



A 3 9015 00380 212 4  
University of Michigan - BUHR

# Escerpta medica

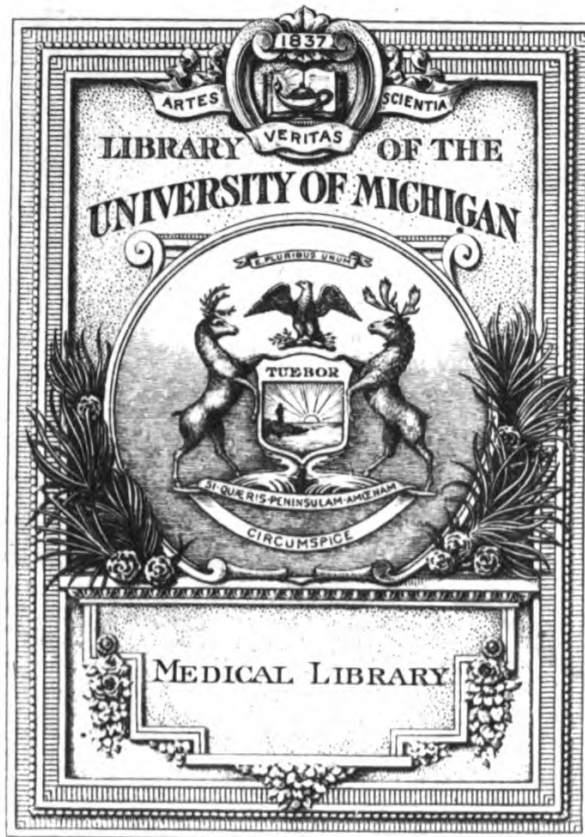
1918 / 1919



Stacks 1,80  
Oleum 2,00  

---

3,80





610.5  
E 95



# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesamten Fachliteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Achtundwanzigster Jahrgang  
1918|1919.



---

Verlag von Leopold Voss in Leipzig 1919.





Medical  
Müller  
1-29-27  
13902

## Sachregister.

### A

Abort, Behandlung 374  
Abszesse nach Injektionen von Hydrarg.  
salizyl. 182  
Adalin 84  
Adalinvergiftung 286  
Aderpressen 177.  
Adnextumoren, Terpentineinspritzungen  
bei 346  
Adrenalin bei Grippe 208  
Aktinomykose, zwei Fälle 234  
Albargin, Haltbarkeit 30  
Albuminurié, orthostatische 354  
Alival 371  
Alopezie nach Grippe 343  
Amenorrhoe bei Tuberkulose 357  
Anaemie, Milzexstirpation bei perniziöser  
178, 179  
Angina Plaut-Vincenti, Salvarsan bei 311  
Appendizitis des Kindes 40  
— im höheren Alter 358  
Argentocoll 56  
Arsenohyrgol 59  
Arsenintoxikation des Auges 75  
Atropin, Behandlung mit 340.  
Auge, Arsenintoxikation 75  
Augenerkrankungen, endonasale Behand-  
lung 189.  
Azetoform 94

### B

Bartflechte, Behandlung 57  
—, Trockenbehandlung 25  
Bläschenausschlag, Fall 74  
Blasenblutungen, Clauden bei 24  
Blasenschwäche, Hexal bei 315  
Blinddarkerkrankungen und Mohngenuß  
161  
Blutnachweis, okkulter 43  
Blutsperre, elastische 286  
Bronchialasthma, Glycirenan bei 313  
Bronchialerkrankungen im Kindesalter,  
Behandlung chronischer 20  
Bulbus scillae 246

### C

Chenopodiumölvergiftung 236, 299  
Choleval bei Gonorrhoe 26  
Chorea infantum, Behandlung 21  
Clauden bei Blasenblutungen 24  
Colica nephritica 9

### D

Darmkrankheiten, Verbreitungsweise der  
übertragbaren 257  
Dekanülement, erschwertes 380  
Delegonstäbchen 181  
Dermatosen, Behandlung im Felde 24  
— durch Kriegersatzmittel 33  
Diphtherie, kombinierte Serumbehand-  
lung 111  
Diphtheriebazillen, Infektion der Neu-  
geborenen mit 383  
Diphtheriekeimträger, Chinaalkaloide  
bei 112  
Diphtherieserum bei Grippe 210, 211  
Drüsenpunktion bei Syphilis 322  
Ductus Stenonianus, Fremdkörper 263  
Dupuytrensche Kontraktur, Fall 63  
Durchfälle, intravenöse Dauer-Tropf-  
Infusionen 275  
Dysbakta, Erfahrungen mit 367  
Dysenterie im Säuglingsalter, Behand-  
lung 19  
Dysmenorrhoe, Yohimbin bei 251

### E

Eiweißproben 290  
Eiweißuntersuchung, Taschenapparat  
zur 67  
Empyembehandlung 106  
Epileptische Anfälle und Nebennieren-  
extrakt 289  
Erysipel, Behandlung 342  
—, intraglutäale Milchinjektion bei 16  
Erythema exsudativum bullosum 328  
Eukodal 21  
Eukodalismus 384

#### IV

Eukupin bei Grippe 108, 244  
— bei Ozaena 213  
Exostosis, traumatische periostale 11  
— cartilaginea multiplex 11  
Expressio placentae 373

#### F

Fingerkontraktur, Dupuytrensche 271  
Fingerverletzungen, Behandlung 366  
Fisteln durch Schußwunden, Behandlung 301  
Fleckfieber, Frühdiagnose 163  
— Pyramidon bei 272  
Furunkel, Hautlappenschnitt bei 306  
Furunkulose, Behandlung 24, 344  
—, Ichthyol bei 253

#### G

Gangrän nach Masern 101  
—, symmetrische, nach Grippe 265  
Gesichtsschutzbügel 285  
Gingivitis Plaut-Vincenti, Salvarsan bei 311  
Gipsmullbinden, Ersatz für 14  
Gipsverbände mit Papierbinden 48  
Gitalin 316  
Glycirenan bei Asthma bronchiale 313  
Glycomecon 27  
Gonorrhoe, Behandlung 319  
— Trypaflavin bei 125  
—, Kollargol bei 126  
—, Kollargol intravenös bei weiblicher 25  
—, Choleval bei 26  
—, Protargolgelatine bei 217  
—, Heißbäder bei kindlicher 220  
Grippe s. Influenza

#### H

Haar- und Nagelveränderungen nach Grippe 296  
Hämorrhoiden, Suprarenininjektion bei 17  
Handmuskeln, Atrophie der kleinen 1  
Harnstoff als Diuretikum 23  
Harnträufeln, Hexal bei 315  
Harnverhaltung, Behandlung 314  
Hautdesinfektion durch heiße Luft 103  
Hautgeschwüre, Umschneidung 233  
—, Kohlensäurewundpulver bei 253  
Hautkarzinome, Radiumbehandlung 268  
Hautverfärbung bei Kindern infolge der Nahrung 259, 260  
Hernien, Entleerung irreponibler 49  
Herzkrankungen und Schwangerschaft 280, 324  
Heufieber, Optochin bei 337

Hexal bei Harnträufeln 315  
Hyperemesis gravidarum, Aetiologie und Behandlung 375  
Hyperhidrosis, Vestosol bei 184  
—, Röntgenbehandlung 184

#### I

Ichthyol bei Furunkeln 253  
Impetigo, Behandlung 24  
Induratio penis plastica 271  
Infektionen, autogene Vakzine bei chirurgischen 238  
Influenza, Druckpunkt bei 39  
—, Symptomatologie 71  
— und Psychosen 161  
—, Nasenbluten bei 177, 310  
—, Osteoperiostitis des Stirnbeins nach 193  
—, Nasennebenhöhlenerkrankungen bei 198  
—, symmetrische Gangrän nach 265  
— Haar- und Nagelveränderungen nach 296  
—, Alopezie nach 343  
—, Lungenerkrankungen bei Kindern nach 326  
—, Myelitis nach 331  
—, pathognomonisches Syptom 355  
—, Behandlung 107, 310, 368  
—, Rekonvaleszentenserum bei 108  
—, Eukupin bei 108, 244  
—, Kollargol bei 110  
—, Salvarsan bei 110  
—, Adrenalin bei 208  
—, Diphtherieserum bei 210, 211  
—, heiße Vollbäder bei 243  
Influenzabazillen, diphtheritische Entzündung der Luftwege durch 38  
Influenzapneumonie, Behandlung 90, 308  
—, Kalzium und Neosalvarsan bei 110  
—, Kampfer bei 177  
—, Digitalis bei 177  
Infusionen und Injektionen, geeignete Stellen zu 382  
Injektionsspritzen, unbeweglich gewordene 28  
Iritis rheumatica 193  
Ischias, zur Symptomatologie 44  
— und Varizen 261

#### J

Japanpapier, Wiederverwendung 63  
Jodäthyl-Thiosinamin bei Lipomen 239  
Jothioneinreibungen 93



## K

Kacepe-Balsam 372  
 Käfigsonde 228  
 Kalkaneusfraktur, Sugillationen an der Fußsohle bei 356  
 Kalzibram 89  
 Kalziumchlorid bei nervöser Tachykardie 21  
 Kanülen, undurchgängig gewordene 28  
 Katgutsparen 237  
 Katgutsterilisation 79  
 Keloide, Radiumbehandlung 271  
 Kieselsäurebehandlung der Lungentuberkulose 178  
 Kniebremse 255  
 Knochenextrakt als Fleischextraktersatz 29  
 Knoten, Modifikation des chirurgischen 306  
 Kohlensäurewundpulver bei Hautgeschwüren 253  
 Kollargol bei Grippe 110  
 — bei Gonorrhoe 126  
 — bei puerperaler Sepsis 252  
 Kondylome, Röntgenbehandlung der spitzen 343  
 Kopfverletzung, Hirnhautentzündung — kein Zusammenhang 65  
 Krampfadern, Sublimatinjektionen bei 332  
 Kreosot bei Tuberkulose 90  
 Kriegersatzmittel, Dermatosen durch 33  
 Kriegskost, diuretische Wirkung 246  
 Kropf, nicht operative Behandlung 92  
 Kurzsichtigkeit, Ursache 225

## L

Leberabszeß, Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum vortäuschend 7  
 Lipom, Verschwinden bei Abmagerung 73  
 — Jodäthyl-Thiosinamininjektionen bei 239  
 Luminal bei Singultus 372  
 Lungenerkrankungen bei Kindern nach Influenza 326  
 Lungenspitzenperkussion 97  
 Lungentuberkulose, kindliche 3  
 — Kieselsäure bei 178  
 Lupinenbrot 349  
 Lupus, Radiumbehandlung 269  
 Lymphadenitis acuta bei Kindern 335  
 Lymphdrüsentuberkulose, Behandlung 247

## M

Malaria, Ausbruch latenter 198  
 — tropica, latente 44  
 — Erkennung und Verhütung 245  
 Mangarsan 216  
 Masern, Gangrän nach 101  
 Mastdarmvorfall bei Kindern 17  
 —, Behandlung 81  
 Mayerscher Ring, Entfernung des eingewachsenen 349  
 Medikamente, Fläschchen zur sterilen Aufbewahrung von 348  
 Mekonal 82  
 Melanodermien durch Kriegersatzmittel 33  
 Meningitis acuta syphilitica 46  
 — nach Schädelbasisfraktur 228  
 Menstruation, vikariierende 101  
 Mercoid 59  
 Mesenterialtuberkulose, diagnostische Irrtümer bei 261  
 Migrol 114  
 Milch, saure, bei der Säuglingsernährung 350  
 Milchinjektion, Anaphylaxie 10  
 Milzexstirpation bei perniziöser Anämie 179  
 Mohn, Blinddarmerkrankungen durch Genuß von 161  
 Muskelatrophie, progressive spinale 194  
 Mutaflor bei Darmerkrankungen 369  
 Myelitis nach Grippe 331

## N

Naevus flammeus, Radiumbehandlung 270  
 Naht, apodaktyle 105  
 Narbenbehandlung 365  
 Narkose, vorgetäuschte 119  
 Nasendiphtherie und Hautdiphtherie im Kindesalter 68  
 Nasennebenhöhlenerkrankungen bei Grippe 198  
 Nebennierenextrakt und epileptische Anfälle 289  
 Neosalvarsan, Nebenwirkungen 299  
 Neosalvarsaninjektion, Technik 181  
 Neotannyl 340  
 Nephrektomie bei Insuffizienz der anderen Niere 272  
 Nephritis, Digitalis bei 217  
 Nervenvereisung 170  
 Nerv. tibialis, Neuralgie 37

Neuralgie des N. tibialis 37  
 Neuralgisan 241  
 Nierenfunktionsprüfung, Simulation bei 99  
 Nirvanol 317  
 — bei Kindern 277  
 Nirvanolvergiftung 77, 235  
 Nurso 116

## O

Oberschenkelbrüche, Nachbehandlung 207  
 Ohrleiden, Behandlung 186  
 Ophthalmie, doppelseitige metastatische 72  
 Ophthalmobleunorrhoe, Chemotherapie 221  
 Optochin bei Heufieber 337  
 Ornizet in der Augenheilkunde 121  
 Ortizon in der Ohrenheilkunde 187  
 Ortizon-Kieselsäure bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden 248  
 Osteomyelitis des 4. Halswirbels 232  
 Osteoperiostitis des Stirnbeins nach Grippe 193  
 Ovarialtumoren bei Kindern 266  
 Ozaena, Behandlung 211—215

## P

Panaritien, Schienung 206  
 Pankreasveränderungen bei Weilscher Krankheit 11  
 Papierbinden zu Gipsverbänden 48  
 Paralysis progressiva und Unfälle 353  
 Parotis, Fremdkörper 263  
 Pavon 55  
 Pergamentpapier zur Drainage 15  
 Peritonitis, Aetherbehandlung 173  
 — tuberculosa, Stickstoffbehandlung 275  
 Phlegmonen, erster Verbandwechsel nach Inzision 203  
 —, Jodtinkurtamponade bei 205  
 Pituglandol-Folge? 74  
 Placenta adhaesiva, Behandlung 345  
 Plazenta, Expression 373  
 Pneumonie, Salizyl-Antipyrin bei 243  
 —, Behandlung der Grippe- 90  
 Polyneuritis 8  
 — nach Wundinfektion 360  
 Prokutanverfahren 182  
 Prolapsgefühl ohne Prolaps 296  
 Prostata, Syphilis 169  
 Protargolgelatine bei Gonorrhoe 217  
 Pseudoappendizitis nach Darmerkrankungen 359

Pseudohalsrippen 331  
 Pseudoikterus bei Kindern infolge der Nahrung 259, 260  
 Psoriasis, traumatische 294  
 Psychosen, Behandlung 86  
 Purpura simplex bei Serumkrankheit 72  
 Pyodermia vegetans 328  
 Pyramidon bei Fleckfieber 272

## Q

Quiesan 115

## R

Radiumbehandlung 268  
 Rasierseifenersatz 381  
 Ristin bei Skabies 278  
 Röntgenbehandlung bei Hyperhidrosis 184  
 — der Trigemirusneuralgien 241  
 — der spitzen Kondylome 343  
 Röntgenuntersuchung der Bauchorgane 200  
 Rückenmarksblutungen bei Skorbut 100

## S

Salvarsan bei Grippe 110  
 — bei Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti 311  
 Schädelbasisfraktur, Meningitis nach 228  
 Schädelverletzungen, objektives Symptom 195  
 Scharlach, Serumtherapie 215  
 Schnelldesinfektion der Hand 47  
 Schußneuritis, Vereisung der Nerven bei 170  
 Schwangerschaft und Herzerkrankungen 280, 324  
 Septische Erkrankungen, Silberbehandlung 90  
 Serumkrankheit, Purpura simplex bei 72  
 Silbersalvarsan 121, 122, 124, 279, 318  
 Singultus, Luminal bei 372  
 Skabies, Ristin bei 278  
 Skorbut, Rückenmarksblutungen bei 100  
 Sonde, Mißbrauch 62  
 Speichelsauger 89  
 Speiseröhrenverätzungen, Sondenbehandlung 207  
 Spondylitis deformans nach Paratyphus A 200  
 Spuman 320  
 Sterilität des Weibes, Bekämpfung 116  
 Stillsche Krankheit 264

Stirnhirnverletzungen 363  
 Strychnin in der Augenheilkunde 120  
 Sulfoxylatpräparat 121  
 Syphilis, Reinfektion 168  
 — der Prostata 169  
 —, Drüsenpunktion bei 322  
 Syphilisbehandlung mit Silbersalvarsan  
 121, 122, 124, 279, 318  
 — mit Mercoid und Arsenohyrgol 59

## T

Tabes, spezifische Behandlung 179  
 Tachykardie, Kalziumchlorid intravenös  
 bei nervöser 21  
 Tejobrot 95  
 Terpentin bei parenteraler Injektion 58  
 Terpentininjektionen bei Hautkrank-  
 heiten 57  
 Tetanus, rektale Applikation von Mg-  
 Sulfat 16  
 Tetrahydroatophan 52  
 Tonsille, Hypertrophie und Totalgangrän  
 102  
 Trigemimusneuralgien, Röntgenbehand-  
 lung 241  
 Triox 381  
 Trommelfellruptur, Behandlung 188  
 Trypaflavin 16, 79, 125  
 — in der Chirurgie 266, 364  
 Tuberkelbazillen im Auswurf, Anreiche-  
 rungsmethoden für den Nachweis 230  
 Tuberkelbazillenfärbung 69, 290  
 Tuberkulinreaktion, perkutane 321  
 Tuberkulose, Kreosot bei 90  
 —, Schutzimpfung bei Neugeborenen 111  
 — und Amenorrhoe 357  
 Tuberkulosemittel, Friedmanns 273  
 Typhusbazillen im Sputum 165

## U

Ulcera genitalia, Behandlung 342  
 Unterbindungen, Katgut sparende 81  
 Urethritis non gonorrhoeica 230  
 Uterusmyome, Verschwinden in der  
 Schwangerschaft 45

## V

Varizen und Ischias 281  
 Verbandstoffe, Ersparnis 12, 13  
 Verbrennungen, Behandlung 50  
 Verodigen 316  
 Verweilkatheter, Befestigung 95  
 Vestosol bei Hyperhidrosis 184

## W

Weilsche Krankheit, Übertragung durch  
 Ratten 2  
 —, Veränderungen der Bauchspeichel-  
 drüse 11  
 Wirbelschüsse, Baucherscheinungen bei  
 292  
 Wunddiphtherie 166  
 Wundschluß, nahtloser 176  
 Wundverbände für den Transport 105

## Y

Yohimbin bei Dysmenorrhoe 251

## Z

Zwergwuchs bei Atrophie des Hypo-  
 physisvorderlappens 291  
 Zwiebeln bei Durchfällen 179



## Autorenregister.

**A**  
Abelsdorff 121  
Alexander 71, 90, 110, 261  
Althen 90  
Arnoldi 340

**B**  
Bähr 207  
Baer 125  
Bamberger 99  
Beckers 225  
Bell 372  
Benda 37  
Benedek 289  
Benthin 280, 324  
Berent 63  
Berliner 186  
Bettinger 211  
Bettmann 228  
Bircher 92  
Boas 43  
Boeckler 39  
Böhme 244  
Bong 74  
Bonhoff 207  
Bonne 382  
Bossert 326  
Braun 365  
Bruck 214  
Buschke 182

**C**  
Canon 238  
Cassel 232  
Christel 266  
Cohn 75, 169  
Crohn 126  
v. Cube 278  
Czerny 3

**D**  
v. Delbrück 111  
Dobihal 24

Döblin 310  
Döllner 294  
Drachter 40  
Dubs 358

**E**  
Engel 349  
Engelsmann 230  
Erkes 261  
Eurike 17

**F**  
Fabry 122, 268  
Felo 177  
Feigenbaum 100  
Feilchenfeld 23, 246  
Finkelnburg 194  
Finkelstein 328  
Fischel 90  
Flatau 1  
Flesch 79  
Folman 193  
Fraenkel 198  
Frank 65, 176  
Franke 243  
Frey 310  
Friedemann 275  
Fromme 2

**G**  
Galewsky 33  
Gassul 213  
Gause 181  
v. Gaza 359  
Geisse 369  
Gennerich 124  
Gießmann 63  
Glass 62  
Goldmann 27  
Golliner 235  
Grabisch 58  
Graefe 296  
Greinert 251

Griesbach 215  
Grünbaum 67  
Grumme 95  
Gudden 84  
Guggenheimer 217

**H**  
Habermann 322  
Haedke 286  
Hahn 86, 272  
Haike 337  
Hamburger 321, 350  
Hartz 177  
Helbing 14  
Hilfrich 216  
Hirz 348  
Hodiesne 374  
Hoffstetter 26, 168  
Hofmann 314  
Hohlweg 108, 319  
Hummel 342

**I**  
Imhofer 188, 193

**J**  
v. Jagic 97  
Janzen 264  
Joseph 106  
Junghanns 230

**K**  
Kantorowicz 177  
Karst 241  
Kaufmann 340  
Kaupe 259  
Kautsky 210  
Kelling 354  
Keppler 261  
Kirchberg 236, 315  
Kirchner 187  
Kisch 195  
Klein 125  
Klemperer 38

Klose 260  
 Köhler 243  
 König 384  
 Koerting 48  
 Kohn 308  
 Kolle 121  
 Kraus 16  
 Krehl 316  
 Kritzler 381  
 Krüche 110, 239  
 Krukenberg 17, 79  
 Kruse 111  
 Kühn 178  
 Kühne 353  
 Kummel 272  
 Kurtzahn 306

## L

Landé 68  
 Langhans 340  
 Leichtentritt 326  
 Lempcke 383  
 Lenzmann 318  
 Leppmann 360  
 Leschke 108  
 Levy-Lenz 182  
 Lewandowski 116  
 Lex 320  
 Liebesny 44  
 Lieck 380  
 Liepmann 345  
 Linnartz 237  
 Lipp 69  
 Loewenthal 257  
 Luce 21

## M

Madlener 15  
 Manninger 47  
 Marcuse 313  
 Marwedel 138  
 Matti 81, 2  
 Mauelshagen 322  
 Mayer 11  
 Melchior 203  
 Mendel 246  
 Merian 296  
 Meyer 89, 184  
 Michalke 317  
 Mindack 94  
 Mosbacher 363  
 Mosberg 255  
 Mühlens 245  
 Mühlmann 247  
 Mueller 373  
 Münzel 266

## N

Nast 19  
 Neger 106  
 Neumann 46, 49, 89  
 Neuschaefer 16  
 v. Noorden 29  
 Nordmann 301  
 Notkin 161  
 v. Notthafft 279  
 Nürnberg 102

## O

Ochsenius 335  
 Oehler 356  
 Opitz 45  
 Oppenheim 8, 114  
 Oppikofer 236  
 Orth 16, 254

## P

Paetsch 367  
 Peiper 20  
 Penkert 161  
 Pensky 77  
 Perthes 13, 81, 170  
 Pfeiffer 112, 248  
 Piesberger 120  
 Pohl 349  
 Porzelt 206  
 Pürckhauer 253  
 Pulay 165

## R

Ridder 263  
 Riese 107  
 Ritter 50, 344  
 Röder 277  
 Romberg 93  
 Rosenfeld 9  
 Ryhiner 299

## S

Sachs 10, 44  
 Salge 101  
 Schaal 12  
 Scharlam 343  
 Schepelmann 285  
 Schergoff 27  
 Schickele 101  
 Schill 7  
 Schlesinger 275  
 Schmid 166  
 Schmidt 82, 200  
 Schneider 355  
 Schotten 220

Schürer 163  
 Schütze 11  
 Schultze 366  
 Schwarz 66  
 Schwermann 357  
 Schlei 57  
 Semper 95  
 Severin 52  
 Seyberth 30  
 Siegel 252  
 Siegels 179  
 Siegfried 198  
 Silberstein 25  
 Simmonds 291  
 Soucek 265  
 Spiegel 331  
 Spiegelhauer 57  
 Staehelin 56  
 Stenger 189  
 Sternberg 181  
 Stockmeier 372  
 Stoeltzner 260  
 Stolz 116  
 Stradner 321  
 Stransky 221  
 Straub 316  
 Stümpke 25  
 v. Szyli 221

## T

Teigl 21  
 Teuscher 290, 311  
 Tillmanns 273  
 Töppen 184  
 Tornaschny 73  
 Tornai 368  
 Trendelenburg 170  
 Trömner 331  
 Turan 21

## U

Ueberhuber 371  
 Ulrichs 290

## V

Vaubel 210  
 Veit 364  
 Vogel 103, 106

## W

Walther 177  
 Weber 217, 228  
 Weil 292  
 Weinberg 24, 299  
 Weiß 120  
 Wichura 179  
 Widmer 72  
 Wilbrand 179

Wilms 241  
 Wilmsen 72  
 Winkler 59  
 Winter 343, 375  
 Witte 110  
 Wittmaack 211  
 Wörner 200

Wohlgemuth 21  
 Wolf 306  
 Wolff 28  
 Wolff-Eisner 208  
 Wolffberg 119  
 Wolfsohn 173  
 Wyß 56

**Z**  
 Zander 74  
 Zeuner 25  
 Zirn 382  
 Zoeppritz 346  
 Zurhelle 343

## Neue Bücher.

Breitensteins Repetitorien 224  
 Finckh, L., Inselfrühling 30  
 Hirschfeld, Magnus, Sexualpathologie 95  
 v. Hochenegg u. Payr, Lehrbuch der speziellen Chirurgie 191  
 Klose, E., Kinderheilkunde 95  
 Legahn, F. A., Entwicklungsgeschichte des Bewußtseins 158  
 Lust, F., Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten 191

Merkblatt zur Feststellung des Vorkommens der Fieberschnacken 351  
 Schwalbe, Diagnostische und therapeutische Irrtümer 31  
 —, Reichsmedizinalkalender 158  
 Schwarz, A., Repetitorium der Arzneiverordnungslehre 30  
 Tesdorpf, Die Krankheit Wilhelms II. 191  
 Toten im Weltkriege, Unsere 351

Buchdruckerei von Robert Noske in Borna-Leipzig.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 1.

Oktober 1918

## Aetiologisches.

**Atrophie der kleinen Handmuskeln aus besonderer Ursache.**  
Von Dr. G. Flatau (Aus der Nervenstation des Reservelazarets Kunstgewerbemuseum in Berlin). Fall 1. 30jähriger Grenadier: Familienanamnese ohne Belang, hatte schon als Kind im rechten Arm Schmerzen bei längerem Gebrauch, namentlich beim Schreiben. Bei dieser Verrichtung stellte sich ein krampfhaftes Zucken ein. Die rechte Hand soll in der Kindheit einmal gequetscht und später einmal nach einer Aetzung von Warzen eine kurze Zeit geschwollen gewesen sein. Bei seiner Einziehung zum Militär im Januar 1917 merkte er, daß sein rechter Arm versagte. Er bekam heftige, ziehende Schmerzen im rechten Arm bis in die Schulter, Kältegefühl und Kribbeln in den Fingerspitzen. Schwäche in der rechten Hand, Bewegungen durch kalte Außentemperatur behindert. Der ganze rechte Arm erschien bei der Untersuchung etwas dünner als der linke. Der rechte Interosseus primus und der Daumenballen waren abgemagert, aber auch die andern Interossei waren etwas eingesunken. Alle Bewegungen waren in dem Schulter- und Ellbogengelenk mit voller Kraft ausführbar. Die Lateralbewegungen der Finger wurden ausgeführt, aber langsam, schwach und unter Zittern. Der Händedruck war rechts etwas matter als links, die Adduktion des Daumens ausreichend, die Opposition des Daumens schwach. Sensibilität frei. Elektrisch nur im Daumenballen, speziell im Opponens, eine Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit und eine galvanisch verlangsamte Zuckung und Ueberwiegen der Anodenzuckung. In der rechten Oberschlüsselbein-grube ein knöcherner Vorsprung fühlbar. Da zunächst an eine Halsrippe gedacht wurde, wurde eine Röntgenaufnahme gemacht. Diese ergab am Querfortsatz des 7. Halswirbels eine eigentümliche Gestaltung: er erschien länger und nach oben winklig abgeknickt. Fall 2. Kriegsfreiwilliger, Artillerist, 31 Jahre alt, stammt aus



gesunder Familie. Schon seit Jahren ist ihm aufgefallen, daß bei naßkaltem Wetter die linke Hand ihm empfindlich war und die feineren Bewegungen beeinträchtigt waren. Im Alter von etwa 28 Jahren bemerkte er eine Abmagerung der linken Hand, der linke Handschuh saß ihm immer loser als der rechte. Am Morgen waren linker Arm und linke Hand oft eingeschlafen. Unter dem Einfluß des Militärdienstes und der Strapazen und Witterungseinflüsse im Felde nahmen die Beschwerden zu. Es stellten sich Schwäche und Schmerzen in dem linken Arm und den Fingern ein, ebenso Kribbeln und Kältegefühl. Namentlich unter dem Einfluß der Kälte stärkere Störungen der Beweglichkeit. Er zeigte: Abmagerung des linken Daumenballens, die Opposition des Daumens schwach, taktile Anästhesie am fünften Finger und an der ulnaren Seite des Unterarms. Namentlich bei kühler Außentemperatur ist die linke Hand kälter anzufühlen als die rechte. Im Opponens ausgesprochene Entartungsreaktion, die linke Oberschlüsselbeingrube ist namentlich an ihrem inneren Teil stärker vorgewölbt als rechts. Röntgenaufnahme: Die Processus transversales des 7. Halswirbels sind beiderseits stark ausgebildet, links bedeutend mehr als rechts. Auch erschien der Processus, wie in dem 1. Falle, winklig gebogen. Druck in die Oberschlüsselbeingrube war entschieden schmerzhaft. Beide Male handelt es sich also um eine langsam sich entwickelnde, nicht erhebliche Atrophie mit Reizerscheinungen. Man kann sie am besten als unvollkommene untere Plexuslähmung bezeichnen. Sie tritt stärker in die Erscheinung, sobald im Militärdienst eine stärkere Beanspruchung stattgefunden hat. Als Ursache ist eine Wurzelkompression durch den abnorm gebildeten Querfortsatz des 7. Halswirbels festzustellen. Die Aehnlichkeit der Bilder mit den Symptomenkomplexen, die bei Halsrippen beobachtet sind, ist deutlich, doch sind die Erscheinungen geringfügiger. Operatives Vorgehen kommt nicht in Frage. Sind schon die Erfolge bei den Halsrippen nicht ermutigend, so ist hier bei dem Mißverhältnis zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Grade der Beschwerden eine Operation sicher abzulehnen. Die militärische Verwendbarkeit ist beschränkt; da im 2. Fall die linke Hand betroffen war, konnte noch g. v. F. angenommen werden. Bei Schonung der betroffenen Extremität trat im 2. Falle während des Lazarettaufenthaltes ein wesentlicher Nachlaß der sensiblen Reizerscheinungen ein. (D. m. W. 1917 Nr. 42.)

**Zur Uebertragung der Weilschen Krankheit durch Ratten.**  
Von Stabsarzt Prof. Dr. Fromme (Düsseldorf).

1. Bei Untersuchungen wilder Ratten des Operationsgebietes (im Westen) wurden in den Nieren einer Ratte aus einem Unter-

stande der vorderen Linie, in dem kurz vorher ein Weilkranke gelegen habe, Spirochäten der Weilschen Krankheit festgestellt.

2. Die Annahme, daß den Ratten bei der Verbreitung der Weilschen Krankheit eine Rolle zukommt, wird aus den bisherigen epidemiologischen Beobachtungen sowie durch den beschriebenen, die japanischen und französischen Mitteilungen bestätigenden Befund gestützt.

3. Untersuchungen von Flöhen auf Weilsch-Spirochäten verliefen bisher negativ. (M. Kl. 1918 Nr. 27.)

### Diagnostisches.

Zur Diagnose und Prognose der kindlichen Lungentuberkulose schreibt A. Czerny: „Bei der Diagnose der Lungentuberkulose der Erwachsenen steht die Spitzentuberkulose im Vordergrund des Interesses, bei der der Kinder die Bronchialdrüsentuberkulose. Nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens gibt es zwar keine primäre und isolierte Bronchialdrüsentuberkulose. Diese ist vielmehr, abgesehen von den wenigen Fällen einer vom Abdomen auf dem Lymphwege aufsteigenden Tuberkuloseinfektion, stets die Folge eines primären Lungeninfektes. Ein kleinster, stecknadelkopf- bis erbsengroßer Tuberkelherd, der selbst bei der Obduktion nur bei genauester und besonders darauf gerichteter Untersuchung zu finden ist, kann zu einer hochgradigen Infektion der Bronchialdrüsen Veranlassung geben. Dieses Mißverhältnis zwischen dem primären Herd und der sekundären Bronchialdrüsenaffektion bringt es mit sich, daß wir vielfach den ersteren klinisch nicht erschließen und nur aus dem Befunde einer Bronchialdrüsentuberkulose nachweisen können. Eben deshalb ist aber die Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose für das Kindesalter besonders wichtig. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen hat die älteren klinischen Methoden stark zurückgedrängt. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß auch sie nur Unvollkommenes leistet. Leicht nachweisbar sind mit Röntgenstrahlen hochgradige Bronchialdrüsenerkrankungen, bei welchen die tuberkulösen Drüsen zahlreich vorhanden und zu ansehnlichen Tumoren angewachsen sind. In den Fällen, in welchen nur eine oder die andere Drüse tuberkulös ist und als Tumor nicht den Herzgefäßschatten überragt, läßt uns auch das Röntgenbild im Stich. Ein erschwerender und bemerkenswerter Umstand für die Diagnose der beginnenden Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose liegt darin, daß stärkere Schwankungen der Körpertemperatur noch

weniger als bei Erwachsenen auf Tuberkulose schließen lassen. Wir wissen, daß Temperaturschwankungen bis  $38^{\circ}$  für viele sensible Kinder charakteristisch sind, an denen sich auch bei jahrelanger Beobachtung nicht der geringste Beweis für eine Tuberkuloseinfektion erbringen läßt. Nur Temperaturschwankungen, die  $38^{\circ}$  (bei rektaler Messung) erreichen oder übersteigen, rechtfertigen den Verdacht einer Tuberkulose beim Kinde. Ebenso erscheint es mir notwendig, darauf hinzuweisen, daß der asthenische Habitus nichts mit Tuberkulose zu tun hat. Immer wieder werden uns Kinder zur Untersuchung auf Tuberkulose zugeführt, die diesen Habitus aufweisen, und nur selten gelingt dabei der Nachweis einer Tuberkuloseinfektion. Dagegen finden wir diese relativ oft bei Kindern, deren guter Habitus es zweifellos verschuldet, daß die Tuberkulose erst spät erkannt wird. Aus dem positiven Ergebnis einer kutanen Tuberkulinreaktion allein auf den Bestand einer Bronchialdrüsentuberkulose zu schließen, ist nicht zulässig. Wenn auch der statistische Nachweis die Tatsache bestätigt, daß in der Mehrzahl aller Fälle die Tuberkuloseinfektion die Lunge und die Bronchialdrüsen betrifft, so darf doch nicht vergessen werden, daß die Tuberkulose noch auf höchst mannigfaltigen anderen Wegen in den Organismus des Kindes eindringen kann.

Wichtig erscheint es mir, hervorzuheben, daß die Bronchialdrüsentuberkulose in beginnenden und leichteren Fällen stets nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleibt. Dies verlangt Beachtung bei der Wertung von Heilstatistiken. Was die Diagnostik der Lungentuberkulose anbelangt, so möchte ich zuerst die Miliartuberkulose der Lunge erwähnen. Seitdem es möglich ist, von der Lunge mit Röntgenstrahlen Momentaufnahmen zu machen, ist die Diagnose relativ frühzeitig und mit Sicherheit zu stellen. Wir erkennen auf diese Weise die Miliartuberkulose der Lunge schon in einem Stadium, in dem unsere übrigen Untersuchungsmethoden noch versagen. Daß eine sichergestellte Krankheit dieser Art heilen kann, glaube ich nicht, doch möchte ich darauf hinweisen, daß auch ein recht hochgradiger Befund im Röntgenbild nicht unbedingt einen rapiden schlechten Verlauf voraussehen läßt. Ich habe Kinder gesehen, die sich mit einer Miliartuberkulose der Lunge monatelang in einem guten Zustand hielten. Nicht unerwähnt darf dabei bleiben, daß es Bronchopneumonien gibt, welche ein der Miliartuberkulose sehr ähnliches Röntgenbild zeigen. Von der Lungentuberkulose der Kinder muß an erster Stelle angeführt werden, daß wir sie nicht, wie bei Erwachsenen, in den Lungenspitzen, sondern in der Hilusgegend zu suchen haben. Wohl kommt auch hier und da eine andere Lokalisation vor, doch prävaliert die in der Hilusgegend so stark, daß wir diese in jedem

suspekten Falle besonders gründlich untersuchen müssen. Auch das vorzeitige Absinken des Thorax ändert nichts an dieser Tatsache. Es begünstigt keinesfalls bei Kindern die Entstehung einer Spitzentuberkulose. Die Sputumuntersuchung auf Bazillen ergibt bei der Lungentuberkulose der Kinder nur selten ein positives Resultat. Die Erkennung beginnender Erkrankungen gestattet sie nicht. Wo sich Bazillen finden, besteht bereits ein weit vorgeschrittener Prozeß. Dies erklärt sich daraus, daß Lungentuberkulose bei Kindern oft als Miliartuberkulose und ebenso häufig bis zum Ende als geschlossene Tuberkulose verläuft. Offene Tuberkulosen kommen aber, wenn auch relativ selten, in jedem Kindesalter zur Beobachtung. Sind Bazillen einmal nachgewiesen, so verschwinden sie niemals bis zum Exitus aus dem Sputum. Mir ist wenigstens kein Fall bekannt, in dem eine offene Tuberkulose bei einem Kinde erloschen und die Bazillen aus dem Sputum verschwunden wären. Stets ist mir bei der Lungentuberkulose der Gegensatz zwischen der Privatpraxis und der klinischen und poliklinischen Erfahrung aufgefallen. In den besser situirten Gesellschaftsschichten bekommt man hier und da einmal eine Drüsen- oder Knochentuberkulose oder auch eine Peritonitis und Meningitis tuberculosa zu sehen. Lungentuberkulose ist bei den Kindern dieser Kreise bis zum Pubertätsalter eine Seltenheit. In der Klinik und Poliklinik sehen wir dagegen Lungentuberkulose recht oft. Ich möchte daraus den Schluß ziehen, daß sich die Lungentuberkulose bei Kindern nur dort findet, wo der wiederholten und massigen Infektion Tür und Tor geöffnet ist. Die geschlossene Form der Lungentuberkulose gelangt bei Kindern in zwei Formen zur Beobachtung, entweder so geringfügig, daß wir sie nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit diagnostizieren können, oder in Form eines mehr oder minder großen, leicht nachweisbaren Lungeninfiltrates. Es ist merkwürdig, daß wir stets nur diese beiden Extreme sehen und nicht Gelegenheit finden, die Entstehung der großen Lungeninfiltrate von ihren Anfängen an zu verfolgen. Man könnte daraus folgern, daß die Entwicklung der Lungentuberkulose bei Kindern unter so geringfügigen Symptomen erfolgt, daß sie jedesmal übersehen werden. Dies ist jedoch unwahrscheinlich. Ich glaube vielmehr, daß es sich von vornherein um Infekte verschiedenen Grades handelt. Die kleinen Infekte haben minimale Lungenherde zur Folge. Diese können, wie die klinische und die pathologisch-anatomische Erfahrung lehrt, ausheilen. Die großen Infekte führen akut zur Entstehung großer Lungenherde, welche nur unter einer besonderen Bedingung zum Stillstand und vielleicht zur Heilung zu bringen sind. Diese Bedingung ist die Möglichkeit der Ausschaltung der kranken Lunge durch künstlichen Pneumothorax.

Glücklicherweise betrifft die Tuberkulose bei Kindern häufig vorwiegend eine Lunge. Dies begünstigt die Anwendung der Methode der Pneumothoraxbehandlung. Leider setzen manchmal schon frühzeitig Verwachsungen der Pleurablätter dieser Therapie Schranken. Trotzdem möchte ich zu behaupten wagen, daß bisher die Pneumothoraxbehandlung die einzige ist, welche bei dem Befunde eines größeren, sicher nachweisbaren Lungenherdes beim Kinde Rettung verspricht. Wohl sieht man einzelne Kinder, bei denen die Lungentuberkulose ohne diese Behandlung langsam verläuft. Es gelingt, die Kinder unter günstigen Behandlungsbedingungen längere Zeit bei gutem Aussehen und im guten Allgemeinzustand zu erhalten. Bei genauer Untersuchung ergibt sich aber, daß die Lungenherde trotzdem, wenn auch langsam, fortschreiten und schonungslos zum Tode führen. Ob durch die Pneumothoraxbehandlung Heilungen von Kindern zu erzielen sind, die ein langes Leben hindurch anhalten, bleibt noch abzuwarten. So viel können wir jedoch bereits sagen, daß Kinder mit Pneumothoraxbehandlung jahrelang leben und gut leben, die ohne diese Behandlung schon lange begraben wären. Bei den kleinen Lungeninfekten, welche wir mit den allgemein üblichen Untersuchungsmethoden überhaupt nicht und mit Zuhilfenahme des Röntgenbildes nur mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit diagnostizieren können, ist die Prognose im Kindesalter günstig, und zwar um so sicherer günstig, je älter das betroffene Kind ist. Es scheint mir aber notwendig zu sein, darauf hinzuweisen, daß die Prognose unter diesen Umständen auch günstig bleibt, wenn wir den Kindern nicht alles bieten, was der Luxus bei der Tuberkulosebehandlung gestattet. Ich erwähne dies mit Absicht, um vor der Ueberschätzung aller unserer bisherigen Behandlungsmethoden der Lungentuberkulose zu warnen. Es scheint mir erlaubt, von einer guten Prognose zu sprechen, wenn die Lungentuberkulose der Kinder bis zum Pubertätsalter im latenten Stadium verbleibt. Damit ist noch nicht ausgeschlossen, daß sie im späteren Leben gelegentlich von neuem aufflackern und einen ernsteren Verlauf nehmen kann. Mit größter Sicherheit könnten wir von einer guten Prognose sprechen, wenn während des Latenzstadiums die Reaktion auf Tuberkulin, nachdem sie längere Zeit hindurch positiv war, negativ wird. Selter hat dies im Tierexperiment als möglich bewiesen, und Cronquist gibt an, solche Heilungen bei Kindern beobachtet zu haben. Die Tuberkulinreaktion würde unter diesen Umständen eine ähnliche Bedeutung erlangen, wie sie von vielen Autoren der Wa.R. bei Lues zugeschrieben wird. Darüber müßten uns aber erst zahlreiche weitere Untersuchungen Aufklärung bringen“.

(D. m. W. 1918 Nr. 4.)

**Leberabszeß, eine Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume vertäuschend.** Von Dr. Emerich Schill (Aus der Spezialheilanstalt des Kgl. Ung. Landeskriegsfürsorgeamtes in Rózsahegy). Im beschriebenen Falle waren die folgenden Symptome des Leberabszesses nachweisbar: Der Schmerz in der Lebergegend, welcher aber auf das Brustfell bezogen wurde, sodann die Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber, die gespannten und ödematösen Bauchdecken verhinderten aber das feinere Tasten, so daß eine lokale Wölbung oder Fluktuation auch nicht nachzuweisen gewesen wäre. Ikterus und das intermittierende hohe Fieber fehlten, infolgedessen wurde nach einer Leukozytose nicht gefahndet. Die lokale Vorwölbung der oberen Lebergrenze konnte zwar nachgewiesen werden, diese Vorwölbung entsprach aber infolge der Größe und der Höhe der Dämpfung der Damoiseauschen Linie, und es zeigte sich eben wegen der Größe der Dämpfung und der starken Lungenkompression, sodann eventuell wegen der reflektorischen Immobilisation des Zwerchfells keine respiratorische Verschieblichkeit, so daß man in erster Linie an eine Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume denken mußte, um so mehr, da das paravertebrale Dreieck auch nachweisbar war. Das v. Korányische paravertebrale Dreieck ist in jedem Falle von Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraume nachweisbar, wenn die Menge der Flüssigkeit eine gewisse Grenze überschreitet; ausnahmsweise konnte es auch in einigen Fällen von krupöser Unterlappenpneumonie nachgewiesen werden, wenn die entzündliche Infiltration der Lunge stark war und mit einer starken Vergrößerung des betreffenden Lappens und dadurch mit einer Vergrößerung des Rauminhalts in der betreffenden Brusthälfte einherging (Granchersche Splenopneumonie). Wie der Fall zeigt, kann das paravertebrale Dreieck neben beinahe allen anderen Symptomen einer Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum auch durch einen entsprechend großen Leberabszeß zustande gebracht werden, wenn die Lokalisation desselben eine solche ist, daß ein Teil des Abszesses in der Nähe oder vor der Wirbelsäule zu liegen kommt. Das Zustandekommen des Abszesses ist am wahrscheinlichsten durch eine Infektion auf dem Wege des Darmes erklärt, da ähnliche Veränderungen im Organismus nicht gefunden wurden, obzwar eine Infektion durch eine Hautwunde oder eine retrograde Embolie auch nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

(M. Kl. 1918 Nr. 3.)

## Krankheitsbilder.

**Zur Kenntnis der Polyneuritis.** Von Prof. Dr. Hermann Oppenheim (Berlin). Die Erfahrungen, die Verf. in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Neuritis und besonders der Polyneuritis gesammelt hat, sind wohl geeignet, unser Wissen von diesem durch seine Häufigkeit und Heilbarkeit hervorragend wichtigen Nervenleiden — mit dessen Erscheinungen jeder Arzt vertraut sein müßte — zu mehren. Ein Teil der Beobachtungen ist lehrreich hinsichtlich der Ursachen der Polyneuritis. So zeigt ein Fall, daß sich im Anschluß an Erysipelas faucium eine Form des Leidens entwickeln kann, die sich in keinem Punkte von der Paralysis postdiphtheritica unterscheidet. Ein anderer ist geeignet, die Frage nach dem angezweifelt Vorkommen einer merkuriiellen Form der Polyneuritis, die unter dem Bilde der akuten (pseudotabischen) Ataxie in die Erscheinung treten kann, aufs neue zu erörtern. In einem weiteren ergab es sich, daß die wegen der Anamnese und Reaktion als syphilitisch angesprochene Polyneuritis nichts mit der Lues zu tun hatte und erst in Genesung ausging, als an Stelle des spezifischen das gewöhnliche Heilverfahren (s. u.) in Anwendung gezogen wurde. Besonders beachtenswert scheint ein Fall von schwerster Polyneuritis nach akuter Morphinumvergiftung. Er hatte zu einer degenerativen Lähmung aller 4 Extremitäten geführt, die nur sehr langsam, aber nahezu vollständig zurückgebracht werden konnte. Die Beziehungen zwischen Verwundung und Polyneuritis scheinen noch nicht in allen Beziehungen klargestellt zu sein. Ob es sich dabei immer um Infektionserreger handelt, oder ob noch andere Vorgänge eine Rolle spielen können, diese Frage bedarf der weiteren Prüfung. Es könnte sein, daß bei bestehender Anlage der irgendwo im Bereich des peripherischen Nervensystems einbrechende Reiz den Entzündungsvorgang auch an entlegener Stelle hervorruft, ohne daß Mikroorganismen dabei die vermittelnde Rolle zu spielen brauchen. In bezug auf die Voraussage und Behandlung des Leidens haben sich die früheren Erfahrungen bestätigt. In allen Fällen erfolgte Heilung, und immer wieder bewährte sich die allgemeine Diaphoresis und örtliche Heißluftbehandlung, zu der sich früher oder später die mechanischen und elektrischen Heilverfahren gesellten. Es ist merkwürdig, daß die vom Verf. seit seinen mehrere Jahrzehnte zurückliegenden ersten Veröffentlichungen über die Polyneuritis dringend empfohlene und immer wieder befürwortete Schwitzbehandlung sich noch nicht zu einem allgemein geübten Heilverfahren durchgerungen hat. Wo man mit ihm nicht zum Ziele kommt, liegt immer der Verdacht nahe, daß poliomyelitische Veränderungen zu-



grunde liegen. Wir haben ja besonders seit dem Auftreten der großen Epidemien der Kinderlähmung erkannt, daß es eine sich ins Gewand der Polyneuritis kleidende Form des Leidens gibt, die wohl darauf beruht, daß das Gift gleichzeitig am Rückenmark und an den peripherischen Nerven angreift.

(B. kl. W. 1918 Nr. 31.)

**Ueber Colica nephritica.** Von Prof. Dr. Georg Rosenfeld (Breslau). Die Kriegsnephritis ist in all ihren Symptomen begrifflich übereinstimmend mit dem, was man parenchymatöse Nephritis nennt — und sehr ähnlich der Glomerulonephritis, ohne daß freilich die Tubuli ohne Beteiligung bleiben müßten. Die allermeisten Fälle zeigen zunächst Hydrops, Atembeklemmung, Schwächegefühl, dann von seiten des Urins alle zunftgemäß zu erwartenden Symptome: Verminderung der Harnmenge, mehr oder weniger reichlich Eiweiß, Blut, mikroskopisch verschiedene Arten Zylinder und Leukozyten. Der mikroskopische Befund ist meist der schulmäßige. Aber nicht alle Tage finden sich die charakteristischen Elemente, die Zylinder; sondern es tritt eine Erscheinung auf, die Verf. vor 30 Jahren beschrieben hat: „Das spärliche Erscheinen der Zylinder kann in dem Maße beobachtet werden, daß tagelang kaum ein Zylinder gefunden wird und die Hämaturie das Hauptsymptom bildet“. In der jetzigen Beobachtungszeit ist dieses Bild, das jedem Beobachter auffallen muß, mehrfach beschrieben worden. Es prägt sich auch manchmal die Erscheinung in ganz schroffer Weise aus, wie Nephritiker, die eben noch Zylinder in ausreichender Zahl aufgewiesen haben, die Zylinder völlig vermissen lassen und nur eine Hämaturie zeigen. Dieser Zustand kann verschieden lange dauern; Verf. hat ihn bei ganz stark blutigem Urin mehrere Tage beobachtet, aber auch bei nur geringem Blutgehalt wochenlang andauern gesehen, obwohl er täglich das Zentrifugat nach Zylindern durchsuchte. Die Erscheinung kann mit einem anderen Symptom zusammen geradezu irreführend die Diagnose beeinflussen. Das andere Symptom ist dasjenige, um das die Kriegsnephritis die Symptomatologie der Nephritis bereichert hat: nämlich die Kreuzschmerzen. Freilich sind auch sonst Schmerzen bei Nierenkranken zu beobachten gewesen, aber sie waren fast stets eine nebensächliche Erscheinung. Jetzt ist das ganz anders. Die Schmerzen sind eine sehr hervorragende Begleiterscheinung der Nephritis geworden, welche die Aufmerksamkeit auf das Nierenleiden lenken kann und welche die Nierenentzündung oft um Monate überdauert. Wenn nun diese beiden Symptome zusammen treffen, die Hämaturie und die Nierenschmerzen, so haben wir die klinischen Hauptzeichen der Nephrolithiasis beieinander, und doch

gehören sie zu einer Erkrankung an Nierenentzündung. Nun kommt noch hinzu, daß die Nierenschmerzen kolikartig auftreten und sogar einseitig sein bzw. einseitig stärker sein können. Verf. gibt eine Schilderung solcher Schmerzen bei einer zweifellosen reinen Nephritis. Täuschender können Schmerzen kaum Nierensteinkolikschmerzen nachahmen, und doch lag eine Nephritis vor. Verf. hat durch diese Erscheinung recht oft sich bewogen gefühlt, die Röntgenaufnahme der schmerzhaften Niere oder beider vornehmen zu lassen, wenn er als mikroskopischen Befund immer Hämaturie zu verzeichnen hatte, und Dutzende von Malen ohne Erfolg. So wichtig es ist, auf diese Schwierigkeit in der Differentialdiagnose hinzuweisen, so bedauerlich ist es, daß ein sicherer Entscheidungsweg bislang sich nicht für alle Fälle zu finden scheint, außer lang fortgesetztem und sorgfältigem Suchen nach den Charakterzeichen der Nephritis: den Zylindern. Als anatomische Grundlage für die Colica nephritica dürfte wohl die Kapselspannung durch das infolge von Blutüberfüllung und Oedem vergrößerte Organ gedacht werden dürfen, wofür auch die günstige Beeinflussung der Schmerzen durch Schröpfköpfe als Beweis angeführt werden darf.

(B. kl. W. 1917 Nr. 34.)

### Kasuistisches.

**Anaphylaktischer Anfall nach Milchinjektion.** Von Stabsarzt Privatdozent Dr. Otto Sachs (Aus dem k. u. k. Garnisonsspital Nr. 2 in Wien). Bei den zahlreichen intramuskulär verabfolgten Milchinjektionen wurde von den meisten Autoren nur Fieber, lokale Schmerzhaftigkeit mit Infiltrations- und Abszeßbildung mitgeteilt. M. Oppenheim hat als erster auf eine Gefahrenquelle bei intramuskulärer Injektion von Milch aufmerksam gemacht. Es handelt sich um das Auftreten eines anaphylaktischen Anfalles, welcher unmittelbar im Anschlusse an eine zweite intramuskulär verabfolgte Milchinjektion beobachtet wurde, bedrohlichen Charakter annahm, aber günstig ausging. Ein zweiter, analoger Fall, bei welchem nach der 3. Milchinjektion ein anaphylaktischer Anfall auftrat, wird in Kürze mitgeteilt. Aus der Krankengeschichte ergibt sich, daß der Patient im Verlaufe von 9 Tagen 3 Milchinjektionen zu 6 ccm, 8 ccm und 10 ccm erhielt; schon nach der 2. Milchinjektion, welche 3 Tage nach der ersten ausgeführt wurde, trat ein 2 Stunden andauernder Schüttelfrost ohne anderweitige Komplikationen auf. Tags darauf war die Temperatur auf 37° gesunken, Epididymis dextra stärker geschwollen. Nach der 6 Tage nach der 2. Milchinjektion applizierten 3. Milchinjektion (10 ccm) traten wenige Minuten nach derselben Kopfschmerzen, Kollaps,

klonisch-tonische Zuckungen, Zyanose der Lippen, Schüttelfrost ein, Sinken der Temperatur auf  $35,8^{\circ}$ , dann Ansteigen derselben auf  $39,8^{\circ}$ , Puls kaum fühlbar und Dyspnoe, Gelenkschmerzen, kein Hautexanthem. Zu der Epididymitis dextra entwickelte sich noch eine Funikulitis derselben Seite.

(W. kl. W. 1918 Nr. 27.)

**Veränderungen der Bauchspeicheldrüse bei der Weilschen Krankheit.** Von Dr. Arthur Mayer (dirigierender Arzt der Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke in Berlin). In 4 Fällen von Weilscher Krankheit, bei denen außerordentlich heftige abdominale Schmerzen auftraten, gelang es durch Stuhluntersuchung und Funktionsprüfung der Bauchspeicheldrüse, schwere Störungen der äußeren und inneren Sekretion des Pankreas nachzuweisen. Wie einer dieser Fälle, der zur Autopsie kam, und ein weiterer sezierter Fall bewiesen, waren diese schweren Funktionsstörungen durch ausgedehnte Hämorrhagien und Entzündungsprozesse im Pankreas entstanden. Während in 2 Fällen sämtliche Funktionsstörungen zurückgingen, entwickelte sich bei dem dritten eine Leberschwellung, deren Charakter nicht genau festgestellt werden konnte. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Zirrhose. Derartige überaus heftige abdominale, wahrscheinlich wohl auf die Reizung des Plexus solaris zurückzuführende Schmerzen sind auch in anderen Fällen von Weilscher Krankheit beobachtet worden, ohne daß es allerdings gelang, Funktionsstörungen des Pankreas nachzuweisen. Die Mitbeteiligung des Pankreas an der Weilschen Krankheit weist darauf hin, daß überhaupt Metastasen in der Bauchspeicheldrüse bei Infektionen mehr Beobachtung zu schenken ist, als es in vielen Fällen bisher geschehen ist.

(D. m. W. 1918 Nr. 31.)

Von Schütze werden folgende Fälle vorgestellt:

**a) Seltener Fall einer traumatischen periostalen Exostose am Femur. — b) Exostosis cartilaginea multiplex.**

a) 35 jähriger Fußartillerist, hereditär nicht belastet, 1913 zwei Betriebsunfälle: Luxation des linken Ellbogengelenkes ohne Folgen, starke Quetschung des linken Oberschenkels zwischen 2 Feldbahnwagen, vom Kranken als „komplizierter Bruch“ angegeben. Danach Verdickung des linken Oberschenkels. „Man könne das schlecht geheilte Knochenstück deutlich als Vorsprung fühlen.“ Befund: Beide Beine gleich lang. An der Innenseite des linken Oberschenkels ist ein scharfkantiges Knochenstück zu fühlen, das handbreit über dem Condylus internus breitbasig mit dem Oberschenkelknochen im Zusammenhange steht und etwa 20 cm paralle

dem Knochen nach oben ziehend in einer freien Spitze endet. Das Röntgenbild bestätigt den Palpationsbefund und zeigt, daß eine Fraktur nicht vorgelegen hat. Bei der Operation wird eine 18 cm lange Exostose mit 6—7 cm breiter Basis entfernt, welche sich in die Adduktoren hinein entwickelt hat und mit A. und V. femoralis fest verwachsen ist. Sie besteht aus einer inneren spongiösen und einer äußeren kompakten Schicht, hat etwa Stalaktitenform mit zahlreichen geweihartigen, sehr harten Ausläufern, zeigt einen periostalen Ueberzug und ziemlich weite Foramina nutricia. Der Kranke wird 2 Monate post operationem als kv. entlassen.

b) 36 jähriger Armierungssoldat, keine Abnormitäten der Knochen bei Eltern und Geschwistern. Im 8. Lebensjahre fanden sich an den Ober- und Unterschenkeln harte Geschwülste, deren Wachstum seit etwa 16 Jahren aufgehört hat. Befund: An den langen Röhrenknochen beider Beine in der Gegend der Epiphysen finden sich multiple, pflaumen- bis gänseeigroße, breitbasig mit der Unterlage verwachsene, rundliche, höckrige, harte, nicht druckempfindliche Tumoren, welche die Funktion der Beine nur wenig beeinträchtigen. Ueber dem Condylus externus des linken Femurs findet sich ein übertaubeneigroßer Tumor von der geschilderten Beschaffenheit, welchem eine gelenkkapselartige, mit Flüssigkeit gefüllte Haube aufsitzt, in deren Höhle man mehrere freie, knorpelige Gelenkkörperchen besonders deutlich bei rascher Bewegung des Unterschenkels fühlt (Exostosis bursata). Das übrige Skelett ist frei von Knochenwucherungen. Die Entstehung der Knochengeschwülste im Kindesalter, das Stationärbleiben des Wucherungsprozesses mit Aufhören des Körperwachstums, der Sitz der Neubildungen, endlich das Fehlen traumatischer Einflüsse spricht für die Annahme, daß es sich hier um die sogenannte Form der Exostosis cartilaginea multiplex handelt. Vortragender empfiehlt, wegen der guten Prognose mindestens einen Teil dieser Tumoren operativ zu beseitigen.

(Verein für wissensch. Heilk. Königsberg i. Pr., 25. 3. 1918.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Ersparnis von Verbandstoffen.** Von Dr. J. Schaal (Aus dem Reservelaz. II, Kolberg). In der Technik der Gipsverbände waren wir bisher nicht in der Lage, ohne Stoffbinden uns zu behelfen, ja durch das Zerschneiden der Gipsverbände wurden jedesmal die so geringen Bestände an Stoffbinden weiter heruntersgesetzt. Verf. hat, um die weitere Verwendungsmöglichkeit der zu Gipsverbänden gebrauchten Stoffbinden festzustellen, die aus

den Feld- und Kriegslazaretten abtransportierten Leute mit Gipsverbänden in warme Sole setzen lassen und versucht, die Binden dann abzuwickeln. Der Versuch ist gelungen, Verf. hat die Binden weiter in Sole auswaschen lassen und hat so tadellose Binden erhalten, die desinfiziert und sterilisiert werden können. Außerdem ist diese Art der Entfernung eines Gipsverbandes außerordentlich schonend für die Patienten. Man kann natürlich ebensogut jedes Salz, besonders Kochsalz oder Staffurter Salz in Lösung, dazu verwenden. Verf. hat auf diese Weise von 2 Oberschenkelgipsverbänden 18 tadellose Binden erhalten. Man würde demnach bei diesem Verfahren in der Lage sein, diese entgipsten Binden immer wieder mit Gips zu versehen und weiter als Gipsbinden zu verwenden. Verf. hat dann auch Versuche gemacht, Gipsverbände unter Vermeidung der Stoffbinden mit papiernen Binden selbst zu machen. Es versteht sich von selbst, daß sich dazu die dünnen Kreppbinden nicht eignen, da sie, mit Feuchtigkeit in Berührung gebracht, sich sofort auflösen. Verf. nahm also die zeugartig gewebten Papierbinden und versuchte zweierlei. Zunächst wurden die Binden vorbereitet wie Stoffgipsbinden, die zunächst mit pulverisiertem Gips dick bestreut und mit einem Holzspatel abgestrichen wurden, so daß in den Maschen genügend Gips sitzen blieb. Die so vorbereiteten Binden wurden wie andere Gipsbinden in warmes Wasser gelegt und dann umgewickelt. Ferner wurden als 2. Versuch die Papierbinden ohne jede Vorbereitung umgewickelt und die einzelnen Lagen mit dicklichem Gipsbrei bestrichen. Bei beiden Versuchen wurde zwischen den einzelnen Touren etwas Alaunwasser übergestrichen. Eine Kombination beider Versuche, also vorbereitete Papiergipsbinden mit Bestreichen von Gipsbrei, dazwischen Ueberstreichen mit Alaunlösung, gibt einen gutsitzenden, allen Wünschen gerechten Gipsverband.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 29.)

**Ueber Ersparnis baumwollenen Operationsmaterials** schreibt Prof. G. P e r t h e s in Tübingen: „Während die Ersatzstoffe der Baumwolle aus Zellstoffgewebe für den Wundverband und als Binden einschließlich der Gipsbinden sich gut bewähren, bleiben wir für die bei der Operation benötigten Tupfer, Kompressen und Bauchtücher zunächst noch ganz auf die Baumwolle angewiesen. Die mehrmalige Verwendung von Mull und Gaze nach Auswaschen der Stücke ist durch die herrschenden Verhältnisse unbedingt notwendig geworden. Es hat sich nun in der Tübinger Klinik der Uebelstand sehr unliebsam bemerkbar gemacht, daß die ausgewaschenen Gazetupfer und Kompressen kein Blut und überhaupt keine Flüssigkeit mehr aufsaugten. Nach mehrmaligem Auswaschen waren sie

damit für die Zwecke des Operationssaales unbrauchbar. Dr. P. Kraus, Vorstand der chemisch-physikalischen Abteilung des Deutschen Forschungsinstitutes für Textilindustrie in Dresden, hatte die Güte, sich mit der Frage zu beschäftigen. Ihre Lösung war überraschend einfach. Wenn nur die blutigen Gazestücke statt in Leitungswasser in Regenwasser oder Kondenswasser ausgewaschen werden, so behalten sie ihre Saugkraft. Auf die Frage: „Wie kann man Binden und Tupfer, die durch mehrmaliges Waschen in Leitungswasser ihre Saugkraft verloren haben, wieder gebrauchsfähig machen?“ erteilte Herr Dr. Kraus die folgende Auskunft, deren Anwendung sich in meiner Klinik gut bewährte. Die gewaschenen Stoffe werden in einem Holz- oder Emailgefäß in kochheißes Wasser gelegt, dem etwas Essig oder Essigsäure zugesetzt wurde. Man läßt einige Stunden stehen; die Flüssigkeit soll dann Lackmuspapier noch deutlich rot färben. Hierauf wäscht man 2mal in Regen- oder Kondenswasser aus und gibt sie in kochheißes Regen- oder Kondenswasser, dem etwas Soda zugesetzt ist, und läßt wieder einige Stunden stehen. Das Wasser soll dann Lackmuspapier noch deutlich blau färben. (Es sind nur sehr geringe Mengen Säuren und Alkali nötig, um diese Reaktionen zu erzielen.) Dann wird mit Regen- oder Kondenswasser ausgewaschen und getrocknet. Der Verlust der Saugkraft bei der üblichen Wäsche in Leitungswasser beruht auf der Bildung von Kalk- und Magnesiaseifen. Durch das erste Bad werden die Erdalkalien gelöst, durch das zweite die Fettsäuren“.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 32.)

**Kurze Mitteilung über einen Ersatz von Gipsmullbinden.**  
 Von Prof. Dr. Carl Helbing. Gewöhnliche Papierkreppbinden, die mit einer ganz dünnen Sterilinlösung imprägniert und dann mit Gipspulver eingestreut sind, erweisen sich auch nach Eintauchen in Wasser als genügend zugfest und schmiegsam, um einen nahezu vollwertigen Ersatz der gewöhnlichen Gipsmullbinde zu geben. Als die am meisten geeignete Papierbinde hat sich die Kreppbinde nach Gocht dazu erwiesen. Wie bei den gewöhnlichen Gipsverbänden empfiehlt sich auch hier der Gebrauch warmen Wassers und ein geringer Alaunzusatz. Die „Sterilingipsbinden“ brauchen längere Zeit, sich mit Wasser vollzusaugen. Man lasse sie also etwa  $\frac{1}{2}$ —1 Minute ruhig im Wasser liegen, ohne sie anzurühren; dann erst drücke man sie, die beiden Enden zuhaltend, ohne starken Druck aus und wickele sie ab, ohne einen übermäßig starken Zug auszuüben. Während des Abwickelns streiche man gleich die abgewickelte Tour auf ihre Unterlage fest an, damit keine Luftschicht sich zwischen den einzelnen Bindentouren an-

sammelt und der Verband nicht nachträglich blättert. Die fertig von der Fabrik gelieferten Sterilingipsbinden sind in Filtrierpapier eingepackt. Es empfiehlt sich, die Durchfeuchtung, damit der Gips nicht staubt, mit dem Filtrierpapier vorzunehmen und erst nach der Durchnässung das Filtrierpapier abzureißen. Der Anfang der Gipsbinde ist von der Fabrik durch eine rote Färbung kenntlich gemacht. Die Ersatzbinden erhärten ebenso schnell wie die gewöhnlichen, da das Erhärten ja nur von der Güte des Gipses abhängig ist. Da, wo man nicht eine sofort gebrauchsfähige Gipsbinde haben muß, also in unseren Heimatlazaretten, ist es zweckmäßiger, die Gipsbinden selbst kurz vor dem Gebrauch herzustellen. Je frischer die Gipsbinde, desto besser wird der Gipsverband. Hat man erst einmal einige Gipsverbände mit den Sterilingipsbinden gemacht, so hat man sich auch schon an das ungewohnte und etwas sprödere Material gewöhnt. Bei Gipsverbänden, bei welchen es darauf ankommt, daß sie ganz exakt dem betreffenden Glied anliegen, also speziell bei orthopädischen Verbänden, empfiehlt es sich, zuerst eine einzige gewöhnliche Gipsbinde als unterste Lage anzulegen. Die Gipspapierbinde hat vor der Gipsmullbinde noch zwei Vorteile, erstens behält sie ihre ursprüngliche Breite auch dann noch, wenn sie sich mit Wasser vollgesaugt hat, während bekanntlich die Mullgipsbinden sich erheblich verschmälern, zweitens ist sie wesentlich billiger. Die Herstellung der Sterilingipsbinden mit und ohne Gips hat die Firma Oskar Skaller, Berlin N 24, Johannisstraße 20/21, übernommen.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 33.)

**Pergamentpapier als Mittel zur Drainage.** Von Dr. Madlener, Chefarzt einer Sanitätskompanie. Ein Mittel, das Verf. schon seit Jahren im Frieden angewendet hat und das ihm bei Hunderten von Kropfoperationen, bei zahlreichen Fällen intra-abdominalen Eiters, bei vielen anderen Eiterhöhlen und Höhlenwunden gute Dienste geleistet hat, gewinnt jetzt, als Ersatz für Gummi- und Gazedrains, erhöhte Bedeutung: das Pergamentpapier, das gerollt oder zusammengefaltet zur Ableitung der Sekrete eingelegt wird. Verf. hat meist das Pergamentpapier allein angewendet, in einer Minderzahl von Fällen, in denen ein Drain mit größerem Querschnitt erwünscht war, auch mit einer Mulleinlage als Zigarettendrain. Das Pergamentpapier ist nicht imbibitionsfähig, reizt chemisch nicht und mechanisch möglichst wenig. Es wird durch die Sekrete weich, übt keinen Druck aus wie das Glasdrain, ja noch weniger als das Gummidrain, das infolge seiner Elastizität bestrebt ist, seine gerade Form beizubehalten. Es verklebt mit der Umgebung nicht, wie die Gaze, und läßt sich ohne jeden

Schmerz entfernen. Es empfiehlt sich, das Pergamentpapier mit den Verbandstoffen in Dampf oder trocken zu sterilisieren. Kocht man es aus, oder entnimmt man es einer antiseptischen Lösung, so ist das Papier zu schlapp und läßt sich nicht so dirigieren wie das steife trockene Papier. Das mit den Verbandstoffen sterilisierte Pergamentpapier wird jedesmal kurz vor Gebrauch in der gewünschten Größe zugeschnitten, zusammengerollt oder zusammengefaltet und eingelegt. Nur um das Drain dicker zu machen und auch nach längerem Liegen in der Wunde etwas starrer zu erhalten, hat Verf. in manchen Fällen einen Gazedocht in das Papier gewickelt — nicht aber um die ableitende Wirkung zu erhöhen. Diesem Zweck könnte auch ein Docht aus Holzstoffgewebe dienen. Wenn man Pergamentpapier ungefähr eine Woche oder länger in einer eiternden Wunde liegen läßt — was praktisch selten der Fall sein dürfte —, wird es in Fetzen aufgelöst.

(M. m. W. 1918 Nr. 30.)

**Tryplavin**-Diaminomethylacridiniumchlorid (Leop. Cassella & Co. in Frankfurt a. M.) ist nach San.-Rat. Dr. Neuschaefer (Steinbrücken) ein sehr wirksames, ungiftiges Antiseptikum. Es ist ein gelber Farbstoff, leicht in Wasser löslich, lichtempfindlich (daher braune Flaschen!), am besten in frischen Lösungen anzuwenden: 1:1000. Gaze, in diese Lösung getaucht und mäßig ausgedrückt, zur Bedeckung frischer und eiternder Wunden zu empfehlen; zur Ausspülung eiternder Wunden und Höhlenwunden: Tryplavin 1:500 + NaCl 50:500. Tryplavin indiziert, wo bisher Jodoformgaze benutzt wurde, also z. B. bei Panaritien und Phlegmonen, nach Amputationen u. dergl. statt Drains, zur Bedeckung von Dammrißnähten. Ferner statt Jodtinktur zur Desinfektion des Operationsfeldes (2 malige Pinselung). Einziger Nachteil: Gelbfärbung der Hände (verschwindet aber rasch wieder).

(M. Kl. 1918 Nr. 34.)

**Rektale Applikation des Mg-Sulfats bei Tetanus** hat Dr. O. Orth (Städt. Krankenhaus Forbach) in 2 Fällen mit Erfolg durchgeführt. Neben 3×20 ccm Antitoxin intravenös je nach Bedarf 2 stündlich 200 ccm einer 3%igen Lösung per klysma. Nach den Einläufen fühlten sich Patienten sehr wohl, die Krampfpausen wurden zur Nahrungsaufnahme benutzt. So gab Verf. 2400 ccm.

(M. Kl. 1918 Nr. 33.)

**Erysipelbehandlung mit intraglutäaler Milchinjektion** (5 ccm 10 Minuten im Wasserbade gekochter Kuhmilch) hat sich in der I. Deutschen med. Klinik in Prag, wie O. Kraus mitteilt,



gut bewährt, besser als Injektionen von Diphtherieserum und Lokalbehandlung. Behandelt wurden schwere Fälle in den ersten Krankheitstagen. (M. Kl. 1918 Nr. 30.)

**Ueber die Behandlung der Hämorrhoiden mit Suprarenininjektionen.** Von Dr. H. Krukenberg (Elberfeld). Die Suprareninlösung (1:1000 parenchymatös eingespritzt) ruft gewöhnlich eine sehr schnelle Schrumpfung der Hämorrhoiden hervor. Zuerst hat Verf. das Mittel nur bei leichten Fällen angewandt und fand, daß Knoten bis zu Haselnußgröße nach einmaliger Einspritzung von  $\frac{1}{2}$  ccm im Verlauf von 8 Tagen vollständig verschwanden. Verf. ist dann zur gleichen Behandlung auch bei großen Hämorrhoidalgeschwülsten übergegangen. Die Einspritzung geschah, wie bei der Lokalanästhesie, unter gleichzeitigem Vorschieben der Nadel in das Gewebe. Nach der Einspritzung tritt eine geringe Anschwellung ein, während die Schmerzen nur gering sind oder gänzlich fehlen. Schon am 2. bis 3. Tage beginnt die Schrumpfung. Es werden nun allmählich die verschiedensten Stellen der Knoten injiziert, bis die Geschwulst vollständig verschwunden ist. Eine pflaumengroße Hämorrhoidalgeschwulst wurde so binnen 3 Wochen gänzlich beseitigt. In einem anderen Falle war von einer kleinapfelgroßen, gelappten Geschwulst mit oberflächlich ulzerierter, prolabierter Schleimhaut nach 15 Injektionen im Verlauf von 7 Wochen nur noch ein Kranz welker Hautfalten zu konstatieren. Nachteilige Folgen hat Verf. von dem Verfahren nie gesehen. Es tritt im Gegensatz zu den Karbolinjektionen keine Verätzung und keine Schorfbildung ein, die Knoten schrumpfen vielmehr und machen ohne Narbenbildung normalem Gewebe Platz. Als Einzeldosis hat Verf. stets  $\frac{1}{2}$  ccm (1:1000) angewandt, nur in einzelnen Fällen hat er im Laufe der Behandlung die Dosis auf 1 ccm erhöht. Auch dann sah er keine Nachteile, möchte aber doch in Rücksicht auf anderweitig beobachtete Suprareninintoxikationen raten, als Einzeldosis  $\frac{1}{2}$  ccm beizubehalten, da diese Dosis zur Erzielung des Erfolges vollständig ausreicht. Die Patienten hüteten meist die ersten Stunden nach der Einspritzung das Bett und wurden auf leichte Diät gesetzt; im übrigen wurden, abgesehen von Sorge für regelmäßigen Stuhlgang, weiter keine Kautelen beobachtet. (M. m. W. 1918 Nr. 31.)

**Zur Behandlung des Mastdarmvorfalles der Kinder.** Von Dr. K. W. E u n i k e (Aus der chirurgischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten in Elberfeld). In den bekannten Lehrbüchern der Kinderheilkunde finden sich wohl alle einfachen Verfahren und eine größere Anzahl der komplizierten angegeben, aber ein

Hinweis auf die Kauterisation fehlt. Und doch leistet gerade diese Methode recht Gutes. R o t t e r gibt sie im Handbuch der praktischen Chirurgie folgendermaßen an: „An erster Stelle ist die Kauterisation der prolabierten Schleimhaut des Anus und event. auch des unteren Rektum zu nennen. Sie wird am besten in der Weise wie beim Abbrennen der Hämorrhoiden ausgeführt. Nur muß beim Prolaps mit der Langenbeckschen Flügelfange — der Größe des Vorfalles entsprechend — meist eine viel längere Falte der Schleimhaut gefaßt und kauterisiert werden. Erscheint nach dem Abbrennen die Blutung nicht vollkommen gestillt, dann nähe ich die Kauterisationslinie fortlaufend mit einem Katgutfaden in der Weise, daß die Nadel durch die beiden Schleimhautränder der abgebrannten Mukosafalte gestochen wird. Es wird damit also eine Art von Umstechung der Gefäße erzielt. Wenn die Nähte relativ eng — etwa 1 cm Entfernung — gelegt werden, dann steht die Blutung sicher vollkommen. In dieser Weise werden 2—4 Schleimhautfalten abgebrannt mit der gleichen Vorsicht wie bei den Hämorrhoiden, daß zwischen den Kauterisationslinien noch ein fingerbreiter Streifen Schleimhaut stehen bleibt. Dann ist man sicher, daß hinterher keine Stenose entsteht. Dieses Verfahren ist ungefährlich und erzielt bei der Behandlung des Prolapsus ani vorzügliche Erfolge, wenn der Sphinkter nicht allzusehr gedehnt und erschlafft ist. In letzterem Falle muß eine Verengung des Anus herbeigeführt werden“. Von Verf. wird die Kauterisation in etwas veränderter Technik ausgeführt. Es wird an 3 Punkten der Schleimhaut an der höchsten Stelle des prolabierten Darmteiles mit Péanklemmen vorsichtig gefaßt, und nun werden 3 Streifen von gleichschenkliger Dreiecksform kauterisiert, wobei die Basis des Dreiecks am Anus gelegen ist und die Péanklemme den Schnittpunkt der gleichen Schenkel darstellt. Diese Dreiecke werden so gelegt, daß ihr Abstand untereinander gleich ist. Es muß auf alle Fälle Rücksicht darauf genommen werden, daß die Kauterisation auch tief genug reicht, d. h. daß wirklich die ganze Schleimhautschicht fortgeglüht wird, damit eine zur Erreichung einer Verengung genügende Narbe geschaffen wird. Irgendeine Komplikation kann bei der Operation kaum eintreten; eine Blutung wie bei Rotters Verfahren entsteht wohl nie. Der Eingriff ist ganz kurzdauernd und läßt sich in kurzer Narkose am vorbereiteten Darm rasch ausführen. Wir sehen wohl, daß der Vorfall noch einige Male nach der Operation sich wieder einstellen kann, um dann aber völlig zu schwinden, was sich daraus erklärt, daß die Verengung des Darmrohres durch Narbenschumpfung erst langsam entsteht. Die Fernresultate der Kauterisation sind sicherlich gute und kann diese Methode nur sehr empfohlen

werden, zumal sie einfach im Verfahren und einfach in der Nachbehandlung ist. Verf. wendete fast stets zuerst die Kauterisation an, wenn bei Regelung der Darmtätigkeit, wie dies oft der Fall ist, der Vorfall nicht verschwand, und griff in den relativ wenigen damit nicht geheilten Fällen zum Thiersch'schen Ring oder, wenn auch er versagte, zu einer komplizierten plastischen Methode oder zur Resektion. Verf. versuchte auch die von Eckerhorn angegebene Operation, da auch sie eine einfache Methode darstellt. Aber auch sie gab nicht die erwarteten Resultate, und es konnten Fälle, die primär nach Eckerhorn behandelt waren und die schließlich, nach anscheinendem Erfolg, doch ein Rezidiv bekamen, mit der Kauterisation völlig geheilt werden.

(M. m. W. 1918 Nr. 34.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Behandlung der Bazillenruhr im Säuglingsalter.** Von Dr. Eberhard Nast (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg i. Els.). Die Säuglingsbehandlung bestand in groben Zügen in folgendem: Die ersten 1—2 Tage manchmal bis 2stündlich 1 Kaffeelöffel Rizinusöl, teilweise einhergehend 1—2 Darmspülungen mit  $\frac{1}{2}\%$  essigsaurer Tonerde. Die ersten Stunden nur Tee, dann aber sofort beginnend mit kleinen Mengen zentrifugierter Frauenmilch und Liebig-Kellerscher Malzsuppe. Gesamtmenge am 1. Tag ca. 200 ccm; dann langsam steigend bis zur Erhaltungsdiät (ca. 70 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht). Bei Besserung der Stühle langsamer Ersatz der zentrifugierten Frauenmilch durch gewöhnliche Frauenmilch. Erst bei normalem Ansatz unter dieser Ernährung Austausch von Malzsuppe gegen Halbmilch und erst zum Schluß völlige Herausnahme der Frauenmilch. Bei älteren Säuglingen wurde dann noch zur gemischten Kost übergegangen. Nur wenn diese Kost gut vertragen wird und gleichzeitig Ansatz besteht, kann von einer geheilten Ruhr gesprochen werden. Dysenterieserum wurde in keinem der Fälle gegeben. An Medikamenten nur in 1 Fall Bolus alba, aber ohne einen raschen Erfolg zu erzielen. Von stärkeren Tenesmen waren die Säuglinge bei dieser Behandlung völlig frei, so daß dagegen keinerlei Medikament notwendig war. Opium und Kalomel hält Verf. nicht nur für überflüssig, sondern direkt für schädlich. Wegen der oft zu Beginn schon einsetzenden Herzschwäche waren öftere Gaben von Koffein und teilweise Kampfer nicht zu umgehen. Das nach dem akuten Stadium oft auftretende Salzsäuredefizit des Magens wurde durch Acid. mur. dil. 3 mal täglich 5—10 Tropfen mit Erfolg bekämpft.

(M. m. W. 1918 Nr. 32.)

