechnik des Arztes. Von Dr. Karl Bruno Schürmayer. Mit 13 Abbildungen und 4 Tafeln. Leipzig, Hachmeister u. Thal, 1904. Preis 2 Mk.

Sch. gibt einen kurzen Überblick über die Röntgentechnik des Arztes; in besonderen Artikeln werden die Röntgen-Einrichtung, die Methoden und Hilfsmittel der Durchleuchtung, die Prüfung der Materialien auf ihre Güte und Brauchbarkeit, einige wertvolle Kunstgriffe in der Herstellung der Röntgenbilder und die Radiographie behandelt. Einen gesonderten Teil nimmt die Röntgentherapie ein. Von den der Broschüre beigehefteten Tafeln interessiert besonders Tafel 3, auf welcher das Röntgenbild eines neugeborenen Kindes mit eitriger Gehirnentzündung dargestellt ist. An der Schädelbasis ist um die Knochenkerne das Exsudat sichtbar. Das Kind starb nach einer Woche. Die Sektion ergab die Richtigkeit der Röntgendiagnose. Dr. Göbel (Göda).



## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Beiträge zur Lehre von der Rhachitis. Von Siegert.

S. entwickelt auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen, Anschauungen über die Bedeutung der natürlichen und künstlichen Ernährung für die Ätiologie der Rhachitis, die den bisherigen Angaben der Lehrbücher widersprechen. Dieselben lauten:

Bei fehlender erblicher Veranlagung ist die Ernährung des Säuglings an der Brust das beste, recht zuverlässige Schutzmittel gegen Rhachitis, bei erblicher Veranlagung schützt es in keiner Weise vor derselben, wohl aber vor schweren Verdauungsstörungen. Bei Brustkindern verläuft deshalb die Rhachitis im allgemeinen leichter. Schwere, selbst schwerste

Rhachitis findet sich, wenn auch selten, bei erblich veranlagten Brustkindern. Überlanges Stillen bedingt an und für sich keineswegs Rhachitis. Für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens ist die Ernährung an der Brust von besonders grosser Wichtigkeit beim rhachitischen Kinde.

(Jahrb. f. Kinderheilk. 1903.)

Schnell (Egeln).

Roschanski gibt folgendes Verfahren zur unblutigen Behandlung der Phimose an: Täglich 2—3 mal wird ein schwaches Desinficiens mit einem Gummiballon unter die Vorhaut gespritzt, so dass letztere sich ballonartig von der Eichel abhebt. Nach 2—3 wöchentlichen Einspritzungen ist die Vorhaut so weit gedehnt, dass sie sich leicht über die Eichel zurückziehen lässt. Mit einer Sonde wird die eventuelle epitheliale Verwachsung gelöst und der Sulcus retroglandularis gereinigt. Im Laufe der nächsten 2 Wochen wird das Präputium noch täglich über die Eichel zurückgezogen und die Eichel mit einer Borlösung abgewaschen.

(Jahrb. f. Kinderheilk. 1903.)

Schnell (Egeln).

Gerson empfiehlt folgendes unblutige Verfahren selbst gegen hochgradige Phimosen: Man zieht mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand das Präputium möglichst weit nach vorn und führt mit der rechten eine stumpfe Pinzette mit geschlossenen Branchen etwa 1 cm weit in das Präputium ein. Lässt man nun die Branchen der Pinzette auseinander federn, so üben sie auf die Präputialwandung einen elastischen Druck aus und lassen die Vorhautöffnung weit auseinander klaffen. Diesen Druck lässt man anfangs nur etwa 20 Sekunden wirken, später  $\frac{1}{2}$ —1—2 Minuten. Die Dehnungen, die nur wenig schmerzhaft sind, sind anfangs täglich zu wiederholen. Nach jeder Dehnung ist die Vorhaut mit Talkum zu pudern. Zur Unterstützung dieser Behandlung kann man die Eltern anweisen, morgens und abends die Vorhaut des Kindes in der Weise zu dehnen, dass sie mit Daumen und Zeigefinger beider Hände die Vorhaut in der Querrichtung fassen und mit allmählich stärker werdendem Zuge auseinanderziehen.

(Jahrb. f. Kinderheilk. 1903.)

Schnell (Egeln).

Ein besonderer Fall von ulzeröser Enteritis. Von L. Strominger und A. Munteano.

Die betreffende, 14jährige Patientin fühlte plötzlich während der Nacht heftige Schmerzen im Bauche, es trat Delirium auf und war das Bewusstsein gestört. Es bestand Konstipation und erhöhte Temperatur. Die Abdominalschmerzen wurden immer heftiger und konzentrierten sich namentlich in der Höhe des Mc. Burneyschen Punktes. Es trat dann Erbrechen auf und wurden die Stühle diarrhoisch und zeitweilig sanguinolent. Die Temperatur war subnormal und schwankte durch 7 Tage zwischen  $35,1^{\circ}$  und  $35,7^{\circ}$ . Einmal sogar war dieselbe auf  $34^{\circ}$  gesunken. Bei der Nekropsie wurde der Appendix normal gefunden; es bestanden zahlreiche alte und frische peritoneale Adhärenzen, Vergrößerung der Mesenterialganglien und hauptsächlich ausgebreitete Geschwüre im Dünn- und namentlich im Dickdarme. Dieselben waren länglich, mit rotem Grunde

und unregelmässigem, fetzigem Rande. Die Payerschen Plaques waren normal.

Der Fall war interessant durch das Vortäuschen einer Appendicitis und durch die lange dauernde subnormale Temperatur. Bezüglich der Ätiologie konnte nichts Sicheres festgestellt werden. Möglicherweise handelte es sich um eine Intoxikation mit Sublimat oder Arsenik.

(Spitalul. 1904.)

E. Toff (Braila).

Über Todesursachen bei Neugeborenen während und gleich nach der Geburt mit Rücksicht auf ihre forensische Bedeutung.

Auf Grund dreier Fälle von unerwartetem und zunächst unerklärtem Tode bei scheinbar ganz gesunden und kräftig entwickelten Kindern gleich nach und kurz vor der Geburt, bei deren einem nur mikroskopisch nachweisbare Veränderungen an den inneren Organen (Herzmuskulatur verändert und körnig getrübt; interstitielle Wucherungen des Bindegewebes, teilweise Desquamierung des Alveolen-Epithels der Lungen; trübe Schwellung der Leberzellen), deren Ursache zweifelhaft bleibt, einigermaßen eine Aufklärung geben konnten, in deren zweiten Fall sich endo- und periarterielle Prozesse in der Plazenta fanden, während in dem dritten keinerlei Aufschluss über die Todesursache festgestellt werden konnte, macht Verfasser aufmerksam auf das erhebliche forensische Interesse solcher Fälle. Solche sicheren Beobachtungen, bei denen jedes kriminelle Vorgehen ausgeschlossen ist, beweisen, wie vorsichtig man bezüglich der Beurteilung der Todesursachen bei der forensischen Begutachtung sein muss, wenn man nicht den unglücklichen Müttern einmal bitter unrecht tun will.

(Münchener Medizinische Wochenschrift 1903. Vortr., geh. in der 3. Stzg. d. fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Frauenheilk.)

Pauli (Lübeck).

Die akuten Entzündungen der Rachenmandel. Von Beckmann.

Die Entzündungen der Rachenmandel sind nach B. oft die Ursache anderer Erkrankungen, so des Gelenkrheumatismus, der Endokarditis, Chorea, des Scharlachs, der Influenza, der meisten Mittelohrentzündungen der Pleuritis, Pneumonie, Nephritis und der Osteomyelitis. Besonders Kinder sind durch die Rachenmandelentzündungen gefährdet. Laryngospasmus und Rhachitis stehen in nahen Beziehungen zu denselben. Ebenso können Tuberkelbazillen in die Rachenmandel und von da aus mittels der Lymphbahnen in die basale Hirnhaut gelangen, wodurch die Meningitis basilaris häufig entsteht. Ebenso verhält es sich mit der Halswirbelcaries, dem Retropharyngealabszess und der Lungenspitzen tuberkulose in ihren ätiologischen Beziehungen zu der Rachenmandelentzündung. Souveränes Mittel gegen die Rachenmandelentzündung ist die Abtragung der Rachenmandel bis auf die Fibrocartilago basilaris.

(Berl. klin. Wochenschr. 1903.)

S.

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

**XV. Jahrg.**

**Junii 1904.**

**No. 6. (174.)**

**Inhalt:** Originalien: **Pacyner**, Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatotherapie. 121. — Referate: **Soltmann**, Keuchhusten und Zypressenöl. 128. — **Presta u. Tarruella**, Bierhefe bei Infektionskrankheiten. 129. — **Windscheid**, Chorea. 129. — **v. Leube**, Albuminurie bei Aortenklappen-Insuffizienz. 131. — **Spieler**, Akute Skolikoiditis und Perityphilitis. 131. — **Nathan**, Rhachitis. 132. — **Spietschka**, Angeborene Rhachitis. 132. — **Spitzky**, Chronische Arthritis. 133. — **Osswald**, Akute Leukämie. 134. — **Joachimsthal**, Spondylitische Lähmung. 134. — **Louvenheim**, Fucol als Ersatz für Lebertran. 135. — **Hirsch**, Solvin. 135. — **Sintenis**, Pegnimilch. 136. — **Gesundheitspflege: Vulpius**, Rückgratsverkrümmungen und Schule. 137. — **Rezensionen: Rether**, Die Therapie im Säuglingsalter. 138. — **Biedert und Fischl**, Lehrbuch der Kinderkrankheiten (12. Aufl.). 138. — **Kronfeld**, Die Zähne des Kindes. 138. — **Pfeiffer**, Regeln für die Pflege von Mutter und Kind. 3. Teil: Regeln für das Spielalter. 4. Teil: Regeln für das Schulalter. 139. — **Berninger**, Ziele und Aufgaben der modernen Schul- und Volkshygiene. 139. — **Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.** 140. — **Rezeptformeln für die Kinderpraxis.** 143. — **Kleine Mitteilungen.** 144.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Aus der dermatologischen Klinik des Prof. Reiss in Krakau.

### **Beobachtungen über den therapeutischen Wert des Thigenol „Roche“ in der Dermatologie. \*)**

Von Dr. J. Pacyner.

Von der Schweizer Firma F. Hoffmann-La Roche & Comp. in Basel ist unlängst ein neues Heilmittel „Thigenol“ in den Handel gebracht worden. Das Thigenol ist ein schwefelhaltiges, synthetisch dargestelltes, dem Ichthyol sehr ähnliches Präparat, doch zeichnet es sich vor diesem durch mehrere Vorzüge aus, denn es enthält mehr organisch gebundenen Schwefel, und zwar 10 Prozent, während Ichthyol nur 8,8 Prozent enthält; es ist ferner fast ganz geruch- und geschmacklos; auf der Haut verrieben, bildet es unter schnellem Vertrocknen einen feinen, gleichmässigen, nicht klebrigen Überzug und lässt sich dann sowohl von der Haut, wie auch von der Wäsche spurlos abwaschen; endlich ist es auch billiger als das

\*) Aus „Neue Therapie“ Nr. 4, 1904.

Ichthyol, denn nach der neuesten Apothekertaxe kostet das Gramm Thigenol 7 h, dagegen das Gramm Ichthyol 10 h.

Das Thigenol ist sehr leicht löslich in Wasser, in etwas verdünntem Alkohol und in Glycerin und bildet in Lösungen keinen Satz, es lässt sich in verschiedenen Fetten und Kollodium vollkommen mischen, wodurch seine Anwendung in den verschiedensten Kombinationen und beliebigen Konzentrationen ermöglicht wird. Ich muss aber bemerken, dass ich das Thigenol entgegen den vielfach kombinierten und nur das Gedächtnis beschwerenden Rezeptformeln anderer Autoren, in möglichst einfacher Form angewendet habe.

In welchen Fällen das Thigenol Verwendung finden kann, lässt sich leicht aus seinen Eigenschaften ermitteln. Auf die Haut appliziert, ruft das Mittel zunächst Kontraktion der peripheren Gefäße hervor, wodurch das Gefühl von Jucken beseitigt wird — ein Faktor, der in der Therapie ekzematöser Veränderungen ohne Zweifel von höchster Bedeutung ist. Ferner mildert es die Entzündungszustände der Haut und beschleunigt die Resorption der Infiltrate; die Haut wird trocken, die entblösten Stellen werden bedeckt und auf diese Weise vor dem Eindringen infektiöser Mikroorganismen geschützt. Endlich wirkt das Mittel auch in hohem Grade antiseptisch, wie ich dies in einigen Fällen von infektiösen Hauterkrankungen feststellen konnte.

Die erfolgreichen Versuche von Saalfeld und Jaquet haben mich dazu bestimmt, das Thigenol bei verschiedenen Dermatosen anzuwenden. Die Versuche nahm ich hauptsächlich an klinischen Kranken vor, welche mir zu diesem Zwecke von Herrn Prof. Reiss gütigst zugewiesen wurden, teils aber auch an Patienten, welche in meiner Privatbehandlung standen. Um mich kurz zu fassen, will ich hier nicht alle Fälle in ihren Einzelheiten schildern, sondern nur die wichtigeren etwas ausführlicher beschreiben.\*) Im ganzen habe ich das Thigenol bis jetzt in zirka 100 Fällen angewendet, und zwar meistens bei Ekzemen, besonders bei chronischen Formen. Hier muss gleich hervorgehoben werden, dass bei der Behandlung dieser Affektionen mit Thigenol die individuelle Reizbarkeit der Haut jedes einzelnen Kranken berücksichtigt werden muss. Ich habe nämlich die Beobachtung gemacht, dass Patienten mit scheinbar sehr empfindlicher Haut oft sehr hochprozentige Thigenol-Lösungen und -Salben, ja sogar das reine Präparat ohne die geringste Reaktion ertragen, während ich bei Kranken mit gar nicht gepflegter Haut nach Einwirkung des Thigenol starke Reizerscheinungen auftreten sah, welche dann entweder von selbst zurückgingen oder durch allmähliche Steigerung der Konzentration sich leicht beseitigen liessen. Kinder vertragen dieses Präparat im allgemeinen gut. Obgleich sowohl reines Thigenol, wie auch seine Wasser- und Alkohol-Lösungen — wie schon oben erwähnt — schnell auf der Haut vertrocknen, indem es einen nicht klebrigen Überzug bildet, muss doch bemerkt werden, dass an den Berührungstellen zweier Hautflächen, oder an Stellen, wo die Drüsensekretion reichlicher ist, das Präparat aufgelöst wird und die anklebende Wäsche ein unangenehmes Gefühl und Reizung hervorruft. In solchen Fällen kann das Thigenol mit Kollodium kombiniert werden, nur muss dabei auf vor-

---

\*) S. auch „Przegląd lekarsk.“, Nr. 5, 1904.

übergehendes Brennen, welches der Äther verursacht, aufmerksam gemacht werden.

Bei akuten, nicht nässenden Ekzemen habe ich Thigenol in 10- bis 20 prozentigen, sogar 30 prozentigen Salben mit Unguentum simplex, Unguentum Zinci Wilsoni, Lassar's Zinkpaste oder Lanolin angewandt, und zwar in der Weise, dass ich die Salbe je 12 Stunden auf die gereinigte Haut auftragen und mit irgend einem Streupulver bestreuen liess. In den meisten Fällen wurden die ergriffenen Hautstellen schon nach Ablauf der ersten Woche weich, blass und die Desquamation nahm bedeutend ab. In den folgenden 2 Wochen trat entweder vollständige Heilung ein, oder der Zustand besserte sich in dem Grade, dass ich nunmehr die Salbe nur alle 24 Stunden gebrauchen liess. Vor dem jemaligen Auftragen frischer Salbe soll die früher angewendete von der Haut entfernt werden, was am besten durch Öl und Watte geschieht, denn Wasser wirkt auf ekzematöse Haut schlecht ein. Von 14 Fällen erfolgte in 5 vollständige Heilung nach 2 Wochen, in 7 Fällen in 2—4 Wochen, in 1 Falle nach 6 Wochen, 1 Fall entzog sich noch während der Behandlung meiner weiteren Beobachtung, und kann ich deshalb über diesen nichts Sichereres sagen.

Bei akuten nässenden Ekzemen wandte ich Thigenol entweder mit Hebra'scher Salbe an, wobei ich die charakteristische Färbung der Haut mit Bleisulphat nicht sah, oder in alkoholisch-wässriger 30—50 prozentiger Lösung, mit welcher ich die betreffenden Hautstellen mittels eines Borstenpinsels alle 12 Stunden bepinseln liess. Sobald bei solchem Vorgehen die Entzündungserscheinungen zurückgegangen waren, was meist schon nach einigen Tagen erfolgte, ging ich zu einer der oben erwähnten Salben über. Solcher Fälle beobachtete ich 6 bis zur völligen Heilung, welche spätestens in 5 Wochen zustande kam; bei mehreren anderen konnte die Beobachtung aus Verschulden der Patienten selbst keine genaue sein. In einem Falle von akutem nässendem Ekzem des Penis, Skrotums und der Inguinalgegend, welches dem Kranken heftige Schmerzen verursachte und jeder anderen Behandlung trotzte, trat zwar nach Anwendung einer 25 prozentigen wässrigen Thigenol-Lösung noch stärkere Reizung auf, dagegen erfolgte aber bei Anwendung von Zinksalbe unter Zusatz von 10—20 Prozent Thigenol binnen kaum 2 Wochen völlige Heilung.

Verschiedenartiger waren die Fälle von chronischem Ekzem, bei dem ich im ganzen Thigenol in 28 Fällen angewandt habe; von diesen konnte ich nur 9 längere Zeit beobachten; der Erfolg der Behandlung war aber stets ein günstiger. Zu bemerken ist noch, dass ich beim Gebrauch von reinem Thigenol oder seiner alkoholisch-wässrigen Lösungen zuweilen eine mehr oder minder starke Reizung eintreten sah, die ich aber bei der Anwendung von Thigenol-Salben niemals beobachtete. Im allgemeinen verhielten sich die durch äussere Einflüsse entstandenen Ekzeme der Thigenol-Behandlung gegenüber längere Zeit hartnäckig, dagegen leistete mir das Thigenol bei Ekzemen, welchen eine Seborrhöe zu grunde lag, schnelle und sehr gute Dienste.

Bei 3 Fällen von *Dermatitis artefacta* wandte ich Thigenol in dreierlei Form an und erhielt folgende Resultate: Bei Behandlung mit Zinksalbe unter Zusatz von 10 Prozent Thigenol und Streupulver wurde eine ausgedehnte Hautentzündung in zirka 3 Wochen beseitigt; eine 20prozentige Thigenol-Mischung mit Paraffinöl und Lanolin, zweimal täglich



eingerieben, daneben Umschläge mit essigsaurer Tonerde, ergaben schon nach 10 Tagen zufriedenstellende Resultate; hingegen rief in einem dritten Falle die Lösung: Thigenol. 50,0, Spirit. vini 30,0, Aq. destill. 20,0 eine starke Hautreizung hervor, welche jedoch durch folgende Anwendung von Zinkpulver beseitigt wurde, worauf vollständige Heilung erfolgte, was ich bei alleiniger Anwendung von Streupulver niemals beobachten konnte.

Ebenso günstige Resultate erhielt ich bei Anwendung von Thigenol bei *Impetigo vulgaris*. Zwei Geschwister erkrankten gleichzeitig. Beim Knaben (10 Jahre alt) war ein grosser Teil der Kopfhaut, die Ohren und mehrere Stellen im Gesicht, bei dem Mädchen (7 Jahre alt) die Nasen und Mundgegend und die Gegend hinter der Ohrmuschel mit *Impetigo*-krusten bedeckt. Nach Entfernung der Schorfe wandte ich in ersterem Falle eine 25prozentige Mischung von Thigenol mit Öl und Vasogen, im anderen eine 10prozentige Schwefelsalbe an, und es zeigte sich, dass der Knabe binnen zirka 3 Wochen hergestellt war, während das Mädchen einer zweimal so langen Behandlung bedurfte.

Reines Thigenol wandte ich auch in einem Falle von *Trychophytia animalis faciei* (Katze) an. 18jähriges Mädchen, Infektionsstelle auf der linken Wange von der Grösse einer Krone, umgeben von einem zirka 2 cm breiten Entzündungshof. Die Stelle wurde mit reinem Thigenol zweimal täglich gepinselt und mit Kaliseife gründlich abgewaschen. Am dritten Tage, also nach der sechsten Einpinselung, ergab die bakteriologische Untersuchung einen negativen Befund, Entzündungserscheinungen waren nicht mehr vorhanden, und nach 8 Tagen war der Prozess vollständig geheilt.

Ferner ist ein Fall von ziemlich ausgedehntem *Lichen chronicus Vidali* (*Neutrodermitis Brocq*) gleichfalls zur Heilung gelangt. Das Leiden wurde früher mit Arsen behandelt. Als Patient in die Klinik kam, waren hauptsächlich die Seitenteile des Brustkorbes und des Bauches von typischen Knötchen besetzt und Pat. klagte über unerträgliches Jucken. Ich verordnete 20prozentige Thigenol-Salbe mit Lanolin und, nachdem das Jucken beseitigt war, 10prozentige Thigenol-Zinksalbe. Nach 6 Wochen konnte Pat. gesund entlassen werden.

Die schmerzmildernde Wirkung des Thigenol konnte ich in 5 Fällen von Verbrennung beobachten, welche ich mit diesem Präparat behandelte. Bei einem 17jährigen Mädchen nahm die Verbrennung mit kochendem Wasser einen Teil des Vorderarmes und die Seitengegend des Brustkorbes ein. Die eigentliche Haut (*Corium*) war auf einer grossen Fläche entblösst, was der Kranken heftiges Brennen verursachte. Ich verordnete Umschläge aus Leinöl und Kalkwasser zu gleichen Teilen mit Zusatz von 10 Prozent Thigenol. Nach einer halben Stunde empfand Pat. kein Brennen mehr, und am vierten Tage fingen die entblösten Stellen an, sich mit Epithel zu bedecken. Nun wurde 10prozentige Thigenol-Salbe mit Lanolin und Vaseline verordnet, und in zirka 2 Wochen erfolgte völlige Heilung. Drei andere Fälle behandelte ich einzig und allein mit 10- bis 20prozentiger Thigenol-Salbe, welche gleichfalls sehr schmerzlindernd wirkte und verhältnismässig schnell zur Heilung führte. Im fünften Falle von Verbrennung der Haut des Vorderarmes der Hand, des Ober- und Unterschenkels und des Fusses der linken Seite durch brennenden Spiritus

— wo es am Unterschenkel zu oberflächlicher Verkohlung kam —, wandte ich nebst täglichen längeren Bädern Einreibung von kühlender Thigenol-Salbe an: Thigenol 10,0, Adipis lanae 20,0, Vaselini fl. 30,0, Aq. destill. 10,00. Nach 14 Tagen wurde der Kranke gesund entlassen.

In zwei Fällen von *Prurigo mitis*, bei welchen ich nebst täglichen Bädern 10- und 20prozentige Thigenol-Salbe mit Lanolin und Vaseline anwandte, konnte ich kein besseres Resultat beobachten, als bei der Behandlung mit Naphthol-Salbe — ausser dass bei der Behandlung mit Thigenol das Jucken schon am dritten Tage bedeutend abnahm.

Einen Fall von *Herpes pro genitalis* bei einer älteren Frau behandelte ich mit Thigenol in einer 20prozentigen Glycerin-Lösung. Anfangs trat eine Reizung und ein Gefühl von Brennen auf, welches ich dem Glycerin zuschrieb; es kam sogar zu leichter Schwellung der Vulva; nach sorgfältiger Reinigung der angegriffenen Stelle machte aber dieselbe Mischung keine Beschwerden mehr, und 12 Tage nachher war keine Veränderung mehr zu sehen.

Ferner soll die Wirkung des Thigenol auf *Akne* erwähnt werden. In einem Falle von *Akne vulgaris* auf der Stirn und den Wangen verordnete ich — nach sorgfältigem Abwaschen mit Schwefelseife und Abtrocknen des Gesichtes — Einpinselung mit einer Mischung von Thigenol, Wasser und Alkohol zu gleichen Teilen. Diese Manipulationen wurden jeden Abend drei Monate lang wiederholt, der Erfolg war vollständige Heilung. In einem zweiten ähnlichen Falle wurde die Haut nach dreiwöchentlicher Behandlung mit 50 Prozent Alkohol-Wasserlösung ganz blass und die Zahl der *Akne*-Knötchen nahm bedeutend ab. Einen dritten Fall von *Akne* bei einem Säuer behandelte ich zuerst abwechselnd mit Schälpaste und Borsalbe und nach erfolgter Abschälung des Epithels verordnete ich 20prozentige Thigenol-Salbe. In der Folge bekam die früher dunkelrotblaue Haut ein normales Aussehen und die noch übrig gebliebenen *Akne*-Knötchen schwanden vollkommen. In diesem Zustande verliess Pat. die Klinik.

Einen Fall von *Pityriasis rosea* Gibert behandelte ich durch zwei Wochen mit 20prozentiger Thigenol-Zinksalbe, ohne sichtbaren Erfolg. Darauf versuchte ich eine Salbe von 20 g Thigenol, 60 g Lanolin und 30 g Öl. Der Zustand begann sich schnell zu bessern und binnen zirka 2 Wochen war der Prozess geheilt.

Einen Fall von *Psoriasis vulgaris* der Stirn behandelte ich mit einer Thigenol-Kollodium-Mischung, jedoch ohne positiven Erfolg, und muss ich in diesem Falle das Eurobin vorziehen.

In einem Falle von *Sycosis barbae vulgaris* sah ich nach vierwöchentlicher Behandlung sowohl mit reinem Thigenol, wie auch in verschiedenen Kombinationen keinen ausgiebigen Erfolg, und musste ich zu einem anderen Mittel greifen.

In einem Falle von *Erythrasma inguine* empfahl ich eine 25prozentige Thigenol-Kollodium-Mischung und, wenn auch die Behandlung in diesem Falle keine systematische war, musste ich doch, als ich den Pat. nach einigen Monaten wieder sah, den Zustand als sehr befriedigend bezeichnen.

Die Anwendung von Thigenol bei chronischen Krankheiten, wie Favus und Lupus vulgaris, ist gegenwärtig in der Klinik nicht gut möglich. Trotzdem habe ich an Ambulanten dieses Mittel versucht, leider entzogen sich aber alle meiner weiteren Beobachtung; auch schien die Behandlung von Anfang an nicht viel erwarten zu lassen. In letzterer Zeit behandle ich mit 20prozentiger Zink-Thigenol-Salbe ein Mädchen mit frischer Eruption von Lupus erythematosus faciei und einen Mann mit Lupus exfoliativus, welcher ein Drittel der ganzen Hautoberfläche einnimmt. Beim Mädchen geht der Heilprozess sehr gut von statten, so dass vollständige Gesundung zu erwarten ist; beim Manne wurde bis jetzt bloss eine bedeutende Abnahme der Infiltration und eine viel grössere Elastizität der affizierten Haut erlangt; stellenweise kann man sogar eine Neigung zur völligen Resorption der Knötchen beobachten.

Weiterhin ist ein Fall von Pityriasis alba capillitii zu erwähnen, welchen ich mit Thigenol behandelte. Bei einem Kranken, der seit Jahren an Pityriasis leidet, steigerte sich das Leiden in den letzten Wochen, und der Haarausfall nahm in hohem Grade zu. Ich liess das Haar kurz schneiden und empfahl Abwaschungen mit Seifenpulver und sodann Einreibungen mit 1prozentiger Thigenol-Lösung in Alkohol und Wasser. Nach zwei Wochen solcher Behandlung hörte das Haarausfallen auf, und die Erscheinungen der Pityriasis erneuerten sich nicht wieder.

Über die Wirkung des Thigenols bei Skabies kann ich nicht viel berichten. Ich habe dasselbe nämlich nur bei drei Fällen angewandt, einmal nach der von Saalfeld angegebenen Formel: Thigenol. 70,0, Spirit. vini 20,0, Aq. dest. 10,0. Nach dreimaligem Einpinseln des ganzen Körpers mit dieser Mischung alle 12 Stunden und nachfolgendem Bad empfand Pat. kein Jucken mehr; nach 4 Tagen aber kam das Jucken wieder, und zwischen den Fingern konnte man frische Skabiesbläschen sehen. Das Verfahren wurde wiederholt und diesmal mit gutem Erfolg. Da das Jucken nach den ersten Einpinselungen aufhörte und erst nach 4 Tagen wieder zurückkehrte, lässt sich vermuten, dass entweder eine Reinfektion eingetreten ist oder das dreimalige Einpinseln noch nicht genügte, um die Eier des Parasiten zu vernichten. Ein vollständig günstiges Resultat hatte ich bei einem anderen Falle, wo ich bei einem 12jährigen Mädchen nach der Methode von Jaquet verfuhr. Ich verordnete nämlich, den ganzen Körper mit Kaliseife tüchtig abzureiben, eine Stunde später ein Bad und Einreibung mit reinem Thigenol. Die Prozedur wurde in Abständen von je 12 Stunden dreimal wiederholt, und am dritten Tage war die Krankheit vollständig geheilt. Einen dritten Fall behandelte ich gleichfalls nach der Methode von Jaquet mit gleich günstigem Erfolg. Thigenol wäre also für die Behandlung von Skabies schon aus dem Grunde empfehlenswert, weil es keinen unangenehmen Geruch hat, die Wäsche nicht angreift und verhältnismässig nicht teuer ist.

In der Zeit meiner Versuche mit Thigenol hatte ich nur einmal Gelegenheit, dasselbe bei Erysipel der Wangen anzuwenden. Ich verordnete von Anfang an Einpinselung der affizierten Hautstelle mit Thigenol und geringem Zusatz von Öl, daneben einen Eisumschlag wegen des hohen Entzündungsgrades. Schon am zweiten Tage verminderte sich der Spannungszustand der Haut, und die Entzündung fing an abzunehmen. Am

dritten Tage fiel das entzündete Ödem auf ein Minimum, die Haut wurde blass, und Pat. hatte kein Gefühl von Spannung mehr. Nach einigen Tagen verordnete ich eine kühlende Thigenolsalbe, und Ende der zweiten Woche wurde Pat. gesund entlassen.

Beachtenswert ist noch die Beobachtung über die Wirkung des Thigenol in Fällen von *Urticaria chronica*. Ein 11jähriger Knabe, Sohn eines Arztes, leidet seit 2 Jahren an heftigem Jucken am ganzen Körper. Sein Vater stellte die Diagnose *Urticaria*. Die entsprechende Behandlung erwies sich erfolglos. Gleichzeitig litt Pat. an habitueller Obstipation und wurde auch in dieser Richtung behandelt. Bei der ersten Untersuchung bemerkte ich nebst deutlichen Spuren von Kratzen und diffusem Ekzem einige typische Urticaria-Quaddeln, welche bei Berücksichtigung der vorhandenen Verdauungsstörungen die Diagnose sicherten. Ich verordnete ein Abführmittel und entsprechende Diät, daneben äusserlich eine 50prozentige Alkohol-Wasserlösung. Nach einer Woche war das Jucken bedeutend geringer, die Untersuchung zeigte keine Quaddeln mehr, noch Spuren von Kratzen, und das Ekzem war ganz geschwunden. Nun ging ich zur Lassar'schen Zinkpaste mit Zusatz von 20 Prozent Thigenol und Streupulver über. Ich sah dann den Pat. nur noch einmal, aber sein Gesundheitszustand lies nichts weiter zu wünschen übrig.

Zum Schluss meines Berichtes über die mehr als ein Jahr dauernden Versuche mit Thigenol will ich noch einige Worte der Wirkung dieses Mittels bei *Tripper* widmen. Ich habe dasselbe in einigen Fällen angewendet, und zwar in einem Falle von frischem Tripper des Vordertheiles in 1—2prozentiger Wasserlösung mit Zusatz von Glycerin, und in 2 Fällen von Tripper des Vorder- und Hinterteiles. Die Wirkung des Thigenol unterschied sich aber in diesem Falle nicht von der des Ichthyols, ausser dadurch, dass Thigenol die Schleimhaut der Harnröhre weniger reizt und infolgedessen der Eiterfluss schneller vermindert wird. Doch genügt die Behandlung mit diesem Präparat nicht, um die Krankheit ganz zu beseitigen. Dagegen beobachtete ich, dass die Behandlung mit Thigenol des katarrhalischen Zustandes der Harnröhre, welcher oft nach einem durchgemachten Tripper zurückbleibt und sich durch spärliche Schleimfäden im vollständig klaren Harn manifestiert, denselben entweder ganz beseitigt oder bedeutend mildert. In diesem Falle stimmen meine Beobachtungen mit denen von *Jaquet* ganz überein, und zwar dass 2prozentige und 5prozentige Thigenol-Lösungen ganz analog wirken. In zwei Fällen von Gonorrhöe der Vagina, die ich mit 50prozentiger Thigenol-Lösung in Wasser und Glycerin behandelte, sah ich keine besonders guten Erfolge; in einem Falle dagegen von akuter Gonorrhöe der Vagina mit tiefgehenden Erosionen fast der ganzen *Portio vaginalis uteri*, waren nach achttägiger Behandlung mit derselben Lösung nicht nur die Erosionen vollständig bedeckt, sondern auch die Sekretion bedeutend vermindert. Pat. entzog sich aber leider meiner weiteren Beobachtung.

Indem ich nun meine Beobachtungen zusammenfasse, kann ich mit Überzeugung erklären, dass wir im Thigenol ein Mittel besitzen, welches in der Therapie der Hautkrankheiten, besonders aber des Ekzems und der durch Seborrhöe hervorgerufenen Krankheitszustände dem Arzte vorzügliche Dienste leisten kann und sich deshalb in der Dermatotherapie einen dauernden Platz verschaffen wird. Sein verhältnismässig billiger Preis,

welcher bei häufigerer Anwendung dieses Mittels sich noch reduzieren wird, ermöglicht es, dasselbe auch in der Armen- und Kassenpraxis zu verordnen, und der Umstand, dass dieses Mittel sich mit verschiedenen anderen Präparaten kombinieren lässt, wie auch, dass es die Wäsche nicht angreift, macht dasselbe für den Gebrauch sehr geeignet.

#### Literatur:

Prof. Dr. A. Jaquet: Thigenol „Roche“, ein neues Schwefelpräparat und seine klinische Prüfung. — Basel 1902.

Dr. Edmund Saalfeld: Über Thigenol. — Therapeutische Monatshefte, XVII. Jahrg., April 1903.

Dr. James Silberstein: Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyol. — Ärztliche Zentral-Zeitung, XV. Jahrg., 1903, Nr. 3.

Dr. Hönigschmied: Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Thigenol „Roche“. — Wiener medizinische Presse, 1903, Nr. 37.

Dr. Alfred Egon Neumann: Über die Anwendung des Thigenol bei Frauenleiden. — Deutsche Ärzte-Zeitung, 1903, Heft 19.

Dr. Edmund Falk: Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe. — Therapeutische Monatshefte, 1903, Oktober.

---

### Referate.

#### **Keuchhusten und Zypressenöl.** Von Soltmann. (Die Therapie der Gegenwart. März 1904.)

S. hat mit dem Zypressenöl, das zuerst von Bravo lebhaft empfohlen wurde und von der Firma Schimmel & Co. in den Handel gebracht wird, zahlreiche klinische Versuche bei keuchhustenkranken Kindern angestellt. Alle befanden sich in dem Absonderungshaus für Keuchhustenkranke der Infektionsabteilungen des Kinderkrankenhauses. In dem grossen Krankensaal, der durch vortreffliche Ventilationsvorrichtungen in ausgiebigster Weise Lüftung gestattete, standen 18 Betten. Der Terrazzofussboden wurde täglich zweimal mit Lysol aufgewaschen und für gründlichste Sauberkeit der Bett- und Leibwäsche gesorgt. Der anstossende grosse Tagesraum mit grossem Balkon, dem Garten zugerichtet, gestattete den Aufenthaltswechsel in ausreichendem Masse. Von dem Genuss frischer Luft im Freien wurde gänzlich Abstand genommen. Die Diät fand besondere Berücksichtigung. Die Kranken erhielten häufigere Mahlzeiten, aber jedesmal kleinere Portionen und möglichst nach einem völlig beendeten Anfall. Bei der Konsistenz wurde alles krümlige, zum Husten reizende vermieden, Milch, meist gelatiniert, auch Weingallerte, Milch und Mehlspeisen, Flammeri, Auflauf, Kakao, Schleimsuppen, mittags je nach dem Alter weisses Fleisch in Mus- oder Pureeform mit Kartoffelbrei und durchpassiertem Gemüse bildeten die Hauptnahrung.

Das Zypressenöl wurde in der Weise angewendet, dass von einer alkoholischen Lösung (1:5) täglich 4 mal 10--15 g auf Oberbett, Kopfkissen und Leibwäsche der Kinder aufgegossen wurden. Wo die Hustenparoxysmen auch nachts heftig waren, wurde dasselbe auch nachts in gleicher Dosierung ein- bis zweimal wiederholt. Der Geruch der Flüssig-

keit war den Kindern ausnahmslos sehr angenehm. Die einzige Schattenseite bei der Anwendung bestand in den auf der Wäsche zurückbleibenden Flecken.

Die klinischen Beobachtungen ergaben, dass das Zypressenöl bei allen Fällen des Keuchlustens, sowohl bei älteren als bei jüngeren Kindern, die Zahl der Hustenparoxysmen prompt und schnell herabsetzte. Es mildert ihre Intensität, verkürzt ihre Extensität, verlängert die freien Intervalle, hebt die schwindenden Nachwirkungen des Paroxysmus und Einzelanfalles auf. Nachteilige Wirkungen machen sich nicht bemerklich. Würgen und Erbrechen treten bei der Öl-Behandlung nicht auf; wo sie bei Beginn der Behandlung vorhanden waren, schwinden sie bald. Suffokationserscheinungen schwanden in jedem Falle bald, die cyanotische Röte im Gesicht, die Füllung der Halsvenen, das Oedem des Gesichts wurden unbedeutend, zu Ekchymosen und Nasenbluten kam es nicht, über Schmerzen im Epigastrium und an den Seitenteilen des Thorax wurde bald nicht mehr geklagt. — Die Dauer des 2. Stadiums (convulsivum) schien unter der Behandlung merklich abgekürzt. Eine Abkürzung der Gesamtdauer der Krankheit ist nicht anzunehmen, wenigstens hatte das Medikament auf die leichten und mehr katarrhalischen Hustenanfälle des 3. Stadiums keinen oder sehr geringen Einfluss.

S. empfiehlt das Zypressenöl zur Nachprüfung.

Schnell (Egeln.)

### **Über die Verwendung der Bierhefe in der Behandlung verschiedener Infektionskrankheiten.** Von Presta und Tarruella. (Rev. de Med. et Cir. de Barcelona 1903. — Dtsch. Prax.)

Die Verff. berichten eingehend über ihre guten Erfolge, die sie mit Anwendung der Bierhefe bei der Behandlung von Furunkulose (nach Variola) bei einem 5-jährigen Mädchen, in 7 Pockenfällen, bei einer Reihe von Erysipelkranken, in Scharlach- und Masernfällen hatten. Sie kamen dabei zu folgendem Resumee: 1. Die Bierhefe wirkt erfahrungswise mehr oder weniger günstig in zahlreichen Fällen von Furunkulose, Pneumonie, Gastroenteritis, Ekzem, Lichen etc., und ist nachweisbar eine völlig unschädliche Substanz. 2. Ausgehend von den sicher bewiesenen Tatsachen der raschen Heilung einer Furunkulose durch Bierhefe, bewirkt durch Vernichtung der Krankheitserreger selber, des Staphylokokkus, kann man den Schluss ziehen, dass diese Substanz auch in anderen analogen Infektionen sich wirksam erweist. Die mitgeteilten Beobachtungen berechtigen zu der Hoffnung, dass gute Erfolge dieser Behandlungsmethode bei allen den Infektionskrankheiten zu erwarten sind, in denen der Staphylo- oder Streptokokkus eine Rolle spielt, mögen dieselben mit Eiterungen einhergehen oder nicht. 3. Die Heilung der krankhaften Vorgänge, die schnelle Wirksamkeit und eine sehr grosse Dosis (Kinder erhalten 3 mal tgl. 1 Kaffeelöffel trockener Hefe) der verwandten Hefe lassen den Schluss zu, dass es sich um eine im Körperinnern stattfindende antiseptische Wirkung jenen Mikroorganismen gegenüber handelt. S.

### **Über die Behandlung der Chorea.** Von Windscheid. (Deutsche Praxis 1904, No. 6.)

Bei der Chorea minor handelt es sich wahrscheinlich um einen Sym-

ptomenkomplex, der auf eine Reihe verschiedenartiger Ursachen zurückgeführt werden muss. Infektionen, vor allem das Virus des Gelenkrheumatismus, können sicher eine Rolle spielen; daneben gibt es aber zweifellos Fälle, in denen der Nachweis einer Infektion sehr schwierig, ja unmöglich ist. Wohl in den meisten Fällen haben wir es mit einem vorbereiteten Boden für den Ausbruch der Chorea zu tun, sei es in Form eines abnorm leicht erregbaren Nervensystems, sei es in Form einer körperlichen Disposition, wie sie besonders in der Anaemie, der Rhachitis und der skrofulösen Diathese gegeben ist.

Prophylaktisch muss man so disponierte Kinder vor Schädlichkeiten hüten, sie vor geistigen und körperlichen Überanstrengungen bewahren und auf die Ernährung und Hebung der körperlichen Kräfte grosses Gewicht legen.

Das Hauptprinzip, das den Arzt bei der Behandlung der ausgeprägten Chorea leiten muss, ist die Forderung der absoluten körperlichen Ruhe: Verbot des Schulbesuchs, bei schweren Fällen vollkommene Bettruhe, bei leichteren teilweise Bettruhe, unterbrochen durch stundenweisen Aufenthalt in der frischen Luft. Neben der Bettruhe hat man die Eltern in der psychischen Behandlung des Kindes zu unterweisen.

Die Ernährung des choreatischen Kindes muss möglichst einfach sein. Man vermeide ein Übermass von Fleisch- und sonstiger Eiweisskost, gebe sehr viel Milch, grünes Gemüse, Obst und verbiete vor allem streng den Alkohol in jeder Form.

Was die medikamentöse Therapie betrifft, so kann man bei der sog. rheumatischen Chorea vom Natrium salic. (0,25—1,0 mehrmals täglich) vom Antipyrin (0,5—1,0 täglich in 3 Dosen), von Aspirin (0,5 täglich 2—3mal) Gebrauch machen. Am wirksamsten bei allen Formen erweist sich das Arsen. Man gibt am besten Solut. Fowleri verdünnt zu gleichen Teilen und lässt davon in steigender Dosis nehmen, indem man mit dreimal 4 Tropfen beginnt und alle 2 Tage um 2 Tropfen steigen lässt, bis man 3mal 20 Tropfen erreicht hat. Die Darreichung der Arsens in Pillen empfiehlt sich weniger, noch weniger sind die arsenhaltigen Wässer (Levico, Roncegno) zu empfehlen. Neben dem Arsen könnte nur Brom zur allgemeinen Beruhigung in Frage kommen. Unter Umständen können einige Narkotika in Anwendung kommen: Amylenhydrat in Dosen von 3—4 g, am besten als Klysma, Trional 1—1,5 g, Chloralamid 0,5 g, Chloral per rectum 0,3—1,0 g. Empfohlen worden ist, besonders wenn es sich um erhöhte psychische Erregungen handelt, auch Hyoscin subkutan 0,0003—0,0006.

Neben der medikamentösen Therapie kommt vor allem eine entsprechende Wasserbehandlung in Frage. Es eignen sich hier nur lauwarne Abwaschungen, besonders morgens früh, ferner warme Vollbäder von 27—28°, unter Umständen auf  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunden prolongiert, vielleicht auch mit Zusatz von Fichtennadeln oder bei skrofulösen Kindern von Sole, und vor allem die feuchte Ganzpackung. Geht die Krankheit ihrem Ende zu, so gehe man mit der Temperatur des Wassers allmählich herab und mache aus dem Vollbad mit der Zeit ein Halbbad, dem man dann auch einige vorsichtig ausgeführte Übergiessungen mit einer Differenz von ca. 4° gegen das Wasser in der Badewanne anfügen kann. Schwitzbäder

sind unter Umständen auch zu empfehlen, besonders wiederum in Fällen mit rheumatischer Ätiologie.

Die Anwendung der Elektrizität hat bei der Behandlung der Chorea keine besonderen Erfolge erzielt. Will man elektrisch vorgehen, so nehme man nur den galvanischen Strom. — Die Heilgymnastik wird besonders in den Fällen sich empfehlen, in denen nach längerem Verlauf der Krankheit sich eine gewisse Schwäche der Muskeln eingestellt hat, der dann durch vorsichtige Widerstandsbewegungen sehr gut entgegengearbeitet werden kann.  
Schnell (Egeln).

### **Über Albuminurie bei Aortenklappen-Insuffizienz.** Von v. Leube. (Münch. med. Wchschrft. Nr. 30, 1903.)

Die Albuminurie tritt bei Aortenklappen-Insuffizienz im Gegensatz zu anderen Herzklappenfehlern nicht bloß im Stadium der Kompensationsstörung als Ausdruck der venösen Stase in den Nieren auf, sondern mitunter auch zu einer Zeit, wo Erscheinungen der Stase vollständig fehlen. Die Ursache hierzu kann allgemeine Atheromatose im engeren Sinne sein, wie dieselbe als primäres Leiden im höheren Alter auftritt, die zur Aortenklappen-Insuffizienz und Nierenveränderungen als Ausdruck der atheromatösen Entartung in diesen Organen führt. — In anderen Fällen und diese kommen insbesondere im jugendlichen Alter vor, — ist die Aortenklappeninsuffizienz das primäre Leiden; infolge der durch eine Herzaffektion hervorgerufenen hohen Blutsteigerung und der starken Blutdruckschwankungen in den Nierengefäßen und Kapillaren entwickelt sich eine Verdickung der Wand derselben und eine Bindegewebshypertrophie in ihrer Umgebung. Allmählich kommt es zu Induration der Nieren, die im Gegensatze zur cyanotischen als arterielle Induration bezeichnet werden kann. Die Albuminurie kommt dann in der Weise zustande, dass die Zirkulation in den Glomerulis Not leidet, die Epithelien schlechter ernährt werden; indem weiter auch die Epithelien der Harnkanälchen, jene gegen verringerte Sauerstoffzufuhr so ungemein empfindlichen Gebilde, in ihrer Ernährung geschädigt werden, kommt es zur körnigen Trübung und Abstossung, so dass sie zum Teil in Form von granulierten Harnzylindern mit dem Urin ausgeschieden werden. Ob und wann eine Aortenklappeninsuffizienz zur arteriellen Induration und Albuminurie im einzelnen Falle führt, hängt in erster Linie von der Intensität und Dauer des Klappenfehlers ab. S.

### **Über akute Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindesalter.** Von Fr. Spieler. (Aus der chirurg. Abtlg. d. Karolinen-Kinderhospit. u. d. pathol.-anatom. Universitäts-Institut. zu Wien. — Wien. Klin. Wchschrft. Nr. 1—3, 1904).

Skolikoiditis und Perityphlitis sind im Kindesalter häufiger und schwerer als bei Erwachsenen, bei ersteren überwiegen die schweren diffusen Erkrankungsformen; häufig kommt die rasch zu septischer Peritonitis führende ausgedehnte Gangrän des Appendix vor. In betracht kommende kausale Momente sind: hohe Virulenz der Infektionsträger bezw. Kotsteine, während wirkliche Fremdkörper, leblose oder lebende (Helminthen), wegen ihrer relativen Seltenheit keine wesentliche kausale Rolle spielen; ferner abnorme Magenform und Größenverhältnisse des Appendix, Zirkulationsstörungen z. B. durch Torsionen des Process. vermiform. Günstig für das



Kindesalter ist der Umstand, dass die Widerstandskraft des kindlichen Organismus bei der Überwindung schwerer, diffuser, sogar septischer Peritonitis im Anschluss an Skolikoiditis eine erstaunlich grosse ist. Sobald die Diagnose auf S. sicher festgestellt ist, muss bei Kindern noch mehr als bei Erwachsenen unbedingt und sofort operiert werden, und zwar auf abdominalem Wege, dabei ist der erkrankte Appendix prinzipiell abzutragen und sollen alle vorhandenen Eiterherde aufgesucht und entleert werden. — Eine höhergradige Leukopenie scheint auch im Kindesalter eine absolut infauste Prognose zu gestatten.

**Etiology of Rhachitis.** Von Wm. Nathan. (Med. News 1904, 9.)

N. hat 150 rhachitische Kinder nach Kassowitz mit Phosphor, 50 mit Lebertran, 150 mit monobasidischem Kalziumphosphat behandelt und 127 ohne Behandlung gelassen. Alle Kinder wurden, soweit es poliklinische Behandlung zulässt, unter gleichmässige Diät gesetzt. Kinder über drei Monaten — jüngere Kinder kamen nicht zur Behandlung — erhielten  $\frac{3}{4}$  Milch und  $\frac{1}{4}$  Wasser mit Zusatz von Zucker. Wenn diese Nahrung gastrische Störungen verursachte, wurde die Milchmenge zeitweilig reduziert und allmählich wieder gesteigert. Die Zahl der ausgebliebenen Besserungen schwankt in diesen Reihen nur sehr wenig, am grössten war sie bei den mit Phosphor behandelten, am kleinsten bei den unbehandelten Kindern, nämlich 19 bzw. 17,3 %. Dass das Kalziumphosphat einen günstigeren Einfluss als andere Massnahmen geäussert hätte, kann man nicht sagen. Theoretisch ist anzunehmen, dass der Aufbau des Organismus nicht durch die Aufnahme eines löslichen Kalziumsalzes bedingt ist, da die Aufnahme fast völlig in Form einer organischen Verbindung mit Eiweiss erfolgt. Die Kalziumresorption ist überhaupt nicht von seiner Löslichkeit abhängig. Denn wir haben keinen Grund anzunehmen, dass die Kinder nicht imstande wären genügend HCl abzuscheiden, um es in Lösung zu bringen. Kinder können, wie die praktische Erfahrung ergibt, trotz reichlicher Zufuhr von löslichem Kalzium rhachitisch werden und rhachitische Kinder werden nicht schneller geheilt, wenn ihnen ein Übermass lösliches Kalzium und Kochsalz zugeführt wird, als wenn dies unterlassen wird. Daraus geht hervor, dass weder der Mangel einer gewissen Quantität noch schlechte Resorption des eingeführten Calciums die Ursache der Rhachitis ist. Es bleibt als einziger sicherer Punkt für die Actiologie der Rhachitis die mangelhafte Ablagerung der Kalksalze in den Knochen, welche auf einer Stoffwechselanomalie beruht, und diese wieder ist bedingt durch andere abnorme Verhältnisse. Wo diese zu suchen ist, ist schwer zu bestimmen.

v. Boltens Stern (Berlin).

**Zur Frage der angeborenen Rhachitis und der Phosphorbehandlung.** Von Spietschka. (Jahrb. für Kinderheilk. 59. Band, Heft 3.)

Der Frage, ob es eine angeborene Rhachitis gibt, ist S. auf rein klinischem Wege näher getreten, wozu ihm das Material der Prager Findelanstalt reichlich Gelegenheit bot.

S. fasst seine Beobachtungen folgendermassen zusammen: Die Weichheit des Hinterhauptes (Craniotabes), die sogenannten Ossifikationsdefekte

des Schädels, die weitklaffenden Nähte, das Missverhältnis zwischen Kopf- und Brustumfang beim neugeborenen Kinde gehen direkt in jene Veränderungen über, welche beim älteren Säuglinge als typische Schädelrhachitis allgemein gelten. Wo diese Erscheinungen am Schädel des neugeborenen Kindes zu beobachten sind, gesellen sich später in der Regel auch am übrigen Skelette rhachitische Veränderungen hinzu. Die bezeichneten Eigenschaften des Schädels neugeborener Kinder stellen somit die ersten Symptome der Rhachitis dar. Es gibt eine kongenitale Rhachitis. Die meisten Fälle von Rhachitis sind angeboren. Insbesondere wichtig erscheint diese Tatsache mit Rücksicht auf die Therapie, die sehr frühzeitig und mit gutem Erfolg eingeleitet wurde. Jüngeren, wenige Monate alten Kindern wurde der Phosphorlebertran in der Dosis von 0,005 : 100 verabreicht. Dass diese Therapie auch Dauererfolge aufzuweisen hat, lehren die Fälle, wo die frühzeitig mit Phosphor behandelten Fälle auch noch nach einem Jahre und später keinerlei Zeichen von Rhachitis zeigten.

Schnell (Egeln.)

**Zur chronischen Arthritis des Kindes.** Von H. Spitzzy. (Aus der chirurg.-orthopäd. Abtlg. der päd. Klinik zu Graz. — Ztschrft. f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XI., 1904.)

Verf. hat 17 Fälle von chronischer Arthritis ätiologisch sehr verschiedenartiges Krankheitsbild bei Kindern beobachtet und teilt dasselbe in folgende Formen ein: 1. Die chronische A. als Folgezustand des akuten Gelenkrheumatismus, der bei Kindern ziemlich häufig auftritt, bei ihnen aber schneller und milder als bei Erwachsenen verläuft. Rezidive kommen öfter vor, und durch dieselben kommt es in einzelnen Gelenken zu Veränderungen, die auch nach Abklingen des Anfalles nicht mehr völlig schwinden. Streptokokken, Staphylokokken, Diplokokken sind die Erreger. 2. Chronische A. als Folgezustand verschiedener Infektionskrankheiten, so im Anschluss an Scharlach, Masern, Influenza, Gonorrhöe und die verschiedenen durch Diplokokken bedingten Krankheiten (Pneumonie, Pleuritis.) Hierher gehören auch die von König und Gocht beschriebenen Blutergelenke (A. haemophila). 3. Die primäre chronische A., bei welcher sich die Krankheit von vornherein schleichend entwickelt ohne merkbare akute Anfälle. Im Gegensatz zu den anderen Formen setzt sie sich meist in den kleineren Gelenken fest, schreitet zentripetal weiter und zeigt einen perniziösen Verlauf. Die Veränderungen an einzelnen Gelenken bestehen in einem mehr oder weniger erheblichen Erguss, entzündlicher Schwellung und Wucherung der Kapsel und Synovialis, beruhend auf kleinzelliger Infiltration und Zunahme des Bindegewebes, wodurch es manchmal zu einer derartigen Zunahme des Volumens der Gelenke kommt, dass dieselben kugelförmig an den mageren Gelenken vorspringen. Nur sehr selten greift die Entzündung auch auf den Knorpelüberzug und den Knochen über, sodass dann die deformierende Gelenkentzündung entsteht. — Differentialdiagnostisch ist besonders Tuberkulose und Lucs (Anamnese, Tuberkulinreaktion) in betracht zu ziehen. — Die Prognose ist im allgemeinen mehr ad malam vergens. — Bezüglich der Behandlung lassen die im akuten Stadium wirksamen Salizylpräparate im Stich; zur Anwendung gelangen: Massage, feuchte Luft, Einpackungen besonders mit Fango, Wasserprozeduren der verschiedensten Art; bei

Kontrakturen Korrektur derselben eventl. in Narkose, Gipsverbände, Sehnenüberpflanzung. S.

**Ueber akute Leukämie.** Von A. Osswald. (Korrespzbl. f. Schweiz. Ärzte. No. 5, 1904.)

Die akute Leukämie ist erst im Laufe des verfloßenen Jahrhunderts genauer durchforscht worden. Das einzige Kriterium zur Sicherung von Differentialdiagnose der akuten Leukämie ist der Blutbefund, indem bei ihr nicht nur die weissen Blutkörperchen absolut und im Verhältnisse zur meist verminderten Anzahl der roten, vermehrt sind, sondern auch die einkernigen Lymphozyten alle anderen Formen ganz bedeutend überwiegen. Das Verhältniss der Anzahl der weissen zu den der roten Blutkörperchen, das normal etwa 1:800 bis 500 beträgt, kann sich bis auf 1:3 bis 2 verschieben, meistens ist es nicht grösser als 1:10 bis 20. Die an dieser Vermehrung ausschliesslich teilnehmenden Lymphozyten sind einkernige, protoplasmaarme granulafreie Zellen von der 1 bis 3fachen, etwas geringeren Grösse eines roten Blutkörperchens und ohne Eigenbewegung. Sie finden sich ausser im kreisenden Blute in allen Organen als grössere und kleinere Anhäufungen lymphoiden Gewebes. In den meisten Fällen von akuter Leukämie haben die Lymphdrüsen den Charakter ihres Keimzentrums angenommen, sowie proliferieren in allen Teilen. Der klinische Symptomenkomplex der Krankheit lässt sich aus der ungeheuer raschen Vermehrung der Lymphozyten erklären. Das Allgemeinbefinden ist vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit oder zu Beginn derselben nur wenig alteriert. Mit Auftreten der typischen Symptome verschlechtert sich der Allgemeinzustand meist rasch; ausge dehnte, fast unstillbare Blutungen erzeugen grosse Entkräftung, selbst Verblutungstod; geschwürige Prozesse der Mund- und Rachenhöhle setzen günstige Eingangspforten für Infektionskeime, auf deren Wirksamkeit der Organismus, wenn er schon nicht zu sehr geschwächt ist, mit Fieber reagiert. Die Herzkraft erlahmt, der Tod ist die unausbleibliche Folge der Erkrankung, deren Verlauf sich von 4 Tagen bis 16 Wochen (beobachtete längste Dauer) erstreckt. Die Aetiologie ist vollkommen unklar. Von einer eigentlichen Therapie kann man nicht reden, es kann sich nur um die Minderung der einzelnen Symptome handeln. S.

**Ein bemerkenswerter Fall von geheilter spondylitischer Lähmung.**

Von Joachimsthal. (Wien. klin.-ther. Woch. 1904, 10.)

Etwa ein Jahr nach den ersten Symptomen der spondylitischen Erkrankung machten sich in dem geschilderten Fall Lähmungserscheinungen im Bereiche der unteren Gliedmassen und der Blase bemerkbar, welche sich nach einem vergeblichen Versuch mit dem Calotschen Redressement zu einer kompletten spastischen Paralyse an beiden Beinen und zu vollkommener Incontinentia urinae steigerten. Der Knabe wurde in ein Lorenzsches Gipsbett gelegt, an welchem vermittelt eines Jury-mast und einer Glissonschen Schwebel eine Extension und damit eine Entlastung der oberen Partien der Wirbelsäule versucht wurde. Nach etwa 6 Monaten bildete sich eine Anschwellung der rechten Halsseite, welche mehr und mehr zunahm und als Kongestionsabszess sich erwies. Dieser wurde an der Innenseite des Sternokleido-mastoideus breit geöffnet. Unmittelbar im Anschluss an diesen Eingriff

erfolgte eine überraschende Rückbildung der paralytischen Symptome. Gar bald konnte der Knabe ohne Stütze in vollkommen freier Weise umhergehen und blieb seitdem dauernd gehfähig. Auch die Fistel schloss sich allmählich. Die Abszesse, welche von den Dorsalwirbeln ihren Ursprung nehmen, erstrecken sich in der Regel nach hinten bis unter die Haut oder gelangen mit dem lockeren Bindegewebe um die Bauchgefäße an die Vorderfläche des Oberschenkels oder in das kleine Becken und an die Hinterfläche des Oberschenkels. Hier hat der Eiter infolge der dauernden horizontalen Lage den umgekehrten Weg eingeschlagen. Unmittelbar nach Aufhebung der vorhanden gewesenen Druckwirkung erfolgte die Rückbildung der Lähmungserscheinungen, welche wohl auf ein durch Behinderung des venösen Abflusses aus den Duralvenen entstandenes Oedem zurückzuführen ist.

v. Boltenstern (Berlin).

**Fucol, ein vollwertiger Ersatz des Lebertrans.** Von Louvenheim. (Therap. Monatsh. März 1904.)

Töllner in Bremen hat ein Präparat gefunden, das berufen zu sein scheint, als vollgiltiges Ersatzmittel des Lebertrans bei der Behandlung bestimmter Krankheiten eine hervorragende Rolle zu spielen. Es war ihm möglich, fetthaltige Öle mit einem Gehalt an natürlichem Jod zu gewinnen, welche den gleichen medizinischen Heilwert haben wie der Lebertran, wenn folgendes durch Patente geschützte Verfahren angewendet wird:

Es werden frische jodhaltige Algenarten des Meeres z. B. *Laminaria digitalis*, *Laminaria saccharina*, *Fucus serratus*, *Fucus vesiculosus* u. a. m. in einem besonderen Verfahren geröstet, gemahlen und mit geeigneten fetten Ölen, wie Sesamöl, Olivenöl, Erdnussöl, vermischt und ausgepresst. Es resultiert daraus eine klare, hellgelbe, ölige Flüssigkeit ohne den widerlichen Fischgeruch des Lebertrans, von angenehmem Geruch und zartem Geschmack, der sich kaum von dem eines feinen Speiseöls unterscheidet.

Das Fucol genannte Präparat besitzt einen hohen natürlichen Gehalt an freien Fettsäuren, übertrifft an Emulsionsfähigkeit selbst den Lebertran und ist auch leicht resorbierbar.

Erwachsenen gibt man dreimal täglich einen Esslöffel, Kindern dreimal täglich einen Kinderlöffel.

Mit verschiedenen Medikamenten, wie Jod, Jodeisen, Phosphor, Guajacol lässt sich das Fucol gut mischen.

In allen Fällen von Anaemie, Skrophulose und Rhachitis, bei denen L. das Fucol angewandt hat, sind die Krankheitserscheinungen zurückgegangen; niemals haben sich irgendwelche Störungen der Verdauung gezeigt, und niemals hat sich ein Widerwille gegen das Präparat herausgestellt.

Der Preis des Fucols ist niedriger als der übliche Preis des offiziellen Lebertrans.

Schnell (Egeln).

**Ein neues Thymianpräparat „Solvin“.** Von Hirsch. (Therap. Monatsh. 1904 Heft II.)

Der Thymus-Zuckerextrakt Solvin besitzt eine dunkelbräunliche ein wenig ins Grünliche schillernde Farbe, ist von dünner Syrupkonsistenz und

besitzt einen aromatischen Thymiangeruch und Geschmack. Das Mittel wird mehrere Mal täglich esslöffel- bis kaffeelöffelweise mit Milch, Wein oder mit anderer Flüssigkeit gegeben. Es wird von Kindern und Erwachsenen gern genommen und gut vertragen.

Eine vorzügliche Heilwirkung vom Solvin ist beim Keuchhusten zu verzeichnen. Hier macht sich die Wirkungsweise in der Weise geltend, dass schon nach zweitägiger Darreichung des Mittels von täglich 6—8 Kinderlöffeln die Krampfanfälle gelinderen Charakter erhalten, dass die Cyanose und Erstickungsgefahr nachlassen, um vom 3. bis 6. Tage ganz zu verschwinden. Nach weiteren 8 Tagen bis 3 Wochen werden die Anfälle seltener und nehmen mehr den Charakter von forziertem Husten an. Die Schleimbildung erfolgt leichter und schneller und tritt in den nächsten 8 Tagen noch mehr in den Vordergrund, während der Husten sich verliert.

Im Ganzen scheint das Stadium convulsivum abgekürzt, so dass nach 1—4 Wochen die krampfartigen Hustenanfälle sich legen. Allmählich tritt ein leichtes Stadium decrementi ein. Narkotika erscheinen bei der Darreichung von Solvin unnötig und überflüssig, da das Präparat selbst krampfstillend auf die sensible Schleimhaut einwirkt.

Auch bei Bronchitis acuta bewährt sich das Solvin und lässt namentlich seine lösende Kraft erkennen. Der Schleim wird reichlich und ohne Anstrengung abgesondert und herausbefördert. Die katarrhalischen Geräusche lassen nach, um im Ganzen nach 2—4 wöchigem Gebrauch des Mittels zu verschwinden.

Bei Rachen- und Kehlkopfkrankheiten, nicht minder bei Asthma und Emphysem verspricht Solvin ein günstiges und zuverlässiges Therapeutikum zu werden. Ebenfalls ist seine Anwendung bei Lungenkatarrhen als ein gutes Solvens und Expektorans zu empfehlen.

Schnell (Egeln).

**Ueber Pegninmilch.** Von Sintenis. (Deutsche Prax. No. 8, 1904).

Auf Grund seiner sich auf ein Jahr erstreckenden Beobachtungen über die Pegninmilch gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. die Pegninmilch enthält sämtliche Bestandteile der Kuhmilch unvermindert, aber in einer Form, durch welche eine leichte Verdauung bedingt wird. Sie unterscheidet sich von der gewöhnlichen Kuhmilch nur dadurch, dass sie durch Pasteurisieren von den gesundheitsschädlichen Bakterien befreit ist und die Eiweisstoffe sich nicht in Lösung, sondern als äusserst feines, leicht assimilierbares Gerinsel in derselben verteilt finden. Da die Eiweisstoffe in der rohen Milch sich sehr schnell verändern, so muss zur Herstellung der Pegninmilch möglichst frische, kühl gehaltene Milch verwendet werden. In einer Kuhmilch, welche etwa 12 Stunden nach dem Melken mit Pegnin behandelt wird, scheiden sich die Eiweisstoffe als grössere, zusammenklebende Klumpen aus, welche sich nicht mehr leicht zerkleinern lassen. 2. Die Nährkraft der in der Pegninmilch vorhandenen Nährstoffe wird vollständig ausgenutzt, was durch glatte Verdauung bestätigt wird. 3. Was die Darreichung der Pegninmilch anbelangt, so sei erwähnt, dass dieselbe meist unverdünnt dem Säugling gegeben werden kann. Nach meinen Erfahrungen empfiehlt es sich jedoch, bei dem Beginn der Ernährung die Pegninmilch mit 25 % abgekochten Wassers zu verdünnen, von Tag zu Tag den Wasserzusatz zu vermindern und nach etwa 8 Tagen unver-

dünnte Pegninmilch zu verabfolgen. Das Flüssigkeitsquantum für eine Mahlzeit beträgt selten mehr als  $150 \text{ cm}^3$ , so dass ein Säugling von 3 Monaten mit ca.  $800 \text{ cm}^3$ , ein Säugling von 6 Monaten mit ca.  $1200 \text{ cm}^3$  Pegninmilch in dem Zeitraum von 24 Stunden ausreichende Nahrung erhält. Irgendwelche Störungen, wie ungünstige Beeinflussung des Magens oder Darms, Erbrechen, Diarrhöe etc. sind bei verständig geleiteter Ernährung mit Pegninmilch ausgeschlossen. Die Gewichtszunahme (meist 200 g per Woche und mehr) und Hebung der Körperkräfte ist äusserst befriedigend, so dass grosse Widerstandsfähigkeit bei Erkrankungen vorhanden ist.

4. Die Pegninmilch wird von gesunden und kranken Säuglingen sowie von älteren Kindern und Erwachsenen ohne Ausnahme gern genommen, ausgezeichnet vertragen und eignet sich namentlich auch zur Ernährung von magen- und darmkranken Personen, bei denen eine Milchdiät wohl angezeigt erscheint, eine solche jedoch mit gewöhnlicher Milch aus irgend welcher Ursache nicht durchgeführt werden kann.

5. Da das Pegnin resp. die Pegninmilch keinerlei schädliche oder stark wirkende Substanzen enthält, welche die Verdauung irgendwie beeinträchtigen oder irgendwelchen Einfluss auf andere Organe des menschlichen Organismus ausüben können, so dürfte sich ein Versuch mit derselben in einschlägigen Fällen stets lohnen.

S.

## ~~~~~

### Gesundheitspflege.

Über Rückgratsverkrümmung und Schule sprach, wie wir der Zeitschrift „Das Schulhaus“ No. 2, 1904 entnehmen, Prof. Vulpius im Verein für Hygiene zu Frankfurt a. M. Er wies mit statistischem Material nach, dass die Skoliose in der Jugend in ursächlichem Zusammenhang mit dem Leben in der Schule steht. Sie beruht zum Teil auf dem überwiegenden Gebrauch des rechten Armes, ist ferner eine Folge der schrägen Schreibart und der verkehrten Lage der Hefte. Selten ist sie angeboren, bisweilen Folge der Rhachitis. In vorgeschrittenen Jahren sind allenfalls 20% der Skoliose auf die Rhachitis zurückzuführen, während 80% auf eine Gewöhnung an eine verkehrte Sitzweise zurückzuführen sind. Je grösser die Zahl der Schuljahre, um so grösser auch die Zahl der Rückgratverkrümmungen. Bis zu 50% der Schüler und Schülerinnen einiger Schulen waren an Skoliose erkrankt, in einer höheren Mädchenschule wurden sogar 71% (!) festgestellt. Zum Schluss gab der Redner einige praktische Ratschläge zur Verhütung oder wenigstens Verminderung der Skoliose. Da die schräge Schrift eine verkehrte Haltung bedingt, sollte vor allem die bis vor 100 Jahren übliche Steilschrift überall eingeführt werden. Ferner ist auf die Lage des Hefts zu achten. Ungezügnete Beleuchtung des Schulraumes genügt zu einem nachteiligen Vorbeugen des Körpers. Länger als 4 Stunden Unterricht sollten — natürlich getrennt durch Pausen — hintereinander nicht gehalten werden. An den Schluss des täglichen Unterrichts gehört eine Turnstunde. Nicht zum letzten ist eine den hygienischen Anforderungen entsprechende Schulbank

zu wählen. Ferner empfiehlt V. Beschränkung der häuslichen Aufgaben, ermöglicht durch eine ganz erhebliche Herabsetzung der Schülerzahl in den einzelnen Klassen und reichlichen Aufenthalt der Schüler im Freien.  
S.

## Rezensionen.

**Therapie im Säuglingsalter.** Von Primarius Dr. Gustav Rether. Mediz. Handbibliothek, X. Band, 8<sup>o</sup> 143 S. Wien, Alfred Hölder, 1904. Preis geb. 2,40 M.

Am wertvollsten erscheinen uns in dem vorliegenden Bändchen die beiden ersten Abschnitte, welche das Kind nach der Geburt und die Physiologie des Neugeborenen und des Säuglings behandeln. Diese beiden Abteilungen bringen mancherlei schätzenswerte Einzelheiten, die man in manchem grösseren Lehrbuch vermisst, und rechtfertigen allein schon die Anschaffung des preiswürdigen Werkchens. Es folgen noch Abschnitte über Pflege und Ernährung, ein Kapitel über die vorkommenden Erkrankungen, die allerdings nur kursorisch abgehandelt werden, sowie eine Zusammenstellung der Heilmittel.  
E. Samter (Berlin).

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** Von Prof. Dr. Ph. Biedert und Dozent Dr. A. Fischl. 12. sehr vermehrte und verbesserte Auflage. gr. 8<sup>o</sup> XVII u. 819 Seiten. Mit 2 farb. Tafeln und 73 Abbildungen im Text, Stuttgart, Ferd. Enke, 1902. Preis 18 Mk.

Ursprünglich stellte das vorliegende Werk bekanntlich eine Bearbeitung des Vogel'schen Lehrbuches dar, von dem letzteren ist aber in den Neuauflagen wohl kaum etwas übrig geblieben als die Anordnung des Stoffes, die nach den Organsystemen vorgenommen ist, so z. B. Diphtherie nicht unter Infektionskrankheiten, sondern unter Krankheiten der Digestionsorgane. Die Vorzüge des Werkes sind allbekannt und bei früheren Auflagen in dieser Zeitschrift ausführlich besprochen, so dass eine neuerliche eingehende Empfehlung überflüssig sein dürfte. An der vorliegenden Ausgabe beteiligten sich Fischl, dessen Publikationen den ausgezeichneten Praktiker und Theoretiker erkennen lassen und einen originellen glänzenden Stil haben, sowie der chirurgische Oberarzt am Bürgerhospital in Hagenau Dr. Winter. Diese Arbeitsteilung gereicht dem Werk zum Vorteil. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.  
S.

**Die Zähne des Kindes.** Von Dr. Kronfeld. gr. 8<sup>o</sup> V und 136 S. mit 80 Abbild. Leipzig, A. Felix, 1903. Preis 4,40 M.

In der Einleitung weist Verf. darauf hin, dass über die Art, wie die Zähne, besonders die Milchzähne gepflegt werden sollen, häufig die absurdesten Anschauungen bestehen, obwohl sie auch zu dieser Zeit schon von grösster Wichtigkeit sind. In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Anatomie der Milchzähne und die Entwicklung und der Durchbruch der Zähne behandelt, und es schliesst sich daran der Artikel über den

Jahreswechsel und die bleibenden Zähne. Ausführlicher geht sodann der Autor auf die Erkrankungen der Kinderzähne ein, Karies und ihre Ursachen (primäre: unter Einwirkung von Bakterien entstehende saure Gärung von Speiseresten, sekundäre: dichte oder unregelmässige Zahnstellung, ungenügende Mundpflege, häufiger Genuss von klebrigen, an den Zähnen haftenden Speisen, geringe Widerstandsfähigkeit des Körper im Allgemeinen und der Zähne im besonderen gegen Einwirkung chemischer und bakteriologischer Noxen: Allgemeinerkrankungen, ungünstige hygienische Verhältnisse, mangelhafte Entwicklung der harten Zahngewebe, Rauigkeiten der Schmelzdecke u. s. w.), Erosion, Belag, Pulpitis, Wurzelhautentzündung, Pericementitis und Periodontitis.

Besonders interessant ist das die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Kinderzähne und jenen anderer Organe behandelnde Kapitel, und es werden nacheinander unter diesem Gesichtspunkt Stomatitis, Lymphadenitis, Halsentzündungen, Erkrankungen des Verdauungsapparates, auch fieberhafte Krankheiten, hereditäre Lues, Skrofulose, Tuberkulose, Anaemie, Chlorose und Rhachitis besprochen. Der folgende Abschnitt, über die unregelmässige Stellung der Kinderzähne, hat besonders für den Fachmann Interesse, ebenso der technische Teil des letzten Kapitels betr. die Zahnpflege: immerhin ist es auch für den Pädiater interessant, sich einmal darüber etwas genauer unterrichten zu können und deshalb ist die Lektüre dieser fleissigen Arbeit wohl zu empfehlen. Baron (Dresden).

Dr. L. Pfeiffers Regeln für die Pflege von Mutter und Kind. 3. Teil: Regeln für das Spielalter (2.—7. Lebensjahr). 12<sup>o</sup> VII u. 91 S. 4. Teil: Regeln für das Schulalter (7.—16. Lebensjahr). Mit Buchschmuck und Schnittmustern für gesundheitsgemässe Kleidung von O. Herrfurth. VII u. 87 S. Weimar, Herm. Böhlau Nachf., 1903. Preis pro Bändchen 1,50 Mark.

Die vorliegenden beiden Bändchen bilden den 3. und 4. Teil der weitverbreiteten im besten Sinne des Wortes populären Pf. Belehrungen über die Pflege von Mutter und Kind. Dieselben sind vor Allem für die Eltern bestimmt und umfassen Spiel- und Schulalter, die ja ganz besonders Abschnitte des kindlichen Lebens bilden, in denen die Sorge um das körperliche, geistige und sittliche Wohl zum grossen Teil dem Elternhaus anvertraut ist. In den beiden lehrreichen, zum Teil humoristischen und mit sehr hübschen Bildern geschmückten Büchelchen hat Verf. die leibliche, geistige und sittliche Pflege des Spiel- und Schulalters nach allen Richtungen hin beleuchtet. Die Bändchen verdienen die grosse Verbreitung, die sie gefunden, vollauf. S.

Ziele und Aufgaben der modernen Schul- und Volkshygiene. Winke und Ratschläge für Lehrer, Schulärzte und Eltern. Von Johannes Berninger. gr. 8<sup>o</sup> VII und 90 S. Wiesbaden Otto Nemnich, 1904. Preis 2 M.

Dieser in zweckentsprechender Form erweiterte Vortrag eines Schulmannes sucht Missverständnisse und Misstrauen, wie sie erfahrungsgemäss allen neuen Bestrebungen anfänglich entgegengebracht werden, zu besei-



tigen und schildert zu dem Zweck ziemlich ausführlich die Notwendigkeit des Schularztinstituts und die eigentlichen und wirklichen Ziele der Schul- und Volkshygiene. Seine Ausführungen sind trefflich. Besonders den Stellen, welche in letzter Linie entscheidend für die Einrichtung schulärztlicher Überwachung sind, also den Gemeindevertretungen, sollte die Schrift zugänglich gemacht werden. Wenn sie dann von der Notwendigkeit und dem segensreichen Wirken dieser gesundheitlichen Forderung überzeugt wären, würden auch die materiellen Bedenken schwinden. Ich möchte glauben, dass gerade diese noch den Stein des Anstosses bilden. Geradesowenig aber der Lehrer die Pflege des Geistes anderer ohne Entgelt übernehmen kann, vermag auch der Arzt, zumal der heutige, sich die Pflege des Körpers nicht für ein blosses „Vergelt's Gott“ zu leisten. Unsere Humanität müssen wir aufsparen für die zahlreichen Fälle individueller Mittellosigkeit. Soweit im übrigen die Realisierung irgendwelcher hygienischer Gebote gewerblich tätigen Mitbürgern zufällt, öffnen sich Stadt- und Staatssäckel bereitwilligst. Aber die ärztliche praktische Mitarbeit an der Volksgesundheit glaubt man möglichst pro nihilo erhalten zu müssen. Die Kommunen gehören aber doch nicht zu den notorisch Armen, deren natürliche Anwälte wir Ärzte nach Virchows schönem Wort sein sollen. Sollte nicht schon Dankbarkeit für die gewonnenen Erfolge eine gerechtere Auffassung zeitigen? Haeseler (Nebra a. U.)



## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Thrush. Von H. Illoway.

I. empfiehlt für die Behandlung des Soors die Reinigung des Mundes mit einer bestehenden Mixtur aus Jodtinktur und Glycerin. Nach der Pinse- lung sehen die Partien gerötet und leicht gereizt aus, aber völlig rein. Daneben ist natürlich peinliche Sauberkeit der Flasche bzw. der Brust erforderlich. In wenigen Tagen schwand nach einmaliger Anwendung die Krankheit, ohne dass eine Spur zurückblieb. Die Kinder nahmen vor- züglich ihre Nahrung wieder. In der Mixtur ist das Glycerin nicht nur ein passendes Vehikel, sondern nach der Erfahrung I.'s ein wichtiger Faktor, da es das Mycelium von dem Gewebe löst. Das vorgeschlagene Verfahren übertrifft alle bisherigen an Schnelligkeit der Applikation, an Harmlosigkeit des angewendeten Arzneimittels und an Raschheit der Wirkung.

(Med. News 1904.)

v. Boltenstern (Berlin).

Skrofulose und Solbad. Von Kablé.

K. betont, dass bei einer so chronisch verlaufenden Erkrankung wie der Skrofulose, wo die Funktion sämtlicher Organe gestört ist, die üb- lichen 4 Kurwochen nicht genügen können, um greifbarere Resultate zu erzielen. Sechs bis acht Wochen sollten von vornherein dafür festgelegt werden, namentlich bei älteren und schwereren Formen. K. teilt dann in

kurzen Zügen das Bemerkenswerteste aus der Anwendungsweise der Kur mit, in welcher Wasser, Luft und Licht mit ihren spezifisch wirkenden Bestandteilen die drei mächtigen Heilagentien darstellen. Worauf die geradezu glänzenden Heilerfolge beruhen, lässt sich nicht sagen. Die klinischen Erscheinungen werden zur Heilung gebracht, ganz gleich, ob sie auf Grund tuberkulöser oderluetischer Konstitutionsanomalien zum Ausbruch gekommen sind oder ob die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber den Reizen der Aussenwelt aus irgend einem anderen Grunde herabgesetzt ist. Schleimhautaffektionen jeglicher Lokalisation, Drüenschwellung und Vereiterung, Periostitis und Osteomyelitis sind dankbare Objekte für eine Solbäderkur, wenn auch das Messer nicht immer vollständig entbehrt werden kann.

(Therap. Monatsh. 1904.)

v. Boltens Stern (Berlin).

A case of Hemiplegia occurring whooping-cough and diphtheria. Von H. Fraser.

In dem vorliegenden Falle wurde 6 Tage vor dem Auftreten einer Hemiplegie Diphtherie festgestellt. Es ist daher nicht anzunehmen, dass es sich um eine toxische Neuritis handelt, zumal auch die Paralyse ausgesprochen einen zentralen, nicht peripheren Charakter trug. Keuchhusten bestand seit 6 Wochen. Die zahlreichen Hustenanfälle hatten während dieser Zeit die Hirngefäße beträchtlich angestrengt. Die Folge war eine Gefässruptur mit Blutaustritt, und weiter rechtsseitige Hemiplegie, Hemi-anästhesie und Hemianopsie.

(Brit. med. journ. März 1904.)

v. Boltens Stern (Berlin).

Huit années de sérothérapie antidiphthérique à Marseille. Par L. D'Astros.

Während vor Einführung des antidiphtherischen Serums die Mortalität an Diphtherie in Marseille eine ausserordentlich grosse war, sank dieselbe nach derselben in auffallender Weise. In den Jahren 1880—1891 schwankte die Zahl der Todesfälle zwischen 427 und 779. Nach Einführung des Serums, dessen jährlicher Verbrauch 2500—3500 Fläschchen à 10 ccm beträgt, sank die Mortalität auf 122 im Jahre 1895 und auf 54 in 1897. Berechnet auf die Einwohnerzahl, betrug die Sterblichkeit im Jahre 1891 vor Einführung der antidiphtherischen Injektionen 198 Todesfälle auf 100,000 Einwohner, während später dieselbe im gleichen Verhältnisse, auf 12 im Jahre 1897, und auf 13 im Jahre 1902 herabsank. Es ist also eine Verminderung um mehr als  $\frac{4}{5}$  zu verzeichnen, und man könnte eine noch grössere Verminderung erzielen, falls man das Serum systematisch bei dem geringsten Verdachte auf Diphtherie anwenden würde.

(Rev. d'hygièn. Juni 1903.)

E. Toff (Braila).

Alimentation de l'enfant du premier âge et particulièrement de l'enfant atteint d'une affection gastro-intestinale par le babeurre. Par Jean P. Cardamatis.

Auch C. hat von der Ernährung schwächlicher Kinder, die an kongenitaler Athrepsie, an rhachitischer Dyskrasie, an allgemeiner Tuberkulose, sowie an Dyspepsie und verschiedenen gastro-enteritischen Störungen

litten, mittels Buttermilch sehr gute Resultate gesehen. Die Zahl der derart behandelten Fälle betrug 22 und wurde hauptsächlich eine rasche Gewichtszunahme beobachtet, ausserdem eine Besserung der dyspeptischen Stühle, die rasch normal wurden. Am vorteilhaftesten zeigte sich die gemischte Nahrung, indem zwei bis vier Mal in 24 Stunden Frauenmilch und 4—6mal Buttermilch verabreicht wurde.

C. hat die bakteriologische Untersuchung der Milch und der Stühle gemacht und ist hierbei zu folgenden Schlüssen gelangt: In der Milch fand er *Oidium lactis*, *Bacillus erythrogenes Hueppe*, *Bac. lactis aërogenes Escherich*. In den Faekalmassen fanden sich: *Bacillus communis Escherich*, *Bacillus lactis aërogenes*, *Staphylokokkus pyogenes aureus*, *Bac. acidi lactici*, *Bacil. pyocyaneus*.

(Arch. de méd. des enf., Februar 1904.) E. Toff (Braila).

Die Sterblichkeit der kleinen Kinder. Von Alex. Manolescu.

Verfasser weist auf die grosse Sterblichkeit der Kinder im zarten Alter in Rumänien hin. Die Ursache ist hauptsächlich in der mangelhaften Pflege, in der schlechten Ernährung und in den zahlreichen Nabelschnurinfektionen zu suchen. So gaben z. B. in einem Bezirke die Kinder im Alter bis zu sechs Monaten 21% der Gesamtmortalität, in einem anderen Bezirke sogar 24%, während die Sterblichkeit von 6 Monaten bis zu einem Jahre nur 6%, beziehungsweise 4% betrug. Der Mangel an guten Hebammen auf dem flachen Lande trägt einen grossen Teil der Schuld an diesen Zuständen, da die Assistenz bei den Geburten meist von alten Weibern geleistet wird, deren empirische Kenntnisse sehr mangelhaft sind.

(Român. medical. Nr. 9, 1904.) E. Toff (Braila).

Le prolapsus de l'urètre chez les petites filles. Par P. Lamblin.

Die Krankheit ist unter kleinen Mädchen ziemlich verbreitet; am häufigsten findet man dieselbe zwischen dem sechsten und elften Lebensjahre, aber auch das früheste Alter bleibt nicht verschont. Ätiologisch wird hartnäckiger Husten, namentlich Keuchhusten, Verstopfung, überhaupt wiederholtes, starkes Pressen, aber auch Vulvovaginitis, Störungen in der Harnentleerung, langes Stehen, Ermüdung etc. angeführt. Bei der Untersuchung der Kranken bemerkt man eine rote, fleischige Masse, die oft zwischen den Labien hervortritt. Während des Gehens treten Schmerzen und Blutungen auf, die einen vorzeitigen Anfang der Regeln vortäuschen können. Bei näherer Untersuchung des kleinen Tumors findet man in der Mitte die Öffnung der Harnröhre, was für die Diagnose ausschlaggebend ist. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Ätzungen mit 2%er Lapislösung und in hartnäckigen Fällen in der chirurgischen Entfernung.

(Inaugural-Dissert. Paris 1903.) E. Toff (Braila).

Tubercule du cervelet. Par Simon.

Das betreffende 11-jährige Mädchen kam ins Krankenhaus mit unbestimmten Symptomen: Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit. Nach

einigen Tagen traten Konvulsionen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen auf. Es bestand Kernig'sches Zeichen, vasomotorische Linien, leichte Parese des rechten Facialis, Unterempfindlichkeit in der Region des rechten Trigemini, verminderte Hörfähigkeit und Verschwinden des Geschmacks rechts, während der Geruch dieser Seite intakt blieb. Im Laufe der fünf Wochen dauernden Krankheit, traten wiederholt Konvulsionen, Erbrechen, Unregelmässigkeiten des Pulses auf, endlich Pupillenstarre, Koma und Tod. Die erste vorgenommene Lumbalpunktion ergab ausser einigen Lymphozyten im Sediment, nichts Besonderes. Eine zweite Punktion zeigte eine klare Flüssigkeit, in welcher ich zahlreiche Lymphozyten und rote Blutkörperchen, aber keine Polynukleare befanden. Man dachte zuerst an gastrische Störungen, dann an tuberkulöse Meningitis und Hirnsyphilis, doch blieb die vorgenommene spezifische Behandlung resultatlos. Bei der vorgenommenen Sektion fand man ein sehr grosses Kleinhirn, deren rechte Hemisphäre fast ganz von einer gelben, käsigen Masse eingenommen war.  
(Rev. des mal. de l'enf. Juli 1903.) E. Toff (Braila).

Die Brüche der unteren Extremität des Humeralknochens bei Kindern. Von Lampadaride.

Diese Brüche bilden eine bedeutende Mehrheit der traumatischen Laesionen des Ellbogens bei Kindern. Meist handelt es sich um Brüche oberhalb der Kondylen oder des äusseren Kondylen. Die Frakturen der Epitrochlea kommen erst in zweiter Reihe in Betracht, während die anderen sehr selten vorkommen. Es ist dies auf die Verknöcherungsart des unteren Humerusendes zurückzuführen. Als Hauptursache ist das Fallen auf die Handfläche anzusehen, während das Auffallen auf den Ellbogen oder andere Traumen seltener zu den in Rede stehenden Frakturen Veranlassung geben. Eine genaue Diagnose ist oft nur mit Hilfe der Radiographie möglich. Ein Fixierungsverband mit Kartonschienen ist am praktischsten und billigsten.

(Inaugural-Dissert. Bukarest 1903.)

E. Toff (Braila).

## Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Chinin salicyl. 0,18—0,3  
Sacch. alb. 0,3  
Mf. pulv. D. dos. X DS. tgl. 4 P.  
zu nehmen  
Influenza, Scarlatina,  
Morbill., Diphther.  
(Moore).

Rp.

Inf. rad. Ipec. (0,4): 100,0  
Tartar. stibiat. 0,04  
Methylatropin. bromat. 0,003 bis  
0,005  
Antipyrin 0,4  
Syr. simpl. 20,0  
MDS. 3stündl. 1 Kaffeelöffel.  
Bronchit. acut., Pneumonie.  
(Aronheim).

Rp.  
Euguform. 20,0  
DS. zum Einpudern  
N ä s s e n d e s E k z e m  
(Weil).

Aq. destill. 100,0  
DS. 1—2 mal tägl. auf die ek-  
tropionierte Lidhaut zu pinseln.  
Trachom, Blennorrhoea  
neonator. (Hoor).

Rp.  
Tumenol. 2,5—5,0  
Flor. Zinc.  
Bismut. subnitr. aa. 2,5  
Ungt. lenient.  
Ungt. simpl. aa. 25,0  
Mf. ungt. DS. äusserlich  
N ä s s e n d e s E k z e m, Lupus.

Rp.  
Phenocoll. hydrochlor. 1,0—1,5  
—3,0  
Decoct. Alth. 90,0  
Syr. Ceras.  
MDS. 2 stdl. 1 Teelöffel.  
Tuss. convuls. (Kinder bis  
zu 1 J. die 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, bis zu 2 J.  
die 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>0</sup>/<sub>0</sub>, über 3 J. die 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>  
Lösung. (Ostrowski.)

Rp.  
Liq. Argentamin 5,0

### Kleine Mitteilungen.

Die diesjährige Jahresversammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wird nach einer Mitteilung des ständigen Sekretärs Dr. Pröbsting in Köln vom 14.—17. September zu Danzig stattfinden, unmittelbar vor der am 18. September beginnenden Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau. Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Die Ruhr und ihre Bekämpfung. 2. Die Kältetechnik im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege. 3. Die hygienischen Anforderungen an zentrale Heizanlagen. 4. Die Ausbildung und Organisation des Krankenpflegerpersonals. 5. Städtische Kläranlagen und ihre Rückstände.

In Dr. Gmelins Nordsee-Sanatorium Südstrand-Föhr ist in den letzteren Jahren eine Abteilung Pensionat für die Jugend (Leiter Dr. phil. Otto Mensendieck), u. zwar für Knaben und Mädchen vom 6.—18. Lebensjahre eingerichtet worden, welches die weitgehendste Empfehlung verdient. Der grosse Wert des längeren Aufenthaltes an der Meeresküste für Kinder, die zu Katarrhen der Respirationsorgane neigen, an nervöser Erschöpfung, Anlage zu Tuberkulose, Skrofulose, Rhachitis, Blutarmut etc. leiden, ist ja jetzt unbestritten. Das Gmelin'sche Pensionat soll einmal als Ferienaufenthalt dienen für solche, die ohne Begleitung der Eltern in sorgfältiger Pflege und unter ärztlicher Überwachung die Ferien an der See zubringen sollen; sodann aber ganz besonders als Erziehungsheim, um die Möglichkeit einer längeren gründlichen Erholung ohne Beeinträchtigung der geistigen Weiterbildung zu geben in Fällen, wo durch eine irgendwie geschwächte Konstitution ein verlängerter Aufenthalt im Seeklima geboten ist.

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

**Dr. med. Sonnenberger in Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

**XV. Jahrg.**

**Juli 1904.**

**No. 7. (175.)**

**Inhalt:** Originalien: **Meyer**, Drei Fälle von Blasenkatarrh im Kindesalter. 145. — **Fürst**, Über gutartige und suspekta Hyperplasie der Mesenterialdrüsen. 147. — **Referate:** **Rahn**, Tracheotomie und Intubation bei Diphtherie. 151. — **Elgart**, Prophylaxe der akuten Exantheme. 152. — **Hukiewicz**, Masern-Scharlachfälle. 153. — **Müller**, Kopfliche Flecke, Diazo-Reaktion und Fieber bei Masern. 154. — **Dauber**, Ophthalmoblenorrhoe. 155. — **Dörfler**, Bauchfelltuberkulose. 155. — **Cheinisse**, Appendicitis. 156. — **Stamm**, Pylorusstenose. 157. — **Zlocisti**, Steigerung der Sekretion bei stillenden Müttern. 158. — **Heim**, Bioson. 158. — **Gutmann**, Theocin. 159. — **Porias**, Thigenol. 159. — **Siegmann**, Protylin „Roche“. 162. — **Kouindjy**, Massage bei Tabes dorsalis. 163. — **Henle**, Venöse Hyperämie. 164. — **Gesundheitspflege:** **Kriege**, Über sanitätspolizeiliche Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der Diphtherie. 164. — **Rezensionen:** **Elgart**, Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe. 165. — **Aufrecht**, Über die Lungenschwindsucht. 165. — **Hackl**, Mutter und Kind. 165. — **Frobenius**, Völkerkunde in Charakterbildern. 166. — **Kurze Notizen** aus der Praxis und Wissenschaft. 166. — **Rezeptformeln** für die Kinderpraxis. 168. — **Kleine Mitteilungen.** 168.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

### **Drei Fälle von Blasenkatarrh bei Kindern.**

Von Dr. Otto Meyer (Hamburg).

In den letzten Jahren sind drei Fälle von Blasenkatarrh bei jungen weiblichen Kindern in meine Beobachtung gekommen, deren eigenartige Ätiologie diese Mitteilung rechtfertigt.

Im ersten Falle handelte es sich um mein eigenes vierjähriges Mädchen, das unter folgenden Umständen erkrankte. Das bis dahin vollkommen gesunde, blühende Mädchen schaukelte an zwei Ringen, die an den Türpfosten mit Stricken befestigt waren. Um den Körper in Schwung zu bringen, ging es mit gestreckten Armen soweit rückwärts, wie es die Gurte gestatteten, gab sich dann einen Abstoss, zog, sobald es auf der anderen Seite in mittlerer Höhe angelangt war, die Beine an und schwang mit einem Ruck nach hinten aus. Da die Schwingungen nicht ausgiebig genug waren, bat mich das Kind, ihm einen kräftigen Stoss zu geben. Der Körper flog nun etwas höher, die Streckung beim Abschwung war forzierter als zuvor und in diesem Moment setzten heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend

und stürmischer Urindrang ein. Es wurden unter Krampf wenige Tropfen entleert, alle fünf Minuten stellte sich unter steigender Unruhe des Kindes das Drängen ein, und bald machte das Kind den Eindruck eines ernstlich Erkrankten. Der Urin konnte nicht aufgefangen werden, sicher aber ist es, dass die vorgelegten Tücher keine erheblichen Blutbeimengungen zeigten. Die Nacht war sehr unruhig, jeder Versuch Linderung zu schaffen, vergeblich. Am nächsten Tage ging die Temperatur auf  $38,2^{\circ}$  herauf, abends konnte etwas Urin aufgefangen werden, das mikroskopische Bild zeigte zahlreiche Blasenepithelien aus verschiedenen Schichten, weisse und wenig rote Blutkörperchen und nicht bestimmbar Bakterien. In vier Tagen war der so stürmisch aufgetretene Katarrh abgeklungen.

Kurze Zeit darauf trat der zweite Fall in meine Behandlung, es handelte sich hier um ein  $1\frac{1}{2}$  jähriges, bisher stets gesundes Kind. Als der Vater mittags vom Kontor nach Hause kam, schwang er, wie er häufig im Spiele getan, das Kind über seinen Kopf. Das Mädchen stand dabei mit dem Rücken ihm zugewendet, der Vater fasste es um die Schultergelenke und hob so schwingend den kleinen Körper auf seinen Kopf, um ihn sogleich wieder auf die Füße zu stellen. Auch hier haben wir forzierte Beugung und beim Abschwung forzierte Streckung des Rumpfes als Grundtypus der Bewegung. Das Kind bekam unmittelbar nach dieser improvisierten Schultzeschen Schwingung Harndrang, Zeichen von Blasenkatarrh und leichtes Fieber. Der Verlauf war wie bei meinem eigenen Kinde. Störungen von Seiten der Harnorgane sind bei beiden Kindern nicht mehr aufgetreten. Der dritte Fall wurde mir vor einem Jahre zugeführt. Es handelte sich um ein vierjähriges Mädchen mit schwerem stark hämorrhagischen Blasenkatarrh. Die Ätiologie war zuerst dunkel, bis die Mutter auf Fragen angab, dass das Kind am Tage der Erkrankung „wie toll“ in einem grossen Schaukelstuhle sich vergnügt hätte. Die Analyse dieser Bewegung zeigt denselben Ablauf von Beugung und Streckung wie in den beiden ersten Fällen. Der Verlauf dieses Falles zog sich über zwei bis drei Wochen hin. Das Blut verschwand nach einigen Tagen. Eine Untersuchung des Harnes in der zweiten Woche ergab Eiterkörperchen, vereinzelte Plattenepithelien, nicht näher zu bestimmendes Sediment. Keine Nierenepithelien, keine Zylinder, keine roten Blutkörperchen, keine Bakterien in grösserer Zahl. Reaktion alkalisch. Dieser Befund wurde im Institut von Herrn Dr. Albert Schönberg erhoben. Der Fall heilte durch Ruhe, Diät, Urotropin aus, ein Rückfall ist nicht wieder eingetreten.

Was hat nun hier vorgelegen? Fest steht, dass sich der ganze Prozess in der Blase abgespielt hat, fest steht der akute Anfall bei vollkommen gesunden Kindern und fest steht die Oberflächlichkeit der geschilderten Affektion. Alle drei Fälle sind auf den Mechanismus von schnell hintereinander folgenden forzierten Streckungen und Beugungen des Rumpfes zurückzuführen. Es handelt sich wohl um oberflächliche Schleimhautrisse in der Blase; möglich auch ist es, wenigstens in den ersten beiden Fällen, dass der wie in einer Zentrifuge geschleuderte Urin durch plötzliche Überdehnung eines Teiles der Blase die mittelbare Veranlassung der Verletzung war. Es wäre interessant zu untersuchen, ob sich bei Neugeborenen nach Schultzeschen Schwingungen Störungen von Seiten der Blase zeigen. — Eine Literatur über diese leichten, nur dem

Hausärzte zur Beobachtung kommenden Katarrhe habe ich nicht finden können. Vielleicht mehren sich nach dieser Mitteilung die zu beschreibenden Fälle, und ein fleissigerer Mann als ich wird wohl auch die Beschreibung ähnlicher Affektionen heranziehen können.

## Über gutartige und suspekte Hyperplasie der Mesenterialdrüsen.

von S.-R. Dr. L. Fürst (Berlin).

Seitdem Robert Koch in seinem Londoner Vortrage (1901), auf Grund seiner mit Schütz angestellten Versuche erklärt hat, dass das Rind nicht durch Fütterung mit menschlichen Tuberkulose-Bazillen vom Darm aus infiziert wird, also wahrscheinlich gegen diese refraktär und die früher angenommene Identität dieser und der Perlsucht-Bazillen damit hinfällig geworden ist, hat man sein Augenmerk mehr als früher darauf gerichtet, ob umgekehrt der Mensch durch Ernährung mit Perlsucht-Milch infiziert werden kann.

Diese Frage ist für jeden Kinderarzt von der allerhöchsten praktischen Wichtigkeit; denn die Säuglingsernährung muss immer mit der Möglichkeit rechnen, dass virulente, lebens- und entwicklungsfähige Keime in den Tubus alimentarius des Kindes mit der nicht oder nur ungenügend erwärmten Kuhmilch gelangen. Wären nun die Perlsucht-Bazillen für das Kind absolut nicht infektiös, so brauchte man ja die Milch überhaupt nicht zu erwärmen und zu pasteurisieren, um diese Mikroben oder deren Sporen abzutöten. Man könnte ohne jede Sorge die Kuhmilch roh verabreichen; würde sie doch, selbst wenn sie P.-B. enthielte, dem Kinde keinen Nachteil bringen.

So einfach liegt nun aber die Sache doch nicht, und es dürften sich auch wenig Ärzte finden, welche der Mutter raten würden, dem Kinde unabgekochte Milch zu geben, oder die dem Landwirt empfehlen würden, die Tuberkulin-Impfung wieder aufzugeben, welche ihm gestattet, die an latenter Tuberkulose leidenden Kühe seines Stalles herauszufinden, abzusondern und zu entfernen, wie er es schon mit den an Euter-Tuberkulose leidenden Kühen zu tun pflegt. Die Kuhmilch, zumal die Mischmilch grosser Betriebe, enthält, wie zahlreiche Untersuchungen ergeben haben, massenhaft Perlsucht-Bazillen. Wären diese gleichgültig, dann könnte man sich auch die Tuberkulinprobe ersparen, welche den deutschen Molkereien alljährlich Millionen kostet.

Fütterungsversuche mit roher Perlsucht-Milch haben aber ergeben, dass die Versuchstiere meist an Tuberkulose erkranken und sterben. Biologisch liegen die Verhältnisse beim jungen Kinde ganz ebenso. Es wird (wie auch v. Behring nachgewiesen hat) gerade wegen seiner noch wenig geschützten, die Invasion von Bazillen erleichternden Schleimhäute gar nicht so selten infiziert, auch wenn die nachweisbaren Fälle von primärer Darmtuberkulose mit Geschwürbildung nicht zahlreich sind; es ist also gegen die Bazillen der Rindertuberkulose nicht gefeit. Mögen diese



nun von der Mundhöhle aus durch den Lymphapparat des Rachenrings in die nächst beteiligten Lymphbahnen und Drüsen gelangen, um, nach Anschwellung der Kiefer-, Hals- und Nackendrüsen das Bild einer anscheinend harmlosen „Skrofulose“ zu erzeugen, oder mögen sie, die Darm-schleimhaut durchwandernd, auf dem Wege von den Lymphgefäßen in die Mesenterialdrüsen gelangen, um diese zur Schwellung, eventuell selbst zur Verkäsung zu bringen — immer wird der Organismus sehr leicht und in bedenklicher Weise infiziert werden. Wir wissen jetzt, dass die Bazillen bis zu den Bronchialdrüsen vordringen und von hier aus (nicht bloß durch Einatmung) Lungenphthise erregen können, wissen aber auch, dass von einer zerfallenden Mesenterialdrüse aus leicht und rapid eine allgemeine Miliartuberkulose entstehen kann.

Früher hatte man den angeschwollenen, bei weichen Bauchdecken leicht durchfühlbaren „Unterleibsdrüsen“, deren Bedeutung man sehr unterschätzte, wenig Beachtung geschenkt. Man hatte sich damit beruhigt, dass das Kind „skrofulös“ sei und deshalb „überall Drüsen“ habe, und man beeilte sich in solchen Fällen, zur Lebertranflasche zu greifen. Später freilich erkannte man, dass mit solchen chronischen Schwellungen der Mesenterialdrüsen noch — trotz reichlicher Ernährung — eine zunehmende Abmagerung und Atrophie einherging und dass diese „*Tabes mesaraica*“, wie sie sich aus den allzulangen vernachlässigten Drüsenschwellungen herausgebildet hatte, doch ein sehr ernstes Leiden sei, das manches Kind zu dauerndem Siechtum verurteilt.

Mit dieser sehr bitteren Erfahrung hatte man aber doch auch eine wertvolle Einsicht gewonnen, nämlich die, dass man solche Mesenterialdrüsen-Hyperplasie keineswegs lange bestehen lassen dürfe, dass man die sogen. Unterleibsdrüsen nicht früh genug behandeln könne. Man konnte sich der Überzeugung nicht verschliessen, dass ein Erfolg nur dann zu erzielen sei, wenn sie noch gutartig oder höchstens als suspekt zu betrachten sind, dass aber an einen Erfolg nicht mehr zu denken sei, sobald sie undurchgängig und durch degenerierte Bazillen in ihrer Struktur verändert sind. Verkäste, in Nekrobiose begriffene Mesenterialdrüsen sind ein höchst fragwürdiges Objekt für jeden therapeutischen Versuch, aber frisch geschwellte, leicht entzündete Drüsen mit einfacher Hyperplasie ein dankbares. Nun ist zwar zuzugeben, dass man es einer Drüse oder einem Drüsenpaket, selbst bei schlaffen, fettarmen Bauchdecken, nicht anfühlen kann, ob sie Bazillen enthalten oder nicht, ob sie bereits spezifisch tuberkulös und irreparabel oder noch indifferent geschwollen, wiederzurückzubringen sind. Die Grenze zwischen gutartiger, verdächtiger und nicht mehr heilbarer Mesenterialdrüsen-Schwellung ist schwer zu ziehen. Hier müssen uns die begleitenden Umstände leiten, vor allem die Darmfunktionen, der allgemeine Ernährungszustand, die Kontrolle des Körpergewichts und des ganzen Habitus. Auch werden uns andere fühlbare Lymphdrüsen und die Verhältnisse der Lunge orientieren.

Aber gerade, weil es nur durch langjährige Übung und Erfahrung gelingt, benigne und maligne Mesenterialdrüsen-Tumoren auseinander zu halten, kann nicht genug betont werden, dass alle solchen Vergrößerungen der Mesenterialdrüsen, sobald sie bestimmt zu vermuten oder wirklich palpabel sind, unverzüglich beseitigt werden. Man soll nicht eher ruhen, als bis diese Drüsen wieder in den Status quo ante zurückgebracht sind.

Das ist aber eben nur möglich, so lange sie noch permeabel sind und so lange insbesondere das *vas efferens* noch nicht durch käsige Massen oder sonstige Zerfallsprodukte verstopft ist.

Daraus folgt, dass nur die Infiltration mit Lymphzellen und die einfache Hypertrophie ohne stärkere entzündliche Reizerscheinungen und ohne allgemeine Atrophie noch ein gutes Resultat verspricht.

Denselben Grundsatz habe ich auch vor mehreren Jahren in einer Abhandlung über die Prophylaxe der *Athresia infantum* (Parrot<sup>\*)</sup> ausgesprochen und zwar mit Bezug auf die Darmschleimhaut, die auch nur im Beginn chronischer Darmkatarrhe noch eine *restitutio in integrum* ermöglicht.

Die Mesenterialdrüsen-Hyperplasie zu verhüten, ist die erste Aufgabe. Die zweite besteht darin, sie sofort und gründlich zu beseitigen, die Drüsen wieder zur Norm zurückzubringen. Beides ist aber nicht auf medikamentösem Wege möglich, sondern nur auf diätetischem. Denn man darf sich nicht verhehlen, dass beide Indikationen die gleiche Anforderung stellen, nämlich die Ursachen zu bekämpfen. Wenn irgend wo, so ist hier das kausale Verfahren angezeigt, sowohl prophylaktisch als therapeutisch. Und die Ursache solcher Drüenschwellungen liegt immer im Wurzelgebiete der zuführenden Lymphgefäße, in diesem Falle also in der Schleimhaut des Intestinal-Kanals. Pathogene Elemente, welche in diesen gelangen, sowie schwer assimilierbare korpuskuläre Elemente der Nahrung, vor allem rohes Stärkemehl, sind es, welche, nach erfolgter Resorption, sich in den genannten Drüsen deponieren und deren krankhafte Vergrößerung herbeiführen.

Die Kuhmilch und deren übliche Zusätze von unvollkommen dextriniertem Stärkemehl, wie es manche Kindermehle enthalten, diese beiden Diätetika können obige Indikationen nicht so vollkommen, wie man es wünschen muss, erfüllen. Denn die Kuhmilch ist notorisch, zumal in grösseren Städten, Mischmilch und mehr oder weniger reich an virulenten Perlsucht-Bazillen. Und ebenso reichlich finden sich solche in dem Rahm sowie in dem verbreitetsten der Milch-Produkte, der Butter. Es wird, wenn die Milch nicht schon an der Produktions-Stelle pasteurisiert und nicht im Hause durch vorsichtiges Erwärmen einigermassen keimfrei gemacht wird, nur zu leicht die Möglichkeit einer Fütterungstuberkulose bestehen. Eine solche wird aber vollständig ausgeschaltet, wenn eine sehr gute Vollmilch kondensiert wird, wie dies z. B. bei der Mufflerschen Kindernahrung, einem durchaus sterilen, geradezu ideal zusammengesetzten Nährmittel der Fall ist.\*\*\*) Mit Recht bezeichnet Thomas auf dem 14. Oberrheinischen Ärztetage dasselbe als „das nahrhafteste aller ähnlichen Erzeugnisse“ und ich möchte diesem Ausspruche eines unserer erfahrensten Paediatriker noch hinzufügen: „Es ist auch eines der gestündesten, weil es absolut keimfrei ist.“ Die für diese Nahrung verwendete Milch kann eben, schon infolge der ganzen Art ihrer Behandlung in hohen Temperaturen, dem so empfindlichen Organismus des Säuglings, und speziell dessen Mesenterialdrüsen, keine pathogenen

\*) Zentralbl. f. Kinderheilk. VII. 2.

\*\*) Hergestellt von Muffler & Co. zu Freiburg i. Br.

Mikroben zuführen, speziell also keine Bazillen der Rinder-Tuberkulose, welche leider der frischen Milch so oft anhaften.

Ist schon nach dieser Richtung also bei der Mufflerschen Nahrung der einen Indikation: „Fernhalten pathogener Elemente“ genügt, so ist andererseits auch das zu ihr verwendete Aleuronat und Weizenmehl eine ausserordentlich günstige Form des Pflanzeneiweiss. Denn hier ist von rohem Stärkemehl nichts mehr vorhanden. In Temperaturen von 250—270° C. ist es so vollkommen dextriniert, dass es absolut resorptionsfähig geworden und ausser stande ist, eine Infiltration der Mesenterialdrüsen hervorzurufen.

Wir sehen also, dass gerade die altbewährte Mufflersche Nahrung schon deshalb in allen Fällen von künstlicher Ernährung ein vorzügliches Diätetikum darstellt, weil sie den kausalen Anforderungen Genüge leistet, den Mesenterialdrüsen nicht, vom Darm aus, reizende, krankheitsserregende oder unabsorbierbare Stoffe zuzuführen.

Da aber ausserdem dieser Nahrung noch Eier und Butter beigefügt sind, das Ganze aber ein trockenes, feines Pulver von grösstem Wohlgeschmack und tadelloser Bekömmlichkeit bildet, so haben wir hier auch ein für die Ernährung und für die Konsolidierung des Skeletts sehr günstig zusammengesetztes Produkt vor uns. Sein Gehalt an Fett (5%) und Eiweiss (15%), das günstige Verhältnis dieser beiden wichtigen Nährstoffe (1:3), ferner der Reichtum an löslichen Kohlehydraten (ca. 30%) und an Salzen (je 1% Phosphorsäure und Kalk), schliesslich der fast verschwindende Gehalt an Zellulose (0,1%) — alles dies macht es erklärlich, wenn nicht nur gesunde Kinder dabei tadellos gedeihen, sondern auch kranke schneller der Genesung zugeführt werden. Eine grosse Anzahl von Ärzten hat dies, z. T. an den eigenen Kindern, konstatiert, zumal an Fällen von akutem und chronischem Darmkatarrh, Disposition zu Rachitis, Atrophie und Körperschwäche.

Ich selbst habe meine Versuche an beginnender *Tabes mesaraica* gemacht, d. h. an solchen Fällen, in denen es sich um zweifellos gutartige, höchstens verdächtige Schwellung einzelner oder konglomerierter Mesenterialdrüsen, die sich bei Palpation nachweisen liessen, handelt. Bei solchen Kindern habe ich durch Monate (4—15 Monate) lange Ernährung mit dem Mufflerschen Präparat und gleichzeitiger Kreuznacher oder Sulzaer Solbädern eine stetige Abnahme der Drüsen, bis zu ihrem völligen Verschwinden beobachten können. Gleichzeitig aber sah ich dabei akute Brechdurchfälle, chronische Darmkatarrhe und anderweitige Drüsenschwellungen zurückgehen. Von den Kindern, die ich in dieser Weise zu behandeln Gelegenheit hatte und denen mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Fütterungs-Tuberkulose drohte, ist keines an solcher erkrankt. Bei drohender primär-isolierter Mesenterialdrüsen-Tuberkulose würde ich jedenfalls die geschilderte Ernährung deshalb für sehr zweckmässig halten, weil sie, meines Erachtens, zugleich die Widerstandskraft des Körpers erhöht.

## Referate.

### Tracheotomie und Intubation als Stenosenoperation bei Diphtherie.

Von Rahn. (Jahrb. f. Kdhlk. Bd. 95. Hft. 2.)

Verf. bespricht zunächst die Indikationen für die Intubation im allgemeinen und ihre Beziehungen zum Diphtherieheilserum, dessen heilsamer Einfluss ausser Frage stehe. Die Grenzen für die Intubation müssen möglichst scharf gezogen werden. Die primäre Tracheotomie als Stenosenoperation ist indiziert: 1. Bei unter  $1\frac{1}{2}$  Jahre alten Kindern, wenn schwere floride Rachitis besteht; 2. bei hochgradigem Kollaps und im agonalen Stadium; 3. bei ausgebreitetem gangränisierendem und exulzierendem Zerfall im Rachen (septische Diphtherie); 4. bei gleichzeitig bestehender hochgradig „pharyngealer Dyspnoe“ und Oedem des Larynxeingangs; 5. bei spasmodischen oder mechanischen Hindernissen im Kehlkopflumen selbst, die dem Tubus ein Hindernis setzen; 6. bei äusserlich am Hals wahrnehmbarer ödematöser Schwellung bzw. bei tiefgehendem Hautemphysem des Halses; 7. bei einer komplizierenden und durch die Untersuchung nachweisbaren Bronchostenose; 8. bei Fortdauer der Atemnot nach der Intubation. — Die primäre Tracheotomie, welche günstigere Aussichten bietet, soll das Geltungsgebiet der sekundären Tracheotomie möglichst einengen; letztere ist geboten: 1. wenn der Tubus bereits mehrere Tage gelegen hat und nach der vierten Extubation sofort wieder anhaltende Atemnot eintritt; 2. bei Membranverstopfung im Tubus und Verdacht auf weitere Membranstücke in den Bronchien; 3. bei beginnenden Zellgewebsveränderungen vor dem Kehlkopf, während noch bestehender Stenose auch ohne subjektiven Erscheinungen; 4. wenn aus rein äusserlichen Gründen das Kind sich gegen den Tubus sträubt, wenn es Unlust und Schmerzgefühle äussert, andauernd ungebärdig und aufgeregt ist oder trotz strenger Bewachung sich selbst extubiert resp. fortgesetzte Extubationsversuche macht; 5. bei Annahme oder Nachweis von Thymus- oder Bronchialdrüsenhyperplasie (Tuberkulose); 6. wenn wiederholt neue Einziehungen auftreten und eine vorgenommene Extubation keine Besserung erkennen lässt; 7. wenn eine genügende Ernährung unmöglich gemacht ist, namentlich durch das Sträuben des Kindes gegen die Sonde bei liegendem Tubus; 8. bei unter 2 Jahre alten Kindern, wenn nach 5—6 Tagen 2mal rite extubiert worden ist und sofortige Atemnot wieder eintritt. — Trotz dieser mehr theoretischen Einschränkungen, die in praxi nicht so häufig in Frage kommen, als es nach der grossen Zahl der angeführten Indikationen den Anschein hat, bleibt es nach Verf. unbestritten, dass die Intubation ein grosses Geltungsgebiet in der Stenosenbehandlung des Kehlkopfs bewahrt hat, dass sie die Tracheotomie auf bestimmte Indikationen beschränkt hat. Für die Intubation gelten folgende Hauptgrundsätze: 1. die Intubation muss möglichst frühzeitig angewendet werden; 2. vor derselben müssen alle Indikationen zur Tracheotomie erwogen sein; 3. bei derselben soll alles zur Tracheotomie vorbereitet sein und geschulte Assistenz zur Verfügung stehen; 4. die intubierten Kinder sollen, wenn ihr Allgemeinzustand es erlaubt — Pneumonien im Stadium der Infiltration und Kollaps sprechen dagegen — ins Dampfbzimmer kommen; 5. die Intubation darf möglichst nur auf einmaliges Einführen des Tubus hinausgehen; 6. die Tubusnummern sind nie zu klein

zu nehmen; 7. vor der Intubation müssen gleichfalls alle Indikationen erwogen werden; 8. vor der Extubation soll man möglichst ausgiebig Brom geben; 9. bei der Extubation muss immer eine neue Intubation vorgesorgt sein. — Von grosser Wichtigkeit ist die Intubation als Präliminaroperation der Tracheotomie und als nachbehandelnde Operation beim Dekanülement. — Die Intubation in der Privatpraxis, für die genügende Erfahrung in der Diagnosen- und Prognosenstellung, Einleitung der Serumbehandlung und Vorhandensein einer aufmerksamen, verständigen Wärterin Vorbedingungen sind, darf erfolgen: a) wenn keine Bronchostenose bzw. kruppöse Bronchitis nachweisbar ist; b) wenn die oben angeführten Indikationen zur primären oder sekundären Tracheotomie fehlen. — Auf alle Fälle wird in der Privatpraxis, wo es nur zugänglich ist, zunächst der Tubus benutzt, sei es zur provisorischen oder experimentellen Intubation (zwecks Feststellung einer sonst nicht nachweisbaren Bronchostenose). Der Tubus wird beibehalten, wenn keine Indikation zur sekundären Tracheotomie eintritt und wenn das Kind den Tubus sichtlich verträgt. S.

**Zur Prophylaxe der akuten Exantheme.** Von Jaroslav Elgart.  
(Ztschr. f. Hyg. Bd. 44, 2. Heft. — Arch. f. Kinderhkl.)

Verf., der jetzt ein eigenes Werk über eine neue Methode der Prophylaxe der akuten Exantheme herausgegeben hat (siehe unter „Rezensionen“ in dies. Heft), weist darauf hin, dass die meisten Infektionskrankheiten mit einem Primäraffekt an der Invasionspforte beginnen. Bei den akuten Exanthenen sind es die Entzündungen des Respirationstraktus, besonders dessen oberer Teil, verursacht durch Aspiration der mit dem Kontagium erfüllten Luft aus der Umgebung des Kranken. Verf. sucht durch eine Desinfektion des Respirationstraktus bei den gefährdeten Personen neben den bisher üblichen, freilich ungenügenden Massnahmen (Isolierung des Kranken, Ventilation etc.) eine vollständige Prophylaxe der akuten Exantheme zu erreichen. Dazu eignet sich am besten die Inhalation von Flüssigkeiten, die teils die physiologische antiparasitäre Schleimhautwirkung durch Erregung von Hyperämie steigern, teils mechanisch durch Lockerung der Sekrete und chemisch durch Desinfektion wirken. Solche Mittel sind: Aq. Calc. Aq. destillat. aa., Jod. trichlorat. 0,05 Proc., Acid. boric. 3 Proc., Natr. chlorat 3 Proc. (letztere beiden nur schwach wirkend). Jede einzelne Person aus der Umgebung des Erkrankten hat sich 2 mal täglich 5 Minuten lang der Inhalation unter einem sicher funktionierenden Sprayapparat zu unterwerfen; Personen mit einem disponierenden Katarrh des Respirationstraktus oder schon Krankheitsverdächtige inhalieren etwas länger.

In der Brünner allgemeinen Krankenanstalt, wo früher sehr viele Hausinfektionen an Masern und Scharlach vorgekommen waren, sind dieselben seit Einführung der E.'schen Inhalationen gänzlich verschwunden, trotz gleichzeitiger starker Epidemien in der Stadt. Verf. glaubt sogar bei einigen eingeschleppten Fällen die schon ausgebrochene Krankheit kuppert zu haben. Verf. belegt seine schönen Erfolge mit zahlenmässigen Nachweisen und verdient dieselben die Aufmerksamkeit und Nachprüfung aller Ärzte. S.

**Über Masern-Scharlachfälle.** Von Hukiewicz. (Jahrb. f. Kinderheilk. 59. Bd., Heft 5, 1904.)

H. beobachtete in dem Kinderspitale zu Wien innerhalb eines halben Jahres 21 einschlägige Fälle, die in drei Gruppen zerfallen. a) Fälle, in welchen das Scharlachexanthem vor dem Masernexanthem zum Vorschein kam, b) Fälle mit umgekehrter Reihenfolge der Exantheme und c) Fälle, welche bereits mit beiden Exanthenen aufgenommen wurden und es unmöglich war zu eruieren, welches von beiden zuerst zur Eruption gekommen ist.

Die Fälle der ersten Gruppe bieten keine diagnostischen Schwierigkeiten, wenn sie von Beginn der Erkrankung an beobachtet werden, denn beide Exantheme treten da wohl charakterisiert zu Tage, indem sie während der Eruption verschiedene Hautpartien in Anspruch nehmen.

Viel mannichfaltiger in Bezug auf das Bild der Mischexantheme sowie auf diagnostische Schwierigkeiten ist die zweite Gruppe. Diese zerfällt in zwei Untergruppen, je nachdem die Masern — vom Scharlachexanthem unbeeinflusst bleiben oder in eigentümlicher Weise verändert wird. Dieses veränderte Exanthem wurde nur am Stamm und an den Extremitäten, besonders an den unteren, nie im Gesicht gesehen. Es bildet über handtellergrosse und grössere, oft die ganze Brust bedeckende, erhabene, nur durch schmale, unregelmässig verlaufende Streifen normaler Haut von einander abgegrenzte Flächen von glatter, fast glänzender Oberfläche und hell ziegelroter Farbe. Es ist in seiner Beschaffenheit keinem Exanthem ähnlich und erinnert noch am meisten an grosse, infolge starker Konfluenz entstandene, hat ebenso unregelmässige Ränder, ist ebenso erhaben und sukkulent, nur die Farbe ist eine andere und die Oberfläche noch glatter. Es entsteht nur an den Stellen, wo das Masernexanthem reichlich angelegt, aber noch nicht voll entwickelt ist.

Ebenso rasch, wie es erscheint, verschwindet dies Exanthem. Nach einigen Stunden bereits ist es viel flacher geworden, seine Farbe mehr blassrosarot. Nach weiteren Stunden erreicht die Oberfläche des Exanthems das Niveau der umgebenden Haut, und jetzt sieht man an diesen Stellen nur das dichtstehende, wohl charakterisierte Scharlachexanthem; von Maserneffloreszenzen ist noch keine Spur zu sehen; sie treten erst nach Abnahme der immer noch starken Hyperämie in braunroten, undeutlichen Flecken auf dem Scharlachgrunde zum Vorschein.

Mit dem Momente des Auftretens des Scharlachexanthems an den Stellen des veränderten Masernexanthems gleicht das Bild und der weitere Verlauf jenen Masern-Scharlachfällen, in welchen die Morbillen unbeeinflusst bleiben. — Durch reichliche Entwicklung der Scarlatina werden die Morbilleneffloreszenzen teilweise verdeckt, so dass sie manchmal schwer zu erkennen sind. Nach kürzerer oder längerer Zeit blasst das Scharlachexanthem ab, die Hyperämie der Haut geht zurück, und dann tritt wiederum das Masernexanthem in blassbraunen, verwaschenen Pigmentflecken deutlich zum Vorschein. — Dem ablassenden Scharlachexanthem folgen als Ausdruck der sehr starken Hyperämie reichliche punktförmige Blutungen, besonders reichlich an Stellen des verändert gewordenen Masernexanthems.

In der letzten Gruppe war ein Fall dadurch interessant, dass beide Exantheme verschiedene Hautpartien in Anspruch nahmen und zwar die

Masern die oberen Extremitäten und den Stamm bis zum Ligam. Poupartii, der Scharlach nur die Oberschenkel. Beide Exantheme breiteten sich in den ersten drei Tagen über die anfangs eingenommenen Hautpartien nicht aus, und erst am vierten Tage, nachdem das Scharlachexanthem stark abblasste, traten auch an den Oberschenkeln spärliche Masernflecken hervor.

Bei den Doppelinfektionen bleiben, abgesehen von der oben beschriebenen Veränderung des Exanthems, die anderen klinischen Symptome unbeeinflusst. Sowohl Masern als Scharlach gehen in ihrer Entwicklung eigene Wege, so dass einerseits die für sie charakteristischen klinischen Symptome, andererseits die ihnen eigentümlichen Komplikationen und Nachkrankheiten zum vollen Ausdruck kommen. Was die gegenseitige Beeinflussung beider Krankheiten betrifft, so scheint es, dass nach einer Masernerkrankung die Scharlachinfektion sich leichter zu einer schweren Form entwickelt.

Die Beobachtungen lassen auch darauf schliessen, dass die Maserninfektion eine erhöhte Praedisposition für Scharlach schafft.

Schnell (Egeln).

**Beobachtungen über Koplik'sche Flecke, Diazo-Reaktion und Fieber bei Masern.** Von O. Müller. (Aus der medicin. Universitäts-polikl. in Marburg. — Münchener med. Wochenschr. 1904, Nr. 3.)

M. hat bei einer Marburger Epidemie folgende Beobachtungen gemacht: Bei 166 Kranken konnte das Vorhandensein der Koplik'schen Flecke 134 mal (81%) mit Sicherheit festgestellt werden. Ein Initial-exanthem am harten Gaumen war dagegen 143 mal (86%) nachweisbar. Nur in 12 Fällen war es möglich, den Ablauf der Krankheit von der Inkubationszeit an bis zum Eintritt der Genesung genau zu verfolgen. Unter diesen 12 Fällen wurde des Auftreten der Flecke 7 mal gleichzeitig mit den ersten Fiebersteigerungen d. h. also am 1. Krankheitstage, und 4 mal 1 oder 2 Tage nach dem Eintritt des ersten Fiebers d. h. also am 2. oder 3. Krankheitstage beobachtet; einmal fehlten dieselben ganz. Bei den 11 Kranken, welche Koplik'sche Flecke aufzuweisen hatten, ging deren Auftreten somit demjenigen des Initialexanthems am harten Gaumen 8 mal um  $\frac{1}{2}$ —2 Tage voraus, 3 mal war der Eintritt beider Erscheinungen gleichzeitig.

Bei einer der Masernepidemie folgenden Rötelnepidemie kamen 14 Erkrankungen zur Beobachtung; bei 6 von ihnen waren sichere Koplik'sche Flecke nachweisbar. Die Flecke dürfen deshalb, wenn Masern und Röteln als verschiedene Krankheiten zu betrachten sind, nicht als für Masern pathognomisch aufgefasst werden.

Auch zu Erhebungen über das Vorkommen, das erste Auftreten, den Höhepunkt und das Verschwinden der Diazoreaktion im Harn bot die Marburger Epidemie gute Gelegenheit. Bei 42 auf der Höhe des Fiebers untersuchten Kranken war die Reaktion mit nur einer Ausnahme deutlich nachweisbar. Um den Zeitpunkt des ersten Auftretens und des Wiederverschwindens der Reaktion zu erforschen, wurden 10 Fälle untersucht; 8 mal trat sie erst mit dem Ausbruch des Exanthems, 2 mal schon einen halben Tag vorher auf. Die Intensität der Reaktion nahm mit der Dauer

des kontinuierlichen Fiebers zu, um bald nach dessen Höhepunkt oder gleichzeitig mit demselben ihren stärksten Grad zu erreichen und in den ersten Tagen nach der Entfieberung, spätestens am 6. Tage nach derselben wieder zu verschwinden. — Da die Diazoreaktion mithin frühestens am Ende des ersten, meistens erst zu Beginn des zweiten Stadiums der Krankheit auftritt, so kann an ihre Verwendung als Frühsymptom nicht gedacht werden. —

Schliesslich konnten in 12 Fällen von Masern die Temperaturverhältnisse von der Inkubationszeit an während des ganzen Verlaufes der Krankheit verfolgt werden. Daraus geht folgendes hervor: Die Fieberkurve der Masern weist in den meisten unkomplizierten Fällen im Beginn des katarrhalischen Stadiums eine kurze, starke Steigerung auf, dieser folgt eine 1—2 tägige Intermission und nunmehr tritt ein rasch ansteigendes, ca. 4 Tage dauerndes kontinuierliches Fieber ein, das meist kritisch wieder abfällt. Seltener steigt das Fieber allmählich remittierend oder ohne jede Vorboten plötzlich und schroff an. Schnell (Egeln).

### **Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.** Von Dauber. (Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 7.)

Auf der Würzburger Klinik ist von Prof. Hofmeier die strenge Desinfektion der weichen Geburtswege resp. die Sublimatausspülungen nach jeder inneren Untersuchung eingeführt. Die Augengegend des Kindes wird nach der Geburt nur mit sterilem Wasser abgewaschen und weiter kein Desinficiens verwendet. Trotzdem zur Prophylaxe der Augenblennorrhoe seit 10 Jahren credésiert wurde, wurde im 1. Vierteljahr 1903 das Argentum aceticum mit nachfolgender Kochsalzinstillation geprüft, genau in der von Zweifel angegebenen Technik. Von 149 damit behandelten Kindern erkrankte keines an Ophthalmoblennorrhoe, eine Reaktion trat in 15 Proz. der Fälle ein, dabei handelte es sich einige Male um ziemlich starke eitrig-sekretorische Absonderung. Im 2. Quartal wurde das Verfahren Credés mit 1 Proz. Lösung angewendet. An Blennorrhoe erkrankte wieder keines der 160 Kinder. In 2,5 Proz. wurde eine Reizung festgestellt, dabei war die Sekretion nur in einem Falle etwas stärker. Im 3. Quartal wurde das Argentum aceticum ohne Kochsalz, wie es Scipiades empfiehlt, mittels Stäbchen instilliert. Auch da keine Ophthalmoblennorrhoe. Bei den 126 Kindern war 8 mal Reaktion zu erkennen = 6,3%.

Auf Grund dieser Erfahrungen wird jetzt wieder nur die 1 Proz. Argentinum-Lösung angewendet, jedoch wird anstatt des Glasstabes die Pipette genommen. Schnell (Egeln).

### **Die Bauchfelltuberkulose und ihre Behandlung.** Von Dörfler (Festschr. f. Hofrat Göschel in Nürnberg. Tübingen, M. Laupp, 1902. — Ther. Monatsschr.).

Unter eingehender Kritik von neueren diesbezügl. Arbeiten, besonders derer von Borchgrevink und Rose, sucht Verf. Einigkeit in die Frage zu bringen, ob man die Bauchfelltuberkulose mit oder ohne Laparatomie, oder wie man sie überhaupt behandeln soll. Nach D. gibt jede der beiden Behandlungsmethoden für sich relativ gute Heilerfolge, beide jedoch in einer Hand vereinigt und nach gewissen Gesetzen zur rechten Zeit angewendet, noch bessere Resultate als jede einzelne für sich. So-



lange das Exsudat keine lebensgefährlichen Erscheinungen macht, solange kein oder nur mässiges Fieber vorhanden ist bei gutem Allgemeinbefinden, solange eine einfache primäre, serös-exsudative Peritonitis besteht, soll man auch bei reichlichem Aszites wochen- und monatelang konservativ behandeln. Tritt dann keine Besserung ein, zunächst die Punktion, wenn auch diese versagt, die Laparotomie. Zur Frühoperation sollen vor allem kommen die akuten, meist mit hohem Fieber und rascher Prostration einhergehenden Formen; ferner Fälle, in denen ein rasch anwachsender Aszites schwere Herz- und Lungenstörung macht. Bei der trocken adhäsiven Form und bei der Tumorform ohne Aszites ist eine Operation seltener und später angezeigt, dagegen immer bei der Tumorform mit Aszites. Bei einem Kind schwand der Aszites völlig nach einem interkurrenten starken Brechdurchfall, ein weiterer Fall beweist, dass auch nach der einfachen Punktion rasch Besserung eintreten kann. Dagegen erfordert die sehr akut unter typhusähnlichen Erscheinungen auftretende Form der tuberkulösen Peritonitis den operativen Eingriff, wie D. an einem frühzeitig operierten und geheilten Falle zeigt. Verfasser rät in solchen Fällen, die Bauchhöhle offen zu lassen und zu drainieren, um einerseits eine gründliche und anhaltendere Entleerung des Exsudats zu erzielen, andererseits auch durch den Reiz der offenen Behandlung die nach der Operation auftretende Hyperämie des Peritoneums zu einer anhaltenden und intensiveren zu gestalten und damit die Heilwirkung zu erhöhen. Verf. geht sogar alle 1—2 Tage unter strengster Asepsis wiederholt mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle ein, löst verlötete Darmschlingen und entleert das zwischen ihnen liegende Exsudat. — Durch die skizzierte kombinierte Behandlung können nach D. bei reiner primärer Bauchfelltuberkulose 50—70 % Heilungen erzielt werden. S.

**Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Fiebers bei Appendizitis.** Von Cheinisse. (La sem. méd. No. 5, 1904.)

Nach Verf. geht aus den bisher veröffentlichten Statistiken über Appendizitis hervor, dass das Fieber im Verlauf derselben nur selten fehlt, aber meist von geringer Dauer ist und mässige Grenzen (39—39,5°) nicht überschreitet. Wenn bei einer zirkumskripten A. das Fieber nach dem 5. Tag fort dauert bzw. noch ansteigt, so ist dies ein ungünstiges, auf Abszessbildung hindeutendes Zeichen. Bezüglich der Prognose quoad vitam ist die Dauer des Fiebers von geringerer Bedeutung, da z. B. unter 30 letal verlaufenen Fällen der Tod in der Hälfte der Fälle bereits während der ersten 3 Krankheitstage eintrat. Dagegen scheint hier der Höhe des Fiebers eine wesentliche Bedeutung zuzukommen, hier geht die Schwere der Prognose parallel mit der Höhe des Fiebers. Die Mortalität der intern behandelten Fälle, welche eine Temperatur von 39° nicht übersteigen, beträgt 11,5 %, dagegen ist bei Fällen mit Temperaturen über 40° eine Mortalität von 36,3° zu verzeichnen, noch höher ist die Mortalität der chirurgisch behandelten Fälle dieser Kategorie. In Fällen, wo es zu allgemeiner Peritonitis kommt, genügt der Temperaturverlauf für sich allein nicht zur Beurteilung der Prognose, hier beobachtet man gerade bei den schweren akuten septischen und eitrigen Peritonitiden einen Abfall des Fiebers, während langsamer verlaufende Prozesse, von einer

zirkumskripten Eiterung ausgehend, mit hohem Fieber einhergehen können. Temperaturabfall mit fortdauernder abnormer Pulsbeschleunigung ist als ein ungünstiges prognostisches Zeichen aufzufassen. Der Fiebertverlauf bei A. weist zwei Eigentümlichkeiten auf, und zwar ist die Differenz zwischen Axillar- und Rektaltemperatur eine auffallend grosse (bis zu  $1,5^{\circ}$ , sonst  $0,2-0,5^{\circ}$ ), auch tritt das Temperaturmaximum nicht immer zwischen 4—6 Uhr nachmittags, wie gewöhnlich (? Ref.), sondern häufig erst zwischen 9—10 Uhr abends auf; letzteres ist namentlich bei den schweren, oft letal verlaufenden Formen der Fall. Es ist daher notwendig, in jedem Fall von A. die Abendtemperatur sorgfältig zu kontrollieren und sich in Fällen, wo die Exazerbation erst in den späten Abendstunden eintritt, für alle Eventualitäten bereit zu halten. S.

**Über Pylorusstenose im Säuglingsalter.** Von C. S t a m m. (Vortrag am 8. Dezbr. 1903 im ärztl. Verein zu Hamburg. — Arch. f. Kdhlk. Bd. 38, Heft 3 u. 4, 1904.)

Die Symptome, welche die Diagnose der im Säuglingsalter relativ seltenen Verengung des Pfortners stellen lassen, sind folgende: Einen oder mehrere Tage, auch Wochen oder Monate nach der Geburt fängt der Säugling an zu erbrechen, und zwar häufig ein grösseres Quantum, als die vorausgegangene Mahlzeit betrug. Das Erbrochene enthält nie Galle. Die Fäzes, bisweilen anfangs noch gelblich und reichlich, werden spärlich, dunkel, mekoniumartig, die Diurese nimmt ab. Das Kind hat dabei guten Appetit, trinkt gierig seine Nahrung, schreit aber bald, als ob es Schmerzen hätte, und wird erst nach dem Erbrechen wieder ruhig. Von Tag zu Tag nimmt das Kind mehr ab, bis es schliesslich atrophisch so zu Grunde gehen kann. Untersucht man das Abdomen eines solchen Säuglings, so wölbt sich häufig die Magengegend vor im scharfen Kontrast zu dem eingesunkenen Unterleib und läst auffallend starke peristaltische Bewegungen erkennen, die sich gewöhnlich wellenartig von links nach rechts, mitunter aber und zwar kurz vor dem Erbrechen in antiperistaltischer Weise von rechts nach links fortpflanzen. In manchen Fällen, wohl denjenigen, bei denen sich eine Dilatation oder eine Senkung des Magens ausgebildet hat, kann man einen kleinen, quergestellten Tumor oder eine Resistenz in der Pylorusgegend palpieren. — Das anatomische Substrat der Pylorusstenose im Säuglingsalter wurde bislang als eine der Hauptsache nach durch eine Hypertrophie der Muskelschichten bedingte Verdickung des Pylorusringes (angeborene organische Verengung des Pylorus) betrachtet, was aber nach Verf.s und P f a u n d l e r's Beobachtungen in seltenen Fällen statthat; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Krankheit bedingt durch einfachen Spasmus, womit auch der Standpunkt für die Therapie gegeben ist: Vorsichtige Ammenernährung in leichter Dosierung 5—10 Schluck 2stdl., unter gleichzeitiger Verabreichung von alkalischen Wässern (Magnesia-Mixtur), wobei man auch Opium zufügen kann (z. B. in dem einen Fall des Verf.s bei einem 8wöchentlichen Kind Tinct. Op. spl. gtt VIII auf 100 Mixtur, 2stdl. 1 Teelöffel.) Ferner warme Umschläge auf den Unterleib. Kann eine Amme nicht beschafft werden, dann Vollmilchernährung. Sieht man von der internen Medikation und der passenden Ernährung keine Besserung, so bleibt nur von der Chirurgie Hilfe zu erwarten, indem der operative

Eingriff sowohl zur Beseitigung einer organischen als auch zur Dehnung einer spastischen Stenose vorgenommen wird. S.

**Die Steigerung der Sekretion bei stillenden Müttern.** Von Ph. Zlocisti. (Votr. geh. a. d. 75. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte zu Cassel. — Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 5 1904).

Z. fasste in 12 Fällen von Stillungsnot das Lactagol — das von allen Verunreinigungen und zellulosehaltigen, unverdaulichen Bestandteilen befreite Baumwollensamenmehl — angewendet und kommt dabei zu folgenden Ergebnissen: 1. Das Mittel wurde von allen Frauen gern genommen, es wird nach den meisten Angaben als geschmacksindifferent geschildert. 2. Nebenwirkungen wurden beim Gebrauche des Mittels keine beobachtet mit Ausnahme eines Falles, bei dem vorübergehende gastrointestinale Störungen auftraten, deren kausaler Zusammenhang mit dem Lactagol aber dem Vortrag sehr zweifelhaft erschien. 3. Z. hat in allen Fällen konstatieren können, dass eine merkbare Wirkung am 3., spätestens am 4. Tage nach der Anwendung von etwa 25 bis 30 g des Mittels eintrat: Die Brüste schwellen stärker an als sonst, die Kinder saugten länger und die Mütter klagten auch gegen Ende des Saugaktes nicht über ziehende und stechende Schmerzen in der Brust. Die Grösse der Vermehrung der Sekretion muss nicht unbedeutend gewesen sein, da die Kinder, die bislang neben der Muttermilch noch Beinahrung bekommen hatten, dieselbe nach vier Tagen ablehnten. Sobald das Präparat einige Tage ausgesetzt wurde, war die Wirkung merkbar herabgesetzt. In bereits vorgeschrittener Laktationszeit wurde zum Auslösen der Wirkung etwa die doppelte Menge (bis ca. 55 g) genommen und vertragen. — Z's. Versuche lassen erkennen, dass wir im Baumwollensamen — dessen günstige Wirkung auf die Laktation der Tiere übrigens schon seit Anfang der achziger Jahre bekannt ist — in der Form das Lactagol ein Anregungs- und Förderungs-mittel der Laktation besitzen, das uns auch dann noch häufig zum Ziele führt, wo die sonstigen hygienischen Massnahmen allein nicht ausreichen und das die Wirkung der letzteren unter allen Umständen zu erhöhen scheint. S.

**Klinische Erfahrungen mit „Bioson“, einer Eiweiss-Eisen-Lecithin-Verbindung.** Von M. Heim. (Berl. klin. Wchschrift Nr. 22 1904).

Verf. hat mit dem Bioson, einer Verbindung von Kasein, Eigelb bzw. dem darin enthaltenen Lecithin und Eisen an mehr als 100 Fällen Versuche angestellt und zwar sowohl im Verlaufe fieberhafter akuter Infektionskrankheiten sowie in der Rekonvaleszenz nach denselben, ferner bei Blutarmen, Bleichsüchtigen, Nervösen, Magenkranken, kurz Kranken und Schwachen der verschiedensten Art. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Das „Bioson“ verbindet mit seiner gut ernährenden Wirkung die blutbildende des Eisens und die nervenstärkende des Lecithins. 2. Es ist ein durchaus reizloses, gutes Eiweisspräparat, welches auch durch längere Zeit genommen keinerlei Verdauungsstörungen nach sich zieht. 3. Es wird in akuten, fieberhaften Krankheiten gut vertragen. 4. Es besitzt appetitanregende Wirkung. 5. Es ruft eine Vermehrung des Körpergewichts hervor, zuweilen in auffälliger Weise. 6. Es vermehrt den Hämoglobingehalt des Blutes bei Chlorotischen und Anämischen und die Anzahl der roten Blut-

körperchen. 7. Es wirkt günstig bei der Behandlung von Erschöpfung, nervösen und neurasthenischen Zuständen. 8. Es ist das billigste im Vergleich zu allen andern Präparaten (das Kilo 6 Mark), die ähnlichen Zwecken dienen. Bei seinem geringen Preise lässt es daher eine allgemeine Anwendung zu. — Das Präparat verdient mit Recht, dass es zu ausgedehnter Anwendung in allen Fällen, wo eine Besserung der Ernährung und eine Regeneration des Blutes und der Nerven in Frage kommt, in der Praxis herangezogen wird. Das Bioson wird auch von Kindern gerne genommen und vertragen. Man gibt dasselbe mehrmals täglich 15—30 g in einer Tasse Milch, in Wasser, Suppe etc. (Die Herstellung des B. hat Apotheker A. Diefenbach in Bensheim a. d. Bergstrasse übernommen.) S.

### **Über Theocin als Diureticum im Kindesalter.** Von Gutmann. (Archiv f. Kinderheilk. 1904, 38. Bd., 3. u. 4. Heft.)

Das Theocin wurde auf der inneren Abteilung des Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in 8 Fällen angewandt. Abgesehen von 1 Fall von reiner chronischer Nephritis handelte es sich um schwere Herzkrankungen, sei es der Klappen oder des Perikards oder des Herzmuskels. Das Mittel, das in 2—4 maligen Dosen von 0,3 täglich gegeben wurde, erwies sich als ein Diuretikum und Antihydropikum von grossem Werte. Besonders eklatant war seine Wirkung in all den Fällen, die mit schweren Ödemen einhergingen, und hier hat es alle unsere bisherigen Mittel, sowohl Digitalis wie Strophanthus und Diuretin, weit übertroffen. Wo Digitalis, Diuretin und beide kombiniert absolut nichts mehr ausrichten konnten, da rief das Theocin oft noch gewaltige Diurese hervor.

Die Wirkungsweise des Theocins ist keine nachhaltige. Auch kann sich mit dem häufigeren Gebrauch des Mittels seine Wirkung bei jeder nach kürzeren Intervallen erneuten Gabe abtumpfen.

In welcher Weise das Theocin wirkt, konnte aus den Krankenbeobachtungen nicht mit Sicherheit erschlossen werden. Irgend ein direkter Einfluss auf Herzstätigkeit und Blutdruck liess sich niemals feststellen.

Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden nur Störungen des Magens, wie Brechreiz, event. auch Erbrechen, wahrgenommen, die vielleicht auf den unangenehmen Geschmack des Mittels zurückzuführen sind. Von anderen Autoren wurde über Störungen von seiten des Nervensystems berichtet.

Weniger günstig als bei Herz- und Nierenerkrankungen lauten die Resultate, die mit dem Theocin bei entzündlichen Flüssigkeitsansammlungen, namentlich bei pleuritischen Exsudaten, erzielt wurden.

Schneil (Egeln).

### **Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Schwefels in Form des Thigenols für die Dermatotherapie.** Von Josef Porias.

(Aus d. Universitätsklin. f. Syphil. und Dermatologie in Wien. — Wien. klin. Rundsch. Nr. 16, 1904.)

Nach einer ausführlichen Erörterung über die Wirkung des Schwefels in der Dermatotherapie und nach einer Schilderung der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über die Anwendung des Thigenols bei Hautkrankheiten (Jaquet, Silberstein, Saalfeld, Hönigschmied) berichtet

Verfasser über die an der k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Dermatologie in Wien gemachten Versuche.

Verfasser hat das Präparat in 30 Fällen zur Anwendung gebracht. Es handelte sich vorwiegend um Fälle von akutem, wie auch chronischem Ekzem, dann um Psoriasis, Skabies, Pityriasis rosea Gilbert, Ekzema marginatum, Sykosis, Acne vulgaris und Prurigo. Zunächst wurde das Thigenol allein angewendet, um die Wirkung des Thigenols ohne jede Unterstützung von seiten anderer Medikamente, die sie irgendwie modifizieren könnten, kennen zu lernen.

Nach den ermutigenden Resultaten, die mit der alleinigen Anwendung des Thigenols erzielt wurden, wäre vielleicht die Verbindung von Thigenol mit anderen dermato-therapeutischen Mitteln als Salbengrundlage, wie z. B. Pasta Lassari, Sapolan, eventuell mit einem geringen Teerzusatz, auch zu empfehlen.

Die Form der Anwendung war die einer 10—20-prozentigen Salbe mit Vaseline und Lanolin als Grundlage; Verf. gingen aber bald zu der von Saalfeld angegebenen Formel über, die für die Mehrzahl der Fälle weitaus die beste Anwendungsweise zu bilden scheint. Es ist dies eine Mischung von Thigenol 70,0, Spiritus vini 20,0 und Aqua destillata 10,0, welche mittels Borstenpinsels auf die Haut aufgetragen wird. P. hat den Alkohol in der Saalfeld'schen Formel durch Spiritus vini gallicus ersetzt, und es scheint uns, als ob sich diese Verordnungsweise noch besser als die Saalfelds bewährt hätte.

In dieser Komposition äussern sich die unleugbaren Vorteile des Thigenols am deutlichsten. Es entsteht nach der Auftragung auf der Haut eine dünne schützende Decke, die nicht klebt, sich der Haut gut anschmiegt und mit Wasser sehr leicht zu entfernen ist. Entzündliche Erscheinungen verringern sich zusehends nach Anwendung des Thigenols und, was besonders hervorzuheben ist, die juckreizstillende und schmerzlindernde Wirkung des Mittels macht sich sehr bald bemerkbar.

Die Applikation der vorgenannten Mischung gestaltete sich in der Mehrzahl der Fälle so, dass die Lösung zweimal täglich mittels des Borstenpinsels auf die Haut aufgepinselt wurde. Das entstehende Häutchen liess sich jedesmal mit Alkohol oder Wasser leicht entfernen. Schuppen und Krusten wurden vorher entweder mit Öl aufgeweicht oder durch gründliches Abreiben mit Seifenspiritus entfernt.

Bei der Anwendung des Thigenols in Salbenform muss darauf Wert gelegt werden, dass die Salbe gut in die Haut hinein verrieben werde. Nach der Einreibung bestreut man die Haut zweckmässig mit irgend einem der gebräuchlichen Puder.

Am günstigsten schien Thigenol zu wirken bei jenen Zuständen, die schon von jeher das Hauptgebiet der Schwefeltherapie bilden, nämlich bei der Seborrhöe und den mit ihr komplizierten Krankheitsbildern. In diesen Fällen hat das Thigenol, besonders in Lösung, eine Wirkung, die der Schwefelmilch entschieden überlegen ist.

Besonders eklatant zeigte sich dies bei einem Briefträger, der mit einem etwa kindshandgrossen, heftig juckenden anämischen Ekzemplaque am Unterschenkel erschien und angab, dass er seit ungefähr drei Monaten schon mit den verschiedensten Mitteln, zuletzt auch mit Ichthyol, behandelt worden sei, ohne dass eine wesentliche Besserung erzielt worden wäre.

Schon zwei Wochen nach Anwendung einer 20-prozentigen Thigenolsalbe war der Fleck nahezu geschwunden, und die Haut hatte sich ihrem normalen Aussehen sehr genähert. Dabei war der Mann besonders für eines dankbar, was sich allerdings schon nach zweimaliger Applikation der Salbe einstellte und was ihm wichtiger schien als die eigentliche Heilung, nämlich das Aufhören des Juckens, dessen er mit keinem Mittel Herr geworden war.

Mehrere Fälle von *Acne vulgaris* wurden durch Einpinselung der Thigenollösung günstig beeinflusst, insofern eine Abflachung der Knötchen mit geringerer Sukkulenz und Austrocknung sowie ein Sistieren der Eiterbildung erzielt wurden.

Zwei Fälle von *Sykosis vulgaris*, die mit 10-prozentiger Thigenolsalbe behandelt wurden, zeigten bedeutende Besserung.

Bei zwei Fällen von *Skabies* gelang es nach kurzdauernder Applikation der Saalfeld'schen Lösung, Heilung zu erzielen, in zwei Fällen aber versagte das Mittel. Möglich, dass eine Wiederholung der Kur definitive Heilung gebracht hätte, doch gingen wir nach diesen Misserfolgen sofort zur Behandlung mit *Ung. sulfurat. Wilkinsonii* über. Doch glaube ich, dass sich in der Privatpraxis immerhin ein Versuch mit Thigenol an Stelle der Behandlung mit *Unguentum sulfuratum Wilkinsonii* empfehlen dürfte; die Geruchlosigkeit des Mittels, die relative Reinlichkeit der ganzen Prozedur gegenüber den grossen Unannehmlichkeiten bei Verwendung der Wilkinson'schen Salbe sind Vorteile, für die man schon eine eventuelle kleine Verlängerung der Behandlungsdauer in Kauf nehmen kann.