**Zur Behandlung chronischer Bronchial- und Lungenkrankheiten im Kindesalter** gibt Prof. Dr. Peiper (Greifswald) folgende Ratschläge: Neben Berücksichtigung der ätiologischen Momente ist, in Hinblick auf die zumeist vorliegende Konstitutionsanomalie, die exsudative Diathese, bei Bronchitis chronica sorgfältigst die Ernährung zu regulieren. Grundsatz: jede Mästung vermeiden, für langsamen Ansatz Sorge tragen! Jenseits des ersten Jahres sei die Ernährung möglichst vegetarisch, mit erheblicher Einschränkung der Kuhmilch; Vermeidung scharf gewürzter und gesalzener Sachen, von fettreichem Fleisch und Eiern. Zu empfehlen 2 mal täglich 10 Minuten Lungengymnastik: der Thorax wird mit beiden Händen von hinten und vorn so fest umfaßt, daß man bei der Ausatmung den Thorax gewissermaßen auszupressen versucht. Auch bei den Mundatmern empfehlen sich Atmungsübungen (täglich 3 mal 10 Minuten): Bei geschlossenem Munde, unter Seit- und Aufwärtsheben der Arme wird inspiriert und unter Senken der Arme expiriert. Bei adenoiden Prozessen Trinkenlassen von Weilbacher Schwefelwasser (vor und nach dem Aufstehen je 10 Eßlöffel) 6—8 Wochen. Ausgezeichnet wirkt oft Luftwechsel (Ost- oder Nordsee oder Mittelgebirge). Medikamentös werden bestimmte Symptome bekämpft: Bei trockenem Husten Narkotika oder lösende Mittel (warme Packungen!), bei Hustenreiz Sirolin und Kreosotal (3—5 g in Ol. jecor.), bei reichlicher Sekretion Eukalyptus und Terpentinöl (5 : 10) zum Verdunsten, bei asthmatischer Bronchitis Jodnatrium (soviel Gramm, wie das Kind Jahre zählt, auf 100 g Wasser, davon 3 Tage hindurch 3 mal 10 ccm in Milch). — Bei chronischer Pneumonie (nach Masern, Keuchhusten, Scharlach, Pleuritis, Bronchitis chronica usw.) Bettruhe, solange Infiltration nachweisbar. Bei günstiger Witterung Liegekuren im Freien. Später See, Gebirge, Kuren in Ems, Salzbrunn, Wiesbaden usw. Wöchentlich 2—3 warme Bäder zu 33—35 °C mit kurzer lauwarmer Übergießung, nachher Trockenpackung. Auch Brustpackungen (20 °C, bei kräftigen Kindern 10—12 °) 2 Stunden lang, dann Frottierung. — Bei Bronchiektasien mit reichlichem und fötidem Auswurf Inhalationen (Ol. Terebinth. rein oder mit Eukalyptusöl 10 : 5, Ol. pin. pum., Aq. Picis, 3% iger Borsäurelösung. Innerlich:

Rp. Terpin. hydrat. . . . .	1,0—2,0
Spirit. dilut. . . . .	10,0
Aq. dest. ad . . . . .	120,0

D. S. 3 mal täglich 10 ccm  
oder Kreosotal (3 mal täglich 3—5—10 Tropfen in Milch) oder Thiocol in Lösung mit Sirup oder als Sirolintabletten.

(Zschr. f. ärztl. Fortb. 1918 Nr. 13.)

Bei 5 Fällen von **Chorea infantum** bewährte sich **Luce** und **Teigl** (Hamburg) **Luminal**. 4mal wurde es zu 4mal 0,05 gegeben.

Insgesamt wurden verabreicht in 27 Tagen 5,1 g

„ 34 „ 5,1 g

„ 9 „ 7,0 g

„ 86 „ 17,7 g

„ 40 „ 8,0 g

Bei Tage trat die hypnotische Wirkung fast ganz in den Hintergrund; nur in dem einen schweren Falle, wo ein 12jähriges Mädchen die heroische Dosis von 4mal täglich 0,2 erhielt, trat tiefer Schlafzustand ein. Toxisch wirkte **Luminal** nicht. Aber in 3 Fällen beobachtete Verf. ausgedehnte Scharlach-Masern-Exantheme, die ganz akut, 2mal mit höherem Fieber, meist am Gesicht und Halse, einsetzten, sich dann binnen 1—2 Tagen ausbreiteten und 4—7 Tage andauerten.

(Ther. Mh. 1918 Nr. 7.)

**Die intravenöse Anwendung von Kalziumchlorid (CaCl<sub>2</sub>) gegen die nervöse Tachykardie.** Von Dr. Felix Turan (Mitteilung aus der Spezialheilanstalt des Königlich Ungarischen Landeskriegsfürsorgeamtes in Rózsahegy).

1. Die langsam applizierte intravenöse Injektion von 1 g reinem CaCl<sub>2</sub> (20 ccm einer 5%igen Lösung) ist ein schmerzloser und anscheinend gefahrloser Eingriff.

2. Das Mittel vermindert bei nervöser Tachykardie innerhalb kurzer Zeit die Pulszahl um 25—50 Schläge in der Minute, auf Tage, manchmal auf Wochen; es stärkt gleichzeitig die Herz-tätigkeit, verbessert die Pulsqualität, erhöht den niedrigen Blutdruck und mildert oder beseitigt die subjektiven Beschwerden der Kranken.

(M. Kl. 1918 Nr. 32.)

Seine Erfahrungen mit dem neuen Narkotikum „**Eukodal**“ teilt San.-Rat Dr. Heinz Wohlgemuth mit. Seit 2 Jahren hat er das Chlorhydrat des Dihydroxykodeinons in ausgedehntem Maße in Anwendung gebracht und kann das Urteil über das Präparat gleich dahin zusammenfassen, daß das **Eukodal** nach jeder Richtung hin eine außerordentlich wertvolle Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel darstellt. Es hat sich fast ausnahmslos als schmerzstillendes, in größeren Gaben narkotisierendes, Krampfzustände bei Koliken milderndes beziehungsweise vollkommen aufhebendes Mittel bewährt, den Hustenreiz wohlthuend herabgesetzt und ebenso ruhigen Schlaf erzeugt. Diese Wirkungen allein würden vielleicht nicht genügen, nach einem neuen Narkotikum zu suchen, da wir ja in dem Codein und in den verschiedenen Opiumpräparaten

sicherwirkende Mittel besitzen, wenn nicht dem Eukodal besondere Vorzüge vor den genannten innewohnen. Diese besonderen Vorzüge sind darin zu finden, daß die schmerzstillende Wirkung nach der subkutanen Einverleibung sehr schnell eintritt, auch bei verhältnismäßig geringen Dosen, und daß das Präparat im allgemeinen frei von üblen Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Schwindel, Benommenheit, Kopfschmerz usw. ist. Im allgemeinen, das will sagen, wenn man die Dosis nicht zu groß nimmt. Als Verf. im Anfang seiner Versuche als Vorbereitung zur Narkose und Operation am Abend vorher 0,02 Eukodal einspritzen ließ, am nächsten Morgen  $\frac{1}{2}$  Stunde vor der Narkose nochmals 0,02, erlebte er in einigen Fällen bedrohlich aussehende Kollapserscheinungen. Seitdem er die Gabe verringerte, abends eine Tablette zu 0,005 innerlich,  $\frac{1}{2}$  Stunde vor der Operation 0,02 subkutan, blieben diese Intoxikationserscheinungen aus. Verf. kann die Erfahrung bestätigen, daß nach vorheriger Eukodalgabe an Inhalationsnarkotikum sehr gespart werden kann, so daß nachträgliches Erbrechen selten aufgetreten ist. Ebenso hat Verf. nur in sehr wenigen Fällen nach vorheriger Eukodalgabe während der Narkose eine größere Exzitation gesehen. Das Eukodal ist somit als Vorbereitungsgabe zur Allgemeinnarkose dem Morphin, Morphin-Atropin und dem Pantopon zum mindesten gleichwertig. Als schmerzstillendes Mittel wirkt es in allen Fällen prompt. Die dem Morphin eigentümlichen unangenehmen Neben- und Nachwirkungen fallen aber beim Eukodal fort. In vielen Fällen konnte Verf. zweifelsfrei feststellen, daß es dem Morphin in der schmerzstillenden Wirkung überlegen war. So konnte er in einigen Fällen von diabetischer und arteriosklerotischer Gangrän, die bekanntlich exorbitante Schmerzen macht, weder durch 0,02 Morphin noch durch 0,04 Pantopon, Glykupon oder durch Trivalin eine ähnlich schnelle schmerzbefreiende Wirkung und eine ähnlich lange schmerzfreie Periode erzielen wie nach subkutaner Gabe von 0,02 Eukodal. Besonders augenfällig war auch diese gute Wirkung des Eukodals bei den Verwundeten, die in den Durchgangslazaretten bereits so viele und so große Gaben Morphin bekommen hatten, daß eine Einspritzung von 0,02 Morphin ihnen nur auf ganz kurze Dauer Ruhe verschaffte. Hier hält Verf. das Präparat für ganz besonders angebracht, dem drohenden Morphinismus vorzubeugen und die schweren Schädigungen des monatelangen Morphingebrauchs abzuwenden. Wie die größeren Gaben von Eukodal zugleich mit der Aufhebung des Schmerzes auch guten und meist langdauernden, ruhigen Schlaf erzeugten, so haben sich schon kleinere Dosen, die Verf. zu 0,01 oder 0,005 in Tabletten gab, bei unruhigen, nervösen Kranken als schlafbringend gut bewährt. Der Schlaf

war nicht narkotisch wie nach Morphium, die Kranken wachten leicht auf, um aber bald wieder einzuschlafen. Während in vielen Fällen nach Morphium, Veronal usw. bekanntlich am nächsten Tage noch häufig Druck im Kopfe mit mehr oder weniger Benommenheit vorkommt, während Verf. bei Kranken nach 0,3—0,6 des jetzigen Veronalersatzpräparats körperliche Unruhe, Hin- und Herwerfen bei ziemlich starker Benommenheit, am folgenden Vormittage noch Abgeschlagenheit sah, war der Schlaf nach 0,01 Eukodal gut und der Kopf am nächsten Tage frei. Bei neuralgischen und neuralgiformen Schmerzen nach Schußverletzungen der Nerven, Amputationen, Nervenoperationen, Trigeminusneuralgien hat Eukodal jedesmal eine gute Wirkung gehabt. Besonders auffällig war die hustenreizstillende Wirkung des Präparats bei Kranken mit Pleuritis, Bronchitis usw. 3—4 mal täglich eine Tablette zu 0,005 hat hier stets guten Erfolg gehabt. Kranke mit schwereren Erscheinungen haben regelmäßig am Abend 2—3 Tabletten zu 0,005 erhalten und dann eine verhältnismäßig sehr gute Nacht gehabt. Die äußerlich erkennbaren Wirkungen des Eukodals machen sich 5—10 Minuten nach der Einspritzung geltend: Die Pupillen werden enger, der Puls geringfügig langsamer, der Blutdruck sinkt herab, die Atmung wird verlangsamt, der Kranke macht einen ermüdeten Eindruck. Er gibt auf Befragen an, daß er müde sei, Schmerzen habe er noch, aber sie hätten nachgelassen, dann schließt er wieder die Augen. Eine Gewöhnung an das Präparat hat Verf. nicht beobachtet. (Ther. d. Gegenwart 1918 Nr. 8.)

**Ueber Harnstoff als Diuretikum.** Von Dr. Josef Feilchenfeld (Aus dem Jüdischen Krankenhause in Berlin). Die mitgeteilten Beobachtungen zeigen, daß der Harnstoff als Diuretikum häufiger angewendet zu werden verdient, als es bisher üblich war. Die in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen zeigen ferner, daß es nicht nur angängig, sondern direkt zweckmäßig ist, größere Dosen zu geben, als man früher gewohnt war. Verf. selbst möchte Dosen von 4—5 mal täglich 20 g empfehlen und die Verabreichung in der doppelten Flüssigkeitsmenge (Wasser, Tee oder Kaffee) nach dem Essen als zweckmäßig anraten. Als Anwendungsgebiet kommen alle Formen von Hydrops bzw. Höhlenergüsse in Frage, sofern nicht eine ausgesprochene Niereninsuffizienz höheren Grades vorliegt. Die Beobachtung von Volhard wie auch die des Verfs. hat gezeigt, daß wir bei dem oft besonders schwer zu bekämpfenden Hydrops bei typischen Nephrosen in dem Harnstoff sogar ein besonders brauchbares Mittel zur Verfügung haben. Aber auch bei den hydropischen Fällen von Nierensklerose hat Verf. schöne Erfolge beobachtet. Trotzdem möchte er vorerst noch nicht den

Satz aussprechen, daß die hier genannten großen Harnstoffmengen bei jedweder Form von Hydrops Nierenkranker angezeigt sind. Denn Verf. hält es immerhin für möglich, daß bei ausgeprägter Niereninsuffizienz große Dosen von Harnstoffschädlich wirken können.  
(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 8.)

**Clauden bei Blasenblutungen.** Von Dr. Weinberg (Hautarzt in Dortmund). In einem Fall von starker Blasenblutung, der durch eine Neubildung veranlaßt wurde und in dem schon die gebräuchlichsten äußeren und inneren Hämostatika vergeblich verwandt waren, versuchte Verf. es zu guter Letzt noch mit Fischls Clauden. Zu dem in einem Glasröhrchen enthaltenen Clauden (0,5) setzte er 10 g abgekochtes Wasser und spritzte dann das Medikament mittels eines nicht zu dünnen Katheters, da sich das Clauden nicht völlig auflöst, sondern einen dicken Satz bildet, in die Blase. Als Verf. den Patienten tags darauf wiedersah, war das Blut aus dem Urin fast ganz geschwunden. Eine nochmalige Einspritzung machte den Harn völlig blutfrei. Dabei zeigt das Clauden keine Aetzwirkung, und auch über sonstige üble Nebenwirkungen wurde nicht geklagt. Wenn man in Betracht zieht, wie beunruhigend für Arzt und Patient die Erscheinungen einer schweren Blasenblutung sind und wie machtlos der Arzt oft einer solchen gegenübersteht, so ist jedes neue Mittel, das uns eine Waffe zur Bekämpfung derartiger Blutungen liefert, nur mit Freuden zu begrüßen.  
(D. m. W. 1918 Nr. 30.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Einfache Dermatosenbehandlung im Felde.** Von Dr. Dobihal (Cetinje). Bei Impetigo bewährten sich sehr Umschläge (2 mal täglich) mit Kal. permang. ( $\frac{1}{4}\%$ ), ohne vorherige Entfernung der Krusten appliziert. Diese fielen meist nach 2—3 Tagen ab, im Verlauf von längstens 10—14 Tagen vollständige Heilung. Bei Impetigo, besonders aber bei Furunkulose, wurden auch vorzügliche Resultate mit der Aschnerschen Formalinbehandlung erzielt: täglich 1 malige Pinselung mit 10% iger Lösung. Zur raschen Epithelisierung von Wundflächen, traumatischen, namentlich Brandwunden (und auch Ulcera cruris), wurde sehr erfolgreich folgende Salbe verwandt:

Rp. Alum. crud. 1,0  
Acid. boric. 3,0  
Bals. perur.  
Bismuth. subnitr.  
Amyl. aa 15,0  
Vaselin. ad 100,0 (Mil.-Arzt 1918 Nr. 4.)



**Trockenbehandlung der Bartflechte** bringt nach Dr. W. Zeuner (Berlin) baldige Heilung. Es darf nichts Feuchtes an die affizierten Stellen (also auch keine Salben, Pasten usw.). Reinigung nur trocken (mit Seidenpapier, Mull und dgl.), außerdem Einstreuen von Pulvern (am besten Noviform) früh (nur dünne Schicht) und abends (etwas dicker), Rasieren nur selten und oberflächlich.

(Allg. m. Ztg. 1918 Nr. 32.)

**Ueber intravenöse Kollargolinjektionen bei weiblicher Gonorrhoe** hat Stümpke (Hannover) Erfahrungen gesammelt, die nicht so günstig lauten wie diejenigen Menzis. In frischen Fällen, besonders bei Harnröhrenerkrankungen, waren ja die Erfolge gute, aber Uterusgonorrhöen und Adnexaffektionen reagierten nicht immer auf diese Behandlung, bei der auch bisweilen hohes Fieber und heftige Kopfschmerzen in die Erscheinung traten.

(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 7.)

**Zur Behandlung geschlechtskranker Frauen in einem Frauen-Lazarett.** Von Oberstabsarzt Silberstein. Verf. hat die früher geübte Behandlung mit Ichthyol-Glyzerin-Tampons auf die Fälle beschränkt, wo Schwangerschaft oder Periparametritis (Exsudat) die Behandlung mit Sonden ausschloß. Bei Urethra-Gonorrhoe wurden 2—3 mal täglich Stifte in die Harnröhre eingeführt. Die Herstellung der Stifte geschah in der Weise, daß 5 g Protargol (Arg. protein.) mit 50 g Milchzucker unter Zusatz von einigen Tropfen einer Gummiarabikumlösung zu einer Masse geknetet und daraus Stifte von 5—6 cm Länge und 4—5 mm Dicke gerollt werden. Den nicht mehr vorhandenen Milchzucker hat Verf. durch ein Nährpulver (Phosphatine) und Gummiarabikum durch Dextrin ersetzt. Die Stifte wurden vor Einführung in die Urethra in 10% ige Protargol-Glyzerinlösung getaucht. Anstatt der bisher üblichen Zervixätzungen im Zwischenraum von 3 bis 5 Tagen hat Verf. die täglichen intrauterinen Behandlungen mit watteumwickelten Sonden (Uterus-Sonde oben gekerbt) eingeführt, die mit folgender Flüssigkeit getränkt wurden:

Tetr. Jodi	50,00
Arg. protein. (Protargol)	
Ichthyol	aa 25,00
Glyzerin	200,00

Betrachtet man genau den Vermerk über die Lage des Uterus, so geht die Einführung der mit dieser glyzerinhaltigen Flüssigkeit getränkten Sonde glatt vonstatten, selbst ein rigider innerer Muttermund wird mit Leichtigkeit von geübter Hand überwunden. Unter keinen Umständen jedoch darf mit Gewalt gearbeitet werden, und besondere Vorsicht ist bei stillenden Frauen geboten, da hier

der Uterus weich und die Uterushöhle groß ist. Ferner ist auch bei *Retroflexio uteri fixata* zu beachten, daß die Sonde hinten nicht zu hart aufstößt, da man Gefahr läuft, den Uterus zu verletzen. Bei reiner Gonorrhoe der Urethra läßt Verf. Scheidenausspülungen nicht machen. Die Scheide selbst ist in den seltensten Fällen Sitz der Gonorrhoe. Findet sich in der Scheide starker Ausfluß, so stammt er meist aus Zervix bzw. Uterus (Erosion). Um das Sekret zu beseitigen und so die Lokalbehandlung sauberer zu gestalten, läßt Verf. Scheidenausspülungen mit schwachen Kal. hypermangan.-Lösungen und bei stark virulentem Ausfluß mit Chlorzinklösungen machen. Im Durchschnitt der Fälle beginnt er nach ca. 2—2 $\frac{1}{2}$  Monaten Behandlung Präparate zu entnehmen, und zwar 2 mal wöchentlich nach behandlungsfreien Tagen. Sind die ersten 3—5 Präparate negativ, dann wird, wenn klinische Erscheinungen fehlen, jede Behandlung unterlassen. Im allgemeinen findet Entlassung statt, wenn 10 Zervix- und 10 Urethrapräparate negativ gefunden werden. Sind jedoch klinische Erscheinungen (Erosion, Schleimpfropf an der Zervix), die Verdacht erregen, noch vorhanden, dann wird die Behandlung, selbst wenn 10 Präparate negativ sind, fortgesetzt und werden noch weitere Präparate entnommen. In solchen Fällen ist es vorgekommen, daß manchmal erst das 13. Präparat sich wieder positiv zeigte. Bei Nulliparae mit engem äußeren Muttermund tritt übrigens das Sekret aus der Zervix häufig erst dann in Erscheinung; wenn man mit dem Spiegel einen Druck auf die Zervix ausübt oder die Behandlungssonde einzuführen beginnt. Es sind dies nur vereinzelte Fälle mit enger Passage der Zervix, wo das Sekret sich staut, die Sondenbehandlung erschwert ist, und die auch dieser Behandlung so lange trotzen, als es nicht gelingt, die Passage freier zu machen. Bei chronischer Gonorrhoe, bei Endometritis chronica und in allen Fällen mit sehr ergiebigem Ausfluß aus der Gebärmutter dreht Verf. die Sonde und nachher noch eine zweite nach allen Richtungen in der Gebärmutter und macht, wie bei Auskratzung, gleichsam schabende Bewegungen, um die Schleimhaut in allen Teilen um so inniger mit der Aetzflüssigkeit in Berührung zu bringen. (Ther. Mh. 1915 Nr. 8.)

**Erfahrungen mit Cheleval.** Von Dr. H. Hoffstetter (Reservelazarett Vallendar). Das Präparat zeigte sich den bisherigen nicht überlegen. Als reizloses, leicht lösliches, neben seiner zelllösenden und sekreteinschränkenden auch gonokokkentötende Wirksamkeit besitzendes Antigonorrhöikum ist es immerhin als Bereicherung des Arzneischatzes anzusprechen.

(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 7.)

**Ueber die Anwendung von Glycomecon.** Von Dr. T. Schergoff (Klinik von Prof. Nagel in Berlin). Die von den „Temmler-Werken“ hergestellten Opiumpräparate „Glycopon“ und „Landopan“ wurden von denselben zu dem „Glycomecon“ vereinigt, das ausgezeichnete Wirkung zeigte. Verf. hat das „Glycomecon“ in der geburts-hilflichen, aber hauptsächlich in der operativ-gynäkologischen Praxis als schlafmachendes und schmerzstillendes Mittel angewandt und hat dabei stets einen sehr guten Erfolg erzielt. Ausreichende therapeutische Dosen bewirken eine Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit sowie der Reizempfindlichkeit überhaupt, worauf ein meist ruhiger Schlaf erfolgt. Die Atmung und das Herz werden nicht beeinträchtigt, es treten keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen auf, auch scheint die Gefahr der Gewöhnung nur sehr gering zu sein. Das „Glycomecon“ kommt als Lösung sowohl zum innerlichen Gebrauch als auch zur subkutanen Injektion zur Anwendung. Bei den Injektionen wurden keinerlei lokale Reizerscheinungen oder Infiltrate beobachtet. Die Patientinnen erhielten das „Glycomecon“ nach den Operationen, dabei trat die Schmerzlinderung in kürzester Zeit ein, worauf sich ein ruhiger Schlaf bis 8 Stunden Dauer einstellte. Dosis: 1 ccm subkutan.

### Verschiedenes.

**Aus der Praxis.** Herr San.-Rat Dr. C. Goldmann (Breslau) schreibt uns: „Folgende Beobachtung, die ich kürzlich machte halte ich des allgemeinen Interesses der ärztlichen Kreise für wert: Ich bestellte eine sogen. Rekordspritze. Als ich dieselbe, zur Reinigung zunächst mit kalter, 30% iger alkoholischer Lösung füllte, fiel mir auf, daß sie irgendwo nicht genau gearbeitet war. Bei nochmaligem Aufziehen löste sich das Rätsel: der obere Ansatz, auf welchem die Kanüle aufgesetzt wird, ging aus dem Glaszylinder heraus. Die sehr renommierte Firma, von der ich die Spritze bezogen hatte, erklärte sich sofort zum Umtausch bereit. Dort wurde mir gesagt, dies liege am Lötmaterial, das jetzt, Ende des 4. Kriegsjahrs, nicht mehr zuverlässig sei. Kurz darnach hatte ich viel größeres Pech auf ähnlicher Basis. Ich wollte eine Koffein-Injektion machen und benutzte eine Stahlkanüle, die ich zum Anschärfen und m. W. auch zum Löten derselben Firma gegeben hatte. Nach dem Einstich unter die Haut hielt ich plötzlich die gefüllte Rekordspritze in der Hand, die Kanüle, die in die Haut subkutan eingestochen war und 2 $\frac{1}{2}$  cm Länge besitzt, hatte nur noch eine Länge von 4 mm und war mir so mitsamt der Spritze in der Hand geblieben. Ich nahm also an, daß die 2 cm abgebrochen wären. Als ich nun

den Kanülenansatz von der gefüllten Rekordspritze abnahm, verschwand auch der Kanülenrest. Ich konnte mir zunächst den Zusammenhang nicht erklären, zumal auch ein Bruchgeräusch nicht zu hören gewesen war. Da entdeckte ich plötzlich die ganze Stahlnadel der Kanüle im — Innern der gefüllten Spritze. Offenbar war also die Nadel auf den Druck nach innen in den Zylinder ausgewichen. Ursache war, wie ich mich überzeugte, wiederum die Lötstelle am Ansatz der Kanüle. Bei ängstlichen Kranken und auch beim Arzt können solche Vorkommnisse natürlich Aufregung erzeugen, sofort das Röntgen bedingen und, wenn durch Zufall die Nadel im Zylinder nicht entdeckt wird, die Quelle längerer Beunruhigung darstellen. Also sei man mit Anlöten gebrauchter Kanülen zurückhaltend und kaufe lieber neues Material. Das schützt einen beim Besorgen einer neuen Rekordspritze allerdings nicht vor einem Reinfall“.

**Eine einfache Methode, unbeweglich gewordene Injektions-spritzen wieder beweglich und undurchgängig gewordene Kanülen wieder durchgängig zu machen.** Von Dr. Siegfried Wolff (Leitender Arzt der Städtischen Säuglingsfürsorge und der Säuglings- und Kleinkinderklinik in Gnesen). Einem jeden beschäftigten Arzte, der nicht eine Menge Assistenz zur Verfügung hat, auch vielfach trotz reichlicher Hilfe in Krankenhäusern begegnet es häufig, daß nach einer Venenpunktion Spritze und Kanüle liegen bleiben, ohne rechtzeitig durchgespritzt zu werden. Oder es wird zum Durchspritzen statt Wasser Alkohol genommen; in beiden Fällen ist das Resultat eine Gerinnung des Blutes. Dann sitzt der Kolben fest in der Spritze und kann nur mit Mühe oder gar nicht mehr in Gang gebracht werden, und gelingt es, dann ist oft das Glas entzwei. Die Kanüle wird gleichfalls undurchgängig, und damit ist sie unbrauchbar. Auch nach anderen Punktionen (Pleurapunktion, Aszitespunktion) kommt das häufig vor, und recht viele Nadeln zur Lumbalpunktion sind schon deshalb unbrauchbar geworden, weil man es vergaß oder nicht in der Lage war, sie gleich nach der Punktion zu reinigen und in ganz trockenem Zustande zu verwahren. Nun lehrt die Chemie bei den Laugenvergiftungen: „Die Laugen koagulieren das Eiweiß und lösen das Koagulum. Es gibt daher keine feste Mortifikation, sondern der Aetzschorf ist glasig, gequollen“. Und deshalb sind ja auch die Störungen bei der Laugenvergiftung schwerer und die etwaigen Narben viel, viel größer, weil die Lauge die eben gebildeten Eiweißkoagula löst und sich dadurch immer weiter verbreitet, weil durch die gelösten Teile hindurch immer neue Angriffspunkte für die Lauge gewonnen werden (ganz im Gegensatz zur Säure-

vergiftung, wo die erste Gerinnungsschicht beinahe schon einen Schutz für die darunterliegenden Teile bildet). Diese Ueberlegung führte Verf. dazu, eine Rekordspritze, auch Lüerspritzen mit völlig unbeweglichem Kolben, ebenso undurchgängig gewordene Kanülen und Lumbalpunktionsnadeln einfach in konzentrierte Natron- oder Kalilauge zu legen; und jedesmal, bald nach kürzerer, bald nach längerer Zeit, wurde die Kanüle oder Nadel durchgängig, die Spritze wieder brauchbar. Die Lauge löst eben von oben an ganz allmählich die geronnene Eiweißschicht. Gut ist es, öfter umzuschütteln oder, besonders bei Kanülen, sie hin und wieder abzuspülen, damit immer wieder frische Lauge an die Koagula herankommt. Oft schon nach wenigen Stunden kann man den Mandrin wieder in die Kanüle einführen und damit die gelösten Koagula hinausstoßen oder mit der angesetzten Spritze ausspritzen. Bis Spritzen brauchbar werden, dauert es natürlich etwas länger.

(D. m. W. 1918 Nr. 16.)

**Knochenextrakt als Fleischextraktersatz.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. v. Noorden. Dr. Engelhardts Ossosan, ein gut haltbares Präparat, hat einen sehr schwachen Geruch, an Fleischextrakt erinnernd; keinerlei Leimgeruch. Der Geschmack ist, wenn das Präparat in gleicher Art wie Liebig-Extrakt zum Würzen von Suppen und Tunken verwendet wird, dem des Fleischextrakts sehr ähnlich, aber nicht völlig übereinstimmend. Seine Würzkraft ist bedeutend. Er prägt den Suppen usw. den Charakter der Fleischbrühe auf. Vom Ossosan werden etwa 20 g das Maximum sein, was der einzelne in Suppen, Breien, Tunken usw. am Tage aufnimmt, 10 g werden von jedem, der den würzigen Wohlgeschmack kennen gelernt, gewöhnlich genommen. Darin sind 5,1 g N-Substanz (als Eiweiß berechnet). Das ist eine Menge, die unter normalen Ernährungsverhältnissen des Gesunden keine quantitativ beachtenswerte Rolle spielt, und der Eiweißzufuhr wegen wird in solchen Zeiten zum Ossosan wohl ebensowenig gegriffen werden wie zum Fleischextrakt. Heute sind aber Protein-Bausteine, die 5—10 g Eiweiß entsprechen (in 10—20 g Ossosan), eine beachtenswerte Menge, und so kann man für die jetzige eiweißarme Kost das Ossosan nicht nur als willkommene Würze, sondern auch als wertvollen Ersatz für andere Eiweißträger ansprechen. In Zukunft werden wohl die anregende Wirkung und die Würzkraft, die das Ossosan mit dem Fleischextrakt gemein hat, ihm als hauptsächliche Empfehlung in der Kost des Gesunden dienen. Dem Schwächlichen und Schlechternährten können aber auch später seine Stickstoffverbindungen den gleichen Vorteil bringen wie Albumose-, Pepton- und ähnliche Präparate (z. B. Somatose,

Riba, Fortose, Nährstoff Heyden usw.). Die Bekömmlichkeit steht außer Frage. Sehr wesentlich ist, daß das Präparat zu billigen Preisen geliefert werden kann, ein Topf mit 170 g Inhalt zu 1,70 Mk., während ein gleich großer Topf Liebig-Extrakt in Friedenszeiten 2,75 Mk. kostete.  
(Ther. Mh. 1918 Nr. 5.)

**Erfahrung über die Haltbarkeit des Albargins.** Von Dr. L. Seyberth (Berlin). Als Verf. im Sommer 1913 nach Japan ging, nahm er einige Röhrchen der üblichen Albargintabletten zu 0,02 g mit. Die Röhrchen wurden nicht besonders verwahrt, sondern lagen den ganzen Sommer über bei täglich 35° im Schatten in einer Holzschieblade. Einige davon, die Verf. nicht verwendet hatte, nahm er 1914 wieder mit nach Deutschland. Die Reise ging über Nordamerika, also wieder über See. Der Rest dieser Tabletten, den er noch jetzt in Benutzung hat, gibt mit destilliertem Wasser auch heute noch, nach 5 Jahren, vollständig klare und wirksame Lösungen. Die besondere Tropenpackung des Albargins scheint nicht so haltbar zu sein wie die Tabletten in Röhrchen, denn Verf. bekam aus Apotheken in den Tropen öfter zersetzte Lösungen. Die Lösungen aus den Tabletten hielten sich im dunklen Glase auch in der größten Hitze über 8 Tage klar und wirksam. Ein Hinweis für die, die eines besonders haltbaren Silberpräparates benötigen.  
(M. Kl. 1918 Nr. 21.)

### Neue Bücher.

**Inseldrilling.** Von Ludwig Finckh. Verlag von Strecker & Schröder, Stuttgart. Preis: geh. 1,30 Mk., gebd. 2,80 Mk. Wir haben unseres Kollegen, des Dichters des „Rosendoktors“, von „Rapunzel“, „Der Bodenseher“, „Mutter Erde“ usw., in unseren Blättern schon häufig gedacht und können auch an seiner neuesten Schöpfung nicht, ohne sie hier anzuzeigen, vorübergehen — um so mehr, als sie „Den deutschen Aerzten“ gewidmet ist. Eine Sammlung von 9 kleinen Skizzen voll poetischer Kraft und Frische, liebenswürdige Plaudereien über des Dichters Häuschen, über seine Familiensorgen und -freuden, über den Bodensee, über dies und das. Das Büchlein: ein schönes Geschenk für Aerzte, die sich in diesen Zeiten eine ruhige Stunde angenehm unterhalten und des Weltenschreckens vergessen wollen.

**Repetitorium der Arzneiverordnungslehre.** Von A. Schwarz. 3. vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig, J. A. Barth. Preis: 6 Mk. Das Büchlein, zu den bekannten „Breitensteins Repetitorien“ gehörend, gibt die Arzneimittel in alphabetischer Reihenfolge an

mit kurzer Erwähnung alles dessen, was der Arzt wissen muß, und unter Angabe geeigneter Rezeptformeln. Ein Hilfsbuch, dessen sich besonders der jüngere Arzt immer wieder gern bedienen wird.

**Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** Von J. Schwalbe. Leipzig, G. Thieme. Auch das vorliegende 5. Heft dieses hervorragenden und für den Praktiker ungemein wertvollen Werkes liefert den Beweis, daß der Herausgeber es verstanden hat, für die einzelnen Themata die besten Referenten zu berufen: A. v. Korányi hat die Krankheiten der Harnorgane, P. Fürbringer Impotenz und krankhafte Samenverluste in mustergültiger Weise besprochen, beide sich stützend auf reiche Erfahrungen, die sie befähigen, ein kompetentes Urteil über die genannten Gebiete zu liefern und den Kollegen wertvolle Winke zu geben. Diese werden aus der Lektüre auch dieses Heftes großen Nutzen ziehen.

Ferner gingen der Redaktion zu (Besprechung vorbehalten):

H. Schneider, Kriegs-Wochenhilfe. Selbstverlag, Straßburg. 6 Mk.  
Hijmans van den Bergh, Der Gallenfarbstoff im Blute.

Leipzig, J. A. Barth. 5 Mk.

Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig, J. A. Barth.  
Nr. 741/42: B. S. Schultze, Ueber den Scheintod Neugeborener und über Wiederbelebung scheinot geborener Kinder. Nr. 743/44: E. Melchior, Zur Lehre von der ruhenden Infektion, mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie.

Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters. Jena, G. Fischer. Bd. I H. 5: K. Singer, Die Schreck-Neurosen des Kindesalters. Bd. I H. 6: E. Stier, Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters.

Arbeiten einer vom Aerztlichen Verein München eingesetzten Kommission: Zur Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. München, J. F. Lehmann.

S. Hens, Phantasieprüfung mit formlosen Kleksen. Zürich, Speidel & Wurzel.

E. Hanhart, Ueber die amtliche Totenschau. Ebenda.

O. Rothenhäusler, Bewußtlos aufgefunden. Ebenda.

A. Maeder, Heilung und Entwicklung im Seelenleben. Zürich, Rascher & Co.

A. L. Vischer, Die Stacheldraht-Krankheit. Ebenda.

Drei Vorträge: Die Krebskrankheit. Ebenda.

**L. Brauer, Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten.**  
 Würzburg, Curt Kabitzsch. Bd. 6 H. 3 und 4. Inhalt:  
 „Kritisches über Gasbazillen-Infektionen“, von Bingold;  
 „Bedeutung der Duodenalsondierung für die Feststellung von  
 Bazillenträgern und für die Bewertung von Heilverfahren  
 bei Bazillenträgern“, von Küster und von Holtum; „Klinische,  
 experimentelle und pathologisch-anatomische Mitteilungen  
 über Icterus infectiosus“, von Rihm, Fränkel und Busch;  
 „Klinische Beobachtungen über Rückfallfieber mit besonderer  
 Berücksichtigung der Neosalvarsanbehandlung“, von Koch  
 und v. Lippmann; „Beiträge zur Kenntnis des Rückfall-  
 fiebers“, von Sachs; „Einige Beobachtungen bei der Grippe“,  
 von Kimmelerle.

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 1. Diagnostisches S. 3. Krankheitsbilder S. 8. Kasuisti-  
 sches S. 10. Therapeutisches S. 13. Verschiedenes S. 27. Neue Bücher S. 30.

## Sachregister.

Albargin, Haltbarkeit 30.  
 Bartflechte, Trockenbehandlung 25.  
 Blasenblutungen, Clauden bei 24.  
 Bronchialerkrankungen im Kindesalter, Be-  
 handlung chronischer 20.  
 Choleval bei Gonorrhoe 28.  
 Chorea infantum, Behandlung 21.  
 Clauden bei Blasenblutungen 24.  
 Colica nephritica 9.  
 Dermatosen, Behandlung im Felde 24.  
 Dysenterie im Säuglingsalter, Behandlung  
 19.  
 Erysipel, intraglutäale Milchinjektion bei 16.  
 Eukodal 21.  
 Exostosis, traumatische periostale 11.  
 — cartilaginea multiplex 11.  
 Furunkulose, Behandlung 24.  
 Gipsmullbinden, Ersatz für 14.  
 Glycomecon 27.  
 Gonorrhoe, Kollargol intravenös bei weib-  
 licher 25.  
 —, Choleval bei 26.  
 Hämorrhoiden, Suprarenininjektionen bei 17.  
 Handmuskeln, Atrophie der kleinen 1.  
 Harnstoff als Diuretikum 23.  
 Impetigo, Behandlung 24.  
 Injektionsspritzen, unbeweglich gewordene  
 28.  
 Kalziumchlorid bei nervöser Tachykardie 21.  
 Kanülen, undurchgängig gewordene 28.  
 Knochenextrakt als Fleischextraktersatz 29.  
 Leberabszeß, Flüssigkeitsansammlung im  
 Pleuraraum vortäuschend 7.  
 Lungentuberkulose, kindliche 8.  
 Mastdarmvorfall bei Kindern 17.  
 Milchinjektion, Anaphylaxie nach 10.  
 Pankreasveränderungen bei Weilscher  
 Krankheit 11.  
 Pergamentpapier zur Drainage 15.  
 Polyneuritis 8.  
 Tachykardie, Kalziumchlorid intravenös bei  
 nervöser 21.  
 Tetanus, rektale Applikation von Mg-Sulfats  
 16.  
 Tryplavin 16.  
 Verbandstoffe, Ersparnis 12, 13.  
 Weilsche Krankheit, Übertragung durch  
 Ratten 2.  
 — —, Veränderungen der Bauchspeichel-  
 drüse 11.

## Autorenregister.

<i>Czerny</i> 3.	<i>Kraus</i> 16.	<i>Orth</i> 16.	<i>Seyberth</i> 30.
<i>Dobihal</i> 24.	<i>Krukenberg</i> 17.	<i>Petzer</i> 20.	<i>Silberstein</i> 25.
<i>Eunike</i> 17.	<i>Luce</i> 21.	<i>Perthes</i> 13.	<i>Stimpke</i> 25.
<i>Feilchenfeld</i> 23.	<i>Madlener</i> 15.	<i>Rosenfeld</i> 9.	<i>Teigl</i> 21.
<i>Flatau</i> 1.	<i>Mayer</i> 11.	<i>Sachs</i> 10.	<i>Turan</i> 21.
<i>Fromme</i> 2.	<i>Nast</i> 19.	<i>Schaal</i> 12.	<i>Weinberg</i> 24.
<i>Goldmann</i> 27.	<i>Neuschaefer</i> 16.	<i>Schergoff</i> 27.	<i>Wohlgemuth</i> 21.
<i>Helbing</i> 14.	<i>v. Noorden</i> 29.	<i>Schill</i> 7.	<i>Wolff</i> 28.
<i>Hoffstetter</i> 26.	<i>Oppenheim</i> 8.	<i>Schütze</i> 11.	<i>Zeuner</i> 25.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
 San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.

Druck von Robert Noske, Borna-Leipzig.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 2.

November 1918

## Aetiologisches.

Ueber Melanodermien und Dermatosen durch Kriegersatzmittel. Von Prof. Dr. Galewsky. Als erste Form hat Verf. bei einzelnen Patienten unter dem Einfluß von Salben<sup>1)</sup> eine eigenartige, gänsehautähnliche Reizung der Haut gesehen. Die Haut erinnerte an manchen Stellen an Lichen pilaris, an anderen mehr an Cutis anserina; dazwischen fanden sich in 2 Fällen follikuläre Entzündungen, wie sie bei Schmieröldermitiden vorkommen. In beiden Fällen war die Erkrankung im Anschluß an eine mit Vaseline angefertigte Salbe aufgetreten, die Verf. selbst verordnet hatte, so daß er die Entstehung deutlich verfolgen konnte. Die Erkrankung heilte ab, als die Salben abgesetzt wurden und eine milde Behandlung mit Spiritus, Puder und Bädern eintrat. In einem anderen Falle sah Verf. ebenfalls im Anschluß an eine angeblich mit Unguentum neutrale verarbeitete milde Salbe eine starke Häufung von Follikulitiden, die allmählich unter Anwendung von Trockenpinselungen und spirituösen Einreibungen abheilten, so daß ihre Entstehung durch die Vaseline zweifellos war. In zweiter Reihe hat Verf. in 5 Fällen im Anschluß an Salbenanwendung bei Trichophytie im Gesicht ebenfalls die beetartigen Wucherungen gesehen, wie sie Oppenheim beschrieben hat. In allen Fällen handelte es sich um beetartige, flache, verruköse Erhabenheiten, die bisweilen in annulärer oder girlandenartiger Form im Gesicht auftraten, die erkrankten Flächen

<sup>1)</sup> In allen Fällen handelte es sich um Salben, die mit Unguentum neutrale oder mit Vaselineöl angefertigt waren und die schon von weitem den charakteristischen Petrolölgeruch hatten. Nach Arning soll das schädliche Agens unsere heutige Vaseline sein, welche keine Vaseline, sondern Paraffin in Petrolöl ist; dieses Paraffin enthalte Kristallnadeln, während die Friedensvaseline kolloidal und neutral sei.



begrenzten und in ganz kurzer Zeit entstanden. Fast alle Kranken gaben damals an, daß dieselben im Anschluß an Borvaseline entstanden seien. Diese verrukösen Epithelwucherungen heilten verhältnismäßig langsam, ebenfalls unter spirituösen Waschungen, Pinselungen usw. ab. Sie bieten ein so eigenartiges Krankheitsbild, daß Verf. im Anfang, als er den ersten derartigen Fall sah, absolut vor einem Rätsel stand, das er sich nicht erklären konnte. Irgendwelche Beschwerden machten diese verrukösen Prozesse nicht; außer geringem Jucken und Brennen klagten die Kranken über keine Begleiterscheinungen. Die verrukösen, erhabenen Knoten waren im Anfang gelblichrot, wurden allmählich graurot und konfluerten langsam zu großen, annulären und girlandenartigen Formen; dazwischen fanden sich einzelne erhabene Knötchen und Papelchen. Außer dieser Erkrankung konnte Verf. in 2 Fällen eine sehr starke Pigmentierung und Melanodermie beobachten bei Arbeitern, die in der Waffenfabrikation tätig waren und mit Schmieröl zu tun hatten oder derartigen Dämpfen ausgesetzt waren. Charakteristisch war für beide Fälle die Ergriffenheit von Gesicht, Hals und Armen, die schwarzbraun wie bei Addison aussahen und in einem Fall von eigenartigen, lichenoiden, warzenartigen Effloreszenzen begleitet waren. Die Haut war in beiden Fällen leicht infiltriert; auch hier war die eigenartig netzartige Verfärbung zu konstatieren, die namentlich dann zutage trat, als die Erkrankung abheilte. Aehnlich wie Riehl konnte Verf. an Stirn, Wangen und Ohren erweiterte Follikelmündungen mit Hornschüppchen feststellen. Die Haut war überall trocken, näßte nirgends und ging allmählich in normale Haut über, auch ähnlich wie es Riehl beschrieben hat, indem vereinzelte randständige Effloreszenzen und Flecke den Uebergang zur normalen Haut bildeten. Der eine Kranke, welcher monatelang von Verf. mit Arsen, Suprarenin und milder Salbe äußerlich behandelt wurde, ist im wesentlichen abgeheilt, hat fast gar keine Beschwerden mehr, und die Pigmentierung ist bis auf ein helles Braun fast ganz geschwunden. Ueber den anderen Kranken vermag Verf. keine weiteren Angaben zu machen. Auch über die Ursache dieser merkwürdigen Erkrankung hat er nur Vermutungen. Beide Fälle betrafen Leute, die mit Schmierölersatz gearbeitet hatten und dessen Dämpfen ausgesetzt waren. Die Erkrankung hatte fast nur die Stellen der Haut ergriffen, die der Belichtung ausgesetzt waren. Beide Kranke gaben an, daß sie bei der Arbeit die Aermel aufgestreift hätten, und daß es leicht möglich sei, daß dadurch Stoffe an die Haut herangekommen wären. Der eine erklärte ganz bestimmt, daß die Erkrankung erst aufgetreten sei, seitdem er mit dem schlechten Schmierölersatz gearbeitet

habe. Es kann sich also sehr wohl um eine derartige Schmieröl-erkrankung gehandelt haben, die durch Lichteinfluß mit bedingt wird und bei welcher das Fett als sensibilisierendes Mittel die Verfärbung der Haut hervorgerufen hat. In 2 weiteren Fällen sah Verf. eine ungeheuere Anhäufung von Komedonen und Hornpfröpfchen auf dem behaarten Kopfe. Beide Patienten waren ältere Männer, die sehr wenig Haare hatten und von denen sich der eine aus einem Flugpark Schmieröl besorgt hatte, um sich seinen Kopf damit einzufetten. Der zweite gab an, daß die Erkrankung im Anschluß an den Gebrauch einer Haarpomade, die er sich beim Friseur gekauft hatte, entstanden war. In einem dritten Falle sah Verf. das ganze Gesicht bis hinter die Ohren, ebenfalls nach Anwendung von Salbe, mit unzähligen Komedonen und Hornkegelchen besetzt, ähnlich wie bei den beiden älteren Herren auf dem Kopfe. Auch hier handelte es sich anscheinend um eine derartige Dermatitis (Acne cornea) im Anschluß an Salbe. Die beiden alten Herren hatten schwarzgrau verfärbte Kopfhaut, die mit leichten Schüppchen bedeckt war; unter diesen Schüppchen saß, entsprechend jedem Follikel, ein großer Komedo oder Hornpfropf, ein Bild, wie Verf. es früher nie gesehen hatte. Die Pfröpfe und Komedonen waren leicht zu entfernen; mit dem Hartung-schen Komedonenquetscher gelang es verhältnismäßig leicht, den Patienten, unter entsprechender medikamentöser Therapie (spirituöse Waschungen, Anwendung von Tetrachlorkohlenstoff usw.) wieder eine anständige Kopfhaut zu verschaffen. Entsprechend dieser Anhäufung von Komedonen und Hornpfröpfen, hat Verf. bei 3 Damen im Gesicht im Anschluß an Behandlung mit Salben (Sommersprossensalbe, Borsalbe, Crème Simon) ganz eigenartige, strichförmige Komedonenanhäufung gesehen, die völlig dem Bilde Der Massagestellen unter Anwendung von Salben entsprachen. wie Frauen sahen auf weite Entfernung aus, als wenn sie grau deären, so gehäuft waren die schwarzen Komedonenpfröpfe auf der Haut vorhanden. Weiterhin hat Verf. in 11 Fällen bei Damen der besseren Kreise, bei denen also sowohl das Schmieröl wie jede gewerbliche Tätigkeit ausgeschlossen war, eine eigenartige melanotische Melanodermie gesehen. Alle Damen zeigten eine schmutziggraue Verfärbung des Gesichts, die sich namentlich scharf gegen die Stirn abgrenzte, wie beim Sonnenbrand, so daß man ohne weiteres an die Lichteinwirkung denken mußte. In 3 Fällen waren auch die Arme und der Nacken mit ergriffen, in den anderen nur das Gesicht. In allen Fällen aber war die leicht oder derb infiltrierte Haut mehlig bestäubt oder leicht schuppig und machte den Eindruck einer Haut, die zwischen Ekzem und Lichen chronicus stand. Die erkrankte Haut war etwas pastös

anzufühlen, oben merklich verdickt, auf der Oberfläche schwach rauh. Es bestand keine Exsudation, in einzelnen Fällen aber eine starke Hyperämie, so daß unter der schwarzgrauen Verfärbung die blaurote Grundfarbe hervortrat. In den 3 Fällen, in welchen auch Arme, Hals und Nacken ergriffen waren, handelte es sich um leichte Dermatitiden, die der im Gesicht ähnelten, aber eine leichtere Form darstellten. Bei fast allen diesen Fällen war die erkrankte Haut scharf abgegrenzt, die Damen klagten über Spannen und leichten Juckreiz und waren über diese eigenartige Verfärbung äußerst unglücklich. Auch hier gelang es in der Mehrzahl der Fälle, unter milder Behandlung die Haut zu bessern, so daß man den Eindruck hatte, daß es sich um eine artifizielle Dermatitis handelte, die durch irgendeinen Hautreiz entstanden sei. Die meisten der Damen gaben an, daß die Erkrankung im Anschluß an die Anwendung verschiedener Kosmetika entstanden sei. Zum Teil hatten sie diese von irgendeiner Schönheitsdoktorin erhalten, zum Teil hatten sie irgendeine schlechte Vaseline oder eine andere schlechte Salbe vom Drogisten oder aus der Apotheke bezogen. In anderen Fällen war keine Ursache für die Erkrankung zu konstatieren, so daß Verf. auch in diesen Fällen vor einem Rätsel steht und nur vermuten kann, daß irgendein Stoff als Sensibilisierungsmittel die Pigmentierung und Entzündung der Haut hervorgerufen hat. Riehl glaubt, daß es sich bei dieser Erkrankung, ähnlich wie beim Pellagragift und Ergotin, oder wie bei Erkrankung der Nebennieren bzw. den Pubertäts- und Graviditätsverfärbungen, um irgendwelche Stoffe handelt, die, entweder von außen oder im Innern erzeugt, diese Pigmentierung auf der Haut bewirken können. Riehl stellt ja auch diese Fälle nach ihren klinischen Erscheinungen zwischen Pellagra und Arsenmelanosen. Er glaubt deshalb, daß es nicht unmöglich ist, daß bei den erschwerten Ernährungsverhältnissen unserer Zeit z. B. Mehle mit zur Verwendung kommen (verdorbenes Maismehl, Puffbohnen usw.), bei denen, ähnlich wie bei der Pellagra, ein durch Erhitzen beim Kochen unzerstört bleibender giftiger Körper für die Entstehung des Krankheitsbildes verantwortlich gemacht werden kann. Er glaubt also an die Möglichkeit einer alimentären Ursache dieser Erkrankung. Auf der anderen Seite deutet die vorwiegende Lokalisation an den freigetragenen Körperstellen auf den Einfluß des Lichtes hin. Wir sind leider heute noch nicht in der Lage, ein entscheidendes Urteil über die Ursache dieser merkwürdigen Erkrankung zu fällen. Auch bei welchen Klassen diese Erkrankung vorkommt, hat sich noch nicht feststellen lassen. Verf. selbst hat die Erkrankung fast nur bei Frauen, die über 30 Jahre alt waren, gesehen und

stimmt in gewissem Sinne der Ansicht von Arning zu, der dieselbe im Klimakterium gesehen hat, im Gegensatz zu Saalfeld, der sie auch bei Jugendlichen beobachtet hat. Auffallend ist in allen Fällen das subjektive Wohlbefinden der Kranken. Jedenfalls läßt sich heute noch nichts irgendwie Sicheres über diese merkwürdigen Erkrankungsformen sagen. Wir können heute nur konstatieren:

1. Es gibt Melanodermien im Anschluß an Schmieröle.
2. Es finden sich Melanodermien, für die sich entweder gar keine Ursache feststellen läßt und für die wir höchstens eine innere Ursache im Sinne Riehls annehmen müssen, oder aber Fälle, bei denen die Damen (es sind fast immer Damen) angaben, daß die Erkrankung im Anschluß an kosmetische Cremes oder Salben aufgetreten sind. Auch an eine Sensibilisierung der Haut können wir denken.

3. Außer diesen Melanodermien haben sich in der letzten Zeit infolge des unreinen Petrolöles und der schlechten Vaseline eine ganze Reihe von Vaselindermatitiden gezeigt, die teils als Cutis anserina und als Lichen pilaris auftreten, teils als eigentliche Vaselindermatitiden und Schmieröldermitiden, und die in dem Auftreten gehäufiger pustulöser und follikulärer Entzündungen bestehen.

Außer diesen Formen findet man auch das Auftreten reiner Komedonenmassen und Hornpfröpfe, die gruppiert angeordnet sind.

4. Als letzte Form finden sich auch in einer Reihe von Fällen die von Oppenheim zuerst beschriebenen warzigen, knotigen und verrukösen Erhabenheiten, die infolge der Anwendung von Salben auftreten. (M. m. W. 1918 Nr. 34.)

**Zur Aetiologie der isolierten Neuralgie des Nervus tibialis.**  
 Von Geh. San.-Rat. Dr. Th. Benda (Berlin). Bei sehr mageren Personen wirkt bekanntlich längeres Sitzen auf einer harten Unterlage als Ursache für das Zustandekommen einer Neuralgie im Gebiete des N. ischiadicus. Für die isolierten, ohne jede Beteiligung des N. ischiadicus auftretenden Reizzustände des N. tibialis, denen Verf. in den letzten Jahren häufiger begegnet ist, möchte er eine ähnliche traumatische Veranlassung annehmen. Die Schmerzanfälle bei dieser im allgemeinen seltenen Affektion haben ihren ursprünglichen Sitz immer in der Kniekehle, erst später stellen sich dann noch Schmerzen in der Fußsohle oder in der Ferse ein. In der Kniekehle befindet sich der N. tibialis in einer exponierten Lage, er ist bei gestrecktem Bein hier sogar sicht- und fühlbar. Die meisten Menschen frönen nun der Angewohnheit, im Sitzen die Beine übereinander zu schlagen; hierbei wird aber der N. tibialis

des überschlagenen Beines in der Kniekehle einer Druckwirkung gewöhnlich von seiten des Knies des anderen Beines ausgesetzt. Solange nun ein genügendes Fettpolster die Kraft des Druckes mildert, wird nicht leicht eine Reizung des Nerven eintreten können. Bei dem heutigen, durch die mangelhafte Ernährung bedingten Fettschwund des Körpers ist indessen die Druckwirkung eine sehr viel stärkere, und die Möglichkeit, daß dadurch Reizzustände im Nerven auftreten, erscheint wesentlich vergrößert. Daß diese Zustände nicht häufiger beobachtet werden, liegt wohl daran, daß ärztlicher Rat nur ausnahmsweise aufgesucht wird, weil die Schmerzanfälle meist nur von kurzer Dauer sind, der Charakter der Schmerzen im Vergleich zu denen bei der Ischias meist sehr viel milderer Art, die Funktion des Beines wenig oder gar nicht in Mitleidenschaft gezogen ist und die Kranken deswegen die Affektion nicht eigentlich als Krankheit, sondern mehr als eine Unannehmlichkeit ansehen. Daß es aber unter Umständen auch einmal zu einer schwereren Neuralgie kommen kann, zeigt eine Beobachtung des Verfs.

(B. kl. W. 1918 Nr. 35.)

**Diphtheritische Entzündung der Luftwege, hervorgerufen durch Influenzabazillen.** Von Dr. Paul Klemperer. Das Bild der diffusen eitrigen Bronchitis bei Influenza kann manchmal durch schwerere pseudomembranöse Veränderungen der Bronchien kompliziert sein. Verf. sah in 2 Fällen, in denen die Lunge das bekannte Bild der bronchopneumonischen roten Herde mit den gelblich-weißlichen Einsprengungen und der kapillaren Bronchitis zeigte, auf der tiefdunkelroten Bronchialschleimhaut zarte, graue, fibrinöse Auflagerungen. Paltauf beschreibt einen Fall schwerer diphtheritischer, nekrotisierender Bronchitis mit eitrigem Bronchopneumonien. In dem hier beschriebenen Fall jedoch waren die Veränderungen des Lungengewebes (Blutungen und ein lobulärpneumonischer Herd) verhältnismäßig gering, während die schwersten Veränderungen Kehlkopf, Trachea und die großen Bronchien betrafen, ein Bild, das vor allem an Diphtherie denken ließ. Nachdem durch die bakteriologische Untersuchung keine Diphtherie-, dagegen Influenzabazillen nachgewiesen werden konnten, müssen wir diese als die Erreger der diphtheritischen Entzündung der Luftwege ansehen.

(W. kl. W. 1918 Nr. 34.)

## Diagnostisches.

Ueber einen typischen Druckpunkt bei Influenza. Von Stabsarzt Dr. Boeckler. Verf. möchte auf einen objektiven Befund aufmerksam machen, der nach seiner Erfahrung bei wirklicher Influenza nie fehlt und dessen Fehlen die Diagnose Grippe ausschließen läßt. Es ist ein Druckpunkt, der doppelseitig, häufig auch nur einseitig auftritt. Die Intensität des Schmerzes ist verschieden. Oft ist die Schmerzhaftigkeit — auch bei mäßigem Druck — so groß, daß die Patienten laut schreien, sich winden oder in die Knie sinken. Es ist bei einiger Uebung sehr leicht zu unterscheiden, ob nur eine als negativer Ausfall der Untersuchung zu deutende Druckunbehaglichkeit oder ein wirklicher Druckschmerz besteht. Eine Vortäuschung ist nicht möglich, da die Umgebung des Punktes nur in schwersten Fällen auch schmerzempfindlich, stets aber in erheblich geringerem Grade druckschmerzhaft ist, und da bei der Nachuntersuchung der Patient nicht entscheiden kann, ob an typischer Stelle gedrückt wird. Diese typische Stelle findet man leicht folgenderweise: Man ziehe in aufrechter Haltung des Patienten 2 Querfinger breit ( $3\frac{1}{2}$  cm) oberhalb des höchsten Punktes der Darmbeinkämme (Cristae ilei) eine Horizontale. Der Schnittpunkt dieser Horizontalen mit dem Außenrande des geraden Rückenstreckers (Musculus longissimus dorsi) ist der Influenzadruckpunkt. Man übe den Druck schräg gegen die Wirbelsäule aus, so daß die Druckrichtungslinien sich am Wirbelkörper treffen. Die Stelle entspricht der Grenze zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel. Getroffen wird der 4. Ast des Lumbalsegments (die „hintere Wurzel“). Verf. hat seit 6 Jahren diesem Druckpunkt seine Aufmerksamkeit gewidmet und glaubt behaupten zu dürfen, daß er für Grippe differentialdiagnostisch verwertbar ist. Er ist zu Beginn der Erkrankung oft der einzige objektive Befund und bleibt nach Abklingen der Krankheitserscheinungen mitunter noch länger nachweisbar. Er war dann eine Warnung, bei der großen Empfindlichkeit der Influenzakranken gegen Temperaturwechsel in der Rekonvaleszenz recht vorsichtig zu sein. Sein konstantes Bestehen bei Influenzaerkrankungen deutet Verf. als einen Beweis, daß bei dieser Krankheit regelmäßig eine mehr oder minder starke Neuritis auftritt, speziell des 4. Astes des Lumbalmarkes. Vermutlich wird das ganze Lumbalsegment ergriffen sein und der 4. Ast am stärksten. Dadurch würde die konstante Klage über Kreuzschmerzen ihre Erklärung finden. Auch die Schmerzen im unteren Teile des Schienbeines bei Influenza und das Versagen der Knie bei starkem Ausfall der Untersuchung wäre durch das Versorgungsgebiet des 4. Astes

des Lumbalmarkes erklärlich, da dieser Ast motorisch den Extensor cruris quadriceps und sensibel die Innenseite des Unterschenkels und Fußes versorgt.  
(M. Kl. 1918 Nr. 35.)

**Zur Diagnose der Appendizitis des Kindes.** Von Dr. Richard Drachter, Privatdozent für Chirurgie (Aus der chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München). Im Folgenden seien einige wichtige Hinweise gegeben, die die Diagnose beim Kinde erleichtern können. Die wichtigste anamnestische Frage bezieht sich auf das Verhalten des Patienten während der Nacht. Am besten ist es, die Frage so zu formulieren: Hat das Kind die letzte Nacht (oder die letzten Nächte) gut geschlafen? Wird diese Frage bejaht, so liegt so gut wie nie eine Appendizitis vor. Umgekehrt, wenn Appendizitis vorliegt, wird diese Frage mit einer geradezu seltenen Regelmäßigkeit verneint, das Kind war während der Nacht „unruhig“. Gewöhnlich besteht anfänglich Stuhlverhaltung. Nur in einzelnen Fällen beginnt die Erkrankung beim Kinde mit Durchfällen. Diese Fälle sind aber häufig keine Peritonitis nach Appendizitis, meist handelt es sich dabei um eine von dem übrigen Darmtraktus — ulzeröse Schleimhautaffektion — ausgehende Durchwanderungsperitonitis. Die Diagnose dieser hat Verf. wiederholt vor der Operation stellen können. Maßgebend hierfür sind Schmerz und Bauchdeckenspannung, die ihre größte Intensität nicht in der rechten Unterbauchgegend haben. Besteht schon fortgeschrittene Peritonitis, so sind Durchfälle anders zu bewerten. Im Heilungsverlauf einer postappendizitischen Peritonitis sind sie nicht selten. So relativ häufig wir beim Kinde Durchwanderungsperitonitis beobachten können, so selten ist eine bei Mädchen von dem Genitale aus erfolgende Peritonitis. Verf. hat bisher keinen einzigen sicheren derartigen Fall beobachten können. Ganz verschieden wird der Wert der Körpertemperatur beurteilt. Man kann gelegentlich den Ausspruch hören: Die Temperatur besagt mir gar nichts. Wer das sagt, befindet sich gewaltig im Irrtum. Die Temperatur ist nach wie vor der feinste Indikator für das Vorhandensein eines akut entzündlichen Prozesses im Körperinnern. Richtig ist nur, daß bei sehr weit fortgeschrittenem Prozeß mit Eiterbildung die Temperatursteigerung eine unverhältnismäßig geringe sein oder ganz fehlen kann. Dagegen ist außerordentlich selten, daß ein akut entzündlicher Prozeß des Wurmfortsatzes, der zunächst noch nicht zur Eiterbildung in der Bauchhöhle geführt hat, ohne Temperatursteigerung sich abspielt. Setzt sich das Kind im Bette auf oder macht es sich nichts daraus, daß man es etwa zum Zwecke der Untersuchung im Bette aufsetzt, so wird die Diagnose Appendizitis



unwahrscheinlich. Objektiv ist von großer Bedeutung das Aussehen des Kindes. Lebhaftige Röte des Gesichts, erhitztes Aussehen sprechen auch bei hoher Temperatur sehr gegen einen akut entzündlichen Prozeß im Abdomen. Eine Pneumonie kann schon vorhanden sein, wenn Auskultation und Perkussion keinerlei Anhaltspunkte dafür bieten. Exakte Röntgenuntersuchung der Lunge bringt am ehesten Aufschluß über deren Verhalten. Findet man bei der Palpation des Abdomens in der rechten Unterbauchgegend Darmgurren, so liegt kaum eine Appendizitis vor. Es ist ganz unnötig, bei der Palpation des Abdomens zu fragen, ob das weh tue. Bei der ersten Palpation fragt man nicht, sondern achtet darauf, wie sich das Kind der Palpation gegenüber verhält. Wie bekannt und von keiner Seite bestritten ist, spielt die reflektorische Bauchdeckenspannung die ausschlaggebende Rolle. Ist sie vorhanden, so ist die Indikation zur Laparatomie gegeben, fehlt sie, so eilt es nicht. Die Schwierigkeit liegt lediglich darin, zu entscheiden, ob reflektorische Bauchdeckenspannung vorliegt oder nicht. Hierzu bedarf es einer großen Erfahrung. Da die Bauchdecken dem Eindrücken Widerstand entgegensetzen und da das Wesen der reflektorischen Bauchdeckenspannung in einem Widerstand besteht, den die Bauchdecken auch schon dem geringsten Eindrücken gegenüber entgegensetzen, so ist klar, daß die Palpation nur eine ganz leichte und oberflächliche sein darf. Zum Auffinden eines tiefer gelegenen Druckpunktes oder Tumors usw. kann ein tieferes Eindrücken der Bauchdecken nötig werden. Niemals aber beginne man damit. Tut man dies, so löst man event. einen nachhaltigen Schmerz aus, der seinerseits Bauchdeckenspannung veranlaßt. Dieses tiefere Palpieren löst bei Pneumonie, Dysenterie, Pyelitis und anderen differentialdiagnostisch wichtigen Erkrankungen fast immer Schmerz aus. Daher die nicht seltenen Verwechslungen. Das Blumbergsche Symptom ist bei Peritonitis gewöhnlich positiv. Die reflektorische Bauchdeckenspannung ist es aber schon vorher. Alle anderen Symptome, wie die Genitalsymptome, der Meteorismus des Rektums, Bauchdeckenreflex, Röte des Gesichts bei Druck auf die Appendixgegend, sind ganz unzuverlässig. Untersuchung in Narkose kann in Ausnahmefällen vorteilhaft sein. Unter allen Umständen muß aber vorher festgestellt sein, ob reflektorische Bauchdeckenspannung besteht oder nicht. Sonst begibt man sich mit der Narkose des wichtigsten diagnostischen Merkmals. Von außerordentlicher Bedeutung in vielen Fällen ist die Untersuchung auch der hinteren Bauchwand. Man kann den Patienten zu diesem Zwecke auf den Bauch legen und die hintere Bauchwand ebenso auf das Vorhandensein von Schmerz und reflektorischer Spannung absuchen, wie dies an der vorderen Bauchwand geschehen ist. Aber

auch in Rückenlage kann diese Untersuchung sehr leicht durchgeführt werden, indem man auf der rechten Seite des Patienten stehend mit beiden Händen die hintere und hintere seitliche Bauchwand beider Seiten auf das Bestehen einer reflektorischen Spannung hin abtastet. Achtet man auf das Verhalten auch der hinteren Bauchwand, so wird man in bestimmten Fällen einen Druckschmerz finden wie beim paranephritischen Abszeß und eine Bauchdeckenspannung, die der der vorderen Bauchwand analog ist. Welches sind diese bestimmten Fälle? Das sind die Fälle, in welchen der Wurm und der von ihm ausgehende entzündliche Prozeß näher der hinteren als der vorderen Bauchwand gelegen ist. In diesen Fällen ist man bisweilen erstaunt, zwar das Gesamtbild der Appendizitis vor sich zu haben, aber den entsprechenden Palpationsbefund an der vorderen Bauchwand zu vermissen. Stets ist also in solchen Fällen eine exakte Untersuchung auch der hinteren Bauchwand vorzunehmen. Verf. hat Fälle mit der Diagnose Appendizitis zu Gesicht bekommen, in denen es sich handelte um: Masern, Scharlach (Inkubationsstadium), Diphtherie, Pneumonie, Pleuritis, Dysenterie, Pyelitis, Otitis media purul., rezidivierende Nabelkoliken, Mesenterialdrüsentuberkulose, Blasendivertikel, Meckelsches Divertikel, Volvulus, Invagination, rechtsseitiger Nierentumor, Koxitis; auch ein Fall von Tumor cerebri wurde als akute Appendizitis eingewiesen. Es handelt sich also größtenteils um dem Kindesalter eigentümliche Erkrankungen, die zu Irrtümern Anlaß gegeben haben. Der therapeutische Standpunkt ist nicht mehr diskutabel. Jede beim Kinde diagnostizierte Appendicitis acuta wird sofort operiert. Die Einteilung der Fälle am ersten, zweiten, dritten usw. Krankheitstag ist beim Kinde durchaus unangebracht. Sie ist völlig zwecklos und hat schon viel geschadet, da als erster Krankheitstag nur der bezeichnet werden kann, an dem man von einer Krankheit etwas bemerkte, der entzündliche Prozeß aber schon erheblich älter ist. So verfällt man leicht dem Irrtum, den ersten oder zweiten Krankheitstag für gegeben zu halten, wo der dritte oder vierte vorliegt. Mit der Diagnose chronische Appendizitis kann man beim Kinde nicht vorsichtig genug sein, sofern es einem darum zu tun ist, eine richtige Diagnose zu stellen. Vielfach ist diese chronische Appendizitis keine Appendicitis chronica, sondern lucrativa. In dieser Beziehung hat sie Ähnlichkeit mit mancher „ganz leichten“ akuten Appendizitis, die post operationem sich „gefunden“ hat. Es ist zwar gewiß kein Unglück, wenn gelegentlich einmal ein nicht entzündeter Wurm entfernt wird. Im Inkubationsstadium mancher Infektionskrankheiten, besonders aber auch bei Pneumonie, kann die Operation event. schwer schaden.

(M. m. W. 1918 Nr. 38.)

**Zur diagnostischen Bewertung des okkulten Blutnachweises.** Von Prof. Dr. I. Boas (Berlin). Auf Grund seiner eigenen, immer wieder kontrollierten und revidierten Erfahrungen kann er seinen heutigen Standpunkt über die diagnostische Bedeutung der okkulten Blutungen, in folgenden kurzen Sätzen zusammenfassen:

1. Der Befund okkultur Blutungen gehört außer bei Ulcus (ventriculi oder duodeni) und bei Karzinomen des Magendarmkanals zu den größten Seltenheiten.

2. Der dauernd positive Befund von okkulten Blutungen lenkt ohne weiteres auf eine Blutquelle im Verdauungsapparat hin. Da in den überwiegend häufigen Fällen als Ursache dieser Blutquelle ein gutartiger oder bösartiger ulzerativer Prozeß in Frage kommt, so muß unsere Aufmerksamkeit in erster Linie hierauf gerichtet werden.

3. Eine entscheidende diagnostische Bedeutung haben die okkulten Blutungen nur bei sorgfältigster Berücksichtigung der übrigen klinischen Befunde und Nebenbefunde.

4. Stimmt der klinische Befund mit dem von okkulten Blutungen nicht überein, so darf man sich nicht eher zufrieden geben, bis man ihre Ursache festgestellt hat. Man hat vor allem auf Helminthen, Fremdkörper, Stauungsblutungen, Gallenblasenerkrankungen mit Ulzerationen, latente Darmtuberkulose u. a. zu fahnden.

5. Obgleich die Methodik des okkulten Blutnachweises keineswegs schwer zu erlernen ist, so muß man sich bei jedem unerwarteten positiven Ergebnis immer wieder fragen, ob denn auch alle Kautelen in sorgsamster Weise berücksichtigt worden sind.

6. Man darf die Ausführung der Proben niemals untergeordneten Medizinalpersonen anvertrauen, die sich der Verantwortung dieser wichtigen Untersuchungsmethode nicht voll bewußt sind. Am besten tut man, schon um dauernd in Übung zu bleiben, die Blutproben selbst zu machen.

7. Ein einmaliger positiver Blutbefund in den Fäzes oder im Mageninhalt ist genau so wertlos wie eine einmalige Zucker- oder Eiweißprobe im Urin. Nur ein systematisch erhobener positiver Blutbefund besitzt eine wesentliche diagnostische Bedeutung.

8. Dagegen hat ein einmaliger oder besser noch wiederholter negativer Blutbefund in den Fäzes für Fälle von zweifelhaftem Magenkarzinom eine sehr große, vielleicht sogar entscheidende Bedeutung. Verf. wenigstens sind Fälle von negativem Blutbefund bei Magenkarzinom bisher nicht vorgekommen. In der gleichen Weise haben sich auch zahlreiche andere Autoren ausgesprochen.

9. Die bisher angegebenen katalytischen Proben sind in der Hand eines geübten Untersuchers brauchbar, wenn man die einzelnen

Reagentien auf das sorgfältigste prüft, immer revidiert und die mit jeder Methode verbundenen Fehlerquellen kennt und berücksichtigt. Aber auch so tut man am besten, sie als Vorproben zu benutzen. Absolut beweisend und ausschlaggebend ist einzig und allein die spektroskopische Blutprobe. Wo wichtige diagnostische Erwägungen vorliegen, rate ich daher dringend, neben den Vorproben auch das Spektroskop zu Rate zu ziehen.

10. Die Untersuchung auf okkulte Blutungen ist keine Eselsbrücke.  
(D. m. W. 1918 Nr. 39.)

### **Symptomatologisches.**

**Einige Symptome der latenten Malaria tropica.** Von Oberarzt d. R. Dr. F. Sachs (Assistent der Universitäts-Kinderklinik in Leipzig). Im Latenzstadium der Malaria tropica können eine Reihe von Einzelsymptomen in den Vordergrund des Krankheitsbildes treten und zu Fehldiagnosen Anlaß geben. Hierher zu rechnen sind: anhaltende Kopfschmerzen, rheumatische und neuralgische Beschwerden, Bronchitis, Darmerscheinungen und Ikterus. Es ist dies besonders dann der Fall, wenn die für chronische Malaria charakteristischen Erscheinungen, wie Anämie und Milztumor, gar nicht oder nur in geringem Grade ausgeprägt sind, wenn Fieber fehlt oder nur leichte, uncharakteristische Temperaturerhebung bestehen, und wenn ein- oder mehrmalige Blutuntersuchungen zunächst ein negatives Resultat ergeben. Es wird daher die Forderung erhoben, in allen diesen Fällen bei Verdacht auf Malaria zur Sicherung der Diagnose eine Ausschwemmung der Plasmodien in das peripherische Blut durch eine der bekannten Provokationsmethoden anzustreben. (D. m. W. 1915 Nr. 39.)

**Zur Symptomatologie der Ischias.** Von Dr. Paul Liebesny (Aus dem k. u. k. Kriegsspital Grinzing in Wien). Verf. glaubt, eine Beziehung zwischen dem echten Kremasterreflex und der Ischias feststellen zu können, welche vielleicht als objektives Symptom auch für leichtere Fälle dieser Erkrankung wird gelten können: dehnt man nämlich bei abduziertem Bein den Nervus ischiadicus in der Weise, daß man mit einem mäßig kräftigen Druck das vorher gebeugte Kniegelenk streckt, so erhält man bei Ischiaskranken einen homolateralen oder kontralateralen echten Kremasterreflex. Vor allem will Verf. feststellen, daß er über 1000 Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Beine anderer Art, wie Muskel- und Gelenkrheumatismus, insbesondere auch Coxitis, auf diesen Ischiadikus-Kremasterreflex untersucht und bei diesen Fällen ebensowenig wie bei Gesunden diesen Re-

flex gefunden hat. Hingegen findet sich derselbe bei Ischias-kranken fast konstant. Unter 102 glaubhaften Ischiasfällen fand Verf. den Reflex in 97 Fällen deutlich, in 5 Fällen war er un-  
deutlich, in einem Fall fehlte der Kremasterreflex überhaupt, das heißt, er war auch in der bekannten Weise durch Streichen an der Innenseite nicht auszulösen. Man wird also sich immer zu-  
erst von dem Vorhandensein des normalen Kremasterreflexes überzeugen müssen, bevor man an die Prüfung des Ischiadikus-  
Kremasterreflexes schreitet; außerdem empfiehlt es sich, wenn der Hodensack durch Kontraktion der Tunica dartos gerunzelt und  
zusammengezogen ist, das Schlaffwerden des Hodensackes abzu-  
warten, was meistens nach einigen Minuten erfolgt; denn nur bei  
schlaffem Hodensack läßt sich das Vorhandensein oder Fehlen  
des geschilderten Reflexes einwandfrei feststellen. Die physio-  
logische Erklärung für den Reflex erscheint im Folgenden gegeben:  
Die Ischias ist eine Neuralgie, welche den Nervus ischiadicus und  
seine Aeste, manchmal auch den Nervus cutaneus femoris betrifft,  
die alle aus dem Plexus sacralis stammen; mitunter breitet sie  
sich auch auf andere Wurzeln des Plexus lumbosacralis aus. Der  
Kremasterreflex steht unter der Einwirkung des Nervus lumbo-  
inguinalis, der ebenfalls aus dem Plexus lumbosacralis stammt,  
es handelt sich also um unmittelbar benachbarte Rückenmark-  
segmente. Jeder Reflex braucht nun bekanntlich zu seiner Aus-  
lösung eine bestimmte Reizstärke. Beim Ischiadikus-Kremaster-  
reflex ist diese Reizstärke beim Gesunden nicht vorhanden und  
daher der Reflex nicht auszulösen; die Ischiaserkrankung stellt  
nun offenbar eine Steigerung der Reizstärke dar, weshalb in diesen  
Fällen der Reflex leicht auszulösen ist. Der Ischiadikus-Kremaster-  
reflex dürfte also als ein objektives Symptom der Ischias zu  
verwerten sein: Denn 1. findet es sich bei Gesunden überhaupt  
nicht; 2. kann es nicht willkürlich erzeugt werden. Man wird  
in Fällen, wo das Lasèguesche Zeichen positiv ist, der Ischiadikus-  
Kremasterreflex aber fehlt, das Vorhandensein einer Ischias meistens  
bezweifeln dürfen; andererseits gibt uns das Vorhandensein dieses  
Symptoms eine gewisse Sicherheit auch beim Fehlen oder Un-  
deutlichsein anderer Symptome, daß wir einen Kranken vor uns  
haben. (M. Kl. 1918 Nr. 35.)

### **Kasuistisches.**

**Verschwinden von Myomen in der Schwangerschaft.** Von  
E. Opitz (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Freiburg i. B.).  
2 Beobachtungen. In dem einen Falle handelte es sich sogar um  
ein recht großes Myom, das sich völlig zurückbildete.

(M. m. W. 1918 Nr. 39.)

**Zur Meningitis acuta syphilitica.** Von Dr. Jacques Neumann (Aus der 1. med. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck). Der Fall zeigte ein stürmisch mit Verwirrungs- und epileptiformen Reizzuständen und Fieber einsetzendes Krankheitsbild, dessen Hauptsymptome Nackensteifigkeit, Kernig, Hyperästhesie, Zellvermehrung und positive Globulinreaktion des Liquors eine akute Konvexitätsmeningitis bakterieller Ursache in erster Linie erwarten ließen. Erst die Sterilität des Liquors, die positive Wassermannsche Reaktion desselben und die erst nach einigen Tagen zu erhebende Anamnese offenbarten die syphilitische Natur der akuten Meningitis, die des weiteren durch den prompten Erfolg der spezifischen Behandlung ihre volle Bestätigung fand. Bei der klinischen Ähnlichkeit der Erkrankung mit einer eitrigen Meningitis liegt es nahe, auch anatomisch an eine diffuse Ausbreitung der gummösen Infiltration über größere Teile der Konvexität zu denken. Es lassen sich unter diesen Verhältnissen die starken meningitischen Reizsymptome am besten erklären, die an einem anderen akut verlaufenden, auf der Abteilung beobachteten und von Fahr veröffentlichten Falle vorhanden waren, jedenfalls weil die gummöse Veränderung sich nur auf einen kleinen Bezirk beschränkte. Es handelte sich damals um einen 25jährigen Mann, der kurz vor der Einlieferung ins Krankenhaus in der Arbeitspause, als er sich einmal kräftig reckte, plötzlich bewußtlos zusammengebrochen war. Er starb nach kurzer Wiederkehr des Bewußtseins ungefähr 12 Stunden nach dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome. Der Pat. hatte 9 Wochen vorher einen Primäraffekt gehabt und hatte sich bis zu dem Augenblicke des Zusammenbruches völlig wohl befunden. Bei der Aufnahme fiel zunächst ein makulopapulöses Syphilid auf; sonst konnte noch ein mittel- bis grobblasiges Rasseln bei fehlender Dämpfung über den Lungen festgestellt werden. Die weitere Untersuchung des kräftigen, gut gebauten Mannes zeigte keinerlei Veränderungen von seiten des Nervensystems und der übrigen inneren Organe. Bei der Sektion fand sich eine leicht milchige Trübung der Hirnhäute und am linken Stirnhirn eine etwa pfennigstückgroße, sulzig gelbliche Verdickung. Die mikroskopische Untersuchung der letzteren ergab das charakteristische Bild der Meningitis luetica: Plasmazelleninfiltration aufs engste sich an die Gefäße anschließend und ihre Wandungen teilweise durchbrechend. In den Infiltraten und auch frei in den Gefäßen zwischen den roten Blutkörperchen fanden sich reichlich Syphilisspirochäten. Die peripheren Lymphdrüsen, speziell Leisten- und Achseldrüsen, waren deutlich geschwollen. — Akut fieberhafte, syphilitische Meningitiden sind bisher nur äußerst selten beschrieben worden und nie so ausgesprochen wie im vor-

liegenden Falle. In den Lehr- und Handbüchern ist zumeist nur in spärlichen Worten darauf hingewiesen, daß die syphilitische Meningitis selten einmal plötzlich in Erscheinung treten könne. Nonne stellte 1917 im Aerztlichen Verein zu Hamburg einen 60jährigen Mann vor, dessen Erkrankung bis auf das Fehlen des Fiebers dem obigen Falle durchaus ähnlich verlief. Der Pat. war ohne Vorboten irgendwelcher Art mit heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Benommenheit erkrankt. Es fanden sich bei ihm Nackensteifigkeit, Kernig und Übererregbarkeit der Haut, positive Wassermannsche Reaktion im Blut und im Liquor, außerdem in demselben eine mittelstarke Lymphozytose und mittelstarke Phase I-Reaktion. Der Liquor war bakteriologisch steril. Nach einer energischen Quecksilber- und Salvarsanbehandlung besserte sich der Kranke außerordentlich schnell. Oppenheim meint, daß dieluetische Meningitis wohl auch einmal plötzlich in akuter Weise verlaufen und mit geringen oder erheblichen Temperatursteigerungen verknüpft sein könne, indes sei dies durchaus ungewöhnlich. Er fügt noch hinzu, daß von seiten der Franzosen interessante, aber nicht ganz eindeutige Beobachtungen dieser Art vorliegen. In neuester Zeit beschrieb Loeb einen Fall von Meningitis luetica, der in gewisser Beziehung wegen des Verwirrungszustandes, des Fiebers, der geringen Nackensteifigkeit und dem Liquorbefunde dem obigen ähnelte, andererseits aber durch die lange vorhergehenden nächtlichen Kopfschmerzen nicht der akuten Meningitis luetica zuzurechnen ist, sondern als eine plötzlich auftretende Verschlimmerung einer schon vorher bestehenden chronischen Meningitis zu betrachten ist.