Ein Fall von sehr hartnäckiger *Prurigo* bei einem 11-jährigen Kinde, das mit einer 10-prozentigen Thigenolsalbe behandelt wurde, verdient deswegen Erwähnung, weil sich eine ganz entschiedene Besserung zeigte; die Haut wurde weicher und geschmeidiger, und gerade in diesem Falle trat die juckreizstillende Wirkung des Thigenols besonders deutlich hervor.

Ein Fall von einem noch nicht lange bestehenden *Ekzema marginatum* wurde durch Anwendung einer 10-prozentigen Thigenolsalbe in etwa zehn Tagen geheilt.

In zwei Fällen von *Pityriasis ros*, von denen der eine mit 10-prozentiger Salbe, der andere mit Thigenollösung behandelt wurde, trat Heilung ein, in zwei anderen bedeutende Besserung.

Zwei Fälle von akutem Ekzem konnten durch Thigenol in 20-prozentiger Salbe zur Heilung gebracht werden. Bei hartnäckigen Ekzemen gelang es zwar, zum Teile bedeutende Besserung zu erzielen, doch blieben die Prozesse, nachdem sie einen gewissen Grad der Besserung erreicht hatten, stationär, so dass wir uns zur weiteren Behandlung der Teerpräparate bedienen mussten, eine Erfahrung, die man übrigens bei dem proteusartigen Charakter des Ekzems mit jedem alten oder neuen Medikament zu machen Gelegenheit hat und die um so weniger dem Thigenol zur Last gelegt werden darf, als gerade beim Ekzem die Schwefelpräparate mit Vorsicht und nur so lange angewendet werden dürfen, als nicht etwa ihre keratolytische Wirkung, den erreichten günstigen Effekt annullierend, in den Vordergrund tritt. Die guten allgemeinen Eigenschaften des Thigenols kamen bei der Ekzembehandlung in hervorragender Weise zur Geltung, das Mittel wirkte austrocknend, juckreiz- und schmerzstillend, im mässigen Grade auch entzündungswidrig, so dass

man bei Ekzemen geringerer Intensität oder bei stärkerem Hervortreten jener Symptome, die den Kranken besonders zu belästigen geeignet sind, wie Brennen und Jucken, es nicht ohne Erfolg in Anwendung bringen wird. Eine entschieden günstige Wirkung äusserte Thigenol, wie schon erwähnt, auf die chronischen anämischen resp. seborrhoischen Ekzeme.

Bezüglich der Behandlung der *Psoriasis vulgaris* berichten die Autoren über keine besonders günstigen Erfolge; auch nach unseren Erfahrungen ist Thigenol bei *Psoriasis* jedenfalls kein sehr wirksames Mittel. Doch ist es zweifellos geeignet, bei gleichzeitiger Behandlung der *Psoriasis* mit asiatischen Pillen oder Injektionen von *Natrium kakodylicum*, lokal angewendet, Erspriessliches zu leisten.

Bei einem Patienten mit entzündeten *Hämorrhoidalknoten* hat das Thigenol die erwartete schmerzlindernde und entzündungswidrige Wirkung prompt geäussert.

Das Thigenol repräsentiert ein Präparat, welches alle guten Eigenschaften des Schwefels besitzt, ohne besondere Nachteile zu haben und für sich allein wie auch in Verbindung mit anderen Mitteln, in Salbenform wie in spirituöser Lösung, gut anwendbar ist. Dass es nicht mehr leisten kann als sein wirksames Prinzip, der Schwefel, ist selbstverständlich; der Vorteil, den das Thigenol in der Behandlung der einzelnen Krankheitsbilder bringt, deckt sich mit dem Nutzen, den der Schwefel überhaupt in der Therapie der Hautkrankheiten für sich in Anspruch nehmen kann. Das Verdienst besteht darin, eine Form für die Anwendung des Schwefels gefunden zu haben, die den bisher üblichen Schwefelpräparaten vorzuziehen ist. Speziell dem *Ichthyol* gegenüber ist das Thigenol in seinen Wirkungen sicherlich mindestens gleichwertig, hinsichtlich der allgemeinen Eigenschaften und der bequemen und reinlicheren Form der Anwendung entschieden überlegen.

Ein weiteres Gebiet für die Anwendung des Thigenols eröffnet sich dort, wo von jeher das *Ichthyol* wegen seiner resorbierenden Wirkung eine grössere Rolle gespielt hat, nämlich in der konservativen Gynäkologie. Hier habe ich das Präparat sehr wirksam gefunden und behalte mir vor, über meine bezüglichen Erfahrungen bei anderer Gelegenheit zu berichten.

S.

### **Über die Anwendung des Protilyn „Roche“ bei Neurosen.** Von

J. Siegm ann. (Ärztl. Zentralz. No. 6, 1904 — Neue Therap.).

Verf. beschreibt einige von seinen 32 mit Protilyn behandelten Fällen. Allen diesen Fällen ist eine Inferiorität des Stoffwechsels gemeinsam, beruhend auf nervöser Grundlage. Und hier einsetzend, stellt das Protilyn in dem ein ausgezeichnetes Tonikum mit einem hochwertigen Nutriens vereinigt ist, das Gleichgewicht wieder her und verschafft dem erschöpften Nervensystem neue Nahrungszufuhr, ohne dass die Reservekräfte des Organismus aufgezehrt werden. Die Resorption der aufgenommenen Nahrung wird vollkommener, die Arbeitsleistung der sekretorischen Drüsen wird verbessert, und ohne dass man für jedes Symptom ein eigenes Medikament therapeutisch benötigt, kann man durch diese Wirkung des Protylins eine Kräftigung des ganzen Organismus herbeiführen. Daraus resultiert nun eine Zunahme des Körpergewichts, eine Verbesserung des Blutes und eine günstige Beeinflussung des Stoffwechsels. In drei Fällen von

Neurasthenie kam neben dem Nährwert und der Steigerung des Stoffwechsels die Phosphorzufuhr zur Geltung. In einigen Fällen wurde wegen der Hämoglobinarmut Eisenprotylin gegeben. Der Erfolg war im Verhältnis zur Schwere der Krankheit glänzend und zeigte sich auch in der sekundären Beeinflussung der Hemicranie. In zwei Fällen von Basedow'scher Krankheit konnte man wie gewöhnlich ohne Brom nicht auskommen, und da zeigte es sich, dass das Bromprotylin lieber genommen und besser vertragen wurde als die anderen Brompräparate. Der ungleich grössere Nutzen gerade dieses Präparates zeigte sich aber auch in der gleichmässigen Beruhigung und Kräftigung des Nervensystems, zumal der Herznerven. Andere Autoren rühmen die gleiche Wirkung des Bromprotylins bei Epilepsie. Alle bis jetzt gemachten Beobachtungen ermuntern durch ihre überraschenden Erfolge zu weiteren ausgedehnten Versuchen. Wenn man das Protylin auch bei anderen Krankheiten nicht gerade als Spezifikum wird anwenden können, so ist doch nach den bisherigen Erfahrungen klar, dass wir im Protylin ein Mittel besitzen, das als wertvollste Unterstützung fast jeder Kur gelten kann, wo es unser Bestreben ist, ein Minus an Kraft und Stoff zu ersetzen.

**Die Massage bei Tabes dorsalis.** Von Kouindjy. (Zeitschrift f. phys. u. diätet. Therap. Heft 11 u. 12 1903/04. — Neue Therap.).

Verf. setzt in seiner ziemlich umfangreichen Arbeit zuvächst auseinander, dass die Massagetherapie ein sehr nützlicher therapeutischer Faktor in der Behandlung der Nervenkrankheiten ist, und dass ihre Anwendung niemals bei der Behandlung der Rückenmarksaffektionen vernachlässigt werden soll. Sowohl für den Kranken als für den Arzt ist die Massage unter den physikalischen Mitteln, welche uns zur Zeit für die Behandlung der Tabes dorsalis zur Verfügung stehen, eins der schätzenswertesten. Auf Grund der physiologischen Eigenarten der massagetherapeutischen Manöver bietet sich für die methodisch durchgeführte Massage ein weites Feld ihrer Anwendung bei der Tabes in allen drei Stadien. Gleichzeitig soll neben der Massage die Extensionsmethode in Kraft treten, und zwar bei Tabikern ohne Ataxie; sobald bereits Ataxie vorhanden ist, muss noch auf Wiedereinübung der Koordinationsbewegungen gehalten werden. Bei Tabeskranken ohne Ataxie soll die Extension der Massage folgen. Bei Ataktikern geht die Wiedereinübung der Koordinationsbewegungen der Massage voraus. Nur der Arzt allein soll die Massage ausführen, da letztere, durch Laien und Kurpfuscher vorgenommen, eine Beschleunigung der Geh- und Gefühlsstörungen hervorruft. Da die Epidermis der Tabiker sich in einem gewissen Zustande der Degeneration befindet und äusserst leicht reizbar ist, so soll man von dem Gebrauch eines Fettkörpers Abstand nehmen. Plötzlich auftretende Hautauschläge würden die weitere Vornahme der Massage für längere Zeit ausschliessen. Allzulange, ermüdende Sitzungen sind zu vermeiden. Die drei angeführten Massnahmen sind je nach Bedarf in bestimmten Perioden anzuwenden. Die Massagetherapie steht in keiner Weise der internen Behandlung der Tabes im Wege. Sollte letztere jedoch den Kranken allzu sehr mitnehmen, so muss dieselbe zugunsten der Massage fallen gelassen werden. Schliesslich ist es erforderlich, die Ernährungs- und Lebensweise des Kranken zu überwachen. Nur eine streng durchgeführte Lebensordnung der Tabiker, so schliesst Verf.,



gestattet auch eine regelmässige äussere Behandlung, und diese besteht in der Extensionsmethode, der methodisch durchgeführten Massage und der Wiedereinübung der Koordinationsbewegungen.

**Zur Technik der Anwendung venöser Hyperämie.** Von Henle.  
(Zentralbl. f. Chir. No. 13, 1904. — Neue Therap.).

Die venöse Hyperämie wird bei ihrer vielseitigen Wirksamkeit noch viel zu wenig angewandt. Sie ist ein eklatantes schmerzstillendes Mittel und macht bei schmerzhaften Affektionen entzündlicher und traumatischer Natur die Anwendung von Narkotizis völlig überflüssig. Neben der schmerzstillenden hat sie noch eine bakterientötende — oder abschwächende, eine resorbierende, auflösende und ernährende Wirkung. Sie ist neben anderen ein wesentliches Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose der Extremitäten und anderer akuter und chronischer Gelenkaffektionen. Die Technik der Stauung, wie sie von Bier angewandt wird, ist nun eine nicht ganz einfache. Um dieselbe zu erleichtern, hat Verf. ein besonderes Verfahren angegeben, welches gestattet, den Druck der Konstriktion in jedem Falle genau zu dosieren. Er wendet anstatt der Binde einen Hohl Schlauch an, der um die Extremität lose herumgelegt wird und dann unter Kontrolle eines Quecksilbermanometers durch ein seitlich an ihm angebrachtes Gummrohr mittelst eines gewöhnlichen Doppelgebläses bis zu jeder beliebigen Druckhöhe mit Luft gefüllt werden kann. Die Höhe des notwendigen Druckes wird in jedem einzelnen Falle zunächst empirisch festgestellt werden müssen. Gewöhnlich liegt das Optimum zwischen 60 und 100 mm Quecksilber. Vielleicht lässt sich der Apparat auch zum Hervorbringen der Es m a r c h'schen Blutleere verwenden.

~~~~~

Gesundheitspflege.

Über die sanitäts-polizeilichen Massnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der Diphtherie. Von Kriege. (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Mediz. u. Sanitätsw. Bd. XXIII.)

Die sehr eingehende Arbeit lässt sich in folgende Punkte zusammenfassen: 1. Trotzdem die Sterblichkeit an Diphtherie erheblich abgenommen hat, sind die sanitätspolizeilichen Massnahmen doch durchaus notwendig. 2. Die Entstehung und Verbreitungsweise der Diphtherie sind die Grundlagen aller sanitätspolizeilichen Massnahmen: a) Die oft unentbehrliche bakteriologische Untersuchung des Rachen-, Nasen- etc. -Sekrets zur frühzeitigen Diagnose der Krankheit ist durch besondere Untersuchungsämter unentgeltlich auszuführen. b) Die Luft kommt als Infektionsquelle kaum in Betracht. Die Übertragung des Infektionsstoffes erfolgt am leichtesten durch direkte Berührungen der Infektionsquelle mit dem Mund oder den Händen. Mittelbare Übertragung kommt vor. c) Von besonderem Interesse ist die Verbreitung der Diphtherie durch die Schule, gewisse Gewerbebetriebe, Nahrungsmittel (Milch). 3. Die einzelnen sanitätspolizeilichen Massnahmen zur Bekämpfung der Diphtherie sind: a) Anzeigepflicht.

b) Die Absonderung. Am besten wäre die Aufnahme der Diphtherie unter die im § 14 des Reichsseuchengesetzes aufgeführten Krankheiten. c) Beschränkung des Schulbesuchs. d) Die Desinfektion am Krankenbett, am besten nach der „Breslauer“ (Formaldehyd-) Methode. e) Die Anwendung des Heilserums.

Rezensionen.

Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe. Von Dr. Jaroslav Elgart. gr. 8° IV u. 168 S. Leipzig 1903, Veit & Cie. Preis 5 Mark.

In dem vorliegenden Werke beschäftigt sich Verf. eingehend mit der Ätiologie der akuten Exantheme und gibt dann das Resultat jahrelanger Versuche in bezug auf eine neue Methode der Prophylaxe dieser Krankheitsgruppe, wie sie seit vielen Jahren von ihm am Brünner Krankenhaus mit grossem Erfolge ausgeübt wurde, an. Wir haben unter „Referate“ eingehend in diesem Heft darüber berichtet. In Anbetracht der Mangelhaftigkeit aller unserer seither ausgeübten prophylaktischen Methoden bei den akuten Exanthenen sind die Darlegungen des Verf.'s äusserst beachtenswert

S.

Über die Lungenschwindsucht. Von Geh. San.-Rat Dr. E. Aufrecht. gr. 8° 30 Seiten. Magdeburg 1904, Verlag der Faberschen Buchdruckerei. Preis 50 Pf.

In gemeinverständlicher Sprache zeigt der bekannte Magdeburger Forscher, gestützt auf Operations- und Sektionsbefunde den Weg, den der Tuberkulosebazillus in die Lunge nimmt (wir bemerken, dass A. im allgemeinen sich den Behringschen Anschauungen zuneigt) und gibt damit den Bestrebungen zur Verhütung und Heilung der Lungenschwindsucht eine feste Grundlage. Für Ärzte, Eltern und Erzieher enthält die Broschüre die wertvollsten Fingerzeige, um schon in der Kindheit den Tuberkelbazillus bei seinem ersten Eintritt in den menschlichen Körper erfolgreich entgegenzutreten. Die kleine Schrift dürfte die grösste Beachtung finden.

S.

Für Mutter und Kind. Von Max Hackl. gr. 8° IV u. 154 S. München 1903, Deutscher Zeitschriften-Verlag. Preis 1 Mark 50 Pf. (bei Mehrbezug 80 Pf.)

Verf. will der jungen Mutter eine Anleitung geben, wie sie kräftigen Kindern das Leben schenken, wie sie die Kinder gesund ernähren und erziehen könne. Das Schriftchen gehört jedenfalls zu den besseren seines Genres und darf von den Ärzten den jungen Müttern aufs angelegentlichste anempfohlen werden.

S.

Völkerkunde in Charakterbildern. Von L. Frobenius.
Mit ca. 800 Abbildungen. Hannover, Gebr. Jänecke. Preis eleg.
geb. 15 Mark.

Das F.'sche Werk ist die erste im engeren Sinne populär geschriebene Völkerkunde und teilt (ähnlich wie die geographischen Charakterbilder von Grube) seinen Stoff an Beispielen mit, mit denen sehr geschickt allgemeinere Betrachtungen verbunden sind, die durchweg dem Geiste der modernen Völkerkunde entsprechen. Besonderes Interesse erregt die Art, mit der der Verf. ohne jede Schönfärberei das Innenleben der Wilden und Halbkulturvölker enthüllt hat. Die Darstellung ist eine äusserst lebendige, so dass der Leser von dem Buche lebhaft angeregt wird. Die beigegebenen Illustrationen sind von ganz besonderem Wert und erregen unser hohes Interesse. Wir können das prächtige Werk jedem Gebildeten angelegentlichst empfehlen. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Beiträge zur Lehre von der Rachitis. 1. Die Erbllichkeit der Rachitis. Von Siegert.

S. beweist an der Hand von Tabellen, dass die Heredität bei der Rachitis eine grosse Rolle spielt. Unter ihrem Einfluss erkranken Brustkinder ebenso wie künstlich genährte, nur dass sie bei ersteren gewöhnlich leichter verläuft, während sie bei letzteren ganze Generationen vernichtet. Hauptträgerin der Erbllichkeit ist die Mutter, doch findet auch der hereditäre Einfluss, wenn auch in geringerem Grade, von seiten des Vaters statt. In hereditär nicht belasteten Familien erkranken unter dem Einfluss ungünstiger sozialer Verhältnisse und Krankheiten der Respirations- und Digestionsorgane fast nur die künstlich ernährten Kinder an R., während die natürlich ernährten vor der Krankheit geschützt sind. Eine ungünstige Einwirkung sehr langen Stillens und hohen Alters der Mutter konnte Verf. nicht konstatieren.

(Jahrb. f. Kdhkde 1903.)

S.

Die Bedeutung der Tannin-Präparate in der Therapie der Darmkrankheiten im Säuglingsalter. Von M. Preiss (aus dem Russischen übersetzt von Mohr).

Auf Grund eingehender klinischer Beobachtungen gelangt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: Tannalbin gibt gute Resultate bei Darm-dyspepsie, bei akutem Dünndarm-Katarrh, bei chronischem Dünndarm-Katarrh und bei tuberkulösen Diarrhöen. — Tannigen ergab immer negative Resultate. — Tannoform lieferte in wenigen Fällen positive Resultate, und zwar bei akuten und chronischen Dünndarm-Katarrhen, bei Katarrh des Dickdarms, bei Cholera infantum und bei tuberkulösen Durchfällen. Diese Erfolge hat man aber nur bei Kindern nicht unter 2—3 Monaten, und die Heilerfolge dauern nicht sehr lange an.

(Dtsch. Ärzte-Ztg. No. 5, 1904.)

S.

Beitrag zur nasalen Infektion der Augenbindehaut. Von H. Halász.

Verf. teilt einen Krankheitsfall mit, durch den nachgewiesen wird, dass der durch Entzündung des Sinus maxillaris erzeugte und durch den duct. naso-lacrymalis eingedrungene Eiter die Ursache eines Ulcus corneae war, indem die Affektion des Auges in dem Masse schwand als die Eiterung des Sinus abnahm.

(Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1904.)

S.

Virulence du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. Par Mme M. Hirschhorn.

Die Einimpfung auf das Meerschweinchen ist das einzige praktische Mittel, um mit Sicherheit eine tuberkulöse Meningitis zu unterscheiden. Die unter Leitung von Widal gemachte Arbeit zeigt, dass die klinischen Zeichen unsicher sind, man aber durch Inokulation Tuberkulinisierung bewirken kann, falls es sich um eine tuberkulöse Meningitis handelt, während die betreffenden Meerschweinchen nicht tuberkulös erkranken, wenn die Meningitis nicht tuberkulöser Natur war, selbst wenn der Kranke sonst an Tuberkulose leidet. Die Virulenz der Zerebro-spinalflüssigkeit ist eine derart grosse, dass selbst geringe Mengen schon genügen, um ein Meerschweinchen zu tuberkulinisieren.

(Inaugural-Dissert. Paris 1903.)

E. Toff (Braila).

Akute primäre Pyelitis der Säuglinge. Von Hartwig.

Die akute primäre Pyelitis bei jungen Kindern tritt nach Verf. unter einem dem Typhus abdom. ähnlichen Symptomenkomplex auf (Fieber, Milzbefund zweifelhaft, Widal negativ.) Erst die Untersuchung des Urins klärt das Krankheitsbild auf: Derselbe ist trüb, voll von Bakterien und Eiterkörperchen, keine Zylinder, Eiweissgehalt dem Eiter entsprechend. In den von H. beobachteten 3 Fällen trat unter symptomatischer Antipyrese und Verabreichung von Urotropin und Terpentin (Urotropin 0,06—0,1 Ol. terebinth gtt II pr. dos.) in 3—6 Wochen Heilung ein.

(Berlin. Klin. Wchschr. 1903.)

S.

Die Verabreichung des Chinins bei Kindern geschieht nach Bode auf folgende Weise sehr leicht: Man mischt in einem Mörser Chinin sulfur. 1,0 mit Ol. Olivar. 8,0; 20 Tropfen der Mischung enthalten 0,05 des Chininsalzes. Bringt man nun in einen zur Hälfte mit kalter versüßter Milch gefüllten Esslöffel eine bestimmte Anzahl von Tropfen dieser Mixtur, so bildet sich in der Mitte der Milch und an ihrer Oberfläche eine Linse. Da jedes Chininteilchen nun in Öl gefüllt ist und wie eine kleine Pille über die feuchte Mundschleimhaut gleitet, so schluckt das Kind den Inhalt des Esslöffels ohne Widerwillen. Zweckmässigerweise lässt man einen Schluck einer Flüssigkeit nachtrinken.

(La sem. médic. 1903.)

S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

- Rp.
 Aristochin 0,05—0,5
 Heroin. hydrochloric. 0,0003—
 0,003
 Sacch. alb. 0,5
 Mf. pulv. D. tal. dos. X S. 3—5 mal
 tgl. 1 P. zu nehmen
 Pertussis.
- Rp.
 Aspirin 0,25—0,5
 D. tal. dos. X
 S. tgl. 3—5 P. z. n.
 Rheumatismus, Chorea,
 Neuralgien.
- Rp.
 Europhen. 1,0
 Resorbin 20,0
 Mf. ungt. DS. äusserlich
 Balanitis, Perniones.
- Rp.
 Protargol. 1,5
 Zinc. oxydat.
- Amyl. aa. 1,0
 Vaseline alb. 15,0
 Mf. ungt. DS. zum Bestreichen
 der Augenlider
 Blepharitis
- Rp.
 Trional. plv. sbt. 0,25—0,5
 D. tal. dos. V
 S. vor dem Schlafengehen 1 P.
 in 1 Tasse warmer Milch.
- Rp.
 Veronal 0,25—0,3—0,5
 D. tal. dos. V
 S. Abends vor d. Schlafengehen
 1 P. in heisser Flüssigkeit
 Agrypnie.
- Rp.
 Salophen 0,25—0,5
 D. tal. dos. V
 S. 3 mal tgl. 1. P.
- Febris.

Kleine Mitteilungen.

Der von der Elektrizitäts-Aktiengesellschaft Hydrawerk in Berlin angefertigte Hydra-Elektrifizierstab kann als der einfachste und praktischste Elektrifizier-Apparat für medizinische Zwecke bezeichnet werden. Schon seine äussere, stabähnliche Form kennzeichnet ihn als Taschenapparat, der überall stets gebrauchsfertig sofort zur Stelle ist; andererseits entspricht er durch die wohldurchdachte Konstruktion bei zweckmässigster Anordnung der einzelnen Teile allen Anforderungen, die an einen guten Elektrifizier-Apparat für Heilzwecke gestellt werden müssen. Seine handliche Form bei geringster Raumbeanspruchung ermöglicht es, den Apparat bequem in der Rocktasche zu tragen. Schon aus diesem Grunde dürfte er die schwer transportablen und in der Handhabung umständlicheren Apparate in Kastenform bald verdrängen. Der Hydra-Elektrifizierstab kostet komplett, einschl. Leitungsschnur und 3 Elektroden 20 Mark, welcher Preis als mässig zu bezeichnen ist.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

August 1904.

No. 8. (176.)

Inhalt: Originalien: **Meltner**, Extracta Thymi saccharata. 169. — **Kühner**, Jugendgerichte. Eine zeitgemässe Forderung. 173. — Referate: Bericht über die 2. Versammlung der Vereinigung der Kinderärzte Südwestdeutschlands und der Schweiz am 12. Juni 1904 zu Heidelberg: **Vierordt**, Säuglingsstation, Säuglingsmilch und Milchkühe. 179. — **Ibrahim**, Kongenitale Pylorusstenose. 180. — **Hagenbach**, Die Muskeln rachitischer Kinder. 180. — **Vierordt**, Besserung und Heilung von Bronchiektasien durch Wegnahme von Rippen. 180. — **Vulpus**, Behandlung schwerer Kinderlähmungen. 181. — **Jordan**, Poliomyelitische Lähmung der unteren Extremitäten. 181. — **Ibrahim**, Zerebrale Diplegien. 181. — **Tobler**, Phosphaturie. 181. — **v. Rosthorn**, Epidemische Darmerkrankung bei Neugeborenen. 182. — **Hoffmann**, Alkoholische Leberzirrhose bei Kindern. 182. — **Buschke**, Hereditäre Syphilis. 182. — **Porak** und **Durante**, Keuchhusten. 184. — **de Montigny**, Angina Vincenti. 184. — **Haushalter** und **Richon**, Lymphadenie. 185. — **Jonnesco**, Appendizitis. 185. — **Guinon**, Missbrauch der Milch in der Therapie des Kindesalters. 186. — **Spolverini**, Lösliche Fermente in der Milch. 187. — **Bardach**, Jodferratorose bei Skrofulose und Lues. 187. — **Buchsbaum**, Kufekes Kindermehl. 188. — **Reichelt**, Kufekes Kindermehl. 189. — Gesundheitspflege: **Beyer**, Wandern als Mittel der Jugendbildung. 189. — **Ostertag**, Versorgung der Städte mit einwandfreier Säuglingsmilch. 190. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 190. — Kleine Mitteilungen. 192.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdricke verboten.

Über Extracta Thymi saccharata.

Von Dr. Wilhelm Meitner in Wostitz (Mähren).

Seitdem wieder durch Täschner in Berlin den Thymianpräparaten zu ärztlichen Heilzwecken Aufmerksamkeit zugewendet worden war, und die Erfahrungen Prof. Fischer's in Strassburg die Berechtigung hierfür erwiesen hatten, ist eine Reihe derartiger Präparate erstanden, die als Spezifika gegen Keuchhusten und sonst als schleimlösende Mittel bei katarrhalischen Affektionen der Respirationsorgane empfohlen werden. Dass sie, wie ich vorläufig sagen will, zum mindesten nicht ohne jeden klar erkenntlichen Effekt in therapeutischer Hinsicht sind, erhellt schon aus der Tatsache, dass von Zweiflern an der reinen Thymianwirkung die Behauptung aufgestellt wurde, dass der therapeutische Effekt der Thymianpräparate auf Zusätzen anderer, in der Wirkung genauer bekannter, medikamentöser Substanzen beruhe, und zwar auf Zusätzen von Bromsalzen. Die Behauptung ist zweifellos aus der Kenntnis hervorgewachsen, dass

einzelne Thymiankompositionen wie das Pester Baiersche Kontratussin sich tatsächlich der unterstützenden Wirkung der Bromsalze bedienen. Aber in ihrer allgemeinen Annahme ist sie doch tatsächlich falsch und als falsch erwiesen worden, weil auch schon das Täschner'sche Präparat auf die Unterstützung dieser Zusätze verzichtet. Was ihm an Wirksamkeit zukommt, ist Wirkung der wirksamen Thymianpotenzen, denen als Geschmakkorrigens Syrup hinzugefügt ist.

Seit zwei Jahren ungefähr stellt auch die österreichische pharmazeutische Fabrikfirma Hell & Komp. in Troppau einen Thymian-Extrakt her, der ohne medikamentöse Zutaten mit Syrup versetzt als Extr. Thymisaccharatum „Hell“ in Verkehr gebracht wird. In seiner Konzentration hält er sich genau an das von Täschner zuerst dargestellte Präparat, Pertussin genannt. Indem der Extrakt an wirksamen Bestandteilen dem gleichen Gewichte der Rohdrogue entspricht und dann mit dem siebenfachen Gewichte an Syrup versetzt wird, entsprechen beide versüßten Thymianextrakte einem Infuse von 1:7. Das Wirksame in ihnen ist da und dort zweifellos hauptsächlich das Thymol, das aus dem ätherischen Öle des Thymian beim Stehen in der Kälte herauskrystallisiert und vorläufig als das einzig Wirksame der Thymindrogue anerkannt wird mit antiseptischen und antiparasitären Fähigkeiten, aber auch sonst bei internem Gebrauche nichts weniger als indifferent ist. (Todesfall nach 6 gr Thymol bei einem kräftigen, aber anämischen Knaben.)

Das Hellsche Extr. Thymi saccharat. ist eine schwärzliche, in dünnerer Schichte rötlich braune, syrupöse Flüssigkeit von angenehmem aromatischen, ziemlich kräftigem Geruche und aromatisch süßem Geschmacke. Sie wird von allen Kindern gerne genommen. Für erwachsene Schwerverrannte bildet sie eine sehr angenehme wolschmeckende Medikation, die für sich oder mit gleichen Teilen Wasser genommen werden kann.

Während aber das Täschnersche Präparat als pharmazeutische Spezialität alle Nachteile dieser Ordinationsform mit sich bringt, ist der Hellsche Thymianextrakt in loser Form in jeder Menge der Rezeptur zugänglich und schon darum, dann aber auch durch seine allgemein niedrigere Preislage mit geringeren Kosten verbunden, Vorteile, die besonders in der Behandlung kleinerer Kinder ärmerer Leute — wie in der Praxis allgemein — nicht zu übersehen sind.

In älterer Kenntnis der Wirkungsweise des Täschnerschen Pertussin, dessen man sich beim Versagen so vieler anderer Versuche in der Keuchhustentherapie, trotz der hohen Preislage, zu bedienen mitunter bemüht sah, habe ich neuerdings seit längerer Zeit mich an seiner Stelle des Hellschen Extr. Thymi saccharati bedient. Ein Spezifikum gegen Keuchhusten ist das eine so wenig wie das andere und so wenig wie noch andere Thymianpräparate mit Bromzusätzen. (In parentheses schalte ich hier ein, dass sich mir zur Bekämpfung des Keuchhustens bei den glücklicherweise nur wenigen unter den zahlreichen Erkrankten zur Behandlung kommenden Landkindern am besten noch das kombinierte Verfahren: äusserlich die Fluorsalbe Antitussin, die zweifellos auf die Pertussis günstigen Einfluss ausübt, und innerlich Pertussin, in neuerer Zeit Extr. Thymi saccharatum „Hell“ bewährt hat, obgleich man in anderen Fällen oft auch nur mit dem einen oder anderen sein Aus-

kommen findet. Man erkennt das schon nach Tagen.) Handelt es sich nun bei den Thymianpräparaten keineswegs um spezifische Wirkung bei der Pertussis, so ist doch nicht zu verkennen, dass sie von unleugbarem Einflusse auf die Schwere der Krankheitserscheinungen sind, und dass sie derart ein symptomatisches Mittel sind, dem eine wertvolle Bedeutung für die Therapie dieser, der zufriedenstellenden Therapie überhaupt nicht gerade sehr zugänglichen Krankheit, abgesprochen werden kann, in ganz gleicher Art dem Extraktum Thymi saccharatum „Hell“, wie dem Täscherschen Pertussin, das ein Extraktum Thymi saccharatum „Täschner“ ist.

Die Wirkung der Thymianpräparate bei Pertussis beruht vorwiegend in einem mildernden Effekt auf die Schwere und Dauer der einzelnen Hustenanfälle, ebenso auch auf Beschränkung ihrer Zahl. Schon für diese letztere Wirkung ist die nächste Ursache schwer zu erkennen. (Beeinflussung des Nervensystems? Herabsetzung der Leistung sensibler Nervenbahnen durch das Thymol?) Die Abnahme der Intensität und Dauer jedes einzelnen Anfalles lässt sich dagegen aus einem gewissermassen sichtbaren Effekt erklären, aus der Verflüssigung der gerade bei Pertussis ganz auffallend zähen Beschaffenheit des Alveolarsekretes. Sein früheres, durch die Verflüssigung ermöglichtes Abreissen, seine konsekutive raschere Expektoration beschleunigen das Ende des Anfalles. Auf die rasche Lockerung (hier Verflüssigung genannt) des Sekretes durch Pertussin haben Fischer, Braun und andere hingewiesen, sie ist beim Extr. Thymi saccharatum „Hell“ die gleiche.

Ist auch die Pertussis an und für sich — sofern man dabei von den Säuglingen und den ganz schwachen, vielleicht noch anderweitig kranken Kindern absieht (Rachitis) — keineswegs den besonders gefährlichen d. h. lebensbedrohenden Erkrankungen zuzuzählen, so ist sie doch auch keine quantité négligeable. Freilich liegt in dieser Hinsicht die Bedeutung des Krankheitszustandes geradezu weit hinter der Bedeutung, zu der eventuelle Folgezustände anschwellen können. Sie aber resultieren gerade nur aus gehäuften in- und extensiven Anfällen. Diese kumulieren sich durch allgemeine Prostration mit Appetenzstörungen in Folge der Anstrengungen beim Husten, sowie durch anhaltendes, häufiges Erbrechen der Speisen mit dem Schleime in ihrem Allgemeineffekte zu schweren Ernährungsstörungen und schaffen dann durch den Zustand der Unterernährung wie vielleicht noch unterstützt durch Läsionen der Lungenschleimhaut auch in Folge der Hustenanstrengungen die Praedispositionen für mannigfache Infektionen: Pneumonie, Skrophulose, Lungentuberkulose etc. Ausserdem kann die Ernährungsstörung selbst sonstige konstitutionelle Erkrankungen nach sich ziehen.

Die Milderung der Symptome und Qualen der Primärkrankheit schliesst von vornherein die leichte Möglichkeit zum Entstehen solcher Komplikationen und Folgezustände aus, und so sind die therapeutischen Bestrebungen gegen die intensivsten Symptome der Keuchhustenerkrankungen mit diesen oder jenen Präparaten und auch mit den Thymianpräparaten trotz ihres nur symptomatisch mildernden Effektes völlig zweckentsprechend. Den Thymianpräparaten kommt zur möglichst guten Erreichung des angestrebten Zweckes glänzend die Form der den Kindern sehr angenehm schmeckenden Medikation zur Hilfe im scharfen Gegensatz

zu den mannigfachen Kinderschrecken der übelbekömmlichen Pertussis-Medikation in der früheren Zeit.

Die Möglichkeit des materiell leichter zu beschaffenden Hellschen Extr. Thymi saccharatum, unterstützt von den günstigsten Erfahrungen damit bei 8 Keuchhustenfällen, hat mir die Anregung dazu gegeben, dasselbe Präparat, entsprechend den fremden Erfahrungen mit Pertussin in einzelnen Fällen anderer Erkrankungen im Respirationstrakte zur Anwendung zu bringen. In vier Fällen von Laryngitis bei Kindern (6 Monate, 3, 4 und 8 Jahre alt), bei einer Anzahl leichter und mittelschwerer Bronchitiden, in einem Falle von Bronchialasthma mit ausserhalb des Anfalles massenhaftem zähen Alveolaresekrete, dann bei einem 8jährigen tuberkulösen Knaben, der bei stockender Expektoration stark dyspnoisch war, und in einem Falle von Pneumonie des ganzen rechten Unterlappens bei einem 30jährigen schwachen Manne, dessen Infiltrat nur sehr langsam in Lösung übergang.

Hauptsächlich die Beobachtungen an dem 30jährigen Asthmatiker und an dem 8jährigen tuberkulösen Knaben haben mich die zweifellose Erkenntnis gewinnen lassen, dass die schleimlösenden, expektorationsfördernden Fähigkeiten des Extr. Thymi saccharatum nicht zu unterschätzen sind, und der spätere Heileffekt bei dem sich schwer lösenden pneumonischen Infiltrate hat diese Meinung nur befestigt.

Der Asthmatiker — sein Vater litt auch an Asthma — hatte schon wochenlang seine schweren Atembeschwerden, dass er selbst in Winterzeit, mitten in der Nacht sich auf den Hof begeben musste, um Luft zu schöpfen. Aus Scheu vor Medicinen liess er die Sache anstehen, bis er auch tagsüber nie zu Atem kam und nur mehr sitzen oder liegen musste. Erst als auch das diesmal nicht half, suchte er ärztliche Hülfe an: Ununterbrochenes Husten und Hüsteln, kaum Fähigkeit zum Sprechen. Starkes Emphysem und Lungenschwellung. Herzdämpfung kaum nachzuweisen, l. h. u. Lungenschall bis nahe an dem unteren Brustkorbrand, r. h. u. eine Spanne unter den Angulus scapulae reichend. Atemgeräusch kaum zu hören, dafür Schnurren, Giemen überall, Rasseln relativ sehr gering. „Nur nichts Schlechtes zum Einnehmen“ wünscht er sich. Also Extr. Thymi saccharatum „Hell“, 3 stündlich ein Esslöffel. Nach drei Tagen: Seit gestern massenhafter Auswurf, viel leichter Atem, nachts auch etwas besserer Schlaf etc. — Objektiv: viel Rasselgeräusche, Atem ersichtlich leichter, Husten locker. Ganz ähnlich überraschend waren die solvierenden Resultate bei der Tuberkulose des Knaben. Dämpfung vorne und hinten über beiden Spitzen bis unter die Schlüsselbeine und die Grate der Schulterblätter, daneben kleinere Dämpfungsherde und katarrhalische Erscheinungen über die ganzen Lungen. Fortwährendes Husten, lauter, kurzer Atem, Seitenstechen, Temp. 39.6. Ad nosocomium! Die Mutter, eine Ziegelschlägerin, will einige Tage Aufschub bis zur Spitalsabgabe. Inzwischen Extr. Thymi saccharat. „Hell“, 2—3 stündlich ein Esslöffel. Nach fünf Tagen will sie den Knaben gar nicht ins Spital geben, so gut hat ihm die Medizin getan. Husten locker, reichlicher Auswurf, in Folge des leichten Abhustens das Seitenstechen fast ganz weg, das Kind klagt nicht mehr. Temperatur die gleiche. Die Tuberkulose ist schon von früher her festgestellt.

In gleicher Weise ist — auf dreistündliche ein Esslöffel des Extr. Thymi saccharat. „Hell“ — die Lösung des pneumonischen Herdes rasch erfolgt, nachdem der Kranke die anishaltige Salmiak-Flüssigkeit im Infuse schon auszusetzen bat. Bei den Laryngitiden ist meist schon am zweiten Tage der Husten lockerer, weniger bellend geworden, bei den Bronchitiden der Auswurf in Bälde reichlicher.

So erscheint das Extr. Thymi saccharat. „Hell“ für viele Fälle der akuten und chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane als ein sehr brauchbares, die Lösung der Schleimmassen beförderndes, mithin ganz entsprechendes symptomatisches Heilmittel, dessen ausgedehnterer Anwendung auch kein hoher Spezialitätenpreis entgegen steht. Namentlich in dieser letzteren Hinsicht wird es für viele Ärzte von besonderem Interesse sein, zur Kenntnis zu nehmen, dass auch das konzentrierte Präparat, jenes, zu dem die siebenfache Syrupmenge zuzusetzen bloss notwendig ist, um das Extr. Thymi saccharat. „Hell“ fertig zu haben, als Extrakt. Thymi fluid. „Hell“ im Handelsverkehre ist, dass somit in einzelnen Fällen auch eine andere Konzentration bewirkt werden, eventuell das Saccharat des Extr. Thymi durch siebenfachen Sirupzusatz selbst erst an Ort und Stelle bereitet werden kann.

In Bezug auf die gelegentliche „andere“ als normale Konzentration möchte ich in zweifacher Hinsicht eine kurze Bemerkung machen. Schon dem sechsmonatlichen Säugling habe ich Extr. Thymi saccharat. mit Aq. destill. $\overline{\text{aa}}$ verordnet. Kaffeelöffelweise! Die Wirkung blieb prompt. Es gibt aber auch Familien, die ihren Mitgliedern eine „starke Natur“ zumuten und ihnen darum im Erkrankungsfalle sehr gerne mehr geben, als der Arzt verordnet, besonders wenn das zu Nehmende nicht unangenehm, oder wie Extr. Thymi saccharat. „Hell“ geradezu angenehm zu nehmen ist. Der Arzt kennt schon seine Leute! Da ist dann die Verordnung mit Aq. destill. $\overline{\text{aa}}$ oder in irgend einer geringeren Konzentration ganz gut am Platze. Nur bei Pertussis kann auch da stets die ursprüngliche Konzentration beibehalten werden.

Dass bei Bezug auf grössere Entfernung oder „über die Grenze“ gar der Bezug des konzentrierten Präparates seine zwar nicht medikamentösen, aber immerhin materiellen und handlichen Vorzüge hat, braucht nicht betont zu werden.

Jugendgerichte.

Eine zeitgemässe Forderung
von Dr. A. Kühner-Coburg.

Jugendgerichte sind eine Forderung unserer Zeit aus Rücksichten für das heranwachsende Geschlecht und alle, welche dieses angeht. Die gegenwärtige Richtung der Medizin darf bei dem eifrigen Forschen nach einer Welt im Kleinen den Ausblick in die Natur und den Einblick in die Seele des Menschen nicht verlieren, wenn sie sich nicht in Einseitig-

keiten verirren soll. Gleichermassen hat sich der Richter neben dem Gesetzbuch nicht zu verschliessen dem Wissen von der Natur und von den Erscheinungen des Menschen, wenn das Recht den Forderungen der menschlichen Gesellschaft genügen will. Der Mangel an Kenntnissen und Würdigung der Psychologie und Psychiatrie insbesondere der Kindheit und Jugend, der genetischen Psychologie, tritt uns bei vielen Verhandlungen von Gesetzesübertretungen der Jugend entgegen. „Die Richter sahen in das Buch der Gesetze, aber nicht einer in die Gemütsverfassung des Beklagten“ sagt Schiller im „Verbrecher aus verlornen Ehre“. Hierher gehören auch die schönen Worte, welche der Abgeordnete und Professor der Rechte Ferri aus Rom gelegentlich einer Debatte über die Beziehungen des Rechts zur Anthropologie auf einem Kongress für Kriminalanthropologie zu Genf vorgebracht hat, nachdem behauptet worden: „Der Richter, als Vertreter des Gesetzes, muss im gegebenen Fall unterscheiden, ob der Delinquent verantwortlich ist oder nicht. Niemals wird er seine säkuläre Gewalt vor einer Kommission von Ärzten oder Soziologen niederlegen. Die juristischen Wissenschaften und unter ihnen die Wissenschaft vom Strafrecht müssen ihre Autonomie in der Hierarchie der Wissenschaften aufrecht halten. Kriminalanthropologie aber ist ein Wortmissbrauch gleichbedeutend mit philologischer Astronomie und metaphysischer Chemie.“ Hierauf erwiderte Ferri: „Wenn Herr Zakrewsky verspricht, nie den Forderungen der Wissenschaft weichen zu wollen, so vergisst er, dass die Richter nur die Diener, die Vollzieher des Rechts, niemals aber seine Schöpfer sind. Da das Recht durch den umbildenden Einfluss wissenschaftlicher Eroberungen täglich sich umgestaltet, so ist es auch notwendig und selbstverständlich, dass der Richter sich den Neuerungen anzupassen hat. Und wenn der gegenwärtige Richter von unserer Wissenschaft nichts versteht, so liegt der Fehler nicht an ihm, sondern an den mangelhaften und verjährten Universitäts-Einrichtungen, aus denen er ohne Begriffe von Psychologie, Soziologie und Psychiatrie als Rechtsgelehrter hervorgegangen ist. Sollten die Richter, wie die apokalyptische Behauptung des Herrn Zakrewsky heisst, niemals ihre säkuläre Gewalt weder vor einer Gesellschaft von Ärzten, noch vor einer Gesellschaft von Soziologen ablegen, so bleibt uns als einzige Erwiderung: Um so schlimmer für die Richter, wenn sie sich über die Wissenschaft erhaben fühlen. Aber den Herrn Senator möchte ich noch an einen Gedanken erinnern, der von einem der klassischsten Juristen aller Zeiten herrührt und der ihm zeigt, wie tief sich das Recht von den Tatsachen der Anthropologie d. i. von den biologischen und psychologischen Erkenntnissen inspirieren lassen muss, um als wahres Recht zu gelten. Vielleicht schreibt Herr Zakrewsky diesen Ausspruch jener philologischen Astronomie zu, von der er uns eben unterhielt, wir aber haben ihn von dem grossen römischen Redner und Juristen Cicero. Er schreibt: *A natura hominis discenda est natura juris!* und das gilt von der Natur des Einzelmenschen so gut wie von der Natur des Kollektivmenschen.“ Und wir fügen diesen Worten von Ferri hinzu: Das gilt für die Natur von Jung und Alt!

Schon aus dieser Betrachtung erhellt die grosse Bedeutung von einem richtigen psychologischen Verständnis der Gesetzesübertretungen Jugendlicher. Im Jahre 1891 wurden im deutschen Reiche 49675 im Alter von

12 bis 18 Jahren verurteilt. Die Zahl dieser jugendlichen Gesetzesübertreter ist seit langem stetig gewachsen. Auch ist die Zahl der jugendlichen Missetäter noch weit grösser, weil bei weitem nicht alle vor den Strafrichter kommen. Und nicht nur das ist Unrecht, was von den Gerichten geahndet werden kann und soll, und nicht schon das ist Recht, was jene nicht vor sich ziehen. Es gibt göttliche wie menschliche Gebote der Sitte, des Anstandes, der Ehre, der Humanität, Direktiven, welche die Buchstaben des Strafgesetzbuch nicht schützen und deren Übertretung für gesittete Menschen als arge Verfehlung gelten muss.

Der Standpunkt des Richters und das Wissen von der Natur und den Lebenserscheinungen des Menschen wird immer ein anderer sein. Zwar sagt Cicero, den wir bereits zitiert: *Naturam si sequemur ducem nunquam aberrabimus*. Aber der Strafrichter verlangt Formularität und die Natur der Schöpfung und des Menschen ist in ständigem Wechsel, in fortwährender Umwandlung begriffen. Das Alte, welche die Strafgesetzgebung als stabile Grenze statuiert, bildet in Wirklichkeit ein sehr stabiles Kriterium. Die zur Erkenntnis einer strafbaren Handlung erforderliche Einsicht ist beim weiblichen Geschlecht auf manchen Gebieten graduell ganz verschieden, als beim männlichen und umgekehrt. Manche Jungfrau ist im 18. Lebensjahr noch so wenig aufgeklärt als eine andere mit zwölf Jahren, und ganz ähnlich verhalten sich Knaben. Ein Knabe von zwölf Jahren und 1 Tag pflückt ein paar Äpfel vom Baume eines anderen Besitzers und hat sich dafür vom Strafrichter öffentlich unter die jugendlichen Sträflinge stellen und für sein ganzes Leben als „bestraft“ betrachten zu lassen. Wenn es sich bei Gesetzesübertretungen um ausgesprochene psychische Störungen handelt, so wird, leider erst vor den Schranken des öffentlichen Gerichts, ein Sachverständiger zugezogen, ebenso bei geistiger Minderwertigkeit, die man als ausgesprochene Geisteschwäche, als Idiotie, Imbezillität, Blödsinn oder Schwachsinn bezeichnen muss. Dass zwischen allen diesen Intelligenzdefekten keine scharfen Grenzen bestehen, habe ich in einem früheren Beitrag (Vgl. *Abnorme Kinder*, zugleich ein Beitrag zur Kinderpsychologie, pädagogischen Pathologie und Therapie, *Kinder-Arzt*, Jahrgang 1903, Nr. 2) nachgewiesen. Wie unsere Bestrebungen, eine genetische Psychologie und Psychiatrie für die Strafgesetzgebung zu begründen, bei dieser vorgeschritten sind, lehrt nicht nur unsere Gerichtsverfassung im allgemeinen, nach welcher der Richter nicht an das Gutachten der Sachverständigen gebunden ist, sondern auch eine neuere Entscheidung des Reichsgerichts des 4. Ziv.-Senat. vom 13. Febr. 1902, betr. den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche nach 6 Nr. I des B. G.-B. Diese Entscheidung lautet:

„Der Unterschied beider Begriffe ist nur in dem Grade der geistigen Anomalie zu finden und zwar nach der Richtung, ob die krankhafte Störung der Geistestätigkeit dem Erkrankten vollständig die Fähigkeit nimmt, die Gesamtheit seiner Angelegenheiten zu besorgen oder ob sie ihm wenigstens noch die Fähigkeiten lässt, welche bei einem Minderjährigen von 7 bis 21 Jahren in der Besorgung seiner Angelegenheiten vorausgesetzt werden können. Fehlt es an jedem zuverlässigen Material eines Unterschiedes zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, so ergibt sich mit Sicherheit doch so viel, dass jene die schwere (?), diese die

leichtere Form ist. Im ersteren Fall entspricht es der Absicht des Gesetzes, die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, in dem zweiten, sie wegen Geistesschwäche eintreten zu lassen. Diese Entscheidung ist daher, mangels hierüber feststehender Begriffe, keine psychiatrische, sondern eine überwiegend tatsächliche, welche den Richter trifft und die nur zum Teil auf dem ärztlichen Gutachten, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert, beruht.“

Wesentlich anders aber verhält sich der Tatbestand, wenn das Psychopathische einen geringeren Grad zeigt und dem oberflächlichen Beobachter nicht in die Augen springt, wenn man nur von einer Herabminderung der seelischen Betätigungen aus psychopathischen Ursachen, von den Übergängen von geistiger Zurechnungsfähigkeit zur geistigen Minderwertigkeit reden kann. Kinder und Jugendliche befinden sich fast immer in diesem Übergangsstadium. Oder glaubt jemand, dass man über Nacht mit dem 12. Lebensjahr die Schwelle von der Unzurechnungsfähigkeit zur Zurechnungsfähigkeit überschreitet? Das mangelhafte Verständnis des Unfertigen und des Pathologischen im Kindes- und Jugendalter, das mangelnde Verständnis des werdenden Seelenlebens der Kinder und Jugendlichen und dessen sachgemässe Wertung fordert die Aufmerksamkeit der Pädiater und Pädagogen und aller, welche die Jugend angeht, und stellt gegenüber dem landläufigen Strafsystem das Verlangen nach Jugendgerichten.

Blieben wir zunächst bei den Eigentumsvergehen, die häufigste Gruppe jugendlicher psychopathischer Missetaten. Von jenen 49675 Abgeurteilten waren 36608, die wegen Vergehen gegen das Eigentum verurteilt, also in öffentlicher Verhandlung für alle Zeit als mit einem Makel behaftet, gebrandmarkt wurden. Von dieser Gruppe aus eröffnet sich daher das weiteste und allgemeinste Eingangstor für das Studium der Psychologie der jugendlichen Verfehlungen.

„Man darf nur alt werden, um milder zu sein; ich sehe keinen Fehler begehen, den ich nicht auch begangen hätte“, sagt Goethe. Diesen Goetheschen, sowie den vorerwähnten diesbezügl. Schillerschen Ausspruch, die sich bewähren, als seien sie namentlich für jugendliche Gesetzesübertreter geschrieben, wollen wir unserer Betrachtung voranstellen.

Um solche Gesetzesübertretungen ihrer Wesenheit nach würdigen zu können, müssen wir uns das Seelenleben des werdenden Menschen zu erschliessen suchen.

Nichts reizt die Jugend mit ihrem gesunden Appetit, ihrem Tatenrang, ihrer Sucht nach Abenteuern, tollen Streichen, nach Jugendromantik, neben ihrem Erwerbs- und Sammelsinn mehr, als in den Besitz fremden Eigentums zu gelangen. Jene Ziffer bezeichnet auch nur einen Bruchteil dieser Art Vergehen. Zahllose Fälle kommen überhaupt nicht vor den Strafrichter, sie werden totgeschwiegen, durch Vergleich erledigt, eben weil man die Öffentlichkeit bei einer Bestrafung und ihren Folgen für die Reputation des jugendlichen Delinquenten und dessen Familie so sehr fürchtet. Überdies reizt nicht selten auch die Art der Strafe, ein Verweis bei schwerem Vergehen oder eine Gefängnisstrafe wegen geringfügiger Entwendungen einen nach Tatenrang dürstenden verwilderten Jungen.

Dass in Verbrecherfamilien, überhaupt unter ungebildeten Leuten solche Eigentumsvergehen bei der Jugend leicht zustande kommen, ist

selbstverständlich, denn neben erblicher Veranlagung (s. u.) wirkt in der Erziehung kein Faktor so tiefgreifend und massgebend als das Beispiel. Aber für eine grosse Zahl von Fällen muss man fragen: Wie kommen Knaben, Jünglinge und Mädchen, letztere wengleich seltener, die nach juristischer Definition nicht unzurechnungsfähig und nach psychiatrischem Urteil nicht geistesschwach sind und aus Familien stammen, in denen gute Erziehung, Bildung und Wohlstand herrscht, so dass keine äussere Not sie zwingt, von welcher der wirtschaftliche Materialismus behauptet, dass sie alle Verbrechen gegen das Eigentum verschulde, wie kommen sie zu solchen Handlungen?

Bei genauerer Nachforschung erweisen sich viele von ihnen erblich belastet, nicht nur belastet mit Eigenschaften, Anlagen zur Nervosität, zum Krank- und Schwachwerden des Nervensystems, sondern auch mit Eigenschaften und Anlagen, welche uns das Begehen mancher Handlungen und Laster erklärlich machen, Sonderheiten, Perversitäten, welche in jeder Familie, bei jedem Menschen unter einem verschiedenen Bilde erscheinen, bei welcher hereditäre Belastung und Veranlagung, alkoholistische und sexuelle Jugendsünden insbesondere der Väter eine nicht seltene Rolle spielen.

Oder es handelt sich um von Haus aus ganz gesunde Kinder, die erst durch Überforderung in der Schule, nicht minder in der Familie sowie durch Genusssucht und Trinkunsitten entarten.

Alle diese Kinder verdienen weder, dass sie öffentlich vor den Strafrichter gestellt, ihnen der Stempel des Bestraftseins für ihr ganzes Leben aufgedrückt, noch werden sie dadurch gebessert, noch wird der Schaden dadurch wieder gut gemacht. Ihre Ehre und die der Familie wird durch eine Bestrafung nicht wiederhergestellt. In der Regel verfallen die Angehörigen auf den klugen Gedanken, dass es zweckmässiger sei, den Nervenarzt oder den Erzieher zu Rate zu ziehen, als den Strafrichter. Und ganz auffallend ist es, dass nach den Erfahrungen kompetenter Pädagogen (Trüper s. u.) selbst solche rückfällig gewordenen Gesetzesbrecher meist nicht wieder rückfällig werden, wenn sie in eine andere Umgebung verpflanzt werden, wo sie mehr frische Luft umweht, ihnen mehr Sonnenschein auf die Haut wie ins Herz fällt und wo vor allem die Überbürdung der Schule mit geisttötenden, rein verbalen Exerzitien einem geist-erfrischenderen Unterricht Platz macht. Denn alle jene Handlungen haben als Ursache Nervosität und andere Dinge, welche psychopathische Herabminderung schaffen, welche die relative Willensfreiheit beeinträchtigen, ja die zu einer Art von Trieb-, Zwangs- oder Reflexhandlungen drängen.

Solche Zustände können sich steigern bis zur direkten Zwangshandlung, die jede entgegengesetzte Vorstellung und jedes ernste Wollen einfach niederringt. „Das Gute, das ich will, das tue ich nicht, aber das Böse, das ich nicht will, das tue ich. — Ein anderes Gesetz ist in meinen Gliedern, das da widerstreitet dem Gesetz in meinem Gemüt und nimmt mich gefangen in der Sünde Gesetz, welches ist in meinen Gliedern“. So schildert der Apostel Paulus (Röm. 7, 19, 23) aus eigener schwerer Erfahrung mit treffenden Worten diesen Zustand. Und jener Knabe, der nach einer derben Züchtigung in Kürze wieder vollzog, handelte entschieden in einem solchen blinden, zwangsartigen Drang. Und ein auch

geistig geschwächtes Mädchen, das in gewissen Zeiten, namentlich während der Menses, beliebige Sachen entwendete und sie direkt in den Abort warf, bittet die Mutter: „Bleibe bei mir und lass mich nicht allein, denn dann kommt eine Angst über mich, dass ich Böses tun muss.“

Dass unser landläufiges Strafsystem hier nicht zureicht, ergibt sich aus Vorstehendem wohl zur Genüge. Man bestraft den Gesetzesbrecher, weil er eine sittlich-rechtliche Schuld auf sich geladen hat, eben die Schuld des Gesetzesbruches. Zweck der Strafe ist die Vergeltung, die Wiederherstellung der gebrochenen Rechtsordnung durch eine dem Grade der Verschuldung angemessene Strafe.

Die moderne Schule, die den Menschen als willensunfrei, im wesentlichen als das Produkt der umgebenden sozialen Verhältnisse darstellt, hält ebenfalls ein Strafrecht für notwendig. Rechtsgrund und Zweck verschieben sich aber. Rechtsgrund ist für sie nicht die Tatsache des Verbrechenens, sondern die Person des Verbrechers. Er ist verantwortlich nicht, weil er schuldig ist, sondern weil seine antisoziale Gesinnung die Gesellschaft gefährdet. Zweck der Strafe ist daher der Schutz der Gesellschaft, die Sicherheit der Gesellschaft gegen antisoziale Existenzen. Die Strafe ist nicht Vergeltungsstrafe, sondern Sicherungsstrafe.

Die psychopathologische Betrachtung des jugendlichen Verbrechertums zwingt uns zu dem Standpunkt, dass wir neben oder vor der Strafe aus Vergeltung oder zum Zweck des Schutzes der Gesellschaft die Verhütung der Gesetzesübertretungen und bei dieser die leibliche und seelische Besserung und Rettung ins Auge fassen. Damit stellen wir uns auf den Standpunkt, den die neuzeitliche Psychologie und Psychiatrie uns anweist, auf den aber schon einer vor 1900 Jahren hingewiesen hat, als er durch Wort und Tat verkündete: „Kommt her zu mir alle, die ihr mühselig und beladen seid, ich will euch erquicken.“ (Matth. 11, 28.)

Es ist ein grosses Verdienst von J. Trüper, diesen wichtigen Gegenstand gewürdigt und auf Grund genetischer Psychologie und pädagogischer Pathologie nach allen Richtungen zergliedert zu haben. Indem wir auf eine in der vortrefflichen Zeitschrift „Die Kinderfehler“ (Zeitschrift für Kinderforschung mit besonderer Berücksichtigung der pädagogischen Pathologie im Verein mit Mediz.-Rat Dr. J. L. A. Koch, Irrenanstaltsdirektor in Cannstatt herausgegeben von J. Trüper, Direktor vom Erziehungsheim und Kindersanatorium auf der Sophienhöhe bei Jena und Chr. Ufer, Rektor der Mädchenmittelschule in Elberfeld. Neunter Jahrgang 1904, Heft 3 bis 5, Langensalza, Hermann Beyer & Söhne, Preis des Jahrgangs M. 4) erschienene Abhandlung über psychopathische Minderwertigkeiten als Ursache von Gesetzesverletzungen Jugendlicher verweisen, geben wir im Nachfolgenden die im Interesse der heranwachsenden Jugend, der Kinderärzte und aller, welche dieselbe angeht, zu erhebenden Forderungen im Wortlaut wieder:

1. Es gibt abnorme Erscheinungen im Seelenleben der Jugend, die nicht unter die Rechtsbegriffe „Unzurechnungsfähigkeit“ und „Geistesschwäche“ fallen, die aber doch pathologischer Natur sind und bei manchen zu Gesetzesverletzungen führen, ja unbewusst drängen.

2. Diese Zustände entwickeln sich in vielen erst allmählich aus kleinen Anfängen. Werden dieselben rechtzeitig erkannt und zweckentsprechend in der Erziehung berücksichtigt, so

können dadurch viele jugendliche Gesetzesübertretungen verhütet werden.

3. Es ist deshalb im öffentlichen Interesse dringend erwünscht, dass Lehrer, Schulärzte, Seelsorger und Strafrichter sich mehr als bisher dem Studium der Entwicklung der Kindesseele und ihrer Eigenarten widmen. Namentlich ist es notwendig, dass an den Universitäten in Verbindung mit pädagogischen Seminarien Vorlesungen über Psychologie und Psychiatrie des Jugendalters gehalten werden und dass in den Volksschullehrerseminarien die künftigen Lehrer Anleitung zum Beobachten des kindlichen Seelenlebens erhalten.

4. In allen Schulen ist mehr als bisher der Erziehung des Gefühls- und Willenslebens zu entsprechen und der einseitigen intellektuellen Überlastung vorzubeugen.

5. Bevor jugendliche Individuen wegen Gesetzesverletzung öffentlich vor den Strafrichter gestellt werden, sollen sie zunächst einem Jugendgericht, bestehend aus dem Lehrer des betreffenden Kindes, dem Leiter der betreffenden Schule, dem Schularzt, dem Geistlichen und dem Vormundschaftsrichter überwiesen werden. Erst auf Beschluss dieses Jugendgerichtes soll gegen Jugendliche ein öffentliches Verfahren eingeleitet werden.

6. Statt oder neben der Strafe als Sühne oder der Einsperrung zum Schutz der Gesellschaft gegen die Übeltäter soll in besonderen Anstalten von besonders vorgebildeten Pädagogen, unter medizinisch-psychiatrischem Beirat geleitet, eine für Leib und Seele sorgfältig erwogene Heilerziehung Platz greifen. Die Fürsorgegesetze tragen bisher diesen Anforderungen nicht genügend Rechnung.

Referate.

Vereinigung der Kinderärzte Südwestdeutschlands und der Schweiz.

2. Versammlung am 12. Juni 1904 in der Heidelberger Kinderklinik.

Begrüßung durch den Vorsitzenden Prof. Vierordt; Biedert und Camerer sen. sind durch schwere Krankheit ferngehalten.

1. Herr O. Vierordt (Heidelberg): Säuglingsstation, Säuglingsambulanz und Milchküche mit Vorführung der neuen Säuglingsabteilung der Kinderklinik.

Herr Vierordt betont in gedrängter Kürze die Notwendigkeit von speziellen Säuglingsanstalten für die wissenschaftliche Erforschung der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalter, für den Unterricht, die Krankenpflege, die Ausbreitung richtiger Anschauungen über Ernährung und Pflege des Säuglings, für die Ausbildung von Berufspflegerinnen und jungen Mädchen der besseren Stände. Diese Anstalten bilden am besten Abteilungen von Kinderkliniken, aber mit getrenntem Dienst. — Der Biedert'schen Forderung einer zentralen Versuchsanstalt für dies Studium der Ernährung kann wohl in bezug auf die Säuglinge durch die Schaffung

einer grösseren Anzahl kleinerer Zentren, wie sie in Deutschland im Gange ist, genügt werden.

Vierordt hat in Heidelberg zunächst das Schlossmannsche System der Verbindung von Ambulanz, Station und Küche für trinkfertige Säuglingsnahrung angenommen, und der Erfolg war derart, dass nach einem Jahr ein Neubau nötig wurde, der am Tage vor der Versammlung eingeweiht war und zu dessen Besichtigung nun geschritten wurde. — Der Neubau enthält im Parterre die Räume der Milchküche (Küche, Sterilisationsraum, Kühlraum) mit Aufstellung moderner Einrichtungen und Apparaten; im 1. Stock die Abteilung für kranke Säuglinge, 16 Betten und eine Couveuse à 2. Der Dienst wird von einem Abteilungsarzt (Dr. Ibrahim), einer Oberin, Schwestern vom roten Kreuz, lernenden Berufspflegerinnen und jungen Damen (welche, wie die andern Pflegerinnen im Hause wohnen) versehen. — Selbstverständlich Ammen. — Eine ausführliche Publikation über die Anstalt erfolgt demnächst.

2. Herr Ibrahim (Heidelberg) demonstriert die pathologischen Präparate von zwei kongenitalen Pylorusstenosen, sowie 4 gemeinsten Fällen gleichen Leidens und vertritt die Anschauung, dass den heilte Fälle des dieser Art ein organisches Leiden zugrunde liege. (Ausführliche Publikation demnächst).

3. Herr Hagenbach (Basel) berichtet über klinische Beobachtungen, die er an den Muskeln rachitischer Kinder gemacht hat. Er nimmt eine primäre Schloffheit und Schwäche der rachitischen Muskulatur an und beweist dies aus der Funktion derselben an verschiedenen Körperpartieen. Die so vielfach betonte sogen. Gelenkschlaffheit am Fuss, Knie, Hand, Finger Rachitischer muss auf diese primäre Muskelschlaffheit zurückgeführt werden.

4. Herr O. Vierordt: Besserung und Heilung von umschriebenen Bronchiektasien der Unterlappen durch Wegnahme von Rippen (Mobilisation der Brustwand).

Zylindrische und sackige Bronchiektasieen sind im Kindesalter nicht allzu selten; sie werden leicht übersehen, („umschriebene chronische Bronchitis“, rezidivierende Pneumonien, welche stets im gleichen Lungenabschnitt auftreten). — Ihre Therapie ist bisher teils unwirksam, teils gefährlich (Gefahr bei Injektionen, hohe Mortalität der Inzision und Drainage). Nach Quincke's Untersuchung würde bei den Bronchiektasieen der oberen Lungenabschnitte von Mobilisation der Brustwand, durch Wegnahme von Rippenstücken, bei denjenigen der unteren Lungenteile von der Drainage mehr zu erwarten sein. V. hält diese Unterscheidung aus physikalischen Gründen nicht für strikte durchführbar; dazu kommen die erwähnten unerfreulichen Ergebnisse der Drainage von Lungenhöhlen. Er beschloss deshalb, die ausgedehnte Mobilisation der Brustwand bei allen diagnostisch sichergestellten Bronchiektasieen der Unterlappen zu versuchen, und stellt vier Fälle vor, von denen einer (doppelseitig — Heilungsdauer 3/4 Jahre) als geheilt, ein zweiter (kürzere Dauer) als wahrscheinlich geheilt, zwei als erheblich gebessert anzusehen sind. Es bestehen für die Operation zwei Schwierigkeiten: ist die Pleura kostalis zart und nicht verwachsen, so reisst sie leicht ein (einmal vorgekommen ohne üble Folgen); ferner regenerieren sich die Rippen im Kindesalter bei stehen bleibendem Periost sehr schnell; man muss sich deshalb entweder zur Kompression der rese-

zierten Stelle sofort im Anschluss an die Operation oder ev. zur Fortnahme des Periost entschlossen. V. hat das erstere erprobt und ist nicht unzufrieden; das zweite hat mehrfache Bedenken. — Ausführliche Publikation später.

5. Herr Vulpius (Heidelberg): Über die Fortschritte in der Behandlung schwerer Kinderlähmung und ihrer Folgezustände.

Die Fortschritte der modernen Orthopädie kommen durchweg der Therapie der spinalen Kinderlähmung zu Gute. Es gilt dies sowohl für die mechanische Orthopädie, die heute im Schienen-Hülsenapparat ein vorzügliches Schutzmittel für gelähmte Glieder besitzt, es gilt aber mehr noch für die operative Orthopädie. Die Arthrodesis macht durch Beseitigung des Schlottergelenkes ein wertloses, gänzlich gelähmtes Glied wieder brauchbar, die Sehnen transplantation verfolgt das höhere Ziel, einen gelähmten Muskel durch Verbindung seiner Sehne mit einem gesunden Nachbar zu ersetzen — sie ist die Operation der Wahl bei partieller Lähmung. Die Kombination der genannten Verfahren lässt Erfolge erzielen selbst in den schweren Fällen von Lähmung mehrerer Extremitäten.

a) Demonstration einer Patientin mit Lähmung an einem Bein und beiden Armen, operativer Ersatz des Fingerstückes mit vollkommener Funktionswirde-Anstellung. b) Demonstration, von 4 Patienten mit Lähmung beider Beine, die bisher auf den Händen gekrochen waren und durch mehrfache Operation auf die Beine gebracht wurden.

6. Herr Jordan (Heidelberg) demonstriert einen Fall von ausgehnter polio-myelitischer Lähmung der unteren Extremitäten bei dem durch multiple Sehnen transplantationen und Arthrodesen die Gehfähigkeit hergestellt wurde.

7. Herr Ibrahim demonstriert 8 Fälle von zerebralen Diplegien

1. Allgemeine Starre, Idiotie, Optikus- und Netzhautatrophie, Strabismus,
2. Allgemeine Starre, Idiotie, partielle Muskelhypertrophie.
3. Paraplegische Lähmung, Strabismus, Idiotie, partielle Muskelhypertrophie.
4. Paraplegische Starre, Idiotie, Strabismus, partielle Muskelhypertrophie.
5. Paraplegische Starre ohne Hirnsymptome.
6. Hydrozephalus mit Paraspasmen.
7. Bilaterale Hemiplegie mit beiderseitiger Chorea-Athetose und Erscheinungen der Pseudobulbärparalyse.
8. Halbseitige zerebrale Kinderlähmung mit doppelseitigen Spasmen.

8. Herr Tobler (Heidelberg): Über Phosphaturie: Untersuchung des Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsels bei 3 Kindern mit Phosphaturie und einem normalen Vergleichskind. Es fand sich, wie bei einem von Soetbeer untersuchten Fall von Phosphaturie eine hochgradige Vermehrung der Kalkausscheidung durch den Urin. Derselben entspricht quantitativ eine Verminderung des Kalkgehaltes der Faezes. Vortragender schlägt vor, diese Fälle von Phosphaturie unter dem Namen Kalkariurie von dem vagen Begriff der bisherigen Phosphaturie abzutrennen. Weitere Untersuchungen galten der Frage der Kalkretention, des Verhaltens der

Kalkariiekrankten bei Kalkzufuhr und Kalkabstinenz, dem Verhältnis des Kalkes zur Phosphorsäure etc. Therapeutisch empfiehlt Vortragender kalkarme Diät.

9. Herr von Rosthorn (Heidelberg): Auftreten einer epidemischen Darmerkrankung bei Neugeborenen.

Herr von Rosthorn (als Vorstand der Heidelberger geburtshilflichen Klinik) berichtet über eine förmlich epidemischen Charakter gewinnende Form von Darmerkrankung bei neugeborenen Kindern, welche durchweg Brustnahrung erhielten. Die häufige Kombination mit Affektionen der Haut und der hartnäckige Charakter derselben, der trotz unsäglicher Mühewaltung in der Pflege und selbst nach Desinfektion der Räume nicht weichen wollte, liess einen infektiösen Ursprung erkennen. Die konsequent durchgeführte bakteriologische Untersuchung des Stuhls und das regelmässige Kulturergebnis liess eine Staphyloomykose vermuten, die, ähnlich wie in den von Moro aus der Escherichschen Klinik publizierten Fällen, nur in viel geringerem Grade die Störungen herbeigeführt haben dürfte. Zum Schluss wird auf gewisse Analogieen zwischen den Zeitperioden, in denen Puerperalfieber-Epidemien aufzutreten pflegen, und den hier beobachteten, die besonders auf Überfüllung, schlechte Lüftung der Räume und Ermüdung des Personals zurückgeführt werden müssen, hingewiesen und die Anregung zu einer grossen Enquete gegeben, zu der sich Pädiater und Geburtshelfer vereinigen sollten, um die Regelung einer exakten Windelpflege auf gesetzlichem Wege zu erreichen.

10. Herr W. Hoffmann (Heidelberg) stellt 4 zur Obduktion gekommene Fälle von alkoholischer Lebercirrhose im Kindesalter vor, im Alter von $1\frac{3}{4}$, $2\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$ und 11 Jahren. Die kleineren Kinder hatten bei Tisch von Erwachsenen Alkohol ad libidum bekommen, eines bis $\frac{1}{4}$ l Wein regelmässig täglich, das ältere durch 5 Jahre ca. 2 mal $\frac{1}{8}$ l Wein und ausserdem Bier. Die Erkrankung letzteres kam der Cirrhose der Erwachsenen nahe, die jüngeren zeigten eine grob granulirte Leber mit solcher Hypertrophie des rechten Leberlappens, dass dieser tumorartig imponierte: eine Pseudohypertrophie der erhaltenen Leberazini. Ausführende Veröfentlichung folgt.

Die Vorträge der Herren Cahen-Brach, v. Mettenheimer, Lugenbühl mussten verschoben werden. Dr. Tobler (Heidelberg).

Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis. Von Buschke. (Berlin. Klinik Heft 179. — Therap. Monatshefte.)

Nach Verf. ist bisher nur sicher erwiesen, dass die Syphilis sich auf die 1. Generation vererben kann, einzelne Beobachtungen sprechen vielleicht für die Vererbung bis in die 2. Generation; nur eine gewisse spezifische Widerstandskraft gegen das syphilitische Krankheitsgift wird vererbt; doch bleibt es zweifelhaft, inwieweit eine eigentliche Immunität vererbbar ist. Die Wege der Übertragung der Syphilis bezügl. der Heredität sind folgende: 1. vom Vater her durch das infizierte Sperma, 2. von der Mutter durch das syphilitisch kranke ovulum, 3. vom Vater und der Mutter, 4. nachträglich von der infizierten Mutter durch den Plazentarkreislauf, 5. vom kranken Fötus auf die ursprünglich gesunde Mutter

(choc en retour); und andererseits die der Immunität, 6. vom kranken Fötus auf die gesunde Mutter (Colles-Beaumèssches Gesetz), 7. von der kranken Mutter auf den gesund angelegten Fötus (Profebasches Gesetz). — Die Krankheit muss nicht immer vom Vater übertragen werden, selbst nicht im frischesten Stadium der Erkrankung. Die Vererbungsfähigkeit der Syphilis durch die Mutter bleibt viel länger als beim Mann bestehen, weil die Ovula, von vornherein angelegt, einmal infiziert, das Gift festhalten, während Sperma fortwährend neugebildet wird und schliesslich nach Ablauf der Virulenz der Krankheit völlig gesundes Sperma geliefert werden kann. Bei der nachträglichen Infektion des ursprünglich gesund angelegten Fötus ist auch die Plazenta meist syphilitisch erkrankt. Das Kind erkrankt schwerer, wenn die Syphilis von der Mutter herrührt. — Im infektiösen Stadium sind die Chancen für die Vererbung grösser; doch auch während der Latenz der Krankheit kann die Syphilis vererbt werden, mit dem Alter des Bestehens der Syphilis nimmt die Vererbungsfähigkeit ab. — Der Heiratskonsens soll einem Manne gegeben werden, wenn er die ersten 3 Jahre ordentlich behandelt und die letzten $1\frac{1}{2}$ —2 Jahre symptomfrei gewesen ist. Die Frau muss die Verheiratung nach Möglichkeit noch weiter hinausschieben; es ist aber darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit der Vererbung trotzdem noch lange erhalten bleiben kann. — Mit der Hg-Behandlung ist ein ausserordentlich guter Faktor gegeben, um auf die Heredität der Syphilis einen Einfluss ausüben zu können. — Die Erscheinungen der hereditären Syphilis sind: 1. Tod der Frucht, 2. Frühgeburt, 3. Vererbung der Krankheit, 4. Verschlechterung der Widerstandsfähigkeit der Deszendenz. — Bis zum 5. Monat ist die S. nur an der Erkrankung der Plazenta zu erkennen, von da an am Fötus selbst. Osteochondritis, Milz-Lebertumor, Gummata und Indurationen des Pankreas und der Niere, der Lunge (letztere erkrankt auch in Form der Pneumonie alba), der Thymusdrüse, des Zentralnervensystems etc. verursachen den Tod der Frucht. — Das ausgetragene Kind fällt durch das Zurückbleiben in der Entwicklung, das atrophische Aussehen, die welke und anämische Haut auf. Bei der folgenden Erkrankung tritt im wesentlichen der Typus der sekundären Erscheinungen auf, häufig jedoch auch der tertiärer Affektionen. — Von der S. hereditaria tarda nimmt Fournier an, dass die sekundären Symptome nicht zur Kognition gelangt sind; doch ist es zweifelhaft, ob nicht in solchen Fällen die S. im frühesten Kindesalter akquiriert worden ist. — Für das spätere Leben lässt die hereditäre S. einzelne Erkrankungen zurück, die diagnostisch wichtig sind: Die Sattelnase und die sog. Hutchinsonsche Trias (Keratitissparenchymatosa, die halbmondförmige Exkavation der oberen Schneidezähne und die plötzlich eintretende Labyrinthtaubheit); strahlige Narben um die Mund- und Augenwinkel; Chorioiditis aveolaris. — Die Prognose hängt ab von der Intensität der Krankheitserscheinungen, der Kräftigkeit des Kindes, dem Einfluss der Behandlung und den äusseren hygienischen Verhältnissen. — Für die Behandlung ist hervorzuheben: Ernährung durch die Mutter, Kalomel, Sublimatbäder, Einwickeln in Unnaschen Quecksilberpflastermull; bei Kindern über 5 Jahre Schmierkuren; bei tertiären Erscheinungen Syr. ferr. jodat (besser noch die Jodferratose, 3 mal tgl. 1 Tee- bis 1 Kinderesslöffel. Red.).

S.

Un epidémie de coqueluche dans un pavillon de prématurés de moins de l'an. Par Porak et Durante. (Archives de méd. des enf., Juni 1904.)

Keuchhusten tritt bei Kindern am häufigsten zwischen den zweiten und dritten Lebensjahre auf; nichts destoweniger werden Epidemien auch bei viel jüngeren Kindern beobachtet, und zwar will es scheinen, dass schwächliche, vorzeitig geborene Kinder eine viel geringere Praedisposition für diese Krankheit besitzen als kräftige. In der Abteilung der Verfasser für vorzeitig geborene Kinder erkrankten hauptsächlich die Kinder der Ammen, während die frühgeborenen Pfleglinge, fast gänzlich verschont blieben. Unter 44 erkrankte nur eines an wahren Keuchhusten, drei boten nur Andeutungen der Krankheit dar und die übrigen blieben vollkommen gesund. Unter den 14 Ammenkindern, welche sich im Alter von 1—10 Monaten befanden, erkrankten 10, worunter 7 noch Lungenkomplikationen durchmachten. Die Epidemie hatte sich langsam und unregelmässig entwickelt; manche Kinder blieben längere Zeit verschont, bis durch eine interkurrierende Krankheit, z. B. Diarrhöe, ihre Empfänglichkeit wahrscheinlich grösser wurde. Im Allgemeinen hatte man den Eindruck gewonnen, dass Neugeborene eine viel geringere Praedisposition besitzen, an Keuchhusten zu erkranken, wie ältere Kinder. Die meisten Fälle hatten den apyretischen Typus gezeigt; die leichtesten Fälle wurden bei den jüngsten Kindern beobachtet, was der allgemein verbreiteten Ansicht, dass die Prognose der Tussis convulsiva im jüngsten Alter eine sehr ernste sei, nicht entsprechen würde. Unter allen Fällen war kein einziger letaler Ausgang zu verzeichnen gewesen. Als Behandlung wurde versuchsweise Bromoform gegeben, aber ohne sonderlichen Erfolg; viel bessere Resultate gab bezüglich der Anfälle die alte Therapie mit Tinct. Grindeliae robust. in der mittleren Dosis von 10 Tropfen täglich und Tinct. Belladonn. zu 2 Tropfen täglich. Doch muss die Verabreichung der letzteren näher überwacht werden, um beginnende Intoleranzerscheinungen nicht zu übersehen.

E. Toff (Braila).

Etude clinique sur l'angine de Vincent. Par A. de Montigny. (Inaugural-Dissertation, Paris 1903).

Die von Vincent im Jahre 1898 beschriebene Krankheit stellt sich unter der Form einer ulzero-membranösen Angina dar, welche, wenn auch selten, sowohl Erwachsene, als auch Kinder befallen kann. Die Diagnose ist schwierig infolge der grossen Ähnlichkeit mit Diphtherie und kann nur auf Grund der bakteriologischen Untersuchung gestellt werden, welche das Vorhandensein der für diese Krankheit charakterischen Symbiose zweier Mikrobenarten, eines spindelförmigen Bazillus und eines Spirillus, ergibt. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, da die Krankheit ohne Komplikationen gewöhnlich in etwa 15 Tagen ausheilt. In seltenen Fällen sind Abszesse, Erytheme und Gelenkerkrankungen beobachtet worden. Wegen der Ansteckungsgefahr sollen die betreffenden Kranken streng isoliert werden und eine Desinfektion der mit ihnen in Berührung gekommenen Gegenstände, des Auswurfes etc. vorgenommen werden.

Als Behandlung wurden empfohlen: Gurgelungen mit Kali chloricum 4%, Pinselungen mit Formolglyzerin, aqua oxygenata, Chloral 1% etc., doch erhält man die besten Resultate durch Pinselungen mit reiner Jod-

tinktur und Anwendung von Methylenblau in Pulverform direkt auf das Geschwür. Moizard empfiehlt Betupfungen mit Chlorkalk 2—3 mal täglich, ausserdem häufige Waschungen der Mundhöhle. E. Toff (Braila).

Deux cas de lymphadénie dans l'enfance. Par P. Haushalter et Richon. (Archives de méd. des enf., Mai 1904.)

In dem einen dieser Fälle handelte es sich um einen 10jährigen Knaben, welcher vorübergehend an Tuberkulose gelitten hatte, später nach fünfjährigem Wohlsein an Skabies erkrankte, worauf sich eine Polyadenie entwickelte, welche namentlich in der Hals- und Mediastinalgegend stark in Erscheinung trat, und zu Kompressionserscheinungen führte. Eine progressive, rasch verlaufende Anaemie trat gegen das Ende des Krankheitsprozesses auf, und endlich erfolgte der Tod unter den Erscheinungen einer Bronchopneumonie. Die Nekropsie zeigte eine allgemeine Hypertrophie der blutbereitenden Organe mit lymphomatösen Bildungen in verschiedenen Organen. Mikroskopisch zeigte sich eine bedeutende, fast das ganze Drüsenparenchym einnehmende Sklerose, Lymphome in der Leber, dem Magen und den Därmen, sowie auch fettig degenerierte Inseln in der Leber und zellige Proliferation im Knochenmarke. In den hypertrophischen Drüsen und den andern pathologischen Produkten wurden keine Kochschen Bazillen, keine Riesenzellen, kurz keinerlei Zeichen gefunden, aus welchen geschlossen werden könnte, dass diese Veränderungen tuberkulöser Natur seien. So dass die Verfasser die Diagnose Lymphadenie stellten.

Der zweite Fall betraf ebenfalls einen 10jährigen Knaben, welcher sich immer einer guten Gesundheit erfreut hatte, bis er mit klassischen Symptomen eines Mediastinaltumors erkrankte, ausserdem fühlte man an verschiedenen Stellen vergrösserte Ganglienpakete. Die Untersuchung des Blutes ergab 530,000 rote und 15,000 weisse Blutkörperchen per Quadratmillimeter. Der Tod erfolgte etwa 3 Monate nach Krankheitsbeginn, doch konnte ein Autopsie leichter nicht vorgenommen werden. In diesem akuten Falle von Lymphadenie dürfte es sich wahrscheinlich um eine Lymphosarkomatose gehandelt haben. E. Toff (Braila).

Appendizitis. Von Th. Jonnesco. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 73, Heft 2, 1904.)

In folgenden Sätzen fasst Verf. seine Erfahrungen in der Appendicitisfrage zusammen: 1. Die klinischen Appendicitisformen variieren so sehr, dass man dieselben schwer in Gruppen sondern kann. Abgesehen von den latenten Formen, welche, sei es in ihrem Beginn oder weiteren Verlauf, verschiedene Krankheitsbilder zeigen können, kann man die klinischen Formen teilen in A. simplex (Appendixkolik), A. mit zirkumskripter (adhäsiver oder eitriger) Peritonitis, A. mit allgemeiner oder eitriger Peritonitis und endlich A. mit Septikämie. 2. Der Beginn sämtlicher, auch der leichten A.-Formen kann von einer Reaktion des Peritoneums (Peritonismus) begleitet sein, die man nicht mit einer allgemeinen Peritonitis verwechseln darf. 3. Die Diagnosenstellung des A. ist im allgemeinen leicht, die der klinischen Form im Beginn ebenfalls oft leicht, kann in einigen Fällen jedoch schwer sein. 4. Das Hauptsymptom, welches eine schwere (septische) von einer leichten A. unterscheidet, ist das Missver-

hältnis zwischen Temperatur und Puls. 5. Im allgemeinen entspricht der Verlauf der A. ihrer Form, es kann aber oft zu einer plötzlichen Verschlimmerung oder Besserung der Krankheitserscheinungen kommen. 6. Die oft präzise und gute Prognose der A. muss man zuweilen mit Zurückhaltung stellen; sie verlangt eine grosse klinische Erfahrung von seiten des Arztes. 7. Die klinische Form der A. hängt nicht mit den pathologischen Wurmfortsatzveränderungen zusammen. 8. Die interne Therapie der A. ist immer berechtigt. Sie besteht in absoluter Immobilisation des Kranken, Opium (Extr. Opi. 0,03—0,01 pr. dos.), grosser Eisblase über den Leib, absoluter Diät, reichlichen subkutanen oder intravenösen Kochsalzinfusionen in einigen Fällen, Magenausspülung bei übermässigem Erbrechen. Abführmittel sind immer zu verbieten. 9. Jede A. muss zunächst intern behandelt werden. Die chirurgische Intervention darf erst nach Rückgang der peritonitischen Anfangserscheinungen, bezw. nach der Lokalisation derselben mit oder ohne Abszessbildung stattfinden. Das Suchen nach dem Wurmfortsatz ist, da es von gefährlichen Folgen sein kann, zu unterlassen; man reziesiere denselben nur, wenn er sich von selbst zeigt. 10. Die nach der Operation sich bildenden Darmfisteln heilen fast immer spontan; mit ihrer operativen Behandlung soll man deshalb nicht zu eilig sein. S.

De l'abus du lait en thérapeutique infantile et particulièrement au cours des dyspepsies et gastro-entérites chroniques du second âge. Par M. L. Guinon. (Revue prat. d'obst. et de paed. X. 18. H. 1904.)

Es ist eine allgemein verbreitete Gewohnheit unter den Ärzten, gleichsam ein Dogma, dass dyspeptische oder sonst darmkranke Kinder absolute Milchdiät bekommen. Nun muss man aber wissen, dass in vielen Fällen es gerade die Milch ist, welche die krankhaften Zustände bewirkt hat und in derartigen Fällen kann eine ausschliessliche Milchnahrung die verderblichsten Folgen haben. In vielen Fällen bewirkt die Milch Diarrhöe, in anderen wieder hartnäckige Verstopfung. Der Bauch ist gross, das Kind anaemisch, die Leber vergrössert, kurz der Allgemeinzustand hat grosse Ähnlichkeit mit Rachitis. Man beobachtet derartige Symptome auch in solchen Fällen, wo die Qualität der Milch nichts zu wünschen übrig lässt und wo die Sterilisierung derselben eine vollkommene ist. Der Hauptgrund der krankhaften, durch die Milch hervorgerufenen Zustände ist einerseits in der Zerstörung der normalen Fermente, andererseits in einer schlechten Verdauung zu suchen, wodurch es zu putriden Veränderungen des Kaseins kommt und im weiteren Verlaufe zu einer Autointoxikation. Die normalen Fäulnisvorgänge im Darmtrakte werden in aussergewöhnlichem Masse gesteigert, und es werden hierdurch schwere Allgemeinsymptome hervorgerufen. Was die Behandlung dieser Zustände anbetrifft, so ist in erster Reihe, wenn auch nur für kurze Zeit, die Milch aus der Ernährung fortzulassen und dem Kinde mehligte Nahrung zu verabreichen. Die verschiedenen Kindermehle geben in dieser Beziehung gute Resultate. Ausserdem Purée von Hülsenfrüchten und später Eier. Rohes Fleisch in kleinen Quantitäten, Kefir, Buttermilch und in gewissen Fällen rohe Milch haben dem Verfasser gute Resultate gegeben. Es ist vorteil-

haft, die diätetische Behandlung durch eine medikamentöse zu unterstützen und den betreffenden meist anaemischen Kindern Eisenpräparate zu verabreichen.
E. Toff (Braila).

Nouvelles recherches sur la présence des ferments solubles dans le lait. Par L. M. Spolverini. (Archives de méd. des enfants. 3. 1904).

Bekanntlich haben Van de Velde und De Landtscheer die Versuche Spolverini's, dass nämlich durch das Verfüttern von keimender Gerste an Milchkühe das in demselben enthaltene amylytische Ferment in die Milch übergehe, nachgeprüft und behauptet, dass es nicht möglich sei, auf dem angegebenen Wege das betreffende Ferment in die Kuhmilch überzuführen. S. wendet sich nun in einer neuen Arbeit gegen diese Behauptung, widerlegt mehrere von den erwähnten Verfassern angeführte Beweise und führt an, dass der Hauptgrund ihrer fehlgeschlagenen Versuche in der geringen verfütterten Gerstenmenge liege. Da ein Teil der eingeführten Fermente für die Verdauungszwecke des Versuchstieres selbst benutzt wird, so geht nur der Überschuss in die Milch und, wie er bei seinen neuen Versuchen feststellen konnte, auch in den Urin über. Die eingeführte Menge muss also eine erheblich grössere sein, was er dadurch erreicht, dass er nicht 1 kg keimender Gerste verfüttert, wie die beiden Verfasser, sondern 3—4 kg, und hat er immer, auch bei seinen neuen Versuchen, das Auftreten des amylytischen Fermentes nicht nur in der Milch, sondern auch in hervorragender Menge im Harn feststellen können. Das das Übergehen derartiger Fermente in die Milch möglich und klinisch verwertbar sei, hat S. auch auf diese Weise nachgewiesen, dass er jenen stillenden Frauen, deren Kinder an gastro-intestinaler Dyspepsie litten, 2 gr Pankreatin per Tag eingab und feststellen konnte, dass diese indirekte Medikation von ausgezeichnetem Einfluss auf die Krankheit der Kinder war. Bereits am zweiten Tage nach Einnahme dieses Mittels von seiten der Mütter war die Verdauung der Kinder normal, setzte man dasselbe aus, so trat der frühere krankhafte Zustand wieder auf. S. schliesst aus seinen Versuchen, dass die in der Muttermilch enthaltenen Fermente von grosser Wichtigkeit für die kindliche Verdauung sind und dass es möglich sei, dieselben auf künstliche Weise zu vermehren.
E. Toff (Braila).

Über Jodferrate bei Skrophulose und Lues. Von Bardach. (Vortr. geh. a. d. Naturforscher- u. Ärzteversamml. in Kassel 1903. Separatabdr. aus den Verhandl. d. Ges. f. Kdhlkde 1903.)

Nach B. wird die Soolbäderbehandlung skrofulöser undluetischer Symptome durch eine Zufuhr von Jodeisen aufs wirksamste unterstützt. Als vollgiltiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inkonstant zusammengesetzten Syr. ferr. jodat. hat sich ihm die Jodferrate, die auf Grundlage des Schmiedeberg'schen Ferratins synthetisch dargestellt wird, durchaus bewährt. Jodferrate ist als Antiskrophulosum besonders bei der lymphatisch-anämischen Form anzuwenden; sie kann einzeln und ohne Nebenwirkungen für Zähne oder Magen, ohne Jodismus angewendet werden, eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt

nach den Ausführungen Schmiedebergs dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. — In der Rekonvaleszenz von Lues fördert Jodferratose die durch die Hg-Kuren herabgesetzte Blutbeschaffenheit. Bei Erwachsenen gibt man das Mittel 3 mal täglich einen Esslöffel und $\frac{1}{2}$ Stunde nach den Mahlzeiten, bei grösseren Kindern 3 Kinderesslöffel, bei kleineren 2—3 Teelöffel. Bei denjenigen Kindern, welche eine ausschliessliche Milchnahrung erhielten, wird die Jodferratose in der Milch vermischt verordnet. Es wurde ohne jede Störung des Verdauungstraktus gut vertragen, es war sogar grössere Esslust zu bemerken. Nie trat Jodismus auf.

S.

Kufekes's Kindermehl und sein Wert für die künstliche Säuglingsernährung. Von L. Buchsbaum. (Ärztliche Standeszeitung, Wien, Jahrgang 1904, No. 6.)

Über den realen Wert eines Präparates zum Zwecke der künstlichen Säuglingsernährung entscheiden einzig und allein die praktischen Erfolge, welche nach Darreichung desselben Ärzte und Mütter beim gesunden und noch mehr beim kranken Säuglinge zu verzeichnen wissen. Denn „nicht dass ein gesundes, gut verdauendes Kind bei einer Nahrung gedeiht“, schreibt Biedert, „sondern dass ein bei einer anderen rationell geführten Ernährung, insbesondere bei gut sterilisierter und verdünnter Kuhmilch notleidendes Kind damit aufkommt, beweist die Güte des Nahrungsmittels.“ Solche praktischen Erfolge erzielt vor allen anderen Kindernahrungsmitteln tatsächlich Kufekes's Kindermehl, dem mit Biedert und Escherich heute alle Kinderärzte die erste Stelle unter den gebräuchlichen Surrogaten einräumen.

Da Kufekes's Kindermehl durch die Dextrinisierung keine unveränderte Stärke enthält und sich durch die Löslichkeit seiner Kohlehydrate und seine verdauungsfördernde Wirkung auf das Kuhmilchkasein auszeichnet, kann es schon ganz jungen Säuglingen gegeben werden. Bei Säuglingen, welche eine Intoleranz gegen eine auch entsprechend verdünnte, gut sterilisierte und in festgesetzten Intervallen dargereichte Kuhmilch zeigen, Erbrechen, dünnen Stuhlgang haben und in der Entwicklung zurückbleiben, führt die Mischung der Kuhmilch mit einer dünnen Kufekes-Mehlsuppe rascher zum Ziele als der Wechsel der Milchquelle und bewirkt schon nach 24—48 Stunden konsistentere Stühle, Aufhören des Erbrechens und Gewichtszunahme. Geradezu indiziert ist die Darreichung des Kufekes-Kindermehles bei Eiweissfäulnis im Darm durch Überfütterung oder unzweckmässige Ernährung, ferner bei der Fettdiarrhöe, bei abnormen Gärungsprozessen im Dickdarm, bei atrophischen Zuständen infolge subakuter und chronischer Verdauungsstörungen, bei Brechdurchfall und in der Rekonvaleszenz nach fieberhaften Erkrankungen. Nicht zu unterschätzen ist der Wert des Kufekes-Mehles in der Zeit der Ablaktation und als Beinahrung bei unzureichender Menge von Mutter- oder Ammenmilch.

Für gesunde, künstlich ernährte Säuglinge des zweiten Halbjahres ist Kufekes's Kindermehl ein wertvolles, die Entwicklung und das Wachstum förderndes Nahrungsmittel, das durch seinen Gehalt an Kohlehydraten fett- und eiweissparend wirkt und den Übergang zur gemischten Kost in bester Weise vermittelt.

Kufeke's Kindermehl ist wegen seiner allen wissenschaftlichen Anforderungen genügenden chemischen Zusammensetzung, seiner leichten Verdaulichkeit, Haltbarkeit und Billigkeit das vortrefflichste und praktisch wertvollste diätetische Präparat für Säuglinge.

Mitteilungen über die Indicationen zur Anwendung des Kufeke-Kindermeles. Von Josef Reichelt. Aus der Abteilung für Kinderkrankheiten des Herrn Prof. Frühwald an der Wiener allgemeinen Poliklinik. („Medizinische Blätter“ No. 10. 1903.)

Während die Kindermehle früher erst nach dem Durchbruch der zwei ersten Schneidezähne angewandt wurden, wird in der Kinderabteilung von Prof. Frühwald das Kufeke-Mehl, weil es genügend dextrinisiert ist, schon unter 3 Monaten gegeben. In Übereinstimmung mit Biedert wird das Kufeke-Kindermehl bei hochgradiger Fettdiarrhöe mit verdünnter, abgerahmter Kuhmilch dargereicht, um einerseits den Nährwert der Nahrung zu erhöhen, andererseits die Kaseinverdauung zu unterstützen, wodurch sich die Verdauungsorgane rasch erholen, sodass relativ fettreiche Milch vertragen wird. In andern Fällen ist die durch das Kindermehl im Darmtraktus beeinflusste Reaktion des überschüssigen, in alkalischer Fäulnis begriffenen Eiweisses eine Hauptursache der günstigen Wirkung des Kufeke-Kindermeles. Bei schweren Verdauungsstörungen wird durch Magen- und Darmspülungen und wässrige Kufeke-Mehl-Abkochung das Erbrechen beseitigt und werden durch Nahrungsbeschränkung oder Kufeke-Zusatz zur Milch gute alkalische Stühle erreicht. Verdauungsstörungen durch abnorme Zersetzung der eingeführten Nahrung im Darm, z. B. durch Überfütterung werden am besten durch anfangs reine Kufeke-Mehl-Abkochungen mit Wasser, denen man allmählig Milch zusetzt, behandelt, wodurch die Kinder ruhiger werden, weil die Gärungen und die Koliken im Darm aufhören. Eine weitere Indikation für die Darreichung des Kufeke-Mehles bilden die akuten Enteritiden, die mit Verstopfung beginnen und mit profusen Diarrhöen und Brechdurchfall abschliessen. Ausser bei akuten und subakuten Darmkatarrhen wurden auch bei chronischen Darmaffektionen günstige Erfolge mit Kufeke-Mehl erzielt, und die infolge solcher Zustände entstehenden Atrophien, die durch Fett und Eiweiss direkt schlechter wurden, lassen erst recht den grossen Wert des Kufeke-Mehles erkennen. Bei der Ernährung auch grösserer gesunder, sowie schwächerer und rekonvaleszenter Säuglinge und Kinder ist das Kufeke-Kindermehl sehr zu empfehlen.

Gesundheitspflege.

Bei der am 4. Juni 1904 in Frankfurt a./M. stattgehabten Generalversammlung des deutschen Vereins für Volkshygiene wurden 2 für die Pädiatrie wichtige Vorträge gehalten und dabei folgende Leitsätze aufgestellt: I. Vortrag vom Schuldirektor Dr. Beyer - Leipzig „Wandern als Mittel der Jugendbildung“. 1. Das Wandern sollte

in Zukunft bei der Erziehung unserer Jugend eine weit grössere Rolle spielen, nicht zum wenigsten mit Rücksicht auf seine Bedeutung für eine gesunde Entwicklung des Körpers. 2. Die Wanderungen der Jugend hätten zunächst mit der Heimat zu beginnen und deren Bildungsmittel für das Kind möglichst auszunutzen. 3. Es ist erwünscht, dass der Deutsche Verein für Volkshygiene zu solchen Wanderungen anregt, durch eigene Veranstaltungen mustergültige Vorbilder schafft und die fortdauernde Förderung aller damit in Verbindung stehenden Bestrebungen durch die Zentralstelle in geeigneter Weise ins Auge fasst. —

II. Vortrag vom Prof. Dr. Ostertag-Berlin „Versorgung der Städte mit einwandfreier Säuglingsmilch“. 1. Als „Säuglingsmilch“ darf nur Milch in den Verkehr gebracht werden, die nachfolgenden Anforderungen entspricht: a) Die Milch muss von Tieren stammen, die gesund sind, mit erlaubten Futtermitteln ernährt und reinlich gehalten werden. b) Die Milch muss sauber gewonnen, nach dem Melken sofort in zweckentsprechender Weise geseiht und abgekühlt und hierauf in reinen Gefässen kühl aufbewahrt werden. c) Die Milch darf keine Erscheinungen einer Zersetzung zeigen. Die Art des Melkens der Kühe, des Seihens und Abkühlens der Milch, sowie die Art der Reinigung der Milchgeräte ist genau vorzuschreiben. Desgleichen sind die Futtermittel zu bezeichnen, die an Säuglingsmilchkühe nicht verabreicht werden dürfen. Um die Säuglingsmilch zu möglichst billigen Preisen beschaffen zu können, empfiehlt es sich, nur diejenigen Futtermittel von der Verwendung auszuschliessen, von denen nach wissenschaftlichen und Erfahrungsgrundsätzen feststeht, dass sie die Milch schädlich machen. 2. Zur Versorgung der Städte mit einwandfreier Säuglingsmilch ist die polizeiliche Regelung des Verkehrs mit Säuglingsmilch anzustreben. Dort, wo die Gewinnung und Inverkehrgabe der Säuglingsmilch überhaupt nicht oder nicht in ausreichender Weise überwacht wird, sind seitens des Deutschen Vereins für Volkshygiene Kommissionen zu bilden, die nach Verständigung mit einer ausreichenden Zahl zuverlässiger Milchproduzenten auf dem Vertragswege die Überwachung der Gewinnung und Inverkehrgabe der Säuglingsmilch herbeiführen.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles. Par Schwab et Lévy Bing.

Diese zuerst von Prokhorow angegebene Methode hat den Verfasser in fünf Fällen von Syphilis bei Neugeborenen sehr gute Resultate gegeben und sind dieselben der Ansicht, dass die sonst üblichen Behandlungsmethoden viel weniger vorteilhaft sind. Die Einreibungen reizen fast immer die Haut, und man kann niemals sicher die Menge des wirklich zur Resorption gelangten Quecksilbers bestimmen, die interne Medikation ruft Störungen in dem Verdauungsapparate hervor, während die Bäder meist wirkungslos sind. Hingegen vereinigen die Injektionen mit Jodqueck-

silber, welche in die Gesässmuskulatur oder auch subkutan vorzunehmen sind, die Vorzüge einer gefahrlosen, sicheren und raschen Methode in sich. Das Alter der von den Verf. behandelten Kindern war zwischen 1 Tage und 3 Monaten. Die Verordnungsweise ist: Hydragyr. bijodati 0,05, Natr. jodati 0,05, Aq. destill. 10 ccm. Die mittlere Dosis war 1—2 mgr täglich, man macht 10—15 Einspritzungen, hierauf eine Pause von 2 Wochen, dann wieder eine Serie von 10 Einspritzungen.

(La Presse médic. 1903)

E. Toff (Braila).

De la gravité du rhumatisme chez les enfants. Par A. Landry.

Rheumatische Laesionen sind im Kindesalter von besonderer Wichtigkeit, da dieselben sich viel häufiger als bei Erwachsenen mit Herzerkrankungen komplizieren. Es ist auch nicht notwendig, dass die Gelenkerkrankung besonders schwer sei, wie dies sonst bei Erwachsenen der Fall ist, denn auch leichte Fälle können zu den schwersten Komplikationen führen; es sind sogar Beobachtungen vorhanden, wo die Herzerkrankung vor Ausbruch der eigentlichen rheumatischen Gelenkerkrankung zur Beobachtung kam. Beim Kinde kompliziert sich die Endokarditis nicht selten mit Perikarditis, wodurch das Krankheitsbild ein viel schwereres Aussehen erhält, da in diesem Falle das Auftreten von Herzschwäche viel rascher geschieht. Auch darf nicht vergessen werden, dass beim Erwachsenen die rheumatische Endokarditis einen langsamen Verlauf hat und viel länger kompensiert wird, als dies beim Kinde der Fall ist.

(Inaugural-Dissert. Paris 1903.)

E. Toff (Braila).

Coxalgie ou mal de Pott. Par Broca.

Diese beiden, so häufigen Krankheiten des Kindesalters, werden oft mit einander verwechselt, namentlich bei oberflächlicher Untersuchung. Es gibt aber verschiedene Merkmale, auf welche man achten muss um die richtige Diagnose zu stellen. Wenn man auch bei tiefen Tuberkulosen der Wirbelsäule, durch Eitersenkungen und Fistelbildung in der Umgebung des Trochanters an eine Gelenkerkrankung denkt, wobei noch das Mitgehen des Beckens bei Bewegungen des Beines die Täuschung unterstützt, so kann man die Differentialdiagnose dadurch leicht stellen, dass man das Bein stark im Hüftgelenke beugt, wodurch die Beweglichkeit des Gelenkes wieder in Erscheinung tritt und man feststellen kann, dass die Pseudoankylose auf einer Retraktion des Psoasmuskels beruhte. Ausserdem ist bei ruhiger Rückenlage die Stellung des Beines bei Psoitis diejenige einer einfachen Beugung, während bei Coxalgie noch Adduktion besteht. Während bei Coxalgie der Druck auf den Femurkopf schmerzhaft ist, ist dies bei Psoasretraktion nicht der Fall.

(Rev. prat. d'obst. et de paediatr. 1904.)

E. Toff (Braila).

De l'entéro-colite muco-membraneuse infantile. Par R. Giffard.

Die Hauptsymptome dieser im Kindesalter so häufigen Krankheit sind: Verstopfung, kolikartige Schmerzen und Anwesenheit von Schleim im Stuhle. Als aetiologische Momente nimmt G. eine neuroarthritische Konstitution und hartnäckige Verstopfung an. Der Verlauf ist ein chronischer,

doch kommen oft akute Exazerbationen vor. Komplikatorisch kann es zu Blutungen, Darmsteinen, Appendizitis, Konvulsionen, Meningismus, periodischem Erbrechen, Dyspepsie etc. kommen. Auch kann die Krankheit zur Entwicklung von Rachitis führen. Anatomisch findet man eine oberflächliche Entzündung der Darmschleimhaut. Eine spezifische Bakterienart wurde bis nun nicht gefunden; man nimmt an, dass der Colibazillus eine Rolle in der Ätiologie der Krankheit spiele. Therapeutisch meide man saline Abführmittel und mache intestinale Irrigationen, oder Oelklysmen.
(Thèse de Paris 1903.) E. Toff (Braila).

Zwei Fälle von Muskelatrophie, Typus Charcot-Marie. Von Noica.

Die zwei von N. beobachteten interessanten Fälle betrafen einen 19-jährigen Mann und ein 16-jähriges Mädchen. Im Allgemeinen waren die Symptome die klassischen, von Charcot und Marie beschriebenen, ausser einigen Ausnahmen und zwar: die Krankheit trat nicht familiär auf, da kein Mitglied in der Verwandtschaft der betreffenden Patienten daran gelitten hatte. Hereditär wurde festgestellt, dass der Vater des Mädchens an Tabes gestorben war. In dem zweiten Falle hatte sich die Muskellähmung vor drei Jahren im Anschlusse an Masern entwickelt, auch im andern Falle spielten die Masern anscheinend eine gewisse, wenn auch nur indirekte Rolle, da zwar nicht der Patient, aber einer seiner Brüder wenige Tage vor seiner Erkrankung an Morbillen gelitten hatte. Der Kranke stand damals im Alter von 4 Jahren, seine Krankheit besteht also seit nahezu 15 Jahren, doch ist das Fortschreiten derselben ein sehr langsames. Beide Patienten können noch weite Märsche unternehmen und auch Arme und Hände zum Schreiben, Nähen etc. gut benützen. Gewöhnlich ist der Muskelsinn derartiger Patienten gut erhalten, obwohl auch Ausnahmen vorkommen können. Leichte Beuge- und Streckbewegungen, die man mit Finger und Zehen vornimmt, werden von der Kranken N.'s nicht gut perzipiert. Auch das Gefühl der Vibrationen war sowohl an den Fingern, als auch an den Zehen aufgehoben.
(Spitalul, 1904.) E. Toff (Braila).

Kleine Mitteilungen.

Der 5. internationale Dermatologen-Kongress (1. Vorsitzender Prof. E. Lesser (Berlin), Generalsekretär Dr. O. Rosenthal (Berlin), findet vom 12.—17. September d. J. in Berlin statt. Zur Verhandlung gelangen folgende Themata: 1. Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien. 2. Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane. 3. Die Epitheliome und ihre Behandlung. 4. a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der 1. Leprakonferenz im Jahre 1897. b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

September 1904.

No. 9. (177.)

Inhalt: Originalien: **Spiegelberg**, Zur natürlichen Säuglingsernährung. 193. — Referate: **Chartier**, Tuberkulose. 204. — **Lhota**, Tuberkulöse Peritonitis. 205. — **v. Rothschild**, Gastro-Enteritis. 205. — **Schlossmann** und **Seifert**, Kindermilch. 206. — **Buxbaum**, Morbus Basedowii. 211. — **Neter**, Barlowsche Krankheit. 212. — Rezensionen: **Ideberger**, Die Entwicklung der kindlichen Sprache. 212. — **Beck's** therapeutischer Almanach, 31. Jahrgang II. Hälfte. 213. — **P. am Ende**, Das Schulbrausebad und seine Wirkungen. 213. — **Weicker**, Beiträge zur Frage der Volksheilstätten. 214. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 214.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Zur natürlichen Säuglingsernährung.

Von Dr. J. o. h. Hugo Spiegelberg (München).

Im nachfolgenden neues zu bringen, ist nicht meine Absicht. Eben-
sowenig aber nehme ich mir heraus, den Lesern dieser Blätter einen
Schulvortrag über Frauenmilchernährung zu halten. Ich unterlasse auch
ein Eingehen auf die Chemie und Physiologie der Muttermilch, welche
ein grosses inhaltreiches Kapitel für sich zu bilden geeignet sind. Der
Gedanke, der meine Feder leitet, ist, auf die praktischen Seiten des
Stillens der Mütter einige kräftige Streiflichter von einem stellenweise
persönlichen Standpunkte aus zu werfen, und durch solche Besprechungen
manchen Leser wieder einmal an die hohe Bedeutung der Ernährung an
der Brust eindringlich zu erinnern und abermals ein Scherflein beizutragen
zu dem guten Werke, an dem wir Kinderärzte alle zur Zeit in erster
Linie arbeiten. Denn, ehrlich gestanden, mir erscheint, trotz vieler schöner
Worte, in der Tat die Überzeugung von dem grundsätzlichen Übergewicht
der natürlichen Ernährung über jeden Ersatz, sei er so vollendet
wie er wolle, zugleich aber auch die Kenntnis von dem Grade der Stillfähig-
keit der Frauen unter den Ärzten noch zu wenig verbreitet und aner-
kannt. Dass vor allem, wo nun schon ein Mehr ausser dem Bereiche
der Möglichkeit liegt, wenige Monate, Wochen, Tage des Stillens an der
Brust, oder eine geringe Zugabe selbst von solchem zur künstlichen
Nahrung, einen Vorteil nicht nur für das augenblickliche Gedeihen des

Kindes, sondern auch für das ganze Leben des Individuums bedeuten, den Nichts diesem ersetzen kann, und den niemand ihm ohne vis major vorenthalten darf, diese Tatsache sollte für jeden Arzt eine Wahrheit sein, für welche er nicht fanatisch genug kämpfen könnte.

Die Stillfähigkeit unter unsern Frauen liegt im Argen. Ich unterlasse ein Aufführen statistischer Zahlen. Die verbreitete Gewissheit hiervon hat einen grossen Teil von uns gleichgiltig und ergeben in das Unvermeidliche gemacht. Aber gerade diese Gewissheit gilt es zu zerstören. Die Stillunfähigkeit der Frauen ist doch nicht so gross, als die landläufige Auffassung voraussetzt. Festgewillte Belehrung und sachgemässe Leitung vermögen manche Frau doch dahin zu bringen, ihrem Kinde die oberste und erste Pflicht zu erfüllen, ohne es dabei einer minderwertigen Aufzucht auszusetzen. In der Möglichkeit aber, einzelne Frauen zum Er nähren des Kindes an der Brust anzuhalten und sozusagen wieder dazu zu erziehen, liegt die wichtigste, eigentlich einzige Handhabe, die Stillfähigkeit auch ganzer Bevölkerungsschichten wieder zu verbessern. Mögen die Leser, die im Folgenden nur Altbekanntes finden, solches als eine Art beitragenden Hilfstext für ihre aufklärende Wirksamkeit ansehen.

Die Frage der Mütter: soll ich stillen? besteht nicht für uns. Unsere Frage ist: k a n n die Frau stillen, und eine Unterfrage: d a r f sie stillen? Die Antwort auf die letzte ist in einigen bestimmten Gründen zusammenzufassen, welche der Frau das Stillen in Rücksicht auf ihre oder der Kinder Gesundheit verbieten; die ausschlaggebende Bedeutung dieser Punkte ist in jedem Einzelfalle vom Arzte individuell zu entscheiden.

Erstens soll einer nachweislich von Syphilis freien Mutter das Stillen ihres ex patre congenital luetischen Kindes nur dann angeraten oder gestattet werden, wenn sie im Interesse des ja meist lebensschwachen oder auch frühgeborenen Kindes bei Kenntnis der Sachlage ihren Teil der Verantwortung freiwillig auf sich nimmt. Diese Sachlage aber ist auf dem Collesschen Gesetz zu begründen, wonach solche Mütter relativ immun gegen die Infektion durch ihren Säugling sind; Ausnahmen von dieser Immunität sind aber, namentlich bei Erstgebärenden in nicht unbeträchtlicher Zahl von Fällen beobachtet. Eine syphilitische Mutter darf ihr von Syphilis freies Kind nicht stillen. Sind beide krank, ist das Selbststillen der Mutter eine doppelt dringende Notwendigkeit für das Kind.

Tuberkulose der Mutter ist ein unbedingtes Stillhindernis. Die Gefahr einer Erkrankung des Kindes durch die Muttermilch liegt zwar nicht vor, auch nicht etwa auf dem Mittelwege durch Bakterientoxine, wie einzelne annehmen wollten. Für das Kind liegt die Gefahr in der innigen Berührung mit der Mutter und deren Körper, um derentwegen auch nicht Stillenden grösste Vorsicht gegen direkte Ansteckung ihrer Kinder geboten ist; für die Mutter liegt sie, und das ist ausschlaggebend, darin, dass Laktation bei Tuberkulösen ja sogar bei latenten oder nur hereditär Belasteten sehr leicht zum Ausbruch florider Phthise führt; bei jedem Tuberkulösen sind Ausgaben aus dem Ernährungshaushalte zu verhüten.

Das zu allerletzt Angedeutete gilt schliesslich auch für andere e r s c h ö p f e n d e Krankheiten, Fieber u. dergl. Akute Infektionskrankheiten der Mutter bilden im allgemeinen kein Hindernis, wenn nicht hoch gradige Hinfälligkeit und Prostration vorhanden sind. Ich sehe nicht ein,

warum z. B. eine diphtheriekranke Mutter nicht einigemal im Tage unter Sicherheitsvorkehrungen (Schutz der Kinder durch vorgehaltene reine Tücher, Gurgelungen der Mutter u. s. w.) den Säugling anlegen sollte. Für eine Reihe solcher Krankheiten, Typhus, Influenza u. a. wird oben drein eine Immunisierung des Brustkinds, also geradezu eine Bevorteilung desselben durch die Muttermilch mit grösster Wahrscheinlichkeit angenommen. Der Fieberzustand als solcher hat keinen dekomponierenden Einfluss auf die Milch.

Eigentümlich unbestimmt sind die Stillhindernisse, die auf nervösem Gebiete zu suchen sind. Die starke Beeinflussung der Milchabsonderung, nicht Milchbildung, durch psychische Vorgänge, Erregungen u. s. w. ist feststehend. Dass geistige Eigenschaften, Krankheiten, Erregungszustände durch die Milch einfach auf das Kind übertragbar wären, ist eine durchaus unbegründete und unwissenschaftliche Anschauung, nicht besser aber auch die, dass die chemische oder sonstige physiologische Zusammensetzung der Milch in irgend einem Sinne durch solche Vorgänge unmittelbar eine Änderung erfahren könne. Wie wir weiterhin noch beleuchten werden, ist die Milchqualität und -quantität in hohem Grade abhängig von regelmässiger und genügender Entleerung der Drüse. Wird diese gestört, so kommt es zu Resorptionserscheinungen; diese aber führen, jedoch nie plötzlich, bestimmte Qualitätsänderungen der Milch, in weiterliegender Folge erst Mengenverminderung herbei. In dem hier ange deuteten Sinne geschieht die Rückwirkung nervöser Erregungen auf die Absonderungsvorgänge der Brustdrüse, welche an den allgemeinen Störungen bei erregbaren Personen oder bei gelegentlichen starken Erschütterungen jeder Frau bedeutenden Anteil nehmen. Wann aus solchen Störungen des Stillgeschäftes ein wirkliches Stillhindernis entstehen kann, muss der Einzelfall ergeben. Bei vielen nervös oder psychisch Kranken, Neurasthenischen, Hysterischen, können endlich wie bei chronisch Leidenden, alle Funktionen so darniederliegen, dass sich hier das Stillen verbietet. Dass das Stillen seinerseits „nervös mache“, wie manche Frauen sagen, ist nur in diesem Sinne, also sehr selten zulässig. Geistig Kranke, die ihrem Kinde tötlich gefährlich werden könnten, dürfen selbstverständlich nur dann stillen, wenn unter Rücksicht auf das oben angeführte die nötige Aufsicht dem Kinde Sicherheit bietet.

Weitere Stillverbote wüsste ich nicht zu begründen.

Die Frage: kann die Mutter stillen? ist zu einem gewissen Teile schon vor der Geburt des Kindes zu beantworten. Wahrscheinlich bejahend, wenn die Mutter schon ein oder mehrere Kinder gestillt hat und inzwischen in ihrer Gesundheit oder an ihrer Brustdrüse keine nennenswerte Einbusse erlitten hat. Der Kern der verbreiteten Stillunfähigkeit liegt ja in dem durch Inaktivität, üble Gewohnheiten, Heredität begründeten Rückgange des Organs, der Mammae. Was hier fehlt, ist nur teilweise zu ergänzen. Eine Vorbeugung liegt zum Teil in der Pflege, Schonung und Vorbereitung der Brust in der Jugend und Entwicklungszeit, weiter zurück- bzw. vorwärtsgreifend in der Ausübung des Stillens seitens der Mütter zukünftiger mutterwerdender Töchter und Enkelinnen. Gegen Ende der Schwangerschaft lässt sich durch Palpation schon das Vorhandensein eines von degenerativem Fettgewebe wohl zu unterscheidenden Drüsengewebes feststellen, ebenso die Beschaffenheit der Warze. Die

sich vorbereitende Tätigkeit der Drüse gibt eine Absonderung weisslicher Tropfen kund. Vorbereitung zum Stillen in der Schwangerschaft gibt es für die Brust nur insoweit, als man durch alkoholische Einreibungen und vorsichtige Frottierungen eine gewisse Erhöhung des Blutflusses unterhält und zugleich damit Warze und Haut widerstandskräftiger gegen Reizungen macht. Hervorsaugen der Warze, formendes Massieren u. dergl. ist weit aus erfolgloses Bemühen.

Bei vorhandenem leistungsfähigen Organe sind die wichtigsten äusseren Stillhindernisse die eintretende Brustdrüsenentzündung, Mastitis und die fehlerhafte Brustwarze. Wenn das Kind den Saugapparat nicht erfassen kann, nützt die schönste Milchdrüse nichts; es gibt Fälle so breiter, dicker Warzen, dass sie den Mund zur Unmöglichkeit des physiologischen Saugaktes ausfüllen. Nicht selten ist die einfache flache Warze, die je nach ihrem Grade einer Verbesserung fähig ist durch mechanische Hilfe, sei es fleissiges Saugen des Kindes selbst oder mit Saughütchen und Milchpumpe; überhaupt entwickelt sich Warze und Brust so recht erst unter dem Stillen. Fast immer aussichtsloses Stillhindernis ist die Hohlwarze.

Die Mastitis zu verhüten dienen zweckmässige Reinlichkeit nach der einen, gleichmässige Entleerung der Brust nach der andern Seite; eine ausgebildete Brustentzündung verbietet im Stadium der Kongestion durch Schmerzen und mechanische Stockung, im Eiterstadium durch die dem Kinde drohende Eiterinfektion das Stillen; immer nur jedoch auf der betroffenen Seite. Die schmerzhaften Rhagaden, über deren Hauptursache später, können Eingangspforten von Bakterien und Mastitiserregern werden, ein Grund das Stillen zu unterlassen sollten sie nie werden; eine Behandlung erfordern sie natürlich, von welcher ich hier nur die Schonung durch aufgesetztes Saughütchen erwähne. Stärkere Rhagaden geben Anlass zum Ansaugen von Blut durch das Kind; da das verschluckte Blut leicht Erbrechen hervorruft, kommt es nachher zu einem scheinbaren Blutbrechen, wie auch die Blutfärbung des Säuglingsstuhles gelegentliche Täuschung veranlassen kann (falsche Melaena).

Und nun zu dem häufigst angeführten Stillhindernis, das eigentlich keines ist, wenn eine absondernde Drüse in einigermaßen nennenswertem Grade, und daneben körperliche Gesundheit vorhanden sind. Ich meine den beliebten Einwurf, der den Mittelpunkt dieser Erörterungen bildet: „es ist keine Milch da,“ oder „nicht genug Milch“.

Bei Vorhandensein des nötigen parenchymatösen Gewebes beginnt gegen Ende der Schwangerschaft unter derberer Anschwellung der Brust tropfenweise eine gelbliche schleimig-wässrige Flüssigkeit zu erscheinen. Einige Stunden nach der Geburt bis ungefähr am zweiten Tage erscheint diese Flüssigkeit reichlicher und ist durch Druck zu entleeren. Diese Übergangsmilch ist das globulinreiche, fettarme Kolostrum, durch Vorhandensein von Zellgebilden ausgezeichnet. Die Kolostrumkörperchen ihrerseits sind Leukozyten, welche das Fett der sich bildenden Milch aus der Drüse entfernen, solange eine entsprechende Absonderung nach aussen noch nicht stattfindet. Bei jeder späteren längeren Stauung und nachfolgenden Aufsaugung entsteht wieder „Kolostralmilch“. Das Kolostrum verschwindet und macht mehr und mehr der normalen Milch Platz, sobald durch den Säugling für Entfernung der Milch und lebhaftere Neu-

bildung gesorgt wird. Die erste ordentliche Milchabsonderung kann sehr langsam in die Wege geleitet werden, besonders bei mechanischen Schwierigkeiten (Warze, Ungeschick des Kindes, Drüse der Erstgebärenden) oder schwächlichem, anspruchslosem Kinde. Ein Urteil über die Milchmenge ist unter allen äusseren Umständen nicht vor dem 10.—14. Tage erlaubt. Stellen sich aber Schwierigkeiten, wie die eben angedeuteten, den Anforderungen des Säuglings in den Weg, so muss die künstliche Entleerung durch Abspritzen, Milchpumpe u. s. w. eingreifen und die Anregung ersetzen. Oder ist z. B. bei wenig saugendem, etwa bei frühgeborenem Kinde ein zweiter, selbst schon älterer Säugling zur Verfügung, so besorgt dieser zweckmässig das Gewünschte — ein Verfahren, welches bekanntlich in Säuglingsheimen und Findelanstalten Anwendung findet.

Man Sorge also von Anbeginn für reichliche Entnahme der Milch, vermeide dringend den Eintritt einer Stauung: auf diese Weise ist nach vieler anderer und meiner Überzeugung jede in guter Gesundheit und gutem Wochenbett befindliche Mutter dazu zu bringen, ihr Kind zu nähren. In der Folgezeit behalte man dieselben wichtigen Gesichtspunkte im Auge und man wird dem Kinde die Mutterbrust auch erhalten können. „La quantité du lait varie avec la demande“ sagt Budin zutreffend. Zu welchen hohen Leistungen eine Brustdrüse auf solche Weise zu bringen ist, zeigen die Erfahrungen in unsern Säuglingsheimen, wo gesunde Ammen stets 2—3, oft 4 Kinder im Tage anlegen und noch Überschüsse für kranke u. s. w. Säuglinge entleeren. Schlossmann hat aus Dresden von Tagesmengen von 3, 4, $4\frac{3}{4}$ Liter von einer Amme berichtet, ähnliche Mengen werden im hiesigen Säuglingsheime erreicht. Beweisender sind noch die umgekehrten Fälle, dass Ammen die aus solchen Anstalten ins Privathaus abgegeben wurden, mit der Beschwerde „sie hat keine Milch“, zurückwiesen wurden. Der Grund ist hier schlechte Brustentleerung, sei es infolge Kleinheit und Schwäche des Kindes, dass nun alles allein leisten soll, sei es durch Ungeschick und schlechte Gewohnheiten, wie unregelmässiges, auch zu häufiges, den Appetit des Kindes schädigendes und die Brust an die Hergabe immer nur kleinster Mengen gewöhnendes Anlegen; so stillte eine Amme z. B. mit schliesslich zwischen 2,5—3 l Milch; in eine Privatstelle abgegangen, kehrte sie nach noch nicht 14 Tagen mit der erwähnten Beschwerde wieder; Probe auf das Stillvermögen: 100 g!; durch Wiederinanspruchnahme noch vor Ende der ersten Woche Milchabsonderung von 2, später $2\frac{1}{2}$ l! Diese greifbaren Erfahrungen bekräftigen Budins Satz aufs schönste. Sie versichern uns aber auch des Einen: Was diese Frauen an aussergewöhnlicher Leistung über das Mittelmass vermögen, das vermag jede gesunde Frau bei Erfüllung der sonstigen Vorbedingungen über das angebliche Minimum oder „Überhaupt Nichts“ hinaus zu leisten, wenn ihr Leitung und Regelung zu teil wird. Dass es trotzdem noch schwächere und schwache Leistungen geben wird, kann kein medizinisch Gebildeter zu bestreiten wagen. Diese Frauen jedoch sollen an der Brust nähren, so viel sie eben Tag für Tag wirklich leisten können, — ohne nachzulassen —, den fehlenden Rest in der Kindesernährung allein durch künstliche Nahrung ersetzen. Dieses „Allaitement mixte“ der Franzosen, auf das wir noch zurückkommen werden, ermöglicht vielen Müttern, ihr Kind vor dem völligen Verzicht auf Mutters Brust zu bewahren, vornehmlich aber führt es nicht selten

allmählich zur vollgenügenden Milchabsonderung, gelegentlich aber auch zur normalen Stillfähigkeit, nach späteren Geburten. Also: stets versuchen! und fort mit dem schnell bereiten Einwurf des Milchmangels in den ersten Lebenswochen! — Nicht gelten lassen dürfen wir die etwaigen Rücksichten auf Gestalt und Schönheit der Frau! Der Zweck unseres individuellen Lebens liegt in der nachfolgenden Generation! Zudem: das Stillen schadet der Gesundheit und Schönheit nicht! Normale Frauen blühen unter dieser Erfüllung ihrer natürlichen Funktion auf; Involution des Uterus und Erholung vom Wochenbett gehen am schnellsten unter dem Stillen vor sich.

Das erste Anlegen des Kindes geschehe 6—12 Stunden nach der Geburt. Es ist manchenmal ein harter, oft zu wiederholender Kampf, bis der kleine Tor anbeisst. Anfangs wiederhole man in unregelmässigen Pausen, bis ein wirkliches Trinken von 30—50 g stattfindet; dann 6 Stunden lange in einigen Tagen schrittweise auf 3 Stunden eingeengte Pausen. Unter 3 Stunden dürfte man nur bei frühgeborenen oder sonst lebensschwachen Kindern heruntergehen. Gegen das zweite Halbjahr werden 4stündige Pausen selten zu gross sein, endlich durch 5stündige ersetzt werden. Die Nachtpause soll bald zu einer 6—8stündigen erweitert werden. Länger kann ich mich bei diesem Kapitel nicht aufhalten. Niemals indessen erhalte das Kind die Brust, weil es schreit. Die Regelmässigkeit erleichtert der Mutter ihre Aufgabe und die Vereinbarkeit dieser mit andern Pflichten und Gewohnheiten erheblich! Ob man anfangs eine oder beide Brüste reichen lässt, ergibt die Lage des Einzelfalles; immer aber muss die Drüse entleert werden! Bei anfangs spärlicher Milchabsonderung sei man trotz des oben Gesagten sehr vorsichtig; wie manches Kind ist durch diese nur vorübergehend sein sollende künstliche Ernährung schwer geschädigt worden!

Das erste Anlegen ist schmerzhaft für die Mutter; ausserdem deuten ziehende Schmerzen im Unterleib den heilsamen Zusammenhang zwischen Involution und Laktation an. Das richtige Fassen der Warze seitens des Kindes — abgesehen von dessen Lagerung u. s. w. — ist zu beachten: die Lippen des Säuglings sollen breit den Warzenhof berühren; zu kurzes Fassen der Warze, Zupfen, ist die häufigste Ursache der Rhagaden.

Zu einer gelegentlichen Untersuchung der Milch einer Stillenden sollte der Arzt in der Lage sein. Die erheblichen individuellen und zeitlichen Schwankungen in ihrer physiologisch-chemischen Zusammensetzung, etwaige Störungen, machen solche Untersuchungen schon wünschenswert. Diese erstrecken sich auf das makroskopische Aussehen, mikroskopische Ansehen, spez. Gewicht, Oxydase-reaktion (Guajakol-Wasserstoffsuperoxyd, soll negativ sein), möglicherweise Fettbestimmung. Das Auftreten von Kolostrumkörperchen während des Stillens bedeutet immer eine Aufsaugung gestauter Milch und das drohende Versiegen ist nur durch strengste Entleerung hintanzuhalten; von prognostischer Bedeutung wird hier die Dichte des Auftretens der K.-K. sein.

Ob nun ein Säugling von der qualitativ geeigneten Muttermilch auch die ihm genügende Menge zu sich nimmt, wird uns am besten sein gleichmässig normales Gedeihen, bei anfänglich 7, dann 6 und später 5 Mahlzeiten von einer durch das spontane gesättigte Abfallen begrenzten Dauer von 10—20 Minuten anzeigen. Da nun aber nicht mehr oder

noch nicht die Mehrzahl unserer Mütter ihrem Berufe genügen, vollwertige Nährerinnen der von ihnen Geborenen zu sein, so ist es nicht nur von theoretischen, sondern auch äusserst praktischem Werte, ohne das Experiment von vornherein Mittelzahlen für die einem normalen Brustkinde zukommenden Milchmengen zu haben. Liegt doch neben dem zu wenig auch ein zu viel im Bereiche der Möglichkeit, welches wir Kinderärzte nicht gerne durch das Experiment erproben. In der deutschen, nächst ihr der französischen und in der ausländischen Literatur liegen heute zahlreiche fortlaufende Bestimmungen der von Brustkindern genossenen Milchmengen vor. Jedem, der sie liest oder der solche, durch Wägung vor und nach jedesmaligem Trinken zu vollziehende Bestimmungen in zusammenhängender Reihe gemacht hat, fällt auf, dass nicht nur die einzelnen Mahlzeiten, sondern auch die Tagesmengen nicht unbedeutenden Schwankungen unterliegen; ein neuer Hinweis auf den grundsätzlichen Unterschied der physiologischen, individuellen und der künstlichen schematisierenden Ernährung. Aus den zahlreichen Erfahrungen und Zahlen der Beobachter geht hervor, dass ein gesundes kräftiges Brustkind im ersten Vierteljahre etwa $\frac{1}{5}$ seines Körpergewichtes, von da an abnehmend im Laufe der Laktation bis auf $\frac{1}{8}$ oder $\frac{1}{9}$ desselben, an Muttermilch braucht. Dies würde z. B. für ein Kind von 4000 g Gewicht ca 800 g für ein 7 kg schweres (6—7 Monat) höchstens 1000 g, u. s. f. bedeuten.

Eine von mir berechnete Formel kann ich als ziemlich zuverlässige Richtschnur empfehlen; sie ist auf jedes Körpergewicht und einzelne Lebenswochen bzw. -monate einzustellen und lautet:

$$q \text{ (Milchmenge per die)} = \frac{p \text{ (Gewicht)}}{100} \cdot (19 - m) \text{ grob oder } \frac{78 - w}{4}$$

genauer für die Zeit vom 2.—6. Monat, für die Restzeit

$$q = \frac{p}{100} \cdot (20 - m), \text{ wobei } m \text{ die Monats, } w \text{ die anfangs vorzuziehende}$$

Wochenzahl angibt. Beispiele:

$$\text{Kind von 6 Wochen mit 4200 g Gewicht braucht } \frac{42 \cdot 72}{4} = 756 \text{ g}$$

$$\frac{1}{2} \text{ jähriges Kind (26 Wochen) mit rund 7000 g } \frac{70 \cdot 52}{4} = 910 \text{ oder}$$

$$70 \cdot 13 = 910 \text{ bzw. } 70 \cdot 14 = 980 \text{ g;}$$

8 monatiges mit 8500 g Gewicht: $85 \cdot 12$ ca. 1 l Muttermilch.

Das beste Mass der richtigen Menge richtiger Nahrung ist das Gedeihen des Kindes, seine Gewichtszunahme, Aussehen und Stuhlentleerungen. Die Gewichtskurve zeigt bei gesunden, normal genährten Brustkindern grössere Regelmässigkeit, als bei irgend einer andern Nahrung; sie hütet sich vor gar zu steilen Anstiegen wie vor unbegründeten Abflachungen. Es ist überflüssig, hier Tabellen für die Durchschnittsgewichte normaler Brustkinder in den einzelnen Monaten anzuführen. Wöchentliche Wägungen sollten bei jedem Brustkinde (nach Möglichkeit) durch die ganze Stillzeit hindurch vorgenommen werden. Für die ersten Monate genügt eine Wochenzunahme von 150—200 g; doch sind bei äusserem Gedeihen auch 100 g und weniger an sich noch kein Grund zum Absetzen oder andern Änderungen, als Bemühungen, die Nahrungsmenge zu steigern.

Im zweiten Halbjahr genügen 100 g und später weniger pro Woche. Der Körper des Kindes zeige gleichmässige Rundung ohne auffälligen Fettansatz und fühle sich elastisch fest an, bei rosiger Farbe des Gesichts und Körpers. Der schlechteste Ausweis für den Gesundheitszustand ist die wachsbleiche Farbe des dicken, aber mehr schwammigen als festen Körpers und der Panniculus adiposus der überfütterten Brustsüuglinge. Das Abdomen des Kindes soll mässig gewölbt, nicht aufgetrieben und hart sein, jedoch auch nicht eingezogen. Die Stuhlentleerung muss täglich einigemale vor sich gehen, sie darf beim Brustkinde, richtige Qualität vorausgesetzt, eher häufiger sein. Der Brustmilchstuhl zeigt bei einem charakteristischen aromatisch-säuerlichen Geruch, der ihn sofort von dem stets etwas foetiden Kuhmilchstuhl unterscheidet, die bekannte goldgelbe Farbe, selten aber die als ideal angegebene Salbenkonsistenz, eher eine dünnere, mehr zerrissene. Der Darminhalt des Brustkinde ist bleibend sauer. Chemisch ist er namentlich ärmer an organisch gebundenem Phosphor gegenüber dem Kuhmilchkot, bakteriologisch zeigt er die mit der Muttermilch hineingelangten, nach Gram färbbaren „acidophilen“ Bakterien fast in Reinkultur. Der anfängliche Kolostrumstuhl, grünlich, leicht dyspeptisch zerfahren, kann bei entsprechender Störung während der Stillzeit wiederkehren. Obstipation kommt bei zu reichlich genährten Brustkindern vor. Ganz das Gegenteil ist die scheinbare, die „Pseudoobstipation“ (Geony); sie besteht in Stuhlverhaltung bei anhaltender Unterernährung, angesichts des vorzüglichen Ausgenutztwerdens der Muttermilch, und ist bei gleichzeitigem Gewichtsmangel der erste Wink zu entsprechendem Einschreiten. Ein Mass für die genügende Ernährung an der Brust ist auch das reichliche Nassmachen; die Urinentleerung beträgt 60—70% der aufgenommenen Muttermilchmenge, solange kein Nahrungsmangel besteht. Ein subjektives Sichbeschweren ist auch das schmerzhaft Beissen der Säuglinge in die Warze, wenn sie im hungrigen Zustande nichts mehr herauskriegen — doppelt unangenehm für die Mutter, weil es naturgemäss am häufigsten zur Zeit der ersten Zähne geschieht.

Ein von Ärzten wie Laien stets mit der grössten Wichtigkeit behandeltes Kapitel haben wir noch nicht angeschnitten; ich meine die Frage nach Ernährung und Hygiene der Stillenden.

Es gab eine Zeit, wo nicht nur vom Volksglauben sondern auch von Ärzten und erfahrenen Sachverständigen ganze Listen der Dinge aufgestellt wurden, welche einer Stillenden verboten und andererseits, welche ihr gestattet oder geboten seien zu geniessen oder zu tun. Mehlsuppen, kohlehydratreiche Speisen, viel, viel Milch wurden dringend empfohlen; reichlicher Biergenuss gilt noch in breiten Schichten als unumgängliche Vorbedingung erfolgreichen Stillens; auf der anderen Seite wurden Fische, fette Speisen, Wild, Salate, Obst und vieles mehr verboten. Dies alles dürfen wir heute als durchaus nichtig ansehen und der erst kürzlich von Schlossmann mit der Beweisstütze greifbaren Erfolges proklamierte Standpunkt, die Stillende alles geniessen zu lassen, was ihr schmeckt und nicht schadet und deshalb ihre Ernährung fördert, und sie zu keiner monotonen Mastkur zu nötigen, welche nur den Appetit und damit die Ernährung beeinträchtigt — dieser Standpunkt ist der zweifellos richtige. Die Einschränkungen dieser Freiheit sind nur die: Die Stillende vermeide, sich Verdauungsstörungen, Dyspepsien durch schwerverdauliche und z. B.

überfette Speisen und dergl. heranzuziehen; sie beobachte eine gewisse Vorsicht im Genusse scharfer Gewürze, flüchtiger Säuren und anderer in die Säfte und damit in die Milch übergehender differenter Stoffe; endlich aber enthalte sie sich gänzlich des vielgerühmten Bieres und aller anderen alkoholischen Getränke! Ich freue mich, auch Schlossmann, eine unserer ersten Autoritäten in Sachen der Säuglingsernährung, auf dieser Ausnahme streng bestehen zu sehen. Die Alkoholfrage auch nur teilweise anzuschneiden, ist hier natürlich nicht der Platz. Milchbildend, sekretionsbefördernd sind diese Getränke in keiner Weise; die Möglichkeit einer Wirkung beruht überhaupt nur in etwaiger Blutdruckerhöhung. Diese aber wird besser, ausser durch kräftige Bewegung und frische Luft, durch reichliche Zufuhr sonst unschädlicher Flüssigkeit erzielt. Milchfördernde Mittel, die wir ja eigentlich mit diesen Bemerkungen streifen, sogenannte Galaktagoga, werden vielerlei empfohlen, und Industrie und Pharmakopoe, greifen sich auch hier redlich gegenseitig unter die Arme. Wir dürfen sie alle als überflüssig ansehen; viele sind nicht einmal unschädlich, selbst ein so vielgerühmtes Nährpräparat, wie die Somatose, birgt höchst lästige Nebenwirkungen, andere, wie das aus Baumwollsaatkuchen hergestellte Laktagol, geniessen eine falsche Berühmtheit und erwecken daneben wichtige Bedenken. Hygiene und richtige Kraftersparnis sind die besten Galaktagoga. Dass die Absonderung von 700 bis 1000 ccm Milch am Tage nicht nur die Entäusserung von einem Nährmaterialie von 5—700 Kalorien, sondern auch eine nicht unbeträchtliche Arbeitsleistung des Körpers bedeutet, darf man nicht vergessen; beide wollen ersetzt sein. Deshalb soll auch die Stillende, ohne etwa ein eintöniges Hausdasein fristen zu müssen, und ob sie auch regelmässige Arbeit verrichten und hygienische Körperbewegung pflegen soll, doch Überanstrengungen durch Berufstätigkeit, Haushalt, aufreibende oder schlafraubende Unterhaltungen, Sportleistungen u. dergl. vermeiden, besonders auch die Schonung ihres Nervensystems und Gemütes sich viel angelegen sein lassen; ein wichtiger Punkt ist die regelmässige Aufnahme reiner sauerstoffreicher Luft; manche Mutter ist gezwungen zum Aufenthalte in muffigen Stadtwohnungen, Geschäften, ja Fabriken; raucherfüllte Gastlokale, Theater, Tanzsäle u. dergl. kann sie entbehren.

Die Menstruation, die selbstverständlich bei gesunden Frauen ebensowenig durch das Stillen hintangehalten wird, wie eine neuerliche Konzeption, pflegt zwar gern eine leichte, gutartige Dyspepsie und gelinde Unruhe des Kindes zu veranlassen, ist aber nie ein Grund zu auch nur vorübergehendem Absetzen von der Mutter oder Amme; man schränke nur die Tagesmenge der Nahrung etwas ein. Der Grund der Rückwirkung überhaupt ist nicht ganz aufgeklärt. — Die neue Schwangerschaft weist aus guten Gründen den Beginn langsamen Abgewöhns an.

Zwischen dem 9. und 10. Monat, da wo die Umstände nicht einen früheren Beginn verlangten, naht die Zeit des Übergangs zur künstlichen und gemischten Ernährung. Für viele Mütter bedeutet der 6.—7. Monat des Stillens eine Art Krisis in der Leistung. Später als im 10. Monat abzugewöhnen, oder wie manche Frauen und Völker bis ins zweite oder dritte Lebensjahr des Kindes hinein zu stillen, widerspricht der Physiologie; die Milch liefert von dieser Zeit an nicht mehr die zum Aufbau und Gedeihen des Kindes erfordernden Nährstoffe. Ohne in weitere Einzelheiten

einzugehen, erinnere ich nur an die Ergebnisse Bunges, nach welchen die Muttermilch aller Tiere zu arm an Eisensalzen ist, um den Bedarf des kindlichen Stoffwechsels zu decken, und dass dem Neugeborenen ein Eisenvorrat in seinen Geweben mitgegeben wurde, welcher just bis gegen das Ende der natürlichen Säugungszeit der Art, auch beim Menschen, aufgezehrt wird; bezüglich anderer Nährstoffe treten ähnliche Gleichgewichtsverschiebungen auf. Auch die Gefahr des „Überstillens“ für die Konstitution des Kindes ist nicht zu vernachlässigen. Der Durchbruch der ersten Zähne zwischen dem 5. und 8. Monat bildet keine Indikation zum Abstillen, der Saugmechanismus verhütet das Beissen und erst, wenn es die gewollte Nahrung nicht mehr findet, zeigt das Kleine die Zähne.