(Zbl. f. inn. Med. 1918 Nr. 38.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Die Schnelldesinfektion der Hand.** Von Dr. Wilhelm Manninger (Aus der chirurgischen Abteilung des Neuen St. Johannesspitals in Budapest und der chemischen und physiologischen Laboratorien der k. Tierärztlichen Hochschule ebenda). Eine Magnesiumverbindung: Magnosterin (Chem. Fabrik Kereszty & Wolf in Budapest), eine salbenartige, 6—7% Chlor enthaltende Masse, wirkte bei den bakteriologischen Versuchen bei den gewöhnlichen Eitererregern 24 mal stärker als Sublimat. Die praktischen Händedesinfektionsversuche ergaben an Händen von Chirurgen (sowohl Verf. als seine Assistenten impften sämtliches von der Hand mit scharfem Messer entfernbare Epithel auf Bouillon durch Wochen ab) eine auch während längerer Operation bleibende

Sterilität in 100%. Ungeübte Mediziner, deren Hände 5 Minuten lang mit Magnosterin und etwas Wasser gerieben wurden, und die, ohne Seifewaschung und ohne Bürste, nach Nagelreinigung, die Hände mit dem Magnosterin neuerdings durch 5 Minuten rieben, erreichten von der Handfläche ebenfalls 100% Sterilität, von den Unternagelräumen 88% Sterilität. Um einen sicheren Schutz der Haut zu gewährleisten, ist es nötig, das von der Haut durch dieses Desinfektionsmittel vollständig entfernte Hautfett nach Beendigung der Operation (oder Waschung) zu ersetzen. Jede die Haut mit Fett gut überziehende Salbe ist dazu geeignet. Um den der Hand stundenlang anhaftenden Hypochloritgeruch sicher und schnell zu entfernen, bringt die Fabrik eine Handpasta in Handel, die, außer durch Ammoniak verseiftes Stearin, zu 5% Cadogel enthält. Die Paste nimmt der Hand sofort den Chlorgeruch und überzieht dieselbe mit dauernd haftendem Fett. Die Anwendung erfolgt auf die Art, daß aus dem Tubus (für Spital und Feldgebrauch werden größere Porzellannäpfe in Handel gebracht, die einen Löffel zum Ausschöpfen enthalten) so viel Magnosterin auf die trockene Hand gebracht wird, daß die ganze Hand gleichmäßig davon bedeckt wird. Nun gießt man etwas Wasser auf die Handfläche und verreibt damit die Hände, bis die salbenartige Masse zu schäumen beginnt. Nach 5 Minuten Abspülen der Hände. Nagelreinigung. Die Hand wird nun flüchtig getrocknet und das Waschen mit Magnosterin durch weitere 5 Minuten fortgesetzt. Nach erneuter Spülung ist die Hand sicher steril. Im Notfalle kann die Zeit auf die Hälfte herabgesetzt werden. Doch ist der Erfolg bei 10 Minuten langem Waschen sicherer. Von Wichtigkeit ist es, darauf zu achten, daß das Mittel in den Unternagelraum unter den Nagelfalz tüchtig eindringt. Mit Wasser gemengt, ergibt das Magnosterin eine milchige Emulsion, die noch bis zu einer Verdünnung von 1:600 eine Abtötung der gewöhnlichen Eitererreger in 10 Minuten bewirkt. Das Abspülen in dieser Emulsion ist während der Operation ratsam, da die Lösung das Eiweiß nicht fällen und somit Blut oder Eiter gut entfernt. Das Magnosterin scheint auch die lebenden Gewebe nicht zu schädigen. (Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 39.)

**Gipsverbände mit Papierbinden.** Von Dr. Walther Koerting. (Aus dem k. k. Landwehrspital in Prag). Die täglich immer mehr fühlbar werdende Knappheit an Rohstoffen versetzt auch den Arzt in die Notlage, durch Ersatz für bisher übliches Verbandmaterial die Streckung der vorhandenen Vorräte anzustreben. So wurden bereits seit längerer Zeit für Mull- oder Kalikobinden bei einfacheren Verbänden mit befriedigendem Erfolge Papierbinden



in Anwendung gebracht. Dies legte die Vermutung nahe, daß sich diese auch für Gipsverbände eignen könnten. Für diese Versuche wurden als Material stärkere und schwächere Krepppapierbinden verwendet. Der Gips wurde in die Rauigkeiten des Papiers nach der bei der Anfertigung von Gipsbinden üblichen Methode eingestrichen, die Binden sodann mäßig fest gerollt, entweder aufbewahrt oder gleich in heißes Wasser, dem Alaun zugesetzt wurde, eingelegt und nach entsprechender Durchfeuchtung, die etwa der bei Friedensmaterial üblichen entsprach, herausgenommen. Das Polstermaterial wurde mit Papierbinden vor Anlegung der Gipsbinden am Körper fixiert. Sodann wurde der Verband in gewohnter Weise angelegt, wobei nur eine gewisse Achtsamkeit erforderlich ist, um das Zerreißen der mit Gips bedeckten Papierbinden zu vermeiden. Nach Abschluß des Verbandes werden die Bindentouren in der Richtung, in der sie angelegt worden waren, verstrichen. Auch zum Überwickeln der Bügel bei Brückengipsverbänden eignen sich die Papiergipsbinden. Das Verstärken des Verbandes durch mehrfache Bindenlagen ist gleichfalls möglich. Erforderliche Fenster können bald ausgeschnitten werden. Die Erhärtung erfolgt ziemlich rasch, die Austrocknung vollzieht sich langsamer als sonst, ein Umstand, dem vielleicht durch Verwendung von in größeren Abständen gelochten Papierbinden abgeholfen werden könnte. (Der Gebrauch engmaschigen Papierstoffs dürfte mit Rücksicht auf den hohen Preis desselben kaum in Betracht kommen.) (D. m. W. 1918 Nr. 39.)

**Handgriff zur Entleerung irreponibler Hernien.** Von Prof. Dr. Julius Neumann. Bei einer von ihrem Arzte wegen „Schmerzen im Bauche“ irrümlicherweise zum Gynäkologen gesandten Frau fand sich eine hühnereigroße, irreponible und schmerzhaft linksseitige Leistenhernie; kein Meteorismus, keine Zeichen vorgeschrittener Inkarzeration; tympanitischer Schall über dem Tumor. Um jedenfalls auch den Genitalbefund zu erheben, untersuchte Verf. vaginal. Im Bereiche des Genitales nichts Pathologisches. Einer naheliegenden Ueberlegung folgend, stellte er zugleich einen Versuch zur Entleerung der im Bruchsacke befindlichen Darmschlingen an. Die Hernie selbst ließ er unberührt und trachtete vielmehr, durch die in der Gynäkologie übliche bimanuelle Palpationsmethode die aus dem Bruchsacke ins Abdomen führenden Darmschlingen sanft gegen die vordere Bauchwand zu drängen, und es schien auch, als ob weiche Massen der Bauchwand genähert worden seien und zwischen den tastenden Händen lägen. In stetigem Kontakt mit dem palperten Objekt streiften die Hände von unten nach oben mit dem Erfolge, daß die Därme leer wurden

und aus den im Bruchsacke befindlichen Schlingen unter glucksendem Geräusche die Gase entwichen und fast gleichzeitig auch die Schlingen selbst plötzlich ins Abdomen glitten. Das Verfahren erinnert an dasjenige von Lucas Championnière an Kindern mit sogen. Pseudoinkarzeration, bei der aus unbekannter Ursache ein seröser Erguß in der Hernie besteht. Das kranke Kind wird dabei an den Füßen erfaßt und einige Zeit mit dem Kopfe nach unten gehalten; man entleert so den Bruchsack und kann die Hernie reponieren. Der hier geschilderte Handgriff ist leicht auszuführen, rationell und schonend und dürfte sich bei Leisten- und Schenkelhernien oft als zweckmäßig erweisen. Um an männlichen Kranken in analoger Weise vorzugehen, könnte man die Entleerung vom Rektum aus versuchen, eventuell, wie überhaupt bei der Taxis, im Bade oder in Narkose. Man lagere übrigens den Patienten etwa mit leichter Senkung der Beckengegend.

(M. m. W. 1918 Nr. 33.)

**Zur Behandlung der Verbrennungen.** Von Prof. Dr. Carl Ritter (Aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses zu Posen). Tschmarke hat ein Verfahren empfohlen, das auf energische Desinfektion jeder Brandwunde hinausläuft. Er geht folgendermaßen vor: Jede Verbrennung wird wie eine frische Wunde behandelt. Er sucht sowohl nötigenfalls die Wunde selbst, als ganz besonders auch ihre Umgebung nach Möglichkeit zu säubern und bedient sich dazu der gleichen Hilfsmittel wie bei Vorbereitung zu aseptischen Operationen. Kommt also eine frische Verbrennung in seine Behandlung, so werden sämtliche Hautblasen mit Pinzette und Schere abgetragen, ebenso die herabhängenden oder zusammengerollten Epidermisfetzen; die zum Teil schon gallertig geronnene Transsudatflüssigkeit unter der Epidermis wird mit trockenen sterilen Tupfern abgewischt. Die ganze betroffene Hautpartie wird bis in weite Umgebung der verbrannten Stelle mit warmem Wasser und Seife, event. unter Zuhilfenahme einer Handbürste gereinigt. Zum Reinigen der Haut empfiehlt Tschmarke die Holzspänewolle, wie er sie seit langem auch als gut aufsaugendes Verbandmaterial anwendet. Darauf wird die Haut mit sterilem Wasser oder 3% iger Borsäurelösung abgespült und mit sterilisierten Handtüchern vorsichtig abgetrocknet, die Umgebung der Wundfläche und die Ränder selbst mit Äther und mit 1% iger Sublimatlösung abgewischt. Nach vollständigem Trockentupfen mit steriler Gaze wird die Wundfläche mit einer glatten sterilisierten Jodoformgazeschicht bedeckt. Darauf kommen Bäusche sterilen Mulls, kleine Holzspäne oder Holzwollekissen, jedenfalls ein gut aufsaugendes Verbandmaterial. Endlich wird

mit steriler Watte die Wunde gegen die Luft vollständig abgeschlossen. Er verwendet Jodoformgaze nicht wegen ihrer keimtötenden Wirkung, die ja höchst zweifelhaft ist, sondern wegen ihrer schmerzstillenden und sekretionsvermindernden Eigenschaft und hat keine üblen Folgen davon gesehen. Dieser Verband wird so lange liegen gelassen, bis die äußeren Schichten von Sekret durchtränkt sind. Dann werden sie entfernt; die unmittelbar die Wundfläche bedeckende Jodoformgaze bleibt liegen und wird von neuem mit sterilen Verbandstoffen bedeckt. Das Abheben der untersten Lage ist sehr schmerzhaft und gibt häufig zu kleinen Blutungen Veranlassung, wodurch die Heilung wesentlich verzögert wird. Je seltener aber ein Verband gewechselt zu werden braucht, um so schmerzloser ist das Verfahren für den Patienten. Muß aus irgendeinem Grunde dennoch die direkt auf der Wunde liegende Gazeschicht entfernt werden, so geschieht das am schonendsten für den Kranken im Bade. Die Reinigung der Brandwunden ist für empfindliche Personen freilich eine etwas schmerzhaftere Prozedur. Bei ausgedehnten Verbrennungen ist es, wenn überhaupt noch Hoffnung auf Genesung vorhanden ist und der Kräftezustand des Patienten es irgend zuläßt, daher ratsam, eine leichte Narkose anzuwenden. Oft genügt Aetherrausch. Pels-Leusden trat warm für diese Methode ein, deren Nachteile (Schmerzhaftigkeit, Narkose) durch die glänzenden Heilerfolge (Abkürzung, Vermeidung von Sekundärinfektionen, Fieber, Erysipel usw.) mehr als aufgehoben werden. — Verf. kann das Urteil von Pels-Leusden nur bestätigen. Es ist ganz erstaunlich, wie anders die Brandwunden ohne oder mit Anwendung des Verfahrens aussehen. Hier frische, rasch heilende und sich überhäutende Flächen, meist ohne jedes Fieber, dort oft genug Eiterungen, die längere Zeit zur Heilung brauchen, zugleich mit Fieber und Störung des Allgemeinbefindens. Auch Verf. hat zuweilen die Probe am selben Menschen gemacht, den einen Teil der Brandwunden gereinigt, den anderen nicht, sondern in alter Weise konservativ behandelt. Der Unterschied war jedesmal so in die Augen springend, daß ein Zweifel gar nicht möglich war. Noch wichtiger als bei den lokal begrenzten, kleineren Verbrennungen scheint der Wert des Verfahrens bei den schweren, allgemeinen zu sein. Jedenfalls hat Verf. mehr Fälle am Leben erhalten, als wir das früher gewohnt waren. Gewiß mag der Zufall mitspielen. Bemerkenswert ist nur, daß der Tod jetzt jedesmal nur 1 oder 2 Tage nach der Verbrennung eintrat, spätere Todesfälle nicht mehr gesehen wurden. Das spricht dafür, daß eben die Fälle, die auf Infektion zu beziehen waren, am Leben erhalten sind, und das ist ja das, was man allein erhoffen konnte. Der Eingriff selbst wird überraschend

gut vertragen. In bezug auf die Technik hielt sich Verf. nicht ganz an die Angaben von Tschmarke. So vermied er, wie schon Pels-Leusden, wegen der Vergiftungsgefahr die Jodoformgaze und verwandte als Deckverband nur aseptische Gaze. Wo es irgend möglich war, also an den Gliedmaßen, suchte er die Waschung unter Blutleere vorzunehmen, um auch jede Blutung bei dem Eingriff zu verhindern. Außerdem nahm er ausnahmslos bei jeder Verbrennung den Eingriff in Narkose (Chloräthylrausch oder Chloräthyläthernarkose) vor, da die Narkose schon des Schmerzes wegen, auch bei Schock, nur günstig wirken kann und wir durch den Schmerz in der Ausübung des Verfahrens nur zu leicht behindert werden; denn darüber ist gar kein Zweifel möglich, daß, je ausgiebiger und sorgsamer die Säuberung geschieht, desto besser auch die Wirkung ist. Diese Wirkung stellt sich Verf. allerdings noch weitgehender als Tschmarke vor. Denn die Abspülung und Auswaschung der Infektionserreger ist nicht das einzige, was dabei mitspielt. Dazu kommt jedenfalls die Wirkung einer kräftigen vorübergehenden Blutfülle im Sinne Biers mit allen ihren bekannten Folgen, die sich bei einem einigermaßen energischen Vorgehen einstellen muß. Eine gewisse Aetzung der Wunden durch das Alkali der Seife (bezw. durch das Sublimat) scheint ebenfalls nicht unangebracht. Also alles ähnlich wie bei der Behandlung der Schußwunden. Aber wie man sich auch die Wirkung denkt, an der Tatsache ist nicht zu zweifeln, daß wir in dem Verfahren von Tschmarke ein ausgezeichnetes Mittel gegen die Verbrennungen haben, das man nur wärmstens empfehlen kann. (M. Kl. 1918 Nr. 35.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Klinische Erfahrungen mit Tetrahydroatophan.** Von Privatdozent Dr. Severin (Aus der medizinischen Universitätsklinik Breslau). Das Tetrahydroatophan ist ein durch naszierenden Wasserstoff gewonnenes Reduktionsprodukt des in der Gichttherapie wohlbekanntem und bewährtem Atophans, der Phenylchinolinkarbonsäure. Dieses hydrierte Atophan ist ein weißgelbgefärbter, kristallinischer, wasserunlöslicher Körper. Man kann beim Tier mittelst des Hydroatophans mit einer einmaligen Dosis einen Zustand erzeugen, der fast ähnliche Erscheinungen aufweist wie die Myotonia congenita; nach genügender Ruhepause starke, sekundenlang andauernde, künstlich durch kräftige Bewegungsimpulse auslösbare Muskelkontraktionen, ein Zustand, der beim Warmblüter stundenlang, beim Kaltblüter wochenlang bestehen kann. Diese im Tierexperiment beobachteten interessanten physiologischen Wirkungen des Hydroatophans mußten

zu seiner klinischen Anwendung und Erprobung auffordern, und zwar bei den verschiedensten Erkrankungen des Zentralnervensystems, die mit einer Herabsetzung der Reflexerregbarkeit einhergehen, so besonders bei allen Motilitätslähmungen auf Grund einer Erkrankung des Rückenmarks oder der peripheren Nerven. Was zunächst die Applikation angeht, so hat Verf. das Tetrahydroatophan beim Menschen ausschließlich innerlich, per os, in Tablettenform gegeben. Begonnen wird mit 0,1 g. Die Dosis wird täglich um 0,1 g gesteigert, so daß schon nach 10—12 Tagen 1—1,2 g erreicht ist. Diese Dosis (5—6 mal täglich 0,2 g) wird noch während weiter 8—10 Tagen fortgegeben. Nachdem so der Patient etwa 20 Tage hindurch regelmäßig Tetrahydroatophan gebraucht hat, wird das Mittel für 8—10 Tage ausgesetzt, dann folgt wieder derselbe Turnus. Die klinischen Erfahrungen über die Wirkung des Hydroatophans erstreckten sich bis jetzt nur auf einen Fall von Tabes dorsalis und auf Fälle von peripheren Lähmungen: Polyneuritis, Radialislähmung, postdiphtherische Lähmung, Oesophagusatonie. Eine sehr günstige Wirkung sah Verf. zunächst in einem Falle von Tabes dorsalis, der klinisch seit Jahren das ausgesprochene Bild des ataktischen Stadiums der Krankheit bot mit allen dazu gehörigen objektiven Symptomen. Besonders lästig empfand der Kranke ein starkes Spannungsgefühl in der Beinmuskulatur. Beim Gehen hatte er das Gefühl, als wenn die Beine mit Gummibändern umschnürt seien, das den freien Gang stark behinderte. Außer hochgradiger Ataxie bestanden jedoch keine eigentlichen Lähmungen oder Spasmen. Weiterhin bestand ein ausgesprochenes pelziges Gefühl der Unterextremitäten. Beim Gehen mit nackten Füßen hatte er dauernd das Empfinden, als wenn er auf Samt ginge. Gefühl für spitz und stumpf, warm und kalt war erloschen. Im Verlauf der Behandlung mit Hydroatophan verlor sich zuerst sehr bald das Spannungsgefühl in der Beinmuskulatur, das Gefühl des Eingeschnürtseins. Das Ausschreiten wurde freier und ungehinderter, der Gang leichter. Diese Besserung nahm während der weiteren Behandlung noch stetig zu. Die Ataxie blieb jedoch im wesentlichen unverändert. Nach einigen Wochen der Behandlung verlor sich auch das pelzige Gefühl. Er spürte wieder deutlich den kalten oder warmen Fußboden unter seinen nackten Füßen. Dieser günstige therapeutische Erfolg wurde ungefähr in 5—6 Wochen erreicht und blieb auch noch mehrere Monate nach Aussetzen des Mittels bestehen. Von den Fällen mit peripheren Lähmungen möchte Verf. kurz folgende hervorheben. Zunächst einen Fall von Polyneuritis unbekannter Ursache. Bei der Aufnahme bestand motorische und sensible Lähmung der Unterextremitäten mit Atrophien, Anästhesien,

Analgesie, Thermanästhesie, Parästhesien, Fehlen der Reflexe, jedoch ohne komplette Entartungsreaktion, ferner motorische Schwäche der Bauch- und Oberextremitätenmuskulatur ohne Sensibilitätsstörungen. Der Zustand bestand seit einem Monat. Verf. hatte hier die Behandlung in den ersten 5 Tagen sofort mit hohen Dosen, mit 1 g des Mittels pro die begonnen und nach 5 tägiger Pause dieselbe mit täglich steigenden Dosen 4 Wochen lang fortgesetzt. Nach ungefähr 10 tägiger Behandlung mit Hydroatophan schwanden zunächst die Sensibilitätsstörungen der Unterextremitäten: das Gefühl für Berührung, Temperaturunterschiede kehrte zurück, dann der Fußsohlenreflex. Nach weiteren 8 Tagen gingen die motorischen Lähmungen der Beine allmählich zurück. Nach 4 Wochen machte Patient schon Gehversuche. Kurz vor dem Aussetzen des Mittels traten fibrilläre Muskelzuckungen der Extremitäten auf. Auffallend war in diesem Falle die schrittweise fortschreitende Besserung bald nach Einsetzen der Hydroatophantherapie ohne sonstige therapeutische Maßnahmen. In einem weiteren Falle handelte es sich um eine typische Radialislähmung infolge Tornisterriemendruckes mit pelzigem Gefühl im Radialisgebiet ohne Entartungsreaktion. In diesem Falle gab Verf. sofort größere Dosen 4 mal 0,2 g pro die. Nach 4 Tagen trat auffällige Besserung, nach 6 Tagen fast völlige Heilung ein. In einem weiteren, aber schweren Falle von postdiphtherischer Lähmung mit motorischen Lähmungen der Arme und Beine und leichten Sensibilitätsstörungen an den Unterextremitäten schwanden prompt nach 6 tägiger Hydroatophanbehandlung die sensiblen Störungen. Im weiteren Verlaufe der Behandlung trat auch allmähliche Besserung der motorischen Lähmungen ein. Der Erfolg war hier nicht so eklatant wie in den übrigen Fällen. Eine recht günstige Wirkung des Hydroatophans sah Verf. im letzten Falle, in einem Falle von Atonie oder Hypokinese der Speiseröhre. Seit 2 Jahren klagte der Patient nach einem im April 1916 erlittenen Sturz von 4 m Höhe und Verschüttung durch 2 Zentner schwere Säcke über erschwertes Schlingen, nach Genuß fester Speisen über stark brennende Schmerzen und Druckgefühl hinter dem Sternum, über ein Gefühl des Steckenbleibens des Bissens in der Speiseröhre, das stets erst nach reichlichem Wassertrinken verschwand. Auch nach Genuß weicher Speisen bestand stets das Gefühl des Liegenbleibens des Breies im Oesophagus, jedoch ohne Schmerzen. Nur flüssige Speisen wurden beschwerdefrei genossen. Objektiv bestand normaler Sondenbefund, sogar ein leichtes Gleiten der Sonde. Die Diagnose wurde durch das Röntgenverfahren gestellt: Verlängerung der ösophagealen Schluckphase, Liegenbleiben der dünn- bis dickbreiigen Wismutmassen im Halse, in den Valleculae

und Sinus piriformes, band- und streifenförmige Ausbreitung schon des ersten Wismutbissens über den ganzen Oesophagus und Liegenbleiben desselben. Nach 3 Stunden erst war die Speiseröhre frei von Wismut. Trotz 2jähriger Behandlung war keine Besserung eingetreten. Nach 3 Hydroatophanserien gingen schon dünnbreiige Wismutmassen glatt- und restlos in kurzer, geschlossener Säule durch. Von ganz dickbreiigen Wismutmassen gehen jetzt bis 7 Bissen ebenfalls prompt durch, erst der 8. Bissen bleibt haften. Dabei jedoch zeigt der Oesophagus im Röntgenbild starke peristaltische Bewegungen, und nach  $\frac{1}{4}$  Stunde schon ist der Bissen verschwunden, der Oesophagus leer. Dieser Fall steht noch in Behandlung; er illustriert auffällig die günstige Wirkung des Hydroatophans auf die schon seit 2 Jahren bestehende hochgradige motorische Schwäche der Oesophagusmuskulatur. Unangenehme, jedoch schnell vorübergehende Nebenwirkungen sah Verf. nur in dem ersten Falle von Tabes dorsalis, bei dem das Mittel über 6 Wochen lang gegeben wurde, bis Krampfzustände eintraten, und zwar Steifigkeit und Schwere der Zunge und der Beinmuskulatur, Schluckbeschwerden, sekundenlang dauernde tetanische Zuckungen in der Gesichts- und Oberarmmuskulatur bei aktiven Bewegungen, die in der ersten halben Stunde alle 2—3 Minuten, dann seltener auftraten und in 2 bis 3 Stunden sich ganz verloren. In der ersten Viertelstunde bestand noch heftiges Angstgefühl, Unruhe, Atemnot, Puls- und Atembeschleunigung. Nach Aussetzen des Mittels gingen diese Nebenerscheinungen in wenigen Stunden zurück. Bei richtiger Dosierung hat Verf. jedoch nie mehr solche unangenehmen Erscheinungen gesehen. Das Tetrahydroatophan wirkt also günstig bei motorischen und sensiblen Lähmungen spinalen bzw. peripheren Ursprungs, und zwar am besten in den Fällen, bei denen keine kompletten Paralysen, sondern stärkere und schwächere Paresen bestehen, d. h. also da, wo der Verkehr auf motorischen und sensiblen Bahnen nicht vollständig unterbrochen, sondern nur erschwert ist. In diesen Fällen ist eine bedeutende Beschleunigung der Besserung, des Rückgangs der motorischen Lähmungen und der Sensibilitätsstörungen nicht zu verkennen. Auch die glatte Muskulatur ist der Einwirkung des Mittels unterworfen.

(B. kl. W. 1918 Nr. 35.)

**Pavon (Ciba)** ist ein neues, von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel hergestelltes Opiumpräparat, das sämtliche wirksamen Bestandteile des Opiums in ihren natürlichen Verhältnissen und nur 23% Morphinium enthält (Pantopon etwa die doppelte Menge). Es werden geliefert

1. Ampullen à 1,1 ccm zur subkutanen Injektion (1 ccm = 0,02 Pavon),

2. Tabletten à 0,02 Pavon,

3. Tropfen 2% ige Lösung zum internen Gebrauch.

Im Inselspital Bern hat sich, wie E. Wyß mitteilt, das Mittel gut bewährt: Zur Einleitung der Narkose,  $\frac{1}{2}$  Stunde vorher 0,02 subkutan. Narkose in allen Fällen glatt; keine Verlangsamung der Atmung, keine Schädigung des Gefäßzentrums. Zur Schmerzstillung, z. B. nach Operationen, Verletzungen usw., 15—20 Minuten nach der Injektion Wirkung deutlich. Nach einiger Zeit Wiederholung nötig. Auch nach 2—3 maliger Injektion innerhalb von 24 Stunden keine Nebenerscheinungen. Bei Husten und Blasen-tenesmen gute krampfstillende Wirkung. Ebenso vorzügliche sedative bei interner Medikation (am besten 3 mal täglich 20 Tropfen). — Auch Prof. R. Staehelin lobt das Mittel, das sich ihm besonders bei Durchfällen und bei Schmerzen, die mit Krämpfen der glatten Muskulatur einhergehen, bewährte.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1918 Nr. 35.)

**Erfahrungen mit der kolloiden Silberlösung Argentocoll** (Chem.-pharmaz. Industrie in Graz) veröffentlicht Dr. S. Schwarz (k. k. Reservespital I in Wien). Das Präparat (25% Silber enthaltend) zeichnet sich durch besondere Feinheit des Kolloids aus. Bei akutem, fieberhaftem Gelenkrheumatismus konnte Verf. nach 4—6 subkutanen Argentocollinjektionen einen günstigen Einfluß auf die Gelenksschwellungen beobachten, der Schmerznachlaß war manchmal schon nach den ersten 2 Injektionen eingetreten, ebenso das Abklingen des Fiebers. Wenn auch der Fieberabfall nach den ersten Einspritzungen kein dauernder war, führten die wiederholten Injektionen oft recht bald zu normalen Temperaturen und völligem Schwinden der Gelenkerscheinungen. Bei vielen Polyarthritiden, wo Salizyl wirkungslos blieb oder nicht vertragen wurde, verhalfen die Argentocollinjektionen zu einem günstigen unkomplizierten Verlauf der Erkrankung. Bei frühzeitiger Anwendung ist es wahrscheinlich, daß ein deletärer Einfluß auf das Herz vermieden werden kann. Bei Gonitis gonorrhoeica konnten vereinzelt auch schwerere Gelenkaffektionen zur Rückbildung gebracht werden, nach 5—6 Injektionen gänzliche Abschwellung der erkrankten Gelenke, afebrile Temperaturen, nach 8 Injektionen vollkommene, schmerzlose aktive und passive Bewegungen, Heilung. In allen Fällen wurden die subjektiven Symptome sofort gebessert, der Schmerz gelindert, die hyperpyretischen Temperaturen herabgesetzt und keine Abszesse nach den Injektionen, die einfach und leicht ausführbar sind, bemerkt.



Die für die Kranken oft unheilvollen Schüttelfröste hat Verf. nach Argentocollinjektionen nicht gesehen, was einen besonderen Vorteil dieser Medikation darstellt.

(Klin. therap. W. 1918 Nr. 33/34.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Bei der Behandlung der Bartflechte kommt Dr. Th. Spiegelhauer (Zwickau i. S.) mit 3 Rezepten aus. Zur Ablösung der weißen Schuppen (Anfangsstadium) benutzt er folgende Salbe:

Acidi salicylici . . . . .	0,5
Sulfuris praecipitat. . . . .	2,5
Unguenti neutral. ad . . . . .	25,0

Diese Salbe läßt Verf. 2—3mal täglich auf die erkrankten Stellen einpinseln, außerdem aber abends das ganze Gesicht und den Hals mit einem anderen Pinsel einpinseln, um eventuell verschleppte Keime schon vor ihrem Sichtbarwerden zu vernichten. Nach 3—4 Tagen lösen sich die Schuppen los. Dann läßt Verf. Sublimatumschläge 1:3000 machen (1:1000 reizt die Haut noch zu sehr) und alle Haare in den erkrankten Partien ausziehen. Ist schon Knotenbildung mit Eiterung eingetreten, so fängt Verf. sofort mit Sublimatumschlägen (heiß) an und läßt nachts 10% ige Ichthyosalbe auftragen. Natürlich müssen in diesem Krankheitsstadium die Haare erst recht ausgezogen werden. Der Patient muß nicht nur ein Handtuch für seinen alleinigen Gebrauch zur Verfügung haben; er darf dasselbe nicht einmal für das Gesicht benützen, sondern muß für dieses einen eigenen Lappen nehmen. Besonders muß sich der Patient hüten, sich — dem Juckreiz folgend — mit den Händen ins Gesicht zu fahren, da er dadurch die Pilze an die Finger bringt, um dieselben dann durch Handgeben oder durch Türklinken, Zeitungen, kurz alles, was er anfaßt, weiterzubreiten.  
(M. m. W. 1818 Nr. 39.)

**Terpentinölinjektionen bei einigen Hautkrankheiten.** Von Kgl. Rat Dr. Josef Sellei (Aus der Dermatologischen Abteilung des Garnisonspitals XVII in Budapest). „Bei Erscheinen der Klingmüllerschen Arbeit waren Versuche mit Milchinjektionen bei verschiedenen Hautkrankheiten auf meiner Abteilung eben im Gange und Parallelversuche mit Terpentinöl daher von größtem Interesse. Wiewohl ich nun der Meinung bin, daß die Milchinjektionen bei Hautkrankheiten nur eine ganz prekäre Indikation finden, muß er doch gleich erwähnen, daß nach meinem Eindruck die Milchinjektionen von nachhaltigerer und prompterer Wirkung als die parallel angestellten Injektionen mit Terpentin gewesen sind. Bei

oberflächlichen Hauteiterungen war eine günstige Beeinflussung des Krankheitsprozesses durch das Terpentin jedenfalls wahrnehmbar. Impetigenöse Ausschläge gingen in 1, 2 Tagen fast vollständig zurück. Bei tieferen Hauteiterungen, Pyodermie, Furunkulose, ist der Effekt schon weniger deutlich gewesen. Wenn der Krankheitsprozeß im Vergleich mit den anderen angewendeten Heilmethoden durch die Terpentininjektionen vielleicht auch etwas abgekürzt werden konnte, so war dies dennoch nicht von Belang. Dazu tritt noch der Umstand, daß die Terpentinöleinspritzungen mit Temperaturerhöhungen, in manchen Fällen auch mit wesentlichen Schmerzen verbunden waren, weshalb es sich bei oberflächlichen Hauteiterungen eigentlich nicht lohnte, den Kranken diesen Unannehmlichkeiten auszusetzen. Bei akuten nässenden Ekzemen ist ein schnelles Abtrocknen der erkrankten Hautpartie unbedingt zu konstatieren gewesen. Bei chronischen Ekzemen hingegen wurde nicht viel erreicht, nur subjektiv war das Mittel bisweilen von guter Wirkung. Die Kranken haben sich an dem der Injektion folgenden Tage in sehr vielen Fällen über ein Nachlassen des quälenden Hautjuckens geäußert. Auch bei Prurigo diathésique konnten wir in einigen Fällen ein schnelles Abklingen der klinischen Symptome sowie eine besonders gute Wirkung auf das Jucken konstatieren. Am auffallendsten jedoch ist die Wirkung bei Pruritus gewesen. Obzwar wir uns in der Pruritustherapie streng an die Regel halten, erst die ursächlichen Momente des Pruritus zu eruieren und unser therapeutisches Eingreifen diesen gemäß einzuleiten, so gibt es zum größten Leidwesen des behandelnden Arztes und des Kranken bekanntlich doch Fälle genug, in welchen einem die verschiedensten gangbaren Mittel der antipruriginösen Medikamentskala im Stiche lassen. Ich habe nun erst in verzweifelten Fällen Terpentinölinjektionen angewendet, und die ersten guten Erfolge veranlaßten mich, die Behandlungsmethode an einem größeren einschlägigen Krankenmaterial zu erproben. Raummangel macht es mir unmöglich, meine Krankengeschichten hier in extenso anzuführen. Nur kurz möchte ich mitteilen, daß die Terpentinölinjektionen in vielen Fällen des universellen Pruritus von gutem Erfolg begleitet sind. In vielen Fällen kann das Jucken dadurch gelindert werden, doch sind die Injektionen öfters zu wiederholen, da sich die juckstillende Wirkung einige Tage nach der Injektion allmählich verliert. Ich sehe in solchen Fällen in den Terpentinölinjektionen ein unbedingt schätzbares Hilfsmittel.“

(D. m. W. 1918 Nr. 37.)

**Anwendung und Wirkung des Terpentins bei der parenteralen Injektion.** Von Dr. Alfons Grabisch (Aus der Kgl.

Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Kiel). „Seit der Mitteilung von Klingmüller ‚Ueber Behandlung von Entzündungen und Eiterungen durch Terpentineinspritzungen‘ ist dieses Mittel seither durch Tausende von Einspritzungen an hiesiger Klinik erprobt worden. Wie Klingmüller schon in der Ueberschrift sagt, sind Entzündungen und Eiterungen das Hauptanwendungsgebiet. Dabei ist es beinahe gleichgültig, auf welche Aetiologie sie zurückzuführen sind. Auf Grund dieser Tatsache ergibt sich die relative Unspezifität der Vakzineinjektionen. Es ist daher z. B. nicht notwendig, Bartflechten mit Trichophytin zu spritzen. In hiesiger Klinik wird das überaus reiche Trichophytienmaterial ausschließlich mit Terpentininjektionen behandelt und — geheilt. In einigen hartnäckigen Fällen von knötchenförmiger, tiefer Trychophytie lassen wir daneben noch feuchte Sublimatumschläge (1:5000) machen, in solchen von oberflächlicher mit 1% iger Sublimatbenzoetinktur pinseln. Epilation der Haare durch Pinzette oder Röntgenstrahlen und stark wirkende Salbenverbände erübrigen sich vollkommen und müssen als unnütze Zeit-, Geld- und Materialverschwendung bezeichnet werden. Schon nach 2 Einspritzungen schrumpfen die Trichophytieknoten zusammen, und nach 4—6 Injektionen, die im Abstände von 4—7 Tagen (je  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  ccm der 20% igen Lösung in Olivenöl 1—2 Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes auf den Knochen) gegeben werden, ist die Trichophytie geheilt. Die Bartflechten bilden, da sie gegenwärtig so überaus häufig vorkommen, das Hauptanwendungsgebiet des Terpentins. Wie bei ihnen wird es mit fast noch mehr auffallendem Erfolge bei allen Krankheiten gegeben, bei denen es sich um ähnliche klinische Erscheinungen handelt, d. h. um Entzündung mit Exsudation: so namentlich bei den akuten Ekzemen, Dermatitis und Arzneiexanthenen (Salvarsan, Hg, Jod, Brom usw.), bei gonorrhoeischen Komplikationen (Epididymitis, Arthritis, Tendovaginitis), bei Urtikaria, Strophulus und Erythema exsudativum multiforme, bei Dermatitis herpetiformis, bei Furunkulose, Pyodermien, Schweißdrüsenabszessen und Bubonen, bei Pyelitis und Zystitis.“

(Derm. Wschr. 1918 Nr. 37.)

**Ueber die Heydenschen Antisyphilitica: Mercoid und Arsenohyrgol.** Von San.-R. Dr. G. Winkler (Dresden). Mercoid ist die sterile Suspension eines löslichen (merkuralisilylsulfonsaures Natrium) und eines unlöslichen Quecksilbersalzes (Kalomel) in Paraffinum liquidum; es ist eine milchigweiße Flüssigkeit, die vor Gebrauch gut umgeschüttelt werden muß und die in bequemen, 12 ccm enthaltenden Glasflaschen abgegeben wird. Arsenohyrgol enthält Methyarsinsäure und Merkurisilylsäure, also Arsen und

Quecksilber, und zwar von ersterem 0,81 ‰, von letzterem 0,49 ‰, entspricht mithin dem Gehalte des Enesols. Es ist eine wasserklare, in zugeschmolzenen, leicht zu öffnenden, je 2 ccm enthaltenden Glasampullen befindliche Flüssigkeit. Nach der Vörnerschen Angabe sollen für eine ganze Kur mit Mercoïd 6 Einspritzungen genügen, deren Stärke je nach dem Körpergewicht sich zwischen 0,5—2,0 zu bewegen hat; bei Arsenohyrgol sollen je nach der Art des Falles 15—30 Einspritzungen, im allgemeinen jede zu 2 ccm bemessen, für eine Kur erforderlich sein. Die Mercoïd-injektion soll wöchentlich einmal, die Arsenohyrgoleinspritzung durchschnittlich alle 1—2 Tage erfolgen. Mercoïdeinspritzungen werden am besten intramuskulär, die mit Arsenohyrgol entweder intramuskulär oder aber auch in das Unterhautzellgewebe der Gesäßmuskulatur vorgenommen. Das Mercoïd als Mischung eines löslichen und eines unlöslichen Quecksilbersalzes erscheint von vornherein als das kräftiger wirkende von beiden Arzneimitteln. Der Grundgedanke, ein lösliches, also schneller wirkendes Quecksilbersalz mit einem unlöslichen, das zwar langsamer, dafür aber auch nachhaltiger wirkt, in einer Suspension mit dem gleichfalls nur langsam zur Resorption gelangenden Paraffinum liquidum zu verbinden, erscheint bei richtiger Auswahl der Fälle schon rein theoretisch entschieden Erfolg verheißend. Man wird es also im allgemeinen bei all den Fällen bevorzugen, bei denen bisher die Anzeigen für den Gebrauch der unlöslichen Quecksilberpräparate, wie des Oleum cinereum oder des Oleum Calomelanos, gegeben waren. Das Arsenohyrgol wiederum wird sich vor allem für die Fälle eignen, bei denen eine rasche Einwirkung entweder auf frische Luesformen im allgemeinen oder aber auf maligne Frühformen und ulzeröse Spätformen nötig ist. Bei ihm kommt noch das Vorhandensein der Arsenkomponente in Betracht, deren heilkräftige Wirkung auf die Syphilis, wie es die Salvarsanpräparate beweisen, außer Zweifel steht. Verf. hat vom Mercoïd für eine Kur durchschnittlich 8—10 Einspritzungen zu 1,0 verwendet. Höher ist er nicht gegangen, eher hat er, z. B. bei schwächlichen Patienten und besonders bei Frauen, ebenso bei Wiederholungskuren, die Dosis erniedrigt. Bei den meisten Fällen hat er, wenn irgend angängig, noch Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, und zwar im Verlaufe der Kur 4—5 intravenöse Einspritzungen durchschnittlich in der Stärke von je 0,45—0,6 hinzugefügt. Ebenso hat er das Arsenohyrgol, wenn möglich, immer in Verbindung mit Neosalvarsan oder Salvarsannatrium angewendet, und zwar durchschnittlich 12—15 Einspritzungen zu 2,0, dazu in entsprechenden Zwischenräumen 4—5 mal Neosalvarsan in der Dosis 0,45—0,6 gegeben. Was bei der Anwendung von Mercoïd von Anfang an

besonders angenehm auffiel, war der Umstand, daß fast alle Patienten über äußerst geringe Schmerzhaftigkeit im Gegensatz zu den Einspritzungen mit den bisher gebräuchlichen Quecksilber-Paraffin-Suspensionen oder selbst mit grauem Oel klagten; Infiltrate wurden nur selten beobachtet. Ebenso traten ungünstige Erscheinungen von seiten der Mundschleimhaut oder des Darmkanals nur verschwindend selten auf. Ein Quecksilberexanthem stellte sich nur in einem einzigen Fall ein. Verminderung der Arbeitsfähigkeit oder Aufhebung derselben wurde bei den ambulant behandelten Patienten niemals beobachtet. Nicht weniger günstig erwies sich die Anwendung des Arsenohyrgols. Auch hier wurde nur ausnahmsweise über Schmerzhaftigkeit nach den Einspritzungen geklagt, und trat eine solche einmal doch auf, so hielt sie meist nur wenige Stunden, jedenfalls nicht über den Einspritzungstag hinaus an. Wenn man das Mercoid mit nicht zu enger Kanüle und genügend tief in den oberen äußeren Quadranten der Gesäßmuskulatur injiziert, das Arsenohyrgol am besten mit einer gewöhnlichen, genügend langen Kanüle in eine hochgehobene Hautfalte einspritzt und beim Herausziehen der Kanüle darauf bedacht ist, keine Reste des Mittels im Stichkanale zurückzulassen, sind die Einspritzungen wohl überhaupt so gut wie schmerzlos. Nach nunmehr fast 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jähriger Anwendung beider Präparate in einer immerhin beträchtlichen Anzahl von Syphilisfällen der verschiedensten Art und Stärke kann Verf. im allgemeinen ihren Gebrauch nur warm empfehlen. Verf. empfiehlt das Arsenohyrgol als einen guten Ersatz für das bisher vielgebrauchte und bewährte Enesol. Es erscheint besonders wirksam auch bei den parasymphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, bei denen besonders die subjektiven Symptome, wie Schmerzen, Parästhesien, Schwindelanfälle usw. entschieden günstig, und zwar rasch beeinflußt werden. Ebenso hat Verf. verhältnismäßig häufig eine bedeutende Besserung der subjektiven Symptome bei Tabes und Paralyse beobachtet. Es empfiehlt sich allerdings gerade bei dieser ganzen Gruppe außerordentlich, öfters kleine Salvarsandosens hinzuzufügen. Ebenso waren die Ergebnisse bei den malignen Frühformen der Lues und bei ihren Spätformen mit gummösen und ulzerösen Veränderungen recht gut. Weiterhin sah Verf. verschiedene Male guten Erfolg dort, wo Einspritzungen anderer Quecksilberpräparate oder die Schmierkur nicht vertragen wurden und Salvarsan nicht angewendet werden konnte. Besonders häufig wurde es bei Frauen angewendet und von diesen durchgehend besser vertragen als die unlösliche Einspritzung, gegen die diese ja bekanntermaßen meist sehr empfindlich sind. Was das Mercoid anbetrifft, so glaubt Verf., daß man es als gutes Ersatzmittel

des grauen Oels wohl bezeichnen kann. Man braucht zwar einige Einspritzungen mehr als bei diesem, aber es scheint in seiner ganzen Anwendung und Wirkung doch bequemer und entschieden ungiftiger zu sein. Auch hier hat Verf. etliche Male eine rasche Besserung bei zerebraler und spinaler Lues gesehen; besonders bei Lähmungserscheinungen der Extremitäten besserte sich in einigen Fällen die Gebrauchsfähigkeit überraschend schnell.  
(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 7.)

### Verschiedenes.

Ueber den Mißbrauch der Sonde schreibt Dr. E. Glas, Stabsarzt d. R.: „In früherer Zeit hat u. a. in erster Linie wohl v. Bergmann vor dem Gebrauche der Sonde zwecks Sondierung von Schußverletzungen gewarnt. Diese Warnung ist nunmehr, glaube ich, auf fruchtbaren Boden nicht nur bei allen Fachchirurgen, sondern auch bei allen Kriegschirurgie treibenden Praktikern mit gewisser Erfahrung gefallen. Es ist damit vornehmlich die Sondierung glatter Infanteriedurch- oder -steckschüsse gemeint. Bei eiternden Granatverletzungen wird, wenn auch in wenigen Fällen, die Sonde unter gewissen Bedingungen zu Recht verwendet werden. Immerhin sollten hier, wenn eine Sondierung notwendig, nur dicke Metallsonden verwendet werden. Meist wird man aber auch hier mit der Verwendung von Kornzangen, Péans oder ähnlichen Instrumenten vorteilhafter einen Kanalverlauf erkennen können, ohne die Gefahr, Schädigungen zu setzen. Die feine Sonde verführt bekanntermaßen zur Sondierung enger Kanäle, wobei die Gefahr, Keime in die Tiefe zu bringen, schadenbringender ist als der Nutzen der Sondierung. Immer wieder habe ich daheim und im Felde die Erfahrung machen müssen, welch beliebtes Instrument feine Knopfsonden sind. — Es wird nun von vielen Kollegen aber behauptet, daß die Sonde wenigstens zur Einführung von Tampons benützt werden müsse. Ich habe sie zuvor und während des Krieges zur Tamponade nie benötigt. Es gelingt für Kanäle und Fisteln, in welche ein Tampon zur Sekretableitung einzuführen ist, stets die Einführung mit anatomischen Pinzetten. Die Sonde verführt nur erstens zum Stopfen, statt leicht zu tamponieren, wodurch der Tampon als verschließender Pfropf, nicht als ableitender Streifen wirkt; zweitens aber werden viel zu enge Kanäle tamponiert, wenn filiforme Knopfsonden zur Anwendung kommen. In letzteren Fällen sind ja wohl engere Drains am Platze (z. B. kleine Wunden im Gesicht usw.). Wenn es den Chirurgen gelingt, durch ihr Beispiel die feine Sonde mehr als bisher zu verdrängen, wenn die feinen Sonden nur in nötigster

Anzahl dem Kriegschirurgie treibenden Arzte in die Hand gegeben werden, so wird damit auch dem Mißbrauche der Sondierung der Schußwunden, bei denen eine Sondierung kontraindiziert, ja ein Kunstfehler zu nennen ist, direkt und in zweckmäßigster Weise gesteuert werden und die Tamponade, bei der die Spitze des Tampons tiefer hineingeführt werden soll, nicht so leicht durch stöpselartiges Verschließen der zu drainierenden Wunde ersetzt werden können“.

(D. m. W. 1918 Nr. 25.)

**Wiederverwendung des schon gebrauchten Japanpapiers.** Von Dr. Berent. Seit geraumer Zeit wurde als Ersatz für Gummifingerlinge dünnes, sogen. Japanpapier geliefert. Die etwa 10 cm im Quadrate messenden Stücke werden leicht angefeuchtet, um den Untersuchungsfinger gelegt und dann angepreßt. Nach den Erfahrungen ist das Japanpapier ein vollwertiger Ersatz für die Gummifingerlinge. Verfasser fand nun, daß sich dieses Japanpapier, das seines Wissens in Deutschland nicht hergestellt und daher bei der Länge des Krieges immer rarer wird, in der besten Weise durch Auskochen sterilisieren läßt. Man erhält nach dem Auskochen eine etwa  $\frac{2}{8}$  kleinere „Haut“, die sich schlüpfrig anfühlt und fast so elastisch ist wie Gummi. Ausgekocht ist dieses Japanpapier noch schwerer zerreißbar wie unausgekocht. Diese Haut ist zu Untersuchungen wiederholt benutzbar und auskochbar. Es hat fast den Anschein, daß nach mehrmaligem Auskochen die Haut an Festigkeit gewinnt. Beim Trocknen wird die Haut hart. Sie läßt sich dann durch einfaches Einweichen in Wasser wieder elastisch machen. Die getrocknete Haut ist aber leicht brüchig. Daher empfiehlt es sich, die Haut in einer Flüssigkeit (dünner Sublimatlösung) aufzubewahren. Da die Stücke beim Kochen einschrumpfen, müssen also Stücke von etwa 20 cm im Quadrate zur Verwendung kommen. Vorteilhafterweise würde man diese Stücke schon vor dem ersten Gebrauche „zusammenkochen“ lassen.

(M. m. W. 1918 Nr. 8.)

**Ein Fall von gebesserter Dupuytrenscher Kontraktur.** Von Dr. Bruno Gießmann (Nürnberg). Die guten Erfolge, welche Verf. mit der von P. G. Unna angegebenen Narbenbehandlung mittelst der Pepsin-Umschläge bei einer großen Reihe von wulstigen und hypertrophischen Narben sowie bei Narbenkontrakturen nach Verwundungen erzielte, und die günstige Nachprüfung der Amendschen Mitteilung über die Behandlung hartnäckiger Initialsklerosen mit Pepsin-Salzsäure-Umschlägen veranlaßten ihn, die Brauchbarkeit dieser Methode bei einem veralteten Fall Dupuytrenscher Kontraktur zu versuchen. Verf. verwandte im Anschluß an die

Empfehlung Unnas einen Prießnitzschen Umschlag, in welchem das Wasser durch eine Pepsin-Salzsäure-Lösung ersetzt ist. Der Umschlag wurde nur nachts über angelegt, während des Tages gebrauchte der Patient seine Hand wie gewöhnlich. Als Verdauungsflüssigkeit benutzte Verf. anfangs eine Lösung:

Rp. Acidi muriatici . . . . . 2,0  
 Pepsini . . . . . 20,0  
 Aq. dest. . . . . ad 200,0  
 M. D. S.

Als schon nach 2 Wochen eine wesentliche, subjektiv und objektiv deutlich wahrnehmbare Besserung der Dupuytrenschen Kontraktur eingetreten war, erhöhte er, um die Heilung zu beschleunigen, die Konzentration der Salzsäure auf 3,0, die des Pepsins auf 30,0. Nach 6 Wochen fast Heilung.

(M. m. W. 1918 Nr. 39.)

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 33. Diagnostisches S. 39. Symptomatologisches S. 44.  
 Kasuistisches S. 45. Therapeutisches S. 47. Verschiedenes S. 62.

## Sachregister.

Appendicitis des Kindes 40.	Melanodermien durch Kriegersatzmittel 33.
Argentocoll 56.	Meningitis acuta syphilitica 46.
Arsenohyrgol 59.	Mercoïd 59.
Bartflechte, Behandlung 57.	Nervus tibialis, Neuralgie 37.
Blutnachweis, okkult 43.	Neuralgie des Nervus tibialis 37.
Dermatosen durch Kriegersatzmittel 33.	Papierbinden zu Gipsverbänden 43.
Dupuytrensche Kontraktur, Fall 63.	Pavon 55.
Gipsverbände mit Papierbinden 43.	Schnelldesinfektion der Hand 47.
Hernien, Entleerung irreponibler 49.	Sonde, Mißbrauch 62.
Influenza, Druckpunkt bei 39.	Syphilis, Mercoïd und Arsenohyrgol bei 59.
Influenzabazillen, diphtheritische Entzündung der Luftwege durch 38.	Terpentin bei parenteraler Injektion 58.
Ischias, zur Symptomatologie 44.	Terpentininjektionen bei Hautkrankheiten 57.
Japanpapier, Wiederverwendung 63.	Tetrahydroatophan 52.
Kriegersatzmittel, Dermatosen durch 33.	Uteromyome, Verschwinden in der Schwangerschaft 45.
Malaria tropica, latente 44.	Verbrennungen, Behandlung 50.

## Autorenregister.

<i>Benda</i> 37.	<i>Giessmann</i> 63.	<i>Manninger</i> 47.	<i>Sellei</i> 57.
<i>Berent</i> 63.	<i>Glaß</i> 62.	<i>Neumann</i> 46, 49.	<i>Severin</i> 53.
<i>Boas</i> 43.	<i>Grabisch</i> 58.	<i>Opitz</i> 45.	<i>Spiegelhauer</i> 57.
<i>Boeckler</i> 39.	<i>Klemperer</i> 33.	<i>Ritter</i> 50.	<i>Stachelin</i> 56.
<i>Drachter</i> 40.	<i>Koertling</i> 43.	<i>Sachs</i> 44.	<i>Winkler</i> 59.
<i>Galewsky</i> 38.	<i>Liebesny</i> 44.	<i>Schwarz</i> 56.	<i>Wyß</i> 56.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
 San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.  
 Druck von Robert Noske, Berna-Leipzig.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voß in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1918

## Aetiologisches.

**Fall, Kopfverletzung, tödliche Hirnhautentzündung — kein Zusammenhang.** Darüber schreibt San.-Rat Dr. Paul Frank (Berlin): „Der Nachtmeister Bernhard J. kam am 28. August 1916 nachts in der Fabrik zu Fall, verletzte sich das Knie und zog sich eine Wunde am Kopf zu. Danach blieb er bis zum Ende seines Dienstes in der Fabrik und ging dann nach Hause, wo er seiner Frau gegenüber über heftige Kopfschmerzen klagte. Trotzdem diese weiterbestanden, ging er abends wieder in die Fabrik und war noch 2 Tage daselbst tätig. Am Abend des 1. September klagte er gegenüber einem anderen Meister über heftige Kopfschmerzen. Auf dessen Rat ging er nach Hause und fiel auf dem Wege nach Hause nochmals hin, wobei er sich eine stark blutende Wunde am Hinterkopf zuzog. Es wurde am nächsten Morgen ein Arzt gerufen, der den Kranken in sehr bedenklichem Zustande fand. J. fieberte, war unbesinnlich, schielte und hatte Nackenstarre. Die kleine Kopfwunde war verklebt und ohne entzündliche Reizung. Der Arzt nahm eine Hirnhautentzündung an. Unter zunehmender Bewußtlosigkeit verstarb J. am 5. September. Von den Hinterbliebenen sind Rentenansprüche erhoben worden, und die Berufsgenossenschaft hatte nun zu entscheiden, ob in diesem Fall Tod nach und durch Betriebsunfall vorläge. Um diese Entscheidung herbeizuführen, hat sie etwa 14 Tage nach dem Tode die Leiche exhumieren und durch den Kreisarzt Dr. G. obduzieren lassen. Dieser fand am Hinterkopf eine 3 cm lange, 0,3 cm breite Durchtrennung der Weichteile mit unregelmäßig gezackten Rändern bis zu 0,3 cm Tiefe; ferner unter der linken Kniescheibe einen talergroßen, von Oberhaut entblößten Fleck. Die harte Hirnhaut war links mit dem Knochen fest verwachsen. Die weiche Hirnhaut war verdickt, milchig getrübt und undurchsichtig. Zeichen einer

frischen Entzündung waren an ihr nicht vorhanden. Am Gehirn waren Einzelheiten nicht mehr zu unterscheiden. Irgendwelche Blutaustritte wurden in der Gehirnschubstanz nicht gefunden. Der Obduzent kam in seinem vorläufigen Gutachten zu dem Schluß, daß die vorgefundenen Verletzungen nicht geeignet waren, den Tod des J. herbeizuführen. Mit Sicherheit konnte die Todesursache nicht festgestellt werden. Es wurde nur eine chronische Entzündung der Hirnhaut gefunden. In einem ausführlichen Gutachten kam er dann auf Grund des Leichenbefundes zu dem Schluß, daß die Hirnhautentzündung nach Verlauf der Krankheit, den Beobachtungen des Arztes und dem im übrigen negativen Befunde bei der Leichenöffnung nicht als Folge des Unfalls anzusehen wäre. Er erörtert in diesem Gutachten die Frage, ob diese Hirnhautentzündung vielleicht eine sogenannte epidemische Hirnhautentzündung gewesen ist. Sollte dies der Fall sein, so könnte eine epidemische Genickstarre nicht nach einer Verletzung des Kopfes durch stumpfe Gewalt entstehen und bereits einige Stunden nach der Verletzung so schwere Krankheitserscheinungen auslösen. Wenn es sich um eine Hirnhautentzündung anderer Art gehandelt hat, so müßte, wenn Zusammenhang derselben mit der Verletzung vorliegen sollte, Gelegenheit gewesen sein, daß Eitererreger von der Wunde aus in das Schädelinnere vordrängen. Das ist aber bei J. nicht der Fall gewesen. Der Obduzent kommt vielmehr zum Schluß, daß kein Anlaß zu der Annahme bestand, daß von der Wunde aus eine Infektion des Schädelinnern erfolgt ist, und daß sie den Anlaß zu der todesendenden Erkrankung gegeben hat. Das Oberversicherungsamt hat auf die gegen den abweisenden Bescheid der Berufsgenossenschaft eingelegte Berufung noch den Nervenarzt Dr. L. gehört, der sich aber dem Gutachten des Kreisarztes angeschlossen hat. Er begründet in sehr instruktiver Weise seine den Zusammenhang leugnende Auffassung des Falles wie folgt: Man kann sich den Zusammenhang einer Gehirn- bzw. Hirnhautentzündung mit einem Unfall auf 3 Arten vorstellen: Entweder handelt es sich um Verletzungen, die von außen bis nach dem Schädelinnern durchdringen (die gleiche Rolle würden Schädelgrundbrüche spielen, bei denen eine offene Verbindung zwischen der Schädelhöhle und der Nasen- oder Rachenhöhle entstehen kann); oder von einer entzündeten äußeren Wunde werden auf der Lymph- oder Blutbahn Keime in das Schädelinnere verschleppt; oder eine bei dem Unfall entstehende Blutung oder Gewebeszerstörung im Schädelinnern gibt zufällig mit dem Blut- oder Lymphstrom eindringenden Keimen einen besonders günstigen Nährboden. Der erste Fall liegt bei J. nicht vor; es hat bei dem Hinfallen am 28. August weder eine offene Gehirnverletzung noch

ein Schädelgrundbruch stattgefunden. Ebenso wenig läßt sich nach Krankheitsverlauf und Leichenbefund vermuten, daß der Unfall (ein Hinstolpern zu ebener Erde) eine Blutung oder Gewebezzerstörung im Schädelinnern bewirkt hätte. Eine äußere Verletzung hat J. zwar hierbei erlitten, aber am Knie, also an einer weit vom Kopfe entfernten Stelle, von wo aus nicht mit dem Lymphstrom und gewiß nur ganz ausnahmsweise mit dem Blutstrom Entzündungskeime ins Innere des Kopfes gelangen, und die Wunde ist ohne Entzündungsmerkmale glatt geheilt. Keinesfalls genügt der Zeitraum von einigen Stunden, der zwischen der zweiten Verletzung und den ersten klinischen Krankheitserscheinungen lag, zur Vollendung eines Vorganges, der sich aus dem Eindringen von Krankheitskeimen in eine Wunde irgendwo am Körper, aus der Weiterverschleppung der Keime, deren Ansiedelung im Schädelinnern und deren entzündungserregender Wirkung auf Gehirn und Hirnhaut zusammensetzt. Auch er kommt also zu dem Schluß, daß der zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und Hirnhautentzündung nur so zu deuten ist, daß die Krankheit, die ohne erkennbaren Anlaß entstanden ist, mit einem Schwindelanfall begonnen hat, und daß dieser den J. zu Fall gebracht hat. Nicht der Unfall sei als Ursache der Krankheit anzusehen, sondern die eben beginnende Krankheit mit Wahrscheinlichkeit als Ursache des ersten ebenso wie des zweiten Unfalls aufzufassen. Auf dieses Gutachten hin hat das Oberversicherungsamt die Anspüche der Hinterbliebenen abgewiesen. Rekurs ist nicht eingelegt worden“.

(M. Kl. 1918 Nr. 34.)

### Diagnostisches.

**Ein handlicher Taschenapparat zur Eiweißuntersuchung.**  
 Von Dr. Hugo Grünbaum (Prag). Er besteht aus 2 Gasröhrchen, deren eines zur Aufnahme des Harns dient und etwa bis zur Hälfte mit diesem angefüllt wird. Das andere enthält das Reagens (10 % ige Ferrozyankaliumlösung mit einigen Tropfen konzentrierter Essigsäure angesäuert), welches durch den äußeren Luftdruck im Röhrchen gehalten wird und erst bei Drehung des durchbohrten Glasstöpsels durch die untere sehr enge Oeffnung in den Harn abtropft. Nach 2—3 Tropfen kann man bereits den Ausfall der Reaktion verlässlich ablesen. Das Reagenzröhrchen wird nach Gebrauch am unteren Ende mit einem eingeschliffenen Glasschuh versehen, damit das Reagens nicht auslaufen kann. In dem Etui sind noch Reserveröhrchen zur eventuellen Untersuchung auf Zucker (Nylander) oder Urobinologen (Ehrlich) untergebracht. Der Apparat wird von der Firma Alois Kreidel in Prag, Hußgasse 241—I,

angefertigt und unter dem Namen „Albumoskop“, nach Dr. Grünbaum, in den Handel gebracht. (W. kl. W. 1918 Nr. 30.)

**Die Diagnose der primären Nasendiphtherie und der Hautdiphtherie im Säuglings- und Kindesalter.** Von Dr. Lotte Landé (Aus der Göttinger Universitätskinderklinik).

### Nasendiphtherie.

1. Eine Nasendiphtherie darf nur angenommen werden bei gleichzeitigem Nachweis von nicht abwischbaren Membranen und Diphtheriebazillen auf der Nasenschleimhaut.

2. Mehr als  $\frac{3}{4}$  aller diphtheritischen Erkrankungen des Säuglingsalters verlaufen unter dem Bilde der primären isolierten Nasendiphtherie.

3. Auch im Spiel- und Schulalter ist die primäre Nasendiphtherie eine sehr häufige Erkrankung, die gerade infolge der geringen oder gar nicht vorhandenen Störung des Allgemeinbefindens in hohem Maße zur Verbreitung der Infektion beiträgt. Prädisponiert sind die skrofulösen Kinder.

4. Als Hauptformen kann man eine akute, eine subakute oder chronische und eine larvierte Form der primären Nasendiphtherie unterscheiden; die subakute Form entspricht dem früher aufgestellten Begriff der Rhinitis fibrinosa, der jetzt seine Daseinsberechtigung verloren hat.

5. Der Verlauf ist meist gutartig; postdiphtherische Lähmungen gehören zu den Ausnahmen, Fortschreiten auf Rachen und Kehlkopf, sekundäre Augen-, Mittelohr-, Haut- und Nabdiphtherie wurden mehrfach beobachtet, ebenso Infektionen der Umgebung mit den verschiedensten Formen der Diphtherie.

6. Nach Injektion von 2000 I.-E. Diphtherieserum stoßen sich die Membranen meist im Laufe von 4—8 Tagen ab.

7. Prophylaktisch ist die rechtzeitige Diagnosenstellung von größter Bedeutung; sie ist nur möglich, wenn die Rhinoscopia anterior unter die allgemeinen Untersuchungsmethoden aufgenommen und bei jedem Schnupfen ausgeführt wird.

### Hautdiphtherie.

1. In der Göttinger Kinderklinik wurden im Laufe von 15 Monaten unter 200 Diphtheriefällen 44 Hautdiphtherien beobachtet, darunter 32 Fälle von isolierter Hautdiphtherie. Die Hautdiphtherie ist also keine seltene Erkrankung.

2. Sie tritt heutzutage vorwiegend in gutartiger, klinisch wenig eindrucksvoller Form auf, ohne Fieber und sonstige Störung des

Allgemeinbefindens. Gerade deshalb spielt sie bei der epidemischen Verbreitung der Diphtherie eine verhängnisvolle Rolle.

3. Bevorzugt sind besonders die Kinder im 1. und 2. Lebensjahr.

4. Die klinische Grundform ist das mit einer festhaftenden Membran belegte, oberflächliche diphtherische Geschwür. Als häufigste Erscheinungsformen wurden eine intertriginöse und eine impetiginöse Form beobachtet; seltener eine pustulöse; vereinzelt waren Fälle von diphtherischem Ekthyma und Panaritium.

5. Das verhältnismäßig häufige Vorkommen von Rezidiven nach Hautdiphtherie und von Hautbazillenträgern erster Ordnung wurde erwiesen.

6. Die Diagnose einer Hautdiphtherie darf in der Mehrzahl der Fälle nur bei gleichzeitigem Nachweis von diphtherischen Membranen und Diphtheriebazillen auf der Haut gestellt werden; die Diagnose eines diphtherischen Panaritiums nur bei Fehlen von Eiter.

7. Die Prognose ist bei der isolierten Hautdiphtherie als durchaus günstig zu bezeichnen.

8. Auf Injektion von 2000 I.-E. stießen sich die Beläge meist nach 2—4 Tagen ab, die Ueberhäutung war nach 1 bis 2 Wochen vollendet.

9. Prophylaktisch ist die rechtzeitige Diagnosenstellung, Behandlung und Isolierung von größter Bedeutung. Besonders in Epidemiezeiten soll bei jedem Ausschlag die Möglichkeit einer Hautdiphtherie erwogen werden. (B. kl. W. 1917 Nr. 51.)

**Zur Technik der Tuberkelbazillenfärbung in Sputum und Harn.** Von Hans Lipp (Aus dem Laboratorium des Reserve-lazarets II Weingarten). Die Karbofuchsin-Tropäolinmethode zeichnet sich aus durch Einfachheit in der Ausführung und bringt gegenüber der Ziehl-Färbung eine deutliche Hüllen- und Granulafärbung gut zur Darstellung; außerdem kommen auch die Bazillensplitter deutlich zum Vorschein, die bei Ziehl nicht erkennbar sind. Die Ausführung ist folgende:

1. Fixierung der möglichst dünnen Sputumschicht auf dem Objektträger, Auftragen von Karbofuchsin und vorsichtiges Erwärmen bis zur Dampfbildung (das bei der Ziehlschen Methode in vielen Laboratorien übliche 2 malige Aufkochen ist zu vermeiden!). Abspülen in Wasser.

2. Entfärbung in salzsaurem Alkohol (Acid. hydrochl. 6,0, Alkohol abs. 210,0, aq. dest. ad 300).

3. Gegenfärbung mit gesättigter alkoholischer Tropäolinlösung, etwa 5 Tropfen, 5—10 Sekunden, Abspülen in Wasser.

#### 4. Trocknen zwischen Fließpapier.

Die Hülle der Tuberkelbazillen und die Bazillensplitter sind blaßrot bis rot, die intrabazillären Granula sind dunkelrot, der Grund des Präparates ist dunkelgelbrötlich gefärbt.

Eine echte Strukturfärbung, die ebenso einfach wie streng spezifisch für alle pathogenen Säurefesten sich darstellt, ist die Kronbergersche Karbolfuchsin-Jodmethode. Die Technik dieser Färbung gestaltet sich also:

1. Wie oben, Präparat erkalten lassen (ohne abzuspülen).
2. Wie oben.
3. Aufgießen von offizineller Jodtinktur, die mit dem vierfachen Volumen 60% igen Alkohols verdünnt ist. Wirkung: wenige Minuten.

4. Abspülen der Jodlösung mit starkem Wasserstrahl (sichere Vermeidung von Niederschlägen durch Jodausfällung).

#### 4. Wie oben.

Wir sehen bei dieser Färbemethode keine kompakten Stäbchen, sondern alle Säurefesten erscheinen granuliert, und innerhalb einer blaßrot oder rosa gefärbten Hülle können wir deutlich dunkelrote oder violette, meist glänzende, scharf gezeichnete Granula (Sporen) unterscheiden. Bei sorgfältiger Herstellung der Sputumpräparate und exakter Färbung lassen sich auch Einzelgranula (Sporen) als dunkelviolette, glänzende Körner in der gelben Umgebung erkennen und diagnostisch verwerten, wozu allerdings einige Uebung benötigt ist.

Schließlich sei noch auf die jüngst von Perges in der K. K. Ges. der Aerzte in Wien vorgeschlagene, überaus einfache Karbolfuchsin-Jodsalzsäurefärbung hingewiesen, die sich in der Praxis bald Eingang verschaffen dürfte. Das Verfahren gestaltet sich folgendermaßen:

1. Karbolfuchsinfärbung wie oben.
2. Entfärbung und zugleich Kontrastfärbung in

Rp. Tinct. Jodi . . . . 92,0

Acid. hydrochl. conc. 8,0

einige Minuten eingelegt, mit Wasser sorgfältig ab gespült und zwischen Filtrierpapier getrocknet. Die Tuberkelbazillen erscheinen rot mit schwarzen Granulis auf gelblichem Grunde. Diese Methode ergibt um 10% häufiger positive Resultate als die Färbung nach Ziehl-Neelsen und erübrigt das zeitraubende Antiforminverfahren.

Vergleichen wir die 3 Methoden, welche geeignet erscheinen, die Färbung nach Ziehl-Neelsen allmählich auszuschalten, untereinander, so dürften sie so ziemlich ebenbürtig erscheinen. Die Karbolfuchsin-Tropäolinfärbung zieht Verf. besonders bei seinen

Tbc.-Färbungen deswegen gerne heran, weil das Tropäolin für das Auge beim Mikroskopieren sehr angenehm und nicht ermüdend wirkt.

Besondere Sorgfalt erheischt der Nachweis der Tuberkelbazillen im Harn, zumal wenn es sich um eine Frühdiagnose der Urogenitaltuberkulose handelt. Es empfiehlt sich zur Gewinnung eines brauchbaren Sedimentes folgendes Verfahren: Etwa 100 ccm der Tagesmenge werden zentrifugiert und die darüber stehende Flüssigkeit abgegossen; nun gibt man dem Bodensatz Essigsäure hinzu, bis die Phosphate gelöst sind. Hierauf Zusatz einiger Tropfen Chloroform, das, spezifisch schwerer, die Bakterien mit auf den Boden zieht. 5 Minuten langes Schütteln, Zentrifugieren und Ausstreichen des Bodensatzes auf den Objektträger, Trocknen hoch über einer Flamme, Fixieren und Färben. Als Färbeverfahren empfiehlt sich aber hier die Ziehl-Neelsensche Methode deshalb nicht, weil sie die Unterscheidung der Tuberkelbazillen von den Smegmabazillen nicht einwandfrei gestaltet. Diese Stäbchen gleichen bei dieser Färbung durchaus den echten Tuberkelbazillen. Gute Dienste zur Differenzierung zwischen den Tuberkelbazillen und anderen säurefesten Stäbchen, wozu auch die Smegmabazillen zu rechnen sind, leistet die Pappenheimsche Korallinfärbung. Man färbt zunächst 5 Min. mit Karbolfuchsin und taucht, ohne daß man in Wasser abgespült hat, in folgende Lösung: Korallin 1 g, alkoholische gesättigte Methylenblaulösung 100 g, Glycerin 20 g. Das Eintauchen geschieht 3—5 mal. Das Korallin entfärbt alle Stäbchen mit Ausnahme der Tuberkelbazillen.

(Derm. Wschr. 1918 Nr. 2.)

### **Symptomatologisches.**

**Zur Symptomatologie der epidemischen Grippe.** Von Dr. Alfred Alexander (Berlin). Während prodromal bei der epidemischen Grippe eine zunehmende Rötung der Augen festzustellen ist, tritt im Verlaufe des ersten Tages neben der starken rötlichen lividen Verfärbung und Schwellung der Uvula und der Gaumenbögen eine kirschrote Färbung des weichen Gaumens ein, die sich ganz scharf halbmondförmig gegen den harten Gaumen abhebt. Nur in seltenen Fällen war diese scharfe Grenze etwas hinter der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen gelegen. Im Bereiche dieser Rötung konnten dann an den nächsten Tagen kleine, punktförmige Erhöhungen gesehen werden. In einzelnen Fällen entwickelten sich diese zu kleinen Petechien, die hie und da zum Platzen kamen. Die Rötung, die, wie gesagt, in allen Fällen zu beobachten war, ging nur langsam zurück und war

noch über eine Woche lang nach der Entfieberung nachzuweisen. Bei Rezidiven trat sie von neuem auf. Während sie in den meisten Fällen als einheitliche Rötung imponierte, konnte man in einzelnen Fällen feststellen, daß sie aus kleineren, punktförmigen und kleinen, flächenartig geröteten Teilen zusammengesetzt war. Da Verf. diesen Befund für typisch für die epidemische Grippe hier gefunden hat, glaubt er, daß er bei Fehlen sonstiger eindeutiger Erscheinungen, besonders bei gering fieberhaften Fällen, ausschlaggebend für die Diagnose der epidemischen Grippe sein könnte.  
(B. kl. W. 1918 Nr. 38.)

**Ueber das Vorkommen von Purpura simplex bei Serumkrankheit.** Von Dr. H. Widmer (Aus der medizinischen Abteilung des Kantospitals Winterthur). Kurz zusammengefaßt haben Beobachtungen gezeigt:

1. daß beim Menschen eine ausgesprochene Purpura simplex zusammen mit den gewöhnlichen Symptomen des anaphylaktischen Shocks auftreten kann;

2. daß die typische Serumkrankheit nicht allzu selten von einer Purpura begleitet ist bzw. das Serumexanthem nur in Form der Purpura in Erscheinung treten kann;

3. daß auch sonst beim Serumexanthem beim Rumpelschen Versuch hier und da Hautblutungen auftreten können, die sich streng an das Gebiet der Exanthemstellen halten.

Da ferner die Erscheinungen der Serumkrankheit wohl zweifellos auf anaphylaktische Erscheinungen zurückzuführen sein dürfen, und zwar wohl auch dann, wenn nur eine einmalige Seruminjektion vorausgegangen ist, so gehört die dabei beobachtete Purpura wohl ebenfalls ins Gebiet der anaphylaktischen Erscheinungen.  
(M. Kl. 1917 Nr. 39.)

### **Kasuistisches.**

**Ein Fall von doppelseitiger metastatischer Ophthalmie.** Von Dr. Jul. Wilmsen (Augenarzt, Herne i. W.). Frau Chr. T. aus S., 45 Jahre alt, wurde am 20. April 1918 ins Krankenhaus eingeliefert. Anamnese: Seit 3 Wochen befand sich die Patientin wegen Leberleidens in Behandlung ihres Hausarztes; seit einem Tage plötzliche Erblindung auf dem rechten Auge. Befund am 22. April 1918. Rechtes Auge: Die Lider sind prall geschwollen und gerötet; starkes Oedem der Bindehaut. Augapfel stark vorgetrieben und fast unbeweglich. Es besteht stärkste ziliare und konjunktivale Injektion. Die Regenbogenhaut ist grünlich verfärbt; das Pupillargebiet mit Exsudatmassen ausgefüllt; weiterer



Einblick nicht möglich. Das Sehvermögen ist erloschen. Das Bild ist äußerlich ähnlich wie bei Orbitalphlegmone. Das linke Auge ist gesund. Im allgemeinen ist die Patientin leicht ikterisch verfärbt; es besteht hohes Fieber, 39,2°; Sensorium klar; an Leber und Gallenblase außer leichter Druckempfindlichkeit nichts Besonderes nachzuweisen; ebensowenig am Herzen. Verlauf: Unter abwartender Behandlung zeigte sich in den nächsten Tagen eine weitere Verfärbung der Regenbogenhaut und Eiteransammlung in der Vorderkammer mit grünlichem Schimmer. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich erheblich. Das Bewußtsein war meist getrübt; die Kranke phantasierte oft. Hohes Fieber mit mäßigen Remissionen. Puls weich und klein. Am 26. April war auch das linke Auge befallen. Hier fand sich leichte Lidschwellung und Rötung, aber keine Vortreibung des Augapfels. Konjunktivale und ziliare Injektion. Regenbogenhaut grünlich verfärbt; Exsudat im Pupillargebiet und in der Vorderkammer; kein weiterer Einblick. Am folgenden Tage Eiteransammlung in der Vorderkammer. Am 29. April trat der Tod ein; eine Sektion ließ sich leider nicht vornehmen. Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine doppelseitige, metastatische Ophthalmie infolge von Septikopyämie, die höchstwahrscheinlich von einer infektiösen Cholangitis ausgegangen war. (M. Kl. 1918 Nr. 41.)

**Ein weiterer Fall von Verschwinden eines Lipoms bei allgemeiner Abmagerung.** Von Dr. Tomaschny (Stralsund). Schon früher hat Verf. über einen Fall berichtet, wo bei einer 78 jährigen Frau ein seit 10 Jahren bestehendes kindskopfgroßes Lipom bei gleichzeitiger allgemeiner Abmagerung sich innerhalb einiger Monate bis auf geringe Reste zurückbildete. Jetzt hatte Verf. Gelegenheit, einen ganz ähnlichen Fall zu beobachten. Nach seinen Beobachtungen kann wohl die noch ziemlich weit verbreitete Auffassung, daß Lipome auch bei sonstiger allgemeiner Abmagerung keine Neigung zur spontanen Rückbildung zeigen, nicht ganz aufrechterhalten werden. Es kommt offenbar ganz auf das Maß der dem Körper zugeführten Nahrungsmittel an. Ist die Nahrungszufuhr hinsichtlich Menge und Beschaffenheit reichlich oder wenigstens ausreichend, so wird, wenn auch aus irgendeinem krankhaften Grunde eine allgemeine Abmagerung stattfindet, eine vorhandene Fettgeschwulst keine Abnahme zeigen. Dies tritt aber anscheinend sofort ein, wenn, wie es jetzt als Begleiterscheinung des Krieges bei vielen Menschen der Fall ist, die Abmagerung eine Folge ungenügender Ernährung ist. Es wird dann die in dem Lipom aufgespeicherte und sonst unbenutzt dahliegende Fettmenge genau so wie das übrige Fettpolster zur Be-

streitung der Kosten des Körperhaushaltes mit herangezogen und so allmählich verbraucht. (M. Kl. 1918 Nr. 40.)

**Eine Folge vom Pituglandol?** Von Dr. P. Bong (Köln). Bei der Geburt einer anscheinend gesunden Vpara, die bis dahin außer einem ausgetragenen Kinde ohne nachweisbaren Grund einen Abort und 2 Frühgeburten durchgemacht, hatte Verf. Gelegenheit, Folgendes zu beobachten: Die Geburt verlief langsam infolge Wehenschwäche; deshalb gab Verf. der etwas ungeduligen Kreißenden nach Wasserabgang bei handtellergroßem Muttermunde und 1. Schädellage subkutan eine Spritze Pituglandol. Die Wirkung in bezug auf die Verstärkung der Wehen war  $\frac{1}{4}$  Stunde später ausgesprochen da.  $\frac{3}{4}$  Stunden nach gemachter Einspritzung setzte nun bei der Patientin — man kann sagen mit einem Schlage — die Absonderung eines überaus reichlichen, schaumigen, ganz leicht rosa gefärbten Sputums ein. Die Absonderung war so stark, daß die Wärterin andauernd mit dem Sputumglas und mit einem Tuche zum Auffangen neben der Kreißenden stehen bleiben mußte. Die Patientin war leicht zyanotisch und litt natürlich bei den einsetzenden kräftigen Preßwehen durch die erschwerte, röchelnde Atmung und durch häufige Hustenstöße sehr. Auskultatorisch war in den kurzen Wehenpausen auf der Vorderfläche der Lungen überall reichliches, feuchtes Rasseln zu hören: kurz, es war das Bild des akuten, diffusen Lungenödems bei einem sonst gesunden Menschen. Puls beschleunigt bis zu 100 Schlägen in der Minute. 2 Stunden nach gemachter Einspritzung wurde ein gesundes Kind von 3500 g geboren. Als Verf. die Patientin 4 Stunden später wiedersah, gab sie an, daß der Husten und Auswurf schon etwas weniger seien, abends war's noch besser, und anderen Tages klagte sie überhaupt nicht mehr; ebenso schnell fast verschwand der auskultatorische Befund auf den Lungen. v. Niemeyer hat behauptet, daß zuweilen eine übermäßig lebhaft arterielle Hyperämie der Lunge genüge, um Lungenödem zu erzeugen. Dieser letzteren Ansicht ist zwar widersprochen worden, doch muß Verf. sagen, daß sie für diesen Fall insoweit etwas Bestechendes hat, als man annehmen könnte, daß eine solche Lungenhyperämie durch Pituglandol bei einzelnen, wenigen Menschen hervorgerufen werden könnte. Weit verbreitet scheint die Neigung dazu wohl nicht zu sein; sonst müßte bei der häufigen Anwendung dieser Präparate das Symptom bekannter sein.

(Zbl. f. Gyn. 1918 Nr. 42.)

**Ueber einen interessanten Fall von ausgebreitetem Bläschen-**  
**ausschlag.** Von San.-Rat Dr. Zander (Aus einem Lagerlazarett).

Am 13. März 1917 wurde ein Mann ins Lazarett aufgenommen, der angab, daß er seit einigen Tagen Bläschen an seinem Körper bemerkt habe. Außer einem geringen Spannungsgefühl in den betroffenen Hautteilen hatte er keinerlei Beschwerden. Kräftiger, gutgenährter Mann. Auf der Vorderfläche der unteren Halsgegend und der oberen und unteren Schlüsselbeingrube, auf der Beugefläche der Oberarme, in der Unterbauchgegend und auf der Vorderfläche der Oberschenkel bis zur Mitte derselben herab sind zahlreiche linsen- bis erbsengroße Bläschen auf geröteter Grundlage. Sie stehen symmetrisch auf beiden Körperseiten, rechts etwas dichter als links. Sie umfassen also die Hauptbezirke, die vom Plexus cervicalis und lumbalis versorgt werden. Die Bläschen sind mit hellgelber Flüssigkeit gefüllt. Sie haben die Neigung, zusammenzufließen bis zu Fünfmarkstückgröße. Die sehr dünne Haut der Bläschen platzt leicht, man sieht dann eine gerötete Hautfläche. Die Rötung verwandelt sich in den nächsten Tagen in eine bräunlichgelbe Farbe. In den ersten 10 Tagen bestand ein leichtes Fieber bis auf zirka  $38^{\circ}$  mit morgendlichen Remissionen von  $1^{\circ}$ , das allmählich abfiel. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört. Patient wurde nach 14 Tagen geheilt entlassen. Die Haut blieb an den befallenen Stellen bräunlichrötlich verfärbt. Die Flecke sind nach einer brieflichen Nachricht noch viele Wochen sichtbar gewesen. Ueber die Ursache der Krankheit war nichts festzustellen; insbesondere hatte der Patient vorher keinerlei Medikamente zu sich genommen.

(M. Kl. 1917 Nr. 40.)

### Toxikologisches.

**Ein eigenartiger Fall von akuter Arsenintoxikation des Auges.** Von Augenarzt Dr. Paul Cohn (Mannheim). In dem Grundriß der Augenheilkunde von May-Oppenhaimer ist die Arsenikintoxikation des Auges bei dem Krankheitsbild der Neuritis retrobulbaris chronica vermerkt und wird daselbst als eine interstitielle Neuritis der papillomakulösen Fasern des Optikus bezeichnet. Bei dem Bilde der Neuritis retrobulbaris acuta wird erwähnt, daß diese eine ziemlich seltene Affektion ist und sich meist einseitig, gelegentlich doppelseitig findet. Der Visus nimmt dabei rasch ab, so daß er im Verlaufe einer Woche teilweise oder gänzlich verloren geht. Aeußerlich sieht das Auge normal aus. Als Aetiologie werden noch Gifte vermerkt. Der Erkrankungsfall, der Verf. am 18. Januar 1918 zuzuging, zeigte aber einen wesentlichen Unterschied in dem geschilderten Krankheitsbilde. Es bestand nämlich am linken Auge eine völlige Mydriasis, die so

groß war, als ob eben Atropin eingeträufelt worden wäre, was nicht der Fall war. Den Augenbefund des Patienten kannte Verf. schon aus früheren Jahren. Im Jahre 1909 zeigte es sich, daß das rechte Auge schwachichtig war und nur eine Sehschärfe von  $\frac{5}{15}$  hatte, wobei eine Hypermetropie von 1,5 Dioptrien bestand. Das linke Auge hatte normale Sehschärfe und eine Hypermetropie von einer Dioptrie. Das Augeninnere war frei von Erkrankung, es bestand Bindehautkatarrh mit Sekretion. Auf dem rechten Auge bestand ein Fleck der Hornhaut, der zum Teil in das Pupillargebiet hineinreichte. Im Jahre 1912 sah Verf. den Patienten wieder. Es zeigte sich der gleiche Befund, nur daß der linke Innenwinkel ekzematös war. Am 18. Januar 1918, früh 9 Uhr, telephonierte Patient an, er könnte plötzlich nichts mehr sehen. Er gab auf Befragen an, daß am 17. Januar, abends  $\frac{1}{2}$  10 Uhr, plötzlich ein grauer Schleier erschien, so daß er die Zeitung nicht mehr lesen konnte. Er dachte, der Schleier würde schon fortgehen, und ging zu Bett, schlief gut, doch morgens war der Zustand ebenso wie abends. Auf weiteres Nachforschen erzählte Patient, daß ihm gegen einen Hautausschlag Arsen verordnet worden war, und zwar nahm er am 16. Januar von Sol. arsenical. Fowleri, Tinct. amara ana 10,0 (nach Verordnung 3 mal täglich 4—10 Tropfen zu nehmen) nach der Mittagsmahlzeit 6 Tropfen, welche 3 Tropfen Sol. arsenical. Fowleri entsprechen, sodann am 17. Januar, abends  $\frac{1}{2}$  9 Uhr, 10 Tropfen ein = 5 Tropfen Sol. Fowleri, wonach eine Stunde darauf die Augenerscheinung auftrat. Verf. ordnete sofort zur sicheren Differentialdiagnose Blutuntersuchung nach WaR. an, und schon am gleichen Tage nachmittags  $\frac{1}{2}$  6 Uhr wurde die negative Blutbeschaffenheit telephonisch gemeldet. Verf. ließ Arsen sofort aussetzen und gab als Gegengift das im May-Oppenheimer angeratene Quecksilber, und zwar als Inunktionsmittel Ebagä 3 g am 18. in den rechten Arm eingerieben, am 19. 3 g in den linken Arm und am 20. 3 g in den rechten Unterschenkel, zur Unterstützung, zur Bildung einer reichlichen Leukozytose am 18. Ungt. Crédé 4,0 g in den Rücken und 4,0 g in die Oberschenkel, am 19. 4,0 g Rücken und am 20. 4 g Oberschenkel, am 21. 4,0 g Unterschenkel. Die Sehschärfe am linken Auge, die früher  $\frac{5}{5}$  war, betrug am 18. Januar, mit + 1 Dioptrie nur  $\frac{5}{18}$ , am Sehnerv war keine Veränderung nachweisbar, keine weißliche Verfärbung und keine Papillitis. Die Spannung war normal, das Allgemeinbefinden gut. Nachmittags  $\frac{1}{2}$  6 Uhr war schon die Sehschärfe mit + 1 Dioptrie auf  $\frac{5}{6}$  gestiegen, am 19. war dann die Sehschärfe mit + 1  $\frac{5}{6}$ , ebenso am 21., 23. und 26. Die Mydriasis ging nur sehr langsam zurück, am 26. war noch eine kleine Pupillardifferenz zu entdecken, der

Rückgang vollzog sich also in ungefähr derselben Schnelligkeit wie beim Atropin. Der am 19. früh steril aufgefangene Morgenurin war strohgelb, völlig klar, frei von Eiweiß und Zucker. Am 21. Januar war das Sehen noch nicht völlig klar, ebenso noch am 23. Januar, beim Lichtanstecken trat noch unangenehme Empfindung auf, auch am 26. noch. Am 30. Januar war keine Pupillendifferenz mehr nachweisbar, doch wurde beim Uebergang von Dunkelheit zum Licht noch etwas Lichtempfindlichkeit wahrgenommen, die Sehschärfe war normal. Der Morgenurin vom 19. Januar morgens (die letzte Arseneinnahme war anderthalb Tag vorher erfolgt) wurde vom Städtischen Untersuchungsamt auf seinen Arsengehalt geprüft, und es ergab sich, daß dieser Urin, pro Liter gerechnet, 5,793 mg Arsen oder 7,647 mg arsenige Säure enthielt. Da nun die Fowlerische Solution nach der Pharmakologie von Poulsson 1% Arsen enthält, so hatte der Patient mit den 8 Tropfen 4 mg Arsen eingenommen, folglich mußte in den Tropfen doch etwas mehr Arsen gewesen sein. Die Hauterkrankung, die Patient hatte und derentwegen ihm von seinem Arzte Arsen gegeben wurde, war nach dessen Aussage eine staphylogene Sykosis, wegen der er vorher mit Staphylokokkenvakzine behandelt worden war. Da es Vorschrift ist, mit 1—2 Tropfen mit Solutio Fowleri zu beginnen, so hat Patient, der 3 Tropfen am 1. und 5 Tropfen am 2. Tage nahm, mit etwas zu großer Dosis begonnen. Andererseits ist es wohl möglich, daß beim Patienten, der entschieden auch durch die Sykosis, die noch nicht abgelaufen war, geschwächt war, eine Idiosynkrasie gegen Arsen bestand. (D. m. W. 1918 Nr. 41.)

**Fall von Nirvanolvergiftung.** Von Dr. E. P e n s k y (Kückenmühler Anstalten in Stettin). Verf. hatte Gelegenheit, einen Selbstmordversuch mit dem seit einiger Zeit in den Handel gebrachten Nirvanol zu beobachten. Wie aus der bisher erschienenen Literatur hervorgeht, sind bei erregten Geisteskranken selbst Dosen von 2 und 3 g pro die gegeben worden, ohne daß schädigende Wirkungen besonderer Art festgestellt werden konnten. Curschmann beschreibt sogar einen Fall, bei welchem infolge von Verwechselung in 2½ Tagen 7 g genommen wurden und nur eine mit mäßiger euphorischer Erregung abwechselnde Somnolenz erzeugt wurde. In dem von Verf. beobachteten Falle handelte es sich um eine 22jährige Frau von sehr zarter Konstitution mit Lungentuberkulose und schwerer Hysterie. Die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen bestanden in hysterischen Anfällen, psychischen Verstimmungen mit gleichfalls hysterischem Gepräge und hartnäckiger Schlaflosigkeit. Um diese zu bekämpfen, hatte

Verf. Nirvanol, und zwar in der im Handel üblichen Packung von 15 Tabletten von 0,3 g verordnet. Nachdem die Patientin schon 2mal je eine Tablette mit gutem Erfolge genommen hatte, war sie eines Morgens nicht aus dem Schlaf zu wecken. Die Angehörigen stellten fest, daß sie aus der Schachtel 5 Tabletten entwendet hatte, hielten es aber nicht für nötig, ärztliche Hilfe zu holen oder die übrigen Tabletten zu verschließen. Am Abend, also nach 24 Stunden Schlaf, bewegte sich die bis dahin völlig somnolente Kranke, ließ sich etwas Wasser geben, nahm aber sonst keine Nahrung zu sich. Am nächsten Morgen fand man sie wieder in tiefem Schlaf; jetzt fehlten auch die am Abend zuvor noch vorhandenen 8 Nirvanoltabletten. Nunmehr wurde Verf. sofort zu Rate gezogen und fand die Kranke in einer tiefen Narkose, bei der von hysterischer Ueberlagerung nichts festzustellen war und aus der sie auch durch subkutane Verabfolgung von Exzitantien nicht zu erwecken war. Der Puls war dabei regelmäßig und kräftig, etwas beschleunigt, 100 pro Minute, desgleichen war die Atmung regelmäßig, der Urin war frei von Eiweiß. Die Untersuchung des Nervensystems ergab eine völlige Reaktionslosigkeit: auf starke Hautreize erfolgten keine Abwehrbewegungen, die Pupillen waren auch bei intensiver Beleuchtung lichtstarr, Flüssigkeit, welche die Angehörigen der Kranken in den Mund geflößt hatten, wurde nicht hinuntergeschluckt, auch alle Sehnen-, Perist-, Haut- und Schleimhautreflexe waren gänzlich erloschen. Dieser narkotische Zustand dauerte 36 Stunden, dann erwachte die Kranke, war aber schwer besinnlich und schlief abermals 12 Stunden. Am Tage darauf war sie wach, trug aber ein Bild hysterischer Hemmung und Verstimmung zur Schau, so daß wenig aus ihr herauszubekommen war. Die Pupillen reagierten bereits wieder auf Lichteinfall, die übrigen Reflexe waren noch erloschen. Erst einige Tage später kehrte die normale Reflexerregbarkeit wieder. Die Kranke hatte also einmal 1,5 g und 24 Stunden später 2,4 g Nirvanol zu sich genommen, befand sich danach in einem narkotischen Zustand von 24 und 36 und 12 Stunden, hat also mit kurzen Unterbrechungen 72 Stunden geschlafen. Die Reflexe waren erloschen, sonstige Schädigungen konnten nicht festgestellt werden. Wenn auch aus den Erfahrungen an einem einzelnen Falle keine besonderen Schlüsse gezogen werden können, so beweist derselbe doch im Gegensatz zu den bisherigen Veröffentlichungen, daß das Nirvanol bei Verabfolgung zu hoher Dosen Vergiftungserscheinungen im Sinne einer Narkose hervorzurufen vermag — allerdings auch im vorliegenden Falle ohne nachwirkende Schädigung. (M. Kl. 1918 Nr. 38.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Verwendung von Trypaflavin als Wundantiseptikum bei Gasphlegmone.** Von Prof. Dr. Max Flesch, Generaloberarzt. „Ueber das Präparat entnehme ich der von der Fabrik (Leopold Cassella & Co., Frankfurt a. M.) herausgegebenen Orientierungsschrift Folgendes: Trypaflavin ist eine ursprünglich auf Veranlassung von Ehrlich hergestellte Verbindung, Diaminomethylakridiniumchlorid. Den Namen hat das von Dr. L. Benda, Mitglied des Georg-Speyer-Haus in Frankfurt a. M., zuerst dargestellte und beschriebene Präparat wegen seiner tötenden Wirkung auf Trypanosomen erhalten. Es ist ziemlich stabil, kann bis 120° ohne Zersetzung erhitzt werden. Seine Ungiftigkeit ergibt ein Versuch, bei dem 300 ccm einer 1 prom. Lösung intravenös vertragen wurden. Die antiseptische Kraft des Mittels ist gegenüber den meisten Krankheitserregern wesentlich stärker als die des Sublimats. Ein wesentlicher Vorzug liegt aber darin, daß sie unter Anwesenheit von Serum nicht herabgesetzt wird. Ferner ist das Präparat selbst in den stärkeren zur Verwendung kommenden Lösungen (1:1000) fast absolut reizlos. Allerdings scheint auch die volle Höhe seiner antiseptischen Wirkung etwas langsamer als beim Sublimat einzutreffen. Nachteil ist die stark färbende Wirkung auf Verbandstoffe und die Hände des Operateurs. Beiden kann durch geeignete Waschmethoden — wofür die Vorschriften dem Präparat beigegeben werden — begegnet werden. Unsere Beobachtungen haben auf alle Beteiligten den Eindruck hinterlassen, daß unter Trypaflavinanwendung die Wunden sehr schnell eine gute Beschaffenheit annehmen und einen schönen Granulationsbelag erhalten. Schädigungen irgendwelcher Art sind auch dann nicht eingetreten, als wir unter dem günstigen Eindruck der ersten Beobachtungen sehr verschwenderisch mit großen Mengen Spülflüssigkeit unter energischem, wiederholtem Ausreiben vorgehen. Diese überraschend gute Reinigung der Wunden trat auch da ein, wo beim Ausschneiden der infizierten Partien unzweifelhaft lädierte Stellen, große infizierte Strecken der Gefäßscheiden der Oberschenkelgefäße, Periost u. dgl. zurückgeblieben waren. In einigen Fällen hat augenfällig das sulzige Oedem in der Umgebung der durch Einschnitt bloßgelegten Partien schon nach einem Tage sich verloren.“ (M. m. W. 1918 Nr. 35.)

**Katgutsterilisation nach Heusner durch 1%iges Jodbenzin.** Von R. Krukenberg, Oberarzt der Abteilung für Frauenkrankheiten am Herzogl. Krankenhaus (Braunschweig).

L. Heusner berichtete 1908 über eine Methode der Sterilisation von Rohkatgut, derzufolge das Rohkatgut 48 Stunden in absoluten Alkohol gelegt, hierauf 14 Tage in eine Lösung von 1 Teil Jod auf 100 Benzin gebracht, schließlich in 2<sup>o</sup>/<sub>00</sub> igem Jodparaffin aufbewahrt wird. H. rühmte diesem so bereiteten Katgut Derbheit, Zugfestigkeit, unbegrenzte Haltbarkeit nach; auch wurde es stets bis ins Zentrum gefärbt und steril befunden. Alle diese von Heusner hervorgehobenen Eigenschaften zusammen mit der Einfachheit und Billigkeit des Verfahrens gegenüber den teuren Fabrikmarken Dronke und Kuhn ließen Verf. diese Katgutsterilisation bis vor kurzem anwenden. Er war mit den Eigenschaften des so präparierten Katguts ebenso zufrieden wie Heusner und hatte auch niemals Grund, an der Sterilität des Jodbenzinkatguts zu zweifeln. Dieses Bild änderte sich aber seit Mai dieses Jahres; von dieser Zeit ab ereigneten sich verschiedene Fälle von Spätfeber nach Operationen. 12 und 14 Tage nach völlig glattem Heilverlauf berichteten die zum Teil schon entlassenen Patienten, daß sich Bauchdeckeneiterungen unter zum Teil hohem Fieber, einmal sogar mit Schüttelfrost, bei ihnen entwickelt hätten. Besonders ereignete sich diese Wundheilungsstörung in Fällen, bei denen die starken Katgutnummern 4 und 5 verwendet waren. Das 10 Jahre hindurch mit bestem Erfolg in Gebrauch befindliche Jodbenzinkatgut geriet dadurch in Verdacht, der aber bei der ersten bakteriologischen Probe mit oberflächlich ausgewaschenen Katgutstückchen, die auf Agarplatten ausgegossen und 3 Tage beobachtet waren, zunächst unbegründet schien. Erst nachdem die völlig aufgedrehten Fäden 20 Stunden in mehrfach gewechseltem, sterilem Wasser ausgelaugt und in Bouillonröhrchen 5 Tage im Brutschrank gehalten waren, zeigte sich in allen mit den Stückchen der Nummern 3, 4 und 5 beschickten Röhrchen ein sehr reichliches Wachstum sporenbildender Stäbchen. Schon beim Aufdrehen der Katgutfäden war es offenbar, daß das Jod das Innere der Fäden nicht mehr gleichmäßig durchtränkt hatte, weil sie völlig ungefärbte Stellen aufwiesen. Die weitere Nachforschung ergab, daß etwa vom Februar c. ab statt des früheren Benzins ein als rumänisches Benzin bezeichnetes Präparat der Krankenhausapotheke geliefert war, und daß seit Verwendung dieses Benzins der früher nach 14 tägigem Verweilen des Rohkatguts in der Jodbenzinslösung auftretende starke Niederschlag von ausgezogenem Fett nicht mehr bemerkt war. Nach Außerkurssetzen des Jodbenzinkatguts hörten auch die Späteiterungen sofort auf. Zweck dieser Zeilen ist, diejenigen Kollegen, die sich der an sich vortrefflichen Heusnerschen Jodbenzinsmethode der Katgutsterilisation zugewendet haben, vor ihrem Gebrauch dringend zu warnen, sofern



ihnen nicht Benzin in früherer guter Beschaffenheit zur Verfügung steht.  
(Zbl. f. Gyn. 1918 Nr. 42.)

**Ueber Katgut sparende Unterbindungen.** Von Prof. Georg Perthes (Tübingen). Infolge der mannigfachen Kriegsknappheit ist Sparsamkeit besonders auch mit dem in den erforderlichen Mengen nicht ganz leicht zu beschaffenden Katgut notwendig. Es ist im allgemeinen üblich, zu den Unterbindungen bei den Operationen jedesmal ein Stück Katgut von etwa 30 cm Länge abzuschneiden. Da für die Knoten selbst nur ein ganz kleines Fadenstück verwertet wird, geht weitaus der größte Teil der Fadenlänge als Abfall verloren. Durch folgende, seit einer Reihe von Jahren an der Chirurgischen Universitätsklinik bewährte Methoden kann dann, wenn mehrere Unterbindungen hintereinander zu machen sind, der Verlust durch abfallende Stücke auf mindestens die Hälfte verringert werden.

1. Man wickelt um den Ringfinger der linken Hand, von seiner Basis anfangend, einen ungefähr 1 m langen Faden auf. Der Ringfinger dient als Spule. Das freie Ende wird von der rechten Hand erfaßt und zur Unterbindung verwendet. Damit der Knoten richtig liegt und ein chirurgischer Knoten im Sinne des wahren oder Schifferknotens entsteht, ist es notwendig, bei der zweiten Umschlingung die Stellung der Hände zueinander zu wechseln, also bei der ersten (doppelten) Umschlingung rechte Hand rechts, bei der zweiten (einfachen) Umschlingung rechte Hand links von der Unterbindungspinzette. Nach Vollendung des Knotens wird vom Assistenten der Faden dicht am Knoten abgeschnitten, nur das in der rechten Hand befindliche Stück fällt fort, das von dem linken Ringfinger abgehende linke Ende wird, wie selbstverständlich, zur nächsten Unterbindung weiter verwendet.

2. An Stelle den Faden auf dem Ringfinger aufzuspulen, ist es in der Chirurgischen Klinik üblich, von der anreichenden Schwester den Faden vorher auf eine Glasrolle (Bezugsquelle: Universitätsglasbläser Ludwig, Tübingen) aufwickeln zu lassen.

Erfahrungsgemäß braucht man bei Verwendung eines dieser beiden Verfahren für jede einzelne Unterbindung nur durchschnittlich 10—12 cm Fadenlänge, noch nicht die Hälfte dessen, was sonst durchschnittlich von jeder Unterbindung erfordert wird. Da das Anreichen jedes einzelnen Fadens fortfällt, wird außerdem an Zeit gespart.  
(Zbl. f. Chir. 1917 Nr. 29.)

**Behandlung des Mastdarmsvorfalls durch perianale Einlagerung eines Gummischlauchringes.** Von Dr. Hermann Matti (Bern). Einige Nachteile des Silberdrahtringes lassen sich vermeiden,

wenn man an seiner Stelle einen dünnen Gummischlauchring subkutan um den untersten Teil der Pars analis des Rektums legt. Von 2 kleinen Inzisionen vor und hinter der Analöffnung aus wird mit der Knopfsonde ein perianaler Kanal gebohrt, der unter der oberflächlichen Faszie liegt und das Rektum sicher vermeidet; dann führt man einen 4—5 mm dicken, sehr elastischen Gummischlauch mittels Arterienklemme oder stark gebogener Aneurysmanadel um das Rektalende herum und vereinigt die Schlauchenden ohne elastische Anspannung des Schlauches durch zwei Seitenligaturen zum Ring. Dieser Gummisphinkter muß bei vollständig geschlossenem Anus ohne jede Spannung liegen und dem eindringenden Finger einen elastischen Widerstand entgegensetzen, der mit steigendem Alter der Pat. stärker ausfallen soll. Das wesentliche Moment bei diesem Verfahren ist nicht die Verengerung des Anus, sondern die Steigerung des elastischen Sphinkterwiderstandes. Damit fällt ein Haupteinwand weg, der gegen den starren Thiersch'schen Drahring erhoben wird. Von 4 nach dieser Methode operierten Fällen sind 2 geheilt, nachdem der Gummiring 8 bezw. 12 Wochen gelegen hatte; 2 Fälle stehen noch in Beobachtung, zeigen aber seit vielen Wochen völlige Suffizienz des Schlußapparates. Leichte Sekretion aus dem Granulationskanal kann auf aseptischer Fremdkörperreizung beruhen, wie wir in einem Falle einwandfrei nachweisen konnten, wo zunächst reaktionslose Einheilung des Ringes erfolgte. Zur Vermeidung mechanischer Schädigung der hinteren Hautnaht ist es von Wichtigkeit, die Ligaturstelle des Gummiringes nicht zu oberflächlich zu lagern und dafür zu sorgen, daß die Wundflächen der Inzisionen breit aneinanderliegen. Denn wenn auch eine leichte Eiterung für den Verlauf belanglos ist und zu erwünschter Steigerung der Narbenbildung führt, bleibt doch reaktionslose Einheilung der Ringe das erstrebenswerte Idealziel. Wesentlich ist korrekte Nachbehandlung, vor allem Sorge für weiche Stuhlentleerungen. (Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 48.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Ueber Mekonal, ein Schlafmittel.** Von Dr. Schmidt (Ohligs-Merscheid). Vor etwa 3 Jahren hat Verf. über ein Schlafmittel unter dem Namen Mekonal berichtet. Es wurde in Form von Tabletten hergestellt, deren wirksame Substanzen aus Morphinum mur. 0,003, Natr. diaethylbarbit. 0,15 und Acid. acetylosalicylicum 0,3 bestanden. Das Präparat hielt im wesentlichen das, was man von ihm nach seiner Zusammensetzung erwarten dürfte. Nur waren die Tabletten nicht haltbar genug, und zwar infolge der langsam in der Tablette selbst einsetzenden Reaktion zwischen

dem diäthylbarbitursauren Natron und der Azetylsalizylsäure. Es lag, wie bald die Erfahrung lehrte, eine mehr oder weniger unverträgliche Arzneimischung vor, und die Tabletten büßten auf die Dauer an Wirksamkeit ein. Aus diesem Grunde, und zugleich um die Wirkung der Tabletten nachhaltiger zu machen, ersetzte Verf. die Azetylsalizylsäure derselben durch Diafor, das ist azetylsalizylsaurer Harnstoff, und weiterhin aus technischen Gründen das diäthylbarbitursaure Natron durch die Diäthylbarbitursäure selbst. Man erhält auf diese Weise ein Präparat, welches, wie ausgiebige Versuche ergeben haben, nicht nur den Vorzug der dauernden Haltbarkeit, sondern auch den der besseren und stets gleichmäßigen Wirkung in sich vereinigt. Mekonal ist ein starkwirkendes Mittel und wird naturgemäß nur bei Zuständen gebraucht, wo kräftige Wirkung erforderlich ist, also nicht bei schlechtem Schlaf des Nervösen, der durch Hydrotherapie zu beeinflussen, ist oder gelegentlich auf Bromural, Valeriana, Diafor usw. gebessert wird, sondern bei Neurasthenie, wo die Schlaflosigkeit durch schwere Aufregungszustände und vor allem durch Schmerzen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Coccygodynie, Interkostal neuralgie usw. bedingt ist, ferner bei heftigen kardiovaskulären Symptomen, dyspeptischen Erscheinungen, wie nervöses Brechen, Luftbauch, Diarrhoe, Kolikschmerzen durch Krampf der Darmwand, und bei Schlaflosigkeit fast sämtlicher Fieberkranken, dann bei rheumatischen Zuständen, Lumbago, Polyarthritis, Ischias, Polyneuritis, Tabes, nach Zahnwurzel- und Kieferoperationen, wenn die Operation die Aufnahme eines Medikamentes per os nicht ausschließt. Vorzüglich wirkt es in reichlicher Dosis, gegeben eine Stunde vor der Narkose, auf den Verlauf derselben. Das Stadium der Aufregung wird dadurch kupiert, der Schlaf ist tief, das Brechen beim Aufwachen bleibt aus. Vor der Aethernarkose empfiehlt sich, noch 1 mg Atropin zu verabreichen, um die Sekretion der Bronchien hintanzuhalten. Die Anwendung des Mekonals läßt sich entsprechend seinen Hauptsubstanzen noch ganz erheblich erweitern. So z. B. bei jeder Schlaflosigkeit, die durch Husten, Phthisis, Bronchitis, Bronchiektasie hervorgerufen wird, wirkt es prompt, nicht so schwächend als längere Verabreichung von Kodein oder Dionin in wirksamen Dosen, im Gegenteil, durch Einschränkung des Hustenreizes und Herbeiführung eines tiefen Schlafes wird häufig eine Kräftigung des Körpers hervorgerufen. Jedenfalls bewirkt das Diafor des Präparats eine schnellere Ausscheidung der narkotischen und hypnotischen Stoffe. Diese kurzen Hinweise mögen genügen, um dem Mekonal, das jetzt die Firma Dr. Schütz & Co., Bonn a. Rh., herstellt, einen guten Platz unter den im Handel befindlichen Schlafmitteln zu sichern. Man verordne Mekonal (Dr. Schütz),  $\frac{1}{2}$  Stunde vor dem Schlaf-

gehen 1—2 Tabletten zu nehmen. Der Preis für eine Röhre zu 10 Tabletten beträgt 2 Mk. (M. Kl. 1918 Nr. 38.)

**Erfahrungen mit Adalin.** Darüber schreibt Prof. Dr. Hans Gudden (München): „In einem kleinen Aufsatz, den ich Anfang 1912 in der Münchener medizinischen Wochenschrift veröffentlichte, habe ich auf Grund mehrjähriger Prüfung das Adalin als ausgezeichnetes Sedativum für die allgemeine Nervenpraxis empfohlen. Das gleiche Lob verdiente es, soweit rein nervöse Schlaflosigkeit als Indikation in Frage kommt, auch als Hypnotikum. Zufolge seiner Mittelstellung zwischen den einfachen Sedativis, also den Brom- und Baldrianpräparaten, und den reinen Hypnoticis von der Art des Sulfonal, Veronal, Luminal, Chloralhydrat usw., stellt das Adalin, wie Peter Bergl zutreffend sagt, ‚den ersten wirklich brauchbaren Typus der nicht gewaltsam wirkenden Schlafmittel dar‘. Seine rasche Einbürgerung verdankt es neben seinem ziemlich indifferenten Geschmack und seiner meist guten Wirkung nicht zum wenigsten seiner guten Bekömmlichkeit und Ungefährlichkeit sowie der Eigenschaft, daß zwischen der kleinsten am Menschen wirksamen und der toxischen Dosis eine sehr beträchtliche Spannweite besteht, durch die es sich von den eigentlichen Hypnoticis und auch manchen Sedativis vorteilhaft abhebt. Mit diesem Urteil befinde ich mich sicherlich in Uebereinstimmung nicht nur mit der Aertzewelt im allgemeinen, sondern auch mit den meisten engeren Fachkollegen. Auch die umfangreiche Literatur spricht sich, soweit sie mir vorliegt, mit seltener Einmütigkeit günstig über Adalin aus. Um so mehr überrascht im Juniheft 1918 der ‚Therapie der Gegenwart‘ aus der Feder Fürbringers eine Art Philippika gegen das Adalin, in der trotz voller Anerkennung der therapeutischen Wirksamkeit und der Ungefährlichkeit die ‚Harmlosigkeit‘ des Mittels bestritten und Stellung dagegen genommen wird, ‚wenn ihm auf den Fabrikprospekten Neben- und Nachwirkungen infolge rascher Ausscheidung schlicht abgesprochen werden‘. An die Spitze des Sündenregisters, das Fürbringer dem Adalin vorhält, stellt er mit Schlafbedürfnis einhergehende Benommenheit am nächsten Tag; dann nennt er als weit seltenerer Erscheinungen Kopfschmerzen bzw. Kopfdruck, gelegentliches Schwächegefühl und Arbeitsunlust, ‚kaum je‘ dyspeptische Störungen, ebensowenig kumulierende Wirkung, dagegen Gewöhnung und schließlich, in den Bereich der Idiosynkrasie fallend, einige Fälle von Juckreiz- sowie Geruchs- und Geschmacksirritationen. Die dem Adalin nachgesagten Nach- und Nebenwirkungen können wohl vorkommen, bilden aber nicht die Regel, sondern die Ausnahme. Bei einem Vergleich über die Häufigkeit und Schwere unerwünschter Neben-

wirkungen sowie über die toxischen Dosierungsgrenzen, welche den uns bisher zur Verfügung stehenden Sedativis und Hypnoticis anhaften, schneidet Adalin zweifellos als eines der am wenigsten belasteten Mittel ab. Für gewöhnlich bleiben bei nicht zu hohen Gaben selbst nach längerem Gebrauch jegliche Nebenwirkungen aus. In den Fällen, wo über Nebenwirkungen geklagt wurde, sind sie, wie mich die Erfahrung lehrte, häufig einfach dadurch veranlaßt worden, daß die Patienten erst nach mehrstündiger Schlaflosigkeit spät in der Nacht oder gar erst im Morgengrauen das Adalin nahmen, dann doch nicht liegen bleiben konnten und so sich nicht ausschlafen konnten. Von Bedeutung für die Bekömmlichkeit ist die Darreichung in warmer Flüssigkeit (Tee, Limonade, Zuckerwasser); es genügen dann nicht selten schon verhältnismäßig kleinere Dosen. Was die Frage der Angewöhnung anbetrifft, so muß ich diese nach meinen Erfahrungen in Abrede stellen, falls Fürbringer unter Angewöhnung ein Nachlassen der Wirkung des Mittels nach längerem Gebrauch bei gleichbleibender Dosis versteht. Ich kenne eine stattliche Reihe von Patienten, die seit Jahren mit einer gewissen Regelmäßigkeit Adalin benutzen und stets mit der gleichen Dosis, wie zu Beginn, auskommen. Selbstverständlich möchte ich deshalb nicht der ausschließlichen Daueranwendung des Adalins das Wort reden, sondern bin der Meinung, daß man mit den Schlafmitteln, wenn man schon auf sie nicht verzichten kann, möglichst wechseln soll. Es ist nur bedauerlich, daß die Auswahl an milden Schlafmitteln zurzeit noch sehr gering ist. Zu diesen gehört unter anderen das Bromural, das von Fürbringer, obwohl es dem Adalin chemisch und pharmakologisch nahe verwandt ist, ganz übergangen wurde. Auch das vor kurzem erst in den Handel gekommene Nirvanol ist in Dosen von 0,2 g ein ausgezeichnetes, von Nebenwirkungen freies Hypnoticum, und ich möchte an dieser Stelle den Höchster Farbwerken meinen Rat wiederholen, auch Packungen mit dieser geringen Dosierung (nicht bloß zu 0,3) herzustellen. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß Fürbringer mit einer gewissen Befangenheit sich über die Eigenschaften des Adalins ausläßt, weil er unglücklicherweise selbst eines der vier von ihm beschriebenen Opfer ist, welche auf Adalin mit Juckreiz reagierten. Solche Idiosynkrasien verdienen gewiß bekanntgemacht zu werden, aber sie haben, wenn sie zu den allerseltensten Vorkommnissen gehören und dazu gänzlich unschuldiger Natur sind, für die Beurteilung des Mittels keine Bedeutung. Unter den derzeitigen Schlafmitteln ist Adalin sicherlich das unschädlichste und wird selbst von sehr empfindlichen Patienten vertragen. Die geringen Beschwerden, über die hier und da geklagt wird, bilden gegenüber der großen Zahl beschwerdefreier

Anwendungen einen so verschwindenden Bruchteil, daß es der Firma nicht zu verübeln ist, wenn sie diesen außer acht läßt und das Adalin als frei von Neben- und Nachwirkungen bezeichnet. Die Farbenfabriken von Bayer inserieren das Adalin nicht in Tageszeitungen für das Laienpublikum, sondern nur in ärztlichen Zeitschriften, deren Leser sehr wohl wissen, daß Angaben wie ‚harmlos, frei von Nebenwirkungen‘ stets cum grano salis zu verstehen sind. Da Fürbringer selbst in der Einleitung seines Artikels mit Nachdruck auf das Referat Goldscheiders über die Behandlung der Schlaflosigkeit auf den Kongreß für innere Medizin verweist und bedauert, daß die darin enthaltenen praktischen Belehrungen noch nicht die gebührende Verbreitung gefunden haben, so dürfte es vielleicht am Platze sein, hier anzuführen, was Goldscheider schon 1914 in Wiesbaden über Adalin gesagt hat: ‚Adalin ist ein mildes und angenehmes Schlafmittel ohne schlechten Geschmack, welches keine üblen Neben- und Nachwirkungen hat, auch wenn man die Dosis steigert. Es wird daher bei allen Formen der Agrypnie auch bei inneren Krankheiten angewendet; jedoch versagt es bei höherem Grade der Schlaflosigkeit doch nicht selten, immerhin kann es vorkommen, daß es wirkt, wo Veronal uns im Stich läßt. Es eignet sich besonders für Nierenkranke, Arteriosklerotiker, Herzranke, selbst schwer dekompensierte Klappenfehler, Emphysematiker, Asthmastiker, Phthisiker. Ferner für Kinder und Greise; auch für Schwangere ist es gut verwendbar. Es zeigt keine kumulativen Wirkungen und wird schnell ausgeschieden‘. (Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 10.)

**Medikamentöse Therapie bei Psychosen.** Von Priv.-Doz. Dr. R. Hahn (Aus der Psychiatrischen Klinik Frankfurt a. M.). „Zunächst gilt es, bei Geisteskranken schwere Erregungszustände zu bekämpfen. Einem ‚tobsüchtigen‘ Kranken gegenüber, der blind um sich schlägt oder mit Stühlen oder Schußwaffen auf seine vermeintlichen Verfolger losgeht, ist der Arzt allein machtlos. Die Hilfe der Polizei anzurufen, hat keinen Sinn, schon weil sie meist nicht kommt. 2—3 erfahrene Pfleger oder Rettungswacheleute überwältigen ihn durch rasches Zugreifen oder List; sie schützen sich, wenn es ganz gefährlich ist, indem sie eine Bettdecke als Schild vorhalten. Ist der Mann festgehalten, so muß der Arzt mit einem rasch lähmend wirkenden Mittel eingreifen. In der Not ist Betäubung durch Vorhalten einer Chloroformmaske erlaubt. Das ist nicht ganz ungefährlich; wenn man damit rechnen kann, daß die Begleiter noch 5—10 Minuten aushalten, so ist eine Spritze Hyoszin das einzig Zweckmäßige. Die offizielle Maximaldosis des Hyoscinum sive Scopolaminum hydrobromicum ist  $\frac{1}{2}$  mg (0,0005).

Diese ist einem erregten Kranken gegenüber absolut wirkungslos! Das hieße mit Vogelschrot auf einen Elefanten schießen! Man würde damit auch ein ruhiges Tier nur reizen, und  $\frac{1}{2}$  mg Hyoszin wirkt nicht besser. Man sieht danach auch bei Normalen gelegentlich manische Erregungen oder ängstlich-delirante Zustände, aber keine Beruhigung und keinen Schlaf. Wir und, soweit meine Erfahrung reicht, auch viele andere große Anstalten geben nie weniger als  $2\frac{1}{2}$  mg Hyoszin subkutan, bei Tausenden von Injektionen habe ich auch bei sehr heruntergekommenen Kranken, bei Senilen und Arteriosklerotikern nie einen Hyoszint oderlebt. Dabei steige ich unbedenklich bei kräftigen, schwer Erregten auf 5 mg. Die Wirkung tritt meist nach 5—10 Minuten ein, und zwar zunächst motorische Lähmung, dann Schlaf. Für interne Darreichung ist etwa die 3fache subkutane Dosis erforderlich, also  $7\frac{1}{2}$  mg. Das ist kein Druckfehler, sondern die 15fache Maximaldosis! Hyoszin ist geschmacklos und kann deshalb auch mißtrauischen Paranoikern in Suppe oder Tee gegeben werden, was z. B. schwierige Überführungen aus der Familie in die Anstalt ganz gefahrlos machen kann. Damit dann die Rettungswache den Schlafenden in die Anstalt bringt, muß freilich ein ärztliches Zeugnis vorliegen, das die Notwendigkeit bescheinigt. Hyoszin ist das souveräne Mittel zur Bekämpfung motorischer Unruhe. Als Schlafmittel ist es ungeeignet. Es wirkt rasch, aber nicht nachhaltig und hat unangenehme Nachwirkungen, oft Uebelkeit und besonders Sehstörung (Akkommodationslähmung) am ganzen nächsten Tag. Bei leichter psychomotorischer Unruhe und bei Schlaflosigkeit sind alle Schlafmittel verwendbar. Wirksam, billig und ohne erhebliche Nachwirkung sind Trional 1,0—2,0; Sulfonal 1,0—2,0; Chloralhydrat 2,0—3,0. Ein ebenso altbewährtes, ganz ausgezeichnetes Schlafmittel ist das Paraldehyd. Deliranten nehmen es gerne, und vernünftige Menschen setzen sich über den schlechten Geschmack und den spezifischen Geruch, der sich der Atemluft mitteilt, hinweg. Es wirkt rasch, meist in  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde und hat keine Nachwirkungen. Auch Paraldehyd ist mit Ausrufzeichen zu verschreiben, die Maximaldosis von 5,0 ist zu niedrig. Wir geben 6,0—10,0. Einer unserer Kranken nimmt seit 20 Jahren jeden Abend 6 g, es hat ihm nichts geschadet, und es wirkt noch. Veronal (0,5—1,0), Luminal (0,2—0,4) und auch Medinal (1,0—2,0) wirken sicher, aber langsam, auch wenn man sie in heißem Tee usw. gibt, und die Patienten sind am nächsten Tage dösing, was ja nur bei dauernder Unruhe erwünscht ist. Von neueren Mitteln kann ich Dial-Ciba (Diallylbarbitursäure) warm empfehlen. Tabletten zu 0,1. Ich habe das Mittel in langen Vergleichsreihen mit anderen Schlafmitteln ausprobiert. Es wird sehr gern genommen, weil die Patienten mit klarem Kopf auf-

wachen. 1 Tablette genügt nur für leichte Fälle, 2 Tabletten für leichtere, bei schweren Fällen habe ich 4 Tabletten gegeben und bin auch auf 6 Tabletten gestiegen, ohne etwas Unangenehmes zu erleben. Der Schlaf tritt nach 2—3 Stunden ein und hält 5—8 Stunden an. Von der Kombination mit Codein habe ich keine Verbesserung gesehen, ebensowenig wie von Morphinumzusatz zu Hyoszin. Auch Nirvanol (0,3—0,5, event. bis 1,0) ist gut. Vom Brom (1,0—4,0) als leichtes Schlaf- und Beruhigungsmittel brauche ich nicht zu reden. Für die Epilepsiebehandlung ziehe ich dem Bromkali, Bromnatrium oder dem üblichen Gemisch (Bromnatrium, Bromkalium aa, Bromammonium die Hälfte) das Sedobrol (Tabletten zu 1,0) weit vor, weil es die Kochsalzherabsetzung so erleichtert, daß sie praktisch durchführbar wird: die Sedobroltabletten geben mit heißem Wasser eine Bouillon, die an Stelle der Suppe gegeben wird. Man muß die anfallverhütende oder wenigstens stark vermindernde Dosis (meist 3—4, auch 5 Tabletten) ausprobieren und dann dabei stehen bleiben. Plötzlicher Entzug ist gefährlich, kann zum Status epilepticus führen. Die bei allen Brompräparaten gern auftretende Bromakne läßt sich meist durch regelmäßige kleine Dosen von Kal. arsen. sol. (Sol. Fowleri) vermeiden. Mit konsequenter Sedobrolbehandlung lassen sich viele Epileptiker außerhalb der Anstalt und wenigstens beschränkt arbeitsfähig erhalten. Mit Luminal habe ich nicht so gute Erfolge gehabt, und auch von der Flechsigschen Brom-Opiumkur (Tinct. Opi simpl. steigend bei Bettruhe von  $3 \times 10$  bis  $3 \times 60$  Tropfen täglich, dann sofort hohe Bromdosen 8,0) habe ich keine besonderen Erfolge gesehen. Opium ist das Mittel zur Bekämpfung von Angstgefühlen, also bei Depressionszuständen besonders angezeigt. Wir steigen, natürlich bei Bettruhe und Vorsicht, daß der Patient das Mittel nicht selber in die Hände bekommt, von 3 mal täglich 15—20 Tropfen jeden Tag um 3 Tropfen bis 3 mal täglich 50—60 Tropfen und gehen langsam zurück. Stuhlträgheit ist bei höheren Dosen nicht mehr zu fürchten. Pantopon (1,0 = 5,0 Opium) ist so gut wie Opium und hat den Vorteil, daß es subkutan gegeben werden kann. In letzter Zeit habe ich mit recht gutem Erfolg ein neues Opiumpräparat verwendet, das den sehr großen Vorteil hat, daß die Patienten weder aus dem Geschmack noch aus dem Namen erraten, daß es das gefürchtete Opium enthält: Pil. Neurophyllin. comp. (Eucetan-Laboratorium Lübbenau (N.-L.), Schachtel von 35 Pillen zu 2,65 Mk.). Zusammensetzung: 0,05 Opium pro Pille 0,03 Salzsäure sowie Laxantien (Podophyllin, Extr. Aloës, Phenolphthalein und Cascara Sagrada), Dosis steigend 2—3 mal täglich 1—3 Pillen.“

(Ther. Mbf. 1918 Nr. 7.)



**Speichelsauger.** Von Dr. Kurt E. Neumann. Während seiner Tätigkeit an einem Reservelazarett wurde Verf. des Nachts einmal zu einem Kranken gerufen, der 2 Tage vorher wegen einer Apoplexia cerebri eingeliefert worden war; die Nachtschwester berichtete, daß seit mehreren Stunden andauerndes starkes Husten bestände, zum Teil unter bläulicher Verfärbung des Gesichtes, so daß der Patient zu ersticken drohte. Verf. konnte eine Lähmung der Schlundmuskulatur feststellen, die am Tage vorher noch nicht bestanden hatte; der starke Hustenreiz beruhte also auf Einfließen von Speichel in die Atemwege. Da bei dem Patienten, der Arteriosklerotiker war, die Gefahr bestand, daß er sich erstens durch das angestrengte Husten weiteren Blutungen aussetzte, oder daß er zweitens durch Einfließen von Mundflüssigkeit an einer Schluckpneumonie zugrunde ginge, war sofortige und anhaltende Hilfe erforderlich. Zu diesem Zwecke nahm Verf. 3 kleinfingerdicke, 4 cm lange Bäusche entfetteter Watte — Watte ist besser als Zellstoff, da dieser zu schnell zusammenbackt —, legte eine Lage Mull herum, den Verf. mit starkem Zwirn befestigte, so daß aber noch die beiden Enden des Fadens in ungefähr 15 cm Länge stehen blieben; die Enden aller 3 Doppelfäden knüpfte er zusammen und befestigte sie mittels Sicherheitsnadel am Krankenhemd; diese Befestigung genügt bei nicht benommenen Patienten vollkommen. 2 Wattepfropfen legte Verf. mittels Pinzette beiderseits in den Raum zwischen zweiten oberen Mahlzahn und Wangenschleimhaut (Ausführungsgänge der Ohrspeicheldrüsen) und einen Wattebausch unter die Zunge, so daß die Ausführungsöffnungen der Unterkieferdrüsen und Unterzungendrüse bedeckt waren. Nach 2—3 Stunden, wenn die Watte sich vollgesogen hatte, wurde sie erneuert. In dieser Weise wurde der Patient so lange behandelt, bis das Schlucken wieder möglich war. (M. m. Wschr. 1918 Nr. 43.)

**Ueber die Verwendbarkeit des Kalzibrams.** Von Dr. E. Meyer (Städt. Krankenhaus im Friedrichshain in Berlin). Kalzibram bewährte sich außer bei fieberhaften Katarrhen der Luftwege ganz besonders bei der Grippe. Es tritt nach einer Tagesdosis von 6 bis 8 Tabletten zu 0,4 g Kalzibram eine erhebliche Besserung der Apathie, des Druckgefühls im Kopf ein. Ferner wird die Temperatur günstig beeinflusst. Reizerscheinungen von seiten der Niere oder des Magens kamen nicht zur Beobachtung. Dem Aspirin ist das Kalzibram hier vorzuziehen; der Appetit bleibt erhalten, und Wirkung wird oft da erzielt, wo Aspirin versagt.

(D. m. W. 1918 Nr. 41.)

**Behandlung der Grippepneumonie.** Von San.-Rat Dr. Althen (Wiesbaden). Wie seit vielen Jahren bei der Pneumoniebehandlung, so hat sich Verf. auch bei der gegenwärtig so häufigen und oft mit schweren pneumonischen Prozessen einhergehenden Grippeepidemie als bestes Mittel das altbekannte Guajacolum carbonicum bewährt. Verf. gibt je 1 g alle 3 Stunden und läßt  $\frac{1}{4}$  Stunde nach jedem 2. Gramm  $\frac{1}{2}$  g Aspirin nehmen. Die Erfolge sind derartig in die Augen springend, daß Verf. davon überzeugt ist, daß jeder, der das Mittel einmal bei der erwähnten Erkrankung angewandt hat, nicht mehr davon abgehen wird.

(M. m. W. 1918 Nr. 43.)

**Ueber Kreosotbehandlung der Lungentuberkulose.** Von Reg.-Arzt Dr. Karl Fischel Chefarzt der Tuberkuloseabteilung (Aus dem k. k. Kriegsspital Grinzing). Verf. hat 50 Fälle nach der Methode von Koronka — Darreichung von steigenden Mengen von Kreosot und Ichthyol — behandelt, kann sie aber nicht empfehlen. Kreosot hat in der üblichen Darreichung eine symptomatische Wirkung, indem es die Expektoration erleichtert und die Appetenz hebt, eine spezifische Wirksamkeit ist ihm abzusprechen. Da der günstige therapeutische Einfluß zu Beginn der Darreichung am größten ist und bei zu langer Verabreichung oder bei zu hohen Dosen der anfänglich symptomatische Erfolg ins Gegenteil umschlägt und zu Magendarmstörungen, Reizhusten, Hämoptysen und Nervenreizungen führt, empfiehlt es sich, das Kreosot in der üblichen, der Maximaldosis entsprechenden Menge mit Bittermitteln und eventuell kombiniert mit Ichthyol zu verschreiben, nach einigen Wochen damit auszusetzen, um nach einer entsprechenden Pause das Mittel mit günstigem Effekt wieder nehmen zu lassen.

(M. Kl. 1918 Nr. 42.)

**Die Behandlung der septischen Erkrankungen mit Silberpräparaten.** Von Dr. A. Alexander (Berlin). Verf. benutzte Kollargol (Heyden) und Argatoxyl (Kaiser-Friedrich-Apotheke Berlin) und behandelte 80 Fälle, von denen nur 16 starben. Die Anwendungsweise der Mittel ist die folgende: Vom Kollargol wird von einer 2% igen Lösung 10 ccm in die Kubitalvene injiziert. Tritt danach Schüttelfrost nach ca. 2—4 Stunden ein, so ist dies ein Zeichen, daß das Mittel in Wirksamkeit tritt. Nur in den wenigsten Fällen blieb diese Wirkung beim 1. Male aus, wo das Mittel doch noch wirksam war. Am besten macht man die Injektion nachmittags, wenn die Temperatur im Steigen ist. Vom nächsten Morgen an gibt man dann stets nach Reinigungsklysmen 0,5 Kollargol in 50 ccm Wasser angewärmt. Wenn Durchfälle be-

stehen, so gibt man das Kollargol innerlich in Pillenform, à 0,1 täglich 3—4 mal 2 Pillen. Die Klysmen bzw. die Pillenverabreichung wird 14 Tage nach Schwinden des Fiebers fortgesetzt. In Fällen, bei denen es sich um chronische Erkrankungen handelt (Furunkulose, Gelenkrheumatismus usw.), gibt man dann noch längere Zeit 3- bzw. 2 mal 1 Pille weiter. In den Fällen, bei denen am 2. Tage nach der Injektion Entfieberung nicht eingetreten ist, ist am 3. Tag, sodann am 5. und 7. Tag die Injektion zu wiederholen, jedoch sind selten mehr wie 3 Einspritzungen nötig. Neben dem Kollargol läßt Verf. dann stets Sol. Fowleri wochenlang nehmen. Er möchte noch erwähnen, daß er bei Furunkulosen nach der Abheilung in 2 monatlichen Pausen 2 mal eine 4 wöchentliche Präventivkur mit Kollargolpillen (4 mal täglich 1 Pille) machen läßt. Als einzige Störung bei der Injektion hatte er in wenigen Fällen Uebelkeit und Erbrechen beobachtet, die aber schnell verschwanden. Sollte auch nach der oder den ersten Injektionen und Klysmen ein Erfolg nicht festzustellen sein, so ist die Behandlung doch fortzusetzen. Man kann aber schon nach der 1. Einspritzung sehen, ob das Mittel Erfolg haben wird, durch den eintretenden Schüttelfrost (in einem Falle reagierte der Patient erst bei der 3. Einspritzung mit einem Schüttelfrost und wurde gesund). Für die Prognose ist also der Schüttelfrost wichtig. Man findet auch in der ersten Zeit bei Verabreichung von Kollargolklysmen einen leichten Schüttelfrost oder wenigstens ein leises Frösteln. Das Argatoxyl wird in einer Piperazinslösung intraglutäal injiziert. Von der intravenösen Injektion möchte Verf. abraten, da jeder kleinste Bestandteil der Lösung, der neben die Vene kommt, furchtbare Schmerzen macht. Bei der intraglutäalen Injektion tritt wohl auch ein vorübergehender, nicht allzugroßer Schmerz auf. Bildung von sterilen Abszessen, die von anderen Autoren beschrieben worden sind, hat Verf. nie gesehen; leichte Schwellungen mit Rötung, die aber auf feuchte Umschläge zurückgingen, machten hie und da einige Tage Beschwerden beim Bewegen. Auch hier wird die Injektion nach 3—4 Tagen wiederholt, falls die Besserung nicht anhält oder kein sichtbares Nachlassen der Krankheit zu beobachten ist. Verf. gibt neben den Injektionen vom 2. Tage ab Kollargolklysmen, möchte aber betonen, daß er in 3 Fällen ohne die Klysmen guten Erfolg hatte, doch glaubt er gefunden zu haben, wie auch bei den Kollargolinjektionen selbst, daß durch die Kombination von Injektion und Klysmen (nachdem schon einmal eine Injektion gemacht ist) erstere nur in wenigen Fällen zu wiederholen ist. Sonst ist die Weiterbehandlung wie bei den Kollargolinjektionen. Verwendet man an Stelle des Kollargols Heyden Ag. colloïdale, so muß man bei den Injektionen darauf achten,

daß die Lösungen keine Niederschläge zeigen; sie werden am besten vor dem Gebrauch filtriert. Sicher sind Schädigungen durch diese Verunreinigungen herbeigeführt worden und haben dann bei manchen, die diese Mißerfolge sahen, das Mittel diskreditiert.

(Ther. Mhf. 1918 Nr. 10.)

**Zur nicht operativen Therapie des Kropfes.** Von Dr. E. Bircher (Kantonale Krankenanstalt Aarau). In beinahe 100 Fällen wurden mit der Jodtherapie (Lipojodin) sehr gute Resultate erzielt. Es wurden Strumavalttabletten (Hausmann in Zürich und St. Gallen) verwandt, welche Lipojodin, Chinin sulfur., Kieselsäure und Kalzium enthalten. Es hat sich folgende Prozedur bewährt. Nachdem ein chirurgischer Eingriff als unnötig ausgeschlossen worden ist, die Indikationen für eine medikamentöse Behandlung festgelegt sind (lokale Untersuchung, Laryngoskopie event. Röntgenaufnahme, genaue Herzprüfung und Puls, event. funktionelle Prüfung auf Vago- und Sympathikotonus), wird eine 3—4 wöchentliche Kur mit Tabletten durchgeführt, wobei steigend bis zu 4—6 Tabletten täglich verabfolgt werden. Gewöhnlich sieht man in der 2. und 3. Woche eine Pulszunahme auftreten, doch sind damit keine beängstigenden Symptome verbunden. Nervöse Begleiterscheinungen hat Verf. seit Zugabe von Kalzium keine mehr konstatieren können. Auf diese Weise gelingt es, in gut  $\frac{2}{3}$  der Fälle eine Reduktion des Halsumfanges um 2—3, in günstigen Fällen auch um 4 cm zu erzielen. Doch genügt dies meist nicht, um eine der normalen entsprechende Halsform zu erzielen. Man tut daher gut daran, nach Aussetzen der Medikation für 2 bis 3 Wochen, die Kur auf derselben Basis zu wiederholen oder, wenn der Rückgang des Halsumfanges und eine palpatorisch nachweisbare Verkleinerung der Struma nicht vorhanden waren, die kombinierte Therapie mit Jodchininsalbe und Tablettenmedikation durchzuführen. Dabei empfiehlt es sich, wechselnd den einen Tag Tabletten zu verabfolgen, am andern Tag Jodkaliumchininsalbe 2—6 g Chinin. sulf. oder hydrochloric. auf 20 g Salbe, eine Fingerbeere auf den mit Seife gewaschenen Hals einzureiben. Dieses Verfahren ergibt auch Erfolg bei resistenteren Strumen. Ist auch jetzt noch kein völlig befriedigendes Resultat zu erzielen gewesen, so kann nach einer weiteren Zwischenpause von 3—4 Wochen die Kur neuerdings wiederholt werden. Es ist ja natürlich klar, daß nicht in sämtlichen Fällen ein völlig einwandfreies Resultat zu erzielen ist. Völlig refraktär verhielten sich 10% der Fälle, in weiteren 20% der Beobachtung war eine Verkleinerung des Kropfes und Verminderung des Halsumfanges wohl zu konstatieren, aber nicht in dem erwünschten und erhofften Maße, während in gut 70%

der Fälle das Resultat ein zufriedenstellendes war. Es empfiehlt sich, um Rezidiven vorzubeugen, jährlich 1 mal eine 2—3 wöchentliche Kur mit Tabletten durchzuführen. Unangenehme Begleiterscheinungen traten überhaupt nur in 2 Fällen auf, die scheinbar auf Jod überaus empfindlich waren. In einigen Fällen konnte eine gewisse Pulsbeschleunigung konstatiert werden, die sich bald nach Aussetzen des Mittels verzog. Subjektive Beschwerden wurden von den Patienten nur ganz ausnahmsweise angegeben. Die Tabletten wurden vom Magendarmkanal anstandslos vertragen. — Und die Indikationen dieser Methode? Auszuscheiden sind in erster Linie alle knolligen oder knotigen Kropfformen, deren Palpation ohne weiteres die Diagnose Struma nodosa stellen läßt, speziell wenn der Träger einer solchen Struma diese schon mehrere Jahre besitzt oder jenseits des 25.—30. Altersjahrs steht. Kontraindiziert ist die medikamentöse Jodtherapie bei allen Fällen, bei denen eine Tracheostenose speziell im Röntgenbilde nachgewiesen werden kann. Ebenso dürfen einer Jodtherapie alle diejenigen Fälle nicht unterworfen werden, die irgendwelche Herzstörungen organischer oder funktioneller Natur aufweisen. Darum soll man von einer Jodtherapie bei allen neuropathischen stigmatisierten Fällen abstrahieren. Diese Fälle sind nicht immer leicht zu erkennen, doch läßt der äußere Habitus, die leichte Erregbarkeit, speziell des Herzens, das ganze Wesen der Persönlichkeit sehr oft auf die neuropathische Konstitution schließen (event. ist der Pilokarpinversuch vorzunehmen). Zur Behandlung bleibt relativ keine besonders große Schar übrig, es sind diejenigen Personen, die einen sogenannten gleichmäßig vergrößerten „dicken Hals“ aufweisen, der bei der Palpation eine mehr minder weiche oder derbe, gleichmäßig vergrößerte Schilddrüse zeigt. Es handelt sich meistens um jüngere Individuen zwischen dem 10.—25. Altersjahre, seltener ältere, in der Mehrzahl dem weiblichen Geschlecht angehörend. Letztere geben sehr oft an, daß die Struma im Anschluß an das Einsetzen der Menses oder an eine Gravidität sich entwickelt habe. Hier und da können es Individuen sein, die aus kropffreie in eine endemisch verseuchte Gegend frisch eingewandert sind. r

(Schweiz. Korr.-Bl. 1918 Nr. 36.)

**Die perkutane Jodtherapie mit Jothion.** Von San.-Rat Dr. Romberg (Meiningen). Sehr gute Erfolge mit 5% iger Jothionvaseline (2 mal täglich ein erbsengroßes Stück leicht einreiben) bei Strumen (besonders weichen, mit pseudofluktierenden Knoten) sowie bei auf Arteriosklerose beruhenden Herzaffektionen (Angina pectoris, Asthma cardiale), außerdem bei Lues.

(Reichs-Med.-Anz. 1918 Nr. 21.)

### Verschiedenes.

**Ueber Azetiform.** Von Dr. Mindack (Frankfurt a. M.). Dieses neue Präparat, das von der Firma Kalle & Co. A.-G. in Biebrich in den Handel gebracht wird, ist eine komplexe Aluminiumverbindung, welche aus essigsaurer Tonerde und Zitronensäure in Verbindung mit Hexamethylentetramin besteht. Das Azetiform ist ein weißes, feines Pulver, welches einen schwachen säuerlichen Geruch besitzt. Es ist außerordentlich leicht in Wasser löslich. Die Lösungen bleiben klar und setzen auch nach langem Stehen nichts ab. Dadurch ist auch die völlige gleichbleibende und gleichmäßige Wirksamkeit der Lösungen gesichert. Außer in der Pulverform gelangt das Azetiform auch als Tabletten in den Handel. Bei deren Lösung bemerkt man hier und da minimale Absetzungen. Dies sind Spuren von Talk, welche von der Pressung herrühren. Weitere Handelsformen sind 5proz. Azetiformpuder und 5proz. Azetiformsalbe, so daß also der Arzt alle seine besonderen Wünsche befriedigt sieht. Was die Wirksamkeit des Azetiforms anbelangt, so entsprechen  $\frac{1}{3}$ —2proz. Lösungen sowohl in therapeutischer als auch bakterizider Wirkung vollkommen den üblichen Verdünnungen des Liquor. Zumeist findet man mit einer  $\frac{3}{4}$ —1proz. Lösung, welche in der Wirkung etwa der Liquorverdünnung 1:10 entspricht, sein therapeutisches Auskommen. Verf. hat das Azetiform lange Zeit hindurch bei geeigneten Fällen zur Anwendung gebracht und ist mit den erzielten Resultaten stets sehr zufrieden gewesen. Die aus dem Pulver oder mittels Tabletten hergestellten 0,5—1proz., seltener 2proz. Azetiformlösungen konnten mit großem Vorteil zu Scheidenspülungen, Wundberieselungen, zu feuchten Verbänden sowie zu Gurgelungen verwendet werden. Die Azetiformsalbe hat sich sehr gut bewährt bei Brandwunden, Frostbeulen und Erfrierungen 1. u. 2. Grades, selbst bei solchen mit großen Wundflächen, die von nekrotischen Geweben stark durchsetzt waren. Die Azetiformsalbe wirkt allgemein kühlend und schmerzlindernd, besonders bei Brandwunden, und granulationsbefördernd. Auch bei torpiden Unterschenkelgeschwüren bewährte sich die Salbenbehandlung sehr gut und granulationsbefördernd und verheilend; allerdings mußte dabei der Kompressionsverband alle 2 Tage erneuert werden. Der Azetiformpuder hatte eine ausgezeichnete austrocknende Wirkung. Er wurde mit gutem Erfolg angewandt bei Ekzemen infolge von Sekretstauungen, z. B. bei solchen in der Umgebung von nässenden Wunden. Bei Brandwunden sowie bei Erfrierungen war der Erfolg ebenfalls sehr befriedigend, ferner bei torpiden Geschwüren an Fingerspitzen infolge von trophoneurotischen Störungen. Bei Fluor

albus wurden Scheidentampons mit Azetofompuder beschickt und 24 Stunden lang in der Vagina liegen gelassen. Der Einfluß auf den Katarrh war ein bemerkenswert günstiger.

(B. kl. W. 1918 Nr. 32.)

**Tejobrot**, eine Vereinigung von Eiseneiweiß und Jodeiweiß, vollwertiger Ersatz für Lebertran und Jodeisensirup, ist nach Dr. Grumme (Fohrde) indiziert bei Skrofulose, Lues congenita, Rachitis, Bronchitis chronica, kindlichem Asthma und Erythema nodosum.

(Allg. m. Ztg. 1918 Nr. 17.)

**Ueber das Befestigen des Verweilkatheters.** Von Dr. Alfons Semper (Zagreb). Es werden Streifen von 12 cm Länge und  $2\frac{1}{2}$  cm Breite geschnitten (Leinwand, noch besser Bänder). In der Mitte wird ein kleines Loch ausgeschnitten und mit einem starken Faden umnäht. Ungefähr 4 cm beiderseits der Oeffnung werden je 2 Einschnitte gemacht und ein Bändchen durchgezogen. Der Faden wird nun um den Katheter zugezogen und geknüpft, das Bändchen entweder im Sulc. coron. glandis oder außen doppelt umwickelt und geknüpft. Der Katheter hält gut; die Patienten klagten niemals über Schmerzen durch die Umschnürung. Den Katheterhalter stellten die Schwestern aus alten Leinenstücken her. Da sie sich gut waschen lassen, kann man sie lange Zeit hindurch benutzen.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 40.)

### Neue Bücher.

**Magnus Hirschfeld: Sexualpathologie.** 2. Teil. Bonn, Marcus & Weber. Auch dieser Teil, der sich mit den „sexuellen Zwischenstufen“ beschäftigt und Hermaphroditismus, Androgynie, Transvestitismus, Homosexualität und Metatropismus zum Gegenstande eingehender und überaus interessanter Besprechungen macht, kann den Kollegen nicht warm genug zum Studium empfohlen werden. Wissen sie doch vielfach recht wenig über diese Gebiete, manchmal nicht mehr als der Laie. Das Werk des bekannten Sexualforschers bietet die beste Gelegenheit, sich eingehend zu unterrichten, zumal die klaren und lichtvollen Ausführungen des Verfassers die Lektüre äußerst genußreich machen.

**E. Klose, Kinderheilkunde.** Leipzig, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands. Preis: 4,80 Mk. Der Greifswalder Pädiater bietet in dem kleinen Buch einen ungemein brauchbaren Leitfaden. Die ganze Anlage — erst kurze Anführung eines Krankheitsfalles oder mehrerer, dann im Telegrammstil und mit verschiedenem Druck Hervorhebung aller wichtiger dia-

agnostischer, therapeutischer usw. Daten — geht darauf aus, Studierenden und jungen Aerzten das Gebiet der Kinderheilkunde in groben Umrissen vor Augen zu führen bzw. Vergessenes wieder in Erinnerung zurückzurufen. Diesen Zweck wird das Buch in bester Weise erfüllen.

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 65. Diagnostisches S. 67. Symptomatologisches S. 71.  
 Kasuistisches S. 72. Therapeutisches S. 79. Verschiedenes S. 94.  
 Neue Bücher S. 95.

## Sachregister.

<p>Adalin 84.          Arsenintoxikation des Auges 75.          Auge, Arsenintoxikation 76.          Azetoform 94.          Bläschenausschlag, Fall 74.          Eiweißuntersuchung, Taschenapparat zur 87.          Grippe, Symptomatologie 71.          Grippepneumonie, Behandlung 90.          Jothioneinreibungen 98.          Kalsibram 89.          Katgutsterilisation 79.          Kopfverletzung, Hirnhautentzündung —            kein Zusammenhang 65.          Kreosot bei Tuberkulose 90.          Kropf, nicht operative Behandlung 92.          Lipom, Verschwinden bei Abmagerung 73.          Mastdarmpvorfall, Behandlung 81.          Mekonal 82.</p>	<p>Nasendiphtherie und Hautdiphtherie im          Kindesalter 68.          Nirvanolvergiftung 77.          Ophthalmie, doppelseitige metastatische 72.          Pituglandol-Folge? 74.          Pneumonie, Behandlung der Grippe- 90.          Psychosen, Behandlung 86.          Purpura simplex bei Serumkrankheit 72.          Septische Erkrankungen, Silberbehandlung          90.          Serumkrankheit, Purpura simplex bei 72.          Speichelsauger 89.          Tejobrot 95.          Trypflavin 79.          Tuberkelbazillenfärbung 69.          Tuberkulose, Kreosot bei 90.          Unterbindungen, Katgut sparende 81.          Verweilkatheter, Befestigung 95.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Autorenregister.

<p>Alexander 71, 90.          Altien 90.          Bircher 92.          Bong 74.          Cohn 75.          Fischel 90.          Flesch 79.</p>	<p>Frank 95.          Grünbaum 67.          Grunne 95.          Gudden 84.          Hahn 86.          Krukenberg 79.          Landé 68.</p>	<p>Lipp 69.          Matti 81.          Meyer 69.          Mindack 94.          Neumann 89.          Pensky 77.          Perthes 81.</p>	<p>Romberg 98.          Schmidt 82.          Semper 95.          Tomaschny 78.          Widmer 72.          Wilmsen 73.          Zander 74.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

Mit einer Bellage der Verlagsbuchhandlung Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

---

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
 San-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.  
 Druck von Robert Noske, Borna-Leipzig.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1919

## Diagnostisches.

Ueber die topographische Perkussion der Lungenspitzen. Von Prof. N. v. Jagic (Aus der medizinischen Abteilung des k. k. Sofienspitals in Wien). Die topographische Perkussion der Lungenspitzen gestaltet sich verhältnismäßig einfach, wenn man folgenden Vorgang einhält. Topographisch liegen die Lungenspitzen, symmetrischen Bau des Thorax vorausgesetzt, beiderseits gleichhoch. Eine Verkleinerung der Lungenspitze ist fast regelmäßig sowohl bei frischen wie chronischen und auch vernarbten Spitzentuberkulosen nachweisbar. Es handelt sich nun darum, diese Verkleinerung möglichst genau perkutorisch zu bestimmen. Zu diesem Zwecke bedient man sich vorteilhaft einiger Orientierungslinien auf der hinteren oberen Thoraxpartie. Man führt quer durch die Fossae supraspinatae zwischen erstem und zweitem Brustwirbeldorn eine Horizontale, trägt auf derselben genau symmetrisch rechts und links drei Querfinger breit von der Wirbelsäule entfernt (dies bezieht sich auf einen mittelgroßen Thorax eines Erwachsenen) eine Markierung auf und verbindet dies mit der Haargrenze. Diese Orientierungslinien bilden ein gleichschenkeliges Dreieck. Man perkutiert nun leise auf den beiden nach oben konvergierend verlaufenden Linien. Der Untersuchte sitzt oder steht dabei mit nach vorn gebeugtem Kopfe und Nacken und lose herabfallenden Schultern und Armen. Diese Stellung des Untersuchten ist nötig, da nur unter diesen Umständen die durch die Perkussion erzeugten Stoßwellen in die notwendige Richtung und Tiefe gelangen können. Unter normalen Verhältnissen findet man in der Nähe des oberen Randes des siebenten Halswirbeldornes einen scharfen Uebergang des Lungenschalles in absolute Dämpfung. Die eben erwähnte Grenze steht unter normalen Verhältnissen beiderseits gleichhoch. Bezüglich der

Perkussionstechnik ist zu bemerken, daß der perkutierte Finger der linken Hand fest aufgesetzt werden muß. Das Klopfen selbst muß leise ausgeführt werden, ähnlich wie bei der Bestimmung der absoluten oberflächlichen Herzdämpfung. Bei Infiltrations- und Schrumpfungsprozessen in den Lungenspitzen findet sich ein Tiefstand der kranken Spitze. Mit Leichtigkeit lassen sich auf diese Weise Höhendifferenzen von einem Querfinger perkutorisch feststellen. Ein Vorteil dieser Methode liegt auch darin, daß wir von Schalldifferenzen infolge ungleich entwickelter Muskulatur unabhängig sind. Wir vergleichen eben nicht den Schall der rechten und linken Seite, sondern bestimmen auf jeder Seite für sich die Lungengrenze. Die Prüfung der respiratorischen Verschieblichkeit des Lungenspitzenrandes hat gar keinen Zweck. Es ist zu betonen, daß eine respiratorische Verschieblichkeit des erwähnten oberen Lungenrandes in dem Sinne, wie dies für die unteren Lungenränder gilt, durch Perkussion auch unter normalen Verhältnissen gar nicht nachweisbar ist. Wenn wir in der Fossa supraspinata perkutieren und gleichzeitig den Untersuchten tief ein- und ausatmen lassen, so wird der Schall in der Inspiration etwas lauter, in der Expiration leiser, entsprechend dem jeweiligen Luftgehalt der Lungenspitzen. Diese inspiratorische Aufhellung läßt sich auch diagnostisch verwerten. Ein deutliches Auf- und Abrücken des Lungenspitzenrandes läßt sich aber perkutorisch niemals feststellen. Häufig findet sich bei Affektionen der Lungenspitzen statt des scharfen Ueberganges des Lungenschalles zur Dämpfung ein unscharfer Uebergang („Verschleierung“), der diagnostisch ebenso wie ein Tiefstand zu bewerten ist. Bei der Perkussion der oberen und unteren Schlüsselbeingruben geht man am besten in der altgewohnten Weise vor. Man muß dabei streng darauf achten, daß der Untersuchte den Kopf ruhig und gerade nach vorn hält, da bei jeder geringsten Drehung des Kopfes durch die Spannung der Halsmuskulatur der Perkussionsschall eine bedeutende Aenderung erfährt. Es sind dies bekannte, aber wichtige Umstände auf die nicht oft genug hingewiesen werden kann. — Gelegentlich dieser Ausführungen möchte Verf. noch auf Verhältnisse kurz hinweisen, die bei der Perkussion der Lungenspitzen differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Durch Herzvergrößerung kann ein verringerter Luftgehalt des dem Herzen benachbarten, außerhalb der tiefen Dämpfungszone liegenden Lungengewebes zustande kommen, der einen Infiltrationsprozeß in den Lungen vortäuschen kann. Hier kommt vor allem der verringerte Luftgehalt des linken Oberlappens bei Vergrößerung des linken Vorhofes in Betracht. Wir finden diese Verhältnisse am häufigsten bei der Mitralstenose. Bei der Perkussion vorn finden wir dabei häufig

einen tympanitischen Beiklang in der Fossa infraclavicularis, der wohl auf Relaxation des Lungengewebes zurückgeführt werden muß. Wichtiger noch ist in solchen Fällen der Befund einer leichten Dämpfung in der Fossa supraspinata, die zur irrtümlichen Annahme einer linksseitigen Lungenspitzentuberkulose führen kann. Hier schützt vor dem Irrtum eine genaue topographische Perkussion der Lungenspitzen nach der oben beschriebenen Methode. Wenn auch die linke Fossa sup rasiinata bei der erwähnten Vorhofsdilatation leicht gedämpft klingt, so stehen doch beide Lungenspitzen gleichhoch, und der Uebergang ist akustisch ein scharfer. Verf. konnte in einer größeren Anzahl von Fällen diese Befunde radiologisch kontrollieren, wobei sich dieselben als richtig erwiesen. Wenn der Luftgehalt einer sonst intakten Lungenspitze infolge anderer Umstände, wie z. B. Verengung der zuführenden Luftwege, ein verringerter ist, so werden sich die perkutorischen Verhältnisse ganz ähnlich verhalten wie bei der Vergrößerung des linken Vorhofes. Stets ist in solchen Fällen der Uebergang des leicht gedämpften Lungenschalles in absolute Dämpfung an normaler Stelle ein scharfer, während bei Infiltrations- und Schrumpfungsprozessen in den Lungenspitzen der oben beschriebene Tiefstand der erkrankten Spitze und häufig auch eine verschleierte Uebergangszone nachweisbar sind. (W. m. W. 1917 Nr. 47.)

**Simulation bei der Nierenfunktionsprüfung.** Von Dr. Bamberger (Kissingen) (Aus dem Reservelazarett Zweibrücken). Als Novum auf dem Gebiete der Simulation darf wohl eine Beobachtung gelten, die Verf. bei einer Nierenfunktionsprüfung machte; sie mahnt uns, das Resultat des Wasserversuches mit einer gewissen Vorsicht zu bewerten, um keine falschen Schlüsse zu ziehen. In der Sache selbst handelt es sich um einen Rentenfall, der wegen zweifelhafter Nephritis der Station überwiesen wurde. Es erschien befremdlich, daß die ersten drei halbstündigen Portionen vollkommen ausgefallen waren, mit Beginn der vierten halben Stunde aber als erste Portion 560 ccm ausgeschieden wurden. Verf. ließ den Versuch am nächsten Tage wiederholen. Da abermals die ersten drei Portionen ausfielen, ließ er einen schon vorher ausgekochten Katheter bringen und holte aus der Blase 550 ccm Urin. Der Patient bekam angesichts dieses überraschenden Resultats einen roten Kopf und entschuldigte sich damit, daß es ihm unmöglich gewesen sei, den Urin zu lassen. Das Gegenteil davon konnte ihm natürlich nicht bewiesen werden; aber die Angabe dürfte wohl kaum glaubhaft erscheinen, da er nie über Miktionsbeschwerden geklagt hatte. Die Simulation könnte auch in der Weise vor sich gehen, daß der Prüfling bei Abgabe der einzelnen Portionen nur

einen Teil des gebildeten Harns entleert und am Schluß eine größere Menge „Residualharn“ in der Blase zurückbehält. Bei einer Funktionsprüfung der letzten Tage erlebte Verf. wieder denselben Fall: Der Wasserversuch begann um  $\frac{1}{2}$  8 Uhr. Als um 9 Uhr noch immer kein Urin entleert worden war, wurde der Katheter eingeführt, der 950 ccm Urin entleerte. Wenn solche Dinge vorkommen, muß die These ausgesprochen werden, daß die modernen Funktionsprüfungen für militärische Zwecke vollkommen unbrauchbar sind. Bei allen Funktionsprüfungen ist das Hauptgewicht zu legen erstens auf die Eiweißausscheidung in der Ruhe, nach Belastung der Niere durch Bewegung, Diät und Einwirkung kalter Prozeduren, zweitens auf die Mikroskopie des Sediments. Selbstverständlich sind auch die Versuche der Konzentrationserhöhung nach 36-stündiger Trockenkost mit demselben Mißtrauen zu verwerfen, wenn sie nicht unter strengster Klausur bei absolut vertrauenswürdigem Pflegepersonal ausgeführt werden können.

(M. m. W. 1918 Nr. 44.)

### Kasuistisches.

**Ein Beitrag zur Kenntnis der Rückenmarksblutungen beim Skorbut.** Von Oberarzt Dr. Dorian Feigenbaum (Aus der Nervenabteilung des k. u. k. Reservespitals 1 in Lemberg). Es handelt sich um Skorbut mit Rückenmarksblutung (Haematoma extramedullare), klinisch gekennzeichnet durch Symptome einer Querschnittsläsion. Diese Blutung, welche ohne äußere ursächliche Momente auf einmal entstanden war, müssen wir den anderen subkutanen, mukösen, intramuskulären und subperiostalen Skorbutblutungen an die Seite stellen. Daß beim Skorbut Blutungen nicht nur an den Prädilektionsstellen — Wade, Kniekehle, Oberschenkel, Zahnfleisch —, sondern auch in anderen Organen ausnahmsweise auftreten, ist aus autoptischen Berichten in der Skorbutliteratur bekannt. Es werden blutige Ergüsse in die Pleura und das Perikard beschrieben, bei einem Fall war es zu einem großen, tumorartigen Bluterguß in die Bauchdecken gekommen usw. Dagegen sind Blutungen im Zentralnervensystem beim Skorbut nicht verzeichnet. Die Seltenheit der innerhalb des Zentralnervensystems aufkommenden Blutungen dürfte möglicherweise auf ein gewisses, der hämorrhagischen Diathese gegenüber höhergestelltes Widerstandsvermögen seitens des Nervensystems zurückzuführen sein. Hervorzuheben wären in obigem Falle die im Anfangsstadium, vor der Lähmung, bestandenen Schmerzen und Parästhesien in den unteren Extremitäten, welche als neuritische Symptome, hervorgerufen durch toxische Einflüsse auf Grund allgemeiner Er-

nährungsstörungen gedeutet werden können oder aber von einer älteren Blutung herrührten, wofür das bei der anatomischen Untersuchung gefundene alte, fast völlig organisierte Hämatom zwischen den Lendennervenwurzeln spräche. Das plötzliche Einsetzen der vollständigen Lähmung nach wochenlang vorausgegangenen Schmerzen und Parästhesien fände seine Erklärung in einer neuerlichen, diesmal viel ausgedehnteren Blutung, was ebenfalls im anatomischen Befund als Blutung jüngeren Datums hervorgehoben wird. (W. kl. W. 1917 Nr. 46.)

**Demonstration eines Falles von Gangränbildung nach Masern.** Von Salge. Es handelt sich um einen 2<sup>3</sup>/<sub>4</sub> jährigen Knaben, der in der Kinderklinik leichte Masern durchmachte ohne starke Beteiligung der Lungen. Am 19. Tage nach dem Beginn der Krankheit wurde das Kind fieberfrei und ohne krankhafte Erscheinungen entlassen. Zwei Tage später wird das Kind wiedergebracht, weil sein rechter Arm blaurot geschwollen ist. Beide Arme werden nicht bewegt, das Kind schreit heftig beim Anfassen der Arme und der Brust. Die Untersuchung ergibt in jeder Achselhöhle eine etwa markstückgroße nekrotische Stelle; an beiden Armen ist kein Puls mehr nachweisbar, der rechte Unterarm und die Hand ist blauschwarz, am Daumen trocknet die schwarz verfärbte Haut runzelig ein. Ueber der Vorderfläche des Thorax ein schmerzhaftes Oedem. Karotidenpuls deutlich vorhanden, ebenso die Pulse an den unteren Extremitäten. Es werden Embolien in den betreffenden Arterien als Ursache für die Erscheinungen angenommen. Es wird kurz die Annahme erörtert, daß es sich um eine Schädigung der Gefäßwand durch das Maserngift handeln könnte. (Unterelsäss. Aerzterverein, Straßburg 27. 7. 1918.)

**Zur Frage der vikariierenden Menstruation.** Von Schickele. 27 jährige Patientin mit Aplasie des Uterus, rudimentären Ovarien (1:1/2 cm) und Scheidenblindsack. Seit dem 13. Jahre monatlich einen Tag lang Blutung aus der Nase, die seit zwei Monaten ausgeblieben ist. Seither urtikariaähnliche Schwellungen über den ganzen Körper, deren Lokalisation fast täglich wechselt, zuweilen auch das Aussehen des Quinckeschen Oedems annimmt. Die Patientin ist in ihrem ganzen Habitus durchaus weiblich, mit normaler Behaarung und gut entwickelten Brüsten; die gegenseitigen Maßverhältnisse des Körpers sind ebenfalls den weiblichen entsprechend. Dieser Fall ist ein reiner Typus der vikariierenden Menstruation, bei dem die genannten Hautveränderungen die Folgen der ausgebliebenen Nasenblutung sind, die selbst wieder bedingt ist durch die periodische Tätigkeit der Ovarien, gleichzeitig aber ein

neuer Beweis dafür, daß die Stoffe, welche im Uterus abgelagert werden und die menstruelle Blutung hervorrufen, auch im Kreislauf zirkulieren und an irgendeiner anderen Stelle als der ursprünglich vorgesehenen ihre Wirkung entfalten können.

(Unterelsäss. Aerzteverein, Straßburg 27. 7. 1918.)