Das Abgewöhnen erfolge womöglich allmählich; jedermann weiss, dass plötzliche Übergänge nicht ohne Erschütterungen vor sich gehen. Nicht zuletzt müssen wir die Erhaltung der Milchquelle durch einige Inanspruchnahme im Auge behalten, solange der Erfolg des Abstillens noch nicht gewiss ist. Die Form des allmählichen Abstillens ist die des schon genannten „Allaitement mixte“, das in einer teilweisen Zugabe künstlicher zur natürlichen Nahrung gipfelt. Seine Vorteile haben wir schon oben gerühmt; es ist ausser dem genannten Nutzen zur Deckung eines gelegentlichen Fehlbetrages, z. B. auch bei unumgänglichen Berufsbehinderungen der Mutter zu manchen Tageszeiten, auch bei verdoppelter Inanspruchnahme durch Zwillinge eine unschätzbare Methode. Die Ausführung kann in zweierlei Weise geschehen: entweder der Säugling erhält vor einigen oder jeder der als zu klein befundenen Brustmilchmahlzeiten die fehlende Menge künstlicher Milchmischung dazu; diese letztere wird ihm im Magen sozusagen mit der idealeren Nahrung vermischt; oder — und dieser Weg ist zum endgiltigen Abstillen der geeigneter — es werden einzelne Mahlzeiten an der Brust ausgelassen und durch künstliche Milchmischungen ersetzt; anfangs gehe man langsam vor, beobachte Faeces und Gewichtsschwankungen; ist man bei zwei noch übrigbleibenden Brustmahlzeiten angelangt, gehe man schneller aufs Ende zu, da nun das Versiegen und die Kolostrumbildung droht. Was man als Beigabe wählt, ist gleich und nach den Erfahrungen über die künstliche Ernährung zu entscheiden. Bei Kindern, die schon am natürlichen Ende der Bruster-nahrung stehen, nimmt man sehr zweckmässig gleich eine Fleischbrühe mit Mehleinlagen unter die Mahlzeiten auf. Weitere gemischte Nahrung beginne man jedoch erst nach vollständiger Abgewöhnung. Das Abgewöhnen überernährter Kinder macht besondere Schwierigkeiten.

Die Frage des Ammenwesens überhaupt berühre ich nicht. Nur eine gute Seite, die seltener betont wird, möchte ich hier hervorkehren: es ist doch besser, dass ein bedürftiges Mädchen oder Frau die ihr gewordene Fähigkeit, zu stillen, mit Hilfe der ihr durch die Dienststellung zuteil werdenden materiellen Unterstützung, überhaupt verwertet, als dass sie unter dem Drucke der Verhältnisse, den Nahrungsquell, ein kostbares Gut, versiegen lässt, sozusagen wegwirft, auch ihrem Kinde vorenthält. Einige Wochen freilich sollte sie stets diesem letzteren dienen können; nachher muss eine bessere Organisation des Ammenwesens den ferneren Schutz dieses Kindes gewährleisten. In schöner Weise erfüllen diese Ziele ja unsere Säuglingsheime und Findelanstalten. Diese aber und das Ammentum im Volke dienen meiner Ansicht nach auch einem be-

deutungsvollen Zwecke: dass breitere Schichten der weiblichen Bevölkerung überhaupt wieder stillen lernen und so eine Fähigkeit erwerben und üben, welche sich auf ihre Kinder und Kindeskinde vererbt, ebenso wie bisher ihr Mangel.

Über das Stillen seitens der Amme, deren persönliche Eigenschaften ausser Acht gelassen, ist nichts anderes zu sagen, als über das mütterliche. Man trachte nur hinsichtlich der vorhandenen Milch und des Bedarfs des Säuglings ein möglichst entsprechendes Verhältnis herzustellen. Besonders ist bei Ammen gegen das Animieren zum Mehrtrinken (als nötig) und gegen Übertretung der Nahrungspausen Aufmerksamkeit zu üben.

Über die Brusternährung kranker Kinder oder die Ernährung kranker Brustkinder bleibt nicht viel zu sagen, das von der Pathologie und Therapie der Erkrankungen anderer Kinder abweiche. Zu bedenken ist zweierlei: dass für manche lebensschwache Kinder, wie ausgesprochene Frühgeburten, angeborene syphilitische Neugeborene, atrophische Säuglinge und ähnliches die Frauenmilch oft die einzige Möglichkeit der Erhaltung des Lebens und des Gedeihens in sich birgt; man nährt solche Schwachen unter Umständen, — die syphilitischen immer, mit abgedrückter Brustmilch, auch mit dem Löffel. Zweitens beachte man, dass bei Brustkindern selbst schwere Verdauungsstörungen nur selten eine nennenswerte Unterbrechung oder Änderung der Ernährung, es sei denn eine Beschränkung der Menge erfordern. Gilt doch für manche Fälle von Magendarmkrankheiten künstlich Genährter die Beschaffung von Mutter- oder Ammenmilch als bestes oder einziges Heilmittel.

Ich kehre zum Anfang zurück: Es gibt keinen vollwertigen Ersatz für die natürliche Ernährung des Säuglings. Weit mehr Frauen aber, als heutzutage stillen, sind in der Lage, dieser Pflicht wenigstens teilweise zu genügen, wenn Sachkenntnis, Beharrlichkeit und Geduld ihnen zur Seite stehen. Jede Frau die keiner Gegenanzeige unterliegt, sollte, wenn sie imstande ist, auch nur eine kleinere Menge einwandsfreier Brustmilch abzusondern, diese Pflicht nach Vermögen zu erfüllen trachten. Alsdann wird ihr die Aufzucht ihrer Jüngsten bedeutend erleichtert, ihr manche bange Stunde am Säuglingsbette erspart werden; im Volke wird eine Hauptquelle der hohen Säuglingssterblichkeit verstopft werden. Und der weibliche Teil der nachwachsenden Generationen wird durch die fortgesetzte Übung der Funktion stets mehr und besser in die Lage kommen, diese zu betätigen, zum Besten von Kraft und Gesundheit des kostbarsten Gutes, des menschlichen Nachwuchses! —

Referate.

Klinische Bemerkungen zur Behandlung der Tuberkulose. Von M. E. Chartier. (Neue Therapie Novbr. 1903.)

Die Wirksamkeit des Kreosots bei Lungentuberkulose ist allgemein bekannt. Doch stehen mannigfache Hindernisse der allgemeinen und längeren Anwendung dieses Mittels im Wege. So z. B. wirkt Kreosot reizend auf die Schleimhaut des Mundes, der Speiseröhre, des Magens, erzeugt leicht Verdauungsstörungen und zuweilen durch Diarrhöe, eine zuweilen sehr unangenehme Komplikation bei Tuberkulose. Dann hat das Kreosot einen scharfen durchdringenden und für die meisten Menschen höchst unangenehmen Geruch und einen üblen Geschmack, weshalb viele Patienten das Mittel mit grossem Widerwillen nehmen und infolge dessen die Behandlung häufig unterbrochen oder sogar gänzlich aufgegeben werden muss. Übrigens ist das Kreosot für alle praktischen Zwecke in Wasser unlöslich und in etwa 50 proz. Alkohol löslich. Eine solche Lösung wirkt aber reizend und erzeugt Husten und Brennen. Auf Veranlassung des Dr. J. B. Ross-St. Louis hat Verf. in einigen Fällen von Lungentuberkulose Thiocol mit sehr zufriedenstellendem Erfolg und ohne jeden Nachteil angewendet. Er betont, dass es ein Irrtum ist, hohe Dosen von Thiocol zu verabreichen, wie solches von manchen früheren Beobachtern empfohlen wurde. Seine eigenen Erfahrungen sprechen dafür, dass Dosen von 1—1,5 g täglich vollständig ausreichen. Verf. hat im ganzen 17 Fälle von ausgesprochener Lungentuberkulose mit Thiocol behandelt. Die Kranken befanden sich im Alter von 10—26 Jahren. Drei von diesen Fällen waren bereits zu vorgeschritten, um von irgend einer Behandlung Nutzen ziehen zu können. Aber auch bei diesen Kranken bewirkte das Thiocol ein Stillstehen der Lungenblutungen, eine Verminderung des Hustens und eine Besserung der Beschaffenheit des Auswurfes. Die 14 übrig bleibenden Fälle verteilen sich folgendermassen: Zwei Männer (einer 19 und einer 24 Jahre alt) und eine 17jährige Patientin zeigten beide Lungenspitzen erkrankt. Unter dem Einfluss der Ruhe, der fortlaufenden Behandlung, der Überernährung und der Verabreichung von Thiocol in Dosen von 0,40 täglich (in Tabletten oder in Lösung) 3—4 mal täglich wurden nach drei Monaten zwei Fälle geheilt und ein Fall gebessert. Sieben andere Kranke (4 Männer und 3 Frauen), bei welchen hereditäre Belastung nachweisbar war, zeigten nach einwöchentlicher Thiocolbehandlung eine Abnahme des abendlichen chronischen Fiebers. In vier Fällen war die Krankheit mit Haemoptoc kompliziert. Es besteht für Verf. kein Zweifel, dass das Thiocol eine bestimmte therapeutische Wirkung ausübt. Es besitzt die antiseptische Eigenschaft des Guajakols und des Kreosots, ohne deren unangenehme Nebenwirkungen, wird leicht genommen, wirkt nicht reizend auf die Verdauungsorgane und ist vollständig ungiftig.

Aus diesem Grunde ist es auch geeignet zur inneren antiseptischen Behandlung bei anderen als Lungenerkrankungen, so z. B. hat Verf. das Mittel bei Typhus und Scharlach in kleinen Dosen mit gutem Erfolge verwendet. Er bedauert, dass er zu wenig Gelegenheit hatte, das Thiocol bei Morbus Brightii anzuwenden. In einem Falle wurde dadurch die Eiweissmenge auf ein Minimum herabgesetzt. Er empfiehlt daher die weitere Verwendung des Thiocols bei Nephritis.

Endlich rühmt Verf. eine sehr wirksame Behandlung der Gonorrhöe. Dieselbe besteht in innerlicher Verabreichung von Thiocol 0,40 viermal täglich und 1—2maliger Injektion von 3 cm³ einer gesättigten wässerigen Lösung von Pikrinsäure. Unter dieser Behandlung wird die Gonorrhöe in drei Tagen beseitigt, ohne Thiocol vielleicht in einer Woche.

Die medizinische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Von Josef Lhota. (Sborn. klinicky. Oktober 1903 — Neue Therapie.)

Auf Grund eigener Erfahrungen und eingehenden Studiums der Literatur gelangt Verf. zu dem Schlusse, dass die Resultate der medizinischen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis nicht schlechter sind, als die der operativen Behandlung. Dabei erspart man dem Kranken die Furcht vor einer gefährlichen Operation, eventuell die unangenehmen Folgen einer solchen (Bauchhernie, Fistel usw.). Auf der Klinik des Prof. Thomayer (Prag) wurden im Schuljahre 1902/03 unter 11 Fällen 7 mal ein vollständiges Verschwinden des Exsudates und des Fiebers nach medizinischer Behandlung beobachtet. Allerdings muss man die geeigneten Teile auswählen. Dort, wo der tuberkulöse Lungenprozess zu sehr vorgeschritten ist, dort, wo das Pleuraexsudat reichlicher ist, ist die Prognose weniger günstig als bei einfacher tuberkulöser Peritonitis. Die rein aszitische Form hat mehr Heilungschancen als die trockene. Bei einem solchen Prozess wie die tuberkulöse Peritonitis ist selten eine dringende Indikation zur Entleerung des Exsudates vorhanden. In diesem Falle wird man, sowie bei den Pleuraexsudaten, zur einfachen Punktion greifen. Ebenso wird man diese ausführen in Fällen, in welchen das Exsudat längere Zeit stationär bleibt und die Akme des Prozesses überschritten ist. In diesen Fällen kann man sicher sein, dass das Exsudat nicht wieder auftreten wird. In anderen Fällen genügt die rein medizinische Behandlung, und zwar täglich eine Einreibung von Jodoformseife (Jodoform 1, sapo virid. 20,0) in die Bauchhaut, darüber ein feuchter Umschlag mit wasserdichtem Stoff bedeckt. Die Einreibung wird bis zum Auftreten von Rötung und Brennen der Haut fortgesetzt. Dann wird täglich für 1—2 Stunden ein kalter Umschlag gemacht und wenn die Reizungserscheinungen an der Haut fortdauern, lässt man die Seifeneinreibung weg und bepudert mit Amylum. Gleichzeitig wird auf die Hauterneuerung und tonisierende Behandlung geachtet. Auch nach Verschwinden des Exsudates soll der Kranke längere Zeit am Lande bleiben und sich kräftig nähren. Der beste Beweis für die Besserung ist immer die Zunahme des Körpergewichtes. —

Über die Behandlung der Gastro-Enteritis durch abgerahmte und angesäuerte Milch. Von Heinrich von Rothschild. (Vortrag. geh. in der Sitzung d. Paris. Acad. de méd. a. 13. Oktober 1903. — Neue Therap. Novbr. 1903.)

Bekanntlich bildet die Gastro-Enteritis der Neugeborenen einen der wichtigsten Faktoren der Kindersterblichkeit. Ihre Folgen machen sich namentlich während der Sommermonate geltend. So zählt man in Paris jährlich im Durchschnitte 6000 Todesfälle an Gastro-Enteritis bei Kindern unter einem Jahre; in der Provinz ist die Sterblichkeit bei den Neugeborenen eine noch viel grössere. Ferner zählt man in gewissen

Orten des Pas-de-Calais unter 1000 Todesfällen von Kindern unter einem Jahre 520 Fälle von Gastro-Enteritis.

Diese Erkrankung, deren pathogenes Agens noch unbekannt ist, weicht sehr schwer der Behandlung. Bekanntlich ermöglicht die sterilisierte Milch und die Überwachung der Säuglinge die Vermeidung der Infektion des Darmkanales. Trotzdem werden noch zahlreiche Kinder von derselben befallen, da heuer trotz der günstigen Temperaturverhältnisse in den Sommermonaten 90—100 Todesfälle wöchentlich an Gastro-Enteritis verzeichnet wurden.

Seit 1897 beschäftigt sich R. eingehend mit dieser Erkrankung und hat alle gebräuchlichen therapeutischen Hilfsmittel versucht: Darmausspülungen, Wasserdiät, Bäder, Adstringentien usw. Trotz aller Anstrengungen und der aufopferungsvollsten Pflege, betrug die Sterblichkeit der Spitalzöglinge 50 Prozent bis zum Mai dieses Jahres. Angeregt durch Arbeiten von Metschnikoff und Henri Tissier über Milchgärung und über die Mikroorganismen des Darmes versuchte R., seinen Kranken eine Milch zu verabreichen, die durch Zentrifugieren entfettet ist und durch Reinkulturen des Milchsäurebazillus angesäuert wurde.

Die von R. behandelten Kinder litten an schwerer Gastro-Enteritis, die gekennzeichnet war durch sehr profuse Diarrhöen, rapide Abmagerung, schlechtes Allgemeinbefinden und Fieber bis 39 und 40°. Die Kinder erhielten Dosen von 30—60 cm³ Milch, die durch Reinkulturen des Milchsäurebazillus angesäuert wurde. Unter dem Einflusse dieser Behandlung fiel die Temperatur sehr rasch, das Erbrechen hörte auf, die Diarrhöen nahmen ab und binnen 48 Stunden waren die Stühle normal und das Körpergewicht der Kinder nahm zu, während in analogen Fällen, die mit gewöhnlichen Mitteln behandelt wurden, das Körpergewicht erheblich abnahm. Die Heilung wurde bei manchen Kranken in weniger als einer Woche erreicht, und die Kinder wurden ihren Familien mit einer Gewichtszunahme von 300—600 g zurückgegeben. Unter 14 so behandelten Fällen wurden 13 vollständig geheilt, ein Fall, der rezidierte, befindet sich auf dem Wege der Besserung. Manche dieser Kinder waren am ersten Tage der Behandlung so gefährlich krank, dass der Tod nahe bevorstehend schien. Diese Resultate sind gegenüber der Sterblichkeit von 40—50 Prozent der in sonstiger Weise behandelten Kinder höchst bemerkenswerte.

Die Gesellschaft für Kinderheilkunde wird in diesem Jahre gelegentlich der Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau vom 18.—24. September tagen. Hauptverhandlungsgegenstand ist die **Kindermilchfrage**. (Refer. Herr Schlossmann (Dresden) und Herr Seiffert (Leipzig).

Wir bringen in Nachstehendem die Schlusssätze zu den Referaten über Kindermilch.

Referat von A. Schlossmann, Dresden.

I. Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist in erster Linie bedingt durch die in Grossstädten erschwerte Möglichkeit, reine, gute und frische Milch für die Ernährung derselben zu erhalten.

II. Milch, die als Kindermilch oder mit einem ähnlichen Namen bezeichnet wird, muss hygienisch einwandfrei sein, d. h. von gesunden Kühen stammen, sauber gewonnen sein und in frischem Zustande in die Hände der Konsumenten gelangen.

III. Kindermilch braucht nicht Milch von trocken gefütterten Kühen zu sein. Ob sich Stallfütterung, Trockenfütterung oder Weidengang mehr empfiehlt, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Im allgemeinen ist die Milch von trocken gefütterten Kühen für die Ernährung des Säuglings minderwertig gegenüber der von Kühen, die auf die Weide gehen.

IV. Für die Ernährung der Kuh, die zur Kindermilch-Produktion verwandt wird, gilt dasselbe Gesetz wie für die stillende Frau: was ihr bekommt, was sie verträgt, ist ihr erlaubt; verboten ist, was ihr Indigestionen bereitet.

V. Kindermilch ist ein Objekt, dessen Wert unter allen Umständen so hoch ist, dass der grossen Menge des deutschen Volkes der Bezug derselben aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich gemacht ist ohne besondere diesbezügliche Massnahmen.

VI. Wenn Staat und Kommune ernsthaft gesonnen sind, der über-grossen Säuglings-Sterblichkeit Einhalt zu tun, so muss der Bezug für die Ernährung der Säuglinge bestimmter Milch in geeigneter Weise organisiert werden.

VII. Diese Organisation muss auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit, nicht auf dem der Wohltätigkeit, aufgebaut werden.

VIII. Die Ausgabe der Kindermilch hat durch besondere Anstalten zu erfolgen, für die folgende Grundgesetze gelten:

- a) In gesonderten Sprechstunden ist durch geeignet vorgebildete Ärzte in öffentlichen Polikliniken und ähnlichen Anstalten in Säuglingsernährungsfragen unentgeltlich Rat zu erteilen und Menge und Mischung der Nahrung für jedes Kind individuell zu bestimmen.
- b) Die Abgabe der Säuglingsnahrung erfolgt in trinkfertigen Einzelportions-Flaschen.
- c) Im allgemeinen ist die Nahrung ins Haus zu liefern.
- d) Die Bereitung der Mischungen erfolgt im allgemeinen in einer Zentrale.

IX. Die Kosten derartiger Kindermilch-Verteilungsanstalten werden getragen durch die Gesamtheit, indem der Bemittelte mehr, der Unbemittelte weniger und für den Armen die Kommune zahlt.

Abgesehen von der Ersparung an Menschenleben werden die Kosten reichlich aufgewogen durch das Heranziehen einer widerstandsfähigeren, der Gesamtheit weniger zur Last fallenden Generation.

X. Alle Dauerpräparate von Milch sind prinzipiell zu verwerfen. Die Kindermilch und die hieraus bereiteten Mischungen sollen spätestens 30 Stunden nach dem Melken verbraucht sein.

XI. Als einzige Mittel der Milchkonservierung für die Dauer von 30 Stunden ist die Kälte und die Erwärmung — Kochen in Einzelportionsflaschen (Soxlethisierung) — zu betrachten. Je weniger Keime in die Milch herein kommen, desto leichter ist die Konservierung für die genannte Dauer.

Asepsis ist besser als Antiseptik. Die Verabreichung von roher Milch

ist unter allen Umständen bei der Kindermilch-Verteilung mit ins Auge zu fassen.

XII. Chemische Konservierungsmittel, die zuverlässig und unschädlich sind, gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht. Der theoretisch ausgedachte Vorschlag Behrings, die Milch mit Formaldehyd zu versetzen, ist zu verwerfen und direkt schädlich.

XIII. Die Kindermilch-Frage gehört in erster Linie in das Arbeitsgebiet des Pädiaters, da sie eine eminent praktische ist und praktische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde voraussetzt. Die Mitarbeit des Hygienikers ist erwünscht und dankenswert, wofern sie nicht dazu ausartet, sich über das gesicherte Gebiet der praktischen Erfahrung des Kinderarztes hinwegzusetzen.

Korreferat von Seiffert-Leipzig.

I. Tiermilch, welche zum Ersatze der menschlichen Milch bei der Säuglingsernährung dienen soll, muss im chemisch und physiologisch nativen Zustande zur Verwendung gelangen.

II. Die erste Aufgabe bei hygienisch einwandfreien, den Bedürfnissen der Kinderheilkunde völlig Rechnung tragenden Milchversorgung ist daher sowohl bei Gewinnung als auch bei der Verteilung der Milch an die Konsumenten die möglichste Intakterhaltung des natürlichen Zustandes der Milch, nur in chemischer nicht sondern auch physikalischer und physiologischer Beziehung.

III. Dieser Aufgabe gegenüber können die Bemühungen, die Tiermilch in ihrer chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch ähnlich oder gleich zu machen, nur insoweit als berechtigt und Erfolg versprechend in Betracht kommen, als bei ihrer technischen Ausübung der native Zustand der Milch auch in physiologischer Beziehung gewahrt bleibt.

IV. Der Erhaltung der chemischen und physiologischen Nativität der Milch stehen die Schwierigkeiten eines längere Zeit beanspruchenden Transportes und der Aufbewahrung im Hause des Konsumenten entgegen, weil die in der jetzt üblichen Weise gewonnene und transportierte Milch in mit der Luftwärme wachsender Schnelligkeit der Invasion und chemischen Veränderung durch Bakterien unterliegt. Die derzeit zur Hintanhaltung dieser Veränderung benutzten Keimtötungsverfahren haben den fundamentalen, technisch unvermeidbaren Nachteil, dass sie entweder gar durch chemische Zersetzung die chemische und physiologische Nativität der rohen Milch zerstören (durch Gerinnung der genuinen Eiweisskörper der Milch oder deren Umwandlung in Alkalialbuminate, sowie durch Zersetzung der organischen Phosphorträger der Milch, Lecithin und Nucleon) oder wenigstens die physiologische Nativität der rohen Milch herabsetzen oder ganz aufheben (durch physikalische Denaturierung der genuinen Eiweisskörper).

V. Die Denaturierung der Milch kann nur dadurch vermieden werden, dass die Milchproduktion und der Milchtransport nicht nach den Methoden der **Antisepsis** sondern einer möglichst weit getriebenen **Asepsis** durchgeführt werden. Ein Verfahren, das dieser Aufgabe genügen soll, muss in erster Linie unmittelbar am Produktionsorte ausgeübt und den technischen und Zeitverhältnissen der landwirtschaftlichen Betriebe in allen Einzelheiten angepasst werden. Ferner müssen die Grundzüge eines solchen Verfahrens bestehen 1. in der technisch möglichst weit getriebenen

Verminderung der Primärinfektion der Milch bei der Gewinnung, 2. in der Vermeidung jeder weiteren Kontaktinfektion bei der Abteilung der frisch ermolkenen Milch in die Verbrauchsmengen (Einzelportionen), 3. der Ausnützung der der rohen Milch innewohnenden bakteriziden Wirksamkeit ihres chemisch und physiologisch nativen Eiweisses durch geeignete Aufbewahrung der abgefüllten Milch. Ausgedehnte Versuche haben erwiesen, dass auf der skizzierten Grundlage eine Haltbarkeit roher Milch im chemisch und physiologisch nativen Zustande sehr wohl auf die für die allermeisten Verhältnisse genügende Dauer von 3 bis 5 Tagen und länger erzielt werden kann, ohne dass unerschwingliche Ansprüche an die technische Leistungsfähigkeit und das Verständnis der die Milchverarbeitung ausführenden Personen gestellt werden müssen.

VI. Solange die Tuberkulosebekämpfung beim Rinde, sei es nach Bang oder nach v. Behring nicht in genügendem Umfange und mit erwiesenem Erfolg in die Kindermilchproduktion eingeführt ist, und solange die Maul- und Klauenseuche und andere Infektionen der Rinder nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden können, wird es zur Sicherung gegen etwa vom Körper der Milchtiere aus direkt in die Milch gelangende pathogene Keime zweckmässig sein, in die Technik der aseptischen Milchproduktion ein antiseptisches, keimtötendes Verfahren einzuschalten. Ein solches Verfahren hat die folgenden drei Forderungen zu erfüllen: Es darf 1. der Milch nichts Fremdes, sei es auch chemisch vielleicht Harmloses hinzugefügt werden, 2. dabei keinerlei physikalische Manipulation mit der Milch vorgenommen werden, welche den bakteriologischen und physiologischen Zustand der nativ gewonnenen Milch ungünstig verändern könnte, und 3. muss das Verfahren, rasch und kontinuierlich wirkend, in den technischen Gang der Milchproduktion so eingefügt werden können; dass die Vorbereitung der Milch zur Verteilung an die Konsumenten und diese Verteilung selbst nicht, wie jetzt, stossweise im Verlauf weniger Morgen- und Abendstunden erledigt werden muss, sondern wie alle anderen Arbeiten ausserhalb der Landwirtschaft kontinuierlich und ohne zeitweilig abnorme Anspannung der Arbeitskräfte durchgeführt werden kann. Dazu geeignet erscheint die Benutzung der bakterientötenden Kraft des ultravioletten Lichtes, welches durch geeignete technische Vorrichtungen zu einer kurz dauernden, aber intensiven Bestrahlung der Milch verwendet wird.

VII. Eine Durchführung der aseptischen Milchgewinnung setzt, wie jede tiefgreifende technische Neuerung, eine Einführung der ausübenden Personen in das technische und im vorliegenden Falle möglichst auch das naturwissenschaftliche kausale Verständnis des Verfahrens und der ihm zu grunde liegenden bakteriologischen und physiologischen Erfahrungstatsachen voraus. Eine derartige Einführung der die Milchverarbeitung leitenden Personen kann ohne besondere Schwierigkeiten in Kursen von mässiger Zeitdauer (ca. 3—4 Wochen) sehr wohl durchgeführt werden und würde nicht nur den Vorteil der technischen Ausbildung jener Personen, sondern zweifellos auch den einer Übung ihrer Auffassung von der Bedeutung und den Pflichten ihres Berufes gegenüber der Allgemeinheit bieten.

VIII. Damit würde auch die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Kontrolle der Milch erhöht und, was vor allem nötig ist, in andere Bahnen gelenkt werden können. Die gegenwärtig übliche Kontrolle der

Milch beschäftigt sich nur mit der Feststellung des Fett-, ausnahmsweise höchstens noch des groben Schmutzgehaltes der Milch. Die vielfach vorgeschlagene Beaufsichtigung der Milchproduktion durch Kommissionen, welche aus einem Arzte, einem Landwirte und einem Chemiker zusammengesetzt sein sollen, würde kaum geeignet sein, die Aufsicht zu vertiefen und zu erweitern, ja gewiss vielfach als Belästigung nach Art so vieler Massregeln aufsichtspolizeilicher Natur empfunden werden. Durch eine sachgemässe Ausbildung und Beratung der Milchproduzenten könnte die öffentliche Beaufsichtigung der Milchproduktion und — nicht zu vergessen — des Milchtransports den Produzenten erträglicher und sympathisch gestaltet und dem Verständnisse der breiten konsumierenden Volksschichten näher gebracht werden, so dass schliesslich unter dem Drucke der öffentlichen Meinung die strebsameren Elemente der Milchproduktion freiwillig jene öffentliche Beaufsichtigung und Beratung suchen würden.

IX. Die Beaufsichtigung und Beratung der Kindermilchproduktion gehört weder in die Hände der jetzigen Medizinal- und Wohlfahrtspolizei, noch der Chemiker und akademischen Hygieniker, sondern einzig und allein in die Hände von in der Säuglingsphysiologie und Säuglingsernährung geschulten und praktisch erfahrenen Kinderärzten, denen eine fortdauernde praktische Beobachtung der mit den kontrollierten Milchsorten erreichbaren Resultate, sei es an Kinderkrankenhäusern oder Säuglingsheimen, sei es in der Armen- oder Ziehkinderpraxis, ermöglicht werden müsste.

X. Da einerseits von seiten der oberen staatlichen Gesundheitsbehörden Verständnis und Initiative in der Säuglingsernährungs- und Kindersterblichkeitsfrage nicht in ausreichendem Masse zu erhoffen ist, andererseits aber auch die Notwendigkeit vorliegt, die Vorteile einer hygienisch einwandfreien Gewinnung von Säuglingsmilch besonders auch den unzulänglich bemittelten Volksschichten der grossen Städte zugänglich zu machen, so erscheint es als eine der nächstliegenden Aufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge sich der Versorgung ihrer Bevölkerungsmassen mit hygienisch einwandfreier Kindermilch anzunehmen. Da die grösseren Städte zugleich die Konsumentenzentren ausgedehnter landwirtschaftlicher Bezirke, welche an der Milchproduktion wirtschaftlich interessiert sind, bilden, so würde hinsichtlich der Verbesserung der Säuglingsernährung und der Bekämpfung der Kindersterblichkeit, ja der Hebung der Volkskonstitution auch eine Rückwirkung auf weite Strecken des flachen Landes zu erhoffen sein.

XI. Die Kindermilchfrage ist, wie alle Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege keine blosse der Organisation, sondern noch viel mehr eine Geldfrage. Auch von diesem Gesichtspunkte aus gehört die Fürsorge für hygienisch einwandfreie Kindermilch zu den Aufgaben der Kommunalpolitik, genau so wie die Wasser- und Lichtversorgung und Krankenfürsorge. Zahlreiche Grossestädte sind zur Zeit schon aus Gründen der Bodenpolitik, der Kranker- und Waisenfürsorge im Besitze von Gütern, deren landwirtschaftlicher Betrieb meist an Private verpachtet ist. Solche Güter dürften in vielen Fällen nicht schwer für die Zwecke einer technisch und auch wirtschaftlich rationellen Erzeugung von Kindermilch für die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten der grossen Städte auszugestalten sein, so zwar, das diese Güter einerseits zu Musteranstalten für

die Milchproduzenten der Umgebung entwickelt werden, andererseits ohne Beeinträchtigung der privaten Produktion zur wohl billigen, nicht aber zur unwirtschaftlichen und für den Volkscharakter verderblichen Umsonstlieferung von Milch an die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten beitragen sollten, deren Kinder bei mangelhafter Säuglingsernährung ja besonders durch spätere Erkrankung an Rachitis, Skrophulose und Tuberkulose der kommunalen Fürsorge, und zwar dann unter erheblich höheren Kosten anheimfallen.

XII. Sollten die Bestrebungen, die Milch durch Immunisation der Milchtiere in den Kampf gegen die Volkskrankheiten, insbesondere die Tuberkulose, zu führen, in Zukunft sich von Erfolg erweisen, so könnten die Vorteile einer aseptischen Rohmilcherzeugung und ihrer öffentlichen Beaufsichtigung und Beratung noch erheblicher Erweiterung zugänglich und von beträchtlich grösserer volkswirtschaftlicher und humanitärer Bedeutung werden.

Zur Therapie der Morbus Basedowii. Von B. Buxbaum. (Bltr. f. klin. Hydrother. No. 8 — 1903 — Neue Therapie.)

Winternitz und seine Schule empfehlen zur Behandlung des Morbus Basedowii feuchte Einpackungen mit kalten Rückenschläuchen, weil durch diese Prozeduren auf dem Wege der natürlichen Beeinflussung der organischen Funktionen die intraorgane Oxydation gehoben und die Giftauusscheidungen gefördert werden und weil alle Erscheinungen des Morbus Basedowii, die Struma, die nervösen Erscheinungen, der Tremor, die Hyperhidrosis, die Darmaffektion, die Stoffwechselstörungen erfahrungsgemäss den günstigsten Verlauf nehmen. Verf. berichtet über einen einschlägigen, auch in ätiologischer und klinischer Hinsicht interessanten Fall. Nach tiefen seelischen Aufregungen erkrankte die Patientin an einer akuten Polyarthritis. In der zweiten Woche ihrer Erkrankung waren die Gelenkerscheinungen fast vollständig geschwunden, dagegen traten plötzlich Herzklopfen und Atembeschwerden und ohnmachtsähnliche Erscheinungen bei der geringsten körperlichen Bewegung und seelischen Erschütterung ein. Die ununterbrochene Kette seelischer Erschütterungen hatten scheinbar keinen Einfluss auf die Entstehung des Basedows. Erst die akute Infektionskrankheit löste ein Symptom nach dem andern aus. In klinischer Hinsicht war auffallend, dass die Basedowsymptome ohne Temperatursteigerung auftraten. Weiter war bemerkenswert, dass selbst bei voll entwickeltem Krankheitsbilde keine Struma bestand, während sonst nur von einer infektiösen Thyreoiditis oder einer akuten Strumitis bei infektiösem Basedow die Rede ist. Endlich war das starke Überwiegen der kardiovaskulären Symptome auffallend. Die Aetiologie des Falles spricht entschieden für die Vergiftungstheorie, der Mangel des Fiebers und der Kropferscheinungen gegen dieselbe. Verf. betrachtet in diesem Falle die Infektion als Gelegenheitsursache, dergestalt, dass die Infektionsträger ohne Vermittelung der Thyreoidea eine direkte Schädigung des Herzens und der Gefässzentren verursacht und den Basedow veranlasst hatten.

Die Patientin bekam feuchte, modifizierte Einpackungen mit dem Kühlapparate mit durchfliessendem 10° Wasser längs der Wirbelsäule eine Stunde, dann Halbbad von 32—20° drei Minuten. Im Halbbade wurde die Patientin nur übergossen, nicht frottiert, um einen allzustarken Nervenreiz

zu vermeiden. Der Erfolg war ein eklatanter. Die Pulsfrequenz sank von 132 auf 96—104, die Patientin fühlte sich bedeutend wohler. Auch der Sphygmograph demonstriert den ausgezeichneten Effekt dieser Prozedur. Die Pulsfrequenz wurde eine weitaus geringere, die direkte Elevation war gegen die Spitze der Kurve hinausgerückt. Nach Applikation des Rückenschlauches mit durchfliessendem heissen Wasser war eine deutliche Verlangsamung der Herzaffektion zu konstatieren. Das subjektive Befinden ging mit dem Verhalten der Pulsfrequenz und den anderen vasomotorischen Erscheinungen Hand in Hand. Der Exophthalmus ging zurück, das Schwirren am Halse, das Pulsieren der Karotiden schwand. Die Pulsfrequenz blieb dauernd zwischen 82 und 90. Die Schweissabsonderung liess nach, Diarrhöen traten keine mehr auf und ganz besonders besserten sich die vasomotorischen Störungen.

Haematurie als einziges Symptom Barlowscher Krankheit. Von N e t e r. (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1904, 19.)

Es handelt sich um einen 8 Monate alten, kräftig entwickelten Säugling, der seit 4 Monaten ausschliesslich mit Malzsuppe ernährt worden war. Seit ungefähr zwei Wochen zeigten sich leichte Störungen des Allgemeinbefindens — verminderter Appetit und nächtliche Unruhe —; seit ungefähr 10 Tagen bestand eine schwere Haematurie. Der Urin enthielt eine überaus reichliche Menge reinen Blutes, sonst keinerlei abnorme Bestandteile — Ausser eine Craniotabes ergab die übrige Untersuchung des Kindes keinerlei krankhaften Befund. Eine Nierenerkrankung konnte ausgeschlossen werden; anderseits liessen die Veränderungen des Urins Blutungen in die Harnwege vermuten. Diese Auffassung weckte den Verdacht, dass es sich um einen Fall von Barlowscher Krankheit handeln könne, bei dem die ersten Blutungen an einer ungewöhnlichen Stelle auftraten. Die Diagnose fand in der Anamnese eine gewisse Stütze und in dem therapeutischen Erfolg ihre Bestätigung, indem unter Darreichung von roher Milch die krankhaften Veränderungen des Urins bereits nach 8 Tagen völlig verschwunden waren. Autorreferat.

Rezensionen.

Die Entwicklung der kindlichen Sprache. Von H. A. Idelberger. gr. 8^o VIII und 87 Seiten. Berlin 1904. Hermann Walther. Preis 2 Mark.

Nach zahlreichen genauen Beobachtungen und Aufzeichnungen des Verfassers sowohl wie ihm bekannter zuverlässiger Beobachter sind die Äusserungen des Gefühls- und Willenslebens in dem in Betracht kommenden kindlichen Alter ganz ausserordentlich zahlreich und vielgestaltig. Es vergeht kaum ein Augenblick, in dem das Kind den aufmerksamen Beobachter nicht einen neuen Wunsch oder eine neue Gefühlserregung er-

kennen lässt. Triebe und Affekte beherrschen das Kind in dieser Lebensperiode vollständig.

Dieses Hin und Her, dieses sprungweise Übergehen von einem zum anderen drückt sich auch in der überaus kurzen Dauer der Aufmerksamkeit aus, die das Kind dem gerade vorliegenden Gegenstande zuzuwenden imstande ist.

Nach Konstatierung dieser allgemeinen Beobachtungen geht Verf. an die Frage der ersten Wortbedeutung beim Kinde und kommt an der Hand zahlreicher sehr exakter und interessanter Beobachtungen zu dem Schlusse, dass das Kind immer nur Teilvorstellungen verschiedener Gegenstände und Personen mit demselben Begriffe bezeichnet. So sind z. B. in dem einen Falle alle grossen, männlichen Personen „baba“, alles, was eine Uniform trägt „dat“, u. s. f. —

Die Frage des Problems der Wortempfindung beantwortet J. an der Hand der sehr genauen sich über 6—7 Monate erstreckenden Aufzeichnungen bei 11 Kindern dahin, dass ein spontanes Erzeugen von Wörtern, eine Wortbildung der Kinder ohne äussere Anregung verneint werden muss. —

Als Anhang bringt Verfasser noch Aufzeichnungen über die Entwicklung der einzelnen Laute und unterscheidet die Periode des ersten und des spontanen Lallens. In der letzteren Periode, also der des spontanen Lallens beobachtet das Kind die Lippen u. s. w. des Erwachsenen und bildet an der Hand dieser Anleitung seine Laute.

Schwidop (Karlsruhe).

Dr. G. Beck's therapeutischer Almanach. Herausgegeben vom Generaloberarzt Dr. med. E. Schill in Dresden. 31. Jahrgang 1904. II. Semester kl. 8^o. XI und Seite: 187—336. Leipzig 1904, Benno Konegen Verlag. Preis Mk. 1,50.

Auch das vorliegende Bändchen teilt alle die Vorzüge, welche den seit einem Jahrzehnt von Oberstabsarzt Schill in Dresden herausgegebenen Almanach auszeichnen. Wie bei früheren Besprechungen so soll auch diesmal wieder auf die trotz knappster Ausdrucksweise doch vollständig klaren und ausreichenden therapeutischen Angaben besonders hingewiesen werden. Man ist nicht genötigt, auf die Originalien zurückzugreifen. Hierin, sowie in der klaren übersichtlichen Anordnung des Stoffes liegen die Vorteile, wodurch der Beck'sche Almanach dem praktischen Arzte so wertvoll ist.

Starck (Heidelberg).

Das Schulbrausebad und seine Wirkungen. Von Oberbürgermeister Paul am Ende. Vortrag gehalten in der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Karlsbad im September 1902. gr. 8^o 13 Seiten. Braunschweig 1903, Friedrich Vieweg u. Sohn. Preis Mk. 0,40.

Der Redner tritt in diesem Vortrage warm für die Einrichtung von Schulbrausebädern ein; er schildert die günstigen Erfahrungen, die mit den bereits bestehenden gemacht wurden, und bespricht besonders auch die erziehlichen Wirkungen dieser Bäder auf Kinder und Familien.

Wichmann (Harzburg).

Beiträge zur Frage der Volksheilstätten. Von Dr. med. Hans Weicker. VII. Mitteilungen aus Dr. Weicker's Volks-sanatorium „Krankenheim“ Jahresbericht 1901. gr. 8^o 38 S. Leipzig 1903. Verlag von F. Leineweber 1903. Preis Mk. 1,50.

In diesem statistischen Bericht ist an einem Material von 4517 Fällen ein interessanter Beitrag zur Tuberkulosebehandlung in Volksheilstätten geliefert.
Wichmann (Harzburg).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Une consultation de nourrissons à Paris. Par Séailles.

Verf. leitet seit vier Jahren eine jener gemeinnützigen Stationen, welche in Frankreich unter dem Namen „gouttes de lait“ bezeichnet werden. Seit Budin, im Jahre 1892 diese Idee angeregt hat, sind derartige Institute in grösserer Anzahl auch in anderen Städten und Ländern errichtet worden, und konnte man sich überall von dem Nutzen, welchen dieselben namentlich der armen Bevölkerung bringen, überzeugen. Die Frauen erhalten nicht nur hygienische Ratschläge, sondern es wird denselben auch die für die Ernährung der Kinder notwendige fertig sterilisierte Milch in genügender Menge übergeben. Die Kinder werden jede Woche gewogen, und man hat auf diese Weise eine stete Kontrolle über deren gutes Gedeihen. Unter den 136 Kindern, welche im Laufe der vier Jahre die Anstalt frequentierten und dieselbe verliessen, starben nur zwei an Gastroenteritis, und zwar eines, welches bereits in einem vorgeschrittenen Stadium von Athrepsie gebracht wurde und eines, welches einer fremden Anstalt zur Pflege übergeben wurde, da die Mutter sich armuthshalber mit demselben nicht beschäftigen konnte. So dass eigentlich gesagt werden kann, dass kein einziges der die Konsultation besuchenden Kinder an einer Magen-Darmkrankheit erlegen sei. Eine andere interessante Bemerkung ist auch diese, dass die in dem betreffenden Dispensarium ausgeteilte Milch immer rein und nicht mit Wasser vermischt ausgeteilt werde und auch so benützt wird, gleichgiltig welches Alter das betreffende Kind hat; S. hat hiervon keinerlei Nachteile gesehen.

(Arch. des méd. des enf. 1904.)

E. Toff (Braila).

Der Einfluss des Kochsalzes in der Nahrung auf den Aszites bei der tuberkulösen Peritonitis. Von Nobecourt et Vitry.

Einschränkung des Kochsalzgehaltes in der Nahrung hatte ein jedes Mal eine beträchtliche Verminderung des Aszites zur Folge; der 10 resp. 14 jährige Patient verlor bei einem kochsalzarmen Regime 2 resp. 3 Pfund in 3—4 Tagen. Zusatz von Kochsalz zur Nahrung hatte wieder

eine Vermehrung des Aszites zur Folge. Selbstverständlich ziehen die Verff. aus diesen Beobachtungen nicht den Schluss, dass die kochsalzarme Diät sich zur Behandlung des tuberkulösen Aszites verwenden lasse.

(La clin. infant. 1904.)

Neter (Mannheim).

Inguinalhernie, enthaltend den am Nebenhoden adhären ten Wurmfortsatz, bei einem 11 Monate alten Säugling. Von Stanton.

Zufälliger Nebenbefund bei einem an Masern gestorbenen Säugling.
(Arch. of Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Perforation eines Typhus-Geschwüres bei einem 6 Jahre alten Kinde. Von Jomps on.

Die im Kindesalter sehr seltene Perforation war Ende der zweiten Krankheitswoche aufgetreten. Die sofortige Operation — Naht einer kleinen Perforation des Ileum, dicht beim Colon — konnte den Exitus letalis an Peritonitis nicht mehr verhindern.

(Arch. of Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Angeborene Paralyse des Velum palatinum. Von Variot et Degny.

Das jetzt 6 $\frac{1}{2}$ Jahr alte, normal entwickelte Mädchen leidet von Geburt an an einer Lähmung des Gaumensegels; doch sind die Erscheinungen in den letzten Jahren wesentlich besser geworden. Die Sprache ist noch nasal, der Mund — wie bei Adenoiden — stets halb offen; früher bestand sehr häufiges Ausbrechen der Nahrung durch die Nase, jetzt viel seltener, mit auch aus dem Grunde, weil das Kind durch Rückwärtsneigen des Kopfes dem Verschlucken entgegenwirkt. Die Verff. vermuten als Ursache der Lähmung eine bulbäre Agenesie. Betreff der Anamnese ist zu erwähnen, dass der Vater der Patientin in seiner Kindheit an einer ähnlichen Affektion gelitten hat.

(Annal. de Méd. et de Chir. infant. 1904.)

Neter (Mannheim).

Ein Fall von Lungenhernie bei einem 3 Jahre alten Kinde. Von Frontini.

Der 3jährige Knabe zeigte im rechten II. Interkostalraum, etwas nach auswärts von der Mammillarlinie, einen wallnussgrossen Tumor, der die typischen Symptome einer Lungenhernie erkennen liess. Die Hernie selbst ist auf ein abgehacktes, nach der Lunge durchgebrochenes Empyem zurückzuführen.

(Riv. di Clin. Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Die Wirkung der Hefepilze auf das Bakterium coli. Von Puoti.

Die zahlreichen experimentellen Untersuchungen des Verf. zeigten, dass die Anwesenheit von Hefepilzen das Wachstum des Coli-Bazillus in

keiner Weise beeinflusst, dass sie aber die Virulenz des Bacterium coli fast völlig zerstört. Sehr virulente Kulturen werden durch den Zusatz von Hefe unwirksam gemacht.

Betreff seiner klinischen Erfahrungen sah P. nur bei akuten Magen-Darmerkrankungen eine günstige Wirkung der dargereichten Hefe, bei chronischen Formen derselben versagte sie völlig.

(La Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Über eine eigenartige Wirkung des Diphtherieheilserums. Von Ponticaccia.

Es handelt sich um einen 4 $\frac{1}{2}$ Jahre alten, an Rachendiphtherie erkrankten Knaben, der am zweiten Krankheitstage wegen leichter Larynxstenose ins Krankenhaus aufgenommen worden war. 2 Stunden nach der Seruminjektion traten plötzlich schwere Stenosenscheinungen auf; die sofortige Tracheotomie schaffte keine Besserung und der Knabe starb 6 Stunden nach der Einspritzung unter zunehmenden Erstickungssymptomen. Verf. sieht in einem durch das Serum hervorgerufenen Larynx- und Bronchialödem die Ursache für die schweren Stenosenscheinungen und macht deshalb das Serum für den traurigen Ausgang verantwortlich.

(La Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Ein Fall von kongenitalem doppelseitigen Radiusdefekt. Von Mensi.

Die Diagnose des bilateralen Fehlens des Radius fand im Röntgenbilde ihre Bestätigung; der einen Monat alte Säuglinge brachte andererseits zwei wohl ausgebildete Incisivi mit auf die Welt.

(La Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Kongenitaler Defekt des Penis. Von Rocchi.

Bei dem 4 Jahre alten, normal entwickelten Knaben fehlt jegliche Penis-Bildung; die Bauchhaut setzt sich über die Symphyse hinweg glatt in die vordere Scrotalhaut fort. Im Scrotum normale Testes. Der Urin wird im Strahl per anum entleert. Es gelang Verf. nicht, im Rectum irgend eine Harnöffnung zu finden.

(Riv. di Clin. Ped. 1904.)

Neter (Mannheim).

Bei der Behandlung des Typhus abdominalis üben nach Bernstein und Drysdale die Heidelbeeren in Form eines Aufgusses oder Dekoktes nicht nur einen adstringierenden, sondern auch einen antiseptischen Einfluss auf den Darm aus, sie begünstigen die Vernarbung der Geschwüre und kürzen die Krankheitsdauer erheblich ab. Die mit einem wässrigen Dekokt der getrockneten Beeren angestellten Versuche haben deren bakterizide Wirkung deutlich dargetan.

(Chem. and Drugg. 1903.)

S.

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

Oktober 1904.

No. 10. (178.)

Inhalt: Originalien: **Klatt**, Neuere Arbeiten über Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters. 217. — Referate: Bericht über die 17. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Düsseldorf: **Maas**, Probleme der Kindersprache. 229. — **Fischer**, **Meyer**, **Rey** u. **Selter**, Die Tuberkulose des Säuglingsalters. 230. — **Uffenheimer**, Diphtherie und Scharlach. 232. — **Nadoleczny**, Masern und Mittelohrentzündung. 233. — **Ballin**, Pemphigus neonatorum. 234. **Hallé**, Dermatitis herpetiformis. 235. — **Moizard**, **Denis** et **Rabe**, Maligne Tumoren der Tonsillen. 236. — **Seiffert**, Lumbalpunktion bei Urämie. 236. — **Engels**, Styracol bei Enteritis. 237. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 238. — Kleine Mitteilungen. 240.

Nachdruck mit **genauer** Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Neuere Arbeiten über Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters.

Von **Dr. Hans Klatt-Marienwerder**, leitender Arzt des städt. Krankenhauses.

Die unheilvolle Bedeutung der Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters hat trotz einer enormen Arbeitsleistung auf dem Gebiete der Prophylaxe, der Diätetik und der Therapie, wie sie in einer grossen Literatur vorliegt, leider noch fast gar nicht abgenommen. Die Kindersterblichkeit in London ist z. B. nach einem Bericht von **Mac Leary** trotz aller sanitären Bestrebungen zur Zeit noch ebenso gross wie vor 50 Jahren. — Die Schwierigkeit liegt, wie **Trumpp-München** in einer lesenswerten Arbeit in den Würzburger Abhandlungen bemerkt, erstens in dem Kontrast zwischen der Mannigfaltigkeit der Krankheitsursachen und der Einförmigkeit der durch sie bedingten Krankheitserscheinungen, und zweitens in der Notwendigkeit einer kausalen Behandlung, welche sich natürlich nur auf die ersteren stützen kann. Daher spielt in den Arbeiten der letzten Jahre die Frage nach der Ätiologie der Darmkrankheiten des Säuglingsalters die erste Rolle. Während man sich aber früher fast ausschliesslich mit den äusseren Ursachen, alimentären, infektiösen und anderen Schädlichkeiten beschäftigte, ist man allmählich mehr und mehr dahin ge-

langt, sich das kranke Objekt, d. h. den Säugling, in seinen anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeiten anzusehen und aus diesen heraus die besondere Häufigkeit, den eigenartigen Verlauf und die Gefährlichkeit der Krankheiten dieses Lebensalters zu erklären. Unter den anatomischen Sonderheiten sind vor Allem die Kleinheit des Säuglingsmagens, der Mangel eines Fundus, die Vertikalstellung, der schwache Verschluss der Cardia und die Reizbarkeit der Magennerven zu nennen. Gundobin fand beim Neugeborenen das Darmschleimhautstroma im allgemeinen weniger voluminös als bei Erwachsenen, aber die Maschen des adenoiden Gewebes dichter und die Zelleninfiltrationen stärker. Länge und Höhe der Dünndarmfalten sind bei ihm geringer als beim Erwachsenen, dagegen ist die Zahl der Zotten beim Neugeborenen grösser, die solitären Follikel sind relativ, in bezug auf die gleiche Raumeinheit, im Darne der jungen Kinder sehr viel zahlreicher als beim Erwachsenen, und die Peyerschen Plaques verhältnismässig von grösserer Ausdehnung. (Heubner.) Vor Allem steht die Muscularis des Darmes in allen ihren Anteilen beim jungen Kinde erheblich hinter dem späteren Alter zurück, sie ist überall schwächer ausgebildet. (Gundobin.) — Die gesamte Länge des Darmes ist im Verhältnis zur Körperlänge bedeutend grösser als beim Erwachsenen; diese stärkere Entwicklung des kindlichen Darmes entspricht nach Heubner den grösseren Leistungen, die ihm obliegen. „Denn die vom Säugling für das Kilo Körpergewicht zu bewältigende Nahrungsmenge, in Kalorien ausgedrückt, übertrifft die gleiche Zahl des Erwachsenen um das Dreifache und mehr.“ — Während also auf der einen Seite infolge der sehr bedeutenden Ausbildung des Drüsen-, Lymph- und Blutgefässapparates eine schnelle und leichte Resorption der Nahrung stattfindet, die wegen der relativ grösseren Oberfläche sogar schneller vor sich geht als beim Erwachsenen, ist die Motilität des Darmes wegen der geringen Entwicklung der Muskulatur, der schwachen Bauchpresse und der verhältnismässigen Länge des Darmes ungenügend. — Die Ansichten über die sekretorische Tätigkeit der Drüsen des Verdauungstraktes haben in den letzten Jahren eine Wandlung erfahren. Während man früher der Wirksamkeit der „äusseren Verdauungsfermente“ beim Säugling wenig zutraute, ist jetzt erwiesen, dass man dieselbe unterschätzt hat. Nach den Untersuchungen von Knöpfelmacher, Heubner, Lange etc. sind Lab, Pepsin und Trypsin in durchaus genügender Menge vorhanden, und noch neuerdings hat Finizio an 23 Kindern die Magenfermente untersucht. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Im Mageninhalt von gesunden und kranken Kindern wurde stets Pepsin, Chimosin und fettspaltendes Ferment nachgewiesen. Diese Fermente fanden sich im Magensaft des Nüchternen am wirksamsten; die Wirksamkeit nimmt im Beginn der Verdauung ab, um sich später wieder bis auf nahezu anfängliche Höhe zu erheben. Die gastrischen Dyspepsien gehen gewöhnlich mit verminderter Wirksamkeit der Fermente einher. —

Auch die Tätigkeit der Speicheldrüsen ist nach neueren Untersuchungen früher im Gange, als man geglaubt hatte. Während man bisher annahm, dass beim Neugeborenen nur die Parotis sezerniere, hat neuerdings Schilling in Leipzig nachgewiesen, dass auch die Submaxillaris — unter Umständen schon vom neunten Tage an — Speichel absondert. Damit wäre also die Verdauung von Kohlehydraten in diesem Alter ver-

bürgt, und in der Tat hat Carstens bewiesen, dass schon in der sechsten Lebenswoche eine ausgiebige Verzuckerung von Amylaceen im Säuglingsdarm stattfindet. —

Demgegenüber stehen nun aber eine Reihe von Tatsachen, durch welche die Unzulänglichkeit der kindlichen Verdauungsorgane gegenüber Einflüssen, die nicht ganz in der Breite des Normalen liegen, bewiesen wird. — Bekanntlich ist die Verdauungsarbeit mit der Resorption der Nahrung nicht erschöpft, — jenseits dieses Vorganges beginnt die „innere Verdauung“, „der Ab- und Wiederaufbau der Atomkomplexe und die Überführung der Zellstoffwechselprodukte in ausscheidbare Form.“ (Trumpp.) In dieser Beziehung ist nun durch vielfache Untersuchungen der letzten Jahre ein grosser Unterschied zwischen dem Organismus des Säuglings und dem des Erwachsenen konstatiert worden. Während der letztere wohl in der Lage ist, sich veränderten, sogar abnormen Verhältnissen in quantitativer und qualitativer Weise anzupassen und ein gewisses Gleichgewicht herzustellen, fehlt diese Anpassungsfähigkeit dem Säuglingsorganismus fast ganz. Dieser Mangel zeigt sich in fundamentaler Weise, wenn man die Verhältnisse des natürlich ernährten Säuglings mit dem des künstlich genährten vergleicht, und darum muss ich auf die Frage der Ernährung schon an dieser Stelle kurz eingehen. —

Die Ansicht, die man noch bis vor kurzer Zeit gehabt hat, dass die Ausnutzbarkeit der Kuhmilch, speziell ihres Kaseins, so erheblich schlechter sei als die der Muttermilch, ist jetzt fast allgemein verlassen. Heubner sagt sehr entschieden: „Es ist in der pädiatrischen Fachliteratur soviel von den feineren Unterschieden zwischen der Milch der Frau und der Säugetiere die Rede, dass es doch einmal hervorgehoben zu werden verdient, wie die Ähnlichkeit dieser Nahrungsmittel doch eine unendlich grössere Breite hat, als ihre feineren Unterscheidungsmerkmale;“ und an anderer Stelle: „die Lehre von der Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch gegenüber der Muttermilch ist durch die Versuche am menschlichen Säugling nicht bestätigt worden.“ Schlesinger hält die Anschauung von der Schwerverdaulichkeit und Schädlichkeit der kaseinreichen Kuhmilch für völlig überwunden, und in ähnlichem Sinne sprechen sich Bonifas und Oppenheimer aus. Und doch steht auf der andern Seite bei dem Gros der Ärzte die unerschütterliche Überzeugung fest, dass die bei weitem beste Nahrung für den Säugling die Muttermilch ist. Woher kommt das? — Der Grund dafür liegt eben viel tiefer als in den grob chemischen Unterschieden, er liegt in den Verhältnissen, die wir oben bereits berührt haben, er liegt in den Differenzen des intermediären Stoffwechsels beim natürlich und künstlich ernährten Säugling. —

Das natürlich genährte Kind bleibt nach den trefflichen Deduktionen von Wassermann bei den gleichen Eiweisssubstanzen, auf die es von der Plazenta her eingestellt war, während das künstlich genährte erst das Kuhkasein in menschliches Kasein umwandeln muss. Heubner hat bewiesen, dass künstlich genährte Kinder auch bei gleichem Kalorienwert der Nahrung hinter Brustkindern zurückstehen; es geht also ein Teil der eingeführten Energie verloren. Wo dieser Verlust bleibt, hat Wassermann direkt nachgewiesen. Ausgehend von Bordets Entdeckung der Präzipitine und der Differenzierbarkeit der Säfte verschiedener Tierarten mittels dieser

Präzipitine hat er folgende Versuche gemacht: Wenn man einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle homologes Serum, also Meerschweinchen-serum, einspritzt und hinterher genügend Bazillen, so unterliegt das Tier der Infektion; behandelt man aber das Tier vorher mit heterologem Serum, z. B. Ziegenserum, so werden die Bazillen getötet und aufgelöst durch die unter dem Einfluss der vorhergegangenen Injektion angesammelten verdauenden Fermente (Ehrlichs Komplemente, Buchners Alexine.) Dies geschieht nun nicht nur unter der Einwirkung heterologen Serums, sondern auch heterologer Milch. Es bilden sich also bei Ernährung mit fremder Milch auch Fermente, diese werden natürlich dem Organismus entzogen, und das eben bedeutet den oben genannten Verlust, welcher schuld ist an der Differenz im Wachstum natürlich und künstlich ernährter Säuglinge. Oder, wie Heubner das ausdrückt, die künstlich genährten Kinder haben eine geringe Wachstumsintensität, wahrscheinlich weil sie mehr für den intermediären Stoffwechsel brauchen. —

Und eine weitere, sehr richtige Folgerung hat Moro aus den eben dargelegten Verhältnissen gezogen, eine Folgerung, die den tatsächlichen Erfahrungen durchaus entspricht: Brustkinder haben eine viel grössere bakterizide Fähigkeit als Flaschenkinder, und zwar liegt dieselbe in ihrem Blutserum. Die bakterizide Kraft dieses Serums verringert sich nach künstlicher Ernährung. Der Grund dafür liegt nun eben in den von Wassermann gefundenen Tatsachen: Die sich bildenden Komplemente werden bei künstlicher Nahrung — als Verdauungsfermente — durch die Assimilation fremden Eiweisses in Beschlag genommen, und für die Bekämpfung der Bakterien bleibt nichts oder nur wenig übrig. — Diese bakterizide Fähigkeit liegt nun aber nicht in der Milch selbst, das hat schon Moro selbst behauptet, und das hat neuerdings auch Klimmer auf Grund seiner Experimente wieder betont. Er hat gefunden, dass sowohl die gewöhnlichen Saprophyten, als auch Darmbakterien, wie der *Bazillus coli*, der *Typhusbazillus*, sich in der Milch gut vermehren, und zwar nicht nur in der Kuhmilch, sondern auch in der Frauenmilch, welche letztere nur in der allerersten Zeit nach ihrer Entleerung das Bakterienwachstum ein wenig verzögert. Man muss sich den Vorgang also folgendermassen vorstellen: Da im Serum des Neugeborenen natürlich ebensoviel Alexine enthalten sind wie in der Plazenta, aber viel weniger als im Serum von Brustkindern, so wird das Material zur Herstellung dieser Alexine von der Frauenmilch geliefert, obgleich sie selbst diese im fertigen Zustande nicht besitzt. —

Im Übrigen ist ja freilich zur Genüge bekannt, dass selbst der Alexingehalt im Serum des Brustsäuglings keineswegs ausreichend ist, um diesen völlig zu schützen, — die geradezu spezifische Empfänglichkeit des Säuglingsalters für bakterielle Infektionen beweist das ohne weiters. Aber erstens ist doch der Unterschied zwischen dem natürlich und dem künstlich genährten Säugling ein zu eklatanter, um übersehen werden zu können, zweitens kommt aber noch dazu, dass für beide in gleicher Weise der Mangel einer erworbenen Immunität, wie sie sich beim Erwachsenen allmählich im Kampfe ums Dasein entwickelt hat, völlig fehlt, und so der kleine Organismus trotz aller noch so subtilen Abwehrversuche einer ganzen Anzahl von Infektionserregern fast preisgegeben ist. — Um alles zuletzt Gesagte noch einmal kurz zusammenzufassen,

zitiere ich Trumpp: Während die äusseren Verdauungsfermente, Pepsin, Lab, Trypsin, bei künstlicher Ernährung oder überhaupt bei unzureichender Belastung des Darmes in erhöhte Tätigkeit treten können, und auch die resorptive Arbeit des Darmes gesteigert werden kann, sind die inneren Verdauungsfermente, autolytisches Ferment, Histozyne, Autodigestionsenzyme in der ersten Zeit noch nicht genügend vorhanden, um die Mehrarbeit zu leisten, und, wie ich hinzufügen möchte, der intermediäre Stoffwechsel ist noch nicht genügend geübt, um sich diesen Verhältnissen anzupassen. Es muss ein Missverhältnis zwischen äusserer und innerer Verdauung entstehen, wenn eine schwer assimilierbare Nahrung in dieser Zeit gegeben wird. Es braucht ferner nicht immer die äussere Schädlichkeit, sei sie bakterieller oder alimentärer Art, oder die Resorptionsstörung das Primäre zu sein, sondern auch eine Störung in der Assimilation kann unter Umständen das Grundleiden darstellen, und es kann dann sekundär infolge der Störung des intermediären Stoffwechsels auch die zur äusseren Verdauung erforderliche Arbeit nicht mehr geleistet werden. —

Die Ergebnisse aller dieser Untersuchungen, welche sämtlich neueren Datums sind, liefern uns wichtige Beiträge zur Frage der Ätiologie der Säuglingsdarmkatarrhe. Hierzu kommt nun natürlich noch als wichtigstes Moment die *bazilläre Infektion*, mit welcher wir uns weiterhin zu beschäftigen haben werden. Ehe ich aber zu dieser übergehe, muss ich noch einer Reihe höchst interessanter neuer Untersuchungen gedenken, welche sich eingehend mit der Chemie der vorliegenden Krankheitszustände, speziell mit den pathologischen Veränderungen des intermediären Stoffwechsels beschäftigen, und welche gerade deshalb hier ihren Platz finden sollen, weil wir uns soeben mit diesem letzteren mehrfach beschäftigt haben. Die betreffenden Untersuchungen gehen aus von Czerny, Keller, Steinitz und Pfaundler. — Es ist eine festgestellte Tatsache, dass bei den Darmkrankheiten der Säuglinge die Ammoniakausscheidung im Urin erhöht ist. Dies scheint nun ausschliesslich der Ausdruck einer Azidose zu sein, in analoger Weise wie wir das vom Diabetes her kennen. Diese Azidose kann nur zurückzuführen sein entweder auf Vorgänge im intermediären Stoffwechsel, wo sie durch Zerfall von Körpergewebe oder von resorbierten Nahrungsmitteln in saure Substanzen entstanden wäre; oder die Säure entsteht bereits im Darm durch abnorme Zersetzungsprozesse. Von hier aus kann die Säure nun entweder in den intermediären Stoffwechsel übergehen und dort neutralisiert werden, oder sie kann schon im Darm selbst durch Alkalien gebunden und durch die Fäzes ausgeschieden werden. Dieser Alkaliverlust führt also auch wieder zu einer Azidose in den Geweben. — Dasselbe Bild der Azidose haben wir vor uns, wenn der Verlust des Körpers an Alkali nicht durch abnorme Säureproduktion im Darm, sondern durch andere Momente, z. B. durch Diarrhöen bedingt ist. — Um nun die Frage zu entscheiden, welcher Typus der Azidose bei den Säuglingskatarrhen vorliegt, untersuchte Steinitz den Alkalistoffwechsel des Säuglings und bestimmte in zwei Stoffwechselreihen, in deren einer das Versuchskind mit verdünnter Milch, in deren zweiter mit verdünnter Sahne ernährt wurde, den Ammoniakkoeffizienten und die Einfuhr und Gesamtausfuhr von Kalium, Natrium und Kalk. Es ergab sich hierbei immer bei Fettzufuhr eine wesentliche Alkalient-

ziehung durch den Darm. Während bei fettarmer Nahrung sich 25—50 % der eingeführten Alkalien in den Fäzes wiederfanden, stieg bei Sahneernährung die Menge des durch den Darm ausgeschiedenen Alkali bis auf 80 % und übertraf in einem Falle sogar die Menge des eingeführten Alkali um mehr als das Doppelte. Dementsprechend war die Alkaliverarmung im Blute und in den Geweben so bedeutend, dass die zur Verfügung stehenden Alkalien nicht zur Neutralisation der Stoffwechselsäuren ausreichten und Ammoniak herangezogen werden musste.

Freund fand als Begleiter der hohen Ammoniakausscheidung — bei vermehrter Fettzufuhr — erstens eine Verminderung der Alkalien im Urin, zweitens aber eine starke Vermehrung der Phosphorsäure. Das Ammoniak tritt also nicht nur an die Stelle der ausgefallenen fixen Alkalien, sondern es hat auch noch das Äquivalent der mehr ausgeschiedenen Phosphorsäure zu decken. Weiterhin fand er, dass es, wenigstens in dem von ihm untersuchten Falle, nicht zur vermehrten Ausscheidung irgend welcher organischen Säuren gekommen war, folglich war die hervorgerufene Azidose eine *a n o r g a n i s c h e*.

Terrien hat, um die Säureintoxikation direkt nachzuweisen, die Blutalkaleszenz bei an Gastroenteritis leidenden Säuglingen untersucht. Es erhellt aus seinen Versuchen eine evidente Beziehung zwischen Gastroenteritis und Säurevergiftung. Bei mehrtätiger Dauer der Krankheit sank die Blutalkaleszenz herab, bei Besserung des Zustandes stieg sie wieder an. Athrepsie und Kachexie allein — nach Aufhören der Enteritis — hatten keine Säureintoxikation zur Folge. —

Die erhöhte Ammoniakausscheidung bei Darmkatarrhen könnte allerdings neben der Azidose auch auf Ammoniakstauung infolge von Insuffizienz der Lebertätigkeit geschoben werden. Auf diesem Standpunkt steht Pfaundler, und zwar nimmt er eine relative Insuffizienz der oxydativen Lebertätigkeit an, wenn bei abnormer Zersetzung des Darminhaltes, alkalischer Gärung, abnormer Dissimilation von Nahrungseiweiss, an die Leber und andere harnstoffbildende Organe eine erhöhte Anforderung gestellt wird durch Mehrlieferung von Ammoniak; und eine absolute Insuffizienz, wenn bei parenchymatöser Erkrankung dieser Organe ihre Leistungsfähigkeit direkt herabgesetzt ist. —

Die Lehren der erstgenannten Forscher: Czerny, Keller, Steinitz etc. erscheinen mir plausibler, erstens sind sie durch gewissenhafte Versuche beglaubigt, und zweitens sind uns, wie ich schon oben berührt habe, diese Verhältnisse vom Diabetes her doch durchaus geläufig, ein Umstand, auf den niemand hingewiesen hat.

Während wir uns bisher mit den im Organismus des Säuglings liegenden, also „inneren“ Ursachen der Darmkatarrhe, welche wir auch die Disposition nennen können, beschäftigt haben, gehen wir jetzt zu den äusseren Ursachen über. Unter diesen spielt, wie das ja in unserem bakteriologischen Zeitalter kein Wunder ist, die Infektion mit belebten Mikroorganismen die Hauptrolle, und es ist in den letzten Jahren ein wahres Kesseltreiben zur Auffindung von „spezifischen Infektionserregern“ angestellt worden. Sehen wir zu, was von den Resultaten dieser Bestrebungen allgemein anerkannt und Gemeingut der Wissenschaft geworden ist.

Eine Anzahl von neueren Autoren klassifiziert die Darmkrankheiten der Säuglinge ätiologisch nach zwei Richtungen hin: Die Erkrankung hängt nach ihrer Ansicht entweder davon ab, dass zugleich mit der Speise Stoffe in den Darm gelangen, welche die Schleimhaut desselben reizen oder direkt toxisch wirken, — das wäre also eine Intoxikation, — oder davon, dass der Darm durch Mikroorganismen infiziert wird, das wäre also Infektion. Diese Infektion soll eine doppelte sein, entweder eine endogene oder eine ektogene. Diese Unterscheidung stammt in erster Linie von Escherich. Bei der endogenen Infektion kommt das Gift nicht von aussen in den Darm hinein, sondern unter dem Einfluss irgend welcher abnormen äusseren Verhältnisse, falscher Ernährung, hoher Lufttemperatur wird der Darminhalt verändert, und nunmehr nehmen die gewöhnlichen Darmbewohner pathogene Eigenschaften an. Bei der ektogenen Infektion geraten zufällig mit der Speise, mit der Hand der Wärterin etc. fremde Keime von aussen her in den Darm. Es liegt nun das Bestreben vor, für jede besondere Form der Darmerkrankung einen besonderen Mikroorganismus zu finden. So hat z. B. Lesage den *Bazillus coli communis*, den *Staphylokokkus*, den *Bazillus mesentericus*, den *Proteus vulgaris* und den *Bazillus pyocyaneus* als pathognomonisch für gewisse Katarrhe bezeichnet, Brudzinski hat bei der ektogenen Infektion besonders Streptokokken und den *Bazillus pyocyaneus*, seltener das *Bakterium coli* und den *Proteus* gefunden. Bei der endogenen Infektion spielen nach ihm besonders das *Bakterium coli* und die proteolytischen Bakterien eine Rolle. Jemma und Figari haben Versuche an Kaninchen gemacht, denen sie verschiedene Bakterien in Milch reichten. Eine Anzahl derselben, besonders wenn sie in grösseren Mengen gegeben wurden, erregten schwere Störungen im Magendarmkanal, das *Bakterium coli* aber z. B. verursachte nur milde Katarrhe, wenn es nicht gerade allzu lange gegeben wurde, und die proteolytischen Bakterien endlich machten nur ganz leichte Störungen.

Der bedeutende, leider verstorbene russische Pädiater Filatow urteilt in seinen ausgezeichneten „Klinischen Vorlesungen“ über diese Untersuchungen folgendermassen:

Alle diese Versuche, die bakteriologische Ätiologie bei gastrointestinalen Erkrankungen der Kinder aufzuklären, sind natürlich höchst wünschenswert, da sie grossen Nutzen in therapeutischer Hinsicht versprechen, worauf sich jetzt schon einige Andeutungen finden. So hat Escherich z. B. in einem Falle eine durch den *Proteus* hervorgerufene Diarrhöe durch innerliche Anwendung von Reinkulturen des *Bazillus lactis* erfolgreich behandelt, und Concetti hat bei der Sommerblutruhr, die durch eine besondere Art des *Bakterium coli* hervorgerufen ist, günstige Resultate durch subkutane Injektion des Blutserums von Tieren erzielt, die gegen diesen Mikroorganismus immunisiert waren. „Leider sind aber zur Zeit die Bakterien des gesunden Darmes noch zu schlecht bekannt, und bei Diarrhöen wächst die Zahl derselben ausserordentlich, weshalb es noch schwerer ist, den Krankheitserreger herauszufinden.“ „Spezifische Mikroben, die in jedem Falle die Entstehung der Gastroenteritis erklären können, sind einstweilen noch nicht gefunden, diejenigen Mikroorganismen aber, denen man die Krankheit zuschreibt, kommen beständig auch im normalen Stuhle des Brustkindes vor.“ Baginsky z. B. behauptet

direkt, dass er bei keiner Diarrhöe einen spezifischen Mikroorganismus habe ausscheiden können, und meint daher, dass alle Durchfälle, sowohl leichte als schwere, und sogar die Kindercholera unter dem Einflusse von beständig im Darne lebenden Saprophyten entstanden; seiner Meinung nach handelt es sich also immer um endogene Infektion. — Wenn wir nun auch annehmen, dass bei einigen Fällen von Kinderdiarrhöe die spezifischen Krankheitserreger gefunden sind, so müssen wir dennoch zugeben, dass das von den Autoren gezeichnete Krankheitsbild so wenig charakteristisch ist, dass es auf Grund der Symptome völlig unmöglich erscheint, zu bestimmen, welche Bakterienart im gegebenen Falle die Erkrankung hervorrief. Auf Grund alles dessen hält Filatow die ätiologische Klassifizierung der gastro-intestinalen Erkrankungen des Kindesalters für verfrüht.

Mindestens ebenso skeptisch spricht sich Heubner in seinem kürzlich erschienenen „Lehrbuch der Kinderheilkunde“ über die Infektionsfrage aus. Die klinische Beobachtung der schweren Darmaffektionen, sagt er, mit dem fieberhaften Verlauf, den entzündlichen Ausschwitzungen, den schweren Allgemeinerscheinungen weisen daraufhin, dass hier Infektionen mit belebten Mikroorganismen im Spiele sind; in der Tat findet man ja auch bei den genannten Erkrankungen die gewöhnliche Darmbakterienflora verändert; — man findet Kolibakterien, Streptokokken, Staphylokokken oder proteolytische Bazillen. Dieselben sind sogar nicht nur in den Entleerungen, sondern auch in den Ausführungsgängen und in den Innenräumen der Schleimhautdrüsen gefunden worden. Es fehlt aber der experimentelle Nachweis, dass man durch Einführung von Reinkulturen der beschuldigten Mikroben in den Verdauungskanal von empfänglichen Tieren ähnliche Erkrankungen hervorruft. — Bei krankhaften Störungen der Verdauung treten allerdings beim Brust- und beim Flaschenkinde neue Arten von Bakterien auf, aber welche ätiologische Rolle diese neuen Mikroben spielen, darüber ist doch nichts bekannt. „Wer bürgt dafür, dass diese Bakterien die schwereren Darmerkrankungen erzeugen, und nicht nur sich entwickeln, weil der veränderte Darminhalt diese Entwicklung begünstigt?“ „So sehr also epidemiologische Tatsachen darauf hinweisen, dass schwere Magendarmerkrankungen beim Säugling infektiösen Ursprungs sind, so wenig sicher ist bis jetzt bewiesen, dass diese Infektion bakterieller Art ist.“ —

Wenig verschieden hiervon ist auch das Resultat, zu welchem Durante auf Grund sehr eingehender bakterieller Untersuchungen gelangt ist. Er hat die Darmflora bei 10 magendarmkranken Säuglingen geprüft; sie war stets ziemlich gleichartig, stets dominierte das Bakterium coli.; besondere Beziehungen zwischen der Beschaffenheit der Darmflora und der Form der Erkrankung konnten aber nicht erkannt werden, bei schweren Erkrankungszuständen fand sich allerdings meist das Vorwiegen einer bestimmten Bakterienspezies. Manchmal ging die Zunahme und Abnahme der Virulenz der Darmbakterien mit Schwankungen in der Intensität der Krankheitserscheinungen einher. Durante vermag jedoch auf Grund dieser Untersuchungen nicht, im Allgemeinen der Prüfung der Virulenz der Darmbakterien eine klinische Bedeutung beizumessen.

Eine umfassende Würdigung der bakteriologischen Verhältnisse finden

Dr. Theinhardt's lösl. Kindernahrung

von ersten Pädiatern für Säuglinge in gesunden und kranken Tagen empfohlen.

Preis d. $\frac{1}{2}$ BÜchse, 500 g Inhalt, Mk. 1.90,
der $\frac{1}{2}$ BÜchse Mk. 1.20.

BYGIAMA

Seit 15 Jahren klinisch erprobtes u. bewährtes

Nähr- u. Stärkungsmittel.

3176)

Preis d. $\frac{1}{2}$ BÜchse, 500 g Inhalt, Mk. 2.50,
der $\frac{1}{2}$ BÜchse Mk. 1.60.

Vorrätig in den meisten Apotheken und Drogerien.

Aerzten stehen Literatur, Analysen etc. gratis zur Verfügung.

Dr. Theinhardt's Nahrungsmittel-Gesellschaft, Cannstatt,
(Württemberg.)



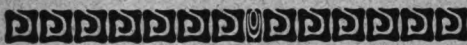
Dr. med. Georg Liebe's

Heilanstalt für Lungenkranke

Waldhof-Elgershausen (3290)
(Kr. Wetzlar).

**Neue Abt.: Heilerziehungsheim für
kranke und kränkliche Kinder.**

→→→ Näheres durch Prospekte. ←←←



(3198 c



GLAFEY-NACHTLICHTER
rauch- und geruchlos,
nicht feuergefährlich.

G. A. GLAFEY, NÜRNBERG

Fucol

Ein vollwertiger
Ersatz des Lebertrans.

Nach patentiertem Verfahren aus jodhaltigen Meeralgeln u. pflanzlich. Ölen hergestellt. Vorzüge: Gleicher Heil- u. Nährwert wie Lebertran; dagegen schnellere und energiereichere Wirkung bei Strophulöf. Schwellungen, Eiterungen u. tuberkulöf. Leiden. Angenehmer Geschmack.

Auch während des Sommers zu gebrauchen. Mäßige Preise: Originalflasche à $\frac{1}{2}$ Lit. Mk. 2.— Rezepturpreis 100.0 = 40 Pfg. Durch alle Apotheken zu beziehen.

Deutsche Fucol-Werke
G. m. b. H., Bremen.



Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & CO
FRANKFURT A. M.



Euchinin

(3282

Entbittertes Chinin mit gleicher Heilwirkung wie dieses. Euchinin belästigt den Magen nicht und wirkt viel schwächer auf das Nervensystem als Chinin.

Chininperlen. Chinin-Chocolade-Tabletten.

Proben nebst Litteratur kostenlos zur Verfügung der Herren Aerzte.

Dr. Hommel's Haematogen

[Gereinigt, concentrirtes Haemoglobin]

(D. R.-Pat. No. 81391) 70,0.

Geschmackszusätze: Chem. reines Glycerin 20,0. Weis 10,0. Vanillin 0,001. Haematogen Hommel enthält ausser dem völlig reinen Haemoglobin noch sämtliche Salze des frischen Blutes, insbesondere auch die wichtigen Phosphorsalze (Natrium, Kalium und Lecithin), sowie die nicht minder wichtigen Eiweissstoffe des Serums in concentrirter, gereinigter und unzersetzter Form (also nicht verdaut!).

Mit grossem Erfolge angewandt

bei allgemeiner Schwäche, Anämie, Chlorose, Neurasthenie, Rhachitis, Scrophulose, Herzschwäche, Pädatrie, chronischen Magen- und Darm-Catarrhen, Appetitlosigkeit in der Genesungszeit nach fieberhaften Krankheiten (Influenza, Typhus etc.) bei raschem Wachstum etc.

Vorzüglich wirksam bei Lungenerkrankungen als Kräftigungskur.
Erzeugt niemals Orgasmus.

Besonders in der Kinder-Praxis unerreicht.

Warnung vor Fälschung!

Wir warnen vor den zahlreichen Nachahmungen unseres Präparates, insbesondere vor solchen mit Aether-Zusatz. Mit Umgehung des Patentes hergestellt, repräsentiren sie nur gewöhnliche Mischungen. In Ihnen ist das Haemoglobin nicht in gereinigter, sondern in der mit den Excretionsstoffen (Hippursäure, flüchtige Fettsäuren, Gase etc. etc.) belasteten also ungereinigten Form enthalten.

Wir bitten daher, stets **Haematogen Hommel** zu ordiniren.

Einige neuere ärztliche Gutachten:

„Dr. Hommels Haematogen ordinirte ich in folgenden Fällen:

Fall I. Anaemie ex Tbc. pulm. inc. post morbillos et dertussim. Eklatanter Erfolg, schnelle Gewichtszunahme, frisches Aussehen, guter Appetit, psychische Umstimmung.

Fall II. Anaemie ex Scrophulose; Operation adenoider Vegetationen, Appetit in Kurzem vorzüglich, Gewichtszunahme.

Fall III. Schwere Anaemie post abortum; rasche Kräftigung, abgekürztes Wochenbett.

Ihr mir durch langjährige Erfahrung liebgewordenes Präparat findet täglich in der Sprechstunde seine Ordination.“

(Dr. med. Walter Schmidt, pract. Arzt und Kinderarzt in Dresden.)

Versuchsquanta stellen wir den Herren Aerzten, die sich durch Eigenproben ein Urtheil bilden wollen, gerne gratis und franko zur Verfügung.

Depots in den Apotheken. — Verkauf in Originalflaschen (250 gr.)

Tages-Dosen: Säuglinge 1—2 Theelöffel mit der Milch gemischt (Trinktemperatur!), grössere Kinder 1—2 Kinderlöffel (rein!), Erwachsene 1—2 Esslöffel täglich vor dem Essen, wegen seiner eigentümlich stark appetitanregenden Wirkung.

Nicolay & Co. } Hanau a. M.
Zürich.
London.

Engros-Versand für Russland:

Apotheke Gross-Ochta, St. Petersburg.

wir in der bereits erwähnten Arbeit von Trumpp, aus welcher ich die einschlägigen Stellen hier kurz wiedergeben möchte.

Die Herkunft der Darmbakterien betreffend, betont er zunächst, dass diese aus den zufälligerweise in das Meconium eingewanderten Bakterien herstammen, dass dann aber unter der konstanten chemischen Zusammensetzung der Nahrung und des Darminhaltes und den gleichbleibenden Wachstumsbedingungen die Flora in kurzer Zeit eine gesetzmässige und autochthone wird, modifiziert nur nach den Verhältnissen der Nahrung, ob natürlich oder künstlich, — und nach den lokalen Bedingungen in den einzelnen Darmabschnitten, insbesondere nach der chemischen Reaktion. — Interessant ist auch der Hinweis, dass diese Bakterien nicht als ein „unvermeidliches Übel“ zu betrachten seien, sondern dass sie für den normalen Ablauf der Verdauung und damit für die Entwicklung des Individuums durchaus notwendig seien. Die sauren Stoffwechselprodukte der Bakterien regen die Peristaltik an, die normalen Darmbakterien und ihre Produkte verleihen anscheinend dem gesunden Körper wirksamen Schutz gegen das Eindringen fremdartiger und pathogener Keime. Diese Regelmässigkeit kann jedoch — gemäss der dem kindlichen Organismus eigenen funktionellen Schwäche — jeden Augenblick über den Haufen geworfen werden. Es genügt schon eine geringfügige Änderung in der chemischen Zusammensetzung des Darminhaltes, eine Änderung der Sekretions- und Resorptionsverhältnisse, eine Störung im Allgemeinbefinden, um die Vegetationsbedingungen im Darm zu ändern, und zwar durch allmähliche Verschiebung in der Verteilung der einzelnen Bakterienarten im Darm oder durch plötzliches Hereinbrechen fremdartiger Keime. Diese Bakterien können nun entweder zu einer Infektion des Darminhaltes oder der Darmwand führen, und in dem Sinne, wie wir das bereits besprochen haben, zur ektogenen und zur endogenen Infektion. Als Erreger der ektogenen Infektion, die nur bei künstlicher Ernährung in Betracht komme, nennt er alle mit starkem Spaltungsvermögen ausgestatteten Saprophyten der Milch und des Darmkanals, — das *Bact. lactis aerogenes*, einige Bakterien aus der Coligruppe, die proteolytischen Bakterien, starkgärende Hefearten, darunter am häufigsten Soor, verschiedene Kokken und die eigentlich pathogenen Bakterien. Als Erreger der Infektionen im strengeren Sinne, z. B. der epidemisch auftretenden Darmkatarrhe, kommen in Betracht verschiedene Arten von Staphylokokken, Streptokokken, *Bakterium coli.*, *Proteus*, *Pyocyaneus* und gewisse Streptotricheen. — Die ektogene Infektion spielt übrigens auch nach Trumpp nicht die Rolle, die man ihr früher zugeschrieben hat, der bei weitem wichtigere und häufigere Weg ist der der endogenen Infektion. Dieser endogene Gärungsprozess kann im Magen beginnen und sich von ihm aus in den Darm fortpflanzen, oder er kann primär im Darm entstehen und nach dem Magen zu fortschreiten. Von Wichtigkeit ist für den Ablauf des krankhaften Prozesses die chemische Reaktion im Darmkanal. Unter gewöhnlichen Verhältnissen herrscht im Säuglingsdarm saure Reaktion; solange noch unresorbierte Kohlehydrate in ihm vorhanden sind, kann auch durch abnorme Zersetzungsprozesse nur eine saure Gärung entstehen, die an sich ja natürlich auch recht heftige Reizzustände veranlassen kann. Nur die die Darmwand direkt berührenden Chymusteile enthalten alkalisches Sekret. Diese alkalische Reaktion kann nun unter dem Einfluss besonders heftiger toxischer oder

bakterieller Reize, besonders von Seiten proteolytischer Bakterien, zunehmen, es kommt zu stinkender Eiweissfäulnis unter Bildung von Ammoniak und andern alkalischen Stoffen, die — in den Kreislauf resorbiert — zu den schwersten Allgemeinerscheinungen führt. —

Da die Lehre von der bakteriellen Infektion bei den Darmkrankheiten der Kinder, wie wir aus dem Munde der berufensten Forscher gehört haben, zur Zeit noch keineswegs soweit ist, dass sie zu unangreifbaren Resultaten gekommen wäre, so sind die Versuche, auf einem andern Wege Klarheit über die Ätiologie der vorliegenden Krankheiten zu erlangen, sehr wohl verständlich und verdienen durchaus Beachtung. Hier liegt nun ein Weg sehr nahe, und es ist geradezu erstaunlich, dass er bisher noch so wenig betreten worden ist: ich meine den Versuch, einen Teil der Darmkrankheiten durch eine reine Intoxikation zu erklären, d. h. durch die Wirkung von Giftstoffen, die aus der Nahrung in die Milch, sei es nun Mutter- oder Kuhmilch, übergehen. Und doch liegt auf diesem Gebiete einiges ganz klar auf der Hand: wir alle wissen, dass, wenn säugende Mütter rohes Obst oder einige andere schwer verdauliche Stoffe zu sich nehmen, die Kinder an — wenn auch leicht vorübergehenden — Diarrhöen erkranken. Um wieviel mehr muss das bei der Kuhmilch der Fall sein, da das Futter der Kühe je nach den lokalen Verhältnissen und der Jahreszeit sehr different ist und sicherlich vielfach giftige Substanzen enthält. Untersuchungen über diesen Gegenstand sind aber bisher noch verhältnissmässig wenige angestellt. *T r u m p p* sagt in seiner oben erwähnten Schrift: Über die Quellen von Toxinen nicht bakteriellen Ursprungs in der Milch wissen wir leider noch recht wenig. Es scheint aber, dass eine Reihe von schädlichen Stoffen, welche die Kühe im Futter aufnehmen, in die Milch übergeht. Während die Tiere selbst unberührt bleiben, wird die Milch verändert und kann bei schwächeren Kindern die heftigsten toxischen Erscheinungen hervorrufen. *H a u s e r* - Karlsruhe wies nach, dass Kinder solcher Gegenden besonders leicht sterben, welche Milch von auf Kalkboden weidenden Kühen erhalten; „es wird sich auch hier um die Einwirkung bestimmter Futterkräuter handeln.“ *W e y h l* - Strassburg fand, dass auch die Fütterung mit Kartoffeln einen Einfluss auf die Kindersterblichkeit habe. — Auch *F i l a t o w* geht mit wenigen Worten auf diesen Modus der Intoxikation ein und erwähnt Darmkatarrhe, die durch Genuss von Kuhmilch entstehen, wenn die Kühe „nicht das richtige Futter erhalten, z. B. Schlempe von Bier- und Branntweimbrennereien, oder zugleich mit dem Futter irgend welche schädlichen Pflanzen fressen“. *H e u b n e r* will von einer solchen Ätiologie anscheinend gar nichts wissen. — Der einzige, der sich mit dem vorliegenden Thema eingehend beschäftigt hat, ist *S o n n e n b e r g e r* in Worms, der — schon seit dem Jahre 1889 — in einer Reihe von Arbeiten auf diese „reine Intoxikation“ näher hingewiesen hat. Er leugnet dabei den bakteriellen Infektionsmodus für eine Reihe von Fällen keineswegs, wendet sich aber scharf gegen die einseitige bakteriologische Auffassung, die es ja in der Tat auch dahin gebracht hat, dass vielfach recht naheliegende Dinge über dem Bazillenfängen übersehen worden sind. — Es ist von vornherein von Wichtigkeit daran zu denken, dass die Milch nicht nur ein Sekret, sondern auch ein Exkret ist, und dass nach Untersuchungen speziell von *F r ö h n e r* gerade die tierische Milchdrüse die Bedeutung eines Exkretionsorganes

für Gifte aller Art besitzt. Sonnenberger tritt hier in bewussten scharfen Gegensatz zu v. Soxhlet, der die Art des Fütterns des Milchviehes für wenig belangreich hält und sich — „abgesehen von wenigen Fällen“ von einem Einfluss des Futters auf die Milch nicht überzeugen konnte. Der Einwand Biederts, dass keine Fütterung erhebliche Schädlichkeiten in die Milch gelangen lasse, welche nicht zuvor das Vieh krank gemacht habe, sei durchaus hinfällig, da gerade die Herbivoren zur Zeit der Laktation die Eigenschaft hätten, eine Anzahl giftiger Pflanzen fressen zu können, ohne durch deren toxische Wirkung belästigt zu werden, eben deshalb, weil durch die gesteigerte Funktion der Milchdrüse das eingedrungene Gift schnell und reichlich mit der Milch ausgeschieden werde. Die hier in Betracht kommenden toxischen Substanzen, welche Sonnenberger „Futtergifte“ nennt, gehören zu den Alkaloiden, den Glykosiden, den Sacchariden. Während einzelne Glykoside ungiftig sind, müssen andere z. B. das Solanin aus den Kartoffelkeimen und der Schlempe, das Digitalin, das Myroxin aus dem Samen Sinapis als starke Gifte betrachtet werden. Eine grosse Anzahl dieser Stoffe, welche hauptsächlich zu den Pflanzenalkaloiden gehören, bleiben selbst bei hohen Hitzegraden unverändert und werden daher durch das Sterilisieren der Milch nicht beeinflusst, z. B. das Kolchizin, das Aconitin. Neben den oben erwähnten Stoffen kommen Toxalbumine, Fermente und Enzyme, ätherische Öle und Extraktivstoffe in den Futterpflanzen vor, weiterhin zweibasige Säuren, wie Oxalsäure in den Blättern der Runkelrüben, der Kartoffeln und der Weintrauben. — Bei der bekannten mangelhaften Fähigkeit der kindlichen Verdauungsorgane, Gifte wirkungslos oder mindestens weniger wirksam zu machen, müssen sich bei einer derartigen Ernährung notwendig Störungen im Magen- und Darmtraktus ergeben, und zwar wird es sich in einer Reihe von Fällen um den Symptomenkomplex von Reizung des Magendarmkanales oder um rein toxische Verdauungsstörungen, in andern Fällen aber auch um die charakteristischen Symptome der einzelnen Giftwirkung handeln. — Da nun, wie oben erwähnt, eine nachträgliche Vernichtung dieser Gifte nicht möglich ist, so müssen wir dafür Sorge tragen, dieselben von dem Futter des Milchviehes fernzuhalten. Um das zu erreichen, ist es erforderlich, dass die Wiesen- und Weidewirtschaft rationeller betrieben und gegen die Überhandnahme der Verunkrautung vorgegangen werde. Auch ist die Verfütterung von Rübenschitzeln, Schlempe, gekeimten Kartoffeln und faulendem Grünfutter an Milchkühe zu verhindern. Der Vertrieb der Handelsfuttermittel muss einer scharfen behördlichen Kontrolle unterliegen (mit Kornrade und anderen Unkrautsamen verunreinigte Kleie etc.!).

Dass auf dem von Sonnenberger angegebenen Wege zweifellos viel Gutes zu erreichen wäre, bedarf wohl keiner weiteren Auseinandersetzung; wir werden auch theoretisch an den von ihm aufgestellten Grundsätzen nicht zweifeln dürfen, — praktisch ist es allerdings bedauerlich, dass weder ihm noch andern vorläufig der direkte Nachweis der erwähnten Gifte in der Milch gelungen zu sein scheint, und dass es auch sehr schwer, wenn nicht unmöglich sein wird, die Frage experimentell zu entscheiden, — das aber scheinen die Herren Bakteriologen zu verlangen! —

Wie wir sehen, ist die Ausbeute auf dem Gebiete der Ätiologie keine grosse: wir sind zwar ein Stück weiter als etwa vor 10 Jahren, aber

wir sind noch keineswegs imstande, auf Grund bakteriologischer Befunde bestimmte scharf gesonderte und unbestrittene Krankheitsbilder aufzustellen, um dadurch für die Diagnose oder gar für die Therapie eine Richtschnur zu erhalten. Wir bleiben eben — wie früher — auf die klinische Beobachtung angewiesen. Hier ist es nun doch allmählich gelungen, einigermassen eine Einigung zu erzielen und gewisse Prinzipien aufzustellen, nach denen man sich für die Klassifizierung der Darmkrankheiten richten kann. Ein gewisser Skeptizismus tritt freilich auch hier zutage; Heubner z. B., der es versucht, das Symptomenbild der Dünndarmkatarrhe von dem der Dickdarmkatarrhe zu scheiden, bemerkt sofort: „Ganz unbeteiligt bleibt freilich bei keiner ernsteren Erkrankung weder der eine noch der andere Darmabschnitt, und so gehen die darzustellenden Krankheitsbilder im Einzelfalle oft ganz ineinander über; aber immerhin ist es nützlich, einige Typen des Krankheitsverlaufes zu unterscheiden.“ — — „Man darf freilich nicht meinen, dass sich dabei etwa die pathologisch-anatomische Lokalisation mit den verschiedenen klinischen Variationen ganz deckt.“ So unterscheidet er die einfache Dyspepsie, die anscheinend überhaupt nicht von erheblichen anatomischen Veränderungen begleitet ist, bei der das Allgemeinbefinden wenig gestört ist und das ganze Krankheitsbild auf einer Stagnation der Nahrung mit abnormen Gärungserscheinungen zu beruhen scheint. —

Die nächste Stufe bildet der „D a r m k a t a r r h m i t a l l g e m e i n e n V e r g i f t u n g s e r s c h e i n u n g e n“ und den Zeichen einer entzündlich-katarrhalischen Erkrankung der Darmwand als anatomischem Substrat. Diese letztere führt zu abnorm vermehrter Darmsekretion und damit zu reichlichen Entleerungen, das Allgemeinbefinden wird stark gestört, Erbrechen tritt auf. Diese Erkrankung kann plötzlich, anfallsweise, in einen noch gefährlicheren Zustand, die Cholera infantum mit ihren bekannten Erscheinungen übergehen.

Der Darmkatarrh sowie die Cholera infantum können übergehen in eine andre klinische Form der Darmerkrankung, — in die Enteritis follicularis, welche anatomisch charakterisiert ist durch eine wirkliche Entzündung der Schleimhaut, zumeist in den untersten Partien des Dickdarms, manchmal aber über den ganzen Dickdarm und Teile des Dünndarms verbreitet.

Diesen akuten Darmkrankheiten stehen die chronischen Magen- darmerkrankungen gegenüber, die Heubner nicht weiter klassifiziert, sondern unter dem bekannten Begriff der Pädatrophy zusammenfasst. Das Wesen dieses Zustandes ist nicht aufgeklärt, — weder die Versuche, ihn aus einer Tabes mesaraica herzuleiten, noch das Bestreben, ihn allein aus Abnormitäten des intermediären Stoffwechsels zu erklären, sind geglückt. — —

Ganz ähnlich unterscheidet Filatow: 1. Die Dyspepsie, durch Reizung der Magen- und Darmschleimhaut mit Gärungsprodukten, welche jedoch bei längerer Dauer in den Zustand einer katarrhalischen Entzündung, speziell in den Magenkatarrh übergehen kann. 2. Der Katarrh der Dünndarmschleimhaut. 3. Die Entzündung der Dickdarmschleimhaut mit vorwiegender Affektion des Follikel. Als Unterabteilung des Dünndarmkatarrhs nennt er die infektiöse Gastroenteritis mit hohem Fieber und die Kindercholera. Von chronischen Darm-

leiden unterscheidet er den chronischen Dünndarmkatarrh, die chronische folliculäre Enteritis und den chronischen Dickdarmkatarrh. Beim ersteren tritt anatomisch eine Atrophie der gesamten Darmwandung ein, beim zweiten eine Ulzeration der Dickdarm- und Mastdarmfollikel; der letzte endlich zeichnet sich aus durch starke Schleimproduktion und häufigen Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhöe. — (Schluss folgt.)

Referate.

Bericht über die 17. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte zu Düsseldorf am 5. Juni 1904.

I. Herr Maas (Aachen), Probleme der Kindersprache. Das Gesetz, dass die mit grösserer physiologischer Anstrengung zustande kommenden Laute ersetzt würden durch die mit geringerer physiologischer Anstrengung gebildeten, beruht auf einem Irrtum, weil man nur das Stadium der Lautnachahmung in Betracht zog und übersah, dass im ersten Lallstadium, zu einer Zeit also, wo das Kind unbewusst Laute produziert, alle Laute der späteren Sprache vorkommen. Wenn das Kind also in spätern Stadien einzelne Laute durch andere ersetzt, so beruht dies nicht darauf, dass die ausgestossenen Laute an und für sich schwieriger sind als andere, sondern dass die Verbindung der Laute unter Umständen eine schwierigere ist. Die Erscheinung, dass die Lippenlaute besonders häufig gebraucht werden, erklärt sich daraus, dass die Lippen durch das Saugen besonders vorgeübt sind und dass die Kinder diese Laute am besten vom Munde der Erwachsenen ablesen können.

Die Wortbildungen des Kindes sind nur Verstümmelungen gehörter Worte, niemals aber freie Erfindungen. Der Schein einer Worterfindung wird meistens dadurch hervorgerufen, dass die Verstümmelungen so hochgradig sind, dass das ursprüngliche Wort nicht mehr erkannt wird, oder aber, dass das Kind ein gehörtes und verstümmeltes Wort auf einen andern Gegenstand anwendet, als dies der Erwachsene getan hat.

Die ersten Wortbedeutungen des Kindes haben wir als Wunschworte aufzufassen und nicht als Bezeichnungen von Gegenständen und Personen. Dieser Gefühls- und Wunschcharakter der ersten Worte tritt dann allmählich zurück gegenüber der mehr gegenständlichen Bezeichnung dessen, was wahrgenommen wird. Aber auch diese Wortbedeutungen entstehen nach ganz einfachen Gesetzen.

Bezüglich der Frage, ob die Entwicklung der Kindersprache eine Wiederholung der Sprachentwicklung der Menschheit sei, muss zugegeben werden, dass gewisse Analogien zwischen Kindersprache und der Sprache tiefer stehender Völker existieren. Andererseits aber wird die Entwicklung der Kindersprache durch die Sprache der Umgebung so beeinflusst, dass von einer Wiederholung einer Sprachentwicklung nicht die Rede sein kann.

II. Die Tuberkulose des Säuglingsalters:

Die Eintrittspforten der Tuberkulose. Ref. Herr B. Fischer (Bonn)*). Die beiden grossen Tuberkulosedebatten der letzten Jahre, die sich an die Namen Koch und v. Behring anknüpfen, haben fast denselben Verlauf gehabt. Statt fundamentale Neuerungen einzuführen, haben sie die alten Anschauungen im wesentlichen nur gefestigt. Für das Zustandekommen einer lokalen Tuberkulose ist nicht nur die Infektion mit den Tuberkelbazillen erforderlich, sondern sind noch zahlreiche endogene Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung, die wir unter dem Namen der Disposition zusammenfassen. Eine absolute Immunität gegen Tuberkulose kommt beim Menschen wahrscheinlich überhaupt nicht vor. Die Tuberkelbazillen selbst können sehr verschiedene Virulenz besitzen. Die anatomischen Arbeiten der letzten Jahre (Naegeli, Burkhardt u. a.) haben gezeigt, dass sich tuberkulöse Herde fast bei jedem Erwachsenen finden, dass die Infektion mit zunehmendem Alter immer mehr Menschen befällt. Trotzdem ist eine ubiquitäre Verbreitung der Bazillen nicht anzunehmen, sondern die erkrankten Individuen sind in letzter Linie stets die Infektionsquellen. Gegenüber allen Uniformierungsversuchen ist zu betonen, dass die Wege der Infektion sehr verschiedene sind: 1. Eine Vererbung der Tuberkulose gibt es nicht, wohl aber ist eine intrauterine Infektion möglich und nach Schmors's Untersuchungen über die Plazentartuberkulose sogar viel häufiger, als man bisher annahm. Von letzterer aus können alle Arten der Säuglingstuberkulose verursacht werden. 2. Dem Säugling droht erwiesenermassen die grösste Gefahr durch den ständigen Aufenthalt in der Nähe erkrankter Personen. 3) Die postfoetale Tuberkulose kann auf sehr verschiedene Weise entstehen a) häufig entsteht sie beim Säugling durch primäre Darminfektion (infizierte Milch), wie die nicht selten vorkommende isolierte Mesenterialdrüsentuberkulose beweist; b) häufiger jedoch entsteht sie durch Infektion vom Respirationstraktus aus, da wir bei Kindern weit häufiger isolierte Bronchialdrüsentuberkulose finden und die Tuberkulose in der Regel stets die regionären Lymphdrüsen zuerst befällt (Cornet). In den meisten Fällen sind also die den erkrankten Lymphdrüsen zugehörigen Wurzelgebiete die Stellen der primären Infektion; c) an dem Vorkommen einer primären echten Inhalationstuberkulose zu zweifeln, liegt kein Grund vor; d) auch die Lungenschwindsucht kann auf hämatogenem Wege von irgend welchen tuberkulösen Lymphdrüsen des Körpers aus ihre Entstehung nehmen (Orth, Baumgarten, Weigert, Ribbert u. a.) Die v. Behring'sche Anschauung, dass die menschliche Lungenphthisis in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle durch Genuss der Milch perlsüchtiger Kühe und primäre Darminfektion im Kindesalter entstehe, ist unhaltbar. Gründe: 1) die stärkere Durchlässigkeit des Darmes für Bazillen im Säuglingsalter ist nicht bewiesen. 2) Es widerspricht allen Kenntnissen von der Biologie des Tuberkelbazillus, dass derselbe jahrzehntelang wirkungslos im Körper schlummern soll. 3) In Japan geniessen die Kinder niemals andere als menschliche Milch und doch ist die Phthise dort so häufig wie bei uns. Auch die von v. Behring empfohlene ungekochte Formalinmilch hat sich bisher keineswegs bewährt, da sich in

*) Vortrag erscheint in der „Münchener medizinischen Wochenschrift“.

derselben zahlreiche Bakterien, auch Tuberkelbazillen ungehindert entwickeln. Dagegen scheint in jüngster Zeit ein neuer Weg der Immunisierung durch Schildkrötentuberkulose (Friedmann) mehr Erfolg bei der Bekämpfung der Tuberkulose zu versprechen.

Herr Ungar (Bonn) referierte über „Klinik der Tuberkulose der Bauchorgane“.

Herr J. G. Rey (Aachen) an dritter Stelle über „Klinik der Tuberkulose der Atmungsorgane*“). Nach neueren Beobachtungen gehört die Säuglingstuberkulose keineswegs zu den grossen Seltenheiten, doch ist sie durchaus nicht so häufig, als die noch vielfach beliebte Diagnose „*Tabes mesaraica*“ früher vermuten liess. In den ersten Lebensmonaten ist die Säuglingstuberkulose sehr selten, mit dem Alter nimmt die Zahl der Erkrankungen zu, im 2. Lebensjahre findet sie sich schon bei $\frac{1}{2}$ aller zur Sektion kommenden Fälle. Der Verlauf ist gewöhnlich ein rapider und kann innerhalb weniger Monate, ja selbst Wochen zum Tode führen. Die Mortalität der Erkrankung, die in den ersten 4 Monaten 100% beträgt, vermindert sich umgekehrt gegenüber der Zahl der Erkrankungen mit steigendem Alter, um gegen Ende des ersten Lebensjahres auf 50%—45% zu sinken. Die Lokalisation der Tuberkulose ist auch im Säuglingsalter am häufigsten und stärksten in der Lunge und den Bronchialdrüsen, seltener im Pharynx und Larynx, etwas häufiger in den Tonsillen, zumal in der Rachentonsille zu suchen. Der Säuglingstuberkulose eigentümlich ist die fast stets vorhandene oder doch rasch eintretende Verallgemeinerung des Prozesses, aus dem der eigentümliche Verlauf und die Schwierigkeiten der Diagnose resultieren; keine der neueren Untersuchungsmethoden (Bazillennachweis — Tuberkulinprobe — Radioskopie — physikalischer Befund) sind imstande, uns noch Anhaltspunkte für die Diagnose zu geben. Die Diagnose der Säuglingstuberkulose ist eine Sache langjähriger Übung und sorgfältiger Kombination an sich oft kleiner Anzeichen. Wichtig ist vor allem das Vorhandensein lokaler tuberkulöser Prozesse der Knochen und Haut, Ulceropolyadenitis, hochgradige Dyspnoe ohne perkutorisch oder auskultatorisch nachweisbaren Grund. Die Therapie hat vor allem eine prophylaktische zu sein, da die andern Mittel bei der Schwierigkeit der Diagnose und dem rapiden progressiven Verlauf der Erkrankung nur selten Erfolg bringen können.

Herr Selter (Solingen) teilt an der Hand einer Krankenvorstellung, Praeparation und Krankengeschichten, sowie unter Erinnerung an die im Februar 1903 und 1904 aus seinem Material von Rensburg und Reimann mitgeteilten Fälle seine Erfahrungen über das Auftreten der Tuberkulide (Hauttuberkel) mit und kommt zu dem Schluss, dass infolge der dem Kindesalter und besonders dem Säuglingsalter eigentümlichen Beschaffenheit der Haut, des Lymph- und Blutapparates diese Effloreszenzen regelmässig bei einem Floridewerden irgend einer tuberkulösen Erkrankung entstehen. Bei dem Fehlen sonstiger sicherer Zeichen der Tuberkulose innerer Organe des frühen Kindesalters bieten die Tuberkulide deshalb einen sicheren diagnostischen Anhalt.

In der gemeinsamen Diskussion der Vorträge zur Säuglingstuberkulose bemerkt Herr Bloch (Köln), er möchte die Anregung geben,

*) Vortrag erscheint im „Archiv für Kinderheilkunde“.

dass gerade jetzt, wo die Brechdurchfallzeit beginnt, der B e h r i n g'schen Theorie mehr öffentlich von unserer Vereinigung entgegengetreten wird, da der berühmte Autor schon grosse Verwirrung angestiftet hat. Die Mehrzahl der Kliniker hat bereits entschiedene Stellung dazu genommen und ist zur Verwerfung der Theorie gelangt. Da aber bereits Tagesblätter diese Theorien in die Welt verbreitet haben, muss gerade jetzt die sorgfältige Vorbereitung der Säuglingsmilch neuerdings verlangt werden.

Herr S t r a u s s (Gast) erinnert daran, dass auch die Haut als Eingangspforte für die Tuberkulose der Säuglinge besonders im späteren Säuglingsalter (Kriechlinge) in Betracht komme. Das Kriechen der Kinder ist nach Möglichkeit zu verhindern, Ekzeme möglichst rasch zur Abheilung zu bringen.

Herr K r a u t w i g (Köln) fragt Herrn F i s c h e r über die Häufigkeit der im Bonner patholog. Institut festgestellten Säuglingstuberkulose. Selbst hat er an dem Obduktionsmaterial (Kinderheim und gerichtliche Obduktion atrophischer Kinder in Köln) keine Säuglingstuberkulose feststellen können.

Herr S e l t e r (Solingen): Dass der Ubiquität des Tuberkelbazillus entgegengetreten wird, ist durchaus wünschenswert, auch um die Bekämpfung der Tuberkulose am richtigen Ende anzufassen. Bei den Schleifern Solingens ist die Tuberkulose sehr häufig, infolgedessen auch die Kindertuberkulose. Wir finden hier bei Kindertuberkulosen aber stets einen Herd in der eignen Familie. Bezüglich der Infektionen mittels der Milch weise ich auf die Statistik B i e d e r t s hin, die ihm G a n g h o f e r für Böhmen bestätigte, dass die Gegenden mit viel Viehtuberkulose durchaus nicht immer viel Menschentuberkulose haben. Im Gegenteil, die Kurven über Tier- und Menschentuberkulose gehen auseinander. Dass die Säuglingstuberkulose häufiger ist, als man früher annahm, scheint mir doch nach neueren Erfahrungen wahrscheinlich, wie häufig allerdings dürfte das „Jahrhundert des Kindes“ erst lehren. R e y (Aachen).

Zusammenhänge zwischen Diphtherie und Scharlach. Von U f f e n - h e i m e r. (Aus der Kgl. Univers.-Kinderklinik in München. Jahrb. f. Kinderheilk. 1904).

Aus der vorliegenden klinisch-epidemiologischen Studie sind folgende Schlussätze hervorzuheben:

Scharlach und Diphtherie, zwei ätiologisch vollständig getrennte Krankheiten, können sich zu jeder Zeit kombinieren.

Wird ein diphtheritisch, vor allem ein am primärem Krupp Erkrankter mit Scharlach angesteckt, so ist er in hohem Masse gefährdet, während Diphtherie-Ansteckung bei bereits vorhandener Scharlach-erkrankung keine grössere Gefahr für das Leben des Betroffenen verursacht.

Sekundärer Scharlach bei vorher bestehender diphtheritischer Erkrankung wurde meist durch Hospitalinfektion verursacht. An der Spätdiphtherie bei Scharlach war die im Krankenhaus erfolgte Ansteckung nur in der Hälfte der Fälle schuld.

Tritt zu einer primär diphtheritischen bzw. kruppösen Erkrankung Scharlach, so zeigt sich der Beginn der neuen Krankheit sogleich in einem Hinaufschnellen der Temperatur zu hohen Fiebergraden. In den leichten, unkomplizierten Fällen dieser Art tritt sehr schnell

(3275)

Prof. Dr. **Soxhlet's** **Nährzucker**

reine **Dextrin-Maltose** mit Verdauungssalzen, ohne Abführwirkung; rationellster Zusatz zur Kuhmilch für die Ernährung gesunder und kranker Säuglinge, vom frühesten Lebensalter an, klinisch bewährt bei acuten und chronischen Verdauungsstörungen. Detailpreis der Büchse von 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.50.**

Verbesserte Liebigsuppe in Pulverform.
Die Büchse à 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.50.**

Nährzucker-Kakao,
wohlschmeckendes, kräftigendes Nährpräparat für Kinder u. Erwachsene, Kranke u. Genesende. Detailpreis der Büchse von 1/2 Kilo Inhalt **Mk. 1.80.**
In Apotheken und Drogerien.
Den Herren Aerzten Gratisproben und Literatur.

Nährmittelfabrik München G. m. b. H. in Pasing.

(8192)

Guderin

A. Gude's neutrales Eisen-Mangan-Pepton

Goldene Medaille 1904.
Ausstellung für Kindeswohlfahrt.
ges. gesch. i. In- u. Ausl.

Blutbildendes Kräftigungsmittel
Vorzüglich zur Verhütung von
Bleichsucht, Blutarmut

Nervosität, Appetitlosigkeit, Frauenleiden, Reconvalescenz,
Magenbeschwerden, Schwächezuständen etc. etc.

A. Gude & Co. Chemische Fabrik, **Berlin N. 20, Prinzenallee 82.**

250 gr Original-Flasche M. 2.—. Greift die Zähne nicht an. Aerztlich empfohlen.

Man verlange stets nur „**Guderin**“.

Condensirte Milch ==
„Marke Milchmädchen“



ist die **bewährteste**, von ärztlichen Autoritäten
empfohlene Kindernahrung.

Sie sichert den Kindern **gesunde,**
kräftige Entwicklung und schützt
dieselben vor dem **gefährlichen Durchfall.**

Zu haben in den Apotheken, Drogerien etc.

(3258)

Mufflers ^{sterilisierte} Kinder-Nahrung

in Glasbüchsen mit bakteriendichtem Verschlusse D. R. P. 66 767,
hat von allen Kindernährmehlen das günstigste Verhältnis der Nährstoffe untereinander,
ist reich an knochenbildenden Mineralstoffen und von unbegrenzter Haltbarkeit.



Sie wird bei Kindern in Fällen von Darm- und Magenerkrankungen
sowohl als in gesunden Tagen zur Ergänzung der Kuhmilch oder als aus-
schliessl. Nahrung mit vorzüglichem Erfolg angewendet.

Prospekte und Versuchsproben versenden unentgeltlich und kostenfrei.

— Muffler & Co., Freiburg i. B.

(3265)

LECITHIN- PERDYNAMIN

leistet ganz hervorragende Dienste bei: (3108)

**Tuberculose, Diabetes, Neurasthenie, Rachitis,
Scrophulose, allgemeiner Schwäche, seniler
Phosphaturie u. s. w.**

Von besonderer Wichtigkeit ist der Umstand, dass die Verab-
reichung des Präparates absolut ungefährlich ist, ferner dass dasselbe
allgemein bei Ernährungsstörungen mit Nutzen angewendet werden kann
und dass der Phosphor in demselben in einer organischen Verbindung
enthalten ist, welche den Körper zur Zellbildung und zum Zellwachstum
anregt.

Käuflich in den Apotheken. (3108)

Preis pro Flasche Mk. 4.—

Fabrikant: H. Barkowski, Berlin O. 27.

Lahusen's Jod- Eisen- **Leberthran**

0,2 FeJ in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 400,0 = Mark 2,30. [3308]

Lahusen's Jod- Eisen- **Leberthran c. Phosphor**

0,2 FeJ 0,01 Ph. in 100 Th. ff. Leberthran. Originalfl. 100,0 = Mark 1,30, 250,0 = Mark 2,20.

Beides bei den Ärzten sehr beliebte Präparate.

Besonders bewährt bei **Skrophulose** \diamond **Anämie** \diamond **Rhachitis** \diamond **Tuberkulose**.

Vorzüge: Feiner milder Geschmack, energische Wirksamkeit, leicht zu verdauen, keine Magen- u.
Darmstörungen, unbegrenzt haltbar, Winter und Sommer zu nehmen.

Für die Kinderpraxis unentbehrlich und unerreicht.

Nur echt bei einer Ordination mit dem Namen **LAHUSEN, BREMEN**
in allen Apotheken Deutschlands, Oesterreich-Ungarns zu haben.

Alles Nähere wie Proben und Prospekte
gratis vom Fabrikanten

Apotheker Lahusen in Bremen.

zwar nicht ein kritischer Temperaturabfall ein, aber es zeigt sich die bei Scharlach für normal geltende Lysis bedeutend abgekürzt. Das Hinzutreten einer diphtheritischen Erkrankung zu Scharlach macht sich ebenfalls meist durch Temperatursteigerung bemerkbar.

Die Scharlach-Ansteckung erfolgt bei primär diphtherie-kranken Kindern meist nach kürzester Inkubationsfrist.

Die echten diphtheritischen Affektionen bei Scharlach bieten sehr häufig nicht den gewohnten charakteristischen Anblick der Pseudomembranen dar.

Heilserum soll bei allen Scharlachfällen eingespritzt werden, die klinisch als Diphtherie oder Krupp imponieren. Mit Heilserum brauchen — ganz gleich, welcher Art die Beläge sind — diejenigen grösseren Kinder nicht eingespritzt zu werden, welche gurgeln können.

Es gibt bei Scharlach Fälle, die als echte Diphtherie resp. Krupp imponieren, bei denen aber nie Diphtheriebazillen gefunden werden können. Als Erreger kommen nicht nur Streptokokken, sondern auch andere Mikroben in Betracht.

Die Anwesenheit von Streptokokken in den diphtheritischen Belägen lässt die Prognose nicht verschlechtern.

Die Häufigkeit der bei Scharlach in dem Fauces sich findenden Beläge ist abhängig von dem momentanen Charakter der Epidemie.

S c h n e l l (Egeln).

Über die Erkrankung des Mittelohrs bei Masern. Von N a d o l e c z n y. (Aus dem Kinderspital München-Nord. Jahrb. f. Kinderheilk. 1904.)

Während einer Masernepidemie im Jahre 1903 hat N. 100 Fälle von Ohrerkrankungen beobachtet und untersucht. Die Resultate seiner und der bisherigen Untersuchungen sind folgende:

Der akute Mittelohrkatarrh und die akute exsudative oder perforative, also eiternde, Mittelohrentzündung sind die gewöhnlichsten Komplikationen der Masern. Sie entstehen hauptsächlich in den ersten zwei Wochen nach der Eruption, bisweilen schon im Prodromalstadium, weniger häufig erst zur Zeit der Desquamation. Auf Grund der bisherigen Kenntnisse muss man die Masernotitis als eine primäre nosogene ansehen. Ihre Entwicklung wird dann durch Erkrankungen der oberen Luftwege und der Lungen häufig befördert oder sogar erst veranlasst, weshalb, wie bei anderen Infektionskrankheiten, auch hier der akute Schnupfen schonend und sachgemäss (ohne Nasenspülung) behandelt werden muss.

Was nun die Symptome und den Verlauf betrifft, so war die akute exsudative Mittelohrentzündung, sei es dass sie zum Durchbruch des Trommelfells führte, sei es, dass sie spontan zurückging, stets von Schmerz und Fieber begleitet. Die Perforation bleibt meist stechnadelkopfgross, seltener vergrössert sie sich bis zur totalen Destruktion der Membran. Die Dauer der entzündlichen Erscheinungen am Trommelfell betrug bei dem akuten Paukenhöhlenkatarrh durchschnittlich 11 Tage, die Dauer der Eiterung im Mittel 3 Wochen. Ausnahmslos gelang es, die leichten zu heilen und die Trommelfellperforation zum Verschluss zu bringen. — Die subakuten und akuten Mittelohr-

katarrhe entwickeln sich im allgemeinen ziemlich symptomlos. Leichte Schmerzen wurden beim akuten Katarrh hier und da geklagt. Gewöhnlich aber haben weder Kinder noch Eltern eine Ahnung von der Ohraffektion, denn die Hörstörungen sind meist nicht gerade auffällig und werden auch oft erst später beobachtet. Am Trommelfell findet man hierbei eine frische Gefässinjektion, welche von der Shrapnellschen Membran zum Hammergriff herabzieht und bisweilen auch das eine oder andere Radiärgefäss betrifft. Die ganze Entwicklung des Prozesses vom katarrhalischen bis zum exsudativen Stadium geht meist langsamer vor sich als bei anderen genuinen Mittelohrerkrankungen. Auf jeder Stufe kann eine Rückbildung erfolgen.

Es erscheint zweifellos, dass durch eine rechtzeitig eingeleitete Behandlung dem Fortschreiten entzündlicher Prozesse Einhalt getan werden kann, sodass eine Mittelohreiterung rechtzeitig vermieden wird.

Die Therapie der Morbillenotitis ist die gleiche wie bei der gewöhnlichen Mittelohrentzündung. Solange sie nicht perforiert ist, wird man versuchen, das Exsudat womöglich zur Aufsaugung zu bringen und Neuinfektion vom Nasenrachenraum aus zu vermeiden. Den ersten Prozess erreicht man häufig durch warme Umschläge und vielleicht Einträufelungen von Karbol- oder Thymolglyzerin. N. bevorzugt das letztere und lässt von demselben in einer Konzentration von 0,1 : 50,0 zweistündliche Einträufelungen machen. Zur prophylaktischen Nasenbehandlung kann man nach Weiss 0,5% Lösung von Argentum nitricum in die Nase einträufeln lassen oder streicht Borsalbe oder Paraffinum liquidum den Kindern bei Rückenlage in die Nase ein.

Die Behandlung der Mittelohreiterung erfolgt entweder mittels Spülung mit warmer Borsäurelösung, nachheriger sorgfältiger Austrocknung und Einblasung von Borsäure oder mit der trockenen Drainage. Empfehlenswerter für die häusliche Behandlung sind Einträufelungen von Wasserstoffsperoxyd in der gewöhnlichen oder in 6 vol.-proz. wässriger Lösung.

Rezidive der Mittelohreiterung bei Masern sind selten.

Unbehandelte oder vernachlässigte Fälle kommen dagegen häufig nicht zur Heilung oder aber sie hinterlassen beträchtliche Zerstörungen im Mittelohr und dementsprechende Schwerhörigkeit.

S c h n e l l (Egeln).

Über die Behandlung des Pemphigus neonatorum. Von Ballin.
(Aus dem Kinderasyl der Stadt Berlin. Therapie der Gegenwart, Juli 1904).

Der erste Punkt der Behandlung ist strenge Isolation der erkrankten Kinder. Besonders wichtig ist dann auch der Abschluss der Blase durch eine Behandlungsmethode, die nach Art eines Okklusivverbandes das Verschmieren der infektiösen Sekrete so gut wie völlig aufhebt.

Die zweite Aufgabe, die sich die Behandlung zu stellen hat, ist die Verhinderung der Autoinokulation. Ebenso wie von Kind zu Kind resp. Erwachsenen die Übertragung stattfindet, ebenso findet

am Körper des Kindes eine Ausbreitung der Erkrankung nur durch Selbstinfektion statt. Bei schwachen und hautkranken Kindern können deshalb die Eruptionen ganz enorme Ausdehnungen annehmen, da das Virus überall disponierten Boden findet.

Die dritte Aufgabe der Behandlung ist die Beförderung der Heilung. In Fällen von wenig ausgedehntem Pemphigus hat sich folgende Methode bewährt: Nach Abtragung der Blase wird Ichthargan-Mixtur (Rp. Ichthargan 5,0, Tragacanth 1,5, Aq. destill. ad 50,0) auf die Wundfläche aufgestrichen, eine dünne Schicht Watte daraufgedrückt und noch einmal die Lösung darauf gestrichen. Unter dieser ziemlich festhaftenden Decke heilt die Stelle ab, nur selten ist es notwendig, die Stelle ein zweites Mal zu bekleben. Diese Hülle bleibt solange liegen, bis sie von selbst abfällt, was nach 4—5 Tagen geschieht, nachdem die Heilung eingetreten ist. Nur bei ganz elenden Kindern muss infolge geringer Heilungstendenz der Haut die Pinselung öfter wiederholt werden.

Für die Behandlung der ausgebreiteten Form erweist sich als ein hervorragendes Heilmittel die von Bardelebensche Wismuthbrandbinde, mit der der ganze Körper des Kindes eingewickelt wird. Um eine Beschmutzung des Verbandes, der mehrere Tage liegen bleiben soll, zu verhindern, ist der Bendix-Finkelsteinsche Apparat für Stoffwechseluntersuchungen empfehlenswert.

In der Behandlung des Pemphigus am Kopfe hat sich das Unguent. sulfurat. rubr. bewährt. Jedoch ist es erforderlich, die behaarten Stellen vorher zu rasieren.

In einzelnen Fällen von ausgebreitetem Pemphigus wurde ein guter Erfolg von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde in Verbindung mit Anwendung des Bendix-Finkelsteinschen Apparates erzielt.

In der Nachbehandlung bewähren sich die vielfach empfohlenen Eichenrindenbäder. S c h n e 11 (Egeln).

De la dermatite herpétiforme de Dühring-Brocq chez l'enfant.

Par J. Hallé. (Archives de méd. des enfants. VII. 1904).

Der Verfasser gibt eine zusammenfassende Beschreibung dieser Krankheit nach eigenen Beobachtungen und den in der Literatur befindlichen, sowie auch die Krankengeschichte einer Patientin, bei welcher jahrelang der Verlauf der Dühringschen herpetiformen Dermatitis verfolgt werden konnte. Interessant war in diesem Falle das Auftreten von Albumin im Harn, von Anurie und eklamptischen Anfällen nach Beendigung einer lange dauernden Periode von schweren Hauteruptionen. Derartige Fälle würden die Theorie der toxischen Einflüsse in der Ätiologie dieser noch nicht genau erklärten Krankheit erheblich stützen. Von Jaquet wurden Fälle mitgeteilt, bei welchen die Perioden der Dermatose mit Oligurie, Verminderung des Harnstoffes, der Harnsäure und der Phosphate zusammenfielen. In anderen Fällen wechseln asthmatische Anfälle mit den Dermatosen ab.

Die Krankheit hat einen sehr langwierigen, schleppenden Verlauf; Perioden von relativem Wohlsein wechseln mit solchen, wo die schwersten Hauteruptionen auftreten und der Kranke infolge derselben und der begleitenden Schmerzen ausserordentlich herunter-

kommt. Bei manchen Kindern wurde eine Heilung mit Auftreten der Pubertät beobachtet, andere hingegen litten bis in das reifere Alter. Von einer Behandlung ist nur wenig zu erwarten, dieselbe ist auch je nach dem Patienten verschieden. Manchen nützen Salbenverbände, während andere sich unter Pulververbänden besser fühlen. Auch die innere Behandlung gibt keine sicheren Resultate. Von manchen wird Chinin, Ergotin, Strychnin, Ol. jecoris Aselli empfohlen. Auch die arsenikale Medikation gibt mitunter günstige Resultate, ebenso auch die Nervina, Belladonna und Valeriana; Hygiene der Haut, blande Diät und Regelung der Verdauungsfunktionen vervollständigen die ärztlichen Massnahmen in der Behandlung dieser Krankheit.

E. T o f f (Braila).

Les Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant. Par Moizard, Denis et Rabé. (Archives de méd. des enf. VII. 1904.)

Bösartige Geschwülste sind selten in der Kindheit, auch sind sie meist viszeral, während die Lokalisation an den Tonsillen zu den sehr seltenen gerechnet werden muss. Charakteristisch für diese Geschwülste ist der rasche Verlauf, sodass dieselben in wenigen Monaten zum Tode führen. Der von dem Verfasser beobachtete Fall betraf einen 9jährigen Knaben, welcher eine Hypertrophie der linken Mandel darbot, während die rechte normal erschien. Dabei war die Stimme näselnd, doch bestanden keine Schmerzen, und das Schlucken war kaum gestört. Die Geschwulst war rund, glatt, rot, mit vaskularisierter Oberfläche und nicht ulzeriert. Dieselbe zeigte eine deutliche Resistenz, war elastisch, aber schmerzlos. Unter den Augen der Verfasser wuchs der Tumor rasch zu bedeutender Grösse heran, namentlich nachdem ein Inzisionsversuch gemacht worden war, derart, dass die Respiration erheblich gehindert wurde und man sich, um das Leben zu verlängern, zur Operation entschloss. Dieselbe wurde auch unter breiter Eröffnung vorgenommen, die Heilung ging glatt vonstatten, der Allgemeinzustand wurde ein recht guter, doch trat fünf Wochen später ein Rezidiv auf, welches enormen Umfang annahm, sich auf Wangen, Zahnfleisch, Rachen, Gaumen und Mittelohr erstreckte und durch Entkräftung, Schluck- und Atmungsbehinderung zum Tode führte. Der ganze Zustand hatte 6 Monate gedauert.

Die Autopsie und die Untersuchung des operativ entfernten Tumors zeigte das Vorhandensein eines kleinzelligen Rundzellensarkoms. In der Literatur sind nur 15 Fälle von Sarkom oder Lymphadenom der Tonsillen bei Kindern veröffentlicht, von denen drei nicht ganz sicher sind, sodass nur 12 zweifellose Fälle bleiben. Von diesen wurden nur fünf operativ behandelt, doch waren die Resultate ungünstige, da immer sehr spät zur Operation gegriffen wurde. Möglicherweise würde ein frühzeitiges Erkennen und Operieren von gutem Erfolge begleitet sein.

E. T o f f (Braila).

Anwendung der Lumbalpunktion bei Uraemie. Von Seiffert. (Münch. med. Wochenschr. 1904 No. 10).

Während einer schweren Scharlachepidemie, die sich einesteils

durch ein schweres Initialstadium, bei dem unter akut einsetzenden Krämpfen oft in wenigen Stunden der Tod eintrat, andererseits durch die vielfachen Komplikationen mit Nephritis auszeichnete, die eine auffallend grosse Mortalität durch Uraemie hatte, konnte S. beobachten, dass sämtliche Fälle von Uraemie, die mit Lumbalpunktion behandelt wurden, in Heilung ausgingen.

Die Technik war folgende: In Seitenlage wurde stets zwischen 12. Brust- und 1. Lendenwirbel punktiert. Als Punktionsnadel diente eine ca. 10 cm lange Hohnadel, die auf eine Spritze von 10 g Inhalt passte; sofort nach dem Einstich, sobald einige Tropfen der glyzerinartigen Flüssigkeit austraten, wurde die Spritze angesetzt und durch völliges Aufziehen derselben möglichst stark angesaugt. Die Menge der entleerten Flüssigkeit betrug zwischen 5 und 30 g.

Ob die Lumbalpunktion nicht nur bei Scharlachuraemie, sondern auch bei allen anderen Uraemieförmigen, die gleiche Wirkung hat, das festzustellen hatte S. bisher keine Gelegenheit. — Auch bei den Initialkrämpfen des Scharlach, die man sonst meist tödlich enden sah, war die Lumbalpunktion jedesmal von so mächtiger und nachhaltiger Wirkung, dass kein Todesfall mehr eintrat.

S c h n e 11 (Egeln).

Styracol bei akuter und chronischer Enteritis. Von Engels. (Ther. der Gegenw. No. 81, 1904).

Mit Styracol (Guajakol-Zimtsäureäther), welches nach den experimentellen Untersuchungen von Knapp und Suter (Archiv f. exper. Pathol. und Pharmakol. 1903, Bd. 50) wirksamer ist als unsere besten Guajakolpräparate, hat Engels bei akuter und chronischer Enteritis vorzügliche Resultate erzielt.

Um die Styracolwirkung an möglichst einwandfreien Fällen zu studieren, wurden besonders solche Patienten ausgewählt, bei denen bei anhaltenden Diarrhöen aus der Qualität des Stuhles neben funktionellen auch auf anatomische Störungen geschlossen werden konnte. Absichtlich wurde dabei öfter die Diät vernachlässigt, um die reine Wirkung des Styracols kennen zu lernen. Beschrieben werden im ganzen 17 Fälle. Als zweckmässige Dosen ergaben sich bei Säuglingen 0,25, bei älteren Kindern 0,5, bei Erwachsenen 1,0 g, 3—4 mal täglich. Man kann zwar unbedenklich 6 g und mehr geben, es hat sich aber gezeigt, dass so grosse Dosen zum mindesten überflüssig sind.

Aus der Beobachtung von Engels' geht hervor, dass Styracol natürlich ebensowenig ein Allheilmittel für die Enteritiden ist, wie alle übrigen Darmantiseptika; sicher aber hat das Styracol vor vielen Darmdesinfizientien die Vorzüge relativer Ungiftigkeit und Unschädlichkeit für den Magen — die Aufspaltung in die beiden sehr stark antiseptischen Komponenten Guajakol und Zimtsäure erfolgt erst loco laesae functionis, im Darm — voraus.

Obwohl Engels ausdrücklich hervorhebt, dass das Styracol auch tuberkulöse Durchfälle günstig beeinflusst habe, hat er sich darauf beschränkt, die gute antidiarrhoische Wirkung des Präparates fest-

zustellen. Über klinische Versuche bezüglich der Wirksamkeit des Styracols bei reiner Lungenphthise, zu denen die günstige Zusammensetzung des Styracols geradezu auffordert, berichtet der Autor merkwürdigerweise nichts. P.