**Hypertrophie und nachfolgende Totalgangrän der Tonsille.**  
 Von Dr. Curt Nürnberg. Es handelt sich um einen 22jährigen Krankenträger, der schon seit Jahren an Halsentzündungen litt. Letzte Angina im Februar 1917; von ihr blieb eine starke Hypertrophie der Tonsille, besonders links, zurück. Am 15. Juli 1917 kam er wieder in Behandlung. Er klagte darüber, daß die Beschwerden beim Schlucken immer stärker würden, als wenn ein Klob im Halse stecke. Fieber war nicht vorhanden, das Allgemeinbefinden gut. Der Befund im Halse ergab: Rechte Tonsille ziemlich stark vergrößert. Am linken Gaumenbogen sieht man neben der Uvula einen großen Tumor herabhängen, der breitbasig von dem oberen Pol der linken Tonsille ausgeht. Der Tumor, es handelt sich um die stark vergrößerte linke Tonsille, ist etwa von Kleinwalnußgröße, die Farbe ist blauschwarz, die Konsistenz ziemlich weich. Zwischen undeutlich gezeichneten Krypten sitzen vereinzelte Eiterpröpfe. Der Uebergang des Tumors zu normalem Tonsillengewebe ist ganz scharf abgegrenzt. Von dem Gaumenmandelrest ist nur ein kleiner Teil zu sehen. Weder am weichen Gaumen noch in der Umgebung ist irgendwelche entzündliche Erscheinung zu sehen, auch fehlen Schwellungen der regionären Lymphdrüsen vollständig. Urin frei. Am 18. Juli hat sich der Tumor im ganzen abgestoßen. Seine Basis an der Tonsille zeigt einen oberflächlich eitrigen Belag in der Form, wie man ihn immer nach Kappen der Tonsille sieht. Er greift aber auf den Rest normalen, wenn auch etwas hypertrophischen Tonsillengewebes nicht über. Im Abstrich werden nach 4 Tagen neben den üblichen Mundbakterien auch Plaut-Vincentsche Bazillen gefunden. Der eitrige Belag stieß sich bald ab, so daß man am 23. Juli den stark zerklüfteten Rest der Gaumenmandel sehen kann. Am 28. Juli konnte der Kranke geheilt und beschwerdenfrei entlassen werden. An Stelle der Tonsille ist eine große Bucht entstanden, den Rest der Mandel bekommt man erst dann zu Gesicht, wenn man die vordere Falte mit einem Häkchen stark nach außen abzieht. Es fragt sich nun: was für eine Erkrankung lag hier vor? Nach dem ersten Eindruck sah der Tumor wie ein großes Hämatom aus, dazu paßten aber nicht die Krypten mit den Eiterpfröpfen. Auch Hämangiom käme in Frage. Wahrscheinlicher und durch den Verlauf, wie Vorgeschichte, geklärt

lag eine Totalgangrän vor. Zu erklären wäre ihre Entstehung wohl folgendermaßen: Durch häufige Anginen war eine starke Hypertrophie der Tonsille entstanden; danach trat durch Bindegewebswucherung bei zuerst verengertem Gefäßlumen Stauung, dann bei Verschuß des zuführenden Gefäßes Gangrän des größten Teiles der Tonsille ein mit deutlich sichtbarer Demarkationslinie. Wichtig bei der ganzen Erkrankung ist, daß eine akute Entzündung, abgesehen von ein paar Eiterpföpfen, nicht voranging. Daher sind auch die nach Tagen erst im Abstrich gefundenen Plaut-Vicentschen Bazillen wohl mit Sicherheit als nachträgliche Infektion anzusprechen. Erhärtet wird diese Annahme auch durch die in kurzer Zeit erfolgte Heilung ohne spezifische Behandlung.  
(M. Kl. 1918 Nr. 12.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

Ueber Hautdesinfektion durch heiße Luft schreibt Prof. Dr. K. Vogel in Dortmund: „In Nr. 26 d. Wschr. berichtet Lichtenstein (Leipzig) über Versuche, die Hand des Operators durch Schwitzenlassen mit folgender Reinigung sicherer zu sterilisieren, als es mit den bisherigen Methoden möglich ist. Deren Mangel ist, daß die in den tieferen Schichten sitzenden Keime nicht genügend abgetötet werden und, während der Operation an die Oberfläche kommend, bald die Sterilität der Hand aufheben. Daß letzteres geschieht, ist durch zahlreiche Experimente erwiesen. Lichtenstein ist es entgangen, daß ich schon 1905 genau dieselbe Methode des Schwitzenlassens der Haut experimentell erprobt und empfohlen habe; das Schwitzen treibt die Keime aus der Tiefe an die Oberfläche und macht sie so für unsere Desinfizientien erreichbar. Ich habe damals meine Versuche noch als Assistent von Herrn Geheimrat Bier in Bonn gemacht und in mehreren Arbeiten niedergelegt, benütze aber die Gelegenheit der L.schen Veröffentlichung, um auf die Brauchbarkeit des Verfahrens nochmals eindringlich hinzuweisen und meine wesentlich weitergehende Anwendung desselben warm zu empfehlen. Ich benutze das Schwitzverfahren nicht nur für die Hände des Operators, sondern ganz besonders auch für viele Fälle zur Sterilisierung der Haut des Operationsfeldes. Meine Methode besteht darin, daß ich die Hand im Bierschen Heißluftkasten  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde tüchtig schwitzen lasse. Meine eigene Hand verträgt dabei 120°. Den produzierten Schweiß habe ich bakteriologisch untersuchen lassen und fand Folgendes: Nach erstmaliger Desinfektion war die Hand steril, nach dem Schwitzen fanden sich zahlreiche Keime, dann

folgende Desinfektion erzeugte wieder Sterilität, die durch nochmaliges Schwitzen wieder aufgehoben wurde. Nach drei- bis viermaligem Schwitzen und jedesmaliger Desinfektion blieb dann endlich auch der Schweiß steril, ein Beweis, daß keine Keime mehr herausgeschwemmt wurden. Natürlich können und werden auch dann noch Keime in den tieferen Hautschichten sitzen, aber diese dürften auch bei der Operation nicht zum Vorschein kommen, also praktisch unschädlich sein. Ich bin dann in der Anwendung der Methode weiter gegangen und habe bei Operationen an Körperteilen, die dem Heißluftkasten ausgesetzt werden können, besonders an den Händen, die aseptische Operation dadurch vorbereitet, daß ich das Organ wiederholt kräftigem Schwitzen aussetzte, event. jedesmal nachher kurz desinfizierte und aseptisch verband. Besonders wichtig und empfehlenswert ist das bei Operationen, bei denen ein auch nur teilweises Versagen der Asepsis von ganz besonderem Schaden für den Patienten ist, z. B. bei Plastiken, Nervenähten u. dgl. Bei schwierigen Arbeiterhänden befördert die Schwitzprozedur nicht nur durch Emportreiben der tiefsitzenden Keime die hier so besonders schwer zu erzielende Säuberung, sondern erweicht auch die Haut und macht sie zarter. Dasselbe gilt für narbig veränderte Hautpartien. Hier kommt aber noch ein drittes Moment als wesentlicher Vorteil der Heißluftbehandlung und der mit dieser verbundenen Hyperämisierung zur Geltung: die Verbesserung der Blutversorgung der betroffenen Gewebsteile.“ „Diese drei Vorzüge der Anwendung der Schwitzmethode zur Vorbereitung des Operationsgebietes: sichere Sterilisation, Erweichung von Narben und Schwielen und Verbesserung der Vaskularisation, scheinen mir noch wichtiger zu sein als die Säuberung der Hand des Operateurs. Wieweit man zu letzterem Zwecke die Methode verwenden will, lasse ich dahingestellt. Lichtenstein empfiehlt, mehrmals in der Woche die Hände schwitzen zu lassen. Ich würde es auch dann vorschlagen, wenn einmal Störungen der Asepsis den Verdacht rechtfertigen, daß unsere Hand durch die anderen Methoden nur mangelhaft gereinigt wird, ferner mit Lichtenstein dann, wenn wir einmal mit septischem Material haben in Berührung kommen müssen. Auf dem Chirurgenkongreß 1911 erwähnte Kuttner in seinem ausgiebigen Referate über Hautdesinfektion meine Methode, hatte aber das Bedenken, daß sie eben die in der Tiefe liegenden Keime an die Oberfläche treibe, wo sie gefährlich werden könnten. Dazu bemerke ich, daß ja meine oben kurz angedeuteten Experimente beweisen, daß wir der Keime, sobald sie an der Oberfläche sind, leicht mit unseren verschiedenen Desinfektionsverfahren Herr werden. Es ist doch sicher besser, die Keime kommen vor der Operation



heraus und werden abgetötet, als sie erscheinen während der Operation durch das Manipulieren im heißen Raum, wobei sie sofort in die Wunde gelangen. Daß während der Operation eine Menge Keime aus der Tiefe der Haut an die Oberfläche kommen, ist vielfach bewiesen. Für diejenigen Operateure, zu denen auch ich gehöre, die das Operationsfeld mit Jodtinktur desinfizieren, bemerke ich noch, daß die letzte Schwitzprozedur nicht kurz vor der Operation erfolgen darf. Die Haut muß beim Auftragen der Jodtinktur trocken sein, damit kein Ekzem entsteht. Jedenfalls ist noch vorheriges Abwaschen mit Aether und Alkohol zu empfehlen.“

(M. m. W. 1918 Nr. 46.)

**Wundverbände für den Transport.** Von Dr. Neger, Oberstabsarzt d. R. „Durch die Art der derzeit zur Verfügung stehenden Verbandmittel (Papierbinden, Zellstoff) wird häufig der sichere Sitz der Verbände, zumal am Rumpf und in der Nähe großer Gelenke, vor allem aber beim Transport gestört. So findet man nach Beladung der Lazarettzüge, daß viele Verbände sich verschoben haben, die Wunden liegen unbedeckt oder nur von nichtsterilen Teilen des Verbandes bedeckt da; ein wenig erfreulicher und doch durchaus vermeidbarer Anblick. Trotz des gleichen Verbandsmaterials halten aus manchen Lazaretten stammende Verbände genau so fest wie früher, und während im Lazarettzug gleich nach Zugang aus bestimmten Lazaretten stammende Verbände fast ausnahmslos zu erneuern sind, braucht man sich um aus anderen Lazaretten stammende Verbände gar nicht zu kümmern. Das sind diejenigen Lazarette, welche sich genau an die Vorschriften v. Oettingens halten und die die Wunden direkt bedeckenden Gazelagen durch Mastisolstrich fixieren. Dann kann auch einmal die Papierbinde nachgeben oder reißen, die Wunde selbst bleibt ruhig, und die Sekretion bleibt gering, die Verwundeten haben keine Beschwerden. Also im Interesse dieser und auch der Materialersparnis bei bevorstehenden Transporten: Fixierung der der Wunde direkt aufliegenden Gazestreifen durch Mastisolstrich event. mittels eines Oettingenschen Gazeschleiers. Auch die Papierbinden halten viel besser, wenn sie über Hautstellen, die mit Mastiol leicht überstrichen sind, gelegt werden. Voraussetzung allerdings ist, daß das Mastisol oder sein Ersatz wirklich gut klebt.“ (M. m. W. 1918 Nr. 44.)

**Die apodaktyle Naht.** Von J. Joseph (Berlin). Bei der Naht sind in aseptischer Beziehung, zwei Fehlerquellen vorhanden: das Einfädeln und das Knoten. Beide Fehler vermeidet Verf. — in Fällen, in denen es besonders darauf ankommt — auf folgende

Weise: Um das Einfädeln streng aseptisch ausführen zu lassen, benutzt er ein von ihm für diesen Zweck konstruiertes Instrument, das einem Péan ähnlich sieht, dessen beide Branchen hufeisenförmig gegabelt sind. Verf. möchte es kurz als „Einfädler“ bezeichnen. Mit diesem Instrument ist es möglich, den einzufädelnden Faden mit einer Hand gleichzeitig an 2 Stellen (zweckmäßig ist ein Abstand von  $1\frac{1}{2}$  bis 2 cm) zu fassen. Ein solcher von den Fingern unberührter Faden kann dadurch in die Nadel eingefädelt werden, daß eine in dem Nadelhalter befindliche Nadel mit federndem Oehr, verkehrt gestellt, auf den gespannten Faden aufgedrückt wird. Damit ein dünner Faden bei diesem Vorgehen nicht so leicht zerreißt, wird die Nadel zweckmäßigerweise beim Aufdrücken auf den Faden in dessen Richtung geschoben. Die Nadel selbst wird zuvor entweder mit einer aseptischen Pinzette in den Nadelhalter gelegt oder direkt mit dem Nadelhalter ergriffen. Man tut gut, den Faden recht kurz zu nehmen — es genügen etwa 8—10 cm —, damit das Fadenende nicht nachträglich die Hand des Operators berührt. Auch wird das Fadenende beim Durchziehen durch die Wundränder von der Schwester hochgehalten, damit der Faden nicht unnötigerweise über die benachbarte Haut streift. Um dies sicher zu verhüten, kann man auch die nächste Nachbarschaft der Wunde ringsum mit sterilen feuchten Tupfern abdecken. Um auch das Knoten in absolut steriler Weise auszuführen, verwendet Verf. vier anatomische Pinzetten, von denen zwei für den Arzt und zwei für die Schwester bestimmt sind. Die Schwester faßt den durch die beiden Wundränder gezogenen Faden etwa 1 cm von der Wunde entfernt in Gestalt eines lateinischen V. Der Arzt nimmt das lange Ende des Fadens mit der in seiner rechten Hand befindlichen Pinzette, schlingt ihn um das kurze, straffe Fadenende herum und steckt das lange Fadenende unter die Umschlingung unweit der Haut durch die Schlinge durch. Hierauf wird das durchgesteckte Fadenende mit der in der linken Hand des Operators befindlichen Pinzette noch einmal durch die Schlinge gesteckt, worauf die beiden Fadenenden zwecks Schließung des Knotens mit den beiden Pinzetten straff auseinandergezogen werden. Es folgt in ähnlicher Weise noch ein zweiter Knoten, um die Naht ganz fest zu machen.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 45.)

**Zur Behandlung von Empyemhöhlen der Pleura.** Von Prof. Dr. K. Vogel (Dortmund). Das Verfahren zielt dahin, bei jeder Inspiration in der Empyemhöhle einen negativen Druck herzustellen, ohne den Abfluß des Eiters zu behindern. Verf. erreicht dies dadurch, daß er ein Stück möglichst dünnen und

schmiegsamen wasserdichten Stoffes, z. B. Guttaperchapapier, vom oben her über die Wundöffnung nach Art eines nur oben befestigten Fenstervorhanges herabhängen läßt. Das etwa 15 cm breite und 20 cm hohe Zeugstück wird etwa 6—8 cm oberhalb der Wunde mit einem Pflasterstreifen oder Mastisol an die Haut befestigt und hängt im übrigen frei vor der Wunde herab, diese nach den Seiten und nach unten um mehrere Zentimeter überragend. Solange noch Drains in der Wunde liegen, werden dieselben so weit gekürzt, daß sie die Hautoberfläche nicht oder nur ganz wenig überragen; sie könnten an der unteren Seite der Mündung etwas eingekerbt werden, um dem Wundsekret hier noch besseren Abfluß zu sichern. Ueber den Vorhang kommt dann der gewöhnliche Wundverband. Das austretende Wundsekret macht den Vorhang naß, und derselbe legt sich nun bei jeder Inspiration gegen die Drains bzw. gegen die der Wunde benachbarte Haut ventilartig an, so den Lufteintritt in die Empyemhöhle verhindernd. Bei der Expiration öffnet sich das Ventil, und der Empyemeiter kann ungehindert abfließen. Verf. läßt nun den Patienten möglichst oft des Tages systematische Atemübungen machen, d. h. 5—10 Minuten lang recht tief ein- und ausatmen. Dadurch wird die kranke Lunge, da das Ventil den Eintritt der Luft in die eröffnete Pleurahöhle verhindert und dadurch dort einen negativen Druck erzeugt, nach der Thoraxwand hin gezogen und die Empyemhöhle verkleinert. Verf. hat eine ganze Anzahl von Fällen so behandelt und ist von der Wirksamkeit des Verfahrens überzeugt. Natürlich wird eine Methode, die mit so geringen Kräften auf die geschrumpfte Lunge wirkt, nicht imstande sein, dicke Pleuraschwarten zu dehnen und an Stelle von etwa notwendigen Operationen zu treten; sie soll nur ein Hilfsmittel sein, die Höhle möglichst bald auf die natürlichste Art, durch Ausdehnung der kollabierten Lunge, zum Verschwinden zu bringen und dadurch jene eingreifenden Operationen möglichst überflüssig zu machen. Dazu ist es natürlich wichtig, daß das Verfahren möglichst bald nach der Eröffnung der Empyemhöhle angewandt wird. Ein kleiner Gazebausch, der etwa noch in der äußeren Wunde um das Drain herum liegt, hindert das Verfahren natürlich nicht, da der Vorhang über denselben hinwegzieht und sich ringsum an die Haut anlegt. Letztere wird in der Umgebung der Wunde zweckmäßig etwas eingefettet.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 45.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Behandlung der bösartigen Grippe.** Dr. E. Riese (Karlsruhe) hat durch Injektion von Antistreptokokkenserum (25 ccm

intravenös und 25 ccm subkutan) sehr günstige Erfolge erzielt.  
(B. kl. W. 1918 Nr. 44.)

**Zur Behandlung von Grippekranken mit Rekonvaleszentserum.** Vorläufige Mitteilungen von H. Hohlweg (Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses Bethesda in Duisburg). Es werden Grippekonvaleszenten aus der gestauten Armvene mit einer einfachen Hohnadel, an der ein kurzer Gummischlauch sich befindet, unter völlig aseptischen Kautelen, je nachdem, wie es der Zustand des Betreffenden erlaubt, 100—150 ccm Blut entnommen, die in einem sterilen, trockenen Meßzylinder aufgefangen werden. Man läßt das Serum absitzen — event. kann man nach 15 Minuten das Absitzen durch Ablösen des Blutkuchens von der Glaswand durch einen sterilen Glasstab befördern — und den Zylinder mit steriler Gaze verschlossen bis zum nächsten Morgen im Eisschrank stehen und gießt dann das Serum vorsichtig in sterile Kölbchen ab. Zur Haltbarmachung des Serums wird so viel Karbolsäure zugesetzt, bis das Serum einen Gehalt von 0,5%iger Karbolsäure aufweist. (Von einer 10%igen Karbolsäurelösung je 1 Tropfen auf 1 ccm Serum.) Die Injektion erfolgt dann intravenös, und zwar werden jedesmal 20 ccm, event. mehrmals an aufeinanderfolgenden Tagen, injiziert. Selbstverständlich werden nebenher die üblichen Herzexzitantien angewendet. Zur Behandlung wurden nur sehr schwere Fälle ausgewählt. Bei leichten Grippekranken ist die Anwendung des Verfahrens überflüssig. Eine allgemeine Behandlung aller Grippekranken mit dieser Methode ist auch deshalb nicht möglich, weil die Beschaffung von so großen Serummengen naturgemäß auf Schwierigkeiten stößt. Der Erfolg der Behandlung ist in den meisten Fällen ein sehr deutlicher, in einzelnen war er ein geradezu überraschender. Meist stellt sich 6—12 Stunden nach der Injektion ein mehr oder minder deutlicher Temperaturabfall und eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Mitunter sind, wie gesagt, zur Herbeiführung einer deutlichen Wirkung mehrere Injektionen an aufeinanderfolgenden Tagen nötig. In einzelnen Fällen trat nach der ersten oder zweiten Injektion kritisch eine völlige Entfiebrung und ein vollständiger Umschwung des bis dahin außerordentlich schweren Krankheitszustandes ein. Jedenfalls erwecken die bisherigen Beobachtungen den bestimmten Eindruck, daß durch das geschilderte Verfahren ein nicht unbeträchtlicher Teil von schweren Grippekranken gerettet werden kann.

(M. m. W. 1918 Nr. 45.)

**Behandlung der Grippe mit Eukupin.** Von Priv.-Doz. Dr. E. Leschke (Berlin). Verf. rät, vorläufig nicht mehr als 3 g

*Eucupinum basicum* per os zu geben, und zwar in Pulvern zu 0,5 g, in Oblaten oder in Capsulis amylaceis. Die Pulver werden alle 3 Stunden zusammen mit Milch oder Brei, jedenfalls niemals auf nüchternen Magen, tagsüber gegeben. Nachts hat Verf. die Medikation ausgesetzt. Sollten irgendwelche auffälligen Nebenwirkungen auftreten, wie stärkeres Ohrensausen oder gar Sehstörungen, so ist natürlich sofort mit der Behandlung auszusetzen. Kopfschmerzen und Erbrechen, die mehr der Grippe als dem Mittel zur Last fallen, bilden keine Gegenanzeige gegen dessen weitere Anwendung, sondern lassen sich mit Salipyrin bzw. Belladonna bekämpfen. Der oberste Grundsatz bei dieser Behandlung besteht darin, das Mittel frühzeitig anzuwenden. Sind erst größere Abschnitte der Lungen befallen und ist in ihnen eine Verdichtung und damit eine Erschwerung der Blutzufuhr eingetreten, so gelangt das in die Blutbahn aufgenommene Medikament nicht mehr in genügender Konzentration in den Herd hinein und kann darum auch keine Wirkung entfalten. Ueber die Wirksamkeit eines neuen Mittels bei einer so unberechenbar verlaufenden Krankheit, wie bei der Grippe, sich ein auch nur einigermaßen zuverlässiges Urteil zu bilden, ist sehr schwer, ja beinahe unmöglich. Verf. ist darum auch weit davon entfernt, auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen ein irgendwie abschließendes Urteil abgeben zu wollen, sondern kann nur sagen, daß er persönlich den Eindruck einer günstigen Wirkung des Eukupins gewonnen hat. Dieser Eindruck gründet sich vor allem auf folgende Beobachtungen:

1. In den Fällen von Grippe, in denen durch ihren von vornherein schweren Verlauf mit frühzeitigem Auftreten von Lungenerscheinungen die Gefahr der Bronchopneumonie nahegerückt erschien, blieb nach der sofortigen frühzeitigen Anwendung des Eukupins die gefürchtete Lungenkomplikation fast immer aus.

2. Die Fälle, welche Verf. erst mit bereits ausgesprochener Herdbildung und Verdichtung größerer Lungenabschnitte in Behandlung bekam und in denen er auf Grund seiner bisherigen Erfahrung die Prognose quoad vitam sehr ungünstig stellen mußte, gelangten mit zwei Ausnahmen zur Heilung. So sah Verf. eine Reihe von Fällen in wenigen Tagen entfiebern und ausheilen, bei denen es zur Bildung von ausgedehnten Verdichtungsherden in beiden Unterlappen gekommen war, die zu einer Dämpfung mit Bronchialatmen geführt hatten sowie zu bronchopneumonischen Herden mit klingendem Rasseln in den Oberlappen, Fälle, in denen angesichts des sehr schweren Krankheitsbildes die Prognose ungünstig gestellt werden mußte.

In besonders schweren Fällen mit toxischen bzw. septischen Allgemeinerscheinungen kombiniert Verf. die Eukupinbehandlung

mit der Injektion von Antistreptokokkenserum. Auf die Grippeinfektion selbst hat das Eukupin keinen Einfluß. Denn Verf. hat Fälle von reiner Grippe ohne Beteiligung der Lunge trotz regelmäßiger Verabreichung von Eukupin 6—10 Tage lang ununterbrochen hoch fiebern gesehen. Um es nochmals zu betonen: Ein bindender Beweis für die Wirksamkeit des Eukupins bei der grippalen Lungenentzündung durch Streptokokken läßt sich auf Grund der bisherigen Erfahrungen nicht erbringen. Da wir jedoch zurzeit kein anderes Mittel haben, welches bei starker Desinfektionswirkung gegenüber Streptokokken zur chemotherapeutischen Anwendung beim Menschen geeignet erscheint, glaubt Verf. angesichts der zahlreichen Opfer an Menschenleben, die diese Epidemie fordert, mit der Veröffentlichung seiner Erfahrungen nicht länger warten zu dürfen. (D. m. W. 1918 Nr. 46.)

**Kollargolbehandlung der schweren Grippefälle**, die ja einem septischen Charakter zeigen, möchte Dr. F. Witte (Prov.-Heilanstalt Bedburg-Hau) anregen. Frühzeitiges Einsetzen dieser Therapie dürfte gute Resultate ergeben. (D. m. W. 1918 Nr. 45.)

**Behandlung der Grippe mit Salvarsan** empfiehlt A. Krüche (München). Salvarsan hat sich bei der Pferdeinfluenza (Brustseuche) bestens bewährt; verschiedentlich wurde ferner in Lazaretten beobachtet, daß mit Salvarsan wegen Lues behandelte Soldaten von der Grippe verschont blieben. Tatsachen, die eine Empfehlung des Mittels rechtfertigen. Der Praktiker kann aber auch ein anderes Arsenpräparat anwenden, da die Hauptwirkung wohl dem Arsen zukommt. Verf. wandte in schweren Fällen erfolgreich Solarson subkutan an (Ampullen mit 3 mg Arsen): 1—2 mal täglich (je nach Alter des Patienten) 1—2 Spritzen. Rascher Ablauf der Krankheitserscheinungen. Nur bei hohem Fieber verordnete Verf. noch hydratherapeutische Maßnahmen, event. 3 mal täglich 0,5 g Laktophenin oder Phenacetin, Natr. salizyl ää.

(Aerztl. Rdsch. 1918 Nr. 45.)

**Die Behandlung der Lungenkomplikationen der Grippe mit Kalzium und Neosalvarsan.** Von Dr. A. Alexander, zurzeit Beratender Innerer Mediziner einer Armeegruppe. Die Patienten erhalten neben Pyrazolon 0,5, Chinin 0,3, Koffein 0,25 3—4 mal täglich 1 g Calc. chlorat. Zeigen sich bei der Aufnahme bei hohem Fieber Erscheinungen von Bronchitis, so erhalten die Patienten 4 mal täglich einen Eßlöffel folgender Medizin: Liqu. ammon. anis. 2,5, Calc. chlorat. 13, Decoct. senegae 13:200 (oder Mixt. solv. ad 200) (mithin 4 mal täglich 1 g Calc. chlorat.). Sind die geringsten Er-

scheinungen einer Lungenentzündung vorhanden, so erhält der Patient auch bei Vorhandensein nur kleinster Herde 0,15 Neosalvarsan intravenös. In Fällen mit Zyanose und Kurzatmigkeit und ausgedehnten Bezirken in der Lunge wird vorher ein Aderlaß bis zu 300 ccm gemacht. Für den Fall, daß infolge der Eindickung des Blutes (Polyzythämie) der Abfluß aus der Vene schnell steht, werden 250—500 ccm Ringerscher Lösung intravenös verabreicht und eine halbe Stunde später 500 ccm Blut entnommen, worauf dann anschließend die Salvarsaninjektion vorgenommen wird. Sollte am 3. Tage das Fieber noch keine Neigung zum Abklingen zeigen oder wieder ansteigen, so wird die Einspritzung nochmals wiederholt. Für die Fälle, in denen reines Blut expektoriert wird und viel Nasenbluten besteht, erhalten die Kranken Gelatine (Merck) injiziert. Verf. ist sich bewußt, daß er hier einer Polydragmasie das Wort redet, aber wer einmal die Todesangst der fast bis zum Tode klaren, der Schwere ihrer Krankheit sich bewußten Schwerkranken sah und unsere bisherige Machtlosigkeit diesen Zuständen gegenüber kennt, wird begreifen, daß man alles versuchen muß, um den Erkrankten zu helfen und vorbeugend einzugreifen. Auffallend ist auf jeden Fall, daß bei dieser Behandlung mit Kalzium und Neosalvarsan die Kurzatmigkeit schnell schwindet sowie das Auftreten neuer Herde aufhört. Das häufig schon blutige, dünne, pflaumenbrühartige Sputum der hämorrhagischen Pneumonie verschwindet dabei oft schon am 2. Tage der Behandlung. Das subjektive Befinden bessert sich schnell, und die Patienten machen nicht mehr den hoffnungslosen Eindruck der Schwerkranken. Besonders kommt diese Therapie für die Behandlung der hämorrhagischen Pneumonie in Betracht. Als Prophylaxe wäre neben 2 mal 0,3 Chinin auch 2 mal täglich 1 g Calc. chlorat. zu verordnen. Erscheinungen von Bronchitis fibrinosa werden mit Atropininjektion behandelt. (D. m. W. 1918 Nr. 46.)

**Schutzimpfung von Neugeborenen gegen Tuberkulose nach Friedmann** kann W. Kruse (Hygien. Institut Leipzig) als aussichtsreiches und völlig unschädliches Verfahren warm empfehlen, in erster Linie für durch Tuberkulose der Umgebung besonders gefährdete Säuglinge. Die Impfung erfolgte so, daß 0,1 ccm des starken Impfstoffs in die Muskeln hinter dem Trochanter eingespritzt wurde. Die Impfung gewährt mindestens für 5 Jahre Schutz; später käme Wiederholung in Frage.

(B. kl. W. 1918 Nr. 41.)

**Ueber die Vorzüge der kombinierten Serumbehandlung bei Diphtherie.** Von Fritz v. Delbrück (Aus der Medizinischen

Klinik in Jena). Es nimmt nach der intravenösen Injektion die Konzentration des Antitoxins rasch ab, und die Gefahr, daß Toxine an die Körperzellen gebunden werden und die bekannten Schädigungen hervorrufen können, beginnt wieder einzutreten. Diese könnten durch abermalige intravenöse Injektionen behoben werden. Allein erscheint dieses Verfahren — abgesehen von den Schwierigkeiten seitens der Patienten, besonders Kindern — umständlich, da wir in der kombinierten Serumapplikation, d. h. in einer gleichzeitig ausgeführten intravenösen und intramuskulären Injektion eine Methode besitzen, die weitere intravenöse Injektionen überflüssig macht! Denn durch die intramuskuläre Injektion legen wir im Körper ein Serumdepot an, das sein Serum abzugeben beginnt, wenn die Wirkung des intravenös eingeführten Serums zu Ende geht. Es ist anzuraten, zur intramuskulären Injektion nicht die Glutäalmuskulatur zu verwenden, da diese auf Grund ihrer lockeren Beschaffenheit ungünstigere Verhältnisse für die Resorption bietet als die straffe Extensorengruppe des Femur. Ganz abgesehen davon, daß insbesondere bei unruhigen Kindern sich leicht Infektionen an der Stichstelle einstellen, da ja die Gesäßgegend mechanischen Insulten viel mehr ausgesetzt ist als die Streckseite des Oberschenkels. Ist die Kubitalvene aus Gründen zu mangelhafter Ausbildung für die intravenöse Injektion ungeeignet, so kann man im Notfalle auch in die Halsvenen injizieren, die bei Zyanose ja meist sehr deutlich hervortreten. „Bezüglich der Serummenge richten wir uns nach dem Alter der Patienten und der Schwere der Erkrankung, und zwar geben wir: bei Kindern unter 5 Jahren bis zu 4000 I.-E., bei Kindern unter 10 Jahren bis zu 6000 I.-E., bei Patienten über 10 Jahren bis zu 8000 I.-E. Gewöhnlich überschreiten wir bei der intravenösen Injektion bei Patienten über 10 Jahren nicht 3000 I.-E., bei Kindern unter 10 Jahren nicht 2000 I.-E. Bei Fällen von septischer Diphtherie, in denen die intravenöse Injektion das einzige Mittel ist, die Patienten zu retten, verabreichen wir die höchsten Dosen von Immunitätseinheiten, die in manchen Fällen auch 8000 (komb.) übersteigen.“

(M. m. W. 1918 Nr. 44.)

**Zur Behandlung von Diphtheriekeimträgern mit Morgenroths Chinaalkaloiden.** Von Privatdozent Dr. Willy Pfeiffer (Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Nasen- und Halskranke in Frankfurt a. M.). Die früher bereits gemachte Erfahrung hat sich Verf. auch jetzt wieder aufgedrängt, daß die Diphtheriebazillenherde in der Tiefe der Lakunen der Gaumenmandeln oder in den falten- und buchtenreichen, schwer zugänglichen Höhlen der Nase und des Nasenrachenraumes durch das chemische Des-



infiziens nur bei sorgfältiger Ausführung der von Verf. geübten Methode erreicht werden können. An anderer Stelle hat Verf. ausgeführt, daß die Schwierigkeiten erhöht werden durch krankhafte Zustände in den oberen Luftwegen, so z. B. durch akute und chronisch-katarrhalische Schwellungszustände der Schleimhäute des Nasenrachentraktus, durch Nebenhöhlenaffektionen, durch hypertrophische und zerklüftete Rachen- und Gaumenmandeln mit Mandelpfröpfen, durch kariöse Zähne oder Zahnfleischentzündung, durch atrophische Zustände der Schleimhäute wie bei Ozaena oder Rhinopharyngitis sicca; also in der Hauptsache durch Affektionen, welche den natürlichen Abwehrmechanismus der Schleimhäute des Respirationstraktus und seinen fortwährenden Sekretionsstrom ungünstig beeinflussen, und insbesondere durch Ablagerung von abgestorbenem organischen Material (Eiter, Borsten, Krusten, Mandelpfröpfen), welches den Diphtheriebazillen einen günstigen Nährboden bereitet. Es dürfte deshalb ohne weiteres verständlich sein, daß unter solchen Umständen die Diphtheriebazillenherde durch das chemische Mittel nicht immer restlos erreicht werden und deshalb auch nicht vernichtet werden können. Die von Verf. geübte Behandlungsmethode der Diphtheriekeimträger gestaltet sich nun im einzelnen folgendermaßen: Nach Feststellung des lokalen Befundes der oberen Luftwege und etwaiger krankhafter Zustände derselben, welche dann natürlich eine Sonderbehandlung erheischen, werden

1. die einzelnen Lakunen der Gaumenmandeln mittels eines mit Watte umwickelten Häkchens mit 1%iger Eukupinotoxin- oder Eukupinlösung ausgepinselt, ebenso die Oberfläche der Tonsillen und der Rachenschleimhaut. Man achte dabei besonders auf die Fossa supratonsillaris, welche oft massenhaft Mandelpfröpfe (Detritusmassen von abgestoßenem Epithel, Leukozyten und Bakterien) beherbergt. In solchem Falle ist es zweckmäßig, in Zwischenräumen von mehreren Tagen die Tonsillen mit dem sogen. Mandelquetscher zu massieren und auszupressen. Bei stärkeren entzündlichen Erscheinungen sind zuvor die Lakunen der Tonsillen mit 2—5%iger Novokainlösung, welcher einige Tropfen Suprarenin zugesetzt sind, auszuwischen. Sodann werden

2. die Lakunen mit  $\frac{1}{2}$ —1%iger Eukupinotoxin- oder Eukupinlösung ausgespült; dazu benutzt man eine einfache Rekordspritze mit einer etwa 12 cm langen Kanüle, welche am Ende rechtwinkelig abgebogen ist, das Kanülenende ist abgestumpft. Die Kanüle hat einen lichten Durchmesser von 1—2 mm. Nun wird der Nasenrachenraum ausgespült, indem das Kanülenende hinter dem Zäpfchen nach oben dirigiert wird und hier 2—4 ccm unter Vermeidung jeglichen Druckes entleert werden. Die Lösungen

sollen frisch, jedenfalls nicht mehr als einige Tage alt sein, da sie mit der Zeit an Wirksamkeit verlieren. Die überschüssige Flüssigkeit sollen die Patienten nicht verschlucken, sondern in ein vorgehaltenes Becken ausspucken. Zum Abwischen von Mund und Nase bekommen die Patienten etwas Zellstoff in die Hand.

3. Sind auch im Nasenabstrich Diphtheriebazillen nachgewiesen, so werden beide Nasenhöhlen mittels eines der bekannten Nasensprays mit  $\frac{1}{2}$ —1% iger Eukupinotoxin- oder Eukupinlösung ausgespritzt. Bei starken Schwellungszuständen in der Nase ist vorherige Einlage von Wattetampons notwendig, welche mit 2 bis 5% iger Novokain-Suprareninlösung getränkt sind. Oder man wendet zum Abschwellen wieder einen Spray mit Novokain-Suprareninlösung oder Bor-Kokain-Suprareninlösung an. Krusten und eitrig oder schleimige Sekretmassen müssen aus Nase und Nasenrachenraum beseitigt werden, um eine genügende Wirksamkeit des Desinfektionsmittels zu gewährleisten. Hierzu hat sich insbesondere auch die Einstäubung von Salusil-Ortizon oder Salusil-Perhydrit (2 : 20) bewährt. Statt des Nasensprays hat Verf. vielfach auch Wattewieken, welche mit der Gottsteinischen Tampon-schraube gedreht werden, mit 1—2% iger Eukupinsalbe in die Nase eingeführt und  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde liegen lassen (z. B. Eukupin 0,2, Lanolin und Vaseline aa ad 20,0).

4. Solange Bonbons hergestellt werden konnten, hat Verf. auch zur Erzielung einer möglichst nachhaltigen Dauerwirkung den Keimträgern 6—10 Eukupinbonbons pro die zum Lutschen gegeben mit einem Gehalt von 0,015—0,02 g Eukupin.

Die Lokalbehandlung erfolgt am besten 2 mal täglich. Alle 3—4 Tage wird morgens vor der Behandlung ein Abstrich zur bakteriologischen Untersuchung gemacht. Die Behandlung wird so lange fortgesetzt, bis der Abstrich mindestens 2 mal negativ ist, bei abwechselnd + — besser 3 mal negativ ist. Irgendwelche Schädigung hat Verf. in keinem Falle beobachtet. Morgenroth und Baermann haben von Eukupin 0,5 pro dosi, 2,5 pro die innerlich ohne Schaden verabreicht. Solche Dosen kommen aber bei obigen Verdünnungen gar nicht in Frage. Selbst bei wochenlang fortgesetzter Behandlung hat Verf. weder Ohrensausen noch Schwindel oder Sehstörungen beobachtet.

(B. kl. W. 1918 Nr. 40.)

**Ueber zwei neue Sedativa\*).** Von Dr. Hans Oppenheim, Frauenarzt und Chirurg in Berlin-Steglitz. Migrol ist das Brenz-katechinmonoacetsaure Salz des Dimethylamidophenyldimethylpyra-

\*) Hergestellt von der Chem. Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H., Neukölln.

zolon, es kristallisiert in farblosen Rhomboiden von schwach-bitterem Geschmacke, ist leicht löslich in Wasser und Alkohol und schmilzt bei 76° C. Es wirkt also, zu potenziertem Effekt zusammen die entfiebernde Eigenschaft der Antipyringruppe mit der leukozytogenen der Brenzkatechinmonoacetsäure, wobei außerdem die schmerzstillende Komponente des Antipyrins durch die besonders bei Lungentuberkulose bewährte fieberherabsetzende der Brenzkatechinmonoacetsäure, eines Guajakolderivates, zu beachten ist. Verf. hat das Präparat, das in weißen, leicht löslichen Tabletten von 0,5 zu je 10 Stück vertrieben wird, zur Bekämpfung von dreierlei Symptomen mit Erfolg verwandt:

1. Zur Herabsetzung des Fiebers, besonders bei tuberkulösen Erkrankungen, aber auch bei anderen infektiös-fieberhaften Krankheiten, wie Typhus, akutem Gelenkrheumatismus, Influenza.

2. Zur Schmerzlinderung bei allen Arten von Neuralgien, Migräne, neuritischen Symptomen.

3. Zur kombinierten antipyretisch-analgetischen Wirkung bei fieberhaftem Rheumatismus, influenzalischer Neuritis und anderen sogen. Erkältungskrankheiten.

Das Präparat, das entweder in seiner üblichen Tablettenform (2—3 mal täglich eine Tablette nach den Mahlzeiten) oder aber in Lösung (z. B. Migrol 5,0, Sirup. simpl. 20,0, Aqu. dest. ad 150,0 MDS. 3 mal täglich einen Eßlöffel) verabreicht werden kann, wird auch von empfindlichen Mägen anstandslos vertragen und rasch resorbiert. Die Wirkung tritt entsprechend schnell und in deutlich wahrnehmbarer Intensität ein. Verf. hat an einem großen ambulanten und klinischen Material und bei einer absichtlich wahllosen Menge geeigneter Fälle das Mittel ausgeprobt und ist mit seiner Wirkung in jeder Beziehung recht zufrieden gewesen, so daß er es den Aerzten empfehlen kann. Das zweite Präparat, Quiesan genannt, ist eine Kombination des erprobten diäthylbarbitursäuren Natriums mit dem als Migrolbasis uns schon bekannten Pyramidon im Verhältnis 2 : 1. Es bildet ein weißes geruchloses, schwach bitter schmeckendes Pulver, das in etwa 150 Teilen Wasser löslich ist und in der gleichen Tablettenform wie Migrol in den Handel kommt. Die allbekannten sedativ-hypnotischen Eigenschaften der Diäthylbarbitursäure werden durch den Antipyrinderivatzusatz mitigiert, so daß die beruhigende und einschläfernde Wirkung ganz allmählich und ohne jede lästige Neben- und Nachwirkungen eintritt. Verf. hatte das Mittel in zahlreichen Fällen leichter Asomnie sowie bei mannigfachen Erregungs- und Depressionszuständen meist nervöser Provenienz angewandt und gab entweder (zum Zwecke der Sedation) 3 mal täglich eine halbe Tablette oder (als Schlafmittel) abends eine

ganze Tablette, etwa eine Stunde vor dem Zubettgehen, in Wasser aufgelöst. Auch dieses Präparat wird fast ausnahmslos gut vertragen, hat keine störenden Nachwirkungen (Benommenheit, Uebelkeit und ähnliches) im Gefolge und versagt nur selten in Fällen schwerer, eingewurzelter Schlaflosigkeit oder hochgradiger, durch Schmerz und Furcht komplizierter Aufregungszustände. Der Preis ist im Vergleich zu den bisher gebräuchlichen Schlafmitteln als ein niedriger zu bezeichnen. (Allg. m. Ztg. 1918 Nr. 41.)

„Nurso“ ein neues Heil- und Kräftigungsmittel für Darmkranke an Stelle von „Eichelkakao“ empfiehlt San.-Rat Dr. A. Lewandowski (Berlin). Das Präparat (Gebr. Stollwerk) hat die gleiche Zusammensetzung wie Eichelkakao, nur ist die Kakaosubstanz durch präparierte Kohlenhydrate ersetzt. Nurso wird auch von Kindern gern genommen und kann sehr gut auch als tägliches diätetisches Getränk benutzt werden.

(B. kl. W. 1918 Nr. 42.)

### c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Ueber die Bekämpfung der Sterilität des Weibes. Von Prof. Stolz (Graz). Zunächst sei hervorgehoben, daß Verfs. Fälle von Sterilität sich in 3 Gruppen gliedern lassen: die spitzwinkelige Anteflexion mit stenotischen Beschwerden ohne auffallende Zeichen der Aplasie, die angeborene Retroflexion mit stenotischen Beschwerden und die Fälle mit leichter Endometritis catarrhalis, bei denen sich weder klinisch noch bakteriologisch oder anamnestisch eine gonorrhoeische Infektion annehmen ließ. Alle Fälle von entzündlichen Veränderungen der Genitalorgane, deren Behandlung von dem Entzündungsprozeß abhängt, hat Verf. von den folgenden Ausführungen ausgeschlossen. Die Methode zur Beseitigung der Sterilität bestand bei der Anteflexion in der Lamina iadilatation, die ungefähr 14 Tage vor der zu erwartenden Periode an 3 aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommen wurde, so daß jeder Stift 24 Stunden im Halskanal liegen blieb. In wenig Fällen hat Verf. der ersten 3 tägigen Dilatation eine zweite 3 tägiger Laminariaerweiterung nachgeschickt. Bei der Retroflexion wurde der Uterus zunächst aufgerichtet und im Falle der Ergebnislosigkeit eine 3 tägige Laminariadilatation angeschlossen. Die Fälle von Endometritis wurden 3 Tage mit Laminariastiften dilatiert, dann mehrmals intrauterin mit einer 1% igen Protargollösung ausgespült. Einige Male wurde diese Behandlung wiederholt. Das Material umfaßt 66 Fälle. Sie standen im Alter von 21—39 Jahren und waren bis auf die letzten 16 Fälle mindestens

1 Jahr in Verfs. Beobachtung. Unter ihnen waren 48 Fälle von Anteflexion, 6 Fälle von Retroflexion und 12 Fälle von Endometritis catarrhalis simplex. Die Beseitigung der Sterilität wurde in 18 Fällen = 27,3% erzielt, und zwar in 12 Fällen von Anteflexion = 25%, in 2 Fällen von Retroflexion = 33,3% und in 4 Fällen von Endometritis = 33,3%. Die Erfolge scheinen also mit Rücksicht auf die geringere Zahl der Fälle von Retroflexion und Endometritis nahezu gleich. Es gelang leider nicht, in allen Fällen Nachrichten über das Ergebnis der Behandlung zu erhalten. Jede fehlende Antwort hat Verf. als Mißerfolg in der Behandlung angesehen, weil er annehmen mußte, daß er von glücklichen Resultaten verständigt worden wäre. — Die Erfolge sind also möglicherweise zu niedrig angenommen. Die Fälle von Anteflexion standen im Alter von 31—39 Jahren; Erfolge wurden zwischen dem 22. und 29. Lebensjahre erzielt, und zwar im 22. Lebensjahre 4 mal, im 26. 3 mal, in jedem andern Lebensjahre 1 mal. Die größere Fruchtbarkeit der jüngeren Jahre gelangt hier zum Ausdruck. Wie vorausgesetzt werden mußte, sank auch mit der Dauer der Ehe die Wahrscheinlichkeit des Erfolges. Während von den 1, 2 und 3 Jahre verheirateten Frauen je 3 empfingen, verlor von den 4, 5 und 6 Jahre Verheirateten nur je eine ihre Sterilität. Die ersten 3 Jahre der Ehe gaben häufigere Erfolge als die späteren. Hinsichtlich der Behandlung sei erwähnt, daß die 3 malige Dilatation in 10 Fällen zum Ziele führte, eine Wiederholung der Dilatation in 3 Fällen 2 mal. Bei dem vergebens wiederholt dilatierten Falle wurde die Dilatation aber nicht wegen der Sterilität, sondern wegen neuerlicher dysmenorrhöischer Beschwerden ausgeführt. Die Patientin wollte keine Kinder. Verf. hat sie trotzdem hierher genommen, weil ja auch hier nicht der Wille allein entscheidend ist. Bezüglich des Zeitpunktes der Empfängnis bemerkte Verf., daß in 2 Fällen die Konzeption noch vor dem Eintritt der nächsten Periode erfolgte, in 3 Fällen noch eine, in 2 Fällen noch drei Menstruationen vorher abliefen. In einem Falle erfolgte die Empfängnis nach 6 Monaten, in einem nach 2 Jahren und in einem nach 3 Jahren. In den 2 Fällen, in denen die Dilatation wiederholt worden war, trat nach der nächsten Periode die Befruchtung ein. Betrachten wir dieses Ergebnis, so können wir wohl nur in den Fällen, in denen die Befruchtung in den ersten 3—6 Monaten nach der Erweiterung aufgetreten war, von einem direkten Erfolge der Behandlung sprechen. Die Empfängnis nach längerer Zeit, nach 2—3 Jahren, könnte in der Besserung somatischer Verhältnisse begründet sein. Verf. schließt daraus, daß eine erfolglose Dilatation wiederholt werden sollte. Da unter 10 glücklichen

Ergebnissen die Befruchtung 7 mal innerhalb der ersten 3 Monate nach der Erweiterung auftrat, empfiehlt Verf., die erfolglose Dilatation nach 3 Menstruationen zu wiederholen. — 2 glückliche Fälle, in denen die Dilatation nach 3 Monaten wiederholt wurde und in denen nun nach einmaliger Wiederkehr der Periode eine Konzeption erfolgte, scheinen diese Ansicht zu unterstützen. Die 6 Fälle von Retroflexion befinden sich im 22.—33. Lebensjahre. Das positive Ergebnis wurde bei einer Patientin im 25. und einer im 33. Lebensjahre erzielt. Beide waren über 1 Jahr verheiratet. In beiden Fällen wurde der Uterus zuerst aufgerichtet und nach 3 Monaten vergeblichen Wartens eine 3 tägige Laminariadilatation nachgeschickt. Die Befruchtung stellte sich hierauf in einem Falle nach 4, im anderen nach 6 Monaten ein. Die nicht dilatierten Fälle von Retroflexion blieben steril. Verf. empfiehlt deshalb in den Fällen von Retroflexio congenita, in denen die Beseitigung der Lageanomalie nicht zum Ziele führte, eine 3 tägige Laminariaerweiterung folgen zu lassen — wie bei der Anteflexion. Die 12 Fälle von katarrhalischer Endometritis standen im Alter von 22—34 Jahren. Glückliche Ergebnisse traten im 22.—29. Lebensjahre ein, nach 2—4 jähriger Ehe. In 3 Fällen folgte auf die 3 tägige Dilatation eine 4—6 malige intrauterine Spülung. In einem Falle wurde die Dilatations- und die Spülbehandlung in mehrmonatigen Pausen 2 mal wiederholt. Alle ergebnislosen Fälle waren nur 3 mal dilatiert und 6—7 mal intrauterin gespült worden; ein Fall wurde überdies kurettiert. Die Empfängnis trat 1 mal nach  $\frac{1}{2}$  Jahr, 1 mal nach 1, 1 mal nach 2 und 1 mal nach 3 Jahren ein. Wir sehen, daß bei der Retroflexion und Endometritis in den Fällen mit günstigem Ergebnis die Befruchtung später erfolgte als bei der Anteflexion, am spätesten bei der Endometritis. Legt dies nicht den Gedanken nahe, daß der Uterus sich hier von schwereren funktionellen Störungen erholen mußte, bevor er zur Empfängnis tauglich wurde? Vielleicht hat hier die Dilatation z. B. im Sinne einer Drainage gewirkt. Die spätere Herstellung der Empfängnisleistung des Uterus bei der Retroflexio und insbesondere bei der Endometritis läßt das prozentuelle Ergebnis der Therapie auch keineswegs so günstig erscheinen, wie wir aus der anfänglichen Berechnung schlossen. Wir werden auf Grund dieser Wahrnehmung im Gegenteil annehmen müssen, daß die Anteflexion günstigere Erfolge bietet als die Retroflexio, und noch günstigere als die Endometritis catarrhalis.

(Zbl. f. Gyn. 1918 Nr. 16.)

## d) Augenkrankheiten.

**Vorgetäuschte Narkose.** Darüber schreibt San.-Rat Dr. Wolffberg (Breslau): „Da sich mir der kleine, sozusagen aus dem Stegreif gewonnene Kunstgriff mehrfach bewährt hat, möge er gelegentlicher Nachahmung empfohlen sein. Für kleinere operative Eingriffe in der Sprechstunde steht mir nicht immer ein Assistent zur Verfügung; so operiere ich Chalazien meist ohne Assistenz, und für die in der Krankenkassenpraxis täglich mehrfach, oft auch außerhalb der Sprechstunden, vorzunehmende Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut ist mir ein Assistent fast immer überflüssig. In dem Czermakschen Lehrbuch der augenärztlichen Operationen steht zwar, daß ein Gehilfe den Kopf des Kranken und gegebenenfalles die Lider halte, es wird aber auch freigestellt, die Lider selbst mit Daumen und Zeigefinger der linken Hand zu halten. Letzteres ist bei mir die Regel, und bei genügender Kokain-Anästhesie bin ich nur ganz ausnahmsweise auf Schwierigkeiten bei Entfernung der gewöhnlichen, nicht zu tief sitzenden Fremdkörper der Hornhaut gestoßen. Es kommt aber doch gelegentlich einmal vor, daß ein Patient in dem Augenblick, wo die Nadel sich der Hornhaut nähert, mit den Händen nach dem Auge greift und durch Verdrehen des Bulbus und krampfhaftes Zupressen es zur Unmöglichkeit macht, einen selbst ganz oberflächlich sitzenden Fremdkörper zu entfernen. Natürlich handelt es sich in solchen Fällen immer um junge Burschen von 14 bis 16 Jahren, denen mit Vernunftgründen nicht beizukommen ist. Ich habe Aerzte gesehen, die in solchen Fällen vor dem Erteilen von Ohrfeigen nicht zurückschreckten und hierdurch tatsächlich ihr Ziel erreichten. Unter dem Einfluß der Schrecklähmung hielten die Patienten dann die wenigen Sekunden ruhig, welche zur Entfernung des Fremdkörpers benötigt wurden. Ich selbst bin kein Freund derartiger, wenn auch noch so gut gemeinter, Handgreiflichkeiten, kann aber nicht in Abrede stellen, daß ich bei gar zu unvernünftig sich gebärdenden Burschen — nur solche kommen in Betracht — in ärgerliche Erregung gerate und den Patienten in drohendem Tone zurechtzuweisen suche, indem ich ihn darauf hinweise, daß er sich selbst zuzuschreiben habe, wenn das Auge mit der Nadel schwer verletzt werde. Hilft auch dies nicht, so greife ich zu meinem letzten Mittel, der vorgetäuschten Narkose. In scheinbar sehr erregtem Tone — derselbe ist erforderlich — rufe ich ihm zu: ‚Wenn Sie jetzt nicht stillhalten, muß ich Sie chloroformieren! Nehmen Sie Ihr Taschentuch heraus!‘ (Das ist nötig, um die Hände zu beschäftigen und vom Auge fernzuhalten, event. wird ein Mullbausch ihm in die Hände gedrückt.) Nachdem

schleunigst einige Tropfen bereitstehenden Brennspritus oder Benzins auf das Taschentuch (oder den Mull) geträufelt, kommandiere ich weiter: „Nun zählen Sie, eins, zwei, drei . . .“ Der Erfolg ist wunderbar. Während der Patient krampfhaft das Taschentuch an die Nase hält und eifrig zählt, wird das Auge mit Leichtigkeit von meinen Fingern offengehalten und der Fremdkörper, auch wenn er subtileres Eingreifen erforderte, bei absolut ruhig gehaltener Kornea entfernt. Nach Beendigung des durchaus schmerzlosen Eingriffes sind die Behandelten fest überzeugt, daß sie chloroformiert worden. Natürlich muß man die Fälle, die sich für solche vorgetäuschte Narkose eignen, herauskennen, wozu nicht gerade hervorragende Menschenkenntnis erforderlich ist. Auch ist nicht gerade Brennspritus oder Benzin als Chloroformersatz nötig; jedes beliebige kräftig riechende Mittel würde dieselben Dienste leisten; nur möchte ich nicht raten, wirklich Chloroform oder Aether zu benützen“.

(Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges 1918 Nr. 42.)

**Strychnin in der Augenheilkunde.** Von San.-Rat Dr. F. Pieberger und Dr. K. E. Weiß (Stuttgart). Es lohnt sich, die Tatsache der Vergessenheit zu entreißen, daß subkonjunktivale Kochsalzeinspritzungen nach Kokainisierung der Bindehaut schmerzlos gemacht werden können und auch kein Nachschmerz auftritt, wenn man der gebräuchlichen 0,9—2%igen NaCl-Lösung in der Spritze einen halben bis einen Teilstrich folgender Lösung zusetzt: Sol. Strychnin. nitr. 0,2 : 30. Dieser Zusatz hat auch eine entschieden günstige Wirkung auf das Sehen, insbesondere bei Sehnervenerkrankungen und beginnender Atrophie nach Schußverletzungen (Kontusionsverletzungen) des Auges mit Aderhaut- und Netzhautveränderungen, wie man sie jetzt im Kriege so häufig zu Gesicht bekommt. Auch die Einspritzung von  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  ccm dieser Lösung in den Schläfen, wie sie von Nagel und seiner Schule früher bei Sehnervenerkrankungen angewandt wurden, ist zu Unrecht in Vergessenheit geraten. Ganz abgesehen davon, daß in den verzweifeltsten Fällen, um die es sich hier meistens handelt, der Arzt berechtigt und sogar verpflichtet ist, auch eine nur vorübergehende, vielleicht nur subjektive Besserung des Trostes halber herbeizuführen, — es scheint Verff., daß doch manchmal durch die Strychninwirkung ein Teil der geschädigten Sehnervenfaser gerettet werden könnte. Wenigstens verfügen sie über Beobachtungen, wo die durch diese Behandlung hervorgerufene Besserung des Sehvermögens von Dauer war. Insbesondere bei der Intoxikationsamblyopie, namentlich bei der durch Nikotin und Alkohol bedingten, aber auch bei beginnender temporaler Ab-



blassung des Sehnerven nach Neuritis, geben sie gerne und mit gutem Erfolg Pillen folgender Zusammensetzung: Extr. Nuc. vom. 0,5, Pulv. Succ. Liquir. q. s. f. pil. Nr. L., DS. 2 mal täglich 1 Pille zu nehmen. — Bei beginnendem tabischen Sehnervenschwund geben sie die ebenfalls etwas in Vergessenheit geratenen Pillen Argent. nitric. 0,2 Argill. 5,0 M. f. ope Aqu. et Glycer. ana q. s. pil. Nr. L., 2 mal täglich 1 Pille einzunehmen. Wunder wird man ja bei den in Betracht kommenden Leiden von diesen Verordnungen nicht erwarten dürfen, aber immerhin leisten sie mehr als das für Arzt und Kranken gleich trostlose Achselzucken.

(Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Aug. 1917 Nr. 37.)

**Ueber die Verwendbarkeit des Ormizets in der Augenheilkunde.** Von Prof. Dr. G. Abelsdorff (Berlin). Bei akuter und chronischer katarrhalischer Konjunktivitis wurden recht gute Erfolge erzielt (3 mal täglich Einträufelung einer 6%igen Lösung), ebenso bei Blennorrhoe des Tränensacks (Ausspülen mit dieser Lösung).  
(D. m. W. 1917 Nr. 27.)

#### e) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Neue Salvarsanpräparate** führt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kollé (Frankfurt a. M.) in die Therapie ein: Silbersalvarsannatrium und Sulfoxylatpräparat (Nr. 1495). Sie bedeuten eine wesentliche Verbesserung der Salvarsantherapie. Das Silbersalvarsan soll in erster Linie für die Primärperiode der Syphilis und die Frühperiode der sekundären Lues mit manifesten Erscheinungen in Frage kommen. Es ist ein durch das Silber, das chemisch als Katalysator des Arsenobenzolmoleküls und biologisch als Verstärkungsmittel der spezifischen Wirkung des Arsens auf Spirochäten aufzufassen ist, vervollkommnetes Altsalvarsan. Seine experimentell-chemotherapeutischen Vorzüge Verf. auseinandersetzt. In größeren Dosen — 6—8 mal 0,2—0,3 pro dosi — eingespritzt, wird es für die menschliche Therapie unter allen Umständen da in Frage kommen, wo man eine rasche Spirochätenabtötung erzielen will, und es wird namentlich im Frühstadium der Lues zu empfehlen sein. Verf. hat die Hoffnung, daß wir mit Hilfe des Silbersalvarsans bei länger durchgeführter Anwendung zur *Therapia magna sterilisans* bei Primärfällen und in der sekundären Frühperiode der Lues in einem noch größeren Prozentsatz als mit Alt- und Neosalvarsan gelangen werden. Wir befinden uns bei Verabreichung der maximal therapeutisch wirksamen Dosen von 0,2 und 0,3 Silbersalvarsan zudem außerhalb der gefährlichen Schwellenwerte, zumal der Arsengehalt des Silbersalvarsannatriums

kaum  $\frac{2}{8}$  von dem des Altsalvarsans beträgt, die Giftigkeit aber annähernd gleich ist. . Vielleicht ist als Maximaldosis auch schon 0,25 g pro dosi, die so viel leistet wie 0,4 Altsalvarsan, ausreichend. Das Salvarsanpräparat Nr. 1495 ist ein Präparat, das neben den Vorzügen des Neosalvarsans, seiner leichten Löslichkeit usw. und annähernd gleicher therapeutischer Wirksamkeit den großen Vorzug hat, daß es an der Luft wenig oxydabel und in Lösungen haltbar ist. Es bietet weiterhin den Vorteil, daß es in hochkonzentrierter 20 % iger Lösung blutisotonisch ist, so daß die Dosis von 0,2, 0,3 und 0,4, die in 1,0, 1,5, 2,0 ccm enthalten ist, ohne weiteres aus der Ampulle mit der Spritze aufgesaugt und injiziert werden kann. Es ist das mildere Präparat der Praxis und kommt vor allem für die intermittierende Dauerbehandlung, zur Ergänzung der Kombinationstherapie mit Hg, bei allen nicht während der Frühperiode klinisch und ätiologisch völlig geheilten, d. h. von Spirochäten vollkommen befreiten Syphilitikern — z. B. bei serologisch positiver Lues latens — in Frage. Namentlich auch für Aerzte, die keine eigene Klinik zur Verfügung haben, also zur ambulanten Behandlung, dürfte das Salvarsanpräparat Nr. 1495 eine willkommene Erleichterung bieten. Es kann ferner eine Rolle spielen namentlich für die Behandlung im Felde, die Behandlung der Rekurrens und Malaria in den Feldlazaretten.

(D. m. W. 1918 Nr. 43/44.)

**Ueber die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan.**  
 Von San.-Rat Dr. Joh. Fabry (Aus der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten in Dortmund). Es handelt sich um ein tiefdunkelbraunes Pulver, das eine dunkelbraune Lösung gibt, so daß man das Einströmen des Blutes nicht sieht; man darf aber annehmen, daß die Kanüle gut in der Vene sitzt, wenn der Stengel der Spritze sich ohne Blasenbildung leicht zurückziehen läßt. Verf. löste 0,2 in 5 ccm Aq. dest., 0,3 in 6—7 ccm und injizierte mit der 10 ccm fassenden Rekordspritze. Injektionen 2mal pro Woche. Das vorläufige Ergebnis der von ihm an weit über 100 Patienten angestellten klinischen Versuche möchte Verf. in Folgendem zusammenfassen:

1. Bei der Anwendung der Dosen 0,2, 0,3 Silbersalvarsan gelingt es schon nach wenigen Injektionen, die Spirochäten zum Schwinden zu bringen.
2. Die auffälligsten Erscheinungen der Syphilis: große Primäraffekte, breite, stark gewucherte Kondylome schwinden in wenigen Tagen mit geradezu verblüffender Schnelligkeit, mindestens so schnell, wie wir es bei der Anwendung von Altsalvarsan zu sehen

gewohnt waren. Ebenso heilen große tertiäre Defekte unter glatten, schönen Narben schnell aus. Die beiden eben angeführten Tatsachen haben wir an einer großen Zahl von Kranken immer und immer wieder bestätigt gefunden, so daß darüber ein Zweifel nicht bestehen kann. Unangenehme Nebenwirkungen und Zufälle ernsterer Natur haben wir bei den von uns verwandten Dosen nicht beobachtet. Wir haben natürlich besonders in der ersten Zeit äußerste Vorsicht walten lassen, die Kranken veranlaßt, sich sofort nach der Injektion zu Bett zu begeben und einige Stunden ruhig zu verhalten. Unter der Voraussetzung der Innehaltung der Regeln der Asepsis sollen bei der Salvarsanbehandlung Temperatursteigerungen nicht vorkommen; kommen sie doch vor, so ist die Ursache zu ermitteln und eine erneute Injektion erst nach Abfallen der Temperatur zu machen; in manchen Fällen (bei der sogen. Salvarsanidiosynkrasie) hat sie nach den bisherigen Erfahrungen entweder ganz zu unterbleiben, oder erst, nachdem längere Zeit verflossen ist, zu erfolgen, und dann wieder mit vorsichtigen, tastenden Dosen (bei Silbersalvarsan mit 0,05—0,1). Die Fälle mit ausgedehnten sekundären Symptomen (Roseola, Maculae, Papeln, Impetigines) boten uns regelmäßig eine charakteristische Kurve, nämlich am Tage der ersten Injektion starke Temperatursteigerung, während die folgenden Injektionen dann durchaus normale Temperatur zeigten. Bekanntlich erklärt sich die Temperatursteigerung aus dem Umstand, daß in dem mit Spirochäten stark überschwemmten Körper Zerfall der Spirochäten und sogen. Spirochätenfieber eintritt. Man verwende daher auch in solchen Fällen kleinste Anfangsdosen (0,05—0,1). Ehrlich wünschte in diesen Fällen Quecksilbervorbehandlung. Wir haben trotzdem Silbersalvarsan auch bei Fällen mit ausgedehnten sekundär-luetischen Erscheinungen angewandt, und das hat auch keine Bedenken, da außer der Temperatursteigerung sonstige bedrohliche Erscheinungen nicht eintraten und die nächsten Injektionen anstandslos vertragen wurden. In allen Fällen sekundärer Lues und besonders, wenn die Kranken sich elend fühlen, über Kopfschmerzen klagen, Einleitung der Behandlung mit kleinsten Dosen.

Daß wir bei einem so stark spirillentötenden Mittel häufig die Herxheimersche Reaktion beobachten, ist ja wohl selbstverständlich. Auch beobachteten wir mehrmals ein scharlachförmiges, sehr ausgedehntes und teilweise quaddelförmiges Exanthem mit Temperatursteigerung. Nach völligem Abklingen desselben wurde die Behandlung wieder mit kleinsten Dosen begonnen und konnte dann ungehindert fortgesetzt werden. Das Allgemeinbefinden war in diesem Falle kaum gestört; das Exanthem war

bald wieder abgeklungen. Zu betrachten wäre noch der Umschlag der Wa.R. Zu Anfang wurde bei uns nicht in allen Fällen die Wa.R. gemacht, besonders in den Fällen manifester Lues II nicht, die nach den vorhandenen Symptomen eo ipso einen positiven Wa.R. voraussetzen ließen. Natürlich wird ja erst der Umschlag der Wa.R. vom Positiven zum Negativen ein Gradmesser sein können, wieviel Silbersalvarsan im Einzelfalle zu verabfolgen ist. Kollé gibt die Anweisung, daß es wohl unbedenklich ist, bis zur Gesamtdosis von 3,0 und 4,0 zu gehen, also 10—14 Dosen à 0,3 oder 15—20 Dosen à 0,2, und wir können das nach unseren klinischen Erfahrungen bestätigen.

(D. m. W. 1918 Nr. 44.)

**Ueber Silbersalvarsan.** Von Marine-Oberstabsarzt Dr. Genne-  
rich (Aus dem Festungslazarett Kiel-Ravensberg).

1. Das neue Silbersalvarsan ist den übrigen Salvarsanpräparaten beträchtlich an Wirksamkeit überlegen. Selbst in kleiner Dosierung,  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$  kleiner als die bei den übrigen Salvarsanpräparaten üblichen Dosen, erweist es sich als viel kräftiger in der Beseitigung der positiven SR. bei frischen Sekundärfällen als die bisherigen Salvarsanpräparate im Verein mit Hg-Behandlung.

2. Die Silbersalvarsanbehandlung bietet die Möglichkeit zu einer äußerst wirksamen und dabei besonders reizlosen Behandlung der frischen Luesstadien. Zur abortiven Sterilisation der seronegativen Primärsyphilis genügt eine  $2\frac{1}{2}$ —3 wöchige Behandlung, mit der natürlich eine Exzision oder gründliche Lokalbehandlung des Primäraffektes einhergehen muß. Auch die Abortivheilung der seropositiven Primärsyphilis gelingt durch Silbersalvarsan leichter und in kürzerer Zeit als früher. Das Behandlungsmaß muß hierbei jedoch, entsprechend dem vorliegenden Infektionsalter, mehr oder minder dem Behandlungsmaß der frischen Sekundärsyphilis angenähert werden. Für die Frühsterilisation der frischen Sekundärsyphilis eröffnet das neue Präparat die besten Aussichten. Es besteht durch Vergleich mit den bisherigen Dauerergebnissen Hoffnung, daß bei denjenigen frischen Sekundärfällen, wo die SR. innerhalb  $3\frac{1}{2}$ —4 Wochen negativ wird, die weitere Nachbehandlung sehr gering gestaltet werden oder sogar ganz fortfallen kann. Bei höherem Infektionsalter hat jedoch die übliche, bereits beim Alt-salvarsan erprobte Nachbehandlung in ihrer bekannten Anordnung stattzufinden.

3. Gegen gleichzeitige Jodbehandlung bei den älteren Luesstadien bestehen keinerlei Bedenken, während Hg-Behand-

lung hier nur in Form milder Zwischenkuren Anwendung finden soll.

4. Die Silbersalvarsanbehandlung ist auch deshalb als ein großer Fortschritt anzusehen, weil das Präparat an sich beträchtlich weniger Arsen enthält als die anderen Präparate, und weil es in der bei ihm möglichen kleinen Dosierung ganz erheblich verringerte toxische Gefahren hat. Das gilt sowohl für die Ueberempfindlichkeitsreaktion nach der einzelnen Injektion als auch hinsichtlich der Kumulation.

5. Neben der ausschließlichen Benutzung kleiner Salvarsandosen ist für eine reizlose Behandlung Vorbedingung, daß die Einspritzung stets ohne jeden Verzug unmittelbar nach Lösung des Präparates und langsam vonstatten geht (2 Minuten), und daß auf Hg-Kombination ganz verzichtet wird.

6. Bei stärkeren Veränderungen des Gefäßsystems (Aneurysma) ist ein milder wirkendes Präparat, wie Neosalvarsan oder das neue Sulfoxylat, vorzuziehen. Die Kontraindikationen sind im übrigen dieselben wie bei den anderen Salvarsanpräparaten, d. h. in erster Linie kommen die temporären Kontraindikationen, die oben erwähnten Dyskrasien des Organismus, in Betracht.

(D. m. W. 1918 Nr. 45.)

**Trypaflavin, ein metallfreies Antigonorrhöikum.** Von Sanitätsrat Dr. Baer und Feldunterarzt Klein (Aus dem Reserve-lazarett 1 Frankfurt a. M.). Angewandt wurde Trypaflavin in Lösungen von 1:4000 bis zu Lösungen von 1:1000 mäßig erwärmt. Die Patienten wurden täglich 2 mal mit Spülungen nach Janet behandelt. Der 2 mal wöchentlich aufgenommene mikroskopische Befund des Harnröhrenausflusses zeigte, daß bei einer größeren Anzahl von Erkrankungen die Gonokokken nach 4—5 Tagen verschwunden waren. Trotzdem wurde die Behandlung noch einige Zeit fortgesetzt. Die Patienten wurden erst dann als geheilt entlassen, wenn längere Zeit mit der Behandlung ausgesetzt war und nachdem die bekannten diagnostischen Methoden Anwendung gefunden hatten. Was die Reizwirkung des Trypaflavins anbelangt, so klagten die Patienten bei starker Konzentration über Brennen in der Harnröhre. Ob diese Reizwirkung mit der ausgesprochenen sekretionsbeschränkenden Wirkung des Trypaflavins zusammenhängt, bleibe dahingestellt. Zusammenfassend mag jetzt schon als feststehend gelten, daß wir im Trypaflavin ein neues Antigonorrhöikum haben. Von den bisher bekannten unterscheidet es sich chemisch namentlich dadurch, daß es metallfrei ist. Ob es die anderen bekannten Antigonorrhöika übertrifft,

kann erst nach weiteren Beobachtungen entschieden werden. Die bisher hier erzielten Resultate verdienen auf jeden Fall; daß das Mittel weiter nachgeprüft wird. Seiner Farbe wegen wird es bei der Erprobung als Antigonorrhöikum bei vielen Seiten auf Widerstand stoßen. In jedem Falle dürfte ihm aber wegen seiner starken gonokokkentötenden Kraft auch als Prophylaktikum größte Beachtung geschenkt werden.

(M. m. W. 1918 Nr. 35.)

**Intravenöse Kollargolbehandlung der Gonorrhoe.** Von Dr. M. Crohn. Es wurden 86 Fälle männlicher Gonorrhoe mit Kollargol behandelt. Neben den Injektionen wurde die Lokalbehandlung je nach Lage des Falles weitergeführt. Das Material setzt sich zu ungefähr 85—90% aus älteren und ganz alten Fällen zusammen, nur 10—15% sind frische Ansteckungen. Fast alle hatten vor oder während der Behandlung Komplikationen, reine Anteriorgonorrhöen gehörten zu den Ausnahmen. Diese Punkte sind bei der Bewertung der Behandlungsergebnisse zu beachten. Von den 86 behandelten Fällen wurden:

- a) Nach einer Spritze dauernd negativ: 22.
- b) Nach zwei und mehr Spritzen dauernd negativ: 25.
- c) Nach Kollargol zunächst negativ, aber später wieder positiv: 26. Von diesen wurden dann 15 durch andere Behandlungsmethoden geheilt.
- d) Trotz mehrerer Kollargolinjektionen blieben dauernd positiv: 13 Mann.

Faßt man diese Resultate zusammen, so ergibt sich folgendes Bild: Von 86 mit Kollargol behandelten Fällen verhielten sich nur 13 Fälle refraktär, 47 wurden dauernd geheilt, 26 vorübergehend negativ. Betreffs der Dosierung konnte Verf. feststellen, daß Gaben von weniger als 5 ccm der 2%igen Lösung von wenig zuverlässiger Wirkung sind. Verf. gibt meist 5—8 ccm; höher ging er nur selten. Die Injektionen werden verschieden vertragen. Manche Kranke fieberten schon nach 2 ccm, andere vertrugen 8 ccm fieberlos. In dem Auftreten von hohem Fieber sieht Verf. keine unangenehme, vielmehr eine sehr erwünschte Reaktion. Wissen wir doch, daß Gonorrhöen gelegentlich mit einem Schläge ausheilen, wenn infolge einer akuten Nebenhodenentzündung oder einer anderen Erkrankung hohes Fieber auftritt. Dementsprechend sah Verf. gerade in solchen Fällen eklatante Erfolge, die mit starkem Temperaturanstieg reagierten. Immerhin zwingen solche Reaktionen zu größeren Pausen zwischen den Einspritzungen. Schädliche Wirkungen auf die Nieren wurden

nicht beobachtet. Nach seinen bisher gemachten Erfahrungen steht Verf. nicht an, das Kollargol als wertvolles Unterstützungsmittel bei der Bekämpfung der Gonorrhoe zu empfehlen.

(M. m. W. 1918 Nr. 42.)

## Inhaltsverzeichnis.

Diagnostisches S. 97. Kasuistisches S. 100. Therapeutisches S. 103.

### Sachregister.

Diphtherie, kombinierte Serumbehandlung 111.  
 Diphtheriekeimträger, Chinaalkaloide bei 112.  
 Empyembildung 103.  
 Eukupin bei Grippe 103.  
 Gangrän nach Masern 101.  
 Gonorrhoe, Trypaflavin bei 125.  
 —, Kollargol bei 123.  
 Grippe s. Influenza.  
 Hautdesinfektion durch heiße Luft 103.  
 Influenza, Behandlung 107.  
 —, Rekonvaleszentenserum bei 103.  
 —, Eukupin bei 103.  
 —, Kollargol bei 110.  
 —, Salvarsan bei 110.  
 Influenzapneumonie, Kalzium und Neosalvarsan bei 110.  
 Kollargol bei Grippe 110.  
 — bei Gonorrhoe 123.  
 Lungenspitzenperkussion 97.  
 Masern, Gangrän nach 101.  
 Menstruation, vikariierende 101.  
 Migrol 114.  
 Naht, apodaktyle 105.  
 Narkose, vorgetäuschte 119.  
 Nierenfunktionsprüfung, Simulation bei 99.  
 Nurso 116.  
 Ormizet in der Augenheilkunde 121.  
 Quiesan 115.  
 Rückenmarksblutungen bei Skorbut 100.  
 Salvarsan bei Grippe 110.  
 Silbersalvarsan 121 122 124.  
 Skorbut, Rückenmarksblutungen bei 100.  
 Sterilität des Weibes, Bekämpfung 116.  
 Strychnin in der Augenheilkunde 120.  
 Sulfoxylatpräparat 121.  
 Syphilisbehandlung mit Silbersalvarsan 12 122.  
 Tonsille, Hypertrophie und Totalgangrän 102.  
 Trypaflavin 125.  
 Tuberkulose, Schutzimpfung bei Neugeborenen 111.  
 Wundverbände für den Transport 105.

### Autorenregister.

<i>Abelsdorf</i> 121.	<i>Gennerich</i> 124.	<i>Leschke</i> 103.	<i>Salge</i> 101.
<i>Alexander</i> 110.	<i>Hohlweg</i> 103.	<i>Lewandowski</i> 116.	<i>Schickel</i> 101.
<i>Baer</i> 125.	<i>v. Jagic</i> 97.	<i>Neger</i> 106.	<i>Stolz</i> 116.
<i>Bamberger</i> 99.	<i>Joseph</i> 105.	<i>Nürnberg</i> 102.	<i>Vogel</i> 103, 106.
<i>Crohn</i> 126.	<i>Klein</i> 125.	<i>Oppenheim</i> 114.	<i>Weiss</i> 120.
<i>v. Delbrück</i> 111.	<i>Kolle</i> 121.	<i>Pfeiffer</i> 112.	<i>Witte</i> 110.
<i>Fabry</i> 123.	<i>Krücke</i> 110.	<i>Piesberger</i> 120.	<i>Wolffberg</i> 119.
<i>Feigenbaum</i> 100.	<i>Kruse</i> 111.	<i>Riese</i> 107.	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
 San.-Rat Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.  
 Druck von Robert Noske, Berna-Leipzig.

# Bekanntmachung.

1. Die **Zwischenscheine** für die **5%-Schuldverschreibungen der 8. Kriegsanleihe** können vom

**2. Dezember d. Js. ab**

in die endgültigen Stücke mit Zinsscheinen umgetauscht werden.

Der Umtausch findet bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22, statt. Außerdem übernehmen sämtliche Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung bis zum **15. Juli 1919** die kostenfreie Vermittlung des Umtausches. Nach diesem Zeitpunkt können die Zwischenscheine nur noch unmittelbar bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“ in Berlin umgetauscht werden.

Die Zwischenscheine sind mit Verzeichnissen, in die sie nach den Beträgen und innerhalb dieser nach der Nummernfolge geordnet einzutragen sind, während der Vormittagsdienststunden bei den genannten Stellen einzureichen; Formulare zu den Verzeichnissen sind bei allen Reichsbankanstalten erhältlich.

Firmen und Kassen haben die von ihnen eingereichten Zwischenscheine rechts oberhalb der Stücknummer mit ihrem Firmenstempel zu versehen.

2. Der Umtausch der Zwischenscheine für die **4 1/2 %-Schatzanweisungen der 8. Kriegsanleihe** und für die **4 1/2 %-Schatzanweisungen von 1918 Folge VIII** findet gemäß unserer Anfang d. Mts. veröffentlichten Bekanntmachung bereits seit dem

**4. November d. Js.**

bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22, sowie bei sämtlichen Reichsbankanstalten mit Kasseneinrichtung statt.

Von den Zwischenscheinen der früheren Kriegsanleihen ist eine größere Anzahl noch immer nicht in die endgültigen Stücke umgetauscht worden. Die Inhaber werden aufgefordert, diese Zwischenscheine in ihrem eigenen Interesse möglichst bald bei der „Umtauschstelle für die Kriegsanleihen“, Berlin W 8, Behrenstraße 22, zum Umtausch einzureichen.

Berlin, im November 1918.

Reichsbank-Direktorium.  
Havenstein. v. Grimm.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1919

## Diagnostisches.

**Zur Verdeutlichung leichter Lungenspitzendämpfungen.**  
Von Dr. W. Unverricht (Aus dem Medizinisch-poliklinischen Institut der Universität in Berlin). Die Methodik der Lungenspitzenperkussion hat in den letzten Jahren große Fortschritte aufzuweisen, insbesondere bedeutet die Goldscheidersche Perkussionsmethode eine erhebliche Verbesserung. Diese Methode berücksichtigt bekanntlich die topographischen Beziehungen der Lungenspitzen, wie dies bei der üblichen Perkussion der Spitzen nicht, bei der Untersuchung anderer Organe jedoch mit Selbstverständlichkeit geschieht. Die Schläge selbst sollen leise, die Perkussionsfläche klein sein (Pleschsche Fingerhaltung, Glasgriffel). Selbst kleine Schallabschwächungen sind mit dieser Perkussionsmethode sicher nachzuweisen. Um kleine Dämpfungen der Spitzen deutlicher zu machen, empfiehlt Korányi neuerdings, den Patienten sich nach vorn bücken zu lassen, bis der Kopf sich etwa in Beckenhöhe befindet. Die Dämpfungen sollen intensiver werden und tiefer rücken. Verf. kann diese Beobachtung bestätigen. Außerdem erwies sich ihm als Unterstützung zur Feststellung kleiner Verkürzungen, besonders für weniger Geübte, die Perkussion bei Atemstillstand. Die Lungenspitzenperkussion ist ja im wesentlichen eine Vergleichungsperkussion, darum ist dabei eine annähernd gleiche Luftfüllung der Spitzen Bedingung. Bei der üblichen Methodik trifft dies nicht zu. Der Patient atmet während der Perkussion ein und aus, dabei wird häufig eine Spitze in der Inspirations-, die andere in der Expirationsphase perkutiert. Annähernd gleiche Luftfüllung ist bei Atemstillstand gewährleistet. Am zweckmäßigsten wird in verschiedenen Respirationsphasen untersucht. Sodann gelingt es oft, eine Verkürzung deutlicher zu machen durch folgenden Kunstgriff. Bei

Ausübung der Goldscheiderschen Spitzenperkussion vorn drückt ein Gehilfe beide Handflächen links und rechts neben die Wirbelsäule des Patienten, sodaß der Handteller etwa im Interskapularraume liegt, die geschlossenen Finger mit dem oberen Rande des Trapezius abschneiden. Bei der hinteren Spitzenperkussion kann der Patient selbst seine Hände auflegen in der Weise, daß bei gekreuzten Armen die Spitzen des 2. bis 4. Fingers in die Supraklavikulargrube zu liegen kommen, die Handteller unterhalb des Schlüsselbeins. Die Hände sollen möglichst gleichmäßig fest angedrückt werden, ohne die Schultermuskeln zu spannen. Die Ellenbogen müssen dabei etwas gehoben werden. Kleine Verkürzungen werden meist deutlicher, das Resistenzgefühl stärker. Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich um eine Abschwächung der Resonanzerscheinungen, die bei der gewöhnlichen Perkussion kleine Verkürzungen verwischen können. Zahlreiche Prüfungen zeigten, daß das Auflegen der Hände über normalen Lungenspitzen ein geringes gleichmäßiges Leiserwerden des Perkussionsschalls bedingt ohne Differenzen zwischen rechts und links. Voraussetzung ist, daß beide Hände möglichst gleich stark aufgelegt werden. Kleine Differenzen in der Kraft des Aufdrückens spielen keine Rolle.

(D. m. W. 1918 Nr. 50.)

Als Provokationsverfahren bei latenter Malaria erwies sich Prof. Dr. Schittenhelm und Prof. Dr. Schlecht als recht brauchbar die subkutane Injektion von 1 mg Adrenalin. Meist am Tage darauf typischer Malariaanfall; event. auch erst nach 2 bis 4 Tagen, mitunter auch erst auf eine 2. Injektion hin. Bisweilen nicht Malariaanfall, wohl aber Blutbefund plasmodienpositiv.

(M. m. W. 1918 Nr. 47.)

### Kasuistisches.

**Thrombosen bei der spanischen Krankheit.** Von Dr. Oskar Orth (Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Forbach).

Fall 1. Patient, 36 Jahre, mit spanischer Infektion aufgenommen, klagt über leise Schmerzen im Unterschenkel links. Bronchitische Erscheinungen, Herz alteriert. Nach 8 Tagen ausgesprochene linksseitige Venenthrombose; nach 10 Tagen linksseitiger Lungeninfarkt, der zur Eiterung und zur operativen Entfernung des Eiters führt. Langsame Heilung. Fistel geheilt.

Fall 2. Patientin, 26 Jahre, früher stets gesund. Wegen spanischer Krankheit ins Krankenhaus aufgenommen. Im Vordergrund stehen katarrhalische, pneumonische Erscheinungen, Herz stark mitalteriert. Plötzlich eines Tages bildete sich unter heftigen

Schmerzen in beiden Unterschenkeln eine beiderseitige symmetrische Gangrän aus, reichend bis handbreit unterhalb der Kniegelenke. Die Gangrän ist trocken, mumifizierend. Patientin stirbt nach 3 Wochen. Sektion: Thrombose beider Aa. popliteae, noch bis über ihre Teilung weit hineinragend.

Fall 3. Patientin, 46 Jahre. Stets gesund; erkrankte im Juli an spanischer Krankheit. Nach 3 Wochen Leber- und Gallenblasenschwellung, besonders schmerzhaft der linke Leberlappen. Schmerzhaftigkeit und Schwellung verschwinden wieder. Patientin steht nach 7 Wochen auf. 3 Tage später heftigster Schüttelfrost. Akuter Schmerz der Leber-Gallenblasengegend mit Tumor der Gallenblase. Operation. Gallenblase schwarzblau verfärbt, sehr dünnwandig. Ihr Inhalt jauchige Galle. Exstirpation der Blase, in der Leber (Gallenblasenbett) ein Abszeß. Drainage. Heilung nach 3 Wochen. Die mikroskopisch untersuchte Gallenblase bietet das Bild einer Gangrän.

Fall 4. Patientin, 50 Jahr alt, stets gesund. Spanische Krankheit: Nach Ablauf derselben beginnen Schmerzen an den fünf Endgliedern der linken Hand. Allmähliche bläuliche Verfärbung und Schwarzwerden derselben, bei Demarkation bis zur Hälfte der zweiten Phalangen. Da sonst keine Aetiologie sich auffinden ließ, muß hier an eine Thrombose der kleinen Arterien der Fingerspitzen gedacht werden. Operative Behandlung. Der Radialispuls schwächer, an dieser Hand aber doch deutlich tastbar.