~~~~~

## Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

*Pemphigoide Skarlatina.* Von G. Z. Petrescu.

Verfasser spricht die Ansicht aus, dass es sich in den Fällen von pemphygoider Skarlatina um eine Toxininfektion internen, wahrscheinlich digestiven Ursprunges handle. Infolge der gestörten Nierentätigkeit kommt es zu einer Retention von Toxinen, welche ihren Ausgang durch die Haut suchen. Zur Bildung der Blasen dürften auch trophoneurotische Störungen beitragen, wie dies für wahren Pemphigus von Petrini-Galatz nachgewiesen wurde. Zum Zustandekommen dieser Veränderungen gehört auch eine spezielle Disposition von Seiten der blutbildenden Organe.

(Spitalul, 1904).

E. T o f f (Braila).

*Paralysies diphthériques guéries par le sérum.*  
Par J. Comby.

Es sind bereits von mehreren Autoren Fälle veröffentlicht worden, in welchen diphtheritische Lähmungen durch antidiphtheritische Serumeinspritzungen geheilt wurden. Auch C. hat vier derartige Fälle beobachtet und gibt die Krankengeschichte eines fünften ihm von M a n d r a s mitgeteilten, in welchen verschiedenartige postdiphtheritische Lähmungen meist schwerer Natur durch Serumeinspritzungen auffallend günstig beeinflusst wurden. Er ist daher der Ansicht, dass alle derartig erkrankten Kinder eingespritzt werden sollen, gleichgiltig ob dieselben früher einer antidiphtheritischen Kur unterworfen worden waren oder nicht. Es ist nicht unmöglich, dass die Toxine der Diphtherie wochen- und auch monatelang im Körper zirkulieren und die Veranlassung zu verschiedenen Lähmungen geben, sodass die Wirkung des antidiphtherischen Serums auf diese Weise zu erklären wäre. C. hat das R o u x s c h e Serum in Dosen von 10—20 cc benützt.

(Arch. d. méd. des enf. 1904).

E. T o f f (Braila).

*De l'argent colloïdal et de son emploi dans le traitement des angines avec adénopathies.* Par J. Feillard.

Verfasser hat das kolloidale Silber oder Collargol in 17 Fällen von Anginen mit Schwellung der Drüsen angewendet und gute Re-

sultate erzielt. Er benützte meist von einer 15% Salbe 1—2 gr je nach dem Alter des Kindes und liess dieselbe gründlich 10-15 Minuten lang auf die Retro- und Submaxillargegend einreiben. Namentlich bei den auf Streptokokken- und Staphylokokkeninfektion beruhenden Anginen erzielt man rasches Verschwinden der Drüsenschwellung, Abfall des Fiebers und Verbesserung des Allgemeinzustandes. Auch in Fällen von diphtheritischer Angina vermindert das Collargol die Adenopathie.

(Thèse de Paris 1904).

E. T o f f (Braila).

Note sur l'absorption des graisses chez les enfants. Par P. Nobécourt et Prosper Merklen.

Die Verfasser haben 15 Kinder aus der Abteilung des Prof. Hutinel, die im Alter von 17 Tagen bis 35 Monaten sich befanden, einer eingehenden Untersuchung mit bezug auf die Resorption von Fettsubstanz unterworfen und sind zu folgenden Resultaten gelangt: Der Unterschied zwischen der ingerierten und der in den Fäzes eliminierten Buttermenge wurde als Menge der resorbierten Fettsubstanz betrachtet, und es ergab sich, dass gesunde Kinder ein grosses Absorptionsvermögen für Fette besitzen, selbst die vorzeitig geborenen, während dyspeptische oder schwächliche Kinder eine Verminderung dieser Resorption aufweisen. Gewisse Darm- oder Lungeninfektionen bei Säuglingen haben eine mehr oder weniger lange andauernde Verminderung der Fettabsorption zur Folge. Mit der Besserung des krankhaften Zustandes geht auch eine Vermehrung der intestinalen Fettaufsaugung einher. Bei Myxoedem wurde eine Verminderung der in Rede stehenden Absorption und eine Vermehrung derselben unter dem Einflusse der thyreoidealen Behandlung konstatiert. Diese Untersuchungen lassen auch die guten Resultate verstehen, welche man in gewissen Fällen durch abgerahmte Milch oder Buttermilch in der Ernährung der Säuglinge erzielt.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. 1904).

E. T o f f (Braila).

Die traumatische Ablösung der unteren Epiphyse der Tibia bei einer Fraktur der Unterschenkelknochen. Von Al. Bolintineanu und V. V. Gradinescu.

Der betreffende 14jährige Knabe wurde beim Reiten vom Pferde abgeworfen und flog über den Kopf desselben hinweg. Beim Fallen trat er auf den innern Rand des rechten Fusses und wurde derselbe durch die Schleuderkraft des Falles noch etwa 1 Meter weit auf dem Boden geschleift. Man fand an der innern Seite des rechten Fussgelenkes eine stark blutende Wunde, aus welcher das untere Ende eines Knochens hervorragte, und ergab die nähere Untersuchung eine Trennung des unteren Tibiaendes von der Epiphyse. Ausserdem bestand noch ein Bruch der Fibula.



Derartige epiphysäre Ablösungen sind selten und kommen mit bezug auf die Seltenheit des Vorkommens an zweiter Reihe unmittelbar nach der Epiphysentrennung des unteren Femurendes.

Die Einrichtung und Erhaltung der getrennten Knochenstücke in der richtigen Lage konnten nicht erzielt werden und wurde der Fuss in eine Hohlschiene gelegt. Ausserdem machte man praeventiv, da die Wunde mit Erde stark verunreinigt war und in diesem Zustand 24 Stunden verblieben war, zwei Einspritzungen mit je 14 cc antitetanischem Serum.

(Spitalul. 1904.)

E. T o f f (Braila).

Ein neuer Vorgang zur Erhaltung der Naht in der Operation der Hasenscharte. Von A. Munteanu.

Der mit zwei photographischen Abbildungen ausgestattete Aufsatz gibt eine Beschreibung der an der Abteilung von M a m u l e a üblichen Operationsmethode der Hasenscharte. Es wird vor allem eine Aseptisierung der Mundhöhle durch vorhergehende oftmalige Waschungen mit 4% Borsäurelösung angestrebt. Nach vorgenommener Operation ist das Wichtigste die Verhütung des Einschneidens der Nähte, da hierdurch in den meisten Fällen die operativen Resultate zunichte gemacht werden. Um also die Teile möglichst ruhig zu stellen und einander zu nähern, werden an jeder Wangenseite vor dem Ohre je ein Gazestreifen mit Kollodium befestigt und unter der Nase, über der Lippenmitte geknotet. Ausserdem wird die Ernährung des betreffenden Kindes durch eine Nélatonsche Sonde vorgenommen.

(Spitalul. 1904.)

E. T o f f (Braila).

### Kleine Mitteilungen.

Der erste internationale Kongress für Erziehung und häuslichen Schutz von Kindern wird im September 1905 in Lüttich (im Anschluss an die dort abzuhaltende Weltausstellung) tagen. In 4 Abteilungen wird sich der Kongress mit folgenden Gegenständen zu befassen haben: Studium des Kindesalters; Erziehung von Kindern (Erziehung durch die Eltern im Hause, Zusammenarbeit der Familie mit der Schule, Erziehung in der Familie nach der Schulzeit); abnorm veranlagte Kinder; verschiedene Wege der Forschung mit bezug auf die Kindheit.

# Der Kinder-Arzt.

## Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

November 1904.

No. 11. (179.)

**Inhalt:** Originalien: **Klatt**, Neuere Arbeiten über Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters. 241. — **Neter**, Eine eigentümliche Begleiterscheinung der chronischen Stuhlverstopfung im Kindesalter. 250. — **Referate:** Bericht über die 18. Versammlung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte zu Köln. 254: **Selter**, Arthritis fibrosa; Darminvagination. 254. — **Krautwig**, Geschwür der Wange; Verknöcherungslücken im Schädeldach Neugeborener. 255. — **Rensburg**, Angeborene Gliederstarre. 255. — **Cantrowitz**, Buttermilchernährung. 256. — **Faber**, Serumbehandlung und Diphtheriemortalität. 257. — **Gripou**, Lungentuberkulose und Thiocol. 258. — **Pinet**, Thiocol im Kindesalter. 258. — **Babonneix**, Progressive Muskelatrophie. 260. — **Comby et Davel**, Myositis ossificans progressiva. 260. — Aufruf an die Vereinigungen für Kinderpsychologie und Heilpädagogik und die Freunde dieser Wissenschaften. 261. — **Gesundheitspflege:** **Kruse und Doepner**, Die Ruhr und ihre Bekämpfung. 263. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 234.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

## Neuere Arbeiten über Magen- und Darmkrankheiten des Säuglingsalters.

Von Dr. Hans Klatt-Marienwerder, leitender Arzt des städt. Krankenhauses.

(Schluss.)

Trumpp endlich, der sich nach Escherichs Vorgang richtet, teilt die Darmkrankheiten folgendermassen ein: 1. **Dyspeptische Affektionen** und zwar a) bei exzessiver Säurebildung, b) bei mangelhafter Säurebildung. 2. **Katarrhalische Affektionen**, als Folgezustand der Dyspepsie oder Vorstadium entzündlicher Prozesse. Darmschleimhaut hyperämisch, geschwellt, aufgelockert, viel Schleim produzierend, Follikel geschwellt. 3. **Entzündliche Affektionen**, Folgezustand dyspeptischer oder katarrhalischer Prozesse oder primäre Erkrankung der Solitärfollikel unter Begleitung entzündlicher Katarrhs der Schleimhaut. In dieser letzteren Schwellung, Entzündung, event. Eiterung und Geschwürsbildung, Schwellung der Mesenterialdrüsen. 4. **Chronische Affektionen**, entweder im Anschluss an die vorgenannten krankhaften Zustände oder Folge von Störungen im intermediären Stoffwechsel. Anaemie der katarrhalisch affizierten Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung, später umfangreicher Verlust des Epithels, Schwellung und Vergrösserung der Mesenterialdrüsen. — —

Es ist nicht möglich und auch nicht nötig, hier die Symptome dieser einzelnen Affektionen zu schildern, dieselben sind ja in jedem Lehrbuche zu finden. Es kam mir hier nur darauf an, zu zeigen, dass im Grossen und Ganzen in bezug auf die Einteilung der Darmkrankheiten eine Einigung erzielt ist, und dass es, wenn man diese Einteilung kennt, nicht schwierig ist, im allgemeinen in der Diagnose und damit auch in der Therapie das Richtige zu treffen. —

Von dieser mehr systematischen Betrachtung wollen wir uns nunmehr abwenden und einzelne weitere interessante Beobachtungen aus den letzten Jahren besprechen:

Die oben auseinandergesetzten Krankheitsbilder bezogen sich im allgemeinen nur auf künstlich ernährte Kinder. Brustkinder sind ja, wie wir wissen, Verdauungskrankheiten gegenüber erheblich widerstandsfähiger, die bei ihnen auftretenden Störungen haben im allgemeinen auch eine ganz andere Aetiologie als die ersteren. Die häufigste von diesen Störungen ist die *Dyspepsie*, sie entsteht entweder durch Überfütterung, d. h. also durch eine zu grosse Quantität einer normalen Milch, oder durch eine für das Kind zu gehaltreiche Milch, — oder durch Unterernährung. Die Ursache kann aber auch im Säugling selbst liegen, und zwar in angeborener Schwäche, Neigung zu Rachitis, in Malaria. Nun hat Raczynski bei Brustkindern einen dyspeptischen Zustand beobachtet, den er *Dyspepsia intestinalis acidan* nennt. Aus seinen Untersuchungen zieht er folgende Schlüsse: Es kommen bei Brustkindern Erkrankungen vor, bei denen der Stuhl grössere Fettsäuremengen enthält; sie verursachen eine Reihe von Erscheinungen, wie häufigen Stuhl, Meteorismus und Schlaflosigkeit. Diese Säurebildung ist nun in seinen Fällen nicht auf eine abnorme chemische Zusammensetzung der Milch zurückzuführen, es kann sich also in diesen Fällen nur um eine gesteigerte Entwicklung von Gärungskeimen im Darm handeln. — Bei diesen Erkrankungen hat sich weiterhin gezeigt, dass der Fettgehalt des Stuhles immer höher ist als unter normalen Verhältnissen. Daraus ist zu schliessen, dass die erhöhte Azidität die Ausnützung des Fettes erschwert. Diese *Dyspepsia acidan* ist aber von der Dyspepsie durch übermässige Salzsäurebildung (Escherich, siehe oben) wohl zu unterscheiden.

Von der letzteren haben wir besonders durch Knöpfelmachers Untersuchungen nähere Kenntnis. Diese Dyspepsie durch Hyperchlorhydrie kommt nach ihm besonders zwischen dem 5. und 10. Monat vor, sie äussert sich durch Obstipation und stürmisches Erbrechen stark saurer Massen. Der Mageninhalt wies bis 0,9% freie HCl. auf; dieser hohe HCl-Gehalt bewirkt eine spastische Pylorusstenose, durch welche die Symptome sich leicht erklären lassen. —

Die vorher erwähnte saure Gärung (d. h. durch Fettsäure resp. andre organische Säuren) scheint ein eigentümliches Krankheitsbild zu bedingen, über das in der letzten Zeit mehrfach berichtet worden ist. Von Amerikanern zuerst ist ein Zustand unter dem Namen des „zyklischen Erbrechens“ beschrieben worden, der in Paroxysmen von unstillbarem Erbrechen mit im Übrigen unbestimmten Allgemeinerscheinungen bestand. So beschreibt z. B. Edsall einen solchen Fall, der einen Knaben betrifft. Es zeigte sich hierbei nun, dass nicht nur zur Zeit der Anfälle, sondern auch schon einige Zeit vorher im Urin Azetessigsäure, Azeton

und Oxybuttersäure im Urin nachzuweisen war. Edsall ist der Ansicht, dass es sich hierbei um eine Säureintoxikation unbekanntem Ursprungs handle, und sieht den Beweis in dem Erfolg der Behandlung durch grosse Dosen von Natron bicarbonicum. Gab er dieses vor dem Anfall, so konnte er letzteren meistens kupieren. Man soll nach seiner Vorschrift soviel Alkali geben, bis der Urin alkalisch wird. —

Griffith beschreibt 4 Fälle bei Kindern von 5—8 Jahren, von denen zwei starben. Die Anfälle traten in Zwischenräumen von einigen Wochen bis Monaten auf. Die Kinder waren bis dahin stets gesund gewesen und hatten nur an Obstipation gelitten. Es trat Erbrechen auf, das mehrere Tage anhielt, einmal 10 Tage! Die Temperatur war gesteigert, eine Nephritis war sicher nicht vorhanden (also nicht urämisches Erbrechen!) Es handelte sich nach Griffith's Ansicht nicht um gastrische Krisen, sondern wohl um Neurosen toxischen Ursprungs: Über Azetonbefund sagt G. nichts. Nun hat neuerdings Marfan einige hierher gehörige Fälle beobachtet, die er ihrem Wesen nach als auf Azetonämie beruhend bezeichnet. Er schildert den Zustand als eine akute, wenig fieberhafte Krankheit mit unstillbarem Erbrechen und Azetonämie; Azetongeruch aus dem Munde, Übelkeit, Leberschwellung, Einsinken des Abdomens, unregelmässige Atmung, allgemeine Schwäche. Dauer 5 bis 6 Tage, bei seinen Fällen Ausgang in Genesung. Er bezeichnet die Krankheit als *paroxysmales Erbrechen mit Azetonämie*. Guinon hat ebenfalls mehrere hierher gehörige Fälle beschrieben; es war wieder Erbrechen, Azetongeruch und Azetongehalt des Harns vorhanden, in einem Fall ein Schmerzpunkt um den Nabel herum und foetider Durchfall. Er lässt die Frage unentschieden, ob das Azeton die Ursache der Krankheit oder die Folge einer noch unbekanntem Intoxikation ist. Merklen hat 2 solcher Fälle gesehen, die ohne Fieber verliefen, aber einen Puls von 150—160 aufwiesen. Barbier hält die Oxybuttersäure für die Ursache der Intoxikation und des Auftretens von Azeton. Comby glaubt, dass die Krankheit identisch sei mit dem zyklischen Erbrechen der Amerikaner. Die Symptomatologie wird schliesslich noch bereichert durch einige Fälle von Valagussa. Er beschreibt Anfälle, die sich zusammensetzen aus Kopfschmerzen, Erbrechen, Konvulsionen, Störungen der Urinentleerung, Eiweiss im Urin, Dermatosen, Fieber. Er will die Krankheit besonders bei Kindern mit erblicher uratischer Diathese gesehen haben, er hält sie nicht für einen Morbus proprius, sondern für einen Symptomenkomplex, der im Zusammenhang mit einer Säureintoxikation stehe. — Wenn man sich die von V. angeführten Symptome ansieht, kann man allerdings doch sehr leicht auf den Verdacht kommen, dass es sich bei seinen Fällen um urämische Anfälle auf Grund einer Nephritis gehandelt hat: Albumen, Konvulsionen, Kopfschmerzen! —

Hier will ich 2 neuere Arbeiten über Kindertetanie anfügen, die ja insofern hierhergehören, als man diesen Symptomenkomplex ganz besonders häufig bei Erkrankungen der Verdauungsorgane antrifft und auch heute noch diese oder in ihrem Gefolge auftretende Intoxikationen für die Ursachen der Tetanie ansieht.

Peters (St. Petersburg) hat 71 Fälle von Kindertetanie beobachtet, von denen 66 Kinder unter 3 Jahren betrafen. Er fand bei allen das Erbsche und das Trousseau'sche Phänomen ausgesprochen, das Chwostek'sche

Phänomen dagegen kann er im Einverständnis mit andern nicht als konstant bezeichnen. Dagegen fand er bei der Mehrzahl der Fälle ein neues Phänomen, das „Hampelmannphänomen“, welches darin besteht, dass beim Galvanisieren des Rückenmarks an der Hals- und an der Lendenanschwellung Zuckungen der oberen und der unteren Extremitäten auftraten, die an die Bewegungen der Hampelmänner erinnern. Bei gesunden Kindern fehlte die Erscheinung. Von seinen Patienten starben 8, davon wurden 6 seziert. Es fand sich einmal hämorrhagische Pachymeningitis mit Zerreißung von Kapillaren, einmal Neuritis der motorischen Wurzeln im Verlauf des Ganglion spinale am 6.—8. Hals- und am 1.—3. Lendenwirbel. Rückenmark und Gehirn waren bis auf einen Fall normal. Daraus schliesst Peters: Die Tetanie ist eine organische Erkrankung mit pathologischen Veränderungen des Ganglion spinale und der äusseren Schicht der harten Hirnhaut und ihrer Fortsetzung in dem Canalis intervertebralis.

Noch interessanter sind die Untersuchungen von Thiemich. Derselbe hat bei einer Epidemie von Tetanie die elektrische Erregbarkeit geprüft und in allen Fällen eine Steigerung dieser Erregbarkeit gefunden, auch zu einer Zeit, wo keine Anfälle auftraten. Demnach kann man die Diagnose der Tetanie schon aus dieser Erregbarkeit allein stellen, und man muss also neben der manifesten Tetanie noch eine *latente Tetanie* unterscheiden mit mechanischer und galvanischer Übererregbarkeit der peripheren motorischen Nerven. —

Fleiner, der neuerdings auch Untersuchungen über Tetanie angestellt hat, bleibt allerdings in bezug auf die Ätiologie bei der alten Kussmaulschen Theorie, wonach die tetanischen Krämpfe eine Folge der Bluteindickung und Austrocknung der Nerven und Muskeln seien, welche ihrerseits durch reichliche Stuhleerungen und Intoxikation vonseiten des Darmkanals bedingt wären. —

Über die Pathologie der Leber und der Nieren bei Gastroenteritis der Kinder hat Merklen Untersuchungen angestellt. Bei gewissen Fällen findet man Leberhypertrophie, die er auf eine übermässige Tätigkeit der Leber zu schieben geneigt ist. Als Ausdruck dieser Hypersekretion betrachtet er den grünen Stuhl, in welchem er durch spektroskopische Untersuchung viel Gallenbestandteile festgestellt hat. Bei chronischen Erkrankungen dagegen soll die Lebersekretion vermindert sein, was sich durch Entleerung von hellem Stuhl markiert. Ikterus ist häufig infektiösen und intestinalen Ursprungs. Auch Purpura, die stets ein böses Zeichen ist, komme von der Leber her.

Seitens der Nieren treten 2 Symptome auf, toxische Dyspnoe und Oedeme. Dyspnoe finde sich bei magendarmkranken Säuglingen öfters ohne alle auskultatorischen Befunde, sie sei rein toxischer Herkunft. Oedeme treten bei prolongierter Gastroenteritis häufig an den Unterschenkeln und den Füßen auf, ohne dass im Urin Eiweiss nachzuweisen ist. Andre allgemeine Symptome, wie starke Erregung oder Stupor, unstillbares Erbrechen, Konvulsionen und Koma seien auf autointoxikatorische Reizung der Nieren zurückzuführen. Der Urin sei dabei normal oder er weise starke chemische Veränderungen ohne Albumin auf.

Leo hat den Gasgehalt im Magen von Säuglingen geprüft und bei gesunden Kindern Sauerstoff, Stickstoff und Kohlensäure

aus der verschluckten Inspirationsluft gefunden. Bei dyspeptischen Zuständen ist die Kohlensäure vermehrt und es findet sich daneben Sumpfgas (CH<sub>4</sub>), die Kohlensäure beruht auf Hefegärung. Die schlimmsten Fälle sind diejenigen, bei denen reichlich Sumpfgas und Wasserstoff vorhanden ist, beide Gase entstehen auf Grund von bakteriellen Zersetzungen.

Zwei interessante Veröffentlichungen über *Misbildungen* stammen von Schukorski; zuerst ein Fall von angeborener Erweiterung des Dickdarms. Derselbe betrifft ein kräftiges Kind, das von Geburt an Obstipation und Erbrechen, Meteorismus und Entleerung von stinkenden, grünlichen, festen Massen gelitten hatte und am 26. Tage starb. Das Kolon transversum war stark ausgedehnt und hatte harte, starre Wände, ebenso Kolon ascendens und descendens. Das Duodenum war in einer Ausdehnung von 2 cm hart und verdickt, sein Lumen fast undurchgängig, die Muskulatur und Schleimhaut hypertrophisch; auch der ganze übrige Dünndarm war in seinen Wandungen verdickt.

Dann 4 Fälle von angeborener Verengung des Darmkanales; 2 Stenosen des Duodenum, das letztere und das Jejunum waren durch Stränge mit dem grossen Netz und der Leber verwachsen. 3 Geschwister dieses Kindes sollen innerhalb der ersten 3 Lebenstage unter Erbrechen zugrunde gegangen sein. Ein Fall mit Stenose des Jejunums durch Kompression von 2 lymphektatischen Tumoren des Mesenterium, ein Fall von Verengung des unteren Viertels des Ileum, des ganzen Kolon und des Rektum. Sie waren zu einem schnurähnlichen Bande geworden, in dessen Innern kaum Platz für eine Sonde war. Im letzteren Falle lag hereditäre Syphilis vor. —

Bevor ich diese Besprechungen schliesse und zur Therapie übergehe, will ich noch über 2 wertvolle Arbeiten berichten, die teils physiologischen, teils pathologischen Inhalts sind.

v. Hecker hat in einer sehr fleissigen Arbeit die Funktionen des kindlichen Magens bei Verdauungskrankheiten geprüft und folgende Resultate erhalten: Die Resorption vonseiten des Magens erfolgt bei Kindern unter 4 Jahren rascher als bei älteren. In Erkrankungsfällen ist das Resorptionsvermögen am stärksten ergriffen bei akuter Gastroenteritis; an zweiter Stelle kommt die Dyspepsie. Auch bei Enteritis und akuter Kolitis leidet dasselbe, aber in geringerem Grade. Beim Schwinden der akuten Erscheinungen stellt sich das Resorptionsvermögen bald wieder her. Bei chronischen Erkrankungen wird je nach der allgemeinen Schwere des Leidens und dem Gesamtzustande die Resorption in mehr oder weniger starkem Grade beeinträchtigt. — Im Kindesalter wird bei allen Erkrankungen des Verdauungstraktes der Magen gleichzeitig in Mitleidenschaft gezogen, am wenigsten bei der akuten Dyspepsie und schnell ablaufender akuter Enteritis, am stärksten bei akuter Gastroenteritis und bei allen chronischen Erkrankungen. Bei akuter Kolitis liegt der Chemismus der Magenverdauung schwer danieder, aber die Resorptionsverhältnisse befinden sich in befriedigendem Zustande. —

Endlich liegt von Keller eine äusserst bemerkenswerte Arbeit vor über die Heilungsvorgänge bei magendarmkranken Kindern, insbesondere bei Brustkindern, unter dem Titel: „Kranke Kinder an der Brust.“ — Die Heilung der Krankheitserscheinungen magendarmkranker Kinder geht nicht plötzlich, sondern allmählich vor sich. Es ist die Be-

achtung dieser Tatsache deshalb wichtig, weil man in einem solchen Falle die Amme nicht sofort wechseln soll, wenn bei einem kranken Kinde trotz Aufhörens der pathologischen Symptome das Körpergewicht nicht gleich zunimmt. Solange die Kinder an der Brust genährt werden, ist wenigstens das zu erreichen, das keine neuen Schädigungen hinzutreten. — Am schnellsten bessert sich in der Mehrzahl der Fälle der Zustand des Verdauungsapparates selbst; werden kranke Kinder an die Brust gelegt, so sind in wenigen Tagen die Stühle dem Aussehen nach besser, der Zahl nach geringer. Das Erbrechen hört manchmal sofort auf, in andern Fällen allerdings kann es auch dauernd bestehen bleiben. — Während so die Erscheinungen vonseiten des Magendarmkanales ziemlich schnell verschwinden, geht der gesamte Heilungsprozess nur langsam vonstatten, oft erst im Verlaufe von Wochen bessert sich das allgemeine Verhalten des Kindes und zeigt damit die eingetretene und fortschreitende Besserung des Leidens an. Anfangs kann sogar noch weiter Gewichtsabnahme eintreten, dann erfolgt ein Stillstand und erst ganz allmählich eine Zunahme des Gewichts. — Bei septischen Prozessen bietet die Brustnahrung die einzige Möglichkeit einer Heilung, bei Atrophie dagegen bleibt der Zustand trotz reichlich getrunkenener Milch oft Monate lang unverändert. Die Frage, wann die Reparation beendet ist, lässt sich oft sehr schwer beantworten.