Wir haben es bei den 4 Fällen mit Krankheitsbildern zu tun, in deren Vordergrund die Thrombosen stehen, und zwar sind 2 und 4 solche seltener Art: die beiderseitige symmetrische Gangrän bei der 26jährigen Patientin, die Gangrän der 5 Endglieder der Finger. Fall 3 ähnelt denen, die Verf. seinerzeit bei Typhus und Cholezystitis typhosa und Leberabszeß beschreiben konnte. Der auffallende Befund an der prall gefüllten nekrotischen Gallenblase war ihre papierdünne Wandbeschaffenheit, das Fehlen jeder Verwachsung der Umgebung, trotzdem doch 3 Wochen vorher ein Prozeß sich in der Leber abspielte. Die peritonitischen Erscheinungen, die bei der Patientin so akut einsetzten, lassen auf bereits stattgehabte Durchwanderung von Keimen bei noch makroskopisch intakter Wand der Blase schließen. So erklärt Verf. sich auch die sonst beobachteten peritonitischen Erscheinungen ohne makroskopischen Befund. Als Methode kommt bei solchen Gallenblasen nur die Exstirpation mit Drainage der Gallengänge in Betracht. Das Wesentlichste der 4 Fälle wären die Thrombosen, ihr doch immerhin seltener Sitz und die Häufigkeit unter kleinem Material. Sie lassen an eine thrombotische Form der Influenza denken.  
(D. m. W. 1918 Nr. 47.)

**Ueber scharlachartige Exantheme bei der spanischen Grippe.**  
 Von Primarius Dr. Gustav Morawetz (Aus der Infektions-  
 abteilung des Kaiser Franz Joseph-Spitals in Wien). Bekannt  
 ist das Auftreten von Exanthenen bei Influenza; hier sind ver-  
 schiedene Formen beobachtet worden, besonders Roseolen, aber  
 auch morbillöse und skarlatinöse Formen. Auch bei der gegen-  
 wärtig herrschenden spanischen Grippe sind schon öfter Haut-  
 ausschläge beschrieben worden, neben urtikariellen scheinen über-  
 wiegend skarlatiniforme beobachtet worden zu sein. Verf. hatte  
 bisher einige Male Gelegenheit, Exantheme im Verlaufe von  
 Grippeerkrankungen zu sehen, die ebenfalls durchwegs einem  
 Scharlachexanthem glichen. Nach seinen bisherigen Beobachtungen  
 ist das Exanthem durchaus keine Erscheinungsform ausschließlich  
 schwerer Grippeerkrankungen, sondern es kommt auch in leichten  
 Fällen vor. Dasselbe tritt innerhalb des 1. bis 2. Krankheitstages  
 der Grippe auf und blaßt entweder rasch, längstens binnen  
 24 Stunden, oder allmählich innerhalb einiger Tage ab. Es setzt  
 sich aus stippchenförmigen oder etwas größeren, konfluierenden  
 Fleckchen zusammen, deren anfänglich rosaroter Farbenton bald  
 in einen intensiver roten übergeht, wodurch die Scharlach-  
 ähnlichkeit des Exanthems noch mehr hervortritt. Hauptsächlich  
 betroffen war in des Verfs. Fällen der Stamm; auch an den Ex-  
 tremitäten, besonders an den Innenflächen der Oberschenkel, trat  
 das Exanthem auf. Das Gesicht hat Verf. nie befallen gesehen.  
 Eine Schuppung ist in 2 Fällen, welche bis zum Ablauf der  
 4. Woche beobachtet werden konnten, nicht eingetreten. Die Form,  
 Farbe und Ausbreitung des Exanthems zusammen mit den auch  
 dem Scharlach teilweise eigentümlichen Krankheitserscheinungen  
 der Grippe (Halsschmerzen, Angina, Kopfschmerzen, hohes Fieber,  
 Konjunktivitis, manchmal auch Erbrechen) machen wenigstens in  
 den ersten Tagen eine Unterscheidung gegenüber Scharlach-  
 erkrankungen unmöglich. Auch als Scharlachkrupp ist ein schwerer  
 Fall von Grippe mit hochgradiger Dyspnoe, stridorösem Atem und  
 skarlatinaartigem Exanthem auf Verfs. Abteilung eingeliefert  
 worden. Der Einwand, daß in diesem Falle und in ähnlichen  
 bald zum Exitus führenden Fällen, welche nicht bis zu einem  
 abschließenden Urteil beobachtet werden konnten, neben Grippe  
 gleichzeitig eine Scharlachinfektion bestanden haben kann, ist ja  
 stichhaltig und gewiß manchmal zutreffend, gleichwie ja auch  
 echte Diphtherie neben Grippe beobachtet werden kann. Daß es  
 aber tatsächlich reife Grippefälle mit scharlachähnlichen Exan-  
 themen gibt, bei denen keine Scharlachinfektion mitspielt, dafür  
 sprechen jene zwei oben erwähnten Fälle, die bis in die 4. Woche  
 beobachtet werden konnten, ohne auch nur die Spur einer

Schuppung zu zeigen, und welche auch in ihrer sonstigen Verlaufsweise Zweifel an der Scharlachdiagnose aufkommen ließen. Der eine Fall, welcher, weil während des Spitalsaufenthaltes aufgetreten, vom ersten Krankheitsbeginn an genau beobachtet werden konnte, ist ganz besonders einwandfrei. Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben, welcher bereits 9 Tage auf der Varizellenstation lag und außer subfebrilen Temperaturen am 1. Spitalstage immer fieberfrei gewesen war. Am 10. Tage seines Spitalsaufenthaltes traten nach einer unruhigen Nacht Fieberbewegungen bis  $39,6^{\circ}$  auf, Konjunktivitis, Rötung des Rachens, Husten, Kopfschmerzen, in den Lungen verschärftes Vesikuläratmen und Giemen. Gleichzeitig zeigte sich ein hellrotes, stippchenförmiges Exanthem am Stamme, welches in den nächsten Stunden konfluierete und einen dunkleren Farbenton annahm. Am Nachmittag des 1. Krankheitstages traten zirka guldenstückgroße, erythematöse Makulae von ziegelroter Farbe an der Innenseite beider Oberschenkel auf, welche sich am nächsten Tage gleichfalls in einstippchenförmiges Exanthem von intensiv roter Farbe umwandelten. Eine Himbeerzunge war angedeutet. Das Exanthem blaßte am 3. Tage ab. Die oberen Extremitäten und das Gesicht waren frei geblieben. Das Fieber dauerte infolge einer anhaltenden Bronchitis noch bis zum Ende der 3. Woche an. Kein Albumen, keine Schuppung, trotz des ganz intensiven Exanthems. Die Scharlachdiagnose wurde zweifelhaft zunächst durch den klinischen Verlauf des Krankheitsbildes. Bei leichtem Scharlach können ja bekannterweise Angina sowohl wie Himbeerzunge sehr mäßige Entwicklung zeigen, auch nur angedeutet sein; auch das Gesicht kann frei von Exanthem bleiben, wenn letzteres nur an vereinzelten Körperstellen und spärlich auftritt, aber im vorliegenden Falle waren die Höhe des Fiebers, sowie die Intensität des Exanthems durchaus nicht in Einklang zu bringen mit der Annahme eines leichten Scharlachfalles. Das Ausbleiben jeglicher Schuppung sprach noch eindringlicher gegen Scharlach. Wichtig und aufklärend waren in diesem Falle auch die epidemiologischen Verhältnisse. Eine Scharlachinfektion des Kindes auf der Varizellenstation selbst war mit Bestimmtheit auszuschließen. Gegen eine Infektion noch vor der Spitalsaufnahme sprach die Inkubationsdauer; besonders auffallend aber war, daß keine weitere Scharlach Erkrankung auf der Station erfolgte, daß jedoch in den unmittelbar darauf folgenden Tagen mehrere Kinder an Grippe erkrankten und daß wenige Tage vor der Erkrankung des beschriebenen Falles eine Pflegeschwester der Station wegen schwerer Grippe den Dienst verlassen mußte. Alle diese Momente waren für die Diagnose „Grippeexanthem“ ausschlaggebend genug. Einwandfrei als

Grippeexanthem anzusprechen war auch ein scharlachähnliches Exanthem an den Seitenteilen des Stammes bei einem jugendlichen Patienten, der in der 6. Woche nach überstandenen Scharlach an schwerer, mit Pneumonie und eitriger Pleuritis komplizierter Grippe erkrankte. Diese Fälle sprechen ganz zweifellos für das Vorkommen von Grippeerkrankungen unter dem Bilde eines mehr weniger schweren Scharlachs. Die Differentialdiagnose ist schwierig, unter Umständen zunächst ganz unmöglich. Anhaltspunkte für die Annahme eines Grippeexanthems werden sich manchmal aus dem Charakter der Angina ergeben, welche bei der Grippe zumeist den charakteristischen schmalen, roten Saum entlang des freien Randes der Gaumenbögen zeigt und namentlich die roten Fleckchen und Streifen des Scharlachs am weichen Gaumen vermissen läßt, sowie aus dem Fehlen einer Himbeerzunge. Die mäßige Angina und fehlende Himbeerzunge sind wohl hauptsächlich bei höherem Fieber, schwereren Allgemeinerscheinungen und reichlichem Exanthem zu verwerthen, weil solche Fälle gegen die Annahme eines leichten Scharlachs sprechen. Vortreten der hyperämischen Hautfollikel bei reichlichem Exanthem läßt wohl eher Scharlach annehmen, bei Grippeexanthemen hat Verf. diese Erscheinungsform bisher nie beobachten können. Alle die angeführten Unterscheidungsmerkmale haben nur Geltung für Fälle mit reichlichem Exanthem, bei spärlichem Exanthem ist eine Differentialdiagnose kaum möglich, wenn nicht bei längerer Beobachtungsmöglichkeit das Eintreten oder Ausbleiben einer Schuppung nachträglich die Diagnose sichert. Auch die Eosinophilie läßt gerade in zweifelhaften Fällen nicht selten im Stich. Mit Rücksicht auf das in letzter Zeit wieder häufigere Auftreten von Fleckfiebererkrankungen in Wien sei auch noch die Möglichkeit erwähnt, daß Fleckfieber für Grippe mit Exanthem angesprochen wird. Ist auch dem Fleckfieberexanthem kein skarlatiniformes Aussehen eigen, so ist Verf. doch in den letzten Tagen ein Fall von einwandfreiem Exanthematikus untergekommen, welcher zuerst als Scharlachverdacht, dann als Grippe mit Exanthem gedeutet worden war. Die dem Fleckfieber und der Grippe gemeinsamen Anfangserscheinungen (ähnliche Prodrome, wie Glieder- und Kopfschmerzen, Konjunktivitis, Pharyngitis, rasch einsetzende hohe Kontinua, oft nach vorausgegangenem Schüttelfrost) lassen namentlich in den ersten Tagen Verwechslungen leicht zu. Mit dem Auftreten des Exanthems ergeben sich jedoch aus seinen klinischen Merkmalen allein schon ausreichende Momente für den Fleckfieberverdacht. (W. kl. W. 1918 Nr. 47.)

**Fall von hämorrhagischem, variolaähnlichem Exanthem bei Pneumonie.** Von Dr. O. Löwy. Es handelt sich um einen Fall von gangränisierender Pneumonie mit Sepsis, in deren Verlauf es zu metastatischen Hauteffloreszenzen kam, die das Bild einer hämorrhagischen Variola vortäuschen.

(D. m. W. 1918 Nr. 47.)

a) **Bechterewsche Krankheit mit pseudotabischen Symptomen.** Von Morawitz. 27jähriger Soldat, im Januar 1918 im Felde mit Schmerzen im Rücken und den unteren Extremitäten erkrankt. Es wurde Ischias angenommen. — Allmähliche Verschlimmerung der Beschwerden. — Bei der Aufnahme in der Klinik im April 1918 wurde eine deutliche Atrophie der Muskulatur beider unterer Extremitäten festgestellt, Aufhebung der Achilles- und Patellarreflexe beiderseits, deutliche Ataxie, aber keine Sensibilitätsstörungen, keine Blasenstörungen. Im weiteren Verlaufe ließen die Schmerzen in den Beinen nach, die Muskulatur nahm wieder zu, indessen stellen sich die Reflexe nicht wieder ein. Es bildete sich im April eine erhebliche Starre der ganzen Wirbelsäule aus, so daß der Kranke zurzeit einen ganz eigenartigen Eindruck macht. Er geht vornübergebeugt, Wirbelsäule stark kyphotisch, Hüftgelenke zum Teil versteift. An den übrigen Gelenken keinerlei arthritische Veränderungen. Zeitweise bestand Schmerz im Kiefergelenk. Die Röntgenaufnahme läßt die angenommenen knöchernen Verbindungen zwischen den Wirbelkörpern nicht deutlich erkennen, dagegen erscheinen die Wirbel und auch die Querfortsätze im ganzen auffallend hell (Osteoporose?). — Der Fall zeichnet sich vor vielen in der Literatur niedergelegten dadurch aus, daß die nervösen Symptome im Anfang das Krankheitsbild vollständig beherrschten, so daß zunächst an eine Neuritis gedacht wurde. — Ähnliche Fälle sind von Babinski beschrieben worden (Spondylose pseudotabetique). Ein ursächliches Moment war nicht festzustellen, besonders auch nicht Tuberkulose oder Gonorrhoe. Vortragender spricht sich dahin aus, daß dieser Art der Erkrankung eine Sonderstellung zukommt und daß die Fälle wahrscheinlich nicht ins Gebiet der Arthritis chronica deformans gehören. —

b) **Frühsymptome bei perniziöser Anämie (Biermersche Anämie)** Unter den Frühsymptomen der perniziösen Anämie lenken die Zungenveränderungen (Huntersche Glossitis) die Aufmerksamkeit auf sich. In allen in der letzten Zeit darauf untersuchten Fällen (6) ließen sich Zungenveränderungen nachweisen; zwar häufig nicht in Form einer Glossitis, wohl aber regelmäßig in Form einer glatten Atrophie der Papillae filiformes und fungiformes. In 2 Fällen

wurde man durch diese Zungenatrophie trotz nahezu normalen Hämoglobingehalts zur Diagnose Biermerscher Anämie veranlaßt. Die Richtigkeit der Diagnose bestätigte sich durch eine genaue Blutuntersuchung, bei der insbesondere Makrozyten und Mikrozyten sowie auch rote Blutkörperchen von ganz verschiedenem Blutfarbstoffgehalt gefunden wurden, während kernhaltige rote Blutkörperchen meist vermißt wurden. Es scheint, daß die Zungenveränderung nicht direkt mit der Anämie zusammenhängt, wohl aber möglicherweise Beziehungen zu der bei der Anämie regelmäßig vorhandenen Achylia gastrica hat. — Es werden die Krankengeschichten eines Falles vorgelegt, bei dem die Achylia gastrica 11 Jahre vor Beginn der ausgesprochenen Erscheinungen der perniziösen Anämie beobachtet worden ist. Ferner sprechen Untersuchungen, die vom Vortragenden augenblicklich ausgeführt werden, dafür, daß nicht nur bei der Achylia gastrica, sondern auch bei verschiedenen anderen Magenerkrankungen, bei denen freie Salzsäure fehlt, mehr oder weniger ausgedehnte Atrophien an den Zungenpapillen sich nachweisen lassen. — Durch Beobachtungen dieser beiden Symptome, Achylie und Zungenveränderung, wird man oft in der Lage sein, die Frühdiagnose der perniziösen Anämie zu stellen und durch eine genaue Blutuntersuchung zu erhärten.

(Greifswalder mediz. Verein 4. 10. 1918.)

**Gasphlegmone nach Herniotomie.** Von Prof. Dr. A. Brentano (Berlin). In der Friedenspraxis wird die Gasphlegmone sehr selten beobachtet. Aus der mehr als 25 jährigen Tätigkeit im Krankenhaus am Urban erinnert sich Verf. nur eines Falles, in welchem sich die Krankheit an eine Zermalmung der Hand durch Ueberfahung anschloß. Dagegen sind aus der Literatur mehrere Fälle bekannt geworden, in welchen diese lebensgefährliche Komplikation nach subkutanen Injektionen von Morphium, Kampfer und Kochsalzlösung auftrat. Ganz neuerdings hat Flechtenmacher über einen Fall berichtet, in dem sich eine Gasphlegmone nach einer in Braunscher Lokalanästhesie ausgeführten Herniotomie entwickelte. 2 ganz ähnliche Fälle, die im Krankenhaus am Urban zur Beobachtung, Operation und Sektion kamen, geben Veranlassung, die Frage der Entstehung der Infektion und ihrer etwaigen Verhütung zu erörtern. 3 Möglichkeiten kommen dafür in Betracht: 1. Die Infektion von der Haut aus, 2. die Infektion durch die Spritze oder die eingespritzte Lösung und 3. die Infektion durch das Bruchwasser. Wie Flechtenmacher möchte Verf. die 2. Möglichkeit mit Bestimmtheit ausschließen. Die Spritze war vorher frisch sterilisiert, die Lösung abgekocht, und zwar durch eine



absolut zuverlässige und erfahrene Operationsschwester. Gasphlegmonen kamen weder vor noch nach diesen beiden Fällen, die zeitlich durch  $1\frac{3}{4}$  Jahre getrennt sind, zur Beobachtung und Behandlung, so daß eine etwaige Uebertragung nicht stattgefunden haben kann. Die Haut war vor der Injektion in beiden Fällen in der üblichen Weise mit Jodtinktur bestrichen worden, so daß auch eine Infektion von ihr aus nicht angenommen werden kann. Bei der Patientin Flechtenmachers fanden sich Dekubitalgeschwüre in der Vagina, hervorgerufen durch ein lange liegendegebliebenes Pessar. Da sich aus ihrem Sekret anaerobe Bakterien vom Typus des E. Fränkelschen *Bacillus phlegmones emphysematosae*, dem anerkannten Erreger der Gasphlegmone, nachweisen und züchten ließen, ebenso in dem aus dem Operationsbereich entnommenen Material, nimmt Flechtenmacher an, daß die Infektion vielleicht auf metastatischem Wege durch Vermittlung des Lymphgefäß- oder Lymphdrüsensystems erfolgt sei. Für die beiden von Verf. beobachteten Fälle kommt dieser Infektionsmodus aber nicht in Frage, weil sich weder intra vitam noch bei der Obduktion derartige Geschwüre oder sonstige Veränderungen feststellen ließen, die als Ausgangspunkt für die Infektion hätten angesprochen werden können. Es bleibt somit nur das Bruchwasser als Quelle der Erkrankung übrig, das auch von Flechtenmacher in den Kreis seiner Erörterungen über die möglichen Ursachen gezogen wird, weil der Fränkelsche Bazillus im Darminhalte des Menschen nachgewiesen ist. Durch bakteriologische Untersuchungen ist festgestellt, daß das Bruchwasser fast keine Keime enthält, und daß diese mit der Dauer und Intensität der Einklemmung an Zahl und Virulenz zunehmen. In beiden Fällen handelte es sich um länger bestehende Einklemmungen. In dem zweiten derselben bestand eine ausgesprochene Gangrän, in dem ersten wenigstens Gangränverdacht, der den Operateur veranlaßte, den Darm vor seiner Reposition auf seine Lebensfähigkeit zu prüfen. Also kann man mit einiger Sicherheit annehmen, daß das Bruchwasser in beiden Fällen keimhaltig war, zumal es in dem 2. Falle auch üblen Geruch aufwies. Ob es den Fränkelschen *Bacillus phlegmones emphysematosae* enthalten hat, ist zwar nicht erwiesen, aber da er in dem Darminhalt vorkommt, besteht kein Grund, warum er nicht auch gelegentlich im Bruchwasser auftreten soll. Da Verf. in den obigen Fällen die Entstehung der Gasphlegmone mit größter Wahrscheinlichkeit auf ein derart infiziertes Bruchwasser zurückführen möchte, interessiert die Frage, auf welche Weise die Infektion mit ihm vor sich gegangen sein kann. Bei dem angewandten Operationsverfahren stehen dafür 2 Wege offen: 1. Kann die frische Wunde bei der Eröffnung des Bruch-

sackes durch das austretende Bruchwasser infiziert sein, und 2. kann man in dem Bestreben, die anästhesierende Flüssigkeit möglichst nahe an den Bruchsackhals heranzubringen, wie das Braun vorschreibt, gelegentlich einmal den Bruchsack anstechen und unter dem Drucke des Spritzenstempels gleichzeitig mit der Lösung auch das keimhaltige Bruchwasser in dem Unterhautbindegewebe oder in der Muskulatur verbreiten. Verf. nimmt an, daß in den beiden Fällen und vielleicht auch in dem von Flechtenmacher die Gasphegmone auf diese Weise entstanden ist. Nebenbei bemerkt, dürfte auch das Zurückschlüpfen der eingeklemmten Darmwand in dem 2. Falle, wie in mehreren anderen ähnlichen von Verf. beobachteten, aber nicht infizierten Fällen, auf die Methode der Infiltrationsanästhesie zurückzuführen sein, indem die Einklemmung unter dem Einflusse des Oedems, und der Anästhesie vorzeitig gelöst wird. Wesentlich begünstigt wird die Entstehung und Ausbreitung der Infektion mit den anaëroben Bakterien der Gasphegmone durch den Adrenalinzusatz der eingespritzten Lösung, denn Blutarmut der Gewebe fördert die Krankheit, Blutreichtum hält sie auf oder heilt sie. Wenn man also aus den beiden betrübenden Fällen eine Lehre ziehen darf, so ist es die: Zur Braunschen Lokalanästhesie, die gerade auf dem Gebiete der Bruchoperationen mit ihre häufigste und segensreichste Anwendung findet, bei länger bestehenden Einklemmungen bzw. Gangränverdacht nur adrenalinfreie Lösung zu verwenden und sich bei der Einspritzung möglichst fern vom Bruchsacke zu halten.

(Bl. kl. W. 1918 Nr. 45.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Ueber Kieselsäure-Deckpuder als Verbandstoffsparer** schreibt Dr. Conrad Heidelberger (Müglitz): „Die Forderung des Tages, mit Verbandstoffen, Salben, Fetten und Oelen so sparsam wie möglich umzugehen, legt uns die Verpflichtung auf, die zahlreich angebotenen Ersatzmittel auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Bei Untersuchung der verschiedenen Ersatzmittel fiel mir ein Präparat auf, das unter der Bezeichnung „Emede-Wundpulver nach Hofrat Dr. Zucker“ (Fabrik Max Elb G. m. b. H., Dresden) angeboten wird und fein-kolloidale Magnesiumsilicate enthalten soll. Die Anwendung kolloidaler Kieselsäure als Deckmittel ist nicht neu. In dem angezogenen Präparat aber scheint sie in besonders wirksamer Form gebracht zu sein, denn neben genügender Reizlosigkeit konnte ich eine auffallend hohe Granulationswirkung feststellen, wie ich es noch bei keinem Präparat gefunden habe. Mit den

Wundsekreten bildet der Puder eine gleichmäßig abschließende Pasta, welche allmählich zu einer schützenden Decke austrocknet, wobei naturgemäß alle Fälle auszuschließen sind, wo eine Sekretstauung zu befürchten ist. Ein Vorzug des Emede-Wundpuders ist ferner seine leichte Entfernungsmöglichkeit mit Wasser und, was nicht zu unterschätzen ist, eine große Ersparnis an Verbandstoffen, da durch sachgemäße Anwendung des Emede-Wundpuders eine erhebliche Abkürzung des Heilungsprozesses erfolgt. Die Sekrete werden von der Kieselsäure aufgesaugt, so daß selbst bei stark nässenden Ekzemen eine Austrocknung und Ueberhäutung stattfindet. Die Anwendung des Puders erstreckt sich nach meinen Erfahrungen in erster Linie auf Dermatosen, Pyodermien und Oberflächenwunden ohne Belag, gleichgültig, ob sie sich im frischen Stadium befinden oder bereits eitrig Sekrete absondern. Papulöse Ekzeme, Balanitis usw. heilen unter Puderbehandlung rasch ab, Eiterungen werden prompt sistiert, wobei sich auffallend schnell gute Granulationen bilden und sofortige Ueberhäutung erfolgt. Auch bei Ulcus cruris (nach erfolgter Reinigung der Geschwüre) und besonders bei Verbrennungen 1. und 2. Grades sind die erzielten Erfolge ganz überraschend. Das Präparat ist auch für Massagezwecke brauchbar, da es sich wie ein Fett auf der Haut glatt verreiben läßt. Die durch Kriegersatzmittel (Vaseline, Schmieröl) hervorgerufenen unangenehmen Melanodermatiden werden bei Verwendung des Emede-Wundpulvers vollständig vermieden. Ich lasse den Puder entweder trocken auftragen oder aber mit wenig Wasser verrührt als Wasserpasta anwenden. Papiermangel zufolge sehe ich von Aufführung der Krankengeschichten ab. Es sind zahlreiche Fälle frischer Stanz- und Quetschwunden, wie sie in Granaten-, Blechwaren- und Papierfabriken täglich vorkommen, stets glatt ohne Komplikationen in verhältnismäßig recht kurzer Zeit, meist ohne nennenswerte Schmerzen, geheilt“.

(M. Kl. 1918 Nr. 49.)

**Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose.** Von Dr. F. Hercher (Ahlen). Wo Röntgenbehandlung nicht möglich war, hat Verf. durch eine Reizbehandlung — Punktionen und Injektionen von Phenolkampfer (Acid. carbol. liquef. 30,0, Camphor. trit. 60,0, Spirit. 10,0) sehr gute Resultate erzielt. Bei hunderten von Fällen hat sie nie im Stich gelassen.

1. Am einfachsten ist das Verfahren, wenn der Lymphknoten bereits erweicht vereitert, aber noch geschlossen ist. Nach vorsichtiger Desinfektion der Haut mit Alkohol punktiert man ihn mit einer 10 ccm Rekordspritze und dicker Kanülennadel. Manchmal empfiehlt es sich, vorher die Haut durch Aethylchlorid un-

empfindlich zu machen. Um Fistelbildung zu vermeiden, sticht man stets von der gesunden Haut der Umgebung des Knotens ein. Die Entleerung sucht man möglichst vollkommen zu gestalten: man merkt dies daran, daß die Punktionsflüssigkeit eine rosarote Färbung annimmt. Zeigt sich nach dieser Entleerung, daß die Einschmelzung noch nicht vollkommen war, fühlt man noch Knotenreste, so injiziert man durch die noch liegende Kanüle je nach der Größe des ursprünglichen Abszeßknotens 2—5 ccm Phenolkampferlösung, zieht dann die Kanüle mit einem Ruck heraus und komprimiert den Punktionskanal. Am 3. oder 4. Tage darauf findet man die Abszeßhöhle wieder mit Flüssigkeit gefüllt; man wiederholt dann die Punktion und evtl. auch die Injektion. Zuweilen muß man bis zehn derartige Punktionen und Injektionen vornehmen. Es läßt sich dabei natürlich kein festes Schema aufstellen, sondern die Zahl der Punktionen und Injektionen ist dann Sache des Gefühls und der im Laufe der Behandlung sich ergebenden Sicherheit. Ebenso verhält es sich mit der Angabe, ob man die Behandlung jeden 2., 3. oder 4. Tag vorzunehmen hat. Entleert sich bei der Behandlung kein Eiter mehr, ist kein wesentlicher Knotenrest mehr zu fühlen und ist insbesondere die Punktionsflüssigkeit sehr serös, so ist diese Behandlung abgeschlossen. Man legt dann einen mäßigen Druckverband an, um das Aneinanderlegen der Abszeßhöhle zur weiteren Ausheilung zu befördern. Um jede Fistelbildung zu vermeiden, macht man die Punktion und Injektion stets von einer anderen Stelle der Haut. Die Kanüle darf auch nicht zu dick sein. Verstopft sie sich durch krümeligen Eiter, so läßt man die Kanüle liegen und spritzt etwas sterile physiologische Kochsalzlösung in die Abszeßhöhle und punktiert dann weiter. War die Haut über dem Abszeß schon von vornherein sehr dünn, so daß der Durchbruch zu befürchten ist, so macht man zunächst nur Punktionen ohne jede Injektion. Derartige Punktionen muß man nach Lage des Falles dann auch wohl 2—3 mal am Tage machen und beginnt erst mit Injektion mit geringeren Mengen, als oben angegeben, nachdem sich die Haut erst wieder erholt hat. Zuweilen macht man dann auch im Behandlungsturnus abwechselnd einmal lediglich Punktionen, das andere Mal Punktionen und Injektionen. Blutet es stark aus der Punktionskanüle, so unterläßt man für dieses Mal die Injektion von Phenolkampferlösung und komprimiert die Abszeßhöhle. Ist die Punktionsflüssigkeit rein serös, so muß man unter allen Umständen mit den Injektionen aufhören; der Fall ist dann abgeschlossen, auch wenn noch kleine Knotenreste bestehen.

2. Beim soliden harten Lymphknoten sucht man zunächst eine Erweichung herbeizuführen. Entweder durch Einspritzen von

Phenolkampfer und Kataplasmieren, oder auch ohne letzteres. In diesem Falle muß man täglich ebenfalls stets von einer anderen Stelle der gesunden Haut aus etwas entfernt vom Knoten in seine Mitte  $\frac{1}{2}$ —1 ccm Phenolkampfer injizieren. Ist hierdurch eine geringe Erweichung eingetreten — meist nach der 4.—5. Injektion, zuweilen auch schon früher —, so behandelt man nach den oben unter 1 angegebenen Regeln weiter. Sowohl bei den schon vereiterten wie bei den soliden Knoten kommt es durch diese Behandlung zur narbenlosen Heilung.

3. War schon Fistelbildung oder teilweise geschwüriger Zerfall eingetreten, so macht man vorsichtig jeden 5. Tag von der gesunden Haut aus eine Injektion von knapp  $\frac{1}{2}$  ccm Phenolkampfer und sucht durch die allgemein üblichen chirurgischen Maßnahmen, u. a. durch Alkoholabwaschungen, Aetzungen und Verbände mit Zinköl, die Heilung zu erstreben. Diese Fälle stellen das Gebiet dar, auf dem der oben geschilderten Röntgenbehandlung hinsichtlich der rascheren, glatteren und einfacheren Heilung kein Konkurrenzverfahren erstanden ist.

Entsprechend dem oben unter 1 und 2 angeführten Verfahren, geht man auch an die Behandlung der großen Lymphknotenpakete und -ketten heran, indem man hier stets den größten und am leichtesten zugänglichen Knoten in Angriff nimmt. Mit etwas Ausdauer wird man auch hierbei mit dem Erfolg stets zufrieden sein; man braucht sein Ziel auch nicht zu weit zu stecken, bei der Röntgenbehandlung verschwinden die Knoten auch nicht alle restlos, und zuweilen verhalten sich tuberkulöse Lymphknoten auch der Röntgenbehandlung gegenüber refraktär. Im allgemeinen ist jedoch auch hier das Röntgenverfahren vorzuziehen. Für die den Röntgenstrahlen gegenüber refraktären Knoten und die harten und erweichten Knoten kann diese Behandlung mit Injektionen und Punktionen das Röntgenverfahren wesentlich unterstützen und beschleunigen. (B. kl. W. 1918 Nr. 46.)

**Die Verwendung des Hormonals beim eingeklemmten Bruch.**  
 Von Dr. Salzmann (Bad Kissingen). Ein 58jähriger Mann, der wegen chronischer Myokarditis und Albuminurie in Kissingen zur Kur war, erkrankte an Einklemmung eines linksseitigen Leistenbruches. Verf. sah den Patienten 48 Stunden nach den ersten Erscheinungen. Es bestand Singultus, Tympanie, unregelmäßiger, kleiner und beschleunigter Puls. Der faustgroße Bruchsack war prall gefüllt, druckempfindlich, gering gerötet. Die Bruchpforte war anscheinend sehr eng. Im Laufe der letzten 12 Stunden war 2 mal Koterbrechen eingetreten. Versuche, den Darm zu reponieren, blieben ohne Erfolg. Während die Vorbereitungen zur Ueber-

führung in die chirurgische Station getroffen wurden, beschloß Verf. einen Versuch mit Hormonal-Zuelzer zu machen, in der Ueberlegung, daß bei unverändertem, abgeklemmtem Darmstücke durch die rasch eintretende kontraktive Hormonalwirkung Taxisversuche erleichtert werden müssen, während bei eventuell schon eingetretenen Veränderungen in der abgeklemmten Darmschlinge die nach deren Befreiung durch die Operation einsetzenden Darmkontraktionen nur erwünscht sein konnten. Nekrose des Darmstücks war mit Sicherheit auszuschließen. Ein längeres Abwarten der Hormonalwirkung war bei der Schwere des Zustandes nicht beabsichtigt. Die Vorbereitungen zur dringlich notwendigen Operation wurden inzwischen getroffen. Es wurden 20 ccm Hormonal intravenös injiziert mit dem Erfolg, daß fast unmittelbar danach eine Verkleinerung des Bruchsacks erkennbar war. Die jetzt erneuten Taxisversuche führten nach etwa 10 Minuten zur völligen Reposition des Darmes. Der Patient hatte noch in der gleichen Nacht 2 Stühle und war geheilt.

(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 11.)

**Erysipelbehandlung** durch Bepinselung mit 16% iger Höllensteinlösung (evtl. noch 1—2 mal später zu wiederholen) hat Dr. **Staubert** (I. Mediz. Klinik Wien) die besten Dienste geleistet (über 100 Fälle so behandelt). Pinselung, bis 3 cm weit in die gesunde Haut hinein, soll am Tage geschehen, die Kranken darauf dem hellen Tageslichte ausgesetzt werden. (M. Kl. 1918 Nr. 43.)

**Vorsicht bei der Anwendung des Fibrolyns.** Von Oberarzt Dr. **Felix Ranzel** (Aus dem k. u. k. Reservespital in Dzieditz). Auf eine Gefahr bei der Anwendung des Fibrolyns hat **Hesse** aufmerksam gemacht. Sie besteht darin, daß bei der Injektion in das Narbengewebe eine Auflackerung latenter Infektionen möglich ist, wofür 2 Fälle, die **Hesse** auf diese Weise an Sepsis verlor, den traurigen Beleg bilden. Er empfiehlt daher, als Injektionsstelle niemals die zu beseitigende Narbe selbst zu wählen. Im Vorjahre hatte Verf. einen Soldaten, der nach einer vor 6 Wochen erlittenen Verwundung folgenden Befund bot: Durchschuß der rechten Schulter. Einschuß in der rechten Fossa infraspinata, Ausschuß in der Axilla unterhalb des Pektoralisrandes. Beide bereits verheilt. Die ganze Achselhöhle ist von einem derben Narbengewebe ausgefüllt, so daß der schlaff herunterhängende Arm auch passiv infolge des bestehenden Narbenzuges kaum bis zu einem Winkel von 45° gehoben werden kann. Es besteht eine totale Plexuslähmung. Da an eine Operation in der starren Schwielenplatte zwecks Freilegung der verletzten Nerven vorläufig

nicht zu denken war, so injizierte Verf. dem Manne nach und nach 5 Phiolen Fibrolysin in das Narbengewebe. Der Erfolg stellte sich prompt ein, und nach 14 Tagen war von den derben Schwielenmassen fast nichts mehr tastbar, bis auf eine hühnereigroße Geschwulst. Dagegen fühlte die aufgelegte Hand jetzt eine deutliche Pulsation, und auskultatorisch hörte man Gefäßschwirren. Es bestand also neben der Plexuslähmung ein Aneurysma der A. axillaris. Das Narbenbett hatte das Aneurysma derart eingehüllt, daß seine Pulsation nicht bis an die Hautoberfläche fortgeleitet wurde. Ein Uebersehen der Pulsation vor den Injektionen war nicht möglich, da Verf. den Kranken zu wiederholten Malen untersuchte. Die Auskultation freilich hatte er unterlassen, da der Gedanke an ein Aneurysma durch die das Krankheitsbild beherrschende Plexuslähmung nicht aufkam. Wenn Verf. auch bei den Injektionen infolge der topographischen Lage des Schwielengewebes vorsichtig zu Werke ging und mit der Nadel nicht zu tief eindrang, so lag doch trotz aller Vorsicht die Verletzung des Aneurysmasackes im Bereiche der Möglichkeit. Was die Folgen des Anstechens und der Injektion in den Blutsack gewesen wären, läßt sich nicht gut voraussagen. Wenn wir auch von der Kulenkampffschen Plexusanästhesie her wissen, daß eine Verletzung der A. subclavia mehrmals ungestraft erfolgte, so liegen hierbei doch andere Verhältnisse vor. Einmal sind die zur Anästhesie in Verwendung stehenden Nadeln viel dünner als die gewöhnlichen Injektionskanülen, und dann verletzte die Nadel eine normale Gefäßwand. Hatten bei dem Patienten die Injektionen glücklicherweise keinerlei böse Folgen und konnte später die Aneurysma operativ beseitigt werden, so resultiert aus diesem Falle doch die Lehre zur Vorsicht. Glaubt man den Rat Hesses, das Fibrolysin nicht in die Narbe zu applizieren, umgehen zu dürfen, so ergibt sich doch die strenge Forderung, dort, wo die Möglichkeit eines Aneurysmas aus dem Sitze der Narbe vorliegt, unbedingt von der Injektion in das Schwielenewebe abzustehen. Die Anwendung des Fibrolysin aber, das Verf. wie in diesem auch in anderen Fällen gute Dienste leistete, möge deshalb keine Einschränkung erfahren.

(D. m. W. 1918 Nr. 47.)

**Behandlung des Peritonsillarabszesses ohne Inzision.** Von Geh. San.-Rat Dr. Busch (Bochum). Seit geraumer Zeit geht Verf. so vor, daß er eine geschlossene Zange (Nasenzange) in die Gipfelbucht nach vorheriger Kokainisierung einführt, nötigenfalls mit etwas kräftigem Druck sie nach außen in das Gewebe des weichen Gaumens durchstößt und dann deren Branchen möglichst weit auseinanderspreizt. Schon beim Durchstoßen der geschlossenen

Zange pflegt, sofern schon ein Abszeß vorhanden ist, Eiter zum Vorschein zu kommen, der dann beim Auseinanderspreizen der Branchen sich unter reichlichem Ausströmen gründlich entleert. Kommt der Kranke früh genug in Behandlung, nämlich zu einer Zeit, wo die Mandelentzündung noch nicht zu einem Abszeß geführt hat oder wo dieser sich eben erst zu bilden beginnt, dann gelingt es mittels des angegebenen Verfahrens, die Entstehung bzw. die weitere Entwicklung des Abszesses zu verhüten. Gewöhnlich braucht man dann nur die geschlossen eingeführte Zange ein wenig zu spreizen, um den Weg nach der Mandel hin frei zu machen oder auch schon einige Eitertropfen zu entleeren, und die weitere Abszedierung unterbleibt, ein Erfolg, der doch gewiß hoch anzuschlagen ist. Daß außerdem durch das erwähnte Verfahren die trotz Kokain entschieden viel schmerzhaftere Inzision durch den vorderen Gaumenbogen sich vermeiden läßt, bedeutet einen Ausweg, der besonders messerscheuen Patienten natürlich sehr erwünscht kommt, der aber auch für den Arzt von größtem Werte ist. Denn die mit der Inzision verknüpfte Gefahr einer stärkeren, wenn auch nur venösen Blutung wird vermieden und der ärgerlichen Möglichkeit aus dem Wege gegangen, daß das Messer den Abszeß nicht oder nicht genügend trifft. Letzteres ereignet sich ja trotz aller Sachkenntnis des Arztes nicht so sehr selten, weil der Eingriff bei der energischen Abwehr der meisten Patienten allzu eilig vorgenommen werden muß. (M. m. W. 1918 Nr. 48.)

**Zur Behandlung der Humerusfraktur der Neugeborenen.**  
 Von L. Freiherr v. Lesser (Leipzig). Verf. ist bei Oberarmbrüchen Neugeborener stets so verfahren, daß ein Streckverband aus Heftpflaster, mit je einem Zügel der Heftpflasterschlinge an der Streckseite und an der Beugeseite des Vorderarmes, bis an die Bruchstelle des Oberarmknochens heran, angelegt wurde. Hierauf wird das ganze Aermchen mit seiner Streckseite (Rückenseite), in voller Auswärtsdrehung (Supination) des Vorderarmes, auf eine von den Fingern bis zum Schultergelenk reichende, gut gepolsterte, gerade Schiene gelagert. Hierauf legt man das Aermchen, in rechtwinkliger Abhebung von der Seitenwand des Brustkastens, einfach über den Rand des Bettchens seitlich heraus und beschwert die Heftpflasterschlinge mit einem Gewicht von höchstens einem halben Kilo. Die Kinder vertragen diesen Streckverband außerordentlich gut. Die Bewegungen des kindlichen Körpers sind wenig behindert. Die Pflege des Kindes erfolgt ohne Schwierigkeiten und Umstände. (M. m. W. 1918 Nr. 50.)



## b) Innere Krankheiten.

**Methylenblausilberbehandlung des Fleckfiebers** wandte Stabsarzt Dr. Tietze (Lukow) bei 9 Patienten an, die alle genasen. Injektion von 0,2 Argochrom (Merck) : 20,0 Aqua. Meist nur eine Injektion, nur in 3 Fällen eine zweite (nach 2—3 Tagen). Direkte Wirkung auf das Fieber zeigte sich nicht. (M. Kl. 1918 Nr. 48.)

**Beitrag zur Behandlung des Fünftagefiebers.** Von Dr. Hans Kaliebe. Verf. hat die Behandlung folgendermaßen durchgeführt: Die Kranken bekamen sofort nach Sicherstellung der Diagnose 2 stündlich 0,5 g Natrium salicylicum, fortlaufend auch nachts. Die 24 stündige Menge betrug so  $12 \times 0,5 = 6,0$  g. Sie wurde jedesmal sehr gut vertragen und wurde gegeben wenigstens über den nächsten zu erwartenden Anfall hinaus. Dann konnte langsam mit der Dosis herabgegangen werden auf 3 stündlich 0,5 g, dann später auf 4 stündlich 0,5 g. Die Medikation muß sehr exakt, besonders auch nachts durchgeführt werden. Frühzeitiges Aussetzen des Mittels nachts kann leicht wieder Temperaturerhöhung im Gefolge haben. Jedesmal ist der zu erwartende Fieberanfall ausgeblieben. Meistens trat nach Beginn der Behandlung überhaupt keine Fiebererhöhung mehr auf; nur bei einigen Kranken kamen anfangs noch abends leichte Temperaturerhöhungen bis einige Zehntelgrad über 37 vor, die aber auch bald ganz ausblieben. Ebenso günstig wirkte die Salizylbehandlung auf die manchmal unerträglichen Gliederschmerzen. Sie wurden durchweg in wenigen Tagen so gemildert, daß der Zustand erträglich wurde, und verschwanden bald ganz. Die Störungen der Nachtruhe zum Einnehmen ließen sich die Kranken gern gefallen; denn sie waren vorher durch ihre Schmerzen viel mehr gestört worden. Die Krankheitsdauer wurde abgekürzt. Bald nach Schwinden von Fieber und Schmerzen begann die Rekonvaleszenz, die naturgemäß nach kürzerem Krankenlager leichter und schneller verläuft als nach langem Kranksein. (M. Kl. 1918 Nr. 43.)

**Ameisensäure als Prophylaktikum gegen Grippe.** Darüber schreibt Sanitätsrat Dr. Reuter (Greiz): „Seit 5 Jahren mit der Nachprüfung der von Krull (Güstrow) inaugurierten Ameisensäurebehandlung bei verschiedenen Krankheiten (kurzer Bericht darüber in Nr. 28 und 32 des Aerztl. Zentralanzeigers Hamburg, Jahrg. 1917) beschäftigt, wurde ich Mitte November d. J. von zwei auswärtigen Patienten darauf aufmerksam gemacht, daß sie nicht an Grippe erkrankt seien, obwohl in ihrem Hausstande sämtliche übrigen Mitglieder daran erkrankt gewesen wären; ob dies wohl der

Ameisensäure zuzuschreiben sei? — Seitdem habe ich sämtliche von mir mit subkutanen Ameisensäureinjektionen behandelten Patienten darüber befragt und zu meinem Erstaunen (es handelt sich um über 100 Patienten) von sämtlichen ohne Ausnahme gehört, daß sie nicht an Grippe erkrankt seien. Ich würde daher diese Injektionen als Prophylaktikum empfehlen; ich verwende subkutane Injektionen von 0,2—0,5 ccm einer Lösung Ac. form. 1:100 000 Aq. dest., welche ich meist alle 4 Wochen wiederhole. Da bei vielen Krankheiten (z. B. Gicht) eine Reaktion des kranken Organismus auf diese Injektionen frühestens in 10 Tagen eintritt, müßte man wohl auch diesen Zeitraum bei der Beurteilung der Wirksamkeit als Prophylaktikum gegen Grippe mit in Rechnung stellen.“  
(M. m. W. 1918 Nr. 52.)

**Zur Grippetherapie, insbesondere mit Fulmargin.** Von Dr. Walter Wolff (Aus der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Lichtenberg). Seit 5 Jahren gewohnt, die kruppöse Pneumonie mit großen Kampferdosen zu behandeln — 2mal täglich 6—10 g Ol. fort. intramuskulär — mit gleichzeitiger Darreichung von Digipurat intern oder als Injektion, wandte Verf. diese Therapie auch bei der Sommergrippe-Epidemie an, sah aber im Gegensatz zu den vorzüglichen Erfolgen bei der Pneumokokkenpneumonie keine erhebliche Beeinflussung des Krankheitsbildes, insbesondere der schwersten Fälle. Der schnelle letale Ausgang schien unaufhaltsam, besonders bei den akutesten Fällen, die von Beginn der Erkrankung an tiefzyanotisch, blaß, mit hochgradigster Atemnot, hochfrequentem, debilem Puls im Krankenhaus eingeliefert wurden, jenen Fällen, die es verständlich erscheinen lassen, daß in Laienkreisen eine Zeitlang von Lungenpest gesprochen wurde. In der Erkenntnis, daß bei diesen Schwerkranken eine Mischinfektion vorliegt, oder daß sich die Pneumonie als Streptokokkenpneumonie bei bestehender Influenza entwickelt, sodann mit Rücksicht auf das klinische Bild, welches erkennen läßt, daß es sich außer der lokalen Lungenerkrankung um einen schweren, allgemein septischen Zustand handelt, beschloß Verf. die Behandlung mit Silberpräparaten zu versuchen. Als gutes Präparat hatte er in anderen Fällen bereits das Fulmargin kennen gelernt, das übrigens von Landeker auch zur Behandlung der kruppösen Pneumonie empfohlen wurde. Wegen der guten Wirkung des Kampfers auf Gefäßsystem und Atmung, und weil im Sputum fast stets auch Pneumokokken, wenn auch vereinzelt, zu finden waren, behielt Verf. aber die hohen Kampferdosen bei und behandelte nunmehr die Fälle von Grippe, die mit Pneumonie einhergingen, gleichzeitig mit Fulmargin, Kampfer, Digipurat und Koffein.

Die Patienten bekamen vormittags und abends je bis 10 g Ol. camphorat. fort. intramuskulär, 1 mal am Tage 10 g Fulmargin intravenös, 3 mal 15—20 Tropfen Digipurat und 3 mal 0,2 Koffein; außerdem zur Nacht 0,005—0,01 Morphinum subkutan. Die Erfahrungen bei der Sommerepidemie waren günstig, aber die Zahl der Fälle erschien damals zu gering, um sichere Schlüsse daraus zu ziehen. Bei der letzten, jetzt anscheinend im Abflauen begriffenen Epidemie wurden fast alle Grippepneumoniekranken wie oben geschildert behandelt. Es sind viele Patienten zur Heilung gekommen, die bei der Einlieferung verloren schienen. Der Umschwung zum Besseren machte sich meist schon am Tage nach der ersten oder zweiten Injektion geltend. Besonders fiel die Beeinflussung des Allgemeinbefindens auf. Die Zyanose, die Dyspnoe und der Puls besserten sich, und die Temperatur fiel nach 1 bis 4 Injektionen remittierend, lytisch ab, um in unkomplizierten Fällen nicht wieder zu steigen. Unbeeinflusst blieben häufig die physikalischen Erscheinungen, wie es ja überhaupt für die Grippepneumonie charakteristisch ist, daß die pneumonischen Infiltrationsherde oft wochenlang bis zu ihrer Lösung bestehen bleiben. In diesen Fällen, in denen dann ab und zu auch wieder subfebrile Temperaturen auftreten, hat sich die Injektion von täglich 1 ccm Menthol-Eukalyptol-Oellösung nach Berliner bewährt.

(D. m. W. 1918 Nr. 51.)

Bei **Influenzapneumonie** hat Dr. F. Walter (Mediz. Klinik des Hospitals zum Heil. Geist, Frankfurt a. M.) mit intravenösen Fulmargininjektionen (täglich 1—2 mal je 5 ccm bis zur Entfieberung) gute Resultate erzielt. Daneben täglich 2 mal 5 oder 10 g Ol. camphorat. fort. intramuskulär.

(D. m. W. 1918 Nr. 47.)

**Menthol-Eukalyptol-Injektionen** nach Berliner (Menthol 5,0 Eukalyptol [albiss.] 10,0, Ol. Dericin. 50,0) hat Prof. Dr. H. Strauß (Berlin, Jüd. Krankenhaus) erfolgreich angewandt bei Lungengangrän, Pneumonie mit verzögerter Resolution und putrider Bronchitis. Die Methode selbst hat Verf. stets in der Art durchführen lassen, daß alle 1 oder 2 Tage 1 ccm der Lösung in derselben Form injiziert wurde, wie es bei den intraglutäalen Quecksilberinjektionen bei der Luesbehandlung üblich ist. Unter dem Einflusse der Kriegsverhältnisse hat Verf. in der letzten Zeit allerdings auf das Oleum Dericini verzichten müssen und an seiner Stelle 25%iges Jodipin oder Oleum olivarium oder Paraffin liquid. benutzt. Nur höchst selten hat er über Schmerzen klagen hören und nur ganz selten ein leichtes Infiltrat, niemals aber einen

Abszeß verzeichnen können. Wiederholt hat Verf. das Mittel auch rektal angewandt. Auch Berliner hat schon darauf hingewiesen, daß man das Medikament unter Umständen auch anal, und zwar etwa 1—2 ccm mit Zusatz von etwa 5 ccm Olivenöl anwenden kann. Mehrfach hat Verf. auch Emulsionen mit Ol. olivar. und Gi. arabic. benutzt und das Mittel, da er es per rectum gut vertragen sah, mit Rücksicht auf die anerkannte antiseptische und entzündungswidrige Kraft des Eukalyptols und des Menthols auch für die Lokalbehandlung postdysenterischer Proktitiden verwandt. Die betreffende Emulsion bestand meist aus Menthol 2,5, Eukalyptol 5,0, Ol. olivar 20,0 f. emulsio c. Gi. arab. et aq. ad 50,0. Von derselben wurden je 5 ccm mittels einer „Glyzerinspritze“ rektal injiziert. (Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 11.)

Bei nervöser Schlaflosigkeit schlug Dr. R. Heinrich, Nervenarzt in München, erfolgreich eine kausale Therapie ein, indem er durch Phosphor den Gehirnstoffwechsel zu beeinflussen suchte. Er gab Phosphobionpillen der Ludwigsapotheke München (mit  $\frac{1}{2}$  mg Phosphor). Die therapeutischen Versuche mit Phosphobion ergaben folgende Resultate: Während die Hypnotica kurz nach ihrer Einnahme Schläfrigkeit verursachen, trat nach Phosphobioneinnahme zunächst keine Müdigkeit, im Gegenteil eine anregende tonisierende Wirkung zutage. Die neurodynamische Leistungsfähigkeit auf geistigem wie auf körperlichem Gebiete nahm zu, die Patienten wurden frischer und angeregter, zugleich sank die erhöhte nervöse Reizbarkeit, es trat also eine Steigerung der Gehirntätigkeit ein. Erst abends trat Müdigkeit, wie bei den Gesunden, ein, die dann zu einem ruhigen physiologischen Schlaf überleitete. Aus diesem Grund erwies es sich nicht als zweckmäßig, die Pillen am Abend in kurzen Abständen, etwa um 8 Uhr und um 10 Uhr, zu geben, in diesem Falle trat die Wirkung häufig sehr spät, gegen Morgen erst ein. Die Patienten wurden daher veranlaßt, das Phosphobion um 10 Uhr vormittags und um 4 Uhr nachmittags zu nehmen. Bei den meisten Fällen genügte diese Dosis, um einen ausreichenden Schlaf herbeizuführen. Bei einigen Patienten reichte dieselbe indessen nicht aus, es mußten drei Dosen Phosphobion gegeben werden, nur wurden die Kranken in einem solchen Falle veranlaßt, die erste am Morgen, die zweite nach dem Mittagessen und die dritte Dosis gegen 6 Uhr abends zu nehmen und erst einige Stunden danach das Bett aufzusuchen, um die anregende Wirkung des Phosphors abklingen zu lassen. Bei einer Dosis von 0,0005 2-, auch 3 mal in größeren Abständen hat Verf. niemals auch nur die geringste schädliche Wirkung — er verfügt seit 5 Jahren über ein Beobachtungsmaterial von einigen

hundert Fällen — konstatieren können. Bei manchen trat eine Wirkung schon nach den ersten Dosen ein, meistens mußte aber eine gewisse Zeit vergehen, ehe das Phosphobion seine charakteristische Phosphorwirkung äußern konnte. In einem Teil der Fälle waren zu Beginn der Behandlung zur Unterstützung geringe Dosen von Brom und Valeriana nötig, die aber auf der Höhe der Phosphorwirkung regelmäßig weggelassen werden konnten. Der so erzielte Schlaf unterschied sich in keiner Weise von dem physiologischen, die Patienten hatten immer das Gefühl einer wohltuenden Frische und erhöhten Leistungsfähigkeit am Morgen, die auch tagsüber anhielt. Gewöhnlich genügte eine Behandlung von zwei Monaten, um eine anhaltende Besserung, eine Dauerwirkung zu erzielen, die deshalb eintreten muß, weil der Organismus, wie oben ausgeführt wurde, kein Phosphorgleichgewicht herstellt, vielmehr den Phosphor aufspeichert. Selbstverständlich besserten sich auch die anderen nervösen Erscheinungen, bei manchen auch eine zugleich vorhandene nervöse Impotenz. Mißerfolge wurden nur beobachtet in Fällen von degenerativer Hysterie, schwerer Hypochondrie und bei Neurosen, die sich später als Psychosen entpuppten.

(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 11.)

**Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel „Nirvanol“.** Von Dr. med. E. Tilling (Aus der Großherzogl. Sächs. Psychiatrischen Universitätsklinik Jena). Chemisch ist das Nirvanol ein Phenyläthylhydantoin und gelangt, von der Chemischen Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul bei Dresden, und den Höchster Farbwerken, vorm. Meister, Lucius & Brüning hergestellt, in Tabletten zu 0,5 und 0,3, die sich, in der Mitte gekerbt, leicht halbieren lassen, sowie als Pulver in den Handel. Mit dem ebenfalls im Handel befindlichen Nirvanolnatrium hat Verf. keine Versuche gemacht. Verf. muß das Nirvanol als eins unseren wirksamsten Hypnoticis ebenbürtiges Mittel bezeichnen. In seiner Wirkung steht es etwa zwischen dem Veronal und dem Medinal. Als Dosierung empfiehlt Verf. dieselbe wie bei diesen beiden Mitteln, also bei leichtester Schlaflosigkeit, insbesondere bei Neurasthenien, 0,25—0,3 g; bei etwas hartnäckigeren Fällen, wie Psychosen, 0,5—1,0 g; bei schweren Erregungszuständen eine 2 malige Darreichung von 1,0 pro die oder abends 1,0 und im Laufe des Tages 1—2 mal 0,35 oder 0,3 g.

(Ther. Mh. 1918 Nr. 11.)

**Ein neues therapeutisches Verfahren zur Behandlung der Ischias.** Von Regimentsarzt Dr. Ignaz Balassa (Aus der Nachbehandlungsanstalt „Kaiserbad“ des Landeskriegsfürsorgeamtes in Budapest). Von der Tatsache ausgehend, daß sowohl der Schlamm

als auch der elektrische Strom eine hyperämisierende, schmerzstillende und resorptionsbefördernde Wirkung ausübt, ist Verf. auf den Gedanken gekommen, ob es nicht möglich wäre, diese beiden Verfahren zu kombinieren, zu gleicher Zeit anzuwenden und dadurch einen vollkommeneren Erfolg zu erzielen. Der praktische Erfolg bestätigte die Richtigkeit dieser Annahme, die therapeutische Wirkung bestand vor allem in der raschen Verminderung der Schmerzen und Verbesserung des Allgemeinbefindens schon während der Behandlung. Die Technik ist eine sehr einfache und folgende: Der Schlamm wird mit einer Temperatur von  $45^{\circ}\text{C}$  als heiße Packung auf das erkrankte Bein, von der Gesäßgegend ausgehend bis zum Knöchel, appliziert. Dann wendet Verf. zwei  $10 \times 20$  Bleielektroden an, und zwar so, daß er die eine Elektrode oben in der Gesäßgegend (an der Austrittsstelle des Nervus ischiadicus), die andere unten hinter den Capit. tibulae (Nervus peronaeus) in den Schlamm hineinschiebt; sodann leitet er einen solch starken elektrischen Strom ein, als ihn der Kranke noch gut erträgt. Dauer der Prozedur 30 Minuten. Der Kranke fühlt ein angenehmes Prickeln, von der Gesäßgegend ausgehend bis zum Knöchel. Meist brachten schon 5—6 Behandlungen Linderung, nach 10—12 Behandlungen tritt Heilung ein; dies fand Verf. auch in solchen Fällen, in denen auch andere ätiologische Momente, wie z. B. Diabetes usw., die Ursache der Erkrankung gewesen. Bei ganz frischen Fällen wendet Verf. den galvanischen (10—20 Milliampère), bei chronischen Fällen den faradischen Strom an. Sehr angenehm und von vorzüglicher Wirkung ist die Anwendung des unterbrochenen Gleichstromes. Die Erfolge bei bisher 86 Fällen von Ischias sind derart günstig, daß für Verf. dieses wirksame Verfahren unentbehrlich geworden ist. Die Kranken wurden fast alle völlig schmerzfrei entlassen und sind es auch geblieben. Angeregt durch die Erfolge, welche Verf. bei der Behandlung von Ischias erzielt hat, hat er versucht, dieses kombinierte Verfahren auch zur Bekämpfung der Schmerzen bei Armneuralgie, Neuritis radialis, Neuritis brachialis, sowie bei Myalgien rheumatischer Natur und nach Skorbut anzuwenden, und kann nach seinen Erfahrungen behaupten, daß es in den meisten Fällen auch hier gelungen ist, Heilerfolge zu erzielen. Verf. hält die Erfolge für derart günstig, daß er es unbedingt empfiehlt, in jedem der obenerwähnten Erkrankungsfälle, zur raschen Bekämpfung der Schmerzen und zur Wiederherstellung der gestörten Nervenfunktion, mit dem kombinierten Verfahren einen Versuch zu machen. (M. Kl. 1918 Nr. 43.)

## c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Das Silbersalvarsan.** Von Kgl. Rat Dr. Josef Sellei (Aus der Dermatologischen Abteilung des Garnisonsspitals 17 in Budapest). Die Technik der intravenösen Injektion mit Silbersalvarsan muß vollständig beherrscht sein, da die kleinsten Mengen des Mittels, unter die Haut oder zwischen Muskeln injiziert, Schmerzen und Schwellung des Armes verursachen, weit größere, als sie nicht gelungene intravenöse Injektionen der früheren Salvarsanlösungen nach sich ziehen. Die Wirkung eines antiluetischen Mittels können wir durch dessen Einfluß auf die klinischen Symptome und das Ergebnis der Wa.R. genau kontrollieren. Was nun die symptomatische Wirkung des Ag-Salvarsans angeht, so ist diese nach Verf.'s Eindrücken eine sehr energische, wenn anfangs scheinbar auch etwas langsamer einsetzende als die des Alt- und Neosalvarsans. Gerade als wenn sich das Mittel — sozusagen — erst an den Erscheinungen „stauen“ würde. Das heißt: Die Wirkung des Mittels ist keine sofort oder unmittelbar einsetzende. Es vergehen ein, zwei, öfter noch mehr Tage, ohne daß an dem luetischen Bild die geringsten Veränderungen wahrnehmbar wären. Dann jedoch tritt die Wirkung in sehr energischer Weise ein, um die Erscheinungen in ganz kurzer Zeit auch gänzlich zum Verschwinden zu bringen. Für wichtig hielt Verf. es noch, zu erfahren, wie das Mittel von luetischen Nephritikern vertragen wird. Bekanntlich wird gerade die Nephritis — besonders von Wechselmann — als Kontraindikation für das Salvarsan angesehen. Seiner Meinung nach sollen besonders vorhandene Nierenentzündungen für den Salvarsantod verantwortlich gemacht werden. Verf. hatte bisher drei Fälle von Nephritis mit rezenter Syphilis in Behandlung, wobei das Quecksilber das Ansteigen des Eiweißgehalts im Urin beförderte. Silbersalvarsan übte jedoch keine schädigende Wirkung auf die Nierenentzündung, im Gegenteil, außer der Rückentwicklung der syphilitischen Erscheinungen war auch ein Absinken des Eiweißgehalts zu erzielen, was auf eine günstige Beeinflussung der Nierenerkrankung selbst hindeutet. Verf. hat das Mittel nur intravenös gegeben, als Anfangsdosis wurden 0,20 Ag-Salvarsan in 20 ccm destilliertem Wasser gelöst. Die Lösung geht etwas langsam vonstatten, weshalb es sich empfiehlt, sie mit einem sterilisierten Glasstab einigemal aufzurühren, damit alle Partikelchen des Mittels auch vollständig gelöst werden. Zu Beginn ging er mit der zweiten Ag-Salvarsaninjektion etwas tastend vor und versuchte die zweite Injektion erst nach weiteren 10 Tagen zu injizieren, eingedenk der von

Stühmer gemachten Beobachtung, daß die zweite Neosalvarsaninjektion in den meisten Fällen nur schädlich wirkt, wenn sie am 5. oder 6. Tage nach der ersten Injektion gegeben wurde. Später hielt Verf. sich nicht sehr an den Zehntagetermin und gab die zweite Injektion schon am 4. oder 5. Tage. Die Dosis betrug bei der zweiten Injektion 0,30 Ag-Salvarsan, in vielen Fällen folgte bald darauf eine dritte Ag-Salvarsan, gleichfalls von der Stärke 0,30 g. Das Mittel muß, einmal aufgelöst, sofort injiziert werden, damit eine Desoxydation, die im Organismus zu toxischen Erscheinungen führen kann, vermieden wird. Später trat über Anraten von Prof. Kollé eine Aenderung in der Dosierung ein: als Anfangsdosis wurde 0,10 g, dann am 3. Tage 0,20 g gegeben und diese Dosis am zweitfolgenden Tage wiederholt. Nach einigen Tagen schließlich wurden dann 2 mal in kurzen Intervallen 0,30 g gereicht. Nach den Feststellungen Kollés müssen wir uns vor Augen halten, daß mit 0,10 oder 0,20 g Ag-Salvarsan nunmehr zu erzielen ist, was mit erheblich großen Dosen des Alt- bzw. Neosalvarsans erreicht werden kann. Da seinem Berichte nach der chemotherapeutische Index bei Trypanosomen, Rekurrens- und Syphilispirochäten 1:25 bis 1:30 entspricht, so wird in den Organismus mit dem von uns angegebenen Quantum eine ziemlich große Arsenmenge eingeführt. Die Injektionen selbst verursachten in den meisten Fällen fast gar keine Temperaturerhöhungen, wenn sich hin und wieder auch Fälle ergaben, in denen nach der Injektion starkes Fieber bis über 39° C aufgetreten ist. Unmittelbar nach der Injektion war der Puls normal, bisweilen stieg er etwas an, doch konnten niemals jene bradykardischen Symptome wahrgenommen werden, die nach Injektionen mit Altsalvarsan so häufig beobachtet worden sind. Meist ist nach der Injektion auch das Allgemeinbefinden gut geblieben, nur ausnahmsweise haben einzelne über Kopfschmerzen geklagt. Hinsichtlich der Wa.R. läßt sich nach Ueberblick der bisher behandelten Fälle nur schwer eine eindeutige Schlussfolgerung ziehen. Die Bewertung der Wa.R. hängt in erster Reihe davon ab, wie groß die angewendete Dosis war und wie oft diese innerhalb eines gewissen Zyklus angewendet wurde. In sekundären Fällen ist ein Umschwung der positiven Wa.R. in 2—3 Wochen zu erreichen gewesen, doch hat es in großer Zahl auch Fälle gegeben, in denen die Wa.R. erst in der 5. oder 6. Woche negativ wurde. Immerhin war in letzteren Fällen die verwendete Dosis, nämlich zwei Injektionen zu 0,20 und 0,30 g Ag-Salvarsan, noch nicht hinreichend. Auch ist die Kombination des Mittels mit gleichzeitiger Quecksilberbehandlung für das raschere Umschlagen der positiven Reaktion in eine negative nicht immer maßgebend gewesen. Doch



selbst dort, wo drei und ausnahmsweise vier Ag-Salvarsaninjektionen gegeben wurden, konnte Verf. während einer 4—5 wöchigen Behandlung die Reaktion nicht immer negativ gestalten. Vielleicht wird die von Kollé neuerdings vorgeschlagene und schon erwähnte Serienbehandlung (2 mal 0,10, 2—3 mal 0,20, 2—3 mal 0,3 g) da einen rascheren Erfolg herbeiführen. Die Kürze der Zeit gestattet auch keine Voraussage über die Dauerwirkung des Mittels, und da interessieren nicht nur die sekundären Fälle, bei welchen durch das Ag-Salvarsan das Auftreten von Rezidiven verhindert wurde und der Betreffende scheinbar als geheilt betrachtet werden kann, sondern ganz besonders jene Fälle, in denen ein erst seit kurzer Zeit bestehender Initialdefekt eine Therapia sterilisans magna im Sinne Ehrlichs und Wassermanns zuläßt. So viel kann Verf. aber heute schon sagen, daß das Ag-Salvarsan ein auf die syphilitischen Erscheinungen sehr stark wirkendes Mittel ist, das bisher keine schädigenden Nebenwirkungen aufgewiesen hat.

(D. m. W. 1912 Nr. 45.)

**Ueber Silbersalvarsan.** Von Prof. F. Hahn, dirigierender Arzt der Hautklinik der Krankenanstalt in Bremen. Ueber Schädigungen kann Verf. bis jetzt nichts berichten. Im ganzen wurden bis jetzt 82 Patienten mit etwa 1000 Einspritzungen behandelt, und es kamen eine größere Anzahl von Operationsnummern des Präparats zur Verwendung, die sämtlich gleiche gute Heilresultate ohne besondere Störungen ergaben; nur muß natürlich die Technik einwandfrei sein (danebenspritzen darf man nicht), und die Kochsalzlösung muß aus redestilliertem Wasser frisch hergestellt werden (Wasserfehler Ehrlichs beachten!). — Die bei weitem größte Zahl der Einspritzungen verläuft durchaus ohne jegliche Reaktion oder üble Zustände, wenn man nur die Patienten anhält, sich direkt nach der Einspritzung nach Hause zu begeben und ins Bett zu legen; auch stärkere Dosen (0,3) werden so anstandslos vertragen. Verf. hat nur intravenöse Einspritzungen gemacht und nie Venenthrombose gesehen; man kann die einmal benutzte Vene immer wieder punktieren, was bekanntlich beim Altsalvarsan nicht immer möglich ist, da es die Vene oft zur Obliteration bringt. Unmittelbar nach der Einspritzung empfindet der Patient nichts, vor allem fehlen die so lästigen und den Patienten ängstigenden Blutwällungen nach dem Kopfe und Ohnmachtszustände vollständig. Bei einer Reihe von Patienten trat bei einigen Einspritzungen 1—2 Stunden nach der Einspritzung Schüttelfrost auf mit Temperaturanstieg, in einzelnen Fällen bis zu 40°, meist viel geringer. Die Zahl dieser Patienten ist gering. Es scheint, daß man diese Un-

annehmlichkeit noch mehr vermeiden kann, wenn man die Menge des Lösungsmittels etwas größer nimmt, also für 0,3 etwa 30 ccm, während für 0,1 etwa 10 ccm genügen, auch glaubt Verf., daß physiologische Kochsalzlösung weniger oft Schüttelfröste macht als destilliertes Wasser. Das Fieber ging stets, während der Nacht meist unter Schweißausbruch, zurück, und am nächsten Tage war der Patient in allen Fällen vollständig wohl. Kopfschmerzen wurden oft als nicht unerheblich angegeben, schwanden aber stets nach einigen Stunden. Einige Patienten erbrachen, wenn sie kurz vor oder nach der Einspritzung noch gegessen hatten, aber niemals traten schwerere Magen- und Darmstörungen auf wie nach Altsalvarsan, vor allem fehlten das lästige Würgen und Gallenbrechen. Durchfall, 1—2 mal, wurde vereinzelt angegeben. Ikterus kam nicht zur Beobachtung, Nierenschädigungen haben niemals stattgefunden. Exantheme irgendwelcher Art oder Dermatitis sind nicht aufgetreten, ebensowenig Erscheinungen von seiten des Herzens. Die Hebung des Allgemeinbefindens und das „gute Aussehen“ der Patienten nach beendeter Kur verdienen auch hier hervorgehoben zu werden. Wir sehen also gegenüber dem Altsalvarsan eine erhebliche Abschwächung der unangenehmen Folgen: es besteht nur eine kurzdauernde Magendarmstörung und mäßiger, rasch verschwindender Blutandrang zum Gehirn. In den von Verf. behandelten Fällen wurde die Dosis des Silbersalvarsans, entsprechend dem Vorschlag von Kollé, auf 0,1—0,3 bemessen, stärkere Dosen kamen nicht zur Anwendung. Um reine Beobachtung zu haben, wurde die Behandlung bisher ohne gleichzeitige Darreichung von Quecksilber vorgenommen. Es wurden nur intravenöse Infusionen ausgeführt, und zwar bei kleinerer Dosis (0,1) 3 mal, bei stärkeren Dosen 2 mal wöchentlich. Gewöhnlich begann Verf. mit 0,1, gab dann 2 mal 0,2 und 3 mal 0,3, also 6 Infusionen; dies ist bei frischemluetischen Schanker mit positivem Spirochätenbefund, aber im noch seronegativen Stadium auch stets genug. Sämtliche Fälle heilten glatt und rasch und blieben seronegativ, soweit sie bis jetzt kontrolliert werden konnten. Bei frischer seropositiver Lues ist Verf. im Durchschnitt mit 10 Infusionen ausgekommen, um ein dauernd negatives Resultat zu erzielen. Er gab in solchen Fällen wöchentlich 2 Infusionen, eine von 0,2 und eine von 0,3, oft aber auch beide Male 0,3 und 0,2 nur, wenn der Patient einmal irgendwelche Uebelkeit nach der stärkeren Einspritzung angab. Aber Verf. hat auch ohne Bedenken und ohne jegliche Nebenwirkung Fälle von alter Syphilis, zerebraler Syphilis oder Metasyphilis bis zu 25 mal in dieser Weise gespritzt. Im ganzen wurden bis jetzt 68 Patienten mit über 500 Infusionen behandelt.

(D. m. W. 1918 Nr. 50.)

**Ueber Glycinal, ein neues Glycerinersatzmittel.** Von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. K. Herxheimer und Privatdozent Dr. E. Nathan (Aus der Dermatologischen Universitäts-Klinik zu Frankfurt a. M.). Das Präparat (Chemische Fabrik Cassella & Co., Frankfurt a. M.), eine farblose, geruchlose, neutrale, glyzerinartige Flüssigkeit, eignet sich bei fast allen Anwendungsformen der meisten in der Dermatologie üblichen Medikamente, besonders da es sich mit Wasser und Alkohol in jedem Verhältnis mischt. Im einzelnen möchten Verff. insbesondere die Verordnungsweise einiger in der Frankfurter Universitäts-Hautklinik gebräuchlicher Medikamente mit Glycinal, die sie selbst erprobt haben, kurz mitteilen. Das Glycinal erwies sich zunächst zur Herstellung von Schüttelmixturen als sehr geeignet, und zwar in den in der Frankfurter Klinik üblichen Formeln:

Rp. Zinci oxydat.  
 Amyl. tritic.  
 Glycinal  
 Aq. dest. ana . . . . . 25,0  
 M. D. S. Linimentum Zinci

Rp. Zinc. oxyd. . . . . 10,0  
 Glycinal . . . . . 10,0  
 Aq. dest. . . . . 35,0  
 Ferr. oxyd. rubr. . . . 0,05  
 M. D. S. Lotio Zinci

Die beiden erwähnten, mit Glycinal hergestellten Schüttelmixturen erwiesen sich als sehr fein emulgiert und setzten sich nach dem Aufschütteln nur langsam ab. Auf die Haut eingepinselt, hinterließen sie nach dem Trocknen das Zinkoxyd als feinen, gleichmäßigen, auf der Haut ziemlich festhaftenden Puder. Sie konnten, ohne Reizung zu bewirken, in allen Fällen verwandt werden, in denen auch das glyzerinhaltige Lotio indiziert war, also vor allem bei akuten Ekzemen und Exazerbationen chronischer Ekzeme sowie überhaupt bei Entzündungszuständen der Haut akuter oder subakuter, nicht infektiöser Natur, ferner in denjenigen Fällen, in denen es auf eine Bedeckung der Haut und Luftabschluß ankam, wie z. B. bei der Pityriasis rosea u. dgl. Jedoch soll ein Moment, das der generellen Einführung des Glycinals bei den erwähnten Schüttelmixturen hindernd im Wege steht, nicht unerwähnt bleiben, das ist sein relativ hoher Preis. Da das Kilogramm Glycinal sich vorläufig voraussichtlich auf etwa 25 Mark stellen dürfte, so ist seine Einführung bei der Herstellung von Schüttelmixturen, sofern sie auf größeren Partien des Körpers angewandt werden sollen und daher größere Mengen erfordern, von diesem Gesichtspunkte aus erschwert. In diesen Fällen dürften

sich daher die von Verff. angegebenen Ersatzpräparate Cremor Zinci und Lac Zinci ihres billigeren Preises halber eher eignen. Dagegen erscheint die Einführung des Glycinal bei den folgenden Medikamenten, die in kleiner Menge zur Verwendung kommen und bei denen daher der Preis keine so ausschlaggebende Rolle spielt, eher ermöglicht, und bei diesen Medikamenten scheint die Einführung des Glycinal tatsächlich einen großen Fortschritt zu bedeuten. Es handelt sich dabei um den Glycerinspiritus, die Glycerinsalbe, die Glycerolate und das Linimentum sulfuratum glycerinatum.

Rp. Glycinal . . . . . 5—50,0  
 Spirit. vin. ad . . . . . 100,0

M. D. S. Spiritus glycerini zu Betupfungen und zur Grundlage zu Haarwässern, event. unter Zusatz von Salizylsäure, Resorcin, Karbolsäure usw.

Rp. Traganth. . . . . 1,0  
 Glycinal ad . . . . . 50,0

M. D. S. Unguentum glycerini bei Exkorationen, Pruritus usw.

Bei der mit Glycinal hergestellten Glycerinsalbe erwies sich die juckstillende Wirkung als ebenso günstig, wie bei der mit Glycerin hergestellten Salbe.

Rp. Traganth. . . . . 4,0  
 Spirit. . . . . 40,0  
 Glycinal . . . . . 40,0  
 Aq. dest. . . . . 30,0

M. D. S. Glycerolat zum Einreiben bei Pruritus usw. und als Salbengrundlage für andere Medikamente, wie Teer, Schwefel, Zinkoxyd usw.

Rp. Sulfur. praecipit. . . . . 10,0  
 Aq. amygdal. amar. . . . . 10,0  
 Aq. calcis . . . . . 50,0  
 Glycinal . . . . . 10,0

M. D. S. Linimentum sulfuratum glycerinatum bei Acne vulgaris und rosacea.

Schließlich möchten Verf. nicht unerwähnt lassen, daß sich das Glycinal auch als Konstituens von Zahnpasten als brauchbar erwies, bei deren Herstellung sich der Mangel an Glycerin in besonders unangenehmer Weise fühlbar machte. Aus diesen Mitteilungen ergibt sich zur Genüge die vielfache Verwendungsfähigkeit des Glycinal. Diese erweitert sich natürlich durch die Möglichkeit, den mit Glycinal hergestellten Lösungen und Salben Zusätze der verschiedensten Medikamente zu inkorporieren. In Lösung erwies sich das Glycinal z. B. mischbar mit Salizylsäure, Kupfersulfat,

Zinksulfat, organischen Silberlösungen, Tannin, Alkaloiden, wie Morphinum und Chinin, alkoholischen Perubalsamlösungen sowie alkoholischen Teerlösungen, wie Lithranrol, Carboneol, Oleum cadini, Liquor carbonis detergens. Mit wasserlöslichen Teeren, wie Tumenolammonium und Ichthyol, war es jedoch leider nicht mischbar, sondern ergab dicke Niederschläge. Ebenso ergab es Niederschläge mit manchen Metallsalzen, wie Silbernitrat, Bleiessig, sowie kohlen-sauren und Aetzalkalien. Im allgemeinen erwies es sich also als brauchbar in neutralen und sauren Lösungen, während bei stärkerer alkalischer Reaktion eine Zersetzung oder Niederschlagbildung stattfand. Auch den mit Glycinal hergestellten Salben ließen sich natürlich die in der Dermatologie gebräuchlichen Medikamente zusetzen. Bei allen im Vorstehenden erwähnten, in der Frankfurter Universitäts-Hautklinik gebräuchlichen Medikamenten hat sich das Glycinal als Zusatz bzw. als Konstituens bei weit mehr als 1000 damit behandelten Fällen durchaus bewährt, so daß Verff. glauben, es als Ersatzpräparat für das Glycerin empfehlen zu dürfen. Sein Anwendungsgebiet dürfte sich selbstverständlich, namentlich hinsichtlich der Verwendung in der Kosmetik, noch weiter ziehen lassen. (B. kl. W. 1918 Nr. 44.)

### Verschiedenes.

**Lockerung festsitzender Glasteile (Glashähne usw.) durch Anwendung von Wasserstoffsperoxyd ( $H_2O_2$ ).** Von Dr. Schwarze (Schweidnitz). Dies geschieht am besten in der Weise, daß Spritzen, Mikrosedimentiergefäße in eine mit  $H_2O_2$  gefüllte Schale gelegt werden, so daß sie ganz mit  $H_2O_2$  überdeckt sind. Glasflaschen stellt man umgekehrt auf den Kopf in ein mit  $H_2O_2$  gefülltes Gefäß hinein, des geringeren Verbrauches von  $H_2O_2$  halber. Der untere Glashahnteil einer Burette wird in ein Gefäß mit  $H_2O_2$  gestellt, der obere offene mit  $H_2O_2$  gefüllt. Unter Schäumen dringt das Wasserstoffsperoxyd zwischen die Glasteile, unter allmählicher Lockerung und Druck, unter Auflösung der aus der Lösung zwischen den Glasteilen niedergeschlagenen Kriställchen. Es gelingt dann verhältnismäßig leicht, unter drehendem Druck bzw. Ziehen Lockerung zu erreichen. Vorbeugungshalber empfiehlt es sich, gleich nach Gebrauch Reinigung und leichte Einfettung der Glasteile vorzunehmen, Glashähne von Burettens und Mikrosedimentiergefäßen entweder nur ganz leicht einzuführen oder, an Fäden befestigt, uneingeführt hängen zu lassen, Spritzenteile (Kolben, Zylinder) getrennt nebeneinander ins Etuis hineinzulegen. (M. m. W. 1918 Nr. 47.)

**Zur Lösung festsitzender Spritzenstempel** empfiehlt Stabsarzt Dr. O. Marcus Ausprayen mit Aethylchlorid.  
(M. m. W. 1918 Nr. 52.)

**Als Jodabwaschmittel** empfiehlt Doz. Dr. G. v. Lobmayer das — sehr billige — Natriumthiosulfat, am besten 40% ige Lösung. Es bewies sich zur Entfärbung der Jodtinktur als ganz ausgezeichnet.  
(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 45.)

**Ueber Ortizon-Mundwasser-Kugeln** schreibt Med.-Rat Prof. Walther (Gießen): „Wenn neuerdings von verschiedenen Seiten das offizinelle Wasserstoffsuperoxyd als Prophylaktikum zur Mundpflege gerade bei Grippe empfohlen wird, so sei an dieser Stelle auf ein Präparat hingewiesen, welches, ohne die Zähne anzugreifen, erheblich kräftiger wirkt und die für Wasserstoffsuperoxyd charakteristische Wirkung des Sauerstoffes in statu nascendi zur vollsten Geltung kommen läßt, nämlich die Ortizon-Mundwasser-Kugeln der Farbenfabriken Bayer & Co. Ortizon ist ein hochprozentiges Wasserstoffsuperoxyd, welches in dieser Form eine außerordentlich erfrischende Wirkung entfaltet und sich demgemäß auch vor und nach Inhalationsnarkosen (Chloroform und Aether) sehr gut bewährt hat. Da das Präparat noch nicht genügend bekannt ist, sei es an dieser Stelle empfohlen, zumal zurzeit durch den Mangel an Rohstoffen es an zuverlässigen Präparaten zur Mund- und Zahnpflege eben fehlt.“ (M. Kl. 1918 Nr. 47.)

### Neue Bücher.

**Reichs-Medizinal-Kalender.** Herausgegeben von Prof. Schwalbe (Leipzig, G. Thieme). Auch in diesem Jahre ist nur der 1. Teil des bekannten Kalenders erschienen, der in seinem Hauptteile sowie in den beiden Beiheften wieder einen so reichen Inhalt aufweist, wie kein anderer Kalender. Neu hinzugekommen ist eine „Anleitung zu Gehörprüfungen“ von Kümmel, andere Kapitel — besonders die „Arzneimitteltabelle“, die Abschnitte über die Kriegsergebnisse auf dem Gebiete der Chirurgie und Seuchenlehre — sind ergänzt und vermehrt worden. So wird der beliebte und wohl verbreitetste Kalender auch in diesem Jahre seinen Zweck voll und ganz erfüllen und von allen Kollegen gern zu Rate gezogen werden.