Wenn wir nun zur Besprechung der Therapie übergehen, so habe ich selbstverständlich nicht die Absicht, einen systematischen Abriss derselben zu geben, ich werde vielmehr nur über neuere therapeutische Empfehlungen berichten. —

Hier auf diesem Gebiete nun, bei der Therapie der Verdauungskrankheiten des Kindesalters, können wir so recht erkennen, welche enormen Schwierigkeiten sich doch oft unserm ärztlichen Handeln in den Weg stellen, wie wir trotz der feinsten bakteriologischen und chemischen Untersuchungen so vielfach im Dunkeln tappen, und wie wir uns schliesslich doch einzig und allein auf die Erfahrung am Krankenbette verlassen dürfen. Welche Unsumme von Empfehlungen der heterogensten Methoden und Medikamente werden mit dem gleichen Enthusiasmus in die Welt gesetzt, und wie wenig bleibt davon übrig! Und doch wird man sich über die vielfachen Versuche und Empfehlungen nicht wundern dürfen, man wird sie vielmehr Alles in Allem mit Freuden begrüßen müssen, wenn man daran denkt, wie oft man leider in der Praxis ratlos am Kinderbett gestanden hat und immer wieder und wieder ein neues Medikament, ein neues Diäteticum, eine neue Ernährungsmethode versucht hat, bis vielleicht ein Zufall geholfen oder der ungünstige Ausgang unserem Wunsche zu helfen ein Ziel gesetzt hat. —

In diätetischer Beziehung sind in der letzten Zeit eine Anzahl von Stimmen laut geworden für die Ernährung mit Vollmilch. Die ersten Empfehlungen gingen, soweit ich sehe, von den Franzosen aus. Bonifas ist ein begeisterter Lobredner dieser Ernährung; die Kinder vertragen sie seiner Erfahrung nach mindestens von der dritten Woche an sehr gut, die Mortalität sei eine viel geringere als bei jeder andern Nahrung. Ihm schliesst sich Schlesinger an; er verurteilt die Ernährung mit verdünnter Milch wegen des dabei entstehenden Defizits an Nährstoff und empfiehlt energisch die Vollmilch, da die Anschauung von

der Schwerverdaulichkeit der kaseinreichen Milch widerlegt sei! Fitschen hat 129 Säuglinge mit Vollmilch ernährt und ist mit den Resultaten im Allgemeinen recht zufrieden. In den ersten Lebenstagen sei die Vollmilch zu vermeiden, auch müsse der Übergang zu dieser gehaltreichen Nahrung nicht brusks, sondern allmählich geschehen. Oppenheimer hat in 91 Fällen Versuche mit Vollmilch gemacht; davon bekamen 58 diese Nahrung länger als 4 Wochen; von ihnen gediehen 11 gesunde Säuglinge gut, 36 leicht erkrankte gut, von 11 atrophischen nur 4 gut. 23 Kinder bekamen die Milch weniger als 4 Wochen lang, davon gediehen 13 gut, 10 nicht. Er empfiehlt am meisten pasteurisierte Vollmilch, rät aber auch, die Versuche ganz allmählich zu machen, am ersten Tage des Versuches gebe man halb Milch, halb Wasser, jeden zweiten Tag 100 gr Milch mehr, 100 gr Wasser weniger; die Tagesmenge betrage im ersten Monat 500 gr, im zweiten 750 gr, im dritten bis vierten Monat 1000 gr. Biedert rät zur Vorsicht; Vollmilch kann seiner Ansicht nach nur für kräftige, gesunde Kinder gut sein, für schwache, kranke Säuglinge sei sie ein zweischneidiges Schwert. Man dürfe bei ihnen höchstens dann einen Nutzen erwarten, wenn man ganz kleine Mengen gebe. Rissmann und Fritzsche haben gar keine guten Resultate mit Vollmilch erzielt und sind dagegen.

Ferner liegt eine Reihe von eingehenden Untersuchungen über Buttermilch vor. Rommel stellt dieselbe künstlich her durch Ansäuerung von Magermilch mit Milchsäurebakterien in Reinkultur, welche letzteren als Tabletten im Handel sind. Das Produkt gleicht der Buttermilch, es ist fettarm, eiweissreich. Nach Mehlzusatz und Kochen bleibt das Kasein in feinsten Verteilung, zudem lässt sich je nach Bedarf durch Rahmzusatz der Nährwert erhöhen. Buttermilch ist seiner Ansicht nach ein wichtiges, sehr brauchbares Diätetikum, da aber wegen des Milchsäuregehaltes im Darm viel Kalk beschlagtnahmt wird, so kann bei längerer Darreichung Rachitis entstehen. Buttermilch darf also nicht längere Zeit als ausschliessliche Nahrung gegeben werden. Teixeira de Mattos und Salge empfehlen die Buttermilch da, wo Brust und künstliche Nahrung nicht vertragen wird, Salge besonders als Nahrung nach akuten Verdauungsstörungen. Kobrak rät zur Buttermilch bei Frühgeburten und von Geburt schwach entwickelten Kindern, die keine Muttermilch erhalten können; bei atrophischen Kindern, im dyspeptischen Stadium mittelschwerer und leichter Darmkatarrhe, nicht hingegen im akuten Stadium.

Trumpp verwendet Buttermilch bei Dyspepsie durch ektogene Zersetzung der Nahrung und bei länger dauernden Gärungen. Der Nutzen der Buttermilch, welche  $2\frac{1}{2}\%$  Eiweiss,  $\frac{1}{2}$ — $1\%$  Fett,  $3$ — $3\frac{1}{2}\%$  Zucker enthält, beruhe auf ihrem Gehalt an freier Milchsäure, durch welche im Magen das Auftreten freier Salzsäure ermöglicht werde, weiterhin in der Veränderung des Nährbodens für die intestinale Bakterienflora, und endlich in dem hohen Nährwert, der sich durch Zucker- und Mehlzusatz noch erhöhen lasse. Der Erfolg schien ihm oft überraschend gut und war nachhaltig. Caro (Baginsky) hat von 198 Säuglingen 157 mit Erfolg kürzere oder längere Zeit auf diese Weise ernährt; sowohl bei akuten wie ganz besonders bei chronischen Erkrankungen waren die Gewichtszunahmen oft enorm. Neumann gibt Buttermilch mit  $6\%$  Rohrzucker, die Kinder nehmen diese Nahrung stets gern. Jacobson hat



in einem verzweifelten Falle, wo vier Ammen nacheinander ohne Erfolg nährten, von Buttermilch die einzige Rettung gesehen. Ihre gute Verdaulichkeit bezieht er auf ihre Azidität, ihren geringen Fettgehalt und die Verteilung des Kaseins. —

Grosse Aussichten eröffnen sich anscheinend der in den letzten zwei Jahren viel angepriesenen gelabten Kuhmilch oder Pegninmilch, von v. Dungern zuerst hergestellt: Die Milch wird im Kochtopf gekocht, jede Portion wird vor der Darreichung nochmals erwärmt und ihr eine Messerspitze Pegnin zugesetzt, das ist sterilisierter, gepulverter, an Milchzucker gebundener Kälbermagen; das Gemisch wird kräftig geschüttelt und für 10 Minuten in Wasser von 33° gestellt, dann ist die Milch geronnen. Etwaige Zusätze gibt man erst jetzt bei, dann wird geschüttelt, bis kein Gerinnsel mehr sichtbar ist. Trumpp rühmt als Vorteil dieser Milch, dass durch die Herstellung eines feinsten Gerinnsels eine ausgiebigere Pepsinverdauung im Magen ermöglicht und das Auftreten eines grösseren, schädlichen Nahrungsrestes im Darm verhindert wird. Das Pegnin sei aber nur beschränkt haltbar und müsse sorgfältig aufbewahrt werden. Ein Nachteil sei der, dass sich bei seiner Darreichung bald eine gewisse Trägheit der Verdauungsorgane bemerkbar macht, weshalb man nach einiger Zeit wieder nicht gelabte Milch geben muss.

Langstein hat in 25 Fällen von Verdauungskrankheiten schnellen Rückgang der gastro-intestinalen Symptome, speziell des Erbrechens, gesehen, der Stuhl wurde erst allmählich normal. Da die Assimilation der Pegninmilch eine sehr gute ist, so kann man dieselbe als Vollmilch selbst den kleinsten Kindern geben. — Eingehend hat sich Reinach mit der Pegninmilch beschäftigt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Bei chronischen Ernährungsstörungen hat sich bezüglich der Ausheilung der Darmstörungen und der Hebung des Ernährungszustandes ein Vorzug vor anderen Methoden nicht ergeben; wesentlich günstiger gestaltet sich die Ausheilung akuter Verdauungsstörungen. In einer grösseren Reihe von akuten und auch einigen chronischen Erkrankungen mit vorwiegend Erbrechen und Unruhe nach dem Trinken wurden diese letzteren Symptome durchweg in günstigster Weise beeinflusst. Fälle von Reizerscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, die mit den Verdauungsorganen im Zusammenhang zu bringen waren, zeigten sofortiges Verschwinden dieser Zustände. Die Pegninmilch wird gern genommen, ihre Herstellung ist zur Zeit aber für die Praxis noch zu kompliziert. — Die unverdünnte Pegninmilch hat sich nur in einer kleinen Zahl von Fällen für längere Zeit anwenden lassen. — Auch Levy und Siegert rühmen die gelabte Milch, Brüning, Schlossmann und Selters dagegen, und ebenso Thiemich haben keine besonderen Erfolge damit gehabt.

Auch Soxhlets Nährzucker ist in den letzten Jahren mehrfach gerühmt worden, von Moro, Rommel und besonders von Neumann. Der Nährzucker enthält keine Stärke, sondern Maltose und Dextrin zu gleichen Teilen und kann daher den jüngsten Säuglingen ohne Bedenken gegeben werden. Rommel gibt eine 20% Nährzucker-Milchmischung und rühmt die gute Beeinflussung des Erbrechens und die regelmässige Gewichtszunahme. Neumann wendet einen 10% Nährzuckerzusatz an, bei Neugeborenen etwas weniger. Im akuten Stadium von Verdauungs-

krankheiten ist er auszusetzen, man beginnt aber mit ihm wieder, sobald die häufigen, spritzenden Stühle spärlichen, schleimigen Entleerungen Platz gemacht haben. —

Fürst hat bei Ernährungsstörungen mit günstigem Erfolge chemisch reine Lävulose angewendet, teils rein, teils in 70% iger Syrupform, „Patrey“ genannt, teils als Schokolade. Das Präparat wird gern genommen, hat keine störender Nebenwirkungen und bietet vollwertigen Ersatz für den Milchzucker, welcher in grösseren Mengen den Darm reizen soll. Es komme bald zu einem bedeutenden Fettansatz und zur Zunahme der Muskel- und Nervenenergie. Fürst rühmt an dem Präparat die vollkommene Ausnutzung, die Hebung des Stoffwechsels und die Steigerung der CO<sub>2</sub>-Produktion durch dasselbe.

Endlich hat v. Mehring ein künstliches Nahrungsmittel unter dem Namen „O d d a“ hergestellt. Er nimmt Anstoss an dem Butterfett, denn er ist der Ansicht, dass die im Magen daraus abgespaltene Butter-säure von ganz besonders schädlicher Wirkung sei; besonders aber richtet er sich gegen das Butterfett in den Kindermehlen, dieses werde schon vor der Fabrikation des Mehles ranzig. Er schaltet daher die Kuhbutter ganz aus und verwendet das Fett des Eidotters und Kakao-butter, welche beide keine flüchtigen Fettsäuren enthalten und daher nicht ranzig werden können. Sein Nährpräparat enthält daneben noch Molke und feinstes Weizen- oder Hafermehl. — Fremde Urteile über dieses Präparat scheinen noch nicht vorzuliegen.

Dies sind die wichtigsten diätetischen Neuigkeiten der letzten Jahre; es kommt dazu noch die Empfehlung von Doppelschiffsumme durch Reichelt, die der rohen Milch durch Monrad und manches Andere, worauf einzugehen mir unmöglich ist. —

Zum Schluss noch einige Worte über medikamentöse Behandlung von Magendarmkrankheiten. Das Tannalbin und das Tannigen werden bei akuten und chronischen Darmkatarrhen viel gerühmt, das erstere neuerdings wieder von Ratner, sogar bei Sommerdiarrhöe, nachdem man vorher den Darm durch Rizinus oder Kalomel gereinigt hat, das letztere von Bass. Ich kann mich der Empfehlung des Tannalbins wahrhaft begeistert anschliessen, ich verordne seit längerer Zeit eine Mischung von Tannalbin und Wismuth bei Darmkatarrhen und bin sehr damit zufrieden. Ratner erklärt das Tannalbin für das beste Darmadstringens. Daneben empfiehlt er Ichthalbin als vorzügliches Antifermentativum; auch Marcuse rühmt die darmantiseptische Eigenschaft des Ichthalbins, von dem er Kindern unter 1 Jahr 3 mal täglich 0,3—0,5, älteren Kindern 0,5—1,0 gibt. — Prussian hat in 30 Fällen Orexinum tannicum verwandt und rühmt seine gute Wirkung gegen Anorexie, die aus einer lokalen Reizung des Magens resultiere. Letztere führe nicht nur zu Hyperämie der Schleimhaut und Steigerung der Salzsäureproduktion, sondern auch zu einem Reflex auf die zentralen Sphären.

Die von Laquer seinerzeit empfohlene Bismuthose hat nicht gehalten, was man sich davon versprochen hat. Neuerdings hat Brudzinski sie in 10 Fällen angewandt, ihre Wirkung aber schwankend gefunden, einen Vorteil vor anderen Wismuthpräparaten, vor Tannigen und Tannalbin hat er keineswegs konstatieren können. Ich kann hinzusetzen,

dass die Bismuthose auch durchaus nicht so gern genommen wird, wie man es ihr anfangs nachrühmte.

Reichelt hat das Honthineerprobt, er gibt 4—5 mal täglich 0,25—0,50 und hat in leichteren Fällen von Dyspepsie und akutem Enterokatarth und bei chronischen Katarrhen schon nach 2—3 Tagen Besserung und Heilung gesehen.

Deutsch hat in 36 Fällen bei Magendarmkatarrhen das Xerofom angewandt und schätzt es als ein zuverlässiges Styptikum und Desodorans; daneben rühmt er das Naphthol als Desinfiziens. —

Endlich haben Neumann und Cohn und Norgren Versuche mit Protargol gemacht. Cohn hat in 60 Fällen Diarrhöen gestopft, die auf keine andere Weise zu bewältigen waren; Norgren hat 100 Fälle von akuten, subakuten und chronischen Durchfällen bei Säuglingen mit Protargol behandelt, er hat nie unangenehme Nebenwirkungen auftreten sehen und war mit dem Erfolg des Mittels, welches er ein antisepisches Antidiarrhoikum nennt, sehr zufrieden.

## Eine eigentümliche Begleiterscheinung der chronischen Stuhlverstopfung im Kindesalter.

Von Dr. Eugen Neter, Kinderarzt in Mannheim.

Ein gleiches theoretisches wie praktisches Interesse bietet folgender Fall von chronischer Obstipation bei einem 7jährigen Kinde. Zuvor nur wenige Worte über die habituelle Stuhlverstopfung im Kindesalter. Dieses Leiden wird bedauerlicherweise noch immer unterschätzt und vernachlässigt, und es hat dabei wegen seiner Häufigkeit und wegen seiner manchmal ungeahnten Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden des Kindes und auf bestimmte Organe eine Bedeutung, die eine frühzeitige und konsequente Behandlung dringend notwendig machen. Die Prophylaxe und Therapie der chronischen Obstipation ist auch deshalb sehr wichtig, weil ein jahrelanges Bestehen derselben, wie wir es so häufig im Kindesalter antreffen, mit einer der wichtigsten Ursachen jener so hartnäckigen Stuhlträchtigkeit abgibt, die in der Pubertät und im späteren Alter ein der Behandlung schwer zugängliches Leiden darstellt.

Die folgende Beobachtung soll dazu dienen, an einem Beispiel die grosse Bedeutung der chronischen Obstipation hinsichtlich ihrer Rückwirkung auf den übrigen Organismus erkennen zu lassen, gleichzeitig aber auch zu zeigen, dass die Diagnose der Stuhlverstopfung und ihre Begleiterscheinungen grosse Schwierigkeiten bereiten kann.

Anna Sch., Werkführerskind in W., geb. am 8. August 1897.

Familienanamnese v. B. Die Eltern und ein jüngerer Bruder sind gesund. Keinerlei erbliche Belastung. 13 Monate lang ausschliesslich Brusternährung. Mit einem Jahre konnte das Kind schon laufen, bekam aber auffallenderweise den ersten Zahn erst im 3. Lebensjahre. 1900 Masern, im vorigen Jahre Pertussis durchgemacht,

beide Krankheiten ohne Komplikationen. Die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes war eine recht gute zu nennen.

Von Geburt an besteht eine starke Neigung zu Obstipation; bereits im Säuglingsalter erforderte der Stuhlgang sehr häufig künstliche Nachhülfe. Seit zwei Jahren hat die Stuhlverstopfung an Intensität immer mehr zugenommen. Im Winter 1902/03 beobachtete die Mutter zum ersten Male ein ausgedehntes Urticariaexanthem — „rote Striche, grosse, oft dicke und stark juckende runde Flecken“ —, das von da ab häufig rezidierte und (in jedes Mal nach Applikation eines Klystieres sofort wieder verschwand. März 1903 begannen schwere Erscheinungen einzusetzen. Es trat am rechten Fuss ein schmerzhaftes Ödem auf, das unter Betruhe zurückging, aber sich immer wieder zeigte, sobald das Kind einige Tage herumgelaufen war. Die Schmerzen und Ödeme am rechten Fusse wurden immer stärker, kehrten häufiger wieder, sodass als im Sommer (1903) dieselbe Affektion sich auch am anderen Fusse einstellte, das Kind kaum einen halben Tag mehr herumgehen konnte, ohne auf einige Tage wieder ans Bett gefesselt zu werden. Die Erkrankung der Füße beschreibt die intelligente und recht besorgte Mutter ungefähr folgendermassen: Auf dem Fussrücken stellte sich unter Schmerzen eine leichte Verdickung ein, die — nicht deutlich begrenzt, vielmehr diffus — sich ausdehnte und manchmal bis zum Sprunggelenk hinaufreichte. Die Haut über der Schwellung war ohne Abweichung, die Verdickung selber bald prall, bald weich, so dass man sie eindrücken konnte. Gleichzeitig bestanden mehr oder weniger starke Schmerzen bei Berührung resp. Bewegung des Fusses, die zuletzt so stark waren, dass man nicht an das Bett stossen durfte, ohne Schmerzen auszulösen, und der Fuss völlig unbeweglich im Sprunggelenk fixiert war. Spontane Schmerzen scheinen gefehlt zu haben. Unter Ruhiglegung der Beine verschwanden die Erscheinungen wieder nach einigen Tagen, um zuletzt bei ganz geringem Umhergehen des Kindes wieder aufzutreten, sodass die kleine Patientin bald überhaupt nicht mehr länger als  $\frac{1}{2}$  Stunde gehen konnte. Im März 1904 traten dieselben Erscheinungen an der rechten Hand auf (diffuses Ödem des Handrückens, das die Beweglichkeit wesentlich beeinträchtigte und gleichfalls bei Schonung der Hand rasch wieder verschwand). Im April kam das Kind in die Schule und musste meistens dahin gefahren werden. Während dieser ganzen Zeit hatte sich das Urticariaexanthem sehr häufig wieder gezeigt.

Der Stuhl war immer angehalten und erfolgte spontan beinahe überhaupt nicht mehr. Die künstliche Nachhülfe bestand fast ausschliesslich in Eingiessungen. Die Fäzes waren meist dunkelbraun, selten ganz hell, sehr hart und furchtbar stinkend; einige Mal mit einem schleimigen Überzug über den wurstförmigen Scybala. Es bestanden nie Leibscherzen, keine Urinbeschwerden, keine Tympanie, keine Blähungen, kein Foetor ex ore. Manchmal zeigten sich Madenwürmer.

Das Allgemeinbefinden war ein völlig ungestörtes; der Appetit gut, desgl. das Aussehen des Kindes; doch fiel es der Mutter auf, dass die Gesichtsfarbe häufig und rasch wechselte. Der Schlaf war ruhig, das Wesen munter. Das Kind war von Beginn des Leidens an in ärztlicher Behandlung (konsultativerweise auch in einigen Universitätspolikliniken); doch ohne jeglichen Erfolg. Der bestehenden Obstipation wurde — nach Aussage der Mutter und nach persönlich eingeholter Erkundigung an kollegialer Stelle — keine ätiologische Bedeutung beigelegt. Einmal lautete die Diagnose auf Erythema multiform. Am 10. Juni 1904 sah ich das Kind zum ersten Mal. Seit einigen Tagen lag die kleine Patientin wieder streng zu Bett; unter der Betruhe seien die gestern noch starken Schwellungen der Füße und der rechten Hand wieder zurückgegangen, auch hat die Mutter mehrfach — mit St. Germain-Tee Stuhlgang erzielt.

Der Befund war nach dem, was ich der Anamnese entnommen, wie zu erwarten, ein völlig negativer. Patientin ist ein grazil gebautes, gut entwickeltes Kind von lebhaftem, natürlichem Wesen; es ist munter und klagt über keinerlei Schmerzen. Nervensystem (bes. hinsichtlich hysterischer Symptome) ohne krankhafte Veränderungen. Die Haut ist frei von Exanthenen, die Schleimhaut etwas blass. Die Augen sind leicht haloniert. Keine Drüsenschwellungen. Zähne gut erhalten. Die inneren Organe, insbesondere die Brust und das Abdomen lassen kein abnormes Verhalten erkennen. Leib weich, nicht aufgetrieben; nirgends Druckempfindlichkeit oder abnorme Resistenzen. Urin klar, hell, ohne Alb. und Sacchar. Mikroskop.: Nihil. An den Füßen und an der rechten Hand ist nichts Pathologisches nachzuweisen; keine Ödeme, keine Schmerzhaftigkeit, keine Funktionsstörungen; keine Abweichung im Skelettsystem (Pes planus etc.)

Die Diagnose bereitete einige Schwierigkeiten. Das Fehlen jeglicher Urinveränderungen, die auf eine Nephritis hätten hindeuten

können, der normale Herzbefund, der Mangel wesentlicher anämischer Erscheinungen liessen den Ursprung der Ödeme vorerst noch im Unklaren. Rheumatische Gelenkerkrankungen konnten nicht vorliegen, weil, wie ich später feststellte, die Ödeme zuerst am Fussrücken auftraten und das Sprunggelenk völlig frei liessen; andererseits fehlten die Spontanschmerzen, während die Beschwerden nur nach mechanischen Einwirkungen (Umhergehen etc.) auftraten und bei Ausschaltungen derselben wieder verschwanden. Für Arthritisme sprach weder der Befund, die Anamnese noch der Mangel einer erblichen Belastung. Die Flüchtigkeit der krankhaften Erscheinungen machten es unwahrscheinlich, dass den lokalen Symptomen organische Veränderungen zugrunde liegen könnten (Blutungen, Knochen-, resp. Gelenkerkrankungen, Gefässanomalien etc.). Die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit jenem Symptomenkomplex, wie wir ihn nach Seruminjektionen zu beobachten Gelegenheit haben, legte die Vermutung nahe, dass es sich auch hier um Veränderungen handeln könne, die durch eine Intoxikation hervorgerufen werden. Bei dem häufigen Auftreten der — auch ärztlicherseits festgestellten — Urticaria-eruptionen gewann eine solche Annahme an Wahrscheinlichkeit, indem man nach den Erfahrungen bei den exsudativen Exanthenen die Ödeme pathogenetisch den Erythemen gleichsetzen konnte. Die Urticaria liess sich leicht auf die Obstipation zurückführen, und die weitere Überlegung musste den Verdacht erwecken, ob nicht auch den Ödemen dieselbe Ursache zugrunde liege wie dem eng verwandten Erythem. Es konnte hierbei die noch offene Frage unberücksichtigt bleiben, ob die beiden Symptome durch eine periphere Toxinwirkung oder reflektorisch direkt vom Darm aus hervorgerufen wurden. Wichtig schien für die Diagnose ja nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der hartnäckigen Stuhlverstopfung und den genannten Hautaffektionen. Die Schmerzen und die Steifigkeit in den Füßen und den benachbarten Sprunggelenken sowie jene auf dem rechten Handrücken lassen sich ohne Mühe teilweise durch die starke Spannung der umfangreichen Ödeme erklären, Beschwerden, wie wir sie auch bei den Ödemen mancher Purpuraformen antreffen können. Andererseits beobachtet man bei chronischer Stuhlverstopfung nicht gar so selten das Auftreten von richtigen Gelenkschmerzen (ohne jene Ödeme).

Die Diagnose musste deshalb auf eine primäre habituelle Obstipation mit sekundären Erscheinungen von seiten des Gefässsystems gestellt werden. Der Stuhlverstopfung selbst liegt wohl keine anatomische Veränderung im Sinne der Hirschsprungschen Krankheit zugrunde, da keine Anhaltspunkte für eine bedeutende Dilatation der unteren Darmabschnitte gegeben waren. Auch sprach die günstige Einwirkung einer zweckentsprechenden Diät für die funktionelle Natur des Leidens. Auffallend bleibt aber immerhin dann das Bestehen der Erkrankung von Geburt an.

Die Therapie richtete sich mit Rücksicht auf die Diagnose ausschliesslich auf die Bekämpfung der Verstopfung.

Die Milch — von der das Kind auf ärztliches Anraten ungefähr  $1\frac{1}{2}$  Liter täglich getrunken — wurde — ausgenommen morgens und abends zum Kaffee — völlig verboten; der reichliche Fleischgenuss auf das vernünftige Mass reduziert. Obst und Gemüse wurde weiter verabreicht, wenn es auch bisher die Stuhlträchtigkeit nicht hatte günstig

beeinflussen können. Empfohlen wurden besonders kotbildende Speisen, vor Allem das grobe Schrotbrod, das in der Folge täglich mehrmals gegeben wurde. Teils zu medikamentösen, teils zu Ernährungszwecken bekam das Kind zweimal im Tage je einen Esslöffel voll Sesamöl. Abends wurde eine Bauchmassage appliziert. Die Mutter wurde angewiesen, das Kind zu einer bestimmten Tagesstunde aufs Töpfchen zu schicken, um dadurch eine gewisse Regelmässigkeit der Stuhlentleerungen und eine Kontrolle über die Quantitäten derselben anzustreben. Eingiessungen und Drastika wurden streng verboten.

Die eingeleitete Therapie kann als erfolgreich bezeichnet werden. Von Stund' an ist der Stuhlgang fast völlig geregelt; er erfolgt täglich einmal und erfordert keinerlei Nachhilfe. Mit der Beseitigung der Obstipation waren auch deren Begleiterscheinungen völlig verschwunden. Vom ungefähr 5. Tage der Behandlung an springt das Kind wieder den ganzen Tag im Garten herum, ohne jegliche Beschwerden; nur stellte sich in den ersten Wochen abends — wenn das Mädchen recht getollt hatte — manchmal ein leichtes Ödem der Fussrücken ein, das aber immer nur unbedeutend war und keinerlei subjektive Beschwerden verursachte. Das Kind geht wieder zur Schule und macht grosse Ausflüge ohne Nachteil mit. Die Diagnose fand ex juvantibus eine nicht unwesentliche Stütze. Gleichsam eine Probe aufs Exempel bildete ein leichter Rückfall vom 18. Aug. 1904. Seit einigen Tagen war — anscheinend durch Unregelmässigkeiten in der Diät, dadurch dass das Kind sehr viel Obst im Garten ass — der Stuhlgang angehalten; gleichzeitig war der früher so häufige Hautausschlag von neuem aufgetreten; auch die Ödeme haben sich — wenn auch nur in mässigem Grade — wieder gezeigt.

Die Untersuchung des Kindes ergab: Ein ausgedehntes Urticariaexanthem (streifenförmig, grossfleckig, papulös und vesikulös, Urticaria factitia). Auf beiden Fussrücken ein mässig starkes, weiches Ödem von diffuser, nicht zirkumskripter Ausdehnung. Sprunggelenke frei. Keinerlei Druckempfindlichkeit. Keine Beschränkung der Gelenkfunktionen. Auf dem rechten Handrücken eine nur geringe, aber doch deutliche weiche Schwellung. Haut über dem Ödem intakt. Der übrige objektive Befund völlig negativ. Urin, chemisch und morphologisch ohne Abweichung. Nachdem eine Dosis Rizinusöl Stuhlgang erzielt, verschwanden alle Erscheinungen über Nacht wieder. Seitdem war keine Störung mehr erfolgt. Die Darreichung von Sesamöl sowie die Bauchmassage konnten nunmehr ausgesetzt werden. Der Stuhlgang erfolgt regelmässig. Doch ist der Mutter noch strenge Weisung auferlegt, den Stuhlgang genau zu überwachen, da bei der Disposition des Kindes zur Obstipation immer noch eine Neigung zu Rückfällen besteht.

Oxyuren haben sich während der ganzen Beobachtungsdauer nie gezeigt.

Um das Gesagte noch einmal kurz zusammenzufassen, ergab die Beobachtung des beschriebenen Falles ungefähr Folgendes: Das nunmehr 7 Jahre alte Mädchen leidet seit der Geburt an einer chronischen Obstipation; in den letzten zwei Jahren hatte die Stuhlverstopfung an Intensität immer mehr zugenommen, sodass spontan kaum noch Stuhlgang erfolgte. Neben häufigen Urticariaeruptionen waren seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren ödematöse Schwellungen an den Füßen aufgetreten, zuerst rechts, dann links; zuletzt auch Ödeme des rechten Handrückens. Die Schwellungen wurden in

letzter Zeit immer stärker und beeinträchtigten durch die Schmerzen so sehr die Gebrauchsfähigkeit der befallenen Teile, dass das Kind seit über einem Jahr fast völlig am Laufen verhindert war. Die Ödeme, die nach kurzem Umhergehen schon auftraten, hatten einen gewissen flüchtigen Charakter, indem sie bei Ruhiglegung der betroffenen Extremität rasch wieder verschwanden.

Das Allgemeinbefinden und die körperliche Entwicklung des Kindes blieben ungestört.

Die Diagnose musste auf primäre chronische Obstipation gestellt und die Erytheme sowohl wie die Ödeme als sekundär vom Darm aus verursacht aufgefasst werden. Der therapeutische Erfolg bestätigte die Diagnose, indem bei konsequenter Behandlung der Stuhlträchtigkeit alle Erscheinungen rasch verschwanden, das Kind wieder ohne Beschwerden herumspringen konnte, und anderseits eine später erneut auftretende 2-tägige Stuhlverhaltung die beschriebenen Erscheinungen wieder auftauchen liess. Solange die Obstipation behoben und der Stuhlgang regelmässig erfolgt, ist das Mädchen völlig beschwerdenfrei und bleibt es auch bei recht ansehnlichen Marschleistungen, eine überraschende Veränderung, wenn man sich an den Zustand vor der Behandlung erinnert, wo das Kind kaum  $\frac{1}{2}$  Stunde mehr hatte herumgehen können, ohne durch starke Schmerzen an den Füßen wieder einige Tage ans Bett gefesselt zu werden.

---

## Referate.

### 18. Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Kinderärzte am 4. Sept. 1904 zu Köln.

Selter (Solingen) stellt ein dreieinhalbjähriges Mädchen mit Arthritis fibrosa (type Jaccoud) vor, das seit ca. 9 Monaten krank, zuerst nicht mehr laufen wollte, dann Schwellungen auf beiden Fussrücken, dann auf beiden Handrücken bekam. Mitte Juli war bei der ersten Beratung durch S. auch eine Erkrankung des linken Ellbogen- und des rechten Kniegelenkes vorhanden. Im Laufe der Behandlung stellte sich auch eine solche des linken Knie- und rechten Ellbogengelenkes ein. Die Gelenke sind alle bis zu einem gewissen Grade beweglich, werden in leichter Beugstellung gehalten. Die Schwellung ist teigig, betrifft an Hand und Fuss nicht das eigentliche Gelenk, sondern die Umgebung des Gelenkes und ist wenig schmerzhaft. Die Haut darüber ist nur wenig oder gar nicht gerötet. Innere Organe ohne abnormen Befund. Unter Hinweis auf die in der Litteratur angeführten Fälle von chron. Arthritis fibrosa weist S. auf die im Gegensatze zur Tuberkulose auch in diesem Falle vorhandene Reihenfolge und Symmetrie hin, in der die Gelenke befallen werden und macht ferner auf die Anatomie dieser Gelenkerkrankungen, die Prognose und die Therapie aufmerksam (Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie XI. 4).

Sodann demonstrierte S. das Präparat einer Darminvagination

von einem 7monatl. Kinde, die  $2\frac{1}{2}$  Tage bestand, als sie zur Behandlung kam und bei bereits eingetretenem körperlichen Verfall in der linken Unterbauchgegend unterhalb des Nabels einen nach dem kleinen Becken sich hinziehenden Tumor zeigte. Vom Mastdarm war der invaginierte Darm palpabel. Das Kind kam 18 Stunden später ad exitum. Bei der Autopsie fand sich das Coecum, das colon ascendens, die Hälfte des Quercolons und ein grosser Teil des Ileums intuszipiert in ein etwa 10 cm langes Stück des Quercolons und colon descendens und zwar mehrfach ineinandergeschachtelt. S. demonstriert den Fall als nicht den von Hirschsprung aufgestellten Typen entsprechend.

Krautwig (Köln): Demonstration eines 7 Monate alten Knaben, der seit 4 Wochen ein tiefgreifendes Geschwür von fast Markstückgrösse auf der linken Wange hat. Die Submaxillardrüsen waren von Anfang an fast hühnereigross intumesziert, anfangs von harter Konsistenz, in den letzten Wochen dagegen mit beginnenden Erweichungen an mehreren Stellen. Das Geschwür hat jedweder Salbenbehandlung getrotzt und hat an Umfang und Tiefe allmählich zugenommen; die Ränder sind schräg, der Grund rot granulierend. Die Diagnose schwankt im Wesentlichen zwischen Tuberkulose und Syphilis. Trotz Mangels einer erblichen Belastung liegt hier Tuberkulose vor, ein tuberkulöses Dienstmädchen verpflegte das Kind monatelang allein und infizierte es wahrscheinlich durch Küssen auf die Wange, wo sich die lokale primäre Tuberkulose entwickelte.

Demonstration des Schädeldaches eines neugeborenen unbekanntes männlichen Kindes (Präparat von einer gerichtlichen Obduktion gewonnen), welches in ausgeprägter Weise die besonders für den Gerichtsarzt wichtigen rundlichen, mit einer knorpeligen Membran überspannten Verknöcherungslücken in beiden Seitenwandbeinen zeigt. Das Kind hatte über Mittelgrösse und über Mittelgewicht; mit angeborener Rachitis hat diese Anomalie nichts zu tun.

Rensburg (Elberfeld) demonstriert einen Fall von angeborener Gliederstarre mit folgender Anamnese: Kind 1 Jahr 9 Monate. In der Familie keine Geisteskrankheiten, keine Rachitis, kein Alkoholismus. Im 4.—5. Schwangerschaftsmonat überstand die Mutter Muskelrheumatismus, war ca. 4 Wochen bettlägerig, dieser Schwand ohne ärztliche Hilfe. Spontane rechtzeitige Geburt, leicht zyanotisches Kind, angeblich in den ersten Tagen tetanische Krämpfe, die nach kurzer Dauer nicht wiederkehrten. Beine und Arme von Anfang an steif.

Befund: Intelligenz dem Alter entsprechend, Hirnnerven unbeteiligt, Oppenheimsches Phänomen fehlt, athetotische Bewegungen beim Ergreifen von Gegenständen, abnorme Streckungen der Finger dabei; Flexion resp. Extension statt Opposition beim in die Faust nehmen einer Sache; Arme werden in Pronationsstellung gebraucht, nie in Supinationstellung, beim Gehversuch Kreuzung der Beine, völliger Spasmus, Füsse dabei in Spitzfussstellung; das Kind ist intolge der Starre nicht imstande zu stehen, geschweige denn zu gehen. Passiv ist bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die Bewegung der Arme und Beine leicht möglich, nur die Abduktion der Oberschenkel ist erschwert, die Adduktoren spannen sich strangförmig an, das Kind äussert Schmerzempfindung dabei. Bei nicht voll-



ständiger Ablenkung ist die passive Beweglichkeit gelegentlich allenthalben erschwert, aber immerhin möglich. Patellarreflex leicht auslösbar, nicht gesteigert. Achillessehnenreflex, Tricepsreflex, Periostreflex an Armen und Beinen nicht auslösbar, desgl. Facialisreflex; Hautreflexe (Bauchdecken und Cremaster) vorhanden aber nicht gesteigert. Babinski negativ, elektrische Erregbarkeit allenthalben normal. R. möchte diesen Typus, der dem von ihm im vorigen Jahre demonstrierten Fällen analog ist, absondern von der sog. Littleschen Krankheit, da er sich in typischer Weise klinisch von dieser unterscheidet. Es fehlt hier der bei Little vorhandene Intelligenzdefekt, Mitbeteiligung der Hirnnerven, gesteigerte Sehnenreflexe, dagegen sind vorhanden normale Intelligenz, normale Sehnenreflexe, Nichtbeteiligung der Hirnnerven, normale Hautreflexe: Ob dieser Typus sich auch pathologisch-anatomisch absondern lässt, vermag R. nicht zu entscheiden, da ihm selbst kein Sektionsmaterial zur Verfügung steht und er auch in der Literatur keinen klinisch analogen Fall, der patholog-anatomisch untersucht wurde, finden konnte.

Zur Diskussion: Selter: Das vorliegende Krankheitsbild ist offenbar mit der angeborenen Gliederstarre der Alten identisch (Spasmen). Es ist durchaus wünschenswert, dass diese Fälle von den zentralen Kinderlähmungen getrennt werden. Diese Spasmen gehen mit oder ohne Intelligenzdefekte einher (nach Angabe der Alten). Nach Massage, passiven Bewegungen gehen diese Spasmen bei den Fällen mit geringen oder keinem Intelligenzdefekte gewöhnlich in Heilung über.

Cantrowitz (Solingen): Zur Frage der Buttermilchernährung. C. hat auf Grund der verschiedentlich in der Literatur aufgetauchten Behauptungen, dass die Buttermilch Rachitis mache (Teixeira, Kobrak, Rommel) das Material der Selterschen Klinik und Privatpraxis aus den Jahren 1902 und 1903 gesichtet und aus den über 100 Fällen von Buttermilchkindern diejenigen, welche mindestens 2 Monate bis zu einem Jahr und darüber diese Kost erhalten, auf Rachitis untersucht. Er fand unter 37 Fällen 10 mal Rachitis, deren Entstehen aber, wie an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten nachgewiesen wird, mit eben so grosser Wahrscheinlichkeit auch auf andere Ursachen (unzweckmässige Ernährung nach Aufhören der Buttermilchfütterung, durchgemachte akute Infektionskrankheiten (Baginsky, Bernhard), Erblichkeit (Siegert), ungünstige häusliche Verhältnisse etc.) zurückgeführt werden kann. Er warnt daher dringend davor, bis durch weitere langjährige Untersuchungen an einem grossen Material die Frage völlig geklärt ist, die in geeigneten Fällen so überaus günstig wirkende Nahrung durch Behauptungen, welche z. Z. nur auf Laboratoriumsversuchen fussen, in Misskredit zu bringen.

Bezüglich des heute noch allgemein üblichen Mehlzusatzes zur Buttermilch kommt C. gleichfalls nach den Erfahrungen an Selters Klientel zu folgenden Schlüssen: 1. Mehlzusatz zur Buttermilch ist nicht unbedingt erforderlich, kann unter Umständen (z. B. bei voraufgegangener Insuffizienz der Stärkeverdauung) sogar zu Darmstörungen Anlass geben. 2. Zur Vermeidung des klumpigen Gerinnens der mehlfreien Buttermilch erhitzte man letztere besonders im Anfang langsam auf gelindem Feuer unter beständigem Umrühren. 3. Eine schlechtere Verdaulichkeit der mehlfreien gegenüber der mit Mehl angerichteten Buttermilch besteht nicht. 4. Je nach der Art der voraufgegangenen Darmstörung (Insuffi-

# Haemoglobin- und Lecithin- Präparate.

Als die hervorragendsten Vertreter dieser Kategorie sind die nachstehenden zu erwähnen:

## Perdynamin

enthält neben **chemisch reinem Haemoglobin** und Zucker noch besten Malaga als Geschmacks- u. anregendes Mittel. Der Geschmack dies. Haemoglobin-Präparates wird von keinem anderen Präparat auch nur annähernd erreicht und erklärt sich aus diesem „Gern-genommen-werden“ seine vorzügliche Bekömmlichkeit. Perdynamin ist absolut frei von Glycerin.

➤ Originalflasche 2.50 Mark. ◀

## Perdynamin-Kakao

besteht lediglich aus **chemisch reinem Haemoglobin** und **reinem Kakao**. Derselbe empfiehlt sich überall dort, wo man eine längere Haemoglobin-Kur beabsichtigt, und zwar als tägliches Frühstücksgetränk. Die Nachmittags- bezw. Abenddosen werden zweckmässig durch Darreichung von reinem Perdynamin verabfolgt.

➤ Originaldose 2.50 Mark. ◀

## Lecithin-Perdynamin

enthält neben den Bestandteilen des Perdynamin noch in der Flasche 2,5 Gramm Lecithin e vitello in denkbarster Reinheit und Güte. Der Geschmack des Präparates ist hervorragend und wird dieser und die vollendete Wirkung stets und allseitig gelobt.

➤ Originalflasche 4.— Mark. ◀

## Lecitogen

(Jaffé's Lecithin-Kakao)  
besteht lediglich aus **chemisch reinem Lecithin e vitello** und **reinem Kakao**. Eine Originaldose enthält 3,0 gr. Lecithin. Lecitogen ist als tägliches Frühstücks-Getränk hauptsächlich für Nervöse und Diabetiker direct unersetzlich.

➤ Originaldose 4.— Mark. ◀

Proben und Abhandlungen zu Diensten durch:

# H. BARKOWSKI

Berlin O. 27.

(3347)

### **Thiocol bei Lungentuberkulose.** Von Gripon (Thèse de Paris 1903).

1. Die medikamentöse Behandlung muss der häufig unzulänglichen diätetischen Behandlung der Tuberkulose zu Hilfe kommen.

2. Unter den gegen diese Affektion in Vorschlag gebrachten Medikamenten ist das Kreosot das einzige Mittel, welches eine direkte Wirkung auf den Krankheitsprozess ausübt; leider haften dem Kreosot Nachteile an, welche durch seine physikalischen und chemischen Eigenschaften bedingt sind.

3. Diese Nachteile kommen weniger zur Geltung, wenn man statt des reinen Kreosots Additionspräparate, wie zum Beispiel das Guajakol-Karbonat, das Kreosot-Karbonat etc. anwendet.

4. Das sulfogujacolsaure Kalium oder das Thiocol ist von allen diesen Derivaten das vorteilhafteste, und zwar sowohl Dank seiner leichten Löslichkeit im Wasser, wie auch Dank seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit, welche Eigenschaften es ermöglichen, dieses Präparat in Form der gebräuchlichen Syrups und Cachets selbst Kindern zu verabreichen.

5. Das Thiocol bewirkt eine Elimination der komplizierten Sulfosäuren; es übt weder auf die Galle, noch auf das Blut eine direkte Wirkung aus; es wird in einer Proportion von 72—75% assimiliert. Unter dem Einflusse der Thiocolbehandlung erlangt das Blut einen zur wirksamen Bekämpfung der Tuberkelbazillen denkbar günstigsten Zustand.

6. Das Thiocol ist, indem es den Appetit wieder anregt, ein schätzenswertes Stomachikum; es bewirkt eine Körpergewichtszunahme in bisweilen bedeutendem Masse.

7. Das Thiocol besitzt eine antifebrile Wirkung, welche bei Tuberkulose sehr zu gute kommt; das Fieber nimmt bereits in den ersten Tagen der Thiocolbehandlung ab.

8. Ausserdem kann das Thiocol auch bei nichttuberkulösen Affektionen, namentlich bei akuten oder chronischen Enteritiden, bei denen man mit dem Thiocol auch tatsächlich befriedigende Resultate erzielt hat, sowie auch bei akuter Bronchitis und Typhus Verwendung finden.

### **Über die Anwendung des Thiocols im Kindesalter.** Von C. Pinet. (Le conc. méd. No. 19 u. 20, 1904.)

Die günstigen Erfolge, welche Gripon mit dem Thiocol bei Lungentuberkulose erzielte, konnte Verf. vollauf bestätigen. Für seine Anwendung im Kindesalter fügt er noch folgende Darlegungen hinzu: Bei Kindern, bei denen Verf. das Thiocol schon seit mehr als 2 Jahren anwendet, hatte er niemals Intoleranz gegen das Mittel beobachtet oder irgend eine Kontraindikation gegen die Anwendung desselben festzustellen vermocht. Dank seiner vollständigen Geschmacklosigkeit und seiner vollständigen Lösbarkeit wird das Thiocol von den kleinen Patienten ohne Widerwillen genommen, was in der Kinderpraxis einen sehr grossen Vorteil bedeutet. Das Thiocol hat sich am besten bei den grünstühligen Diarrhöen der Kinder, unabhängig davon, ob es sich um biliöse Stühle handelte, oder um einen durch den Mikroorganismus von Lesage verursachten Krankheitsprozess, bewährt; desgleichen bewährte sich das Thiocol bei chronischer Diarrhöe und bei tuberkulöser Affektion des Peritoneums und des Mesenteriums.

Bei der Behandlung von broncho-pneumonischen Affektionen der Kinder ist das Thiocol von unbestreitbarer Wirkung, und zwar sowohl bei akuten wie auch bei chronischen Formen; die günstige Wirkung dieses Mittels ist umso mehr von Bedeutung, als es ohne Gefahr dort angewendet werden kann, wo das Kreosot und das Terpin aus gewissen Gründen nicht angewendet werden können; bei der Anwendung des Thiocols kommt das Alter des Patienten nicht in Betracht, und auch dadurch ist das Thiocol den beiden obenbezeichneten Mitteln überlegen.

Auch die Masern, diese so heftige Kinderkrankheit, werden von der Thiocolbehandlung in günstiger Weise beeinflusst. In sämtlichen Fällen verschwindet der trockene, so heftige und so quälende Husten unter dem Einflusse der Thiocolbehandlung weit rascher, als bei der Anwendung der bisher üblichen Behandlungsmethoden (heisse Inhalationen, Pinselungen der Rachenschleimhaut, innerliche Verabreichung von Aconit, Belladonna, Opiaten, Ammoniumacetat etc.) Die Krankheitserscheinungen von seiten der Bronchien, die bei dieser Infektion aufzutreten pflegen, nahmen in der grösseren Mehrzahl der Fälle einen gutartigen Verlauf, und das Endstadium der Bronchitis zeigte eine bedeutende Abkürzung. Ausserdem hat P. niemals in den mit Thiocol behandelten Fällen von Masern während oder nach Verlauf des Krankheitsprozesses Bronchopneumonie oder tracheobroncheale Adenopathie beobachtet.

Bei membranöser Angina, gewöhnlicher sowohl wie diphtheroïder, haben Pinselungen der falschen Membranen mit einer Thiocollösung von 1 : 50, die alle 3 Stunden wiederholt wurden, vorzügliche Resultate ergeben. In diesen Fällen verabreichte Verf. das Thiocol zugleich auch innerlich, und zwar in einer dem Alter des betreffenden Kindes entsprechenden Dosis. Endlich bewirkte das Thiocol auch bei Keuchhusten eine bedeutende Herabsetzung der Intensität und der Dauer des Krankheitsprozesses. Jedenfalls erweist sich die Wirksamkeit des Thiocol auch hier mächtiger als diejenige des Antipyrin, des Aconit, der Belladonna, des Natrium benzoicum etc., was umso mehr von Bedeutung ist, als sich bei den Patienten auch nicht die geringste Intoleranz gegen das Mittel wahrnehmen lässt und auch keine Vergiftungsfälle vorkommen. Unter dem Einflusse des Thiocols nehmen die Hustenanfälle an Intensität und an Zahl ab, die Erscheinungen von Seiten der Bronchien werden auf ein Minimum herabgesetzt, und das Erbrechen tritt weit seltener auf. Schliesslich hat P. bei Keuchhusten ebensowenig wie bei Masern tracheobroncheale Adenopathie als Komplikation auftreten sehen. Kurz, es steht fest, dass das Thiocol durch seine antikatarrhalische, wie seine antiseptische Wirkung eine ausserordentlich günstige Wirkung auf die soeben erörterten infektiösen Erkrankungen der Respirationsschleimhaut ausübt, was besonders deutlich bei Lungentuberkulose, und zwar im kindlichen sowohl, wie auch im jugendlichen Alter, in die Erscheinung tritt.

Die Dosen, welche P. anwendete, sind:

Bei Erwachsenen, je nach der Individualität des Falles 1—3 gr täglich, in refrakten Dosen von 0,5 gr in Lösung, in kompaktem Zustande oder in Syrup.

Bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 1 Jahr 0,1—0,3 gr.

Bei Kindern im Alter von 1 Jahr bis zu 3 Jahren 0,3—0,5 gr.

Bei Kindern im Alter von 3 Jahren bis zu 5 Jahren 0,50—0,75—1 gr.

Bei Kindern im Alter von 5 Jahren bis zu 10 Jahren 0,5—1 gr.

Bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren scheint die besten Resultate derjenige Verabreichungsmodus, das Thiocol zu geben, der darin besteht, dass das Mittel in 60,0 bis 120,0 Potio gummosa jede Stunde oder alle 2 Stunden kaffee- oder dessertlöffelweise gegeben wird, zu sein. Alles in allem ist das Thiocol, in therapeutischen Dosen gegeben, ein absolut unschädliches und sicher wirkendes Mittel, welches wert ist, einen wichtigen Platz bei der Behandlung der Erkrankungen des Respirationstraktus, namentlich bei der Behandlung der Lungenschwindsucht einzunehmen.

**Un cas d'atrophie musculaire progressive chez un enfant de cinq ans.** Par L. Babonneix. (Archives de méd. des enfants VII. 6. 1904).

Der Verfasser beschreibt einen selbstbeobachteten Fall von progressiver Muskelatrophie bei einem Kinde, welcher sich in keine Gruppe der bekannten progressiven chronischen Amyotrophien einreihen lässt. Das betreffende fünfjährige Mädchen bot einen auffallenden Muskelschwund der Extremitäten, namentlich an den kleinen Fussmuskeln sehr deutlich ausgesprochen. Auch die Muskeln des Unter- und Oberschenkels zeigten Atrophie, wenn auch nicht alle gleich stark ergriffen waren. Es bestand auch eine deutliche Abnahme der Motilität, namentlich rechts. Rumpfbewegungen konnten noch, wenn auch mühselig, ausgeführt werden. Auch die kleinen Muskeln der Hände zeigten eine typische Atrophie, ebenso auch diejenigen der Arme, hauptsächlich rechts und mehr an den Vorderarmen als an den Oberarmen, während die Schultermuskeln, namentlich die Deltoidei normal waren. Es bestanden keine fibrillären Zuckungen, keine choreatischen oder athetotischen Bewegungen, kein Intentionszittern. Die Bewegungen des Kopfes, der Zungen- und Gesichtsmuskeln, die Phonation und Deglutition waren normal. Andererseits beobachtete man eine sehr erhebliche Steigerung der Reflexe, namentlich rechts, Babinski'sches Zeichen in der Streckung, etwas Nystagmus an den Augen. Die Sensibilität schien normal, ebenso die Intelligenz. Einen Monat später konnte man ein Fortschreiten des amyotrophischen Prozesses feststellen. B. ist der Ansicht, dass es sich im vorliegenden Falle um eine sclérose en plaques mit amyotrophischer Form handeln dürfte.  
E. Toff (Braila).

**Myosite ossifiante progressive.** Par Comby et Davel. (Archives de méd. des enfants VII. 7. 1904).

Die betreffende achtjährige Patientin, ohne hereditäre Belastung hatte im Alter von fünfzehn Monaten Masern durchgemacht und war einige Tage zuvor gefallen, bei welcher Gelegenheit die ersten Erscheinungen der verknöchernden Myositis beobachtet wurden. Man bemerkte damals eine Verdickung in der Gegend der rechten Apophysis mastoidea, dann eine andere ähnliche Verdickung in der Fossa infraspinata sinistra. Langsam hatten die Laesionen Fortschritte gemacht und war der Zustand bei der Beobachtung folgender: Die Brustmuskeln schienen atrophisch, in ihrer Tiefe fühlte man knorpel- oder knochenähnliche Massen. Ähnliches war auch in den grossen Rückenmuskeln zu fühlen, die einen starren Panzer bildeten, wodurch die Wirbelsäule und der ganze Thorax voll-

ständig immobilisiert wurden. Auch die Oberarmmuskeln zeigten Verkücherungen, die in dem radiographischen Bilde als tropfsteinähnliche Gebilde erschienen. Die unteren Extremitäten, welche normal schienen, zeigten ebenfalls im Radiogramm ossifizierte, wenn auch noch wenig ausgedehnte Muskelteile. Der Fall wurde vor zwei Jahren von Ménard in Berck beobachtet und publiziert (Revue d'orthopédie 1. Mai 1904), man kann an der Hand jener Beobachtung die Fortschritte, welche die Krankheit gemacht hat, studieren und feststellen, dass dieselbe einen unaufhörlichen progressiven Gang einhält. Die Prognose ist daher, wie bei allen diesen Fällen eine infauste, die Kranken sterben entweder an Kachexie oder an Tuberkulose, die sich infolge der behinderten Atmung entwickelt.

E. T o f f (Braila).

### **Aufruf an die Vereinigungen für Kinderpsychologie und Heilpädagogik und Freunde dieser Wissenschaften.**

Infolge der erfreulichen Entwicklung der Fürsorge für die gesamte abnorme Jugend wie der Bestrebungen für das Studium des kindlichen Seelenlebens und einer darauf sich gründenden besseren Gestaltung der Unterrichts- und Erziehungsmethoden hat sich je länger desto mehr ein dringendes Bedürfnis geltend gemacht nach einem Zusammenschluss aller kinderpsychologischen und heilpädagogischen Bestrebungen zu einer gemeinsamen und einheitlichen Vertretung bei vollständiger Wahrung der bisherigen Selbständigkeit der einzelnen bereits bestehenden Vereinigungen.

Die Vereinigungen halten es darum für erwünscht, dass alle Vereine und Konferenzen für Kinderforschung, für Kinderheilkunde, für Rettungshauswesen, für Fürsorge- und Zwangserziehungsanstalten, für Hilfsschulwesen wie für Behandlung und Erziehung von Schwachsinnigen und Epileptischen, Taubstummen und Blinden sowie überhaupt alle Vertreter, Leiter, Lehrer, Ärzte und Freunde heilerzieherischer Anstalten und Bestrebungen sich zu einem alle drei Jahre tagenden Kongresse zusammenschließen, wobei es den schon bestehenden Vereinigungen unbenommen bleibt, daneben in der bisherigen Weise weiter zu bestehen und zu tagen.

Der allgemeine Kongress würde einige Vorträge und Beratungen von gemeinsamem Interesse in Plenarsitzungen veranstalten, während Spezialfragen in besonderen Sektionen erörtert werden könnten.

Diese Gesamtvereinigung ist notwendig, weil alle jenen Bestrebungen besser gedeihen werden, wenn sie in engere Fühlung treten werden. Es greifen die Spezialgebiete in Theorie und Praxis oft und mannigfaltig ineinander über und bedürfen darum einer gegenseitigen Unterstützung und Förderung. Weil ausserdem nicht einmal die Normalpädagogik wie die experimentelle Psychologie an allen Universitäten eigene Lehrstühle haben, sondern vielfach noch auf autodidaktische Forschung angewiesen sind, so empfindet die Heilerziehung mit ihren schwierigsten Problemen für Theorie und Praxis dies doppelt schwer und ist darum doppelt genötigt, auf dem Wege freier Vereinigungen und Versammlungen durch Wort und Schrift die unerlässlichsten wissenschaftlichen Grundlagen zu schaffen und die Praxis zu befruchten.

Ausserdem gibt es für die Erziehung der abnormen Jugend und deren Organisation, für die Eingliederung derselben in das gesamte öffentliche Erziehungs- und Schulwesen, für ihre Stellung zu der öffentlichen Gesund-

heitspflege sowie für die rechtliche wie berufliche Stellung der Leiter, Lehrer und Ärzte der genannten Anstalten und Schulen soviel Notwendiges zu erstreben, dass ein Zusammenschluss dringend geboten ist, da sich ohne einen solchen weniger erreichen lässt.

In Erwägung dieser Sachlage richten die Unterzeichneten die ergebenste Anfrage an Sie, ob der von Ihnen vertretene Verein unserem Plane sympathisch gegenübersteht. Bejahendenfalls bitten wir zwei Mitglieder Ihres Vereins zu nennen, mit welchen weitere Verhandlungen, insbesondere auch über die Wahl des Ortes und der Zeit für den ersten Kongress geführt werden könnten. Es dürfte sich empfehlen, den ersten Kongress frühestens Ostern oder Pfingsten 1906 abzuhalten, damit die einzelnen Vereine Gelegenheit haben, vorher zu dem Plane Stellung zu nehmen. —

Dr. phil. Wilhelm Ament-Würzburg. Otto Binswanger-Jena. Dr. Boodstein, Stadtschulrat in Elberfeld. Brandt, Wirkl. Geheimer Ober-Reg.-Rat in Berlin. Georg Büttner-Worms. Dehmel, Pastor in Polkwitz (Schlesien). J. Delitsch, Hilfsschulleiter in Plauen. J. Erhard, Kgl. Inspektor in München. G. Fischer, Direktor der Blindenanstalt in Braunschweig. Dr. P. v. Gizycki, Stadt- und Kreis-schulinspektor in Berlin. Hermann Gutzmann-Berlin. P. Martin Hennig, Direktor am Rauhen Hause in Horn bei Hamburg. O. Heubner-Berlin. H. Jarand-Weissenfels. Dr. J. Jaeger, Strafanstalts-pfarrer in Amberg (Bayern). Dr. Kerschsteiner, Schulrat in München. Rich. Kirstein, Pastor, Herausgeber des „Rettungshaus-boten“ in Templin. Chr. J. Klumker-Frankfurt. J. L. A. Koch-Cannstatt. Dr. Joh. Kretschmar-Leipzig, Vors. der Vereinigung zur Pflege exakter Pädagogik im Leipziger Lehrervereine. K. Kroiss, Vorstand der Taubstummenanstalt-Würzburg. Dr. Krukenberg-Liegnitz. Dr. A. Kühner-Coburg. Professor Dr. Leubuscher-Meiningen. B. Maennel-Halle a/S. Prof. H. Oppenheim-Berlin. Dr. J. Petersen, Direktor des städt. Waisenhauses in Hamburg. H. Piper-Dalldorf. W. Rein-Jena. Direktor Dr. Reukauf-Coburg. Karl Richter-Leipzig. Dr. von Rohden-Düsseldorf. M. Roth-Gross-Rosen. Rühle, Pastor in Moritzburg (Kgr. Sachsen). Dir. W. Schröter-Dresden. J. Schwenk-Idstein i/Taun. Stadtschulrat Dr. Sickinger-Mannheim. Professor Dr. Sommer-Giessen. Dr. M. Sonnenberger, Redakteur d. Zeitschrift „Der Kinderarzt“ in Worms. Dr. Alfred Spitzner-Leipzig. Dr. Stadelmann-Würzburg. Schulrat Stötzner-Dresden. Dr. med. Taube-Leipzig. J. Trüper-Jena, Sophienhöhe. Uellner-Zeit. Walther, Direktor der Kgl. Taubstummenanstalt, Schulrat in Berlin. J. Weichert-Liesnitz. Theobald Ziegler-Strassburg. Th. Ziehen-Berlin. F. Zimmer-Berlin-Zehlendorf.

(Ztschr. f. Kinderforschung, Heft 6, 1904.)

## Gesundheitspflege.

Auf der im September d. J. in Danzig stattgehabten 29. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege sprach Prof. Dr. Kruse (Bonn) über: Die Ruhr und ihre Bekämpfung. Der Vortragende begann seine Ausführungen damit, dass unter Ruhr nicht jenes Übelbefinden zu verstehen sei, das sich in der sauren Gurkenzeit zuweilen bemerkbar mache. Die Ruhr, früher eine der häufigsten Volkskrankheiten, die schon Hippokrates bekannt war, dann fast vergessen, hat sich in der neuesten Zeit dadurch bemerkbar gemacht, dass sie in Form von grösseren Streifzügen aufgetreten ist oder sich in manchen Bezirken dauernd eingenistet hat. Sie verdient aber auch deshalb Beachtung, weil sie zu allen Zeiten eine gefürchtete Kriegskrankheit gewesen und eine gewöhnliche Krankheit der Kolonialländer ist. Die Dauer der Krankheit ist in der Regel 40 Tage. Neue Untersuchungen haben ergeben, dass die Ruhr eine ansteckende Krankheit ist, die auf mehrere von einander verschiedene Erreger zurückgeführt werden muss. Linné schon hatte die Ansteckungsfähigkeit der Ruhr erkannt, aber als schlechter Mikroskopiker nicht auch die wahre Ursache. Er meinte, das sie sich durch Tiere, ähnlich den Käsemilben, verbreite, und glaubte diese auch gesehen zu haben. Er nannte sie direkt eine Krätze des Darms. Nach den Ausführungen des Redners ist Aussicht vorhanden, dass es gelingen wird, ähnlich wie bei der Diphtherie, auch bei der Ruhr geeignete Schutzimpfungs- und Heilverfahren zu finden. Doch ist dazu erforderlich, dass die wissenschaftliche Ruhrforschung durch Gewährung reichlicherer Mittel unterstützt wird. Der Vortragende gliedert die Dysenterie nach vier Gattungen: 1. Die Amöbendysenterie, 2. die endemische Bazillendysenterie, 3. die Pseudodysenterie und 4. die Paradyenterie, schreibt also derselben Krankheit vier verschiedene Krankheitserreger zu. Der Ansteckungsstoff wird durch den Stuhlgang aus dem erkrankten Körper ausgeschieden. Übertragen wird er in erster Linie durch Berührung mit erkrankten Personen und deren Abgängen, selten durch verunreinigte Nahrungsmittel oder Wasser. Ansteckung durch die Luft ist nicht möglich oder doch höchstens durch Vermittelung von Fliegen oder dergl. Eine örtliche Empfänglichkeit besteht insofern, als Ortschaften oder Häuser mit schlechten Wohnungs- oder Abwässerungsverhältnissen durch die Ruhr viel stärker gefährdet sind. Nur in gut kanalisierten Städten vermag sich die Ruhr nicht einzunisten. Epidemien entstehen fast immer im Spätsommer oder Herbst. In der übrigen Zeit kommen zwar Erkrankungen nur vereinzelt vor, sie sind aber deshalb wichtig, weil sie anscheinend die Verbindungsglieder zwischen den Epidemien bilden. Vorbeugende Massnahmen allgemeiner Natur bestehen darin, dass man die Wohnungs- und vor allem die Abwässerungsverhältnisse verbessert, die einzelnen Erkrankungsfälle, die in der epidemiefreien Zeit vorkommen, abfängt und die Überbleibsel der Epidemien recht gründlich unschädlich macht. Der Redner warnt davor, die Erfolge der bisher ergriffenen Massnahmen zu überschätzen. Wenn 1902 und 1903 die Krankheit wesentlich nachliess, so ist das wohl in erster Linie der niedrigen Temperatur zuzuschreiben. Der Nutzen der Massnahmen kann nicht leicht plötzlich wirken. — Der Gegenberichterstatter Medizinalrat Dr. Doepner