**Entwicklungsgeschichte des Bewußtseins.** Von Fr. A. Legahn. Leipzig und Berlin 1914, W. Engelmann. Preis: Mk. 17,60. Kurz vor Beginn des Krieges herausgegeben, hat dieses wertvolle, in-

haltreiche, mit außerordentlichem Fleiß gearbeitete Buch nicht die Beachtung gefunden, die es verdient. Deshalb sei heute empfehlend darauf hingewiesen, zumal sicher zahlreiche Kollegen, des Krieges und der medizinischen Kriegslitteratur satt, auch mal „etwas anderes“ zu lesen, den lebhaften Wunsch haben werden. Zweck des Buches ist die Untersuchung, ob auf physiologischem Wege eine Erklärung der gesamten Geistes- und Seelentätigkeit möglich ist. Wenn dies der Fall ist, dann müssen alle bewußten Lebensäußerungen der Tiere und Menschen aus zweckmäßiger, durch Einflüsse der Außenwelt selbstregulatorisch gewachsener Kombination der Nervenlemente hervorgehen, und das System, welches die Handlungen leitet, muß zu erkennen und in Nervenzellen und Nervenbahnen zu zeichnen sein, wenn man einerseits die Handlungen von den ersten Anfängen des tierischen Lebens an aufwärts bis zu den höchsten Lebensäußerungen in gerader Linie fortschreitend, d. h. unter Beiseitelassung aller nebensächlichen Abwege verfolgt, und andererseits jeden Fortschritt nur dann als erklärt gelten läßt, wenn man ihn als Nervenbahn zeichnen kann. Da es sich um Bewegungen handelt, so muß das Bewegungssystem des Körpers der Träger dieses ganzen Aufbaues von Nervenlementen sein, und seine Entwicklung stellt Verf. in den Vordergrund, indem er stets fragt: welche Handlungen braucht das Tier notwendig zu seiner Selbsterhaltung und zur Erhaltung seiner Art. Aus den Trieben nach Nahrung und Geschlechtbefriedigung einerseits, nach Vermeidung der Gefahr andererseits ergeben sich 2 Typen von Bewegungen, erstrebende und zurückweichende, denen 2 Arten von Objekten, begehrte und gefürchtete, entsprechen. Von ihnen bilden sich infolge des Differenzierungsvermögens der Nervenzellen, durch die Ähnlichkeit notwendig gruppiert, 2 Zentren von Erinnerungszellen, welche mit den beiden Typen der Bewegungen entwicklungsgeschichtlich zusammenhängen. Da in diesen Zentren die Gemütsbewegungen zu stande kommen, so gewinnen damit z. B. Hunger und Liebe Einfluß auf die erstrebenden, Furcht auf die zurückweichenden Bewegungen. So gelingt es dem Verf., indem er vorsichtig von Stufe zu Stufe fortschreitet, die Entwicklung bis weit in die Sprachbildung hinein in festen Nervenbahnen zu zeichnen (fast 200 Zeichnungen), die zwar theoretisch konstruiert sind, aber bei nachträglicher Vergleichung gute Uebereinstimmung mit den Resultaten anatomischer und experimentell-physiologischer Forschung zeigen — eine starke Stütze für die Entwicklung des Verf. Auch auf die Frage, was dann geschieht, wenn uns schließlich die festen Nervenbahnen im Stich lassen, gibt Verf. eine befriedigende Antwort. Es ist hier zum erstenmal der Versuch gemacht, psychologische Vorgänge in

Nervenbahnen zu zeichnen. Nach dem Verf. kann man jeden psychologischen Vorgang bei Tieren und primitiven Menschen zeichnen. Dieser Weg sollte nicht wieder verlassen werden. Er würde mit manchem unklaren Denken auf dem Gebiet der Psychologie aufräumen. Auch wer mit den Ansichten des Verfassers nicht durchweg übereinstimmt, kann sich seiner Theorie als Hilfs-hypothese mit Nutzen bedienen.

## Inhaltsverzeichnis.

Diagnostisches S. 129. Kasuistisches S. 130. Therapeutisches S. 138.  
Verschiedenes S. 157. Neue Bücher S. 158.

## Sachregister.

Ameisensäure bei Grippe 145.  
Anämie, Frühsymptome perniziöser 135.  
Bechterewsche Krankheit, Fall 135.  
Erysipel, Behandlung 142.  
Fibrolysin, Vorsicht mit 142.  
Fleckfieber, Methylenblausilberbehandlung 145.  
Fünftagefieber, Behandlung 145.  
Fulmargin bei Grippe 146.  
Gasphegmone nach Herniotomie 136.  
Glycinal 155.  
Hernia incarcerata, Hormonal bei 141.  
Herniotomie, Gasphegmone nach 136.  
Hormonal bei eingeklemmtem Bruch 141.  
Humerusfraktur der Neugeborenen, Behandlung 144.  
Influenza, Thrombosen bei 130.  
—, Exantheme bei 132.  
—, Ameisensäure bei 145.  
—, Fulmargin bei 146.  
Influenzapneumonie, Behandlung 147.  
Ischias, Behandlung 149.  
Jodabwaschmittel 158.  
Kieselsäure-Deckpuder 138.  
Lungenspitzendämpfungen, Verdeutlichung 129.  
Lymphdrüsentuberkulose, Behandlung 139.  
Malaria, Provokation 130.  
Menthol-Eukalyptol-Injektionen 147.  
Methylenblausilber bei Fleckfieber 145.  
Nirvanol als Schlafmittel 149.  
Ortizon-Mundwasser-Kugeln 158.  
Peritonsillarabszeß, Behandlung 142.  
Pneumonie, variolaähnliches Exanthem bei 135.  
Schlaflosigkeit, Behandlung nervöser 148.  
—, Nirvanol bei 149.  
Silbersalvarsan 151, 153.  
Spanische Krankheit s. Influenza.  
Spritzen, Glashähne usw., festsitzende 157, 158.  
Syphilis, Silbersalvarsan bei 151, 153.  
Thrombosen bei spanischer Krankheit 130.

## Autorenregister.

<i>Balassa</i> 149.	<i>Kaliebe</i> 145.	<i>Orth</i> 130.	<i>Stauder</i> 142.
<i>Brentano</i> 136.	<i>v. Lesser</i> 144.	<i>Ranzel</i> 142.	<i>Strauß</i> 147.
<i>Busch</i> 143.	<i>v. Lobmayer</i> 158.	<i>Reuter</i> 145.	<i>Tietze</i> 145.
<i>Hahn</i> 153.	<i>Löwy</i> 135.	<i>Salzmann</i> 141.	<i>Tilling</i> 149.
<i>Heidelberger</i> 138.	<i>Marcus</i> 158.	<i>Schittenhelm</i> 130.	<i>Unverricht</i> 129.
<i>Heinrich</i> 148.	<i>Morawetz</i> 132.	<i>Schlecht</i> 130.	<i>Walter</i> 147.
<i>Hercher</i> 139.	<i>Morawitz</i> 135.	<i>Schwarze</i> 157.	<i>Walther</i> 158.
<i>Herzheimer</i> 155.	<i>Nathan</i> 156.	<i>Sellei</i> 151.	<i>Wolff</i> 146.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 6.

März 1919

## Aetiologisches.

**Die Grippe als auslösendes Moment von Psychosen.** Von Dr. S. Notkin (Aus der Krankenanstalt Malévoz). Aus den mitgeteilten Fällen ergibt sich, daß Psychosen durch die Grippe wie durch andere Infektionskrankheiten ausgelöst werden können. Wichtig ist dabei zu bemerken, daß die Dementia præcox (Fall 2 und 3) schon latent bestand. Im ersten Fall handelt es sich um einen Psychopathen mit zylothymischen Anwandlungen. Im letzten Falle ebenfalls um Psychopathie mit submanischem Temperament. Die Grippe hat also bloß die Rolle eines auslösenden Momentes gespielt. Es ist immerhin interessant zu konstatieren, daß der Verlauf dieser Psychosen ein ziemlich rascher und stürmischer war und daß in kurzer Zeit eine wesentliche Besserung oder Heilung eintrat. (Schweiz. Korr. Bl. 1918 Nr. 50.)

**Durch Genuß von Mohn bedingte schwere Blinddarm-erkrankungen.** Von Dr. M. Penkert (Chirurg. Abteil. des ständ. Johanniterkrankenhauses Stendal.) Die beiden Krankengeschichten zeigen, daß der überreichliche Genuß von Mohn in beiden Fällen schwere Krankheitsbilder hervorgerufen, im zweiten sogar zum Tode geführt hat. Man könnte zunächst vermuten, daß durch den Genuß von Mohn eine Darmlähmung — durch das aus der Mohnpflanze gewonnene Opium und seine Derivate — zustande gekommen wäre. Bekanntlich wird aber das Opium durch Anritzen der grünen Mohnkapsel und Auffangen des aus dieser herausfließenden Saftes gewonnen. Der reife Mohnsamen wird lediglich zur Gewinnung von Oel verwandt, und das Oel enthält im allgemeinen nicht die Opiate, sein Genuß macht im allgemeinen nicht die Wirkungen, die diese Substanzen und Drogen auf den menschlichen Körper ausüben. Immerhin wäre es denkbar, daß

der unreife Mohn — und solcher wurde seiner Farbe nach zweifellos in größeren Mengen genossen — doch Opiate enthält, die darm lähmend oder überhaupt lähmend, ermüdend wirken. Es ist ja bekannt, daß bei Kindern nach Genuß von Mohn oder Mohnspeisen mehr oder weniger große Schläfrigkeit und Müdigkeit eintritt. Es scheinen aber doch beim Zustandekommen der eingetretenen schweren Krankheitszustände noch andere Momente in Frage zu stehen. Der eingenommene Mohn kann im Magendarmkanal nicht verdaut werden, es findet keine Auflösung der Mohnkörner statt, sondern diese werden völlig unverändert in Form und Konsistenz durch den Magendarmtraktus fortgeführt und ausgeschieden. Wenn nun eine übergroße Menge genossen wird, so gelangt diese wohl durch den Magen und Dünndarm hindurch, sammelt sich aber dann im Dickdarm und hier vor allem zunächst im Colon ascendens, wo sie sich zusammenballt, in den Haustren und Ausbuchtungen ansammelt und schließlich das ganze Dickdarmlumen ausstopfen kann. Gelingt es dem Dickdarm nicht, durch seine Peristaltik die wuchtige Menge fortzubewegen oder auszustoßen, dann muß wohl oder übel in ihm eine Stase, eine Verstopfung und schließlich vollkommene Darmlähmung eintreten. Die gesunde Darmwand ist undurchlässig für die Darmmikroben, bei Erkrankungszuständen dagegen, die mit Verlust der schützenden inneren Epitheldecke durch geschwürige Prozesse sowie durch Zirkulationsstörungen, welche die Lebensfähigkeit der Darmwand schädigen und schließlich aufheben, einhergehen, vermögen nun die Bakterien die Darmwand zu durchdringen und die Bauchhöhle zu infizieren. Dieser Zustand ist in dem zweiten Fall eingetreten. Durch die angesammelten Mohnmassen wurde hier ein direkter Druck auf die Darmwand ausgeübt, der zu Zirkulationsstörungen führen mußte, die wiederum einen Verlust des Epithels zur Folge hatten und nach Durchlässigwerden der Darmwand für Darmbakterien, weiterhin eine Infektion der Bauchhöhle, eine zunächst in der Umgebung des Colon ascendens lokalisierte, dann aber fortschreitende allgemeine Bauchfellentzündung veranlaßten. Durch den Druck der Mohnmassen wurden dann — wie aus dem Sektionsprotokoll hervorgeht, postoperativ — mehr oder weniger ausgedehnte Schleimhautdefekte durch Drucknekrose und Einschmelzung bedingt, die schließlich zu geschwürigem Zerfall der Schleimhaut und zum Durchbruch des ganzen Darmes führten. Der Tod trat schließlich durch Perforationsperitonitis ein. Es hängt also die Schwere des Krankheitsbildes und die Prognose lediglich von der Menge des aufgenommenen und genossenen Mohnes ab. Das Krankheitsbild gleicht vollkommen dem der akuten Appendizitis mit Schmerzen in der Blinddarmgegend, deutlicher Muskelspannung, Empfindlich-

keit des Mac Burneyschen Punktes, kolikartigen Schmerzen und weiterhin Erbrechen, Temperatursteigerung und Pulsbeschleunigung.  
(M. m. W. 1918 Nr. 4.)

### **Diagnostisches.**

**Zur Frühdiagnose des Fleckfiebers.** Von Oberarzt d. L. Dr. Johannes Schürer (Aus einem Kriegslazarett.) Drei Dinge sind es, denen Verf. für die Erkennung des Fleckfiebers in den ersten Krankheitstagen eine besondere Bedeutung zuschreibt: das psychische Verhalten, der Gesichtsausdruck und der Blutbefund. Wenn man eine größere Zahl von Typhus- und Fleckfieberkranken gleichzeitig in Behandlung hat, so fällt einem ohne weiteres der große Unterschied in dem psychischen Verhalten bei beiden Krankheiten auf. Der Typhuskranke liegt teilnahmslos im Bett. In den zögernden Antworten kommt eine Verlangsamung des Vorstellungsablaufs und eine gewisse Hemmung zum Ausdruck. Der Patient selbst hat das Gefühl der Schwerbesinnlichkeit. Das Wort Typhus ist oft schon in den ersten Tagen höchst charakteristisch; alle Reize werden wie aus nebeliger Ferne aufgenommen, und die Reaktion auf die Reize aus der Außenwelt erfolgt entsprechend abgeschwächt und verzögert. Das gilt nicht nur für die schwereren Fälle, bei denen die ausgesprochene Benommenheit viel weniger Besonderheiten darbietet, sondern gerade für leichter Erkrankte, die trotz ihrer Schwerbesinnlichkeit auf wiederholte und eindringlich gestellte Fragen noch korrekte Antworten geben. Ein ganz anderes Bild bietet der Fleckfieberkranke in den ersten Krankheitstagen dar. An Stelle der Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit und Apathie finden wir den Patienten im Zustand ängstlicher Erregung mit beschleunigtem Vorstellungsablauf. Zum Teil mag das eine Folge davon sein, daß sich die Patienten nach der Aufnahme auf die Fleckfieberstation in einer berechtigten Sorge vor der gefürchteten Krankheit befinden. Aber die ängstliche Erregung war doch häufig schon sehr auffallend, wenn die Leute noch keine Ahnung von dem Wesen ihrer Krankheit haben konnten. Die Unterschiede im psychischen Verhalten werden meist schon bei den ersten Worten bei der Aufnahme der Vorgeschichte deutlich. Fragt man einen Typhuspatienten, seit wann er krank sei, so antwortet er nach längerem Besinnen einsilbig, beispielsweise „Seit vorgestern“. Der Fleckfieberkranke erzählt statt dessen gerne gleich eine ganze Geschichte, z. B.: „Vor 3 Tagen, da seien sie entlaust worden, und da sei das Wasser so kalt gewesen, auch habe die Tür öfters offengestanden. Und da habe er gleich zu seinem Kameraden gesagt, da muß man sich ja erkälten. In der Nacht habe er es

dann schon gleich gespürt“ usw. Ein derartiges Mitteilungsbedürfnis, das direkt in eine Art Rededrang ausarten kann, wird man im Frühstadium des Typhus nie finden. Der Vorstellungsinhalt des Typhuskranken ist außerordentlich arm, meist hört man nur monotone Klagen über Kopfschmerzen oder allgemeine Abgeschlagenheit. Beim Fleckfieberkranken entspricht das Bedürfnis zu sprechen meistens der ängstlichen Stimmung. Er äußert die Befürchtung, sterben zu müssen, bittet um Stärkungsmittel, denkt an die Heimat, schreibt selbst noch nach Hause oder gibt spontan die Adresse seiner Angehörigen einem Kameraden oder der Krankenschwester. Manchmal steigert sich der krankhaft ängstliche Vorstellungsinhalt schon in den ersten Tagen zum ausgesprochenen Vernichtungsgefühl und kann dann zum Selbstmordversuch führen, so daß man die Kranken keinen Augenblick ohne Aufsicht lassen darf. In einem kleineren Teil der Fälle ist die Stimmung umgekehrt abnorm euphorisch. Das Krankheitsgefühl kann dann fast gänzlich fehlen. Trotzdem die Temperatur über  $40^{\circ}$  gestiegen ist, bitten die Leute um ihre Uniform, um aufstehen zu können, usw. Aber derartige Fälle sind selten. Meist herrscht die ängstliche Erregung vor. Dem psychischen Verhalten entsprechend ist der Gesichtsausdruck des Fleckfieberkranken ein vollständig anderer als bei Typhus. Die Gesichtsmuskulatur ist nicht schlaff, sondern gespannt oder wenigstens lebhaft innerviert. Neben der abnormen Innervation der Gesichtsmuskulatur ist auch das Aussehen der Augen infolge der Schwellung und Rötung der Bindehaut für den Gesichtsausdruck des Fleckfieberkranken von großer Wichtigkeit. Die Augenbrauen sind häufig in die Höhe gezogen. Besonders auffallend ist die starke Faltung der Stirn. Schon dadurch kommt ein ängstlich erregter Gesichtsausdruck zustande. Nicht selten zeigt sich ein Mitflattern im Gebiet des unteren Fazialisastes. Der Mund bleibt vielfach leicht geöffnet, manchmal in auffällig verzerrter Stellung. Dazu kommt die lebhaftere Rötung und die besonders an den Lippen deutliche Zyanose. Das alles zusammen bietet ein so charakteristisches Bild, daß man gegenüber der *Facies typhosa* den Begriff eines „Fleckfiebergesichts“ aufstellen kann. Gegenüber dem ruhigen Gesichtsausdruck des Typhuskranken, der oft fast wie ein träumender oder schlafender Mensch aussieht, macht das Fleckfiebergesicht einen verzerrten, häßlichen Eindruck. Unter Berücksichtigung des psychischen Verhaltens und des Gesichtsausdrucks wird die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Fleckfieber in den ersten Krankheitstagen selten auf Schwierigkeiten stoßen. Es muß besonders betont werden, daß sich diese Unterschiede im späteren Krankheitsstadium weitgehend verwischen können, wenn entweder die Benommenheit tiefer wird oder eine

ausgesprochene Psychose zur Entwicklung kommt. Größere Schwierigkeiten als die Unterscheidung von Fleckfieber und Typhus scheint die Differentialdiagnose gegenüber grippeartigen Infektionen zu machen. Verf. hatte Gelegenheit, gleichzeitig mit Fleckfieberfällen eine kleine Endemie von schweren influenzaartigen Erkrankungen zu beobachten. In den nicht ganz seltenen Fällen, die mit meningitischen Reizsymptomen kompliziert waren, entsprach das Krankheitsbild ganz einem beginnenden Fleckfieber. Auch die katarrhalischen Erscheinungen waren die gleichen. Die Differentialdiagnose ist trotzdem wohl immer möglich, wenn man das Verhalten der weißen Blutkörperchen berücksichtigt. Bei den schwereren Grippefällen, die im späteren Stadium regelmäßig zu ausgedehnten Bronchopneumonien führten, ist die Zahl der Leukozyten von vornherein vermehrt, beim Fleckfieber findet man eine Leukopenie oder eine höchstens normale Zahl der weißen Blutkörperchen. Die von andern Untersuchern beim Fleckfieber gefundene neutrophile Leukozytose ist regelmäßig auf Komplikationen, vor allem auf die so häufige Bronchopneumonie zurückzuführen und findet sich dementsprechend nie vor dem 7. oder 8. Krankheitstage. Eine Vermehrung der Leukozyten in den ersten Krankheitstagen läßt daher mit größter Sicherheit die Diagnose Fleckfieber ausschließen. Man sieht, daß das Blutbild sehr ähnliche Veränderungen aufweist, wie beim Typhus. Die Leukopenie ist nicht ganz so regelmäßig, und dementsprechend ist auch die relative Lymphozytose geringer. Aber dieser Unterschied ist nicht sehr erheblich. Wie beim Typhus, fehlen die eosinophilen Zellen völlig. Auch dann, wenn Verf. im „dicken Tropfen“ bis 1000 weiße Blutkörperchen auszählte, fand er vor dem 13. bis 14. Krankheitstag nie eosinophile Zellen. Trotz dieser weitgehenden Ähnlichkeit des Blutbildes beim Fleckfieber und beim Typhus kann man beide Krankheiten nach dem Blutausschlag gut unterscheiden, wenn man das Symptom der Kernverschiebung nach Arne th berücksichtigt. Jedenfalls ermöglicht die Beachtung des Blutbildes mit ziemlich großer Sicherheit die Differentialdiagnose gegenüber schwereren Grippeinfektionen und Bronchopneumonien.

(M. m. W. 1918 Nr. 52.)

**Ueber Typhusbazillenbefunde im Sputum.** Von Dr. Erwin Pulay (Aus der 1. internen Abteilung des Vereins-Reservespitals 1 vom Roten Kreuze, Wien). Die Ausscheidung von Typhusbazillen durch den Auswurf gehört zu den größten Seltenheiten, so daß z. B. über diese Infektionsmöglichkeit in dem sonst so glänzenden Buche von E. Marx nichts berichtet wird. Romberg erwähnt vereinzelte Fälle, in denen Typhusbazillen durch den Auswurf

ausgehustet wurden. Daher ist es von ganz besonderem Interesse, daß Verf. über Beobachtungen berichten darf, in denen es unter 83 Fällen in 6 Fällen gelungen ist, Typhusbazillen aus dem Sputum der Patienten in Reinkultur zu züchten. Es lehren diese Beobachtungen, daß wir den Typhuserreger öfters, als dies bis nun angenommen wurde, im Sputum nachweisen können, und zwar scheint es, als ob gerade die mit schwereren Graden einer Bronchitis einhergehenden Fälle das geeignete Material dafür abgeben dürften. Und Verf. glaubt zu der Annahme berechtigt zu sein, daß er bei systematischer Untersuchung des Sputums in einer weit größeren Zahl von Fällen einen positiven Bazillenbefund hätte erbringen können. Denn es zeigt sich ja, daß er oft viele Tage hindurch das Sputum mit einem negativen Resultate untersuchen mußte, bis er dann endlich einmal den Erreger züchten konnte. Daß diesen Befunden für den ganzen Infektionsmodus des Typhus abdominalis, auch in prophylaktischer Hinsicht weittragende Bedeutung zukommt, ist wohl zu selbstverständlich, um erst besonders betont werden zu müssen. Auf Grund der klinischen Beobachtungen glaubt Verf. jedoch nicht berechtigt zu sein, diese Fälle gegenüber den verschiedenen anderen Formen des Typhus als eine klinisch charakterisierte Gruppe abzugrenzen. (M. m. W. 1918 Nr. 52.)

### Kasuistisches.

**Ueber Wunddiphtherie.** Von Dr. E. F. Schmid, Stuttgart. Vor 7 Jahren wurde Verf. von einem Ohrenarzt aufmerksam gemacht auf besonders hartnäckige, der Ausheilung widerstehende Operationswunden nach Trepanation des Warzenfortsatzes bei Kindern. Die Wunden zeigten durchweg schlaffe Granulationen, die an ihrer Spitze grau waren. Ein zusammenhängender Belag konnte nicht festgestellt werden. Die Sekretion aus den Wundhöhlen war mäßig und auffallenderweise mehr serös als eitrig. Das Aussehen der Kinder war blaß, ohne daß die Blässe gegenüber der Gesichtsfarbe anderer, gleichartig operierter Kinder besonders auffiel. Auffallend war jedoch der geringe Bewegungstrieb und die verminderte Spiellust. Die bakteriologische Untersuchung des Wundsekrets ergab positiven Diphtheriebazillenbefund. Die Behandlung bestand in Injektionen von Diphtherieserum 1500—2000 Immunitätseinheiten intramuskulär und in lokaler Behandlung der Wunde mit Diphtherieserum. Der Erfolg dieser Therapie war ein auffallend guter und ein Beweis dafür, daß es sich nicht um zufällige Diphtherieschmarotzer handelte, sondern daß es tatsächlich eine Diphtherieinfektion der Wunde war, und daß das Allgemeinbefinden der Kinder durch die Toxine des Diphtheriegiftes wesentlich be-

einträchtigt war. Verf. hat seit jener Erfahrung Wunden, die keine Neigung zur Heilung zeigten und zunächst eine besondere Ursache dieses Heilungswiderstandes nicht erkennen ließen, immer bakteriologisch auf Diphtheriebazillen untersuchen lassen. Nicht gerade selten ließen sich in diesen ausgewählten Fällen Diphtheriebazillen feststellen. Bemerkenswert ist, daß das Aussehen der Wunden und der Allgemeinzustand der Kranken bei diesen nachgewiesenen diphtherischen Infektionen der Wunden sehr verschieden war. In dem letzten untersuchten Fall bestand eine Oberarmwunde nach Schußverletzung und Knochenschädigung. Die Wunde zeigte wenig Heilungsneigung, und Verf. nahm erst an, daß Verunreinigungen oder Knochensequester das Offenbleiben verursachen, doch war ihm auffallend, daß die Sekretion aus der speckig-grau aussehenden Wunde mehr serös — und zwar ziemlich dünn serös — als eitrig war. Der bakteriologische Untersuchungsbefund ergab auch hier Diphtheriebazillen. Die Behandlung wurde wie in den früheren Fällen durchgeführt. Nach 10 Tagen war die Wunde völlig geheilt. Das Allgemeinbefinden dieses Patienten war während der ganzen Erkrankung nicht wesentlich gestört. Der Puls zeigte keine Abweichung von der Norm. Andere Temperatursteigerungen, als wie sie gelegentlich bei nicht diphtherisch infizierten Wunden vorkommen, waren nicht vorhanden. Das Aussehen des Erkrankten war auffallend blaß. Des weiteren konnte Verf. ein 2 Jahre altes Kind beobachten, das 5 Tage nach einer Dehnung des Präputiums eine allmählich zunehmende Schwellung des Präputiums bekam. Ein kleiner, durch die Dehnung entstandener, oberflächlicher Riß war mit einem trockenen, festhaftenden, bräunlichen, schorfähnlichen Belag versehen, der von einem harmlosen, trockenen Wundschorf nicht zu unterscheiden war. Beunruhigend aber war, daß die Schwellung allmählich bis auf die Mitte des Gliedes übergriff. Die Schwellung fühlte sich derb an und hatte das Aussehen eines Erysipels und war hochgradig schmerzhaft, so daß das Wasserlassen zur Qual wurde. Ungefähr 14 Tage lang veränderte sich der lokale Befund in keiner Weise. Eine Sekretion aus der kleinen Wunde war so gut wie nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden des Kindes war zuerst gut, allmählich trat starke Mattigkeit ein, die aber auch dadurch ihre Erklärung finden konnte, daß das Kind infolge der Beschwerden beim Wasserlassen, die, wie schon oben bemerkt, sehr groß waren, im Schlaf außerordentlich beeinträchtigt wurde. Das Kind wurde zunehmend blässer. Die Beschwerden beim Wasserlassen veranlaßten Verf., eine Spaltung vorzunehmen. Das inzidierte Gewebe war speckig derb, fast gleichmäßig rot und nur durchsetzt von einer 5 mm langen, strichförmigen, von der ursprünglichen Wunde ausgehenden, grauen

Gewebeverfärbung. Die Oberfläche der ursprünglichen Wunde hatte sich bis zum Tage der Inzision nicht vergrößert, und der trockene Schorf war unverändert in seinem Aussehen. Nach der Inzision impfte Verf. die Wunde ab und erhielt ein Diphtherie-positives Resultat. Es zeigte sich nach der Spaltung, daß die zur Zeit des operativen Eingriffes bestehende Harnverhaltung nicht allein durch die Schwellung des Präputiums bedingt war, sondern ihre Ursache in der Harnröhre haben mußte. Die Behandlung mit Serum intramuskulär und lokal brachte innerhalb 2 mal 24 Stunden eine wesentliche Erleichterung beim Wasserlassen, das wieder im Strahle erfolgte. Die derbe Infiltration verschwand nach einigen Tagen, und die Wunde heilte bei wenig zunehmender Sekretion verhältnismäßig rasch. Einen weiteren Fall hat Verf. bei einem Soldaten beobachtet, der am Oberarm eine kinderhandgroße Wunde hatte, die lediglich einen Defekt der gesamten Haut darstellte. Die Wundränder waren derb. Die Wunde selbst sah aus wie mit dem Locheisen gestanzt. Der Grund der Wunde war braun bis rostgelb und ganz trocken. Die an die Wundränder sich anschließende Haut hatte ungefähr normales Aussehen, fühlte sich aber etwas infiltriert an. Die Sekretion aus dieser Wunde war minimal und nicht eitrig. Auffallend war die geradezu ungeheure Schmerzhaftigkeit der Wunde und deren Umgebung. Der Mann war der großen Schmerzhaftigkeit wegen weinerlich, sonst sehr still und nahm wenig Anteil an der Umgebung. Der Puls war klein, die Herztöne leise, aber rein, im übrigen war kein krankhafter Befund zu erheben. Die bakteriologische Untersuchung eines Wundabstriches ergab Di. positiv. Die Behandlung wurde wie in den vorhergegangenen Fällen durchgeführt. Trotzdem starb der Kranke nach einigen Tagen unter Erscheinungen von Herzschwäche. Die Sektion ergab keine weiteren Anhaltspunkte als Todesursache. Es gibt also diphtherische Infektionen von Wunden, die im allgemeinen ein weniger stürmisches Krankheitsbild verursachen, als die akute Rachendiphtherie, die jedoch in ihrem Einfluß auf den Allgemeinzustand und in ihrer Folge auf das Herz ebenso gefährdend sind. Den Erfolg der spezifischen Therapie hält Verf., zunächst wenigstens, allein für ausschlaggebend dafür, daß es sich in der Tat um eine diphtherische Infektion handelt, da er aus anderen Erfahrungen sich überzeugt zu haben glaubt, daß der Diphtheriebazillus, namentlich auch bei Kindern, als avirulenter Schmarotzer vorkommen kann. (M. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Reinfektion mit Syphilis.** Von Dr. Hans Hoffstetter (Aus dem Reservelazarett Vallendar). Verf. sah bei einem vorher sicher an Syphilis erkrankten Soldaten nach einem Geschlechtsverkehr



nicht ganz 3 Monate nach Abschluß der ersten Behandlung an einer von dem ersten Primäraffekt entfernt gelegenen Stelle zwei neue Ulzerationen auftreten. Die Geschwüre fühlten sich hart an, hatten scharf umschnittene Ränder und speckigen Belag. Im Reizsekret wurden massenhaft Spirochäten nachgewiesen: kurz, sie genügen ganz den Anforderungen neuer Primäreffloreszenzen. Die Wassermannreaktion war bei der Aufnahme am 28. April 1917 negativ. Dann trat etwa 14 Tage später unter den charakteristischen Allgemeinerscheinungen ein typisches makulopapulöses Exanthem auf, das nicht den Charakter eines Rezidivexanthems hatte. Für den Begriff der Reinfektion hat nun neuerdings Hell folgende Bedingungen aufgestellt:

1. Die erste Lues muß sicher feststehen;
2. die Möglichkeit einer neuen Infektion muß bestanden haben;
3. nach der üblichen Latenzzeit muß ein klinisch einwandfreier Primäraffekt auftreten, und zwar an einer anderen Stelle als der erste Primäraffekt, weil sich sonst die Möglichkeit einer Verwechslung mit einer Verhärtung des alten Primäraffekts (Reinduration) nicht ausschließen läßt;
4. innerhalb der üblichen Zeit Anschwellung der regionären Drüsen in typischer Form;
5. innerhalb der normalen Latenz Umschlagen der vorher negativen in die positive Wassermannreaktion;
6. Auftreten eines typischen Erstlingsexanthems.

Wenn auch die kurze Zeit zwischen erster und zweiter Ansteckung auffallend ist, so läßt sich doch annehmen, daß es sich im vorliegenden Fall um eine Reinfektion handelt. Die Möglichkeit einer Neuinfektion ist durch das Vorhandensein der Gonorrhoe bewiesen; der Primäraffekt sitzt an einer andern Stelle; die Wassermannreaktion ist umgeschlagen und ein typisches Erstlingsexanthem zur Beobachtung gekommen. Die Hellschen Forderungen sind also erfüllt. Bei der Seltenheit der einwandfreien einschlägigen Fälle erscheint es gerechtfertigt, denselben zu veröffentlichen.

(M. Kl. 1918 Nr. 51.)

**Fall von Syphilis der Prostata.** Von Prof. Theodor Cohn (Königsberg i. Pr.). Nach dem Untersuchungsbefund und Verlauf bestand eineluetische Entzündung des linken Vorstehdrüsenlappens, Prostatitis gummosa. 15 Jahre nach der Ansteckung entwickelte sich im Laufe von mehreren Monaten eine örtlich begrenzte Entzündung der Drüse. Sie bewirkte eine Erschwerung der Erschlaffung des Blasenschließmuskels, somit der Blasenentleerung bis zur völligen Harnverhaltung, gleichzeitig auch Erschwerung und Schmerzhaftigkeit der Stuhlentleerung. Das gummöse

Drüsengewebe samt bedeckender Blasenschleimhaut zerfiel geschwülig. Spezifische Behandlung durch Salvarsan und Quecksilber brachte das Geschwür zur Heilung. Die bindegewebigen Veränderungen in der Drüse und Drüsenlager blieben bestehen.  
(B. kl. W. 1918 Nr. 50.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Die Methode der vorübergehenden Nervenausschaltung durch Gefrieren, für chirurgische Zwecke.** Von Prof. Wilhelm Trendelenburg (Aus dem physiologischen Institut in Tübingen). In einer früheren Mitteilung hatte Verf. über Versuche berichtet, in denen eine langdauernde, aber vorübergehende Nervenausschaltung durch örtlich begrenzte Gefrierung am Nervus phrenicus vorgenommen wurde, wobei er von einer therapeutischen Fragestellung ausging; Verf. wollte ein Verfahren ausbilden, um einen Nerven für längere Zeit auszuschalten, bei sicherer Gewähr für vollständige Regeneration. Diese Veröffentlichung wurde der Anlaß dazu, daß in der Tübinger chirurgischen Klinik der Versuch unternommen wurde, in Fällen von schweren, durch Schußneuritis ausgelösten Schmerzen dadurch zu helfen, daß der Nerv zentralwärts von der veränderten Stelle in der von Verf. angegebenen Weise durchgefroren wurde.  
(M. m. W. 1918 Nr. 49.)

**Ueber die Behandlung der Schmerzzustände bei Schußneuritis mittels der Vereisungsmethode von W. Trendelenburg.** Von Prof. Perthes (Tübingen). Es wurde in der Tübinger Klinik in 8 Fällen von Schußneuritis der Nerv zentralwärts von dem Krankheitsherd nach Trendelenburg unterbrochen. In 5 Fällen wurde der N. medianus, einmal der N. ulnaris, einmal der Medianus und Ulnaris und einmal der Tibialisanteil des Ischiadikus ausgeschaltet. Das Trendelenburgsche Vereisungsröhrchen hat an einem Ende eine hakenförmige Biegung, in welche der Nerv zu liegen kommt. Wie ein doppelläufiger Katheter hat das Röhrchen im Innern 2 Wege, deren oberer, an der Biegung innen gelegener mit einer trichterförmigen Erweiterung beginnt, während der andere mit einem Schlauchansatz endet. In den Trichter wird Aethylchlorid eingespritzt, der Schlauchansatz mit einer Wasserstrahlpumpe verbunden. Das so durchgesaugte Aethylchlorid entwickelt eine intensive Verdunstungskälte und vereist den Nerven, ohne ihn doch direkt zu berühren. Die Wundumgebung wird mit untergepolsterten Kompressen vor der Kälte geschützt. Die hakenförmige Umbiegung wird nach Einlegen des Nerven durch einen Metall-

klotz zu einem Ringe geschlossen, damit die Kälte auf den ganzen Umfang des Nerven gleichmäßig einwirkt. Nach den bisherigen Erfahrungen hält Verf. es für notwendig, Nerven von der Stärke des Medianus nach eingetretener Vereisung, welche sich durch Reifbildung auf dem Nerven kundgibt, mindestens 2 Minuten durchfrozen zu halten und diese Vereisung 2 mal zu wiederholen. Bei allen Operationen wurde konstatiert, daß die motorische Reaktion für den zentral von der Vereisungsstelle mit bipolarer Elektrode angewendeten faradischen Reiz nach der Durchfrierung völlig verschwunden war. Im peripheren Gebiete, und zwar genau von der Stelle, wo das Vereisungsröhrchen angelegt war, nach abwärts blieb die motorische Reaktion zunächst noch erhalten, um erst nach der Operation bei dem gesetzmäßigen Eintritt der Degeneration zu verschwinden. In 5 von den 8 Fällen wurde der Schmerz durch die Operation völlig (einmal nahezu völlig) und für die Dauer beseitigt. Schon beim Aufwachen aus der Narkose fühlten sich die Patienten befreit. Leichte Parästhesien, die in den ersten Tagen beobachtet wurden, verloren sich schnell. In dem Gebiete des ausgeschalteten Nerven wurde in diesen 5 Fällen nach der Operation eine völlige motorische und sensible Lähmung konstatiert. Das Bild, das die Patienten darboten, war durch die Operation mit einem Schlage völlig verändert. Vor der Operation lagen sie meistens wimmernd im Bett, das schmerzende Glied mit einem feuchten Tuch eingehüllt. Bei jedem Geräusch, bei jeder Berührung zuckten sie unter Schmerzäußerungen zusammen. Jede Bewegung wurde wegen der damit verbundenen Schmerzen ängstlich vermieden. Mußte die Hand notgedrungen bewegt werden, so trat Zittern in dem Glied auf, das sich oft über weite Körperabschnitte fortsetzte. — Nach der Ausschaltung des Nerven war eine wohltätige Ruhe über die Patienten gekommen, das Zittern war verschwunden, das schmerzhaft Zusammenzucken wurde nicht mehr beobachtet. Die Bewegungen waren, abgesehen von dem Ausfall durch die umschriebene Lähmung, wieder frei. Der zufriedene Gesichtsausdruck bezeugte auf den ersten Blick den Erfolg der Operation. Auch schwere psychische Veränderungen, die einer der Patienten darbot, Aufregungs- und Angstzustände sowie quälende nächtliche Träume, Zustände, die an das Psychotische grenzten, waren durch die Operation mit einem Schlage beseitigt. Wie steht es nun um die Regeneration des vereisten Nerven? 2 Fälle, in denen der N. medianus unterbrochen war, wurden nach längerer Zeit nachuntersucht. Bei beiden war 6 Monate nach der Vereisung des Nerven die erste Beugebewegung von Daumen- und Zeigefingerendglied wieder bemerkt worden, dann hatte sich die Beweglichkeit allmählich gekräftigt. Einer der

beiden Leute arbeitete 1 Jahr nach der Operation mit nur noch wenig geschwächter Hand auf einem Holzplatz. Bei diesem ergab die Untersuchung 13 Monate nach der Operation auf galvanischen und faradischen Reiz direkt und indirekt volle Reaktion, während bei dem anderen Patienten 8 $\frac{1}{2}$  Monate nach der Operation noch unvollständige Entartungsreaktion bestand. Die Anästhesie in dem gelähmten Gebiete begann 7 Monate p. o. sich zurückzubilden. Zur Zeit der Nachuntersuchung bestand bei beiden Patienten noch Hypästhesie im Medianusgebiet, aber nirgends mehr völlige Anästhesie. Die vollkommene Regeneration auf dem motorischen Gebiete steht in Uebereinstimmung mit den Tierversuchen Trendelenburgs. Daß bei Unterbrechung des Medianus am Oberarm die Regeneration eine Zeit von 6 Monaten beansprucht, trotzdem die Kontinuität aller Nervenfasern erhalten bleibt, ist ein neuer Hinweis darauf, daß es eine prima intentio nervorum nach der Naht des Nerven nicht geben kann und daß die klinischen Beobachtungen von unmittelbarer Wiederkehr der Funktion der genähten Nerven auf Täuschung beruhen. Von größter Bedeutung ist die Tatsache, daß trotz der Rückkehr der Sensibilität, die allerdings bis jetzt noch keine ganz vollkommene war, der neuritische Schmerz völlig verschwunden geblieben ist. Diesen hocheureichen Erfolgen stehen 3 Mißerfolge gegenüber. Entweder — in 2 Fällen — war der Schmerz schon am Abend des Operationstages wieder vorhanden oder er entwickelte sich im Laufe von 14 Tagen wieder zur ursprünglichen Heftigkeit. Einer dieser Fälle wurde durch nachträgliche Resektion des Nerven, ein zweiter durch eine Alkoholeinspritzung in höher oben gelegenen Gebieten noch nachträglich zur Heilung gebracht. Die Mißerfolge erscheinen für die Zukunft vermeidbar, denn die genaue Analyse der Fälle und die mikroskopische Untersuchung in dem nachträglich resezierten Falle ergab als Ursache des Mißlingens zwei verschiedene Momente:

1. Es war die Unterbrechung nicht hoch genug erfolgt. Wenn sich noch oberhalb der vereisten Partie neuritische Veränderungen finden, so kann natürlich nicht erwartet werden, daß der Schmerz verschwindet.

2. Daß die Unterbrechung der Leitung durch die Vereisung nicht vollständig gelungen war, erschien zunächst kaum wahrscheinlich, da die faradische Reizung des Nerven oberhalb der Reizungsstelle auch nach Wiederauftauen der durchgefrorenen Partie keinerlei Muskelzuckung mehr erzeugte. Und doch wurde der Beweis für die Unvollständigkeit der Leitungsunterbrechung dadurch erbracht, daß Inseln erhalten gebliebener Sensibilität in dem motorisch völlig gelähmten Medianusgebiete nachweisbar waren und daß bei der späteren Untersuchung des resezierten Nerven-

stückes man zwischen den degenerierten Nervenfasern einige wenige Fasern fand, die peripher von der Stelle der Unterbrechung ihre Markscheiden behalten hatten. Die Vereisung war also bei der in dem betreffenden Falle angewendeten Dauer — 6 mal hintereinander  $\frac{1}{2}$ —1 Minute — zwar ausreichend gewesen, die motorischen, nicht aber alle sensiblen Kabel zu unterbrechen. Wir müssen hiernach für richtig halten, daß die Durchfrierung für eine längere Zeit unterhalten wird. Die 2 mal hintereinander vollzogene Vereisung für je 2 Minuten Dauer hat sich am Medianus und an dem Tibialis-anteil des Ischiadikus als genügend erwiesen, doch wird die Frage, bei welcher Dauer die Gefrierung am sichersten zu einer völligen Leitungsunterbrechung führt, noch weiterer Feststellung bedürfen.

Verf. hat die Vereisung nur in Fällen in Anwendung gebracht, in denen es sich um schwere Schmerzzustände handelte, welche die Dienstfähigkeit und Arbeitsfähigkeit der Verletzten aufhoben. In erster Linie kommt die Methode in Betracht, wenn die Neurolyse erfolglos geblieben ist. Zu ihrer primären Anwendung ohne vorherigen Versuch mit der Neurolyse wird man sich dann entschließen, wenn bei der Freilegung des schmerzbefallenen Nerven der makroskopische Befund sehr gering ist, wenn Verwachsungen des Nerven mit der Umgebung oder narbige Veränderungen im Innern des Nerven sich nicht vorfinden. Bei solchem Befunde, wie wir ihn bei den Fernschädigungen der Nerven in der Regel erhalten, können wir weder von der Auslösung des Nerven aus der Umgebung noch von seiner Aufspaltung Erfolg erwarten und werden daher, wenn es sich darum handelt, einen schweren Schmerzzustand zu beheben, in der Methode der Vereisung ein sehr dankenswertes Mittel sehen müssen. (M. m. W. 1918 Nr. 49.)

**Die Aetherbehandlung der Peritonitis.** Von Stabsarzt Dr. Georg Wolfsohn. In den folgenden Zeilen soll auf ein Verfahren hingewiesen werden, das vor dem Kriege von französischer Seite empfohlen wurde, bei uns in Deutschland aber noch recht wenig Eingang gefunden hat: die Aetherbehandlung des Peritoneums bei diffuser Peritonitis. Die überraschend guten Resultate, die die Methode Verf. gab, veranlassen ihn, über die Erfolge zu berichten. Die Technik ist die denkbar einfachste. Sie läßt sich überall durchführen, wo überhaupt laparotomiert wird. Nach Stopfung der Infektionsquelle wird die Bauchhöhle in der üblichen Weise mit physiologischer Kochsalzlösung gespült; ein Teil des klaren Spülwassers bleibt im Bauch. Sodann wird aus einer vorher zurechtgestellten, steril umwickelten Narkoseflasche gewöhnlicher Narkoseäther in die Bauchhöhle eingegossen, und zwar etwa 50—100 ccm. Es entsteht unmittelbar ein zischendes Geräusch,

das sofort verschwindet. 1—2mal wird oberflächlich abgetupft; der Rest des Eingegossenen bleibt in der Bauchhöhle. Der Verschuß erfolgt dann in der üblichen Weise. Unmittelbar nach Beendigung der Operation wurde stets 1 l Kochsalzlösung mit 8 Tropfen Adrenalin (1 Prom.) subkutan injiziert. In der Nachbehandlung wurde Wert gelegt auf Tieflagerung des kleinen Beckens, Heißluftbehandlung des Leibes und baldige Anregung der Darmperistaltik, möglichst schon am Operationstage. Bei allen Kranken war eine weit vorgeschrittene, allgemeine, freie, diffuse Peritonitis vorhanden mit Eiter im ganzen Leib, fibrinösen Belägen, intensiver Rötung und Blähung aller zu Gesicht kommender Darmschlingen. Verf. hatte im Zeitraum von 1 $\frac{1}{2}$  Jahren Gelegenheit, 11 diffuse Peritonitiden in dieser Weise zu operieren und mit Aether zu behandeln, und zwar 7 Fälle von Appendicitis perforativa, 1 Ulcus duodeni perforatum, 1 Ulcus ventriculi perforatum, 1 Cholecystitis purulenta perforativa, 1 subkutane Dünndarmruptur (gewaltsame Reposition eines frischen Leistenbruches durch den Kranken). Der Zeitpunkt der Perforation ließ sich nicht bei allen Kranken mit Sicherheit feststellen. Die Indolenz war — auch ohne Morphiumgaben — mitunter eine so erstaunliche, daß sie auch bei der ausgeprägten Peritonitis nur wenig Schmerzen äußerten und dementsprechend auch nicht sicher anzugeben wußten, wann die eigentliche „Verschlimmerung“ eingetreten war. Wenigstens galt das für die Kranken mit akuter Appendizitis. Das perforierte Ulcus duodeni wurde nach 5 Stunden operiert, das Ulcus ventriculi nach etwa 6—8 Stunden, die subkutane Dünndarmruptur nach 8—9 Stunden. Die Gallenblasenperitonitis war etwa 8 Stunden vor der Operation durch Perforation entstanden. Von den 11 Operierten sind 9 durchgekommen und nur 2 gestorben. Das Resultat muß als äußerst günstig bezeichnet werden, wenn man bedenkt, daß die Mortalitätsstatistik nach Operationen der diffusen Peritonitis zwischen 40—85 % im allgemeinen schwankt. Zum Teil mag wohl auch die Widerstandskraft der jungen, kräftigen Menschen beim Ueberstehen der Peritonitis mitgeholfen haben, aber der ganze Krankheitsverlauf nach der Operation gestaltete sich doch so günstig, daß an der vorzüglichen Wirkung des Aethers nicht zu zweifeln ist. Im einzelnen seien besonders folgende Vorteile hervorgehoben:

1. Unmittelbar nach dem Eingießen von Aether in den Bauch vertieft sich die Narkose zu einem ruhigen Schlaf, der die Ausführung der Bauchnäh in ungestörter Weise gestattet, ohne daß auch nur ein Tropfen Narkotikum von der Maske aus notwendig ist.

2. Dieser Schlaf verlängert das Stadium der Ruhe post operationem um 1—2 Stunden, so daß die erste Morphiumdosis beträchtlich später gegeben werden kann als sonst.

3. Die Herztätigkeit hebt sich nach der Aethereingießung sehr schnell, wahrscheinlich infolge schneller Resorption des Aethers (vielleicht auch infolge direkter Wirkung auf das Herz durch das Zwerchfell hindurch). Injektionen von Kampfer und Koffein, die sonst in derartigen Fällen meist halbstündlich notwendig sind, um die Operierten über die ersten Stunden hinwegzubringen, können entweder ganz entbehrt werden oder aber auf einige wenige Einspritzungen beschränkt bleiben.

4. Das Peritoneum überwindet die lokale Infektion in erstaunlich schneller Weise. Der Leib ist schon nach wenigen Stunden weich und schmerzlos, die Atmung wird abdominal, ruhig, beschwerdefrei; der „peritoneale“ Gesichtsausdruck verschwindet schnell, um einer lebhaften Rötung des Gesichts und der Schleimhäute Platz zu machen.

5. Urin wird stets schon am Operationstage spontan gelassen.

6. Das subjektive Befinden ist, besonders in den ersten 24 Stunden, ein erstaunlich gutes, oft so, daß man kaum glaubt, Schweroperierte vor sich zu haben.

Gegen die Aetherbehandlung können drei Bedenken erhoben werden:

1. Bringt die plötzliche Zufuhr von 50—100 ccm Narkoseäther gegen Schluß der Operation Gefahren und Störungen in der Narkose mit sich? Diese Frage muß entschieden verneint werden. Man braucht meist nach Beendigung der Bauchspülung zur Bauchdeckennaht sowieso ein etwas größeres Quantum des Narkotikums. Die peritoneale Einverleibung der genannten Aethermengen hat in obigen Fällen niemals auch nur die geringste Narkosestörung hervorgerufen. Im Gegenteil: die Bauchnaht ließ sich, wie gesagt, in tadellos ruhiger Narkose ausführen, bei kräftigem Puls und ruhiger Atmung. Desgleichen war der postoperative Schlaf, der noch 1—2 Stunden dauerte, völlig ungestört und gab zu keiner Besorgnis Veranlassung.

2. Bringt die Verdunstungskälte des Aethers eine Abkühlung des Bauchfells mit sich? Zweifellos. Aber diese Abkühlung macht sich klinisch nicht unangenehm bemerkbar. Die abkühlende Aetherwirkung wird ja auch durch die warme physiologische Kochsalzlösung, die im Bauche ist, erheblich abgeschwächt. Jedenfalls hat Verf. in keinem einzigen Falle irgendwelche Schockwirkung erlebt. Gerade das Gegenteil war der Fall. Gleich nach dem Eingießen des Aethers fing das Gesicht an, sich zu röten, und der Puls wurde kräftiger und voller. Der Narkotiseur hat das öfteren auch ungefragt gemeldet.

3. Macht der Aether Adhäsionen? Diese Frage ist schwer zu beantworten, weil sich ja nach jeder diffusen Peritonitis Ver-

wachsungen bilden können. In den ersten Tagen nach der Operation machten sich klinisch öfters Zeichen von Magen- und Darm paresen geltend, die mit den üblichen Mitteln zu beheben waren und sicher nicht auf Konto der Aetherbehandlung zu setzen sind. Ob nach Monaten und Jahren stärkere Adhäsionsbeschwerden vorhanden sind, weiß Verf. nicht, da er die Patienten nicht so lange verfolgen konnte. Fürchtet man eine stärkere Adhäsionsbildung, so käme vielleicht in Frage, den Aether zusammen mit Kampferöl einzugießen.  
(M. m. W. 1918 Nr. 49.)

**Nahtloser Wundschluß.** Von Dr. O. Frank (Chefarzt des St. Franciskus-Krankenhauses in Flensburg). Zur Vereinfachung aseptischer Wundversorgung möchte Verf. folgendes Verfahren empfehlen, welches sich ihm seit einem Jahre ausnahmslos bewährt hat. Die Hautwunde wird nicht genäht. In die Wundwinkel derselben werden zwei Häkchen eingesetzt und durch entsprechenden Zug evtl. seitlichen Druck die Wundlippen adaptiert. Darüber wird ein einschichtiges Gazestück gelegt, welches die Wunde, besonders die Wundwinkel, dreifingerbreit allseitig überragt. Dieses wird mit Kollodium bestrichen, zunächst in der Mitte über die Wunde. Nachdem diese Stelle getrocknet ist, was ca.  $\frac{1}{2}$  Minute erfordert, werden die Häkchen entfernt und die übrigen Teile ebenfalls mit Kollodium bestrichen. Hiermit ist die Wundversorgung beendet. Irgendein Verbandwechsel findet nicht statt. Die Patienten ziehen sich das Pflaster selbst nach ca. 10 Tagen ab. Dieser Kollodiumverschluß hält erfahrungsgemäß jeder Brechbewegung sowie jeder Hautfaltung stand und verhindert auch nicht das Frühaufstehen. Seine Vorzüge liegen einmal in der Ersparnis an ärztlicher Arbeit (Naht, Verbandwechsel, Entfernung der Fäden usw.) sowie an Naht- und Verbandmaterial, weiter in der verschärften Asepsis, da die durch die Naht bewirkte Kommunikation mit der Außenwelt fortfällt, kein Fremdkörper subkutan gelagert wird und keine Fettnekrosen durch Schnürung entstehen, ein Punkt, welchen Kehr für die Genese von Wundstörungen besonders verantwortlich macht. Die Kosmetik der Narbe wird schließlich ganz erheblich verbessert durch Fortfall der häßlichen Querstiche bei feinsten lineärer Adaptation. Solche Narben sind in den Hautfalten tatsächlich ganz unsichtbar. Das Verfahren ist anwendbar bei allen Schnitten, welche sich durch Zug und event. seitlichen Druck ohne wesentliche Spannung zusammenbringen lassen. Bei Kindern ist ein Sonderverband darüber erforderlich, da diese sich leicht selbst vorzeitig das Pflaster entfernen. Für etwaige Drainage kann im Wundwinkel ein Drain durch Einzelnaht ausgespart werden, welches natürlich einen besonderen Verband erfordert. Hämatome



und subkutane Abszesse bei nicht einwandfreiem Wundschluß werden durch die Gaze hindurch ohne Entfernung derselben angestochen und entleert. Sorgfältige subkutane Blutstillung ist von besonderer Wichtigkeit. (Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 52.)

**Erfahrungen mit Aderpressen.** Von Dr. Heinz Walther (Assistent der Chirurgischen Klinik in Jena). Von den als Ersatz für die v. Es m a r c h s c h e Gummibinde bisher angegebenen Mitteln erscheint Verf. die Z w i r n s c h e Aderpresse als das beste. Sie ist geeignet, die Gummibinde überall zu ersetzen, wo nur gelegentliche Anwendung in Betracht kommt. Sie kann aber auch an deren Stelle für den täglichen Gebrauch durchaus empfohlen werden, da sie bei gleicher Zuverlässigkeit wesentlich einfacher in der Handhabung ist. (D. m. W. 1919 Nr. 1.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Nasenblutungen bei der Influenza.** Ein Vorschlag von Dr. Kantorowicz (Hannover). Es hat den Anschein, als ob Fälle mit Nasenbluten, abgesehen von der starken Anämie, einen leichteren Verlauf nehmen, als ohne Blutung. Es wäre eine dankbare Aufgabe für die Kliniken, daraufhin die Krankengeschichten zu prüfen. Sollte sich bei dieser Prüfung herausstellen, daß die Blutung einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit ausübt, so wäre der Vorschlag berechtigt, bei irgendwie drohendem schweren Verlauf einen Aderlaß vorzunehmen, der den Vorzug hat, in der Menge des Blutverlustes besser begrenzt und beherrscht zu werden, als die Blutung aus der Nase. Da es sich außerdem häufig um jüngere, kräftige Leute handelt, die gerade am schwersten erkranken, wäre gegen den Aderlaß in diesen Fällen nichts einzuwenden, um so mehr, da er ja bei Pneumonien von alters her gebräuchlich ist. (M. Kl. 1919 Nr. 1.)

**Anwendung großer Kampferdosen bei Grippepneumonie.** empfiehlt Prof. Dr. E. Feer (Kinderklinik Zürich). Kindern unter 6 Jahren gibt er bis zu 2 mal täglich 5—7,5 ccm Kampferöl (20 %) subkutan, bei älteren Kindern und Erwachsenen 10—15 ccm, daneben evtl. Koffein und Digitalis.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1918 Nr. 48.)

- **Behandlung der Grippepneumonie mit Digitalis** empfiehlt Dr. A. Hartz (Friedrichsroda). Verf. gab zunächst 1—2 mal ein Inf. Dig. titrat. 1:150 2stündlich einen Eßlöffel voll, daran anschließend, um langsam auf das Herz weiterzuwirken, Tr. Strophanthi in folgender Form: Tr. Strophanth. 5,0, Tr. chin. comp. 10,0,

Tr. Valerian 15,0, mds. 2 mal täglich 15—20 Tropfen. Die Tropfen gab er längere Zeit fort. Verf. glaubt, dieser Behandlung habe er es zu danken, daß er eine außerordentlich geringe Sterblichkeit hatte, trotzdem einige recht schwere Pneumonien darunter waren. Die Patienten empfanden meist sofort die Wohltätigkeit der Arznei, das Befinden besserte sich, und die Herzangst verschwand.

(D. m. W. 1918 Nr. 50.)

### Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Kieselsäure.

Von Prof. Dr. A. Kühn (Rostock). K o b e r t hat darauf aufmerksam gemacht, daß in einer Reihe volkstümlicher Tees Kieselsäure enthalten ist, nachdem bereits Schulz sowie Gerhartz und Strigel in dem sogen. Zinnkraut (*Equisetum arvense*) reichlich lösliche Kieselsäure gefunden hatten. Verf. hat nun eine Mischung dieser Tees nach der Rezeptur:

Herba equiseti min.	75	} M. f. spec. Ds.: 3 × 1½ Eßl. auf 2 Tassen Wasser, einkochen auf 1 Tasse
Herba polygoni	150	
Herba Galeopsidis	50	

seit mehreren Jahren regelmäßig verordnet. Der Kieselsäuregehalt dieser Mischung schwankt zwischen 43 mg und 272 mg in der Tagesdosis von 3 Tassen. Es sind auf diese Weise über 300 Fälle während der letzten Jahre behandelt worden. Im allgemeinen war der Hergang so, daß bald nach Einsetzen der Kieselsäurebehandlung die Patienten sich subjektiv wohler fühlten: der Appetit nahm zu, dementsprechend hob sich das Körpergewicht, der Husten wurde geringer, auch die Nachtschweiße ließen allmählich nach. Die Bazillen im Auswurf wurden spärlicher unter Auftreten von Degenerationsformen, um in den günstigsten Fällen ganz zu verschwinden, und schließlich ließ sich auch objektiv eine Besserung des Zustandes feststellen in dem Sinne, als die Geräusche seltener und trockener wurden und schließlich nach einigen Monaten überhaupt nicht mehr nachgewiesen werden konnten. Der Tee wurde sehr willig getrunken, wenn er auch nicht gerade gut schmeckte. Des Oefteren mußte Verf. ihn durch Zusatz von Geschmacks-korrigentien schmackhafter machen. Von vielen Patienten wurde seine schleimlösende, expektorationsbefördernde Wirkung gerühmt, ja viele priesen ihn außerdem noch als sicher wirkendes Schlafmittel. Die Hauptsache ist die konsequente, jahrelange Zufuhr der Kieselsäure. Einige Patienten trinken den Tee ununterbrochen schon jahrelang. Gerade diese, unter welchen einige sind, welche erfolglose Heilanstaltsbehandlung hinter sich haben, haben sich ganz auffallend gebessert. Gewichtszunahmen von 25 und 30 Pfd. gehören nicht zu den Seltenheiten. Auch das Fieber ging in vielen Fällen schnell zurück.

(M. m. W. 1918 Nr. 52.)

**Milzexstirpation bei perniziöser Anämie** war in 2 Fällen Dr. E. Siegels (Krankenhaus der israel. Gemeinde in Frankfurt a. M.) von bestem Erfolge begleitet. (Ther. Mhft. 1918 Nr. 12.)

**Rohe Zwiebeln gegen Darmkatarrhe und Durchfälle** empfiehlt Dr. E. Wilbrand auf Grund seiner Erfahrungen. Zwiebeln scheinen einen heilsamen Einfluß auf die Darmtätigkeit auszuüben. (M. m. W. 1918 Nr. 52.)

**Zur spezifischen Behandlung der Tabes dorsalis** von Wichura (Schwarzeck). Nachforschungen bei 18 Tabikern, die im Laufe der letzten Jahre teils mit Neosalvarsan allein, teils kombiniert mit Quecksilber behandelt worden waren, ergaben, daß der unmittelbar gute Kurerfolg auch angehalten hat. Das günstige Ergebnis wird darauf zurückgeführt, daß die spezifische Behandlung zwar so intensiv wie möglich, aber keinesfalls intensiver, als mit einer gleichzeitigen Kräftigung des Körpers vereinbar, durchgeführt wurde. Es wird empfohlen, die einschleichende und vorsichtig weitertastende spezifische Behandlung als ein wertvolles Unterstützungsmittel der klinischen physikalisch-diätetischen Therapie zu betrachten und sie nach biologischen, nicht chemotherapeutischen Rücksichten zu gestalten.

**Besprechung.** O. Förster (Breslau) weist darauf hin, daß es fast nie gelingt, die Wa.R. durch die spezifische Behandlung zum Verschwinden zu bringen, weil es offenbar fraglich sei, ob das Medikament tief ins Gewebe eindringe. Förster behandelt seit 1913 mit der endolumbalen Methode. Er hat dabei beobachtet, daß die Wa.R. vermindert wird oder schwindet, daß die Lymphozytose zurückgeht, daß die Nonne-Apeltische Reaktion aber am längsten erhalten bleibt. Die lanzinierenden Schmerzen verschwinden oft, gastrische Krisen, Parästhesien, Blasenstörungen und besonders Ataxie werden günstig beeinflusst, auch die Reflexe gebessert.

**Strümpell** (Leipzig) behandelt fast alle Tabeskranken in ausgiebiger Weise antisymphilitisch mit Quecksilber (Schmierkur) und Salvarsan. Die Ergebnisse sind keineswegs besonders erfreulich. Die Besserungen gehen nicht über das hinaus, was man auch sonst durch die früher üblichen Behandlungsmethoden (Ruhe, Bäder, Elektrisieren u. dgl.) erreicht hat. Besonders die Fälle mit Schmerzen werden energisch mit Salvarsan und Quecksilber behandelt, aber gerade bei diesen Fällen hat die Kur fast immer versagt oder höchst zweifelhaften Erfolg gehabt.

**Schwarz** (Leipzig): Bei Augenstörungen als Teilerscheinungen von Hirnlues, Tabes und Paralyse sind oft gute Erfolge auch

schon mit kleinen Dosen von Salvarsan und Neosalvarsan zu erzielen. Für Fälle, wo intravenöse Einspritzung nicht oder schwer anwendbar ist, weist er auf die ebenfalls gut wirksame Verabreichung durch Einlauf hin, wie er sie schon mehrfach empfohlen hat. Vorbereitung durch etwa 24 stündige Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Darmentleerung durch Glycerinsuppositorium (Perkaglycerin) wirkt auch eine halbe bis eine Stunde vor dem Einlauf, der in Linkslage erfolgt, darauf Knie-Ellbogenlage, nach einigen Minuten Rechtslage. Auch die innerliche Behandlung, sowohl gleichzeitig wie in Abwechslung mit den anderen Behandlungsformen, ist zu empfehlen. Seit Jahren verwendet Schwarz hierzu Merjodin, gelegentlich auch als erste Behandlung, wenn die Luesdiagnose noch unsicher ist, namentlich zur periodischen Nachbehandlung.

Anton (Halle a. S.) spricht ergänzend über die Behandlung der progressiven Paralyse. Er geht auf die neueren Theorien der Paralysebehandlung ein, erwähnt die Tuberkulinkur, die Enesolinjektionen, die Malariaimpfungen usw. Er weist darauf hin, daß bei jedem Paralytiker eine polyneuritische Komponente vorhanden ist, daß das Nervensystem eine andere Vitalität als der Körper hat, die Syphilis oft vom Körper „aufgefangen“ wird, d. h. daß das Nervensystem dann nicht erkrankt.

Quensel (Leipzig): So gut die Erfolge bei Lues cerebrospinalis mit Schmierkur und intravenösen Neosalvarsaninjektionen sind, so wenig hat er bei Tabes bisher durchgreifende Erfolge und Besserungen gesehen. Er behandelt im Lazarett nur diejenigen Tabesfälle spezifisch, bei welchen die Wa.R. positiv ausfällt oder Zeichen für einen floriden Prozeß vorliegen. Bestimmt hat ihn hierzu die Erfahrung, daß trotz und unter energischer spezifischer Behandlung Tabes bisweilen sehr schnell Fortschritte machte.

Röper (Jena-Homburg) behandelt im allgemeinen die Tabesfälle jetzt wie Erschöpfungszustände. Die Möglichkeit, die Leute arbeitsfähig zu entlassen, wird so durchweg schneller und sicherer erreicht und eine eventuell aus den Anstrengungen des Kriegsdienstes resultierende Verschlimmerung so sicherer behoben. Die spezifische Behandlung wendet er vor allem bei den Fällen an, in denen starke tabische Schmerzen bestehen. Ein nennenswerter Einfluß auf den Verlauf des Leidens wird nicht erzielt. Für die Paralysebehandlung empfiehlt Röper die künstliche Fiebererzeugung mit albumosefreiem Tuberkulin, wodurch weitgehende Remissionen erzielt werden können. Es ist aber durchaus notwendig, wirklich hohes Fieber und örtliche Entzündungen herbeizuführen. Drei der 1912 behandelten Paralytiker stehen noch heute selbständig

großen Geschäften vor. (21. Versamml. Mitteldeutscher Psychiater u. Neurol., Leipzig, 27. 10. 1918.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Als Schutzmittel gegen geschlechtliche Infektion kann Dr. Sternberg die Delegonstäbchen (Farbenfabriken Fr. Bayer & Co.) empfehlen. Diese Protargolstäbchen, zu 10 Stück in eine kleine Schachtel verpackt, kosten 75 Pf. Verf. hat Delegon seit längerer Zeit geprüft. Die Stäbchen machen gar keine schmerzhaftere Reaktion, nur beim nächsten Urinieren hat man die übliche unangenehme Empfindung ungefähr wie nach der Einführung einer indifferenten Sonde. Ein Stäbchen wird post coitum und möglichst nach Entleerung der Blase, in die Harnröhre eingeführt. Man hält dann das Orifizium etwa  $\frac{1}{2}$ —1 Minute mit dem Finger verschlossen, bis vollständige Lösung des Stäbchens eingetreten ist, und legt dann einen kleinen Wattebausch davor, um das Austreten der Protargollösung zu verhindern und eine Befleckung der Wäsche zu vermeiden.

(Aerztl. Rdsch. 1918 Nr. 50.)

**Einfache Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektion.**  
 Von San.-Rat Dr. med. August Gause in Frankfurt a. M. Folgende Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektion, die Verf. in der letzten Zeit wiederholt (150 Fälle) in seiner Sprechstunde ohne jeden Zwischenfall bei seinen Patienten anwandte, dürfte an Einfachheit alle bis jetzt veröffentlichten Methoden der intravenösen Neosalvarsaninjektionen übertreffen. Man lege in eine kleine Schale mit reinem frischem Quellwasser eine kleine auseinandergelegte Rekordspritze (2 ccm), eine Pinzette, eine Kanüle und einen kleinen Glasstab (aus der Neosalvarsanverpackung), koche dieselben einige Minuten aus und bringe alsdann die ausgekochten Instrumente in der Schale mit heißem Wasser in das Sprechzimmer. Hier setze man mit der Pinzette die Rekordspritze zusammen, armiere sie mit der Kanüle, ziehe 1—2 ccm heißes Wasser aus der Schale in die Rekordspritze, leere das eingezogene Wasser in die mit dem Feile geöffnete Neosalvarsanampulle, löse mit dem aus der Schale genommenen Glasstabe das Neosalvarsan auf, ziehe dann das aufgelöste Neosalvarsan in die Rekordspritze und spritze jetzt das gelöste Neosalvarsan aus der Rekordspritze in eine gestaute Vene des Unterarms. Kurz vor obiger Vorbereitung lege man um das untere Drittel des Oberarms des Patienten zwecks Stauung eine Gummibinde. Patient wird dann 1 Tag Bettruhe empfohlen.  
 (Mediz.-techn. Mitt. 1918 Nr. 12.)

**Ueber Abszesse nach intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum salicylicum mit verunreinigtem Paraffin.** Von Prof. A. Buschke (Berlin). Während der ganzen Kriegszeit hatte Verf. bei zahlreichen Injektionen unlöslicher Hg-Salze in Paraffinemulsion nie besondere Störungen erlebt. Da verwendete er im Mai vorigen Jahres eine Emulsion aus einer anderen Quelle als bisher. Bei sechs Patienten, die an einem Tage gespritzt wurden, entwickelte sich unter Fieber zwischen 39 und 41° in 24 Stunden eine enorme Schwellung der Glutäen mit starker Schmerzhaftigkeit, Rötung und brettharter Infiltration der Haut, unter allgemeinem Krankheitsgefühl, starken Kopfschmerzen. Bei einer Patientin ging in etwa drei Wochen die Schwellung unter Ruhe und feuchten Verbänden zurück. Bei den übrigen mußten Inzisionen gemacht werden, es entleerte sich blutig-seröse und eitrige Flüssigkeit. Die Temperatur ging in 2—4 Tagen zur Norm zurück, ebenso die übrigen Erscheinungen. In etwa 4—5 Wochen war die Heilung beendet. Die bakteriologische Untersuchung der Flüssigkeit ergab, daß Bakterien nicht vorhanden waren. Die verwendete Injektionsflüssigkeit roch nach Petroleum. Verf. ließ dieselbe im Chemischen Institut der Universität untersuchen und zum Vergleich eine einer anderen Quelle entstammende Emulsion, die anstandslos getragen wurde. Er erhielt folgenden Bescheid: „Das Produkt I (die letztere Flüssigkeit, welche auch nicht roch) ist reines, leichtes Paraffinöl. Das Produkt II ist ein Gemisch von Paraffinöl und Kampferöl. Letzteres galt in Friedenszeiten als ziemlich wertloses Nebenprodukt bei der Destillation des Kampfers aus verschiedenen Teilen des Kampferbaumes und wurde meistens für Leuchtzwecke an Ort und Stelle verwendet. Es ist in den Handel unter dem Namen ‚weißes, leichtes Kampferöl‘ von der Chemischen Fabrik Schimmel (Leipzig) gebracht worden. Es besteht aus Pinen, Kampfer, Dispenten u. dgl.  $C_{10}H_{16}$ “. — Verf. hat seitdem wieder zahlreiche Injektionen mit geruchlosen Paraffinemulsionen und der Köppschen Vasenolemulsion gemacht, ohne unangenehme Zwischenfälle zu erleben. Jedenfalls teilt Verf. dies mit, um zur Vorsicht bei dem Gebrauch des Paraffins zu raten. Nur geruchloses darf verwendet werden. (Derm. Wschr. 1918 Nr. 45.)

**Erfahrungen mit dem neuen Prokutanverfahren.** Von Dr. L. Levy-Lenz (Aus der Klinik und Poliklinik des San.-Rat Dr. Dosquet, Berlin). Die Versuche haben sich zunächst nur auf 3 Krankheitsgruppen beschränkt, und das aus der Erwägung heraus, daß gerade diese 3 gewählten Zustände geeignet sind, Vergleiche bei Behandlung mit Unguentum neutrale und Prokutan — natürlich bei Zusatz eines spezifischen Medikamentes — zu ge-

statten. Es wurden also zu Untersuchungszwecken herangezogen: 40 Fälle von *Trychophytia anularis superficialis*, 10 Fälle von *Pruritus cutaneus simplex* und 26 Fälle von trockenen, chronischen Ekzemen. Bei den Trichophytien geschah der Vergleich in der Weise, daß von den fast gleichartigen Fällen 10 mit Unguentum Hydrargyr. praecipitat. alb. 20%, 10 mit Resorcin 10,0, Acidum salicylicum 5,0, Unguentum neutrale ad 50,0, 10 mit Prokutan cum Resorcin 20%, Acidum salicylicum 10%, 10 mit Prokutan cum Hg. praecipitat. alb. 20% behandelt wurden. Die Erfolge waren, wenn das den beiden Grundlagen zugefügte Medikament überhaupt anschlug, völlig zufriedenstellend und vor allem bei den mit Prokutan und andererseits mit Unguentum neutrale zubereiteten Verordnungen völlig gleich. 4 Patienten reagierten auf alle obengenannten Mittel, sowohl in der Zusammenstellung mit Unguentum neutrale wie mit Prokutan schlecht, besserten sich aber rasch unter Betupfen mit Tct. jodi. Bei 5 Patienten ging der Prozeß trotz aller Maßnahmen in die Tiefe und konnte nur durch Epilation und heiße Umschläge geheilt werden. Die Kranken mit Pruritus wurden abwechselnd je 3 Tage mit Ichthynat 5,0, Unguentum neutrale 45,0 und Prokutan cum Ichthynat Heyden 10% behandelt. 4 Patienten trotzten allen Maßnahmen, die übrigen 6 wurden durch das Ichthynat in beiden Zubereitungen gleich gut beeinflußt. Bei den Ekzemen wurde 13mal Tumenol ammonium 5,0, Unguentum neutrale 45,0 und 13mal Prokutan cum ammonium 10% angewandt. Von den so Behandelten reagierten 6 auf Tumenol ammonium in jeder der beiden Formen schlecht, besserten sich aber unter feuchten Umschlägen mit essigsaurer Tonerde. 4 Patienten sind noch jetzt ungeheilt. Von den übrigen 16 hatte man den Eindruck, daß unter der Prokutan-zubereitung die Erweichung und die Abheilung sichtlich schneller vonstatten ging als unter dem Salbenverband. Das Prokutan ist ein kreideähnlicher, unter anderem aus Zinkoxyd bestehender Körper, der teils in Pulvern, teils in Blöcken und Stiften unter Zusatz der verschiedensten Medikamente in den Handel kommt. Es wird entweder mit Wasser gemischt ähnlich der alten Schüttelmixtur aufgetragen, oder bei glatten Hautflächen wird die zu behandelnde Körperstelle leicht angefeuchtet und dann mit dem Block oder dem Stift bestrichen, so daß ein feiner Ueberzug zurückbleibt. Den Patienten, die gewöhnlich nach einer „guten Salbe“ zum Arzt kommen, muß man zuerst die Anwendung des Prokutans etwas plausibel machen. Haben sie sich aber erst einmal daran gewöhnt, so empfinden sie meist besonders die Sauberkeit der Anwendung sehr angenehm. Während sie früher immer klebrig — besonders bei ausgedehnter Anwendung —

herumliefen und Verbände brauchten, haben sie jetzt nur einen hautfarbenen Anstrich an den kranken Stellen, der nicht schmiert und sich streng auf die erkrankten Hautpartien lokalisieren läßt. (Besonders angenehm z. B. bei der Pyrogallusbehandlung des Lupus.) Nicht zu empfehlen ist das Prokutan natürlich da, wo sie fetthaltige Salbe als solche wirken soll, und bei stark dezernierenden, Borken bildenden Prozessen. Faßt man zum Schluß das Gesagte über die Erfahrungen mit Prokutan zusammen, so haben wir in ihm einen in den meisten Fällen vollwertigen Ersatz für andere Salbengrundlagen. Seine Anwendung ist zudem sauberer und billiger (da unter anderem ja auch meist jeder Verband wegfällt) als die zurzeit erhältlichen Salben.

(M. Kl. 1918 Nr. 39.)

**Die Therapie der Hyperhidrosis.** Von Dr. Töppen (Peine). Die 2% Formaldehyd enthaltende Salbenkomposition Vestosol möchte Verf. als das beste, sicherste und wegen seines sparsamen Verbrauches auch billigste Mittel gegen Schweißfuß empfehlen. Verf. hat das Mittel seit mehreren Jahren verordnet, nachdem er es in der Kosmetik von Prof. Saalfeld warm empfohlen fand. Die Salbe wird am besten morgens dünn in die Sohlenfläche des Fußes und zwischen die Zehen eingerieben, und zwar in den ersten acht Tagen der Behandlung am besten täglich, später etwa alle zwei bis drei Tage. Es ist besonders zu beachten, daß das Baden der Füße möglichst eingeschränkt werden muß, es genügt jede Woche ein Reinigungsbad. Von allen Patienten wird bestätigt, daß schon nach den ersten Einreibungen der lästige, den Kranken und die Umgebung quälende Geruch verschwindet und daß die Füße auch bei großer Hitze bald ganz trocken bleiben. Unter der schützenden Salbendecke heilen die gereizten oder wunden Hautstellen bald ab, die Haut wird glatt, geschmeidig und widerstandsfähig. Als wesentlicher Vorteil ist noch anzuführen, daß die Fußbekleidung durch die Salbe nicht wesentlich beschmutzt wird. Das Vestosol vermag zwar die Hyperhidrosis nicht zu heilen, wohl aber die Schweißsekretion wesentlich zu beschränken und namentlich den höchst fatalen Geruch vollständig zu beseitigen. Die milde, völlig reizlose, angenehm riechende Salbe kann auch bei Hyperhidrosis axillaris, mammae und bei Intertrigo mit gleich gutem Erfolge angewandt werden. (D. m. W. 1919 Nr. 6.)

**Die Röntgenbehandlung der Hyperhidrosis localis mit harten Röntgenstrahlen.** Von Dr. F. M. Meyer (Berlin). Nach vielen Versuchen, in denen die Technik weitgehendst modifiziert wurde, steht Verf. heute auf Grund der Erfahrungen, die in einem



Zeitraum von sechs Jahren gesammelt wurden, auf dem Standpunkt, daß nur die hochfiltrierte harte Strahlung imstande ist, regelmäßig die Hyperhidrosis zu beseitigen. Im allgemeinen geht Verf. in der Weise vor, daß er eine Röntgenröhre mit der primären Härte von 12 Wehnelt benutzt und zwecks Herstellung einer möglichst homogenen und harten Strahlung dieselbe ein Aluminiumfilter von 4 mm Dicke passieren läßt. In der einzelnen Sitzung appliziert er meist 170 F (eine Volldosë nach Sabouraud-Noiré) und wiederholt diese Technik viermal in je einwöchigen Zwischenräumen. In Berücksichtigung der Tatsache, daß bei dieser Methode in fraktionierter Bestrahlung vorgegangen wird, ist die Folgerung zulässig, daß die Gesamtmenge nicht die Erythemdosis erreicht. Allerdings kann man bei diesem Leiden, das meist außerordentlich chronisch ist, nicht schematisieren, und, wie überall, wird auch hier der Erfahrene die besten Erfolge zeitigen. So hat Verf. in manchen Fällen die Dosis in einzelnen Sitzungen vergrößert oder bei gleichbleibender Dosis die Zwischenräume zwischen den einzelnen Sitzungen kleiner gewählt. Auch wird man, um ein Beispiel zu nennen, bei Bestrahlung der Hohlhand, deren Haut zarter als die der Fußsohle ist und mit Rücksicht auf die Gebrauchsfähigkeit natürlich einer weitgehenden Schonung bedarf, nach Möglichkeit vorsichtig zu Werke gehen. Ohne auf Einzelheiten der speziellen Technik näher einzugehen, möchte Verf. noch bemerken, daß es sich bei größeren Flächen, insbesondere bei Behandlungen der Fußsohle, empfiehlt, nicht das erkrankte Gebiet auf einmal zu bestrahlen, sondern eine Einteilung in Felder vorzunehmen, damit mit Sicherheit jede einzelne Drüse vom Zentralstrahl getroffen und auf diese Weise eine allseitige, gleichmäßige biologische Wirkung gewährleistet wird. Immerhin ist die Behandlung eine langdauernde, insofern, als höchst selten eine einzige Bestrahlungsserie das Leiden vollständig beseitigt, andererseits es nicht ratsam ist, sich mit einer Besserung, selbst weitgehender Art, zu begnügen; denn nicht die in ihrer Funktionskraft geschwächte, sondern nur die völlig abgetötete Drüse schützt vor Rückfällen. So kommt es, daß meist mehrere Bestrahlungsserien zur Herbeiführung der Heilung erforderlich sind; dafür wird man aber, richtige Technik von seiten des Arztes und nötige Ausdauer von seiten des Patienten vorausgesetzt, kaum Versager erleben. Was die Nebenwirkungen anbetrifft, so besteht die Notwendigkeit, bei Bestrahlungen der Achselhöhle darauf hinzuweisen, daß ein vorübergehender bzw. dauernder Haarausfall während der Bestrahlung oder im Anschluß an dieselbe nicht mit Sicherheit zu vermeiden ist, ein Vorgang, der sich aus der hohen Empfindlichkeit der Haarpapille der harten Röntgenstrahlung gegenüber er-

klärt, und an dem die Kranken keinen Anstoß zu nehmen pflegen. Außerdem tritt meist eine leichte Sprödigkeit und Rauhigkeit der bestrahlten Haut ein. Hierbei handelt es sich aber nicht, wie Wetterer annimmt, um eine primäre Röntgenwirkung, etwa im Sinne einer Reaktion ersten Grades, sondern diese Erscheinung ist die Folge der durch die Röntgenstrahlen verursachten veränderten biologischen Verhältnisse der Haut, die ihren Ausdruck in dem Sistieren der Schweißdrüsenfunktion finden. Es ist nun völlig unmöglich, die Technik so abzustimmen, daß die übermäßige Schweißdrüsenfunktion beseitigt wird und an ihre Stelle normale Verhältnisse treten, sondern man muß zwecks Vermeidung von Rückfällen stets die völlige Funktionsuntüchtigkeit der Schweißdrüsen herbeiführen, was notwendigerweise eine Trockenheit und eine damit Hand in Hand gehende Rauhigkeit der Hand zur Folge hat. Diese Erscheinung wird aber von den Patienten gern in Kauf genommen, wenn sie dafür von ihrem Leiden befreit werden, zumal der Zustand bei vorsichtiger Technik nicht erheblich in die Erscheinung tritt und überdies durch Anwendung von indifferenten Fetten gemildert werden kann.

(B. kl. W. 1918 Nr. 52.)

#### d) Ohrenkrankheiten.

**Behandlung des Ohrenleidens und der Stirnhöhle.** Darüber schreibt Sanitätsrat Dr. Berliner in Breslau: Während ich sonst gezwungen war, bei schweren eitrigen Mittelohrentzündungen, bei Anschwellung in der Warzengend, an der hinteren und vorderen Wand des Gehörganges Operationen vorzunehmen, habe ich jetzt eine Komposition hergerichtet, die die Affektion meistens beseitigt. Das Mittel wird täglich ein- bis zweimal ins Ohr hineingegossen, ungefähr zwei Minuten drinnen gelassen und dann herausgenommen. Langjährige Sekretion wird auch damit ziemlich schnell beseitigt. Das Präparat ist folgendes:

Formaldehyd Floricinat	2 gr
Fliederaethrol	2 "
Karbolsäure	1 "
Essigsäure	1 "
Brennspiritus	
Hydrog. peroxyd. ää	10 "

Evtl. vorher mit Kokain unempfindlich machen.

Außerdem ist es möglich, die Eiterung in der Stirnhöhle, in der bisweilen Schmerzhaftigkeit sich geltend macht, mit einem einfachen Mittel zu beseitigen. Ein Kollege heilte sogar bisweilen Bewußtlosigkeit, manche waren früher vergeblich behandelt worden.