(Gumbinnen) gab eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Behandlungsvorschriften und stellte alsdann eine Reihe von Forderungen auf, die zur Bekämpfung der Krankheit unerlässlich sind. In erster Linie fordert er die Anzeigepflicht eines jeden Todesfalles an der Ruhr, sofortige bakteriologische Untersuchung und Absonderung der Erkrankten, wenn irgend möglich in Krankenhäusern. Um die weitere Verbreitung zu hindern, fordert der Redner eine Reihe weiterer Massregeln, die durch Verbot von Ansammlung von Menschenmassen, Beschränkung von Gewerbebetrieben, Fernhaltung vom Schulbesuch oder gar Schliessung der Schule von einschneidender Bedeutung für das öffentliche Leben sind. Eine Reihe weiterer Schutzmassregeln soll einer gründlichen Vernichtung aller etwa vorhandenen Krankheitskeime durch Desinfektion dienen. Endlich empfiehlt Redner die von Professor Kruse vorgeschlagene prophylaktische Serumeinspritzung, um den Erkrankungen vorzubeugen.

~~~~~

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Praktische Erfahrungen über die spezifische Wirkung des „Lactagols“. Von J. A. Goldmann.

Dem Lactagol, einem Extrakt aus dem Baumwollensamen, wird die Vermehrung und Verbesserung der reduzierten Milchsekretion zugeschrieben. G. hat sich in 14 Fällen von dieser Wirkung vollauf überzeugen können. In keinem Falle wurde über irgend welche störenden Nebenwirkungen geklagt oder über sonst welche Beeinflussungen des Gesundheitszustandes von Mutter oder Kind.

(Therap. Monatsh. 1904.)

v. Boltens tern (Berlin).

Gangrän bei Scharlach. Von Netz.

N. berichtet über eine Patientin, bei welcher nach Ablauf der dritten Woche von Scharlach auf der Innenseite der beiden Oberarme symmetrisch je ein gangränöser Flecken im Gebiete des N. cut. brach. med. und des intercost.-brach. sowie eine handtellergrosse gangränöse Stelle an der rechten Hinterbacke auftraten. Die ersten hatten ischämischen Charakter (symm. Gangrän Reynauds). Am Beine handelte es sich um eine Innervationsstörung durch verminderte Herzkraft oder durch Toxine. In der Behandlung hat sich Wasserstoffsuroxyd sehr bewährt. Denn die ungestörte Abstossung und Heilung einleitende Scheidung durch eine Demarkationslinie, welche mit Hilfe von Eiterung zur Abstossung der toten Teile führen muss, war eine im höchsten Grade reinliche und reaktionslose. Von Eiter war nach Anwendung von Wasserstoffsuroxyd bis zur vollendeten Heilung keine Spur. Auch blieb der Foetor von den ersten Stunden an vollständig verschwunden.

(Therap. Monatsh. 1904.)

v. Boltens tern (Berlin).

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubehaltender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einzelne Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

XV. Jahrg.

Dezember 1904.

No. 12. (180.)

Inhalt: Originalien: **Kühner**, Ökonomische, akzidentelle und medikamentöse Intoxikationen in der Kinderpraxis I. 265. — **Thomas** (v. Boltenstern), Ernährung in schwierigen Fällen. 273. — **Referate:** **Göpfert**, Tuberkulose des Peritoneum. 278. — **Netter**, Behandlung der Diphtherie mit Kollargol. 279. — **Molzard** und **Gronet**, Stomatitis und Angina ulcerosa. 279. — **Perckery** und **Terrien**, Syphilitische Arthropathien. 280. — **Neurath**, Nervöse Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens. 281. — **Morax**, Ophthalmien der Neugeborenen. 281. — **Vernescu**, Morbus Addisonii. 282. — **Comby**, Infantiler Skorbut. 282. — **Pallikan**, Säuglings-Gastroenteritis und Cholera infantum. 283. — **Méry** u. **Guillemot**, Gastrische Dyspepsie. 284. — **Wertheimer**, Lumbalpunktion bei Meningitis. 285. — **Tobler**, Lumbalpunktion im Kindesalter. 286. — **Dyllon**, Klumpfußbehandlung. 286. — **Rezensionen:** **Hetsch**, Die Grundlagen der Serumdiagnostik und deren Bedeutung für den Praktiker. 287. — **Zuckerkaudl**, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 5. Heft. 287. — **Göbel**, Die Basedowsche Krankheit und ihre Behandlung. 288. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 288.

Nachdruck mit genauer Quellenangabe gestattet. — Separatabdrücke verboten.

Ökonomische, akzidentelle und medikamentöse Intoxikationen in der Kinderpraxis.

von Dr. A. Kühner (Koburg).

I.

Qui bene diagnoscit, bene curat!

Eine der schwierigsten Aufgaben des Kinderarztes bildet die Erkenntnis und Behandlung der Intoxikationen, da in zweifelhaften Fällen die Anamnese gewöhnlich gar keine zuverlässigen Aufschlüsse gibt, Schüchternheit, Furcht, selbst Launenhaftigkeit oft die Wahrheit verdunkeln, da ferner Gifte bei Kindern eine ganz verschiedene Wirkung äussern als bei Erwachsenen, Idiosynkrasien wegen der mangelnden Angewöhnung an eine Menge Stoffe, welche dem Erwachsenen als Genussmittel dienen, ungemein leicht und häufig zustande kommen.

Begriffsbestimmung.

Die Physiologen, Therapeuten, Toxikologen, Verwaltungsbeamten, selbst die Rechtsgelehrten haben sich vergeblich bemüht, den Begriff

„Gift“ zu umgrenzen, in eine Formel zu bringen. Taylor bezeichnet in seiner berühmten Toxikologie Gift als eine Substanz, welche, wenn aufgenommen in das Blut, die Gesundheit beeinträchtigen oder das Leben zu zerstören vermag. Gifte oder Stoffe, „welche die menschliche Gesundheit zu zerstören geeignet sind“, diesen Zusatz findet man in allen Strafgesetzbüchern. Aber nicht alle Stoffe, welche die Gesundheit zu zerstören geeignet sind, gehören zu den Giften. Gestossenes Glas, Kies, zerkleinerte Steinchen, welche beim Spielen recht häufig von umherkriechenden Kindern verschluckt werden, zählt man nicht zu den Giften, wenngleich sie mechanisch ebenso deletäre Wirkungen hervorbringen können als chemisch wirkende Stoffe, ebensowenig bezeichnet man solche deletären Wirkungen als Intoxikationen; auch die Erscheinungen, welche ein Kind darbietet, das beim Herumkriechen auf dem Boden haftende Tuberkelbazillen aufgenommen und verschluckt hat, bezeichnet man in ihren Folgen nicht als Vergiftung, sondern als Krankheit. Aus dieser Betrachtung folgt, dass eine präzise Definition von Gift kaum zu geben, ebenso wenig eine Umgrenzung der Begriffe von Intoxikation und Affektion. Die Differenzierung erfolgt von Fall zu Fall.

Intoxikation und Affektion.

Angemessen erscheint es, schon jetzt auf die Tatsache hinzuweisen, dass die Diagnose einer Intoxikation nicht nur oft erschwert wird in bezug auf die Qualität des Giftes, indem manche Gifte gleichartige Erscheinungen am lebenden Körper hervorrufen, sondern dass auch recht häufig Intoxikationen mit Affektionen aus anderer Ursache verwechselt werden. „Als die Natur der Kalium chloricum-Vergiftung noch nicht erkannt war, wurden in der Literatur zahlreiche Fälle von Diphtherie, bei der das Salz therapeutisch angewandt war, mit unerklärlichem tödlichen Ausgang veröffentlicht, welche in Wirklichkeit als Fälle von Vergiftung mit chloresaurem Kalium anzusehen sind. Man sprach von einer besonders bösartigen Form der Diphtherie, bei der die örtlichen Erscheinungen ganz mässig sein können, sich aber eine Blutzeretzung entwickle, die rasch zum Tode führe. So wurden die Ursachen verwechselt, die Erscheinungen falsch erklärt, und das Kalium chloricum erfreute sich nach wie vor allgemeiner Beliebtheit. Heute, wo wir die Wirkung des Kalium chloricum kennen und das Salz kaum mehr innerlich Verwendung findet, wird eine derartige Verkenntung der Ursachen nicht mehr stattfinden.“*)

Ganz ähnlich verhält sich die Verwechslung mancher anderer Intoxikationen mit Krankheiten, natürlich zunächst mit solchen, die plötzlich auftreten. Die Wirkung eines Giftes ist zumeist eine akute und erfolgt bei einem Gesunden nach Aufnahme von Speise, Trank oder Medikamenten. Als solche plötzlichen Erkrankungen kommen bei Kindern zumeist in Betracht: Cholera infantum, akute Gastroenteritis, Intussuszeption, inkarzerierte Hernie, perforierendes Magengeschwür, Konvulsionen, Tetanus (Strychninvergiftung), in einzelnen Fällen noch viele andere Affektionen. Findet eine Intoxikation statt nach Aufnahme von Speise und Trank, so gelingt es oft, den Sachverhalt zu klären durch Feststellung dessen, was

*) Meier, Dr. Otto, Vergiftung mit Kali chloricum. Deutsche Mediz. Zeitung vom 15. August 1904.

die Erkrankten genossen und die Gesundgebliebenen vermieden. Viele ökonomische und akzidentelle Intoxikationen bei Kindern und ebenso bei Erwachsenen entstehen aus Unreinlichkeit, Unachtsamkeit, Nachlässigkeit. Man wird in dieser Beziehung, wenn man in Küche und Keller genau nachforscht, die Personen, welche die Vorbereitungen zu einer Mahlzeit getroffen und sie zubereitet, besichtigt und verhört, sowie die Gefässe, Utensilien, welche gebraucht werden, sorgfältig untersucht, einen unglaublichen Leichtsinn entdecken. Manche Gastroenteritis, Magen- und Darmerkrankungen finden bei gründlicher Anamnese eine entfernte Begründung nicht nur im eigenen Hause, sondern im fremden, in Ställen, auf Feldern, Wiesen, in schmutzigen Milchkannen, desgleichen im Kleinhandel (Vgl. unser Schlusskapitel über Milchintoxikationen). Vieles in dieser Beziehung bleibt überhaupt dunkel, weil das Licht der Aufklärung nicht zureicht.

Noch ein Wort über Konvulsionen. Konvulsionen haben stets ihre bestimmte Ursache, die oft schwer zu ergründen, namentlich bei Kindern, die so häufig zum Schrecken der Angehörigen von Konvulsionen befallen werden. Eine ihrer häufigsten Ursachen ist Magenirritation. Man sagt in England *), dass, was bei Erwachsenen in Träumen, bei Kindern oft in Krampzfällen sich äussere. Indigestionen geben bei Jung und Alt oft zu schweren Träumen, bei Kindern namentlich zu Konvulsionen Anlass. Eine der heftigsten Krampzfälle beobachtete Poore bei einem Kinde, das Stunden lang in einem Status epilepticus verharrete in Folge des Verschluckens von einem Schieferstift, also eine rein mechanisch wirkende Ursache der Magenirritation.

Allgemeines.

Unser modernes Leben gibt allenthalben Anlass zur Entstehung von Intoxikationen. Die grossen Fortschritte der Chemie haben eine Menge früher uns ganz fremder Stoffe in den Verkehr, in die Gewerbe, die Industrie, in Haus und Familie eingeführt, so dass jetzt meist viel leichter Gelegenheit gegeben wird zur Verwendung einer Menge von Stoffen, die als Nahrungs-Genussmittel, Gebrauchs- und Verbrauchsgegenstände unentbehrlich geworden sind, leicht aber durch etwas zu viel, unrichtige, unangemessene, unzweckmässige, unzeitige Anwendung zu Ausschreitungen, grossen Gefahren Anlass geben können. Neben diesen ökonomischen, akzidentellen Intoxikationen kommen bei der sich stets mehrenden Zahl von medikamentösen Stoffen die in bester Absicht gereicht werden, oft recht schlechte Erfolge als Intoxikationen zum Vorschein. So viel neue Arzneimittel, so viel als deren Ausschreitungen zur Beobachtung gelangende Intoxikationen. Die Aufgabe, mit der wir uns im Nachfolgenden beschäftigen, wird sich daher als sehr nutzbar erweisen.

Wirkungsweise der Gifte.**)

1. Lokale Wirkung: Eine Anzahl von Giften ruft an der Applikationsstelle grobe anatomische Veränderungen hervor; hierher gehören:

*) Vergl. Poore, a. a. O. S. 107.

***) Hildebrandt, Dr. H., Leiter des Pharmakologischen Laboratoriums der Farbfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld. Compendium der Toxikologie. Freiburg i. Br. Akademische Verlagsbuchhandlung J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).

Aetzende Säuren, Alkalien, Metallsalze, manche organische Stoffe, reizende Gase und Dämpfe.

2. Resorption (entfernte) Wirkungen nennt man die nach Aufnahme eines Giftes ins Blut auftretenden Allgemein-Erscheinungen an anderen Organen; im Grunde sind zwar auch diese Wirkungen lokale, besonders diejenigen, welche sich an der Ausscheidungsstelle aus dem Organismus (Nieren, Magen, Darmkanal) geltend machen. Die Grenze zwischen den beiden Gruppen angehörigen Giften lässt sich nicht scharf ziehen, da viele lokal wirkende Gifte auch Organveränderung hervorrufen und umgekehrt.

Noch einige Bemerkungen über Resorption*) Ist ein Gift resorbierbar, so kann es von verschiedenen Punkten aus resorbiert werden. Dies geschieht gewöhnlich vom Magen aus oder vom Alimentationstraktus im Allgemeinen. Manche Gifte werden resorbiert von der Haut oder von einer Erosion, einem Geschwür auf der Haut. Oder die Resorption findet im Unterhautzellgewebe statt. Eine Resorption von Seiten der unversehrten Haut erfolgt selten in ausgiebiger Weise; selbst lösliche Salze werden wenig, manche sagen, gar nicht von der Haut resorbiert. Wenn z. B. Chlornatrium von der Haut resorbiert würde, so wäre ein Seebad ein sehr zweifelhaftes Vergnügen. Dagegen wird Quecksilber von der Haut resorbiert, z. B. bei Inunktionen. Bei allen diesen Manipulationen ist zu berücksichtigen, dass die kindliche Haut weit leichter und ergiebiger resorbiert als die des Erwachsenen. Wir wissen, dass bei der örtlichen Anwendung der Belladonnasalbe konstitutionelle Wirkungen eintreten können; möglicherweise trägt die fettige, krümlige Beschaffenheit des Mediums wesentlich bei zur Assimilation. Bei einer Abwaschung eines Kindes im warmen Bad, zu welchem Zweck irrtümlicher Weise Nikotianaseife verwendet worden, sah ich vor kurzem die ersten Anzeichen der Nikotinvergiftung: Schwindel, Kopfweh, Uebelkeit u. s. f., wobei allerdings nicht zu vergewissern, ob nicht auch das Gift in Dämpfen aufgenommen worden. Immerhin ist die Resorption durch die intakte Haut selten. Die Resorption geschieht in ganz verschiedener Intensität je nach verschiedenen Umständen. Je rascher das Gift in Kontakt gerät mit den Blutgefässen, von denen es resorbiert wird, um so rascher die Wirkung. Eine Dosis Morphium wirkt rascher hypodermatisch als durch den Mund, und geschieht die Injektion in eine oberflächliche Hautvene, so erfolgt die Wirkung beinahe augenblicklich. Geschieht die Aufnahme des Giftes durch den Magen, so erfolgt die Wirkung natürlich weit rascher, wenn dieser leer und das Gift unverhüllt gegeben wird, als bei gefülltem Magen und eingehüllt in feste, schwer lösliche Substanzen. Die Aktion eines Giftes ist um so intensiver je nach der Grösse der Oberfläche, die sich darbietet für die Resorption. Manche Gifte wirken deshalb so heftig, weil sie von der Lungen- wie Alimentarfläche gleichzeitig aufgenommen werden, z. B. Blausäure, die vermöge ihrer grossen Flüchtigkeit ungemein rasch resorbiert wird. Auch von einer serösen Membran geschieht die Resorption sehr rasch und ist experimentell erwiesen, dass septische Gifte zumeist sehr rasch vom Peritoneum resorbiert werden.

*) Im wesentlichen nach POORE, G. Vivian, Prof. of the principles and practice of medicine, University College, London. A Treatise on Medical Jurisprudence. London, John Murray (Albemarle Street) 1901.

Das Endresultat einer Dosis eines Giftes beruht auf der Bilanz zwischen Resorption und Elimination. Sobald das Gift resorbiert worden, beginnt die Elimination, zumeist durch den Urin, und die Elimination kann so rasch stattfinden, dass eine Intoxikation unter Umständen nicht zustande kommt. Unter die rasch wirkendsten Gifte gehört das Vipern- und Schlangengift. Es ist nun eine hekannte Erfahrung, dass man eine solche Wunde, vorausgesetzt, dass man keine Risse an der Lippe hat, ohne Gefahr aussaugen kann. Unter diesen Umständen erfolgt eben die Elimination durch den Urin so rasch als die Resorption. Zahlreiche Bahnen eröffnen sich für die Elimination: Fäzes, Urin, Speichel, Transpiration.

Ebensowenig scharf begrenzt wie die Gifte in bezug auf lokale und resorptive Wirkung sind

3. die Blutgifte, welche ein allerdings flüssiges Gewebe verändern; ihre Zahl ist in den letzten Jahren enorm gestiegen, und wir werden uns nur mit einigen für die Kinderpraxis hervorragenden beschäftigen. Man kann sie in folgende Unterabteilungen scheiden:

I. Gifte mit eigenartiger Wirkung auf den Blutfarbstoff.

Die Gifte dieser Gruppe haben das Gemeinsame, an Stelle des Sauerstoffes in das Hämoglobin einzutreten und sich chemisch damit zu verbinden: Schwefelwasserstoff H_2S , Blausäure CNH , Kohlenoxyd CO . Die Folge dieser Wirkung ist Asphyxie, sowie primäre Schädigung des Zentralnervensystems.

II. Gifte, welche mit oder ohne Auflösung der Blutkörperchen Methämoglobinbildung im Blute hervorrufen.

Diese Stoffe greifen das Hämoglobin in den Blutkörperchen an, sowohl wenn sie dem Blut ausserhalb der Gefässe beigesetzt werden, als auch, wenn sie im Körper mit demselben zirkulieren, indem sie jenes in Methämoglobin umwandeln. Viele bewirken schliesslich auch einen Zerfall der Blutkörperchen selbst; der austretende Farbstoff und die Zerfallprodukte der Körperchen bilden dann Schollen und flockenartige Gebilde, welche Gefässverlegungen und Infarkte in den Organen hervorrufen. Besonders rasch rufen die Methämoglobinbildung hervor: Kali chloricum, Pyrogallol, Hydrazin und seine Verbindungen, Nitrobenzol (Dinitrobenzol), sowie überhaupt eine Reihe von Körpern, welche die Atomgruppe NO_2 enthalten, die Nitrite ($Na NO_2$), Amylnitrit ($C_5 H_{11} NO_2$); Anilin, Schwefelkohlenstoff. Folgezustände sind Zyanose, chokoladenartige Färbung des Blutes, Verminderung der Harnsekretion (Anurie, Urämie).

III. Gifte, welche ein ganz besonders starkes Auflösungsvermögen für rote Blutkörperchen besitzen.

Diese Stoffe haben die Eigenschaft, ohne Methämoglobinbildung die Blutkörperchen aufzulösen, so dass das Hämoglobin ins Plasma übertritt; dieses färbt sich dadurch gelbroth und ruft an der Haut sowie an den Schleimhäuten eine mehr oder weniger intensiv ikterische Färbung hervor; ferner Hämoglobinurie und Hämoglobinocholie (Auftreten von Hämoglobin in der Galle) bei intensiver Zerstörung der roten Blutkörperchen und Infarzierung der Organe — besonders der Nieren und der Schleimhaut des Magendarmkanals mit Hämoglobin. Hierher gehören besonders das Gift der frischen Lorchel (Helvellasäure), Arsenwasserstoff ($As H_3$), Glyzerin u. a.

IV. Gifte, welche ohne schwere anatomische Veränderungen töten können.

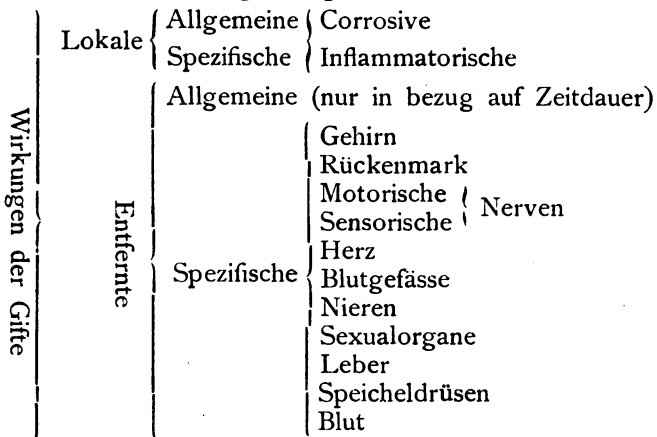
Vermutlich liegen auch hier anatomische Veränderungen vor, die wir jedoch mit unseren Hilfsmitteln nicht nachzuweisen vermögen. Es sind dies teils Gifte des Zerebrospinal-Nervensystems, teils primäre Herzgifte.

Wirkungen der Gifte.

Die meisten Gifte wirken auf viele Organe, nicht nur auf eines. Nichts desto weniger ist es Tatsache, dass Gifte ihren Prädilektionsherd haben für die Entfaltung ihrer Wirkungen und dass sie von den Zellen des einen Organs mit grösserer Vorliebe aufgenommen werden als von denen eines anderen. Wir wissen, dass gewisse Gifte auf das Rückenmark, andere auf die Nervenendigungen in den Muskeln wirken, andere wieder auf die Nieren, noch andere auf andere Teile, dass die einen durch den Speichel, andere durch den Urin ausgeschieden werden. Bestimmte Zellen stehen entschieden in Beziehung zu gewissen Giften, aber nur wie die Prioritäten bei einem Aktienunternehmen zu den anderen Aktionären; auch diese erhalten bei weiterer Wirkung ihren Anteil. Nehmen wir die Wirkung der Belladonna, die sich in kleinem Anteil nur an der Pupille äussert; steigert sich die Gabe, so tritt die Wirkung auf Herz, Gehirn ein und wird eine mehr allgemeine.

Klassifikation der Gifte nach Poore.

Man kann nach dem Vorgang von Poore in dem vortrefflichen bereits benannten Werk über gerichtliche Medizin und Toxikologie die Gifte auf Grund ihrer Wirkungen folgendermassen einteilen



Die Lokalwirkung kann korrosiv oder inflammatorisch, aber auch spezifisch sein, z. B. die Färbung der Lippen und Zunge infolge von Aconit, Erweiterung der Pupille infolge von Belladonna. In bezug auf die Fernwirkung gibt es zahlreiche Prioritäten der Aktionäre, z. B. das Gehirn für die Wirkungen des Alkohols. Wir nehmen eine Dosis Alkohol; es entsteht ein Gefühl von Wärme im Magen; das ist die Lokalwirkung, die entfernte äussert sich am Gehirn. Unter die spezifischen Rücken-

marksgifte zählen wir Strychnin, Kurare, welche auf die motorischen Nervenendigungen und wahrscheinlich auf die sensorischen wirken. Digitalis und die sogenannten Herztonika wirken auf das Herz und die grossen Gefässe. Terpentin und dessen Derivate wirken auf die Nieren, Kanthariden auf die Sexualorgane.

Viele Momente modifizieren die Wirkung des Giftes, z. B. die *Quantität*. In der Regel: je grösser die Dosis, desto intensiver die Wirkung. Diese Regel ist nicht allgemein. Nach einer mässigen Dosis Antimon kann Tod erfolgen, während das Gift in starker Gabe erbrochen wird. Bei anderen Giften wird dasselbe bei starker Dosis durch die Peristaltik ausgeschlossen. In dieser Weise finden zahlreiche Übergänge statt von der Pharmakodynamik zur Toxikologie. Ein Gift wirkt ganz verschieden, je nachdem es in Kapseln, Pillen, Lösung gegeben wird, ganz verschieden je nachdem, ob etwas und was gleichzeitig genossen wird.

Von der grössten Wichtigkeit für die Würdigung der Intoxikationen in der Kinderpraxis sind *Idiosynkrasien*. Jedes Individuum verhält sich in bezug auf Gifte anders als ein anderes, und bedenken wir, das Gift trifft beim Kinde einen reinen jungfräulichen Boden! Viele diätetische Stoffe wirken beim Kinde wie Gift, insbesondere, wenn sie in grösserer Menge zur unrechten Zeit genommen werden. Nehmen wir die Wirkung von unreifem Obst zur heissen Jahreszeit! Honig, der auch für den Erwachsenen, wenn ihn die Bienen aus narkotischen Pflanzen gesogen haben, zum Gift werden kann, wirkt als solches auf manche Kinder in folge von Idiosynkrasie.

Was die *medikamentösen Intoxikationen* betrifft, so sei hier noch ergänzt, dass Arzneimittel je nach der Art und Länge der Aufbewahrung von ganz verschiedenem Gehalt, daher bald stärker, bald schwächer wirken. So ist es zu erklären, dass manche Arzneimittel schon in schwacher Gabe als Gifte wirken, während starke Dosen oft ohne Wirkung bleiben.

Wir werden uns nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen, die leicht noch erheblich vermehrt werden können, unschwer über das Wesen, die Diagnose und Behandlung ökonomischer, akzidenteller und medikamentöser Intoxikationen verständigen.

Literatur.

Traité des Maladies de l'enfance. Deuxième edit. Publiée pour la direction de MM. J. Grancher, Prof. de la Faculté de médecine à Paris, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, I. Comby, Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Tome premier. Paris, Masson et Cie. Editeurs 1904. Preis 22 Mk. Art. Intoxikationen, bearbeitet von Dr. A. Montji, Prof. der Pädiatrie in Wien. — Derselbe, Kinderheilkunde, in Einzeldarstellungen 1899—1902. — Therapie der Kinderkrankheiten. Enzyklopädisch nach den neusten Erfahrungen bearbeitet von Dr. Wilh. Degrè, Chefarzt des Jodbades Darkau, Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel 1903, Preis 10 Mk.

Allgemeines.

Kinder sind oft aus Unwissenheit, Unvorsichtigkeit und Zufall, Verfehlungen in der Vorschrift oder Anfertigung eines Medikamentes der Gefahr ausgesetzt, verdorbene, verfälschte Nahrungsmittel, toxische Pflanzen-, Tier-, Mineralstoffe, anstatt beabsichtigter Heilmittel Gifte aufzunehmen.

Als Intoxikationen kommen soweit in Betracht 1. verdorbene Alimente tierischen Ursprungs (Botulismus,¹ Allantiasis, Wurstvergiftung, Zootrophotoxismus, Zoonose,² Infektionskrankheit, verursacht durch tierische Gifte), 2. die Vergiftung durch verschiedene Pilze, Schwämme, 3. akzidentelle pflanzliche oder mineralische, metallische Gifte, 4. Medikamente, 5. anorganische, 6. organische Säuren und Salze.

Zumeist verursachen diese Gifte eine toxische Entzündung der Magendarmschleimhaut, wechselnd nach der Quantität, Qualität, dem Verhalten der toxischen Substanz und des kindlichen Organismus. Je nach der Wirkungsweise und den Wirkungen der Gifte (s. o.) findet man bei tödlichem Ausgang die verschiedenartigsten Sektionserscheinungen. Gleichmassen verschieden sind je nach jenen Momenten die Erscheinungen beim Lebenden. Am konstantesten sind gastrische Symptome: Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen, Kollaps, Zyanose, Herzschwäche, Dyspnoe. Bei allen Vergiftungen, die nicht durch korrosive Substanzen hervorgerufen worden, bildet die sofortige Entleerung des Mageninhalts durch Magen- und Darmausspülung das beste Verfahren, das zur Sicherheit mehrere Male wiederholt werden soll. Bei der Einwirkung korrosiver Substanzen soll die Ausspülung wegen der Gefahr der Perforation des Ösophagus oder Magens je nach der Qualität des Giftes durch neutralisierende Substanzen ersetzt werden. Die Technik der Magen- und Darmausspülung kann hier nicht wiedergegeben werden. Diese soll auch bei Vergiftungen mit Säuren unterbleiben.

Man sucht in solchen Fällen durch beträchtliche Quantitäten gebrannte Magnesia (100 bis 500 Gramm) zu neutralisieren und umzuwandeln in unlösliche Salze das, was an Säure nicht resorbiert worden ist. Die Alkalien müssen neutralisiert werden durch eine Lösung Weinsteinsäure (1 bis 5 auf 100) oder verdünnte Essigsäure, event. Zitronensaft.

Zeit und Ort gestatten nicht, die Intoxikationen im Kindesalter nach allen Richtungen zu beleuchten. Jedes Kalendarium bietet eine Übersicht dieser Materie.

Die Intoxikationen tierischen und pflanzlichen Ursprungs im Kindesalter unterscheiden sich in bezug auf Erscheinungen, Ablauf, Behandlungsweise nicht wesentlich von denen der Erwachsenen. Vielleicht bietet sich zum Beginn der „Saison“ einmal Gelegenheit, die Pflanzengifte in ihren Beziehungen zu dem Kindesalter zu besprechen. Zunächst verweisen wir auf die vorstehende Literatur, insbesondere auf die ausführliche originale Darstellung von Monti im „Traité des maladies de l'enfance“. Wir können uns hier nur mit einigen hervorstechenden ökonomischen, akzidentellen und medikamentösen Intoxikationen beschäftigen.

¹) botulus = Darm, Wurst. ²) ζῷον = Tier, νόσος = Krankheit.

Ernährung in schwierigen Fällen.

Nach Dr. J. J. Thomas-Cleveland. (The Cleveland medical journal 1904, 8) von
Dr. O. v. Boltenstern (Berlin).

Der Ausdruck „schwierig“, wie er auf künstlich ernährte Kinder Anwendung findet, kann sehr umfassend oder auch verhältnismässig beschränkt sein, je nach dem angenommenen Standpunkt und nach der angewendeten Methode. Das Problem der künstlichen Ernährung von Kindern ist vom biologischen, physiologischen, chemischen und physikalischen Standpunkt äusserst kompliziert und hat manche geistreicher Ansichten zur Lösung in der Heilkunde herausgefordert, bis jetzt freilich mit sehr verschiedenem Resultat. Ungeachtet der Tatsache, dass von diesem Standpunkt der Ausdruck „schwierig“ in praxi alle Fälle von künstlicher Ernährung in sich begreift, fühlen wir uns gedrungen zu behaupten, dass die praktischen Methoden, welche aus theoretischen Studien sich ableiten, in einem weit weniger komplizierten und chaotischen Zustand sich befinden. Wir haben zur Zeit noch kein besseres Ersatzmittel für die Muttermilch als die Kuhmilch in mancherlei Form und werden es zweifellos niemals haben. Während es meist ebenso viel praktische Ernährungsmethoden gibt als Untersucher auf diesem Gebiete, so gibt es trotz alledem weniger Differenzen in den wesentlichen Punkten und Resultaten der verschiedenen Methoden als in der Leichtigkeit und Bequemlichkeit der Anwendung. So bedeuten Backhaus-Milch, ein deutsches Präparat, Bartleys Mischung und die Molkenmodifikationen, wie sie neuerdings von White und Ladd angeben sind, im Grunde das gleiche. Obwohl sie auf ganz verschiedenen Wegen gewonnen werden, ist das erstrebte und erreichte Ziel eine Änderung der zusammengesetzten Eiweissstoffe, welche sich in der Kuhmilch finden, so dass das Verhältnis des Kaseinogens und des Laktoalbumins dem der Muttermilch gleich wird. Und praktisch werden die gleichen Resultate bei dem Biedertschen Rahmgemenge und Gärtners Fettmilch in Deutschland erreicht wie bei uns mit Chapins und Holt's top milk.

Jemandes Urteil über schwierige Fälle wird leicht erheblich bestimmt durch die angewendete Ernährungsmethode. Die mit Glück gewagte Methode oder vielmehr der Mangel an Methode, eine käufliche Nahrung nach der anderen zu reichen, bis eine gefunden ist, welche passt, etwas, welches in der Regel der Mutter überlassen bleibt, führt unbedingt früher oder später zu traurigen Resultaten. Störungen folgen leicht der unbegrenzten Verdünnung der Vollmilch wie der versuchsweisen Hinzufügung von Sahne. Bei solchen Methoden gestalten sich alle Fälle oder zum wenigsten die Mehrzahl der Fälle schwer. Andererseits begegnet man unter einer Methode, welche zur künstlichen Ernährung geeignet gefunden worden ist in einer grossen Anzahl von Fällen, und es gibt verschiedene gute Verfahren, einer kleinen Minorität von Fällen, für welche die gewöhnlichen Mischungen nicht geeignet sind, für welche diese oder jene der zahllosen Erfindungen, die Milch verdaulicher zu machen, zu versuchen sind. Ferner gibt es nicht gerade selten Kinder, welche Kuhmilch, in welcher Formveränderung auch immer, nicht vertragen können. Auf

diese schwierigen Fälle auch für moderne Methoden beziehen sich besonders die Ausführungen.

Da jeder Fall von schwieriger Ernährung in eine Klasse für sich gehört und individuelle Aufmerksamkeit erfordert, wird es in den Grenzen eines Vortrags notwendig sein, den Gegenstand im allgemeinen zu behandeln. Ich werde mich also dazu verstehen, nur einige Pläne zu besprechen, welche in ausgedehnteren Versuchen in allen Klassen von Fällen und in allen Verhältnissen und Umgebungen sich bewährt haben. Zunächst nehme ich an, dass die sogenannte Prozentmethode der Modifikation der Kuhmilch, wie sie zuerst von Rotch eingeführt und später von Holt, Chapin, Wescolt und anderen bearbeitet ist, am besten zur Anwendung beim mittleren amerikanischen Kinde geeignet ist. Das ist auch wünschenswert, weil meiner Ansicht nach die Prozentmethode für die Kinderernährung dasselbe ist wie das metrische System für die angewandten Wissenschaften. Es befähigt uns, den Stoff in klarer Weise zu behandeln.

In einer beträchtlichen Anzahl von Fällen von schwieriger Ernährung liegt der Fehler im Mangel an Aufmerksamkeit auf Einzelheiten mehr als im unzuweckmässigen Prozentgehalt der verschiedenen Bestandteile. Dies bezieht sich vor allem auf Verhältnisse im Hause. Die Nahrung kann unvollkommen behandelt, bereitet oder gereicht werden. Die Mahlzeiten werden zu heiss oder zu kalt, zu rasch, zu oft wiederholt, zuviel auf einmal gereicht. Die Flaschen können schmutzig, die Pfropfen sauer sein. Eine Mahlzeit kann zurückgewiesen oder teilweise auf zweimal verzehrt und für die nächste Mahlzeit wieder erwärmt werden etc. Diese Einzelheiten werden nur durch strenges Verhör bestätigt, und in allen Fällen sollte eine sorgsame anamnestische Untersuchung stattfinden, um zu ergründen, was versucht wurde und wie. Wenn schon Geisteskraft dazu gehört, Schmerzen zu ertragen, so wird sicherlich die erfolgreiche künstliche Ernährung von Kindern eine hohe Geisteskraft erfordern. Zu oft werden diese Fälle als von unbedeutender Wichtigkeit und nicht wert der ersten Betrachtung erachtet. Andererseits wird die Hoffnung gehegt, dass das Kind sich von selbst wohlbefinden wird, wenn es sich selbst überlassen bleibt. Solche Weisheit resultiert gewöhnlich aus Zuständen chronischer Indigestion, welche an sich nicht als ernst zu gelten braucht, aber zu oft zur infantilen Atrophie oder einer Form von Darmerkrankung überleitet. Alle Autoren stimmen darin überein, dass sie besonderen Nachdruck auf chronische Indigestion als erheblichen Faktor in der Aetiologie der akuten Intestinalintoxikation, der Cholera infantum und Ileocolitis legen.

Es braucht kaum betont zu werden, dass eine der ersten Untersuchungen der Art der Milchernährung gelten sollte. Es ist über allem Zweifel erhaben, dass die Hauptquelle von Störungen in der Ernährung von Kindern in unreiner Milch besteht. Die Errichtung von Milchlaboratorien in manchen grossen Städten hat das Problem der Versorgung mit reiner Milch für die nächste Umgebung gelöst. In einigen östlichen Städten haben durch lokale medizinische Gesellschaften eingerichtete Milchniederlagen in einer empfehlenswerten und praktischen Weise eine kommerzielle Versorgung mit Milch von garantierter Reinheit und Zusammensetzung von Händlern zu erhalten vermocht, welche Bescheinigungen von der Kommission erhalten. Bis solche Kommissionen in jeder Stadt, in jedem Ort eingerichtet sind, bleibt die Frage nach reiner Milch eine vitale.

Eine nicht seltene Quelle von Störungen stellt der Gebrauch von Milch oder Sahne von unbekannter Zusammensetzung dar. Die hochgradigen Verfehlungen, wie sie in dieser Hinsicht vorkommen, ebenso wie durch den Gebrauch von Milch und Sahne bekannter Zusammensetzung von unerfahrenen Händen, sind besonders klarge stellt durch die Arbeit von Esdall und Fife, deren Resultate in dem New-York Medical Journal vom 9. und 16. Januar 1904 veröffentlicht sind. Sie fanden, dass die Zubereitung in den Laboratorien genau genug vor sich zu gehen scheint, dass aber die häuslichen Bereitungen von Milch und Sahne unbekannter Zusammensetzung sehr bedeutende Schwankungen in dem vorgeschriebenen Gehalt aufweisen.

Nach Holt „liegt die Quelle von Störungen in solchen Fällen in der Menge und den Zwischenräumen der Mahlzeiten. Manche Kinder erhalten kleine Mengen in kurzen, andere grosse Mengen in langen Zwischenräumen. Im allgemeinen sollten starke Reduktionen oder geringe Steigerungen qualitativ oder quantitativ vorgenommen werden“. Dagegen „gedeihen andere Kinder besser bei geringen Mengen konzentrierter Nahrung als bei grösseren Mengen einer verdünnten Nahrung“. In solchen Fällen kann die erforderliche Menge Wasser zwischen den Mahlzeiten gereicht werden. Dies schien der Fall zu sein bei einem der neuesten Patienten. Das 8 Monate alte Kind befand sich bei der häuslichen Verpflegung mit dem Alter entsprechender Laboratoriumsmilch nicht wohl. Die Mutter vertauschte sie aus eigener Initiative mit vollkräftiger Kindermilch vom Händler, und das Kind begann mit einem Male zu gedeihen. Der Unterschied musste in den Eiweissstoffen liegen, welche in der Kindermilch zweifellos mehr als $1\frac{1}{2}$ Proz. betragen. Ich kenne ähnliche Fälle, in welchen Kinder bei der häuslichen Bereitung der Laboratoriums-Milch und Sahne sich nicht wohl befanden, aber unmittelbar zu gedeihen begannen, wenn die käufliche Milch und Sahne unter denselben Bedingungen verwendet wurde. Der Unterschied beruht ohne Zweifel auf dem höheren Fettgehalt in der käuflichen Sahne als in der Laboratoriumssahne. Käufliche Sahne stellt gewöhnlich zentrifugierte Sahne mit einem Gehalt von 2,0—2,5 Proz. Fett dar. Selbstverständlich kann sie bei unzuverlässigen Händlern weniger als 1,3 Proz. Fett enthalten.

Wenn die Quelle von Störungen in dem Prozentgehalt der Zubereitungen liegt, ist eine geeignete Anpassung an die Verdauung indiziert. Die Quelle der Störung ist selten der Zucker. Dieser sollte nie über 7 Proz. und selten weniger als 4 Proz. betragen. Die Autoren sind darin uneinig, ob man lieber Milchzucker oder Rohrzucker benutzen soll. Die Fette sind nicht selten die Ursache von Störungen, häufiger zweifellos, als allgemein angenommen wird. Nach den neuesten Analysen scheint es, dass das Fett der Kuhmilch von dem der Muttermilch verschieden ist durch den Gehalt an Fettsäuren in grösserer Masse als beide Milchen durch die Eiweissstoffe differieren. Biedert legt den grössten Wert auf das nicht seltene Auftreten von Fett-Diarrhöe, bei welcher grössere Mengen Fett im Stuhl enthalten sind. Nach Heubner wird das in der Nahrung eingeführte Fett zu 5,9 Proz. (bei Brustnahrung), zu 5,3 (bei Kuhmilch) und zu 15 Proz. (bei Indigestion) ausgeschieden. Fettmassen im Stuhl werden oft mit Kaseinklumpen verwechselt. Fett erscheint als kleine gelblichweisse Masse, ähnlich dem Kasein, aber unterschieden durch die Löslichkeit in

gleichen Teilen Alkohol und Aether. Kaseinmassen sind gröber und weisser. Mikroskopische Untersuchung kann jeden Zweifel sofort aufklären. Es ist daher erfreulich, den Prozentgehalt an Fett zu reduzieren in allen Fällen mit schwacher Verdauung. Nach Holt darf nicht gerade oft das Fett bei Kindern mit schwacher Verdauung 3 Proz., auch bei einem Alter über 6 Monaten, übersteigen. Bei jüngeren Kindern ist es notwendig, das Fett auf 2 oder $1\frac{1}{2}$ Proz. oder auch 1 Proz. zu reduzieren. Bei infantiler Atrophie gibt dies Verfahren die besten Resultate. Neuerdings hatte ich Gelegenheit, den Vorteil der Fettreduktion zu erproben. Ein gesundes kräftiges 4 Monate altes Kind begann unter Gewichtsverlust häufige Stuhlentleerungen zu zeigen. Verschiedene Massnahmen wurden ohne Erfolg versucht. Endlich wurde das Fett auf $2\frac{1}{2}$ Proz. reduziert, und sofort sistierte die Diarrhöe. Die Stühle waren seitdem normal, und das Kind nahm hinreichend und progressiv an Gewicht zu, obgleich es auch weiter nur $2\frac{1}{2}$ Proz. Fett erhielt. Die Zeichen eines zu hohen Fettgehaltes seitens des Magens bestehen oft ein bis zwei Stunden nach der Mahlzeit in häufigen Regurgitationen von saurer geronnener Milch oder von wässriger Flüssigkeit. Oft wird dies konstant und ist im Volke als Speien bekannt. Manchmal tut sich excessives Fett kund durch starke trockene weisse oder graue Stühle von eigenartig faulem Geruch, welcher von den Fettsäuren herrührt.

Die Hauptstörung durch Milchveränderung beruht in der Regel auf den Proteiden, besonders auf Kaseinogen oder dem geronnenen Teil. Das ist sicher die Erfahrung in praxi, da Heubner in seinem neuen bewundernswerten Werke über Kinderkrankheiten sagt, dass das Kasein der Kuhmilch nicht an sich unverdaulich ist und dass Kinder grosse Mengen von Kuhkasein vertragen und zwar ebensogut wie kleinere Mengen Muttermilchkasein. Eiweissindigestion tut sich kund durch Erbrechen von dicken Gerinnseln einige Stunden nach der Mahlzeit, durch habituelle Kolik und Gerinnsel in den Stühlen. Die Indikation ist hier gegeben, die Proteide irgendetwie zu ändern. Eine Anzahl von Verfahren ist nützlich. Das einfachste ist natürlich, den Prozentsatz der Proteide in toto herabzusetzen. Dies kann für eine kurze Zeit erforderlich sein, die Rückkehr zur Norm ist möglich, wenn die Verdauung sich gebessert hat. Indes nicht selten kommt es vor, dass ein Kind nicht bei geringen Mengen Proteiden gedeiht, und immer weist die schlechte Verdauung der Proteide auf einen Versuch zur Steigerung des Prozentgehaltes hin. Andere besonders sehr junge und sehr schwache Kinder können nur möglichst geringen Prozentsatz von zusammengesetzten Proteiden verdauen. In der Behandlung solcher Fälle ist die Modifikation der zusammengesetzten Proteide durch besondere Anordnung der Konstituenten von grossem Nutzen. Die Proteide der Kuhmilch bestehen im wesentlichen nach den neusten Analysen aus 4 Teilen Kaseinogen, zu einem Teil Laktoalbumin oder löslichen Proteiden. Die Muttermilchproteide bestehen aus einem Teil Kaseinogen und zwei Teilen Laktoalbumin. Es ist möglich, das Verhältnis dieser löslichen und unlöslichen Proteide der Kuhmilch so zu ändern, dass sie dieselben Verhältnisse wie in der Muttermilch zeigen, durch Zusatz von Molke, welche im wesentlichen ein nur 1 proz. lösliche Proteide enthaltendes Milchlaktoalbumin ist. Wenn die Nahrung durch ein Laboratorium geliefert wird, ist nur erforderlich eine genaue Vorschrift zu geben, um das gewünschte Ver-

hältnis von Laktoalbumin und Kaseinogen zu erhalten, welches innerhalb gewisser Grenzen selbst bis zu fast völliger Elimination des letzten geändert werden kann. Im Hause können die Proteide auf verschiedene Weise geändert werden. Die von Wescott gegebenen Regeln geben gute Resultate und sind praktisch, wenn auch kompliziert. Graham in Philadelphia gibt eine Reihe von Mischungskombinationen von Molken und verschieden starkem Rahm an. Ein Verfahren, welches Bartley in Brooklyn angibt, ist manchmal nützlich gewesen, besonders ehe neue Modifikationen ausgearbeitet waren: Lasse Milch 3—4 Stunden in einem kühlen Raum zur Abscheidung der Sahne stehen. Saug vom Boden des Gefässes zwei Drittel der Milch ab, lasse den Rahm und die obere Portion Milch ungestört. Zur so erhaltenen Milch setze eine halbe Drachme (etwa 2 g) Pepsinessenz oder flüssigen Lab hinzu, wärme auf Bluttemperatur und erhalte sie auf oder nahe dieser Temperatur für 20—30 Minuten. Dann erwärme unter kräftigem Rühren auf 46° C. und filtriere heiss durch ein Tuch. Die Temperatur von 46° C. ist erforderlich, um die Fermentwirkung auszuschalten. Diese Molke wird etwa enthalten 1 Proz. Fett, 4,5 Proz. Zucker, 0,8—1 Proz. Albumin, 0,7 Proz. Salze. Nach dem Abkühlen füge diese Molke zu der in dem Gefäss gebliebenen reicheren Milch hinzu. Die so erhaltene Mischung wird ungefähr enthalten 1,2 Proz. Kaseinogen, 0,8—1 Proz. Laktoalbumin 4,5 Proz. Zucker, 3 Proz. Fett, 0,7 Proz. Salze. Zu einem Viertel der Mischung füge 15 g Milchzucker hinzu zur Steigerung des Zuckergehaltes von 4,5 auf 6 Proz. Verschiedenen Kaseinogengehalt kann man erzielen dadurch, dass man mehr oder weniger Milch vom Boden des Gefässes entnimmt. Nach meiner Erfahrung haben Molkenpräparate einen grossen Nutzen in der Behandlung schwieriger Fälle von Eiweissverdauungsstörung. Theoretisch würde es ratsam sein, sobald wie möglich zu normalen Proteiden zurückzukehren, da Molkenproteide bekanntlich nicht ganz denselben Nährwert besitzen wie ähnliche Mengen zusammengesetzter Proteide. Eine andere Methode, die Proteide zu verändern, erreicht man durch Peptonisierung. Dies empfiehlt sich in einigen Fällen als vorübergehendes Mittel. Die beste Methode ist die teilweise Peptonisierung durch Hinzufügung eines Pulvers zu jeder Flasche etwa 15 Minuten vor der Nahrungsaufnahme, indem man die Nahrung während dieser Zeit auf Bluttemperatur erhält. Die Pulver können nach folgender Vorschrift zusammengesetzt sein.

Bestimme C = Prozent der Proteide nach Vorschrift.

„ N = Totale Menge (g) der Mischung,

dann $15 \times C = (1)$ g Natr. bicarb. auf 500 g der Mischung.

$\frac{5}{4} \times C = (2)$ g Pancreatin auf 500 g der Mischung.

$N/16 \times (1) =$ erforderliche Menge Natr. bicarb.

$N/16 \times (2) =$ erforderliche Menge Pancreatin.

Teile die Gesamtmenge in der Zahl der Mahlzeiten entsprechende Pulver. Auf Wunsch kann der Peptonisierungsprozess eine halbe bis ganze Stunde fortgesetzt werden, aber dies macht die Nahrung herbe durch die entstandenen Peptone.

Es scheint kein Zweifel zu bestehen, dass die Hinzufügung von Stärkelösungen zu Milchmischungen das Gerinnsel flockiger und weicher macht. Diese Lösungen oder Suppen werden am besten aus Gerstenmehl, Hafermehl, Reis, Arrow-root etc. bereitet. Das Verfahren ist in allen Lehr-

büchern angegeben. Diese zur Verdünnung gebrauchten Suppen scheinen in manchen Fällen von Nutzen zu sein, um Kinder zu befähigen, eine grössere Proteidmenge aufzunehmen, als wenn Wasser zur Verdünnung benutzt wird. Dextrinisierung dieser Suppen zerstört nach White und Ladd diese Eigenschaft. Nach ihren Untersuchungen gibt eine $\frac{3}{4}$ proz. Stärkelösung die besten Resultate. Holt meint, dass der Gebrauch dieser Lösungen für zu lange Zeit oder in zu grosser Menge zu einem guten Teil für Indigestion mit Flatulenz verantwortlich ist. Eine in Deutschland vielfach gebrauchte und besonders von Heubner in Fällen von schwieriger Ernährung nach Ileocolitis und infantiler Atrophie gebrauchte Nahrung ist Keller's Suppe, eine Modifikation der berühmten Liebig'schen Mischung. Die Zubereitung ist folgende: zu zwei Unzen (60 g) Weizenmehl füge 330 g Milch, weiche das Mehl gehörig ein und reibe es durch ein Sieb oder einen Durchschlag. Tue in ein zweites Gefäss 600 g Wasser, zu welchem 90 g Malzextrakt zugesetzt werden. Löse bei einer Temperatur von $48,8^{\circ}$ C. und füge etwa 10 g einer 11 proz. Kaliumkarbonatlösung hinzu. Endlich mische alles obige und koche 4—5 Minuten. Das gibt eine gute Nahrung, welche Albumin 2 Proz., Fett 1,2 Proz., Kohlehydrate 12,1 Proz. in Form von Malzzucker enthält. Nach Heubner hat ein Liter dieser Suppe einen Nährwert von 808 Kalorien im Vergleich zu den 606—724 Kalorien der Muttermilch und 690 der Kuhmilch. Kinder können bei dieser Nahrung Monate lang wohl genährt werden. Sie kann, wie es der individuelle Fall verlangt, verdünnt werden. Buttermilch ist in ähnlicher Weise seit einiger Zeit in Holland bereitet und wird empfohlen von Heubner, Monti und anderen in Deutschland. Ich habe damit keine Erfahrungen.

In der Behandlung schwieriger Fälle ist es von hervorragender Wichtigkeit, Holt's Regel zu befolgen, dass das Alter und auch das Gewicht kein zuverlässiger Anhaltspunkt im Durchschnitt ist. Der Zustand der Verdauungsorgane sollte der einzige Führer sein. Geringe Prozentsätze sollten zu Beginn gewählt und allmählich zum normalen dem Alter und Gewicht entsprechenden Gehalt zurückgekehrt werden.

In seltenen Fällen kann es unmöglich sein, auf irgend eine Weise eine passende Milchemischung zu bereiten. In diesen Fällen können schwache Verdünnungen der verschiedenen käuflichen Nährmittel mit gelegentlicher Beimischung von Milch oder Sahne und zwar so bald wie möglich versucht werden. Kondensierte Milch scheint mit einigem Recht als das beste für diese Fälle zu gelten.

Referate.

La tuberculose du p ritoine dans l'enfance. Par René Goepfert.
(Archives de méd. des enfants. VII. 8/9. 1904).

Diese in der Klinik von Haushalter gemachte, recht ausführliche Arbeit ist mit 19 Krankengeschichten ausgestattet und gelangt G. zu folgenden Schlüssen bezüglich der Behandlung: Ein Kind, welches an

akuter oder subakuter allgemeiner Tuberkulose leidet und im Laufe dieser Krankheit sekundäre Symptome zeigt, welche auf eine Lokalisation des tuberkulösen Prozesses auf das Peritoneum hinweisen, benötigt keine andere Behandlung als diejenige der Tuberkulose im Allgemeinen. Auch in chronischen oder subakuten Formen der allgemeinen Tuberkulose, wo der schlechte Allgemeinzustand, die rasche Abmagerung, die Lungenerkrankungen u. A. eine Generalisierung der Krankheit anzeigen, muss man sich auf eine symptomatische Behandlung beschränken, da die Krankheit einen progressiven und endlich tödlichen Verlauf nehmen muss. Auch in diesen Fällen soll also für die Erkrankung des Peritoneums keine spezielle Behandlung vorgenommen werden. Endlich ist hervorzuheben, dass die lokalisierte Tuberkulose des Bauchfelles, die also einer spontanen Heilung fähig ist, medikamentös behandelt werden soll. Die Laparotomie oder die Waschung des Peritoneums mit sterilisiertem warmen Wasser nach vorgenommener Punktion, welche die nämlichen Resultate zu geben scheint, wäre für die aszitischen Formen zu reservieren, welche nach einigen Monaten keine Zeichen von Heilung geben, sondern eine Tendenz zeigen in den fibrokaseösen Zustand überzugehen und von einem schlechten Allgemeinzustande begleitet sind. Die Laparotomie ist auch bei eingekapselten Formen und bei Darmokklusion angezeigt.

E. Toff (Braila).

Über die Behandlung der Diphtherie mit Kollargol. Von Netter.
(Gesellschaft für Kinderheilkunde in Paris. Sitzung vom 21. Juni 1904).

Verfasser hat alle im Jahre 1903 beobachteten Diphtheriefälle mit intravenösen Kollargoleinspritzungen oder mit Kollargoleinreibungen behandelt und gefunden, dass dieselben ein wertvolles Adjuvans der Serumbehandlung darstellen. In den leichteren Fällen erhalten die Kinder eine Einreibung gleich bei ihrem Eintritte in's Spital, in schweren Fällen zwei und auch mehrere, während die intravenösen Einspritzungen für die ganz schweren Fälle reserviert werden. Seine Resultate sind folgende: Unter 586 Diphtheriefällen endeten mit Kollargolbehandlung 75 tödlich (12,4%), während im Jahre 1901 515 Fälle eine Mortalität von 105 ergaben (20,24%). Unter den malignen Fällen war im Jahre 1903 die Mortalität 26,3% unter Kollargolbehandlung, während ohne dieselbe in einem früheren Jahre eine Mortalität von 45,5% zu verzeichnen war.

N. ist daher der Ansicht, dass das Kollargol in allen Fällen von Diphtherie angewendet werden soll.

E. Toff (Braila).

Sur la stomatite et l'angine ulcéreuses. Par Moizard et Grenet.
(Archives de méd. des enfants. No. 10, 1904).

Nach den Beobachtungen der Verfasser und gemäss den Schlüssen von Lacoarret, Lesueur, Niclot und Marotte kann man die Angina von Vincent und die ulzeröse Stomatitis als identisch ansehen, doch gehören hierher nicht alle mit Ulzerationen einhergehenden Anginen oder Stomatitiden, sondern nur jene, welche meist einseitige, graubelegte, mit nicht infiltrierte Rändern versehene Geschwüre darbieten. Gleichzeitig besteht Schwellung der submaxillaren Drüsen und eine gewisse Foetidität des Atems.

Auch die Verfasser haben in ihren Fällen von Stomatitis und ulzeröser Angina die von Vincent hervorgehobene Symbiose des Spirillus mit Bazillus fusiformis feststellen können, doch sind dieselben der Ansicht, dass man heute die Spezifität derselben noch nicht mit Sicherheit behaupten kann.

Die Verwandtschaft beider Zustände wird auch durch die gleich gute Reaktion auf die eingeleitete Behandlung, bestehend in Bepinselungen mit Jodtinktur, Methylenblau, und namentlich Chlorkalk, sowie Einnahme von Chlornatrium, welches letzteres schon von Bergeron empfohlen worden ist, dargelegt. E. Toff (Braila).

Arthropathies syphilitiques à forme douloureuse chez une enfant de quatre ans. Par Perckery et Terrien. (Ann. de méd. et de chir. inf. 04/19.).

Der von den Verff. beschriebene Fall hat insofern ein besonderes Interesse, als die Erkrankung in ihrem Beginn das sehr seltene Symptom heftiger Schmerzen gezeigt hat.

Es handelt sich um ein vier Jahre altes Mädchen; eine hereditäre Belastung mit Syphilis liess sich anamnestic nicht feststellen. Rechtzeitig geboren war das Kind nie nennenswert krank, hatte indes erst mit zwei Jahren laufen gelernt. Die derzeitige Erkrankung setzte plötzlich ein und entwickelte sich rasch: Vor 3 Wochen begann das Mädchen Schwierigkeiten beim Gehen zu zeigen und konnte bereits einige Tage nachher nicht mehr stehen. Es klagte über Schmerzen in den Knien, selbst bei Bettruhe; gleichzeitig bemerkte die Mutter eine immer stärker werdende Verdickung beider Kniegelenke. Bei der Aufnahme in's Hospital — 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung — bestanden heftige spontane Schmerzen in den Kniegelenken. Die Beine werden leicht in der Hüfte gebeugt fixiert gehalten; das Knie ist beiderseits stark verdickt — links etwas mehr wie rechts —; es besteht neben einer leichten Knochenverdickung besonders der Tibia ein sehr reichlicher Gelenkerguss. Bei dem im übrigen gesunden Kinde findet sich noch eine seit 2 Monaten bestehende doppelseitige Keratitis parenchymatosa.

Eine zweitägige Salizylbehandlung war — wie zu erwarten — erfolglos; die spezifische antiluetische Therapie brachte schon nach wenigen Tagen die Schmerzen zum Schwinden, und die kleine Patientin konnte nach weiteren 4 Wochen — abgesehen von einem geringen Hydarthros rechts — geheilt entlassen werden. Neter (Mannheim).

Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens. Von Rudolf Neurath. Wien, Franz Deuticke 1904. Preis 3 Mark.

Im Verlaufe und im Gefolge des Keuchhustens treten eine Reihe zum Teil sehr schwerer nervöser Komplikationen resp. Nachkrankheiten auf: Konvulsionen, Meningitis, zerebrale Lähmungsformen, zerebrale Kinderlähmung (Hemiplegien und Diplegien), psychische Störungen, sensorielle Störungen, Rückenmarksaffektionen und Polyneuritis. Was nun die Ursache dieser nervösen Störungen betrifft, so lag es am nächsten, kon-

form den sichtbaren Haut- und Schleimhautblutungen im Verlaufe des Keuchhustens, intrakranielle, sei es meningeale, sei es intrazerebrale Blutungen anzunehmen, die unter der kolossal erhöhten Spannung in den Gefässen bei den Keuchhustenanfällen zustande kämen. Da jedoch diese Frage noch nicht genügend geklärt war, so versuchte Vf. durch genaue histologische und zum Teil bakteriologische Untersuchungen des Zentralnervensystems von keuchhustenkranken Kindern, die während des Fortbestehens der Hustenanfälle an verschiedenen Komplikationen verstorben sind, der Lösung dieser Frage nahe zu kommen. Diese Untersuchungen erstreckten sich auf 25 Fälle. Es ergab sich dabei die Tatsache, dass abgesehen von 1—2 Fällen entzündliche Meningealveränderungen vorhanden waren. Es folgt daraus also, dass eine Reihe nervöser Komplikationen des Keuchhustens pathologisch-anatomisch auf toxische entzündliche Meningealveränderungen zu beziehen ist. Diese Ergebnisse schaffen nicht nur eine neue ätiologische Basis für die nervösen Komplikationen, sie engen auch die bisher angenommene Bedeutung andersartiger Läsionen, besonders der Zirkulationsstörungen ein. Krankengeschichten und Sektionsprotokolle sind in dem Original ausführlich enthalten.

S c h m e y (Beuthen O/Sch.).

Les ophthalmies du nouveau-né. Par V. M o r a x. (Revue pratique d'obstétrique et de paed. XVII. p. 161. Juni—Juli 1904).

Das Auge des Neugeborenen ist Entzündungen ausserordentlich ausgesetzt, die man unter dem Namen Ophthalmie der Neugeborenen zusammenfasst und welchen man meist blennorrhagischen Ursprung zuschiebt. Systematische bakteriologische Untersuchungen haben aber gezeigt, dass kaum mehr als die Hälfte der Fälle auf Einfluss der Gonokokken zurückzuführen sind, während in anderen man den Bazillus von W e e k s, den Diplobazillus, den Pneumokokkus, den Pfeifferschen Bazillus findet. Nicht immer handelt es sich um eine Infektion von seiten der Mutter während der Geburt, da oft auch eine Infektion durch die Finger der Pflegerin u. A. stattfinden kann. Oft bleibt die Ätiologie dunkel, da man im Konjunktivaleiter keine Mikroben findet, doch ist es möglich, dass es sich um eine besondere Art der Infektion handelt, deren Erreger sich unseren heutigen Untersuchungsmethoden entziehen.

Prophylaktisch empfiehlt M. die Behandlung eventuell bestehender mütterlicher Genitalkrankheiten, grösste Reinlichkeit in der Pflege des Neugeborenen und die C r e d é'schen prophylaktischen Instillationen von 2% Silbernitratlösung, welche noch immer die besten Resultate geben.

Obwohl die nicht blennorrhhoische Ophthalmie meist benignen Natur ist, soll doch jede derartige Erkrankung eingehend behandelt und als schwere Erkrankung betrachtet werden. Häufige Waschungen mit gekochtem Wasser oder lauwarmer Borsäurelösung, sowie Kauterisationen mit Silbernitratlösung 1:40 bilden die Hauptpunkte der Behandlung. Diese Ätzungen sollen anfangs 2 Mal täglich vorgenommen werden, später nur einmal und erst mit dem Versiegen der eitrigen Absonderung gänzlich ausgesetzt werden. Für leichtere Fälle genügen eine 1—2,5% Lösung von schwefelsaurem Zink.

E. T o f f (Braila).

Ein Fall von Morbus Addisonii „forme fruste“ behandeit mit supra-renaler Opothérapie. Von D. Vernescu. (Spitalul. XXIV. 15/16. 1904).

Es handelte sich in diesem interessanten Falle um einen 16jährigen Patienten, welcher an Diphtherie gelitten, wegen welcher er keinerlei ärztliche Behandlung in Anspruch genommen hatte. Wenige Tage später begann er an heftigen Schmerzen der epigastrischen Gegend zu leiden, die in das Kreuz und die Wirbelsäule ausstrahlten. Dieselben kamen unter der Form von unregelmässigen Anfällen, die sich sowohl bei Tag, als auch bei Nacht einstellten. Nichtsdestoweniger war der Appetit ungestört und nahm Patient bis zu drei Liter Milch täglich zu sich. Sehr häufig trat Erbrechen der genossenen Nahrungsmittel auf, dasselbe war mitunter gallig, niemals aber sauer, auch bestand keine Pyrosis; hartnäckige Verstopfung wechselte mit diarrhoischen Stuhlentleerungen ab. Gleichzeitig begann das Kind von Tag zu Tag immer mehr abzumagern, und es entwickelte sich eine bedeutende Schwäche und Apathie. Als V. den Patienten sah, waren 11 Monate seit dem Beginne der Krankheit verflossen und stellte derselbe fast nur noch ein von Haut überzogenes Skelett dar. Die genaueste Untersuchung der Organe, des Nerven- und Muskelsystems ergab nichts Krankhaftes, nur im Harne waren Spuren von Albumin und Nukleoalbumin nachweisbar, sonst aber keine geformten Elemente. Temperatur und Puls waren normal, das Körpergewicht 27, 2 K. Trotzdem an keiner Stelle des Körpers Pigmentierungen zu sehen waren, stellte V. die Diagnose Morbus Addisonii „forme fruste“, wie ähnliche Fälle von Dieulafoy beschrieben worden sind, und begann die spezifische Behandlung mit frischen Kalbsnebennieren und Nebennierenextrakt in Tablettenform. Diese Behandlung wurde mit kurzen Unterbrechungen durch 9 $\frac{1}{2}$ Monate fortgesetzt, und war der erzielte Erfolg ein ganz auffallender. Die Kräfte waren allmählig zurückgekehrt, das Körpergewicht betrug 40, 5 K und hatte Patient wieder eine normale, seinem Alter entsprechende Körperfülle. Während dieser Zeit hatte Patient 51 frische, gebratene Kalbsnebennieren und 736 Pastillen à 1 gr Nebennierenextrakt eingenommen. Zwei beigegebene Photographien zeigen das Aussehen desselben vor und nach der Behandlung.

E. T o f f (Braila).

Sept cas de scorbut infantile. Par le Dr. J. C o m b y. (Archives de méd. des enf. 10. p. 592. 1904).

C. hat im Laufe von 7 Jahren sieben Fälle von Kinderskorbut beobachtet und gibt die Krankengeschichten derselben. Die betreffenden Patienten waren im Alter von 7 $\frac{1}{2}$, 9, 9 $\frac{1}{2}$, 10, 11, 13 und 19 Monaten, dieselben waren insgesamt künstlich ernährt worden und zwar mit Milchkonserven: fünf hatten Gärtnerische Milch und zwei sterilisierte Milch bekommen. Bei allen hatte es längere Zeit, 5 bis 8 Monate gedauert, bis die Krankheit zum Ausbruche gekommen war. Alle Kinder hatten Zähne und alle hatten Fungositäten des Zahnfleisches oder einfache Ekchymosen mit Stomatorrhagie. Bei allen waren die skorbutischen Erscheinungen nach dem Erscheinen der ersten Zähne aufgetreten. Einige Erscheinungen von Rachitismus wurden in mehreren Fällen festgestellt. Unter den Symptomen muss in erster Reihe die schmerzhaft

Pseudo-paraplegie genannt werden, welche namentlich in Verbindung mit den subperiostalen Hämatomen oft einen akuten Gelenkrheumatismus, eine Fraktur, Osteitis, Myelitis, Koxalgie, Polyneuritis etc. vortäuschen kann. Das subperiostale Hämatom, welches mitunter enorme Grösse erreichen kann, sitzt meist an den Schenkeln und befällt den einen oder anderen Femur, in seltenen Fällen beide zu gleicher Zeit. In zwei Fällen konnte C. eine auffallende Kachexie beobachten: tiefe Anämie, grosse Schwäche, Ödeme und Purpuraeruption. Ein mässiges Fieber wurde nur in einem Falle notiert (38,05). In anderen Fällen ist der Allgemeinzustand wenig beeinflusst und die Kranken können ein relativ sehr gutes Aussehen darbieten. Die Prognose des infantilen Skorbutes, oder der Barlow'schen Krankheit ist im Allgemeinen eine gute zu nennen, falls der Zustand rechtzeitig erkannt wird. Der Tod wurde nur in komplizierten, oder bis an das Ende verkannten Fällen beobachtet. Die Behandlung ist eine sehr einfache: man ersetze die Ernährung mit Konserven durch solche mit roher oder einfach gekochter Milch, und gebe ausserdem etwas Erdäpfelpüree, Orangen- oder Traubensaft.

E. Toff (Braila).

Zur Behandlung der Säuglings-Gastroenteritis und Cholera infantum. Von Pallikan. (Deutsche Praxis 1904, No. 17.)

Handelt es sich um schwere Fälle von Cholera infantum, so muss es das erste Bestreben sein, den grossen Wasserverlust, welcher an einem Tage $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ des Körpergewichts, also 500—1000 g betragen kann, zu ersetzen, die gesunkene Herzkraft zu erhöhen, das Nervensystem und nicht zuletzt die Nieren anzuregen. Dem Kollaps selbst muss zunächst durch äussere Reizmittel entgegengewirkt werden. Hier tun Senfbäder von 5 Minuten Dauer gute Dienste. Vor demselben unterlasse man nicht, Kampfer zu injizieren. Nach dem Bade wird der Körper ganz frottiert und dann warm eingehüllt, durch Wärmflaschen gut warm erhalten. Haben die häufigen Entleerungen nicht selbst für Evakuation der bakteriellen Stoffe Sorge getragen, so verordne man 3 Kalomeldosen à 0,005 für das erste und 0,015 für das zweite Lebensjahr. Das souveräne Mittel zur Bekämpfung des gefahrbringenden Wasserverlustes ist Cantanis Hypodermoklyse. Eine 0,3 proz. Kochsalzlösung wird auf 39° erwärmt und davon mehrmals 20—50 g an der Innenseite der Oberschenkel und auf der Brust injiziert, bis die Gesamtmenge für den Tag 100—200 g ausmacht. Erholen sich die Kinder nicht schnell, so werden die Infusionen nochmals wiederholt. — Müssen schliesslich noch schädliche Magenreste aus dem Magen entfernt werden, wendet man die Magenspülung mit NaCl-Lösung an. Bei der Cholera infantum ist die Indikation für die Magenspülung gegeben durch mehrmaliges Erbrechen, oder wenn trotz Nahrungsentziehung Erbrechen erfolgt. Die Gastroenteritis dagegen fordert schon in mittelschweren Fällen als erstes Therapeutikum die Magenspülung. Dieselbe wird so lange fortgesetzt, bis das Spülwasser klar abfließt, was nach 3—4 Malen der Fall zu sein pflegt. Nach der Spülung empfiehlt sich, eine Mageneingiessung folgen zu lassen, indem ca. 60 ccm NaCl-Lösung von 0,6 Prozent im Magen zurückgelassen werden. Die Behandlung muss nun fortfahren mit der exakten Regelung der Diät, wobei es auf die Fernhaltung fäulnisfähiger Stoffe, besonders des Eiweisses, an

kommt. Je nach Schwere der Erkrankung lässt man 1—2 Tage dünnen Teeaufguss reichen, und zwar angewärmt nur dann, wenn kein Erbrechen oder nur wenig Brechreiz vorhanden ist, sonst aber eiskalt und etwa alle 10 Minuten einige Kaffeelöffel voll. Gehen die Zahl der Entleerungen und die Folgen des Wasserverlustes zurück, so muss man mit der grössten Vorsicht und Auswahl daran gehen, dem Kinde allmählich Nahrung zu reichen, wobei individualisiert werden muss. Meist ist dem sehr empfindlichen Intestinaltraktus eine dünne Haferschleimlösung am bekömmlichsten, welche 3stündlich gereicht wird. Vor Kindermehlen, besonders denen mit hohem Stärkegehalt (Nestle) ist in dieser Zeit zu warnen. Bei breiiger Beschaffenheit der Entleerungen unter einige Tage hindurch durchgeführter Haferschleim-Ernährung geht man jetzt erst daran, Tannin- oder Wismuth-Präparate zu verordnen; P. bevorzugt Tannopin in Dosen von 0,3—0,5. Jetzt erst ist ebenso der Zeitpunkt gegeben, an dem die ausschliessliche Kindermehlnahrung beginnen soll. So hat die angewandte Kufeke-Suppe, rechtzeitig verordnet, immer gute Resultate gegeben.

Da die Ätiologie stets massgebend für die Therapie sein muss, so werden wir bei Darmstörungen, welche durch kohlehydrathaltige Nahrung entstanden sind, nie ein Kindermehl verordnen. Ein ebensolcher Kunstfehler ist es, wenn die Mehldiät zu lange ohne Milchzusatz verabreicht wird. Gewöhnlich darf man schon am dritten, spätestens am fünften Tage nach der Kufeke-Suppe zur Milchmischung übergehen. Grundbedingung zur Festhaltung des Erfolges ist die Beschaffung und Darreichung hygienisch einwandfreier Milch.

S c h n e l l (Egeln.)

Dyspepsie gastrique avec spasme du pylore chez les nourissons.

Par Méry et Guillemot. (Revue pratique d'obstétrique et paediatric. Août-Septembre 1904.).

Die Verfasser weisen auf eine Form von Dyspepsie bei Säuglingen hin, welche nach der Ansicht mancher Autoren den angeborenen Stenosen des Pylorus zugezählt werden müsste, die aber nur auf einer spastischen Kontraktion des Pylorus beruht, ähnlich den auf Hyperazidität beruhenden Pylorusspasmen des Erwachsenen. Die Hauptsymptome der in Rede stehenden Erkrankung sind: Intoleranz des Magens für die Muttermilch oder sonstige Milch- oder flüssige Nahrung und hartnäckige Verstopfung. Die betreffenden Kinder kommen stark herab und es ist nicht wunderbar, dass man in manchen Fällen an angeborene Stenose des Pylorus gedacht und zur Operation gegriffen hat, die aber in den meisten Fällen unglücklich ausgefallen ist, da es sich meist um schwächliche, in ihrer Ernährung stark geschädigte Säuglinge handelt. In den drei von den Verfassern beobachteten Fällen wurde die Heilung durch Wechsel in der Nahrung erzielt. In dem einen Fall vertrug das Kind nicht die Brust der eigenen Mutter, wurde aber gleich bei Ammenmilch gesund. In einem zweiten wurde die künstliche Ernährung nicht vertragen, hingegen aber sehr gut die Ammenbrust. In einem dritten Falle endlich machte die Milch der einen Amme unstillbares Erbrechen, während die einer anderen gut vertragen wurde. Es dürften in allen diesen Fällen qualitative Unterschiede der Milch im Spiele sein, die wir durch unsere heutigen chemischen Methoden nicht feststellen können. Der Ausgangspunkt der Erkrankung ist aber wahrscheinlich in anfänglicher allzureichlicher Nahrungsaufnahme

zu suchen, wodurch zuerst eine Übermüdung und dann eine vollständige Intoleranz des Magens hervorgerufen wird. E. Toff (Braila).

Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei Meningitis. Von Wertheimer. (Munch. med. W. 1904, No. 23.)

Die Punktion kann zunächst Eiter ergeben. So punktierte Krönig in 4 Fällen Eiter, Stadelmann eitrige oder trübe Flüssigkeit mit Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken. Dagegen erhielt Lenhartz bei der Punktion einer Meningitis epidemica seröse Flüssigkeit; es schliesst also der Befund seröser Flüssigkeit eine eitrige Meningitis nicht aus. Bei tuberkulöser Meningitis ergibt die Punktion seröse Flüssigkeit. In derselben sind nach der jetzt allgemein akzeptierten Ansicht bei genügendem Nachforschen und bei gut ausgebildeter Untersuchungsmethode Tuberkelbazillen zu finden. — Keine Bazillen finden sich in der durch Punktion gewonnenen Flüssigkeit beim Hydrocephalus, bei Gehirntumoren und bei der von Quincke zuerst beschriebenen Meningitis serosa, dagegen ist bei diesen letztgenannten Erkrankungen die Menge der Cerebrospinalflüssigkeit vermehrt und ebenso der Druck, unter dem sie steht.

Die Ansichten über den therapeutischen Erfolg der Lumbalpunktion lauten übereinstimmend ziemlich abfällig. Freyhan hatte Erfolg in einem Falle tuberkulöser Meningitis, der vielleicht auch ohne Punktion geheilt wäre. Heubner sah vorübergehenden Erfolg bei Tumoren und Hydrocephalus, Lenhartz vorübergehende Besserung bei Meningitis tuberculosa, keine Erleichterung, aber raschen Exitus bei Hirntumoren. Quincke sah keinen Nutzen bei tuberkulöser Meningitis und beim Hydrocephalus nur vorübergehenden Erfolg. v. Ziemssen beurteilt das Verfahren als ein höchst wirksames Mittel für Verminderung des Hirndrucks.

Die hauptsächlichste Anwendung findet die Punktion heute bei der Meningitis serosa. Diese findet sich häufig bei Kindern und schliesst sich gern an fieberhafte Erkrankungen, an Pneumonie, Erysipel, Gastroenteritis an. Bei Erwachsenen findet man sie im Verlaufe der Pneumonie und des Typhus, als Folge von Traumen, akutem und chronischem Alkoholismus und anhaltender geistiger Überanstrengung. Die Symptome sind die der Meningitis, gewöhnlich findet sich Hyperämie des Augenhintergrundes oder Stauungspapille, bei Erwachsenen häufig Retentio urinae. Der Puls ist in der Regel verlangsamt. Fieber ist zum Teil beständig, zum Teil nur in den ersten Tagen und teilweise gar nicht vorhanden. Die Sektion ergibt bei den tödlich verlaufenen Fällen nichts weiter als eine Erweiterung sämtlicher Gehirnhöhlen und eine Vermehrung des Liquor cerebrospinalis, ohne dass Tumoren oder Tuberkulose oder sonst eine Krankheit in dem Gehirn und seinen Häuten sich nachweisen lässt. Was das Verfahren hierbei betrifft, so wird man den Cerebrospinalsack zu entleeren suchen, nicht nur, wenn die Probe-punktion einen hohen Druck ergeben hat, sondern auch, wenn die Allgemeinsymptome, insbesondere aber der Augenbefund, den vorhandenen Hirndruck erkennen lassen; man wird so lange punktieren, bis der Hirndruck geschwunden ist.

Schneil (Egeln.)

Diagnostische und therapeutische Beobachtungen über die Lumbalpunktion im Kindesalter. Von Tobler. (Deutsch. med. W. 1904 No. 28.)

Die Punktion wird von Kindern im allgemeinen gut vertragen, relativ besonders gut von kleinen Kindern, wo die offenstehende Fontanelle die einfachste Möglichkeit des Raumersatzes für den entnommenen Liquor schafft. Die Punktion am liegenden Patienten ist der in sitzender Stellung vorzuziehen. Die Narkose ist bisweilen nötig. Die Mengen, die unbedenklich entnommen werden können, sind um so grösser, je grösser die Flüssigkeitsvermehrung, so bei Meningitis epidemica bis zu 100 ccm mit bestem Erfolg, bei chronischem Hydrocephalus bis zu 650 ccm ohne nachteilige Folgen. Andererseits ist grosse Vorsicht nötig, wo eine Liquorvermehrung nicht angenommen werden kann. In solchen Fällen kamen auch bei Entnahme kleiner Mengen (5—70 ccm.) unangenehme Folgezustände von meningitisähnlichem Charakter vor, die mehrere Tage andauerten.

Therapeutisch wurden bei akutem Hirndruck sehr gute Resultate gesehen. Bei chronischem idiopathischen Hydrocephalus versprechen nur leichte und mittlere Grade bei grosser Ausdauer einige Aussicht auf Erfolg. Besonders beachtenswert sind die Resultate bei postmeningitischen Zuständen. Schnell (Egeln.)

Traitement du pied bot congénital varus équin par le redressement manuel. Par M-elle Cécile Dylion. (Archives de méd. des enfants. VII. 10. p. 609. 1904).

Gestützt auf die mit selbstbehandelten Fällen gemachten Erfahrungen spricht D. die Ansicht aus, dass die chirurgischen Eingriffe in der überwiegenden Zahl der Fälle zwecklos sind, da man mit der unblutigen, manuellen Behandlung ebensoviel, oder auch mehr leisten kann als mit ersterer. Durch methodische Manipulationen ist man imstande, den Klumpfuß vollständig zu redressieren und wenn in manchen Fällen nicht gute Resultate erzielt werden, so ist daran nicht die Methode schuld, sondern die schlechte Anwendung derselben, oder der Umstand, dass dieselbe nicht genügend lange Zeit in Anwendung gebracht wurde. Man kann durch die manuelle Redressierung dem Fusse nicht die normale Funktion, sondern auch die normale Form wiedergeben. Dieses Resultat einmal erreicht, muss die Behandlung noch einige Zeit fortgesetzt werden, um Rezidiven vorzubeugen. Je länger die Missgestaltung besteht, um so schwerer ist die Redressierung, daher soll die Behandlung so bald als möglich nach der Geburt begonnen werden. Von den zehn Fällen, deren Krankengeschichte die Verfasserin anführt, ergaben fünf vollständige Heilung, in einem Falle war die Tenotomie notwendig und in vier Fällen wurden nur Besserungen erzielt, da die Behandlung in einem viel zu vorgeschrittenen Alter begonnen wurde, oder nicht genügend lange fortgesetzt werden konnte. E. Toff (Braila.)

Rezensionen.

Die Grundlagen der Serumiagnostik und deren Bedeutung für den Praktiker. Von Dr. Hetsch. (Moderne ärztliche Bibliothek, Heft 12). Berlin 1904. Verlag von Leonhard Simion. Preis 1 Mk.

Nach dem Eindringen von pathogenen Bakterien in den Körper bildet er verschiedene spezifische Antikörper zur Neutralisation der von den Bakterien gebildeten Giftstoffe. Es sind wesentlich zwei Gruppen dieser Antikörper, welche serumiagnostischen Zwecken dienen können, nämlich die Agglutinine und die Bakteriolyse. Diese Körper können nach zwei Richtungen hin diagnostischen Zwecken dienen, nämlich erstens zur Diagnose verdächtiger, noch bestehender oder bereits überstandener infektiöser Krankheiten, zweitens zur Identifizierung verdächtiger Bakterienkulturen. Die serumiagnostischen Untersuchungsmethoden ermöglichen bei Verwendung einwandfreien Prüfungsmaterials und Befolgung unanfechtbarer Methodik absolut sichere Entscheidungen, die weit weniger von dem subjektiven Urteile des Einzelnen abhängig sind, als die Ergebnisse anderer Untersuchungsmethoden. Namentlich gilt dies von der Anwendung hochwertiger Immunsere, die durch sorgfältige Vorbehandlung geeigneter Tiere hergestellt und in ihrem spezifischen Verhalten genau geprüft worden sind. Da aber verlässliche einheitliche und vergleichbare Resultate nur bei Befolgung der nötigen Kautelen erzielt werden können, so ist es in hohem Grade erwünscht, dass übereinstimmende Methoden vereinbart und dass ferner die diagnostisch zu verwendenden Sera unter staatlicher Kontrolle an einer Kontrollstelle hergestellt und geprüft werden.

In einem Schlusskapitel erörtert Vf. noch die hohe diagnostische Bedeutung der Präzipitine.

Die Broschüre von H. ist zur Einführung in das ebenso schwierige wie wichtige Gebiet der Serumiagnostik sehr geeignet.

Schmey (Beuthen O/Sch.)!

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Von Prof. K. Zuckerkandl. 5. (Schluss-) Heft. Lex. 8^o VIII u. S. 595—845, mit 163 z. T. farbigen Fig. Wien, Wilh. Braumüller, 1904. Preis 14 Mark.

Mit dem Erscheinen des 5. Teils von Zuckerkandls Atlas der topograph. Anatomie liegt nunmehr das Gesamtwerk vollständig vor. Das letzte Heft hat gehalten, was die ersten versprochen haben. In ihm finden wir eine reiche Zahl von Abbildungen topographischer Präparate der Bruchpforten und der Extremitäten, die, ebenso wie die Darstellungen der früheren Bände, durch glückliche Auswahl und gute technische Ausführung das Werk zu einem vorzüglichen Hilfsmittel des Studenten auf dem Präparierboden und zu einem praktischen Nachschlagewerk für den Arzt zur Orientierung über anatomische Einzelheiten vor grösseren Operationen machen.

Die Basedowsche Krankheit (Glotzaugenkrankheit) und ihre Behandlung. Gemeinverständliche Darstellung von Dr. Wilhelm Goebel, München 1904. Otto Gmelin. Preis 1 Mk.

Die Sammlung gemeinverständlicher Darstellungen aus dem Gebiete der Medizin, zu der auch die vorliegende Schrift gehört, hat den Zweck, dem kranken Laien als Ratgeber zu dienen, damit er ein Verständnis von dem Wesen seiner Krankheit gewinnt, und, geführt von der Hand und den Fachkenntnissen seines Arztes, fähig ist, durch eine vernünftige Lebensweise sein Leben zu erhalten und sein Schiffein durch die Wogen des Kampfes ums Dasein zu steuern, ohne dabei jederzeit bei irgend welcher Kleinigkeit den Arzt konsultieren zu müssen. Das Büchlein soll weiterhin den gebildeten Laien neue Kenntnis der neuesten Anschauungen von der Basedowschen Krankheit und ihrer Behandlung verschaffen, zumal, da die Krankheit eine chronische und in ihren Erscheinungen vielfach wechselnde ist — Die Schrift kann getrost und mit vielem Nutzen den bedauernswerten Basedowkranken in die Hand gegeben werden.

S o m m e r (Niedermendig).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Adénome diverticulaire de l'ombilic. Par E. Kirmisson.

Es handelte sich um einen 3jährigen Knaben, bei welchem man seit dem Alter von 3 Wochen eine kleine Geschwulst des Nabels bemerkt hatte. Dieselbe war kirschengross, lebhaft rot, von glatter, schleimhautähnlicher Oberfläche, dreilappig, mit der Nabelnarbe verwachsen und blutete leicht. Die Geschwulst wurde ohne Schwierigkeiten exzidiert, und es zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es sich um einen Anhang des Dünndarmes, also um ein Überbleibsel des Diverticulum Meckelli gehandelt hatte. Man fand einen bindegewebigen, muskulösen Kern, um welchen Schleimhaut vom Typus der Dünndarmschleimhaut gelegt war, Lieberkühnsche Drüsen, Zylinder- und Becherzellen sowie auch zahlreiche Gefässe.

(Rev. d'orthopéd. 1904.)

E. T o f f (Braila).

De l'abus du lait dans les troubles gastro-intestinaux chroniques de l'enfant après le sevrage. Von L. B i l l o n.

Wenn die Milch auch das einzige Nahrungsmittel im ersten Kindesalter ist, so stellt sie nach der Entwöhnung keine indifferente Flüssigkeit dar. Sie ist nur ein Hilfsmittel zur Ernährung und ein Medikament. Sie muss demgemäss mit Unterschied gereicht werden. Falsch ist die Darreichung bei einem Kinde mit akuter Gastroenteritis. Hier kann sie ernste Erscheinungen heraufbeschwören. Als Heilmittel vermag sie dagegen zu wirken, wenn man sie mit gewissen Unterschieden als Mehlbrei, als Kephir und bisweilen als ungekochte Milch reicht.

(Gaz. des hôpit. 1904.)

v. B o l t e n s t e r n (Berlin).

t)
ig
in.

te
k,
on
nd
ge
en
nd
ll
en
n,
d-
en

.

it
st
t-
d
d
n
n
n
h

-
1

-
t
2
.
2
1
.

UNIVERSITY OF CHICAGO

096 860 731