Es ist mit dem Präparat möglich, die Affektion in zirka 10 Tagen zu beseitigen, wenigstens ist es mir gelungen, das bei etlichen in der Zeit zu erledigen, die früher monatelang anderweitig vergeblich behandelt wurden. Es ist einfach nötig, durch die Nase das Präparat in die Stirnhöhle hineinzublasen. Man verwendet täglich:

H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> (Hydrogenium peroxydat.)	1 gr
Aqu. destill.	3
Anisaethrol	5 Trpf.
Lugolsche Lösung	3 "

Zweckmäßig ist es, die Nase vorher mit Kokain unempfindlich zu machen. Das Formaldehyd Floric. und Anisaethrol stammt von der Chemischen Fabrik D. Noerdlinger in Flörsheim a. Main.

(R.-Med.-Anz. 1918 Nr. 25.)

**Ueber die Anwendung von Ortizon in der Ohrenheilkunde.**  
 Von Dr. C. Kirchner (Aus der K. Universitäts-Ohrenklinik in Würzburg). Verf. hat das Ortizon am häufigsten in Pulverform, und zwar bei akuten und chronischen Mittelohreiterungen verwendet. Das Ortizonpulver brachte er mittels eines Wattestäbchens oder Pulverbläfers in den Gehörgang, an das durchlöchernte Trommelfell oder an die gewucherte Paukenhöhlenschleimhaut. Sobald das Pulver in die Tiefe des Gehörganges gelangt, entwickelt sich sofort ein ungemein dichter Schaum, wodurch in kurzer Zeit der Gehörgang derart gereinigt wird, daß die otoskopische Untersuchung ohne weitere Schwierigkeit erfolgen kann. Gerade bei akuten Ohreiterungen ist dieses Präparat als direkt ideal zu bezeichnen, besonders wenn die Absonderung serös-eitrig ist. Die Schmerzhaftigkeit, das brennende Gefühl, das öfters beim Eingießen von lauwarmer Wasserstoffsperoxydlösung entsteht, trat niemals bei der Pulverbehandlung mit Ortizon auf. Auch bei chronischen Mittelohreiterungen zeigte sich nach kurzer Zeit ein Nachlassen der Eiterung, auch der ungemein lästige üble Geruch, den manche chronische Ohreiterungen mit sich bringen, verschwand sehr bald, und die mit zähen, schmierigen Massen bedeckten Mittelohrbuchten reinigten sich rasch und vollständig, so daß man die geschwellte Paukenhöhlenschleimhaut deutlich überblicken und zweckmäßig behandeln konnte. Die Anwendung von Ortizonpulver ist auch angezeigt bei denjenigen Ohreiterungen, die in Abheilung begriffen sind, bei denen nur noch geringe Eiterung besteht und die daher nicht mehr mit Ausspülungen und Einträufelungen von Wasserstoffsperoxyd oder anderen Arzneilösungen behandelt werden dürfen. Einblasung von Ortizonpulver beschleunigt den Heilverlauf solcher Mittelohreiterungen, so daß sehr bald die Ab-

sonderung aufhört und die Trommelfellöffnung sich schließt. Bekanntlich sollen bei Trommelfellzereißungen infolge direkter oder indirekter Gewalteinwirkung, Explosionen usw. keine Eingießungen oder Ausspülungen vorgenommen werden, auch wenn bereits geringe Sekretion und Röte am Trommelfell vorhanden ist, da Gefahr besteht, daß dadurch eine langwierige, mitunter schwere Mittelohreiterung hervorgerufen wird. Durch Einblasen von Ortizonpulver ließ diese serös-eitrige Absonderung bald nach, eine Übertragung auf die Mittelohrteile und darauffolgende Eiterung fand nicht statt, der Gehörgang wurde stets auf diese Weise von Staub und anderen eingedrungenen schädlichen Massen gereinigt und bald Heilung erzielt. Das Ortizonpulver bewirkt nicht nur eine Reinigung des Gehörganges, es zerstört auch die Bakteriengifte in demselben und entfernt ohne besondere Reizung die übelriechenden Eitermassen. (M. m. W. 1918 Nr. 31.)

**Die Therapie der traumatischen Trommelfellruptur** von Doz. Dr. R. Imhofer, Prag. Bei größeren Trommelfellrupturen ist die rein konservative Therapie nicht am Platze. Es muß ein Reizzustand herbeigeführt werden, teils durch Beschleunigung der Drüsentätigkeit, teils durch einen lokalen Reiz auf die Wundränder. Verf. hat recht gute Erfolge dieser Methode gehabt. Zum ersten Zwecke verwendet er Pilokarpin, zu letzterem Scharlachrotsalbe. Verf. hat bemerkt, daß den Pilokarpininjektionen bei Trommelfellrupturen ein unmittelbarer Fortschritt der Verkleinerung unmittelbar, auch ohne Lokalbehandlung folgte, und diese Injektionen deshalb bei allen größeren, weit klaffenden Rupturen, ohne Rücksicht, ob eine Labyrinthschädigung nachweisbar war oder nicht, vorgenommen. Verf. injiziert zunächst 0,3 ccm einer 2 proz. Lösung, also 0,006 g, läßt aber dann eine dreitägige Pause eintreten; ist die Reaktion genügend und auch im otoskopischen Befund ein Erfolg zu sehen, dann wird bei dieser Dosis in 3—4 tägigen Intervallen bis zur Restitution geblieben, zeigt sich keine oder nur geringe Reaktion, was bei den weiteren Injektionen meist der Fall ist, so kann auf 0,4—0,5 ccm gestiegen werden, aber stets mit Einhaltung der Intervalle zwischen den Injektionen. Die Scharlachrotsalbe wurde in 5 proz. Konzentration mittels Wattestäbchens direkt auf die Ränder der Ruptur aufgetragen, wobei allerdings die Umgebung tingiert und die Beobachtung etwas erschwert wurde. Eine stärkere Reaktion sah Verf. manchmal, sie äußerte sich in seröser Sekretion der bloßliegenden Paukenhöhlenschleimhaut und etwas Quellung der Wundränder. Konstant war diese Reaktion nicht, mehrere Fälle zeigten gar keine Reaktion, ohne daß diese der Schnelligkeit des Heilungsverlaufs Eintrag getan

hätte. War Reaktion vorhanden, wechselte die Scharlachrotsalbe mit trockener Gazetamponade in 24 stündigen Intervallen, event. sogar 48 stündigen ab. (Ther. Mh. 1918 Nr. 12.)

#### e) Augenkrankheiten.

**Endonasale Behandlung von Augenerkrankungen von Stenger:** Unter den Fällen von Neuritis retrobulbaris gibt es nach Ausschluß sonstiger Krankheitsursachen (Lues und multiple Sklerose) eine große Zahl, bei denen der Augenarzt zu der Vermutung kommt, daß die Sehnervenerkrankung von den Nasennebenhöhlen aus bedingt ist. In solchen Fällen ist der Rhinologe vor die Frage gestellt, ob eine Nasennebenhöhlenerkrankung vorliegt, die als Ursache der Optikuserkrankung anzusehen ist, ferner, ob durch Behandlung dieser Nasenerkrankung ein Einfluß auf die Augenerkrankung möglich ist. Im allgemeinen glaubte man einen Zusammenhang ablehnen zu müssen, wenn keine Anzeichen bestehender Erkrankung in der Nase vorhanden waren. Die eigenartigen Erfolge nach scheinbar unbedeutenden Eingriffen in der Nase (Muschelentfernung usw.) konnte man sich nicht erklären, und man sah die danach auftretenden Besserungen als Zufallsereignisse an. Der Vortragende geht von der Erwägung aus, daß diese bisherigen Anschauungen nicht zutreffend sein können. Wenn ausschließlich Eiterungsprozesse in den Nasennebenhöhlen Ursache der Optikuserkrankung sein sollen, dann müßten sich auch in der Art der Optikuserkrankung andere Symptome bemerklich machen, ähnlich denen, die wir bei den eitrigen Erkrankungen abgeschlossener Knochenhöhlen beobachten, z. B. der akuten Orbitalphlegmone nach Erkrankung der Nasennebenhöhlen. Auch die von Onodi beschriebenen Abnormitäten im anatomischen Aufbau der knöchernen Nebenhöhlenwandungen kommen nicht in Betracht, da die Lagebeziehungen des Optikus bei normalen Verhältnissen an sich schon enge sind. Als eigentliche Ursache ist vielmehr die gestörte Funktion in der vom Vortragenden als mangelnde Ventilation der Nase bezeichneten Form anzusehen, die bedingt ist durch anatomischen Aufbau bzw. Veränderungen im Bereiche des mittleren Nasenganges. Im besonderen sind es drei Typen im Nasenaufbau, die dazu Anlaß geben, daß die Disposition zur Verlegung der Ausmündungsgänge der Nebenhöhlen gegeben ist: 1. Verlegung des mittleren Nasenganges durch Septumdeviation bei „zurückverlagerter“ mittlerer Muschel. 2. Große, blasige mittlere Muschel, die den mittleren Nasengang völlig verlegt. 3. Stark ausgebildete Bulla ethmoidalis mit Anlagerung an die mittlere Muschel. Es wurden im ganzen 18 Fälle mit Erfolg

operiert. In 10 Fällen war die Herabsetzung der Sehfähigkeit derart, daß Fingerbewegungen nur dicht vor dem Auge oder überhaupt nicht gesehen wurden; in 8 Fällen bestand die Sehschädigung auf beiden Augen. Bei 11 Operierten wurde durch die Operation völlige Sehfähigkeit erreicht. Der Erfolg ist um so besser, je zeitiger die Behandlung eingeleitet wird. Nach zwei- bis dreimonatiger bestehender Augenerkrankung ist die endonasale Behandlung aussichtslos. Bemerkenswert ist, daß in 2 Fällen beiderseitiger Erblindung durch einseitige Operation zunächst keine Besserung eintrat, diese zeigte sich erst nach operativer Behandlung der anderen Seite, eine Erscheinung, die sich durch den von Onodi beschriebenen, abnorm großen einseitigen Ausbau der hinteren Siebbeinzellen erklären läßt. In einem Falle wurde nach vorübergehender Besserung eine erneute Verschlechterung beobachtet, die auf die Einwirkung einer nach wenigen Tagen plötzlich einsetzenden Blutung infolge Tamponade der Nase zurückzuführen ist.

**Besprechung.** Birch-Hirschfeld hebt hervor, daß das Bild der Sehnervenschädigung bei Sinusitis posterior verschiedenartig sein kann. Funktionell am wichtigsten ist die Form der Neuritis axialis, bei der sich meist im Verlaufe weniger Tage ein zentrales, anfangs relatives, später absolutes Skotom mit schnell fortschreitender Sehstörung entwickelt. Der ophthalmoskopische Befund ist häufig in den ersten Wochen negativ, während sich später eine partielle Atrophie des Optikus bemerkbar macht, wenn nicht durch Behandlung der hinteren Nebenhöhlen eine günstige Wendung erreicht wird. In diesen Fällen ist der Nachweis des zentralen Skotoms nicht nur von größter diagnostischer Bedeutung, da er bei Ausschaltung anderer ätiologischer Momente (Intoxikationsamblyopie, multiple Sklerose) oft zuerst den Gedanken an eine Sinusitis posterior nahelegt, sondern auch für die Verfolgung des Einzelfalles lassen sich aus den Augensymptomen wichtige Schlüsse ableiten. Der Erfolg der Behandlung der Nebenhöhlen und das Auftreten eines Rezidivs treten oft bei der Skotometrie und der Funktionsprüfung des Auges recht deutlich in Erscheinung. Eine leichtere Form von Sehnervenbeteiligung macht sich in vielen (aber keineswegs allen) Fällen als Vergrößerung des blinden Fleckes bemerkbar, worauf van der Hoeve zuerst hingewiesen hat. Bei dieser Form braucht das Sehvermögen nicht beeinträchtigt zu sein. Endlich kann die Sehnervenerkrankung bei Nebenhöhlenerkrankung gelegentlich unter atypischem Bilde (mit konzentrischer oder sektorenförmiger Gesichtsfeldeinengung) verlaufen. Für manche Fälle bleibt es trotz anscheinender Besserung infolge der Nebenhöhlenbehandlung zweifelhaft, ob wirklich eine Sinusitis die Ursache des

Augenleidens war, da der Schluß *ex juvantibus* gerade hier nicht beweisend zu sein braucht. — Daß das Zusammenarbeiten von Rhinologen und Ophthalmologen von größter Bedeutung für den Patienten ist, soll damit natürlich keineswegs bestritten werden. (Verein für wissenschaftliche Heilkunde, Königsberg i. Pr. 13. 1. 1919.)

### Neue Bücher.

**Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten.** Von Dr. F. Lust, Priv.-Doz. in Heidelberg. Berlin u. Leipzig, Urban und Schwarzenberg. Preis 12 Mk. Ein Buch für die Praxis. In den Vordergrund gestellt die Therapie, daneben diagnostische Vorbemerkungen, besonders genau, wo es sich um spezifische Kinderkrankheiten handelt. Am Schluß Arzneiverordnungen für die Kinderpraxis, alphabetisch geordnet, und eine therapeutische Technik. Der Autor hat es verstanden, auf relativ kleinem Raum das ganze Gebiet eingehend zu bearbeiten. Dies gelang ihm nur dadurch, daß er Ueberflüssiges beiseite ließ und nur das für die tägliche Praxis Wichtige betonte. Ein Buch für die Praxis, das geeignet ist, dem Arzt den modernen Standpunkt der Pädiatrie klar vor Augen zu führen und ihn über alles Notwendige sicher zu orientieren.

**Lehrbuch der speziellen Chirurgie.** Von Prof. Dr. v. Hochenegg und Geh. Med.-R. Prof. Dr. Payr. Berlin u. Leipzig, Urban und Schwarzenberg. Bd. 2. Preis 30 Mk. Obwohl erst der 2. Band des in 2. Auflage erscheinenden Werkes vorliegt, kann man doch schon voraussagen, daß es sich zu den alten viele neue Freunde hinzuwerben wird. Klarheit in der Darstellung, die durch zahlreiche gute Bilder unterstützt wird (der 1160 Seiten starke Band enthält 582 Textabbildungen und 14 Tafeln), Hervorhebung des praktisch Brauchbaren und Erprobten, das sind — neben manchen anderen — besonders die Vorzüge dieses Werkes, dessen 1. Teil, nebst dem angekündigten Anhang (die wichtigsten Erfahrungen aus dem Gebiete der Kriegschirurgie), hoffentlich bald folgen wird.

**Die Krankheit Wilhelms II.** Von Dr. P. Tesdorpf. München, J. F. Lehmann. Daß der angesehene Verlag, dem wir soviel vortreffliche medizinische Literatur verdanken, dieser „Arbeit“ nahegetreten ist, bleibt verwunderlich. Wenn ein Arzt sich berufen fühlt, den Exkaiser als Geisteskranken hinzustellen, so hat er seine Behauptung nicht durch ein paar Seiten allgemeine Bemerkungen und durch ein paar Seiten speziell dem Thema gewidmeter, aber durchaus unvollkommener, jeder wissenschaftlichen

Begründung barer Darstellungen zu stützen! Anders steht es mit einem im gleichen Verlage früher erschienenen Werke des Grafen v. Reventlow: „Kaiser Wilhelm II. und die Byzantiner“ (Preis 4 Mk.), das den Kollegen warm empfohlen werden kann. Hier werden nicht leichtfertig Behauptungen aufgestellt und oberflächlich Urteile gefällt, sondern der Verfasser sucht eingehend seine interessanten Ansichten zu begründen und bietet viel Anregendes. Das Meiste, was er sagt, ist leider nur zu wahr und hat wesentlich dazu beigetragen, Deutschland dem Abgrunde zu nähern.

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 161. Diagnostisches S. 163. Kasuistisches S. 166.  
Therapeutisches S. 170. Neue Bücher S. 191.

## Sachregister.

Abszesse nach Injektionen von Hydrarg. salicyl. 182.  
Aderpressen 177.  
Anämie, Milzextirpation bei perniziöser 179.  
Augenerkrankungen, endonasale Behandlung 189.  
Blinddarmerkrankungen und Mohngeuß 161.  
Delegonstäbchen 181.  
Fleckfieber, Frühdiagnose 163.  
Hyperhidrosis, Vestosol bei 184.  
—, Röntgenbehandlung 184.  
Influenza und Psychosen 161.  
—, Nasenbluten bei 177.  
Influenzapneumonie, Kampfer bei 177.  
—, Digitalis bei 177.  
Kieselsäurebehandlung der Lungentuberkulose 178.  
Lungentuberkulose, Kieselsäure bei 178.  
Milzextirpation bei perniziöser Anämie 179.  
Mohn, Blinddarmerkrankungen durch Genuß von 161.  
Neosalvarsaninjektion, Technik 181.  
Nervenverlesung 170.  
Ohrleiden, Behandlung 186.  
Ortizon in der Ohrenheilkunde 187.  
Peritonitis, Aetherbehandlung 178.  
Prokutanverfahren 182.  
Prostata, Syphilis 169.  
Röntgenbehandlung der Hyperhidrosis 184.  
Schußneuritis, Verlesung der Nerven bei 170.  
Syphilis. Reinfektion 168.  
— der Prostata 169.  
Tabes, spezifische Behandlung 179.  
Trommelfellruptur, Behandlung 188.  
Typhusbazillen im Sputum 165.  
Vestosol bei Hyperhidrosis 184.  
Wunddiphtherie 166.  
Wundschluß, nahtloser 178.  
Zwiebeln bei Durchfällen 179.

## Autorenregister.

<i>Berliner</i> 186.	<i>Imhofer</i> 188.	<i>Perthes</i> 170.	<i>Trendelenburg</i> 170.
<i>Buschke</i> 182.	<i>Kantorowicz</i> 177.	<i>Pulay</i> 165.	<i>Walther</i> 177.
<i>Cohn</i> 169.	<i>Kirchner</i> 187.	<i>Schmid</i> 166.	<i>Wichura</i> 178.
<i>Feer</i> 177.	<i>Kühn</i> 178.	<i>Schürer</i> 168.	<i>Wilbrand</i> 179.
<i>Frank</i> 176.	<i>Levy-Lenz</i> 182.	<i>Siegels</i> 179.	<i>Wolfsohn</i> 178.
<i>Gause</i> 181.	<i>Meyer</i> 184.	<i>Stenger</i> 189.	
<i>Hartz</i> 177.	<i>Notkin</i> 161.	<i>Sternberg</i> 181.	
<i>Hoffstetter</i> 168.	<i>Penkert</i> 161.	<i>Töppen</i> 184.	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 7.

April 1919

## Aetiologisches.

**Ein Fall von Osteoperiostitis des Stirnbeines nach Grippe.**  
Von Priv.-Doz. Dr. R. Imhofer (Prag). Da bei genauester Anamnesenaufnahme und Untersuchung weder ein Trauma noch eine sonstige Erkrankung nachgewiesen werden konnte, die Stirnhöhle als einzige in Betracht kommende Nasennebenhöhle gesund war, ebenso vonseiten des Auges kein pathologischer Prozeß vorlag, müssen wir die Affektion als mit der Grippe in Zusammenhang stehend auffassen. Für anderweitige Infektionen sind ja solche Knochenmetastasen bekannt, so z. B. für Masern und Typhus. Und da andere Ursachen absolut nicht zu finden waren, die Erkrankung während einer Grippe nach Abfall des Initialfiebers unter neuerlicher Temperatursteigerung auftrat, müssen wir allerdings mit gebotener Reserve die Möglichkeit, ja sogar die Wahrscheinlichkeit eines analogen Zusammenhanges annehmen. Der günstige Verlauf ohne tiefergreifende Knochenzerstörung und ohne Erkrankung der Tabula interna des Stirnbeines dürfte wohl dem rechtzeitigen chirurgischen Eingriff zuzuschreiben sein, denn die meisten chirurgischen Lehrbücher fassen diese Erkrankung, die auch unter dem Namen Perikranitis geführt wird, nicht viel weniger ernst auf als die eigentliche Osteomyelitis, und wenn dem Eiter nicht ganz frühzeitig Abfluß geschaffen wird, so ist die Erkrankung des Knochens, welche dann zum mindesten bis an die Außenfläche der Dura übergreift, unausbleiblich.

(W. kl. W. 1919 Nr. 4.)

**Zur Aetiologie der Iritis rheumatica.** Von Dr. M. Folman  
(Aus der Augenabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin). Stellt man sich die Frage, wie oft in den Fällen von „rheumatischer“ Iritis die Anamnese eine gonorrhoeische Infektion

aufzuweisen hat, so bestehen darüber keine statistischen Angaben in der Literatur. Zum Zwecke der Beantwortung dieser Frage hat Verf. die stationären Krankenblätter der Augenabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses nach den Fällen von Iritis rheumatica durchgesehen. Dabei hat er nur diejenigen Fälle von primärer sero-plastischer Iritis berücksichtigt, bei denen weder der allgemeine Status, noch der spezielle Augenbefund, noch der klinische Verlauf auf eine ätiologische spezifische Iritis schließen ließ. Es wurden so alle Iritiden, die Lues, Tuberkulose, chronischen Gelenkrheumatismus, Gicht, Diabetes, Arteriosklerose, akute Gonorrhoe und andere Erkrankungen zur Ursache hatten, eliminiert. Den Rest bildeten 93 Fälle von „Iritis rheumatica“. Es stellte sich nun heraus, daß unter diesen 93 Fällen in der Anamnese eine früher durchgemachte Gonorrhoe in 41 Fällen registriert war. Außerdem waren noch 3 Fälle, in denen eine frühere gonorrhoeische Infektion wahrscheinlich war (Beschwerden beim Urinieren mit gleichzeitiger Erkrankung eines Gelenkes). In 4 Fällen waren frühere Lues und Urethritis gonorrhoeica verzeichnet, jedoch bei negativer Wa.R. In ebensolchen 3 weiteren Fällen war die Wa.R. positiv. In 26 dieser Fälle war der Tripper seinerzeit von Gonitis gonorrhoeica begleitet, und in 8 Fällen waren „rheumatische“ Beschwerden und Reißen verzeichnet. In 16 Fällen ist von zwei- und mehrmaligen Rezidiven der Iritis berichtet. Sehen wir von den 7 Fällen von Lues und Gonorrhoe ab (in den 4 Fällen ferner mit negativer Wa.R. ist der gonorrhoeische Faktor vielleicht nicht ohne Bedeutung), so ergibt sich ein Verhältnis von 41 bzw. 44 zu 93, d. h.: in 44 bzw. 47% der Fälle von Iritis rheumatica ergab die Anamnese eine frühere gonorrhoeische Infektion. Es ist klar, daß diese Zahlen (in Wirklichkeit müßte der Prozentsatz noch höher sein, da ja vielfach die Infektion negiert wird) zu der Annahme einladen, daß ein Zusammenhang zwischen der früheren gonorrhoeischen Infektion und der späteren Iritis besteht. Sie geben Anlaß, jeden Fall von Iritis mit unklarer Aetiologie besonders exakt auf Gonorrhoe zu untersuchen. Für die Therapie der Iritis „rheumatica“ eröffnen sich auf diese Weise neue Aussichten. Die günstigen Resultate der spezifischen Behandlung bei Gonorrhoe könnten auch für diese Fälle, besonders die rezidivierende rheumatische Iritis, Veranlassung zur Vakzinetherapie geben. (D. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Progressive spinale Muskelatrophie nach Wirbelsäuletrauma.**  
 Von Finkelburg. Ein 52 jähriger, bis zum Unfall voll arbeitsfähiger Arbeiter wurde am 9. November 1917 von einem schweren Torflügel in den Rücken getroffen, so daß er zu Boden geschleudert wurde und kurze Zeit bewußtlos war. Er konnte allein nach

Hause gehen und am anderen Tage seine Arbeit (vorwiegend Aufsichtsdienst) fortsetzen. Anfang Januar 1918 suchte er den Arzt auf wegen Muskelzittern und Schwäche im rechten Arm. In den folgenden Wochen Uebergreifen der Schwäche auf den linken Arm. Mitte März mußte er die Arbeit aufgeben, da er beide Arme schlecht heben und die Unterarme schlecht beugen konnte. Juli 1918 wurde bereits ausgesprochener Muskelschwund an beiden Armen und Schultern festgestellt. Jetziger Befund: Gehirnnerven normal, schlaffe Lähmung der gesamten Schulter-, Oberarm-, Unterarmmuskulatur, so daß die Arme schlaff herunterhängen und der Mann allein sich weder an- noch ausziehen, noch essen kann. Ausgesprochene Atrophie der Mm. supra- und infraspinatus und der beiderseitigen Armmuskulatur, geringere an kleinen Handmuskeln. Faustschluß ist ganz schwach möglich, ebenso Daumenstreckung. Fehlen der Sehnenreflexe an den Armen, elektrisch in der Mehrzahl der Arm- und Handmuskeln totale Entartungsreaktion, im M. trapezius, der rechts bereits Atrophie zeigt, bei guter Kraft normale Erregbarkeit außer geringer Herabsetzung bei direkter faradischer Reizung. Ausgedehntes Muskelfibrillieren vor allem in den Mm. trapezius, pectoralis, latissimus dorsi, triceps beiderseits. Sehnenreflexe an den Beinen nicht gesteigert, Hautreflexe normal, kein Babinski, keine Gefühlsstörungen, Blasen-Mastdarmfunktion normal. Nach dem ganzen Befund muß die Diagnose auf progressive spinale Muskelatrophie lauten, da gegen Syringomyelie das Fehlen jeder Sensibilitätsstörung spricht. Nach Kienböck sind Fälle beobachtet worden, in denen nach einem Trauma nach anfänglichem Fortschreiten von spinalen Erscheinungen unter dem Bilde einer Vordersäulenerkrankung der Prozeß zum Stillstand gekommen ist, so daß es sich nicht um echte spinale progressive Muskelatrophie gehandelt hat. Erb hat aber die Entwicklung des Leidens auch nach leichteren Traumen beobachtet. Hier wird ebenfalls ein Zusammenhang mit dem Rücken trauma als auslösendem Moment nicht abzulehnen sein nach der Erheblichkeit des Unfalles mit direkter Erschütterung der Wirbelsäule und der zeitlichen Entwicklung nach dem Trauma.  
(Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn,  
9. 12. 1918.)

### **Symptomatologisches.**

**Ein objektives Symptom nach Schädelverletzungen.** Von Oberarzt Dr. Bruno Kisch (Aus dem Landwehrspital in Prag). Vor einiger Zeit hat Verf. auf folgenden, bisher nicht beschriebenen Reflex aufmerksam gemacht: Bringt man einer Versuchsperson mit

normalem Gehörorgan und Nervensystem mit Hilfe einer Pipette oder eines Tropfglases in die Tiefe des äußeren Gehörganges ca. 0,5 cm<sup>3</sup> einer etwa 16—17° C kalten Flüssigkeit (Wasser), so erfolgt sofort reflektorisch ein sanfter (nur selten krampfhafter) Lidschluß von höchstens 3—4 Sekunden Dauer. Vor Ausführung dieses Experimentes muß stets eine gründliche Inspektion des äußeren Gehörganges erfolgen, da Cerumen, das diesen erfüllt, ein Fehlen der Reaktion verschulden kann und ein defektes Trommelfell zu einer gewissen Vorsicht mahnt. Bezüglich der eingehenden Angaben über die Technik der Prüfung und über das Wesen des Reflexes verweist Verf. auf die demnächst erscheinende ausführliche Mitteilung. Verf. hat diesen Reflex seither an zirka 200 normalen Versuchspersonen geprüft und ihn ausnahmslos normal gefunden. Ein Fehlen oder eine längere Dauer des Lidschlusses als 3—4 Sekunden hat er in keinem normalen Falle feststellen können. Es kann demnach betont werden, daß der Ohr-Lidschlagreflex bei normalen Versuchspersonen in 100% der Fälle normal verläuft. Verf. hat seinerzeit bereits darauf hingewiesen, daß im Gegensatz zu den normalen Versuchspersonen unter pathologischen Verhältnissen dieser Reflex fehlen oder aber in der Weise verändert sein kann, daß die einmal geschlossenen Augenlider sehr lange Zeit (sogar 3 oder 4 Minuten) geschlossen gehalten werden, oder doch nach einem einige Sekunden währenden Lidschluß ein lange Zeit währendes intensives, krampfhaftes und sehr häufiges Zwinkern erfolgt. Dieses „Fehlen“ oder „Ueberdauern“ des Lidschlusses kommt nur in pathologischen Fällen vor. Als fehlend bezeichnet Verf. den Lidschluß auch dann, wenn zwar fibrilläre Zuckungen in der Augenlidmuskulatur sich nachweisen lassen, aber ein tatsächlicher Lidschluß nicht eintritt. Außer bei Trigeminuslähmungen oder zerebralen Herderkrankungen fand Verf. nun in einer Reihe von alten Schädelverletzungen den beschriebenen Reflex fehlend. Dies veranlaßte Verf., alle ihm für die Untersuchung zur Verfügung stehenden, im Felde schädelverletzten Soldaten auf ihr Verhalten bezüglich des Ohr-Lidschlagphänomens zu prüfen. Ein Fehlen des Reflexes sah er hauptsächlich bei Schädelverletzten mit Schädelknochenbrüchen, speziell in der Parietal- und Okzipitalgegend. Merkwürdigerweise auch dann, wenn die Verletzung (noch im Frieden akquiriert) schon seit Jahren verheilt war. Bei Fällen bloßer Schädelerschütterung, speziell bei frischen Fällen, ist scheinbar ein Ueberdauern des Reflexes das Häufigere. Mitunter fand Verf. ihn aber auch in solchen (besonders älteren) Fällen fehlend. Recht häufig ist ein verschiedenes Verhalten, je nachdem, ob man das Wasser in den rechten oder linken Gehörgang bringt; man erhält z. B. bei Prüfung von einer Seite aus ein Fehlen des Re-

flexes, von der anderen Seite aus normales Verhalten. Auch dies kommt bei normalen Versuchspersonen nicht vor. Ja, mitunter ergibt die Prüfung des einen Ohres Fehlen des Reflexes, die des anderen Ueberdauern. Bemerkenswerterweise ließ sich bei einigen dieser Fälle durch mechanische Reizung des Trommelfelles und Gehörganges noch ein Lidschluß auslösen. Daß Verf. diese Tatsachen bereits jetzt mitteilt, geschieht aus folgendem Grunde: Schädelverletzungen, sei es in Form von leichten Verwundungen oder von Erschütterung, kommen bei der Truppe im Felde täglich vor. Ein großer Teil der so Verletzten verbleibt wegen der Geringfügigkeit des objektiven Befundes an seinem Posten in der Front. Verf. weiß nun aus eigener Erfahrung, daß der Feldarzt solchen Leuten gegenüber oft schmerzlich ein objektives Kriterium für die Tatsächlichkeit der subjektiv angegebenen Beschwerden (Schwindel, Kopfschmerzen usw.) entbehrt. Eine auch nur annähernd orientierende Funktionsprüfung des Ohrlabyrinths kann in der Front kaum durchgeführt werden. Hingegen kann der hier beschriebene Reflex jederzeit und überall, wo ein Augentropfglas und etwas kaltes Wasser zur Hand ist, geprüft werden. Sein normaler Ausfall besagt freilich nicht viel, doch ist der abnormale jedenfalls von Bedeutung, nachdem der Reflex bei normalen Versuchspersonen ja stets normal verläuft. Der abnormale Ausfall des Ohr-Lidschlagphänomens dürfte deshalb wohl den subjektiven Klagen des Patienten den Nachdruck eines objektiv nachweisbaren Symptoms verleihen. Insbesondere scheint der Nachweis des Fehlens unseres Reflexes nach Schädelverletzungen deshalb von Bedeutung, weil Verf. bei nicht zu alten Hemiplegien den Reflex bisher stets auf der Seite der gelähmten Extremitäten fehlend fand. Das Fehlen des Reflexes nach einer Commotio cerebri wird daher an die Möglichkeit einer okkulten mechanischen Verletzung des Gehirns, etwa durch eine minimale Blutung, denken lassen. Die Nachprüfung dieser Tatsachen und das Sammeln von Material bei frischen Fällen wäre jedenfalls sehr erwünscht. Sollte sich der Reflex in dem vorgeschlagenen Sinne verwertbar zeigen, so scheinen auch noch zwei Vorteile desselben von besonderer Bedeutung. Erstens ist er sehr leicht prüfbar, und zweitens ist eine Simulation vonseiten des Untersuchten bezüglich Ausfalles der Prüfung kaum zu befürchten, da der Patient gewiß nicht vermuten wird, daß es dem Untersucher bei der Prüfung seiner Ohren auf die Beobachtung des Verhaltens der Augenlider ankommt, zumal wenn man den Untersuchten vor der Prüfung darauf aufmerksam macht, gut achtzugeben, was er hören oder im Ohre fühlen werde. Willkürlich zu unterdrücken ist der Reflex überhaupt sehr schwer; will man bei seinem Ueberdauern Simulation unbedingt ausschließen,

so fordere man die Versuchsperson bei Wiederholung des Versuches energisch auf, die Augen zu öffnen und offen zu halten, was dieser nach einem kurzen Lidschluß gelingt. Bei Personen, bei denen der Reflex überdauernd ist, kann man dann meist noch mehrere Sekunden lang fibrilläre Zuckungen in den Augenlidern oder einen länger andauernden, unwiderstehlichen Zwang zu häufigem Zwinkern beobachten. (W. kl. W. 1919 Nr. 1).

**Ueber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Influenza.** Von Eugen Fraenkel (Aus dem Pathologischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf). Nur in 16 (von 60) Fällen erwiesen sich die Nasennebenhöhlen als intakt, in 75 % der Fälle bestand eine Erkrankung, und zwar handelte es sich fast ausschließlich um exsudative Vorgänge, überwiegend hämorrhagische und eitrig, seltener seröse. Schon in den ersten Tagen der Grippe können die Nasennebenhöhlen schwer in Mitleidenschaft gezogen werden. (D. m. W. 1919 Nr. 4.)

### Kasuistisches.

**Ausbruch bisher latenter Malaria nach Entfernung eines Steckgeschosses.** Von Stabsarzt Dr. Siegfried (Aus der Chirurgischen Abteilung des St. Josefskrankenhauses in Potsdam). Fälle von latenter, d. h. doch wohl ruhender Malaria, sind mehrfach beschrieben worden. So erwähnte kürzlich Mühlens einen Fall, bei dem nach Amputation eines Unterschenkels täglich Fieber mit Schüttelfrösten auftrat; das Fieber wurde für septisch gehalten, durch Blutuntersuchung jedoch Tertianaerreger nachgewiesen. Daß ein solcher Rückfall, ausgelöst durch größere Operation, jedoch auftreten kann, ohne daß der Kranke jemals unter den Erscheinungen des Wechselfiebers erkrankt war, ist bisher nicht beschrieben worden. Wegen des Ernstes einer solchen Verwicklung scheint es Verf. daher berechtigt, die Aufmerksamkeit auf einen kürzlich von ihm beobachteten Fall dieser Art zu lenken. Die bedeutsamste Tatsache der Krankengeschichte erblickt Verf. darin, daß Pat. niemals, bevor er in seine Behandlung trat, an Malaria erkrankt gewesen ist. Er hat zwar angegeben, er sei unter Fieber im Winter 1917/18 erkältet gewesen, hat aber den Dienst nicht auszusetzen brauchen. Das beweist zum mindesten, daß, wenn es sich damals um einen Malariaanfall gehandelt hat, dieser nur gelinde und zweitens nur in der Einzahl aufgetreten ist, denn Pat. wußte, daß er sich in Malariagegend befand; er lag vor Dünaburg in sumpfigem Gelände, von seinen Leuten sind viele an Wechselfieber erkrankt. Eine Chininprophylaxe wurde in jener Gegend nicht geübt. Pat. muß

also die Malariaerreger in seinen Körper aufgenommen und sie, da er nicht erkrankte, irgendwie unschädlich gemacht haben. Da Chininprophylaxe nicht getrieben wurde, stehen wir vor der Frage: Wie hat der Körper die ihn ohne Zweifel hineingelangten Erreger unschädlich gemacht? Um eine vollständige Vernichtung kann es sich nicht gehandelt haben, denn sonst hätte Pat. jetzt nicht an der Malaria erkranken können, sondern es kann sich nur um eine Heilung der Malaria im gewöhnlichen Sinne des Wortes gehandelt haben, d. h. die Erreger wurden in ihrer Vermehrungsfähigkeit gehemmt und in diesem Zustande in inneren Organen abgelagert und festgehalten. Pat. erlitt am 22. September 1915 eine Verwundung durch Infanteriegeschöß, das er seit der Zeit in der Tiefe der linken Beckenseite, auf der Darmbeinschaufel gelegen, bis zu der von Verf. vorgenommenen Operation bei sich trug. Daß das Verweilen eines Geschosses im Körper diesen bis zu einem gewissen Grade mit Blei vergifte, ist schon 1892 von Lewin und jüngst von Neisser nachgewiesen worden. Im Blute des Pat. wurde die für Bleischaden kennzeichnende bekannte basophile Punktierung der roten Blutkörperchen festgestellt. Es ist damit erwiesen, daß Blei von dem Geschöß abgelöst wurde und im Blute gekreist hat. Diese Annahme wird durch Aussehen und Zustand des Geschosses bestätigt. Es handelt sich um ein Stahlmantelgeschöß, dessen Bleikern in einem 5 mm tiefen Trichter ausgewaschen ist. Der Trichter selbst ist mit einer kalkähnlichen Masse ausgefüllt. Trotzdem also die Lösungsfläche nur der Hinterfläche eines Infanteriegeschosses entsprach, also außerordentlich klein ist, wurde von hier soviel Blei gelöst und ins Blut geschafft, daß es nachgewiesen werden konnte. Zwischen den beiden zuletzt aufgezählten Tatsachen, dem Vorhandensein von Blei im Körper einerseits und der spontanen Ausheilung bzw. latent gemachten Malaria andererseits, scheint irgendein ursächlicher Zusammenhang zu bestehen. Der Beweis für die Annahme eines solchen Zusammenhanges scheint darin gegeben zu sein, daß nach Entfernung des Steckgeschosses Pat. an Malaria erkrankte und daran zugrunde ging. Welcher Art dieser Zusammenhang gewesen sei, darüber ins einzelne gehende Vermutungen anzustellen, will Verf. unterlassen. Es liegt jedoch nahe, anzunehmen, daß das Bleigeschöß eine Art Schwermetalldepot im Körper gewesen sei, von dem aus dem Kreislauf wie von einem Salvarsandpot aus andauernd Schwermetall zugeführt wurde. Durch die vorstehenden Ausführungen scheint die Forderung nahegelegt zu sein: Bei allen unseren Verwundeten, die plötzlich oder nach der Operation unter heftigen Schüttelfrösten erkranken, müssen wir an Malaria denken, d. h. also eine Blutuntersuchung vornehmen. (D. m. W. 1919 Nr. 5.)

**Spondylitis deformans bei Paratyphus A.** Von Oberarzt d. R. Dr. Hans Wörner, Assistent der Med. Universitätsklinik Frankfurt a. M. (Aus dem Kriegslazarett 54 B Uesküb). Etwa 2 Monate nach Beginn eines mittelschwer verlaufenden Paratyphus A treten Erscheinungen einer Spondylitis der Lendenwirbelsäule auf. Eingeleitet wird die Erkrankung durch Hüftschmerzen, die 3 Wochen anhalten; das Höhenstadium ist etwa 3 Monate nach Beginn des Paratyphus erreicht. Die erwähnten Hüftschmerzen sind im Gebiet des N. iliohypogastricus und ilioinguinalis lokalisiert und werden als Wurzelreizerscheinungen aufgefaßt. Im weiteren Verlauf steigern sich die „spinalen Symptome“ zu fast unerträglicher Heftigkeit, dauern im ganzen 3 Monate und machen zeitweilig die Anwendung von Narkoticis erforderlich. Auf verhältnismäßig ausgedehnte Knochenprozesse darf aus dem schweren Krankheitsverlauf und den Knochenveränderungen, die die letzte Röntgenaufnahme ergeben hat, geschlossen werden. Die Skoliose und die röntgenologisch festgestellte Entwicklung von osteophytischen Knochenwucherungen mit der Neigung, die Lendenwirbel brückenartig zu verbinden und die entsprechenden Gelenke zu versteifen, werden als Folge von ostitischen und periostitischen paratyphösen Prozessen gedeutet. Die Diagnose spezifische paratyphöse Spondylitis stützt sich sowohl auf den vorausgegangenen bakteriologisch erhärteten Paratyphus, als auf den Nachweis von Paratyphus A-Bazillen im Blute auf der Höhe der Wirbelerkrankung. Da trotz mehrfacher Untersuchung des Stuhles und Urins Paratyphusbazillen in den Ausscheidungen nicht gefunden werden konnten, möchte Verf. annehmen, daß die Ausschwemmung der Bakterien im Blut während der Spondylitis aus den sicherlich zahlreichen Bazillen- und Nekroseherden des Wirbelmarks erfolgt ist und das Rezidiv ausgelöst hat. Prognostisch ist der Fall, was die Funktion der Lendenwirbelsäule anlangt, weniger günstig zu beurteilen, da eine gewisse Versteifung dauernd verbleiben wird.

(B. kl. W. 1918 Nr. 51.)

### Diagnostisches.

**Ein neues Verfahren zur Röntgenuntersuchung der Bauchorgane.** Von Prof. Adolf Schmidt (Bonn). Dr. C. Goetze in Halle ist der Schöpfer eines neuen Verfahrens der Röntgenuntersuchung der Bauchorgane. Es besteht darin, daß nach vorausgegangener gründlicher Entleerung des Darmes mittels einer feinen Kanüle Sauerstoff in der Menge von 1—3 l in die Bauchhöhle eingeführt wird, der sich je nach der Lage an dem höchsten



Punkte ansammelt und nun gestattet, im Röntgenbilde die Konturen der einzelnen Organe (der Unterfläche des Zwerchfells, der Leber mit Gallenblase, der Milz, beider Nieren, der weiblichen Genitalien, unter Zuhilfenahme von Aufblähungen auch des Magens und Kolons) zu erkennen. Es ist klar, daß für die allgemeine Einführung des Verfahrens alles auf möglichst einfache Technik ankommt. Verf. verwendet deshalb statt des jetzt nur noch schwer erhältlichen Sauerstoffes gewöhnliche unsterilisierte Luft, die im Bauchraum ebensowenig wie in der Brusthöhle jemals zu Infektionen oder auch nur zu einer Reizung führt. Die eingeführte Menge variiert je nach dem Umfange des Patienten, der Dicke der Bauchdecken und dem beabsichtigten Zweck. Anfangs hat Verf. die Luft dem für den künstlichen Pneumothorax gebräuchlichen Apparate entnommen, hält aber seinen Gebrauch nicht mehr für notwendig; man kann ebensogut ohne genaue Kontrolle der Menge mittels einer Gebläsepumpe den Bauch bis zur leichten Vorwölbung aufpumpen. Stärkere Spannung muß allerdings wegen der Gefahr einer Lufteinpressung in die Kapillaren vermieden werden. Als Kanüle nehme man eine vorne (bis zu 2 mm) geschlossene und stumpf abgeschrägte dünne Hohnadel, welche oberhalb dieser 2 mm einen etwa 5 mm langen Schlitz aufweist, durch den die Luft austritt. Das andere Ende der Nadel trägt ein flaches, etwa 5 cm im Durchmesser haltendes Querschild und darüber einen Hahnverschluß mit Ausatzstück für das Gebläse. Die sterilisierte Kanüle wird nach vorheriger Kokainisierung und Jodanstrich der betreffenden Hautstelle ohne vorausgehenden Hautschnitt eingestochen. Meist hat Verf. die Gegend unterhalb des Nabels etwas seitwärts der Mittellinie (um den Muskelschluß zu haben) gewählt. Doch kann man auch jede andere Stelle, unter der nicht gerade die Leber, die Milz oder ein adhärentes Organ vermutet wird, benutzen. Beim Durchstich durch das Peritoneum entsteht ein leichter Schmerz, woran man erkennt, ob man in die freie Bauchhöhle vorgedrungen ist. Sollte man sich trotzdem noch in den Bauchdecken befinden, so erkennt man das bei dem nun folgenden Einblasen sofort an dem Auftreten eines Emphysems. Nach Schluß des Einblasens wird der Hahn geschlossen, aber die Kanüle an Ort und Stelle belassen. Das bietet den Vorteil, daß man später nach Belieben nachfüllen und ablassen kann. Die Lufteinblasung nimmt Verf. direkt vor dem Röntgenapparat in Rückenlage vor. Nach Beendigung wird sofort die Röhre eingeschaltet und durchleuchtet. Durch Drehung des Patienten, der seine Arme unter den Kopf geschlagen hat, erst auf die linke, dann auf die rechte Seite, bekommt man nacheinander die Konturen der rechten Niere, der Leber, der Milz und der linken Niere zu sehen, dazwischen die

vorderen Wände des Magens und der Därme. Durch abwechselnde Erhöhung des Oberkörpers und des Beckens werden außerdem der subphrenische Raum und das kleine Becken mit seinem Inhalt der Besichtigung zugänglich. Die Orientierung in den neuartigen Bildern erfordert naturgemäß Übung, die erst nach und nach gewonnen wird. Unter den krankhaften Prozessen, deren Erkennung und Aufklärung mittels des neuen Verfahrens wesentlich gefördert wird, stehen diejenigen der Leber und der Gallenblase obenan. Verwachsungen der Leber mit dem Zwerchfell, mit der vorderen Bauchwand, unter Umständen auch mit dem Magen präsentieren sich in der Regel deutlich. Größe, Dicke und Oberflächengestaltung der Leber lassen sich einwandfrei erkennen. Weniger deutlich als die Leberoberfläche ist die an der Unterfläche gelegene Gallenblase zu erkennen, wenn man nicht so große Luftmengen einführen will (im Stehen), daß die ganze Leber quasi darin schwimmt. Um so schöner tritt sie aber bei Entzündungen hervor oder Geschwulstbildungen. Gallensteine sind nur ausnahmeweise, und dann meist auch noch unsicher, auf der Platte zu sehen, wohl aber pericholezystitische Adhäsionen. Vergrößerungen der Milz heben sich scharf ab, ebenso Tumoren der Niere. Von größter praktischer Bedeutung ist das Verhalten des kranken Magens bei der Goetzschen Durchleuchtungsmethode. Ohne Aufblähung erkennt man nur die nicht allzu seltenen, auf anderem Wege kaum zu erkennenden Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand oder allenfalls große Tumoren. Bläht man aber auf, so erscheint bei Rückenlage die ganze vordere Kontur, und man sieht an ihr die peristaltischen Wellen ablaufen bis zum Pylorus. Dabei treten dann unter Umständen Verdickungen der Wand klar zutage, oder man sieht abnorme Lagerungen, Adhäsionsbildungen usw., welche die auf anderem Wege gewonnenen Fingerzeige ergänzen und vervollständigen. Jedenfalls verdankt Verf. dieser Methode einige später durch die Operation bestätigte Diagnosen auf beginnende Karzinome der kleinen Kurvatur, die sich mittels der übrigen Untersuchungsmethoden nicht erschließen ließen. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Dickdarm. Bei den Erkrankungen der Bauchhöhle leistet das Verfahren ganz hervorragende Dienste. Schon ganz geringe Quantitäten transsudierter oder exsudierter Flüssigkeit verraten sich an dem Auftreten eines bei jeder Bewegung des Patienten in Wellenbewegung geratenden Flüssigkeitsspiegels. Des weiteren präsentieren sich Adhäsionen der Därme oder des Omentums mit der vorderen Bauchwand, Tumoren, entzündliche Netzkonglomerate usw. je nach der Lage mehr oder minder klar und deutlich. Wiederholt hat Verf. Patienten mit dauernden, aus dem sonstigen Organenbefund unerklärlichen

Schmerzen, bei denen unsere Methode Adhäsionsbildungen ergab, durch eine verhältnismäßig einfache Operation völlig heilen können.  
(D. m. W. 1919 Nr. 8.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Wann soll der erste Verbandwechsel nach der Inzision von Phlegmonen erfolgen?** Von Priv.-Doz. Dr. Ed. Melchior (Chirurg. Universitätsklinik Breslau). Verf. ist entschieden für längeres Liegenlassen des Verbandes. Weiter bestehendes Fieber fordert nicht zum Verbandwechsel auf. Durch die Inzision unmittelbar wird kein Patient fieberfrei, die Regel bildet vielmehr ein über mehrere Tage sich erstreckender lytischer Abfall, ja nicht selten folgt der Inzision zunächst noch ein meist rasch vorübergehender Anstieg des Fiebers. Was geschieht aber nun, wenn eine derartige nur schrittweise sich vollziehende Entfieberung oder vor allem ein anfänglicher postoperativer Temperaturanstieg grundsätzlich als Störung des Wundverlaufes aufgefaßt wird? Die naturgemäße Folge einer solchen Anschauung bildet der frühe Verbandwechsel der frisch inzidierten Phlegmone und vor allem die „Wundrevision“. Eine solche vorzeitige Wundrevision ist aber nun keineswegs ein gleichgültiger Eingriff. Im Gegenteil: sie bedeutet nichts weniger als einen schweren mechanischen Insult der unendlich feinen mikrobiologischen Vorgänge, die dem bekannten Prozeß der Demarkierung der Phlegmone zugrunde liegen. Schützende Fibrinbeläge werden bei diesen Manipulationen entfernt, frische Verklebungen gelöst, die zarten, noch halb flüssigen Vorstufen des Keimgewebes streckenweise vernichtet, resistenter umgebende Schichten gequetscht und durch Gewebsblutung geschädigt, Bakterien mechanisch nach der Tiefe verlagert, neue, intakte Gewebsbezirke durch Inzisionen oder Drainagelücken eröffnet. Die auf Vollendung der Demarkation und Sistierung der Resorption gerichteten Vorgänge der heilenden Phlegmone erfahren also auf diese Weise eine empfindliche Durchbrechung, und es darf daher nicht überraschen, wenn die gewünschte Entfieberung durch die vorzeitige Wundrevision vielfach nicht erreicht wird, sie vielmehr oft genug einen erneuten weiteren Temperaturanstieg im Gefolge hat. Genügt ja bei frischen infizierten Wunden häufig schon die vorübergehende Aufhebung der Mobilisierung, um die Fieberlinie ansteigen zu lassen, wie namentlich die Erfahrungen der Kriegschirurgie gelehrt haben. Auf Grund derartiger Erfahrungen möchte Verf. glauben, daß eine der wichtigsten Aufgaben bei der Nachbehandlung von Phlegmonen und verwandter

Zustände darin besteht, die einsetzenden Heilungsvorgänge möglichst sich selbst zu überlassen, d. h. vor allem sie vor jeder mechanischen Störung zu schützen. Es läuft dies praktisch darauf hinaus, den ersten immobilisierenden Verband tunlichst so lange liegen zu lassen, bis Entfieberung eingetreten ist und die demarkierende Granulationsbildung sich vollzogen hat. Es entspricht dies einem Prinzip, das Küttner bereits im Jahre 1902 klar zum Ausdruck gebracht hat: „Je länger nach der Operation man die Wunde unberührt lassen kann, desto besser für Patienten. Ist die Phlegmone ausgiebig inzidiert und bis in den letzten Winkel hinein freigelegt worden, wird infolgedessen die Temperatur stetig niedriger, die Schmerzhaftigkeit geringer, so kann man den ersten Verbandwechsel lange hinausschieben, mitunter 6 und mehr Tage“. In vielen Fällen läßt sich dieses Ziel in der Tat vollkommen erreichen. Schlägt das Sekret durch, so wird einfach überwickelt; Verf. appliziert dabei gern irgendein antiseptisches Trockenpulver zwischen die einzelnen Lagen, um sekundäre Fäulnisvorgänge im Verbands selbst hintenanzuhalten. Eventf. läßt sich auch nichts dagegen sagen, wenn die obersten Schichten öfters gewechselt werden, wofern nur der unterste eigentliche Wundverband unverrückt liegen bleibt. Ein derartiger später Verbandwechsel unterscheidet sich nun in ganz vorteilhafter Weise von solchen zu frühem Termin vorgenommenen, und zwar für den Arzt wie für den Patienten. Die untersten Gazeschichten sind infolge der reichlichen Sekretdurchtränkung aufgeweicht und von der Unterlage gelockert; unterstützt man dies durch Anwendung eines warmen Bades oder reichliche Irrigation mittels  $H_2O_2$ -Lösung, so läßt sich ihre Entfernung meist ohne Schmerzen bewerkstelligen. Soweit nicht noch stellenweise Nekrosen vorhanden sind, liegt dann überall körniges Granulationsgewebe zutage. Man kann dann gewöhnlich sofort zu Salbenverbänden übergehen, deren täglicher Wechsel ohne Schmerz und Irritation möglich ist, und im übrigen nun die sonstigen, namentlich für die Wiederherstellung der Funktion wichtigen Faktoren, wie Bäder, Bewegungen, Heißluft usw. zur Anwendung bringen. Gerade die funktionelle Nachbehandlung läßt sich aber in diesem Stadium auch viel wirksamer gestalten als bei zögerndem Ablauf der Phlegmone, und der unvermeidliche Zwang, daß bei spätem Verbandwechsel die primäre Ruhigstellung einige Tage länger dauert, wird dadurch reichlich wett gemacht. Mindestens ebenso wesentlich ist, daß die zeitliche Dauer der Phlegmone unter dem Einfluß der primären vollkommenen Immobilisation ganz zweifellos abgekürzt wird. Je früher aber dementsprechend die Drains und Tampons entfernt werden können, desto geringer ist die Schädigung, die Sehnen und Muskulatur

erleiden, und darin liegt doch wohl mit das entscheidende Moment für die Frage der späteren Funktion. Auf die Ersparnisse an Verbandmaterial, die sich bei dieser Methode erzielen lassen, sei nur beiläufig hingewiesen. Natürlich darf die Tendenz, den ersten Verbandwechsel nach Inzision von Phlegmonen bis zur völligen Entfieberung hinauszuschieben, nicht zu einem starren System ausarten. Nie darf, um das Prinzip zu retten, das Risiko übernommen werden, daß wirklich eine Verhaltung eintritt, ein Weitergehen der Phlegmone oder eine sonstige Wundkomplikation übersehen wird. Die Verantwortung ist also gewiß eine erhöhte. Man stelle sich aber die hieraus erwachsenden Schwierigkeiten nicht größer vor, als sie in Wirklichkeit sind. Denn bei nur einigermaßen sorgfältiger Beobachtung des Allgemeinbefindens, namentlich auch des Pulses, des Appetits, des Schlafes dürfte eine prinzipielle Verkennung der lokalen Vorgänge sich stets vermeiden lassen. Nicht zuletzt ist es auch der Patient selbst, der es ganz genau an dem Verhalten des Schmerzes, der Spannung, des allgemeinen Krankheitsgefühls empfindet, ob die Infektion zum Stillstand gelangt oder weiterschreitet, und Verf. hat immer gefunden, daß gerade in dieser Beziehung die subjektiven Angaben außerordentlich präzise und verlässlich sind.

(Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1919, Nr. 2.)

**Phlegmonebehandlung mit Jodtinkurtamponade.** Von Dr. W. Feilchenfeld, Augenarzt in Berlin-Charlottenburg. Die ausgezeichneten Erfolge der Vorbehandlung des Operationsfeldes mit Jodtinktur legten den Gedanken nahe, auch für die Desinfektion infizierter Wundhöhlen Jodtinktur nutzbar zu machen. Die Kriegsjahre brachten Verf. in Lazaretten und Privatpraxis verhältnismäßig viel Material an stark eiternden Wunden und Phlegmonen. Er behandelte sie seit längerer Zeit mit Tamponade mit Jodtinktur; die Phlegmonen wurden mit möglichst kleinem Schnitte inzidiert, der Eiter entleert und die Abszeßhöhle mit Gazestreifen, die in reiner Jodtinktur getränkt waren, austamponiert. Die Durchtränkung mit Jodtinktur darf nicht so reichlich sein, daß nach oder bei der Tamponade reichlich Jodtinktur über die Haut rinnt, da dann leicht unbequeme Hautekzeme entstehen. Die Tamponade wird nach einem oder zwei Tagen erneuert und ist selbst bei großen Eiterhöhlen kaum mehr als 2 oder 3 mal zu wiederholen. Die Absonderung von Eiter hört sehr bald auf, und selbst große Wunden schließen sich erstaunlich schnell. Bei einem Falle von Morphinismus wurden große Phlegmonen, die im Laufe des Jahres wiederholt an den Oberschenkeln und in der Bauchhaut auftraten, in der angegebenen Weise in wenigen Tagen stets zur vollständigen

Ausheilung gebracht, während man bei der üblichen Behandlungsart eine langwierige Eiterung hätte erwarten müssen. Bei den übrigen Fällen handelte es sich um Phlegmonen in der Umgebung der Augen: der Superzilien, der Lider und der Jochbeingegend.  
(D. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Ueber Schienung von Panaritien.** Von Dr. W. Porzelt (Aus der chirurgischen Universitätsklinik Würzburg). Die Behandlung der Panaritien hat in den letzten Jahren eine erschöpfende Darstellung erfahren, die jede weitere Erörterung über operatives Vorgehen und Nachbehandlung überflüssig erscheinen läßt. Nur eine Seite der Behandlung dünkt Verf. einer Verbesserung bedürftig, es ist die Art und Weise der Schienung der Panaritien. Wirft man die Frage auf, ob die bislang fast ausschließlich geübte Methode, den Finger und zumeist auch die Hand in Streckstellung zu verbinden, der physiologischen Ruhestellung der Finger und der Hand entspricht, so ist die Antwort gegeben. Eine längerdauernde Streckung wird auch an gesunden Fingern und an gesunder Hand als weniger zusagend empfunden, wie leichte Beugung in den Fingergelenken und Dorsalflexion im Handgelenk. Zweckmäßig ist die Streckstellung ebenfalls nicht, und zwar im Hinblick auf die Möglichkeit sekundärer Gelenkversteifungen. Ein in Streckstellung versteifter Finger bildet erfahrungsgemäß ein erhebliches Hindernis beim Gebrauch der Hand zur Arbeit. Falls die Versteifung den 3., 4. oder 5. Finger betrifft, so wird bei dem normalen Vorhandensein von Sehnenbrücken zwischen den Strecksehnen dieser Finger eine umso erheblichere Versteifung der an sich unbeteiligten Finger zustandekommen, je ausgesprochener die Versteifung in Streckstellung ist. Eine Versteifung eines der Finger 3 bis 5 in mäßiger Beugestellung braucht eine Einschränkung der Beweglichkeit der unbeteiligten Finger gar nicht zu bedingen und bildet an sich kein besonderes Hindernis für den Gebrauch der Hand zur Arbeit. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit durch eine Fingerversteifung in leichter Beugung wird nur gering und vorübergehend sein. Durch Gewöhnung an den Zustand bei erhaltener guter Funktion der übrigen Finger kann bald ein völliger Entzug der Rente eintreten. Aus diesen Erwägungen heraus möchte Verf., da zumeist auch die Arbeitsstellung der Hand mit der physiologischen Ruhestellung derselben identisch ist, vorschlagen, grundsätzlich jedes Panaritium in leichter Beugung in sämtlichen Fingergelenken und zugleich in Aufgriffstellung im Handgelenk zu verbinden. Die Dorsalflexion im Handgelenk ist zu empfehlen, da bei Eintritt einer Hohlhandphlegmone eine mögliche sekundäre Handgelenksversteifung in Ueberstreckung viel

günstiger für die Verwendung der Hand zur Arbeit ist und unter Umständen gar keine Funktionsstörungen erheblichen Grades zu bedingen braucht, wie eine Versteifung in reiner horizontaler Lage der Hand. Die Schienung in Beugestellung der Finger würde bisher nur für die Behandlung der Phalangenfrakturen vorgeschlagen. Als primitives Schienenmaterial eignet sich ein entsprechend gebogener Aluminium- oder Stahlbandstreifen, der über das Handgelenk hinauf auf den Vorderarm reicht. Für Finger 2—5 ist ein Einheitsmodell möglich, während jeder Daumen bei der Schienung entsprechende Biegung derselben verlangt. In vollkommenerer Weise hat Verf. durch die Gesellschaft Prothesis, Würzburg, eine Schiene herstellen lassen, die aus einem Vorderarmstück und aus einem auswechselbaren Finger- und Daumenstück besteht. Entsprechende Verschiebung an Stellschrauben gestattet die Verwendung des Fingerstückes für Finger 2—5, während jeder Daumen ein eigens geformtes Daumenstück besitzt. Der Finger ruht leicht gebeugt auf der hohlrinnenartig gearbeiteten Fingerschiene, die Hand steht in Ueberstreckung im Handgelenk. Versuche mit einer derartigen Schienung haben befriedigende Resultate ergeben und bei Eintritt von Versteifung die zwecksmäßigste Fingerstellung erzielen lassen, so daß eine erhebliche Beschränkung für den Gebrauch der Hand zur Arbeit nicht eintrat und das Spiel der übrigen Finger nicht hemmend beeinträchtigt wurde. (M. m. W. 1919 Nr. 1.)

#### **Sondenbehandlung bei frischen Speiseröhrenverätzungen.**

Von Dr. Friedrich Bonhoff (Aus dem Krankenhaus Bethanien in Hamburg). Es gelang in einem Falle, durch Dauersondenbehandlung während des akuten Stadiums eine Stenose zu verhindern, weshalb Verf. anregt, die Sondenbehandlung nicht erst nach erfolgter Stenose einzuleiten, sondern bereits im akuten Stadium der Oesophagitis corrosiva. Es wird so event. Stenosenbildung verhütet, und es wird sofortige ausgiebige Ernährung durch die Magensonde ermöglicht. (D. m. W. 1919 Nr. 4.)

**Die Nachbehandlung der Oberschenkelbrüche.** Dazu schreibt Ferd. Bähr in Hannover: „Bei der großen Zahl von Oberschenkelbrüchen, welche ich zwecks Stiefelanschaffung gesehen habe, ist es überraschend, wie die Messungen der Verkürzungen auseinandergehen. Eine nach Abschluß der Verbandbehandlung vorgenommene Messung ergibt keine oder nur eine geringe Verkürzung, spätere Messungen ergeben größere Beträge. Es ist mir ein Fall erinnerlich, wo ich bei einer anfänglichen Differenz von 3 cm später 9 cm fand. In der Hauptsache handelt es sich hierbei um Schaftbrüche. Wenn ich auch für den Erstbehandelnden das

Bestreben gelten lasse, bezüglich der Verkürzung seine Ergebnisse möglichst günstig erscheinen zu lassen, so ist die Sache damit nicht erklärt, denn die Unterschiede sind zu groß. Es handelt sich vielmehr um eine sekundäre Verkürzung, bedingt durch die Nachgiebigkeit der Bruchstelle bei der Belastung. Die Belastung allein ist jedoch im engeren Sinne nicht das allein Ausschlaggebende, da man bei Unterschenkelbrüchen bei der in Betracht kommenden Dislocatio ad latus der Bruchstücke derartige Erfahrungen kaum macht, obwohl der Unterschenkel noch die nicht unerhebliche Last des Oberschenkels mittragen muß. Unterstützend wirkt jedenfalls die erheblich stärkere Biegungsbeanspruchung des Oberschenkels, welche im Sinne der Verkrümmung wirkt. Vermutlich kommt noch dazu die Wirkung der stärkeren Muskelmasse an der Innenseite des Oberschenkels, nicht allein die Adduktorengruppe, sondern auch die biarthrodialen Muskeln, denen an der Außenseite nur der Tensor fasciae latae gegenübersteht, der sich den neuen Verhältnissen wegen seiner besonderen Beschaffenheit weniger rasch anpassen dürfte, um ein Gegengewicht zu bilden. Ich habe in der mir zugängigen Literatur keinen Hinweis auf diese sekundäre Verkürzung finden können. Man wird aber daraus die Lehre ziehen müssen, Oberschenkelbrüche nicht allzufrüh durch Belastung dieser Gefahr auszusetzen. Ein Mittel dagegen dürfte u. a. sein, die Verletzten noch einige Zeit nach dem engeren Heilverfahren mit einer Brunsschen Schiene oder mit irgendeiner ähnlichen Extensionsvorrichtung gehen zu lassen“.

(D. m. W. 1919 Nr. 9.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Die Behandlung der Grippe mit Adrenalininhalationen.**  
 Von Dr. A. Wolff-Eisner (Berlin). Verf. glaubt, in der zweckmäßigen Adrenalinanwendung ein Mittel gefunden zu haben, welches auch in schweren Fällen von Grippe das Hinzutreten einer Lungenentzündung verhindert hat. Diese Therapie hat auch dann, wenn Verf. erst hinzugezogen wurde, nachdem deutliche Zeichen einer beginnenden Lungenentzündung, wie verstärkte Bronchophonie, leichte Dämpfung, verschärftes bis bronchiales Atmen, nachweisbar geworden waren, das Weitergreifen der Lungenentzündung abgewehrt. Das Adrenalin wird dabei nicht subkutan injiziert, weil dabei die Wirkung eine zu kurze und stoßweise ist. Eine genügend häufige und intensive Anwendung, die jedoch unter allen Umständen es ausschließt, daß zu große Adrenalinmengen zur Resorption gelangen, bietet die Inhalation, wie sie mit den heutigen Vernebelungsapparaten möglich ist. Verf. selbst benutzt



nach Möglichkeit den Drägerschen Inhalationsapparat nach Prof. Spieß, angeschlossen an eine Sauerstoffbombe, weil die Drägersche Düse das Medikament in den feinsten Nebelstaub zerteilt, so daß es tatsächlich in die tiefen Teile der Lunge bis in die feinsten Bronchiolen hinuntergelangt, und weil die Kombination mit Sauerstoff sich als vorteilhaft erweist. Die Apparate werden von der Vertretung des Drägerwerks in Berlin, Karlstr. 20, den Kranken leihweise abgegeben. Als Adrenalinpräparat, dessen Wirkung vollkommen befriedigte, benutzte Verf. das Glycirenan. Es wird nun in der Weise vorgegangen, daß bei Grippefällen, besonders bei den schwereren, schon bevor es zur Ausbildung von Bronchopneumonien gekommen ist, mehrmals täglich 4—6 mal der auf die beschriebene Weise erzeugte Glycirenan-Feinnebel eingeatmet wird. Die Erfolge sind in bezug auf Verhütung des Zustandekommens von Bronchopneumonie außerordentlich günstige. Nur in ganz vereinzelt Fällen ist es trotzdem zur Bildung bronchopneumonischer Herde gekommen, und diese haben sich bei Fortführung der Adrenalinanwendung nicht weiter ausgedehnt und sind zur Heilung gekommen. Es ist der Wunsch berechtigt, zur Befriedigung des Kausalbedürfnisses auch plausible Gründe anzuführen, aus denen die beobachteten Erfolge ihre Erklärung finden. Wenn auch in letzter Instanz die Tatsache des günstigen Erfolges das Entscheidende ist, so soll dennoch ein Erklärungsversuch gemacht werden. Wir wissen seit langem, daß Adrenalin auf die kleinen, besonders auf die Kapillargefäße eine konstringierende Wirkung ausübt. Dieser Effekt wird auch bei Einatmung des zerstäubten Glycerinanebels erzielt, und Zülzer hat schon vor längerer Zeit über bemerkenswerte Erfolge bei akuten Bronchialkatarrhen usw. berichtet. Nicht ohne Bedeutung ist, daß gegenüber chronischen Prozessen diese Erfolge viel geringere sind, was wohl damit zusammenhängt, daß es sich hier nicht um Gefäßdilatationen, welche durch nervös-vasomotorischen Einfluß hervorgerufen werden und somit leicht reversibel sind, sondern um chronische Veränderungen an den Gefäßen und an der Schleimhaut handelt. Am erstaunlichsten, wie Seggel sagt, „geradezu zauberhaft“ sind die Erfolge der Adrenalintherapie sowohl bei subkutaner wie bei Inhalationsanwendung, beim Asthma bronchiale. Der Bronchospasmus, die Vasodilatation und die Sekretionsanomalie wird häufig fast momentan beseitigt. Bei der Grippe müssen wir annehmen, daß der Erreger sich auf der Schleimhaut des Respirationstraktus befindet oder hier, eventuell ähnlich, wie es bei den Masern anzunehmen ist, zur Ausscheidung gelangt. Hierdurch erklärt sich die bei der Inspektion und bei der eventuellen Obduktion zu beobachtende Hyperämie, der Reizhusten und manches

andere. Wird hier zur Zeit die Adrenalinvernebelung zur Anwendung gebracht, so resultiert hieraus der große Vorteil, daß die Gefäße nicht dauernd dilatiert bleiben, sondern ähnlich, wie dies für das normale Gefäßspiel der Fall ist, Kontraktion und Dilatation miteinander abwechseln. Auf diese Weise wird die Hypostasenbildung verhindert, und es wird bewirkt, daß von diesen Hypostasen aus an den durch die Atmung nicht bewegten Lungenteilen die Bronchopneumonien einsetzen. Es wird die beschriebene Wirkung auch auf die bronchopneumonischen Herde einen günstigen Einfluß ausüben, vor allem aber die um die Herde herum liegenden, nur katarrhalisch erkrankten Lungenpartien beeinflussen und auf diese Weise verhindern, daß es zu großen bronchopneumonischen Herden durch Konfluieren der Einzelherde kommt, wodurch allein die große Gefahr der Bronchopneumonien bedingt wird.  
(M. m. W. 1919 Nr. 1.)

**Zur Behandlung der schweren Grippefälle.** Vorläufige Mitteilung. Von Dr. Karl Kautsky. In einer Reihe von Fällen schwerer Grippe ist es Verf. gelungen, durch subkutane Injektion von Diphtherieserum in einer Dosis von 2000—3000 I.-E. im Verein mit hohen Kampferdosen entweder Entfieberung oder zum mindesten eine Verwandlung des schwer toxischen Charakters zu erzielen. Schädliche Wirkungen der Injektion, wie Kollapse, hat Verf. in keinem Falle gesehen.  
(M. Kl. 1919 Nr. 3.)

**Die Verwendung von Diphtherieheilsrum bei Influenzaerkrankungen.** Von Prof. Dr. Vaubel-Darmstadt. Verf. hat 20 Fälle von Influenzaerkrankungen mit Diphtherieserum behandelt; und zwar 8 Fälle mit schweren Bronchopneumonien bzw. Bronchitiden, die übrigen betrafen leichtere Fälle mit Bronchialkatarrhen mit stärkeren Halsbeschwerden, sowie 3 Fälle einer lobären Pneumonie, die auch durch Influenza als primärer Ursache bedingt waren. Die Ergebnisse der Einspritzung bei den Bronchopneumonien bzw. Bronchitiden und Halsentzündungen schwererer Grade, bei welcher letzteren kein Belag im Rachen bemerkbar war, waren außerordentlich günstige. Insbesondere war der Erfolg bei zwei schweren Fällen, bei denen mit drohender Erstickung gerechnet werden mußte, ein überraschender. In allen Fällen wurde nur 1 ccm Diphtherieserum verwendet. Eine zweimalige Injektion war nur bei einem der zuletzt erwähnten schweren Fälle notwendig, als sich nach 2 Tagen von neuem bedrohliche Erscheinungen zeigten. Bei diesem Falle bildete sich auch alsbald ein Empyem aus, das eine entsprechende operative Behandlung nötig machte. Wie zu erwarten war, beeinflusste die Injektion von Diphtherieserum

die lobären Pneumonien in keiner Weise, sie wurde hauptsächlich zur Beruhigung der Patienten bzw. Angehörigen ausgeführt, da die Erfolge mit Diphtherieserum in anderen Fällen bekannt geworden waren. Schädigende Einwirkungen wurden bei der Verwendung von Diphtherieserum in keiner Weise bemerkbar. Vielmehr zeigte sich, wie auch sonst bei der Einspritzung von Diphtherieserum, vielfach am zweiten oder dritten Tage gesteigertes Wohlbefinden. Die beiden schweren Fälle von Bronchopneumonien betrafen Frauen von 26 und 27 Jahren. Die übrigen mit Diphtherieserum Behandelten waren Kinder und Erwachsene der verschiedensten Altersklassen. (M. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Die Behandlung der Grippe mit Diphtherieserum** wurde im Kriegsgefangenenlazarett in Neuhammer a. Qu., wie Hans Bettinger mitteilt, mit gutem Erfolge durchgeführt. Auch die Lungenkomplika­tion wurde in günstiger Weise beeinflusst. (M. m. W. 1919 Nr. 5.)

**Ueber eine neue biologische Behandlungsmethode der Ozäna.**  
Von K. Wittmack (Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Jena). Die leitende Idee, die der neuen Behandlungsmethode zugrunde liegt, bezweckt, die biologischen Bedingungen für die Nasenschleimhaut von Grund aus derartig umzugestalten, daß hierdurch die Ursachen, die zum Auftreten der hervorstechendsten Symptome, nämlich der Borkenbildung und des Fötors, führen, ausgeschaltet werden. Verf. führt die Entwicklung der Ozäna auf Umwandlungen im Schleimhautcharakter zurück, die sich auf Grund entzündlicher Einflüsse in relativ früher postembryonaler Entwicklungsperiode ausbilden. Hierdurch werden in der Nase bestimmte Krankheitsdispositionen geschaffen. Bei der Entwicklung der Ozäna ist vor allem eine starke fibröse Umwandlung des Schleimhautcharakters, meist auf hyperplastischer Grundlage mit gleichzeitiger Metaplasierung des Epithels und Degeneration der peripherischen sensiblen Nervenendigungen ausschlaggebend. Hierdurch werden einerseits bestimmte Entwicklungsstörungen hervorgerufen, die sich vor allem durch die grob-anatomischen Veränderungen der Nasenhöhle zu erkennen geben und die besondere Austrocknungstendenz des Sekretes bedingen. Andererseits kommt hierdurch aber auch der physiologische Reinigungsmechanismus der Nase, der auf der Flimmerepitheltätigkeit und dem reflektorisch ausgelösten Schnuzakt beruht, zum Wegfall. Infolge dieser Ausschaltung wichtigster Lebensbedingungen der Nasenschleimhaut über weite Strecken der Schleimhautoberfläche entwickelt sich im Laufe der Zeit, wenn der Prozeß eine gewisse

Ausdehnung angenommen hat, die Borkenbildung und der Fötör. Es lag daher sehr nahe, auf Grund dieser Erwägungen den Versuch zu machen, die Symptome der Ozäna dadurch wirksam zu bekämpfen, daß man die ihres regulären Selbstreinigungsmechanismus beraubte Schleimhaut der Nase unter dieselben biologischen Reinigungsbedingungen setzte, wie sie für die Schleimhaut der Mundhöhle vorliegen. Dies war technisch dadurch zu erreichen, daß Verf. den Ausführungsgang der Parotis in die Kieferhöhle ableitete, so daß sich nunmehr das Parotisdrüsensekret durch die Kieferhöhle in die Nase entleeren mußte. Die Wirkung dieses Eingriffes ist in der Regel geradezu verblüffend. Schon 10 bis 14 Tage nach der Operation ist der Fötör völlig geschwunden, obwohl es sich durchgehends um Fälle handelte, bei denen es zuvor auch durch Spülungen nicht gelungen war, den Fötör völlig zu beseitigen, und die noch während der Operation einen auf weite Entfernung wahrnehmbaren Fötör aufwiesen. Auch von einer eigentlichen Borkenbildung nach Art der Ozänaborken kann schon 2—3 Wochen nach der Operation kaum mehr die Rede sein. Es findet sich höchstens noch zuweilen ein zarter Belag zähen, etwas ausgetrockneten Schleimes an der Oberfläche, der sich aber niemals mehr durch Aufschichtung neuen Sekretes zur Borkenbildung verdichtet, sondern vielmehr in der Regel sich spontan von der Unterlage löst und durch Schneuzakt oder Schluckakt von selbst entfernt wird. Ab und zu eine einfache Nasendusche vornehmen zu lassen, ist zweckmäßig, aber keineswegs immer erforderlich; auch pflegt Verf. meist etwa 8 Tage nach der Operation eine Kieferhöhlenspülung zur Entfernung etwa abgelagerten Wundsekretes, zurückgebliebener Blutgerinnsel u. dergl. vorzunehmen. Längere Zeit hindurch brauchen indessen diese Spülungen in der Regel nicht fortgesetzt zu werden. Dagegen hat Verf. es für zweckmäßig gefunden, in einzelnen Fällen noch einige Zeit hindurch nach der Operation Einstäubungen von 2%iger Zincum-sulfuricum-Lösung oder ähnlichen Medikamenten mit Spray-Apparat vornehmen zu lassen, um den gleichzeitig bestehenden schleimigen Katarrh der nicht atrophierten Schleimhautbezirke günstig zu beeinflussen. Nach 4—6 Wochen kann allermeist auch diese Prozedur weggelassen werden, da die Nase dann meist völlig sauber ist, kaum noch erheblich gesteigerte Sekretproduktion nachzuweisen ist und erst recht natürlich keinerlei Neigung zur Borkenbildung oder Fötör mehr besteht. Seinen ältesten, mit dieser Methode behandelten Fall hat Verf. nunmehr 8 Monate hindurch verfolgen können, ohne daß sich irgendwelche neuen Störungen eingestellt hätten, oder Anzeichen dafür aufgetreten wären, daß Rezidivneigung bestünde. Verf. glaubt daher

wohl zu der Erwartung berechtigt zu sein, daß nunmehr, ebenso wie dies bis jetzt für alle anderen operierten Fälle zutrifft, der ungemein günstige Zustand der Nase tatsächlich dauernd erhalten bleiben wird. Es darf allerdings hier nicht unerwähnt bleiben, daß auch diese Methode ihre Schattenseiten hat. Sie besteht darin, daß beim Kauakt die Sekretion zuweilen derartig intensiv angeregt wird, daß der Speichel zum Naseneingang heraustropft, so daß hierdurch, zweifellos eine gewisse Belästigung für den Patienten entsteht. Es dürfte sich daher empfehlen, die Patienten von vornherein auf diese Schattenseite des Verfahrens hinzuweisen und ihnen selbst die Entscheidung darüber zu überlassen, ob sie trotzdem die Methode angewandt haben wollen oder nicht.

(D. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Zur Behandlung der genuinen Ozäna mit Eukupin.** Von R. Gassul in Berlin. Die ersten therapeutischen Versuche, auf die Ozäna mit Eukupinsalbentamponaden einzuwirken, waren so erfolgreich, daß Verf. tatsächlich an die Möglichkeit einer dauernden Heilung der Ozäna glaubte. Denn nach 20 täglich wiederholten Tamponaden blieben die Patienten monatelang ohne Beschwerden. 2 Patienten sind noch heute — also fast 2 Jahre nach der Behandlung — als geheilt anzusehen. Die übrigen Ozänakranken meldeten sich ein halbes Jahr, drei Vierteljahre nach Aussetzen der Behandlung wieder mit leichten Rezidiven, die aber schnell nach wiederholten Tamponaden zurückgingen. Nur ein besonders schwerer Fall von beiderseitiger Ozäna trotzte der Behandlung und mußte fast täglich tamponiert werden, um wenigstens für die Dauer von 24—48 Stunden borkenfrei und geruchlos zu bleiben. Verf. hat zuerst die 2% ige Salbe mit Morgenrothschem Eucupinum bihydrochloricum angewandt zur Tamponade. Im Laufe der Zeit überzeugte er sich, daß eine 3% ige Salbe erfolgreicher wirkt, ohne jegliche Schädigung der Nasenschleimhaut. Da bei manchen Patienten, die den Tampon etwa 30 Minuten behalten mußten, leicht Niesreiz und Kitzeln in der Nase auftraten, so hat Verf. dem Apotheker Ignaz Hadra den Auftrag gegeben, der Salbe anästhesierende und wohlriechende Eigenschaften zu verleihen, die die Anwendung dem Patienten angenehm machen. Dieses Ungentum Eucupini bihydrochlorici compositum oder „Gasozän“ bewährt sich nun in vortrefflicher Weise bei der Ozänabehandlung. Wenn man erfolgreich tamponieren will, so muß die ganze Nasenhöhle vor der ersten Salbentamponade borkenfrei gemacht werden. Es ist gleich, ob man die Borken mit der Kniepinzette schonend entfernt oder durch vorheriges Tamponieren mit Gaze sie erweichen läßt und nachher mit der Pinzette abträgt. Die dabei entstehenden

leichten Blutungen (namentlich bei festhakenden Borken) stehen beim sofortigen Betupfen mit Wasserstoffsuperoxydlösung. Nachdem die Nasenhöhle borkenfrei ist, nimmt man den in Salbe eingetauchten Wattetampon und füllt die ganze Nasenhöhle aus. Das läßt sich am besten mit dem Gottsteinschen Stäbchen machen. Der Tampon bleibt etwa 30 Minuten in jeder Nasenhälfte. 20 bis 30 Tamponaden reichen völlig für die erste Kur aus. Nach 2—6 Monaten ist eine Wiederholung erforderlich, wenn Rezidive auftreten sollen. Jedoch genügen dann etwa 10 Tamponaden, um Fötör und Borkenbildung auf weitere 3—8 Monate zu beseitigen. Nach der ersten oder zweiten Tamponade lernt meistens jeder Patient, die Prozedur selbst vorzunehmen, wenn der tägliche Besuch beim Arzt ihm unmöglich ist. (D. m. W. 1919 Nr. 11.)

**Zur Therapie der genuinen Ozäna.** Von Franz Bruck in Berlin-Schöneberg. Verf. hat schon vor 22 Jahren ein Verfahren zur Therapie der genuinen Ozäna bekanntgegeben — die permanente Mullstreifentamponade der Nase —. Diese Methode, für die von Verf. im Hinblick auf die bekannte Gottsteinsche Tamponade gleichfalls der Name „Tamponade“ gewählt worden ist, beruht auf einer kontinuierlichen Reiz- und Drainagewirkung, hervorgerufen durch die fortdauernde Anwesenheit eines reizausübenden (sekretionsanregenden) und sekretaufsaugenden Mullstreifens im Naseninnern. Sie unterscheidet sich also dadurch ganz wesentlich von der temporären Tamponade Gottsteins. Durch die ebengenannte Eigenart der Methode gelingt es, die Eintrocknung des abnorm zähen, wasserarmen Ozänaeiters zu Borken und damit den charakteristischen fürchterlichen Fötör dauernd zu verhüten. Man läßt es also nicht erst zur Bildung von übelriechenden Krusten kommen, ehe man therapeutisch eingreift. Die permanente Mullstreifentamponade ermöglicht eben eine Tag und Nacht ohne Unterbrechung stattfindende Einwirkung auf die atrophische Schleimhaut, und zwar beider Nasenhälften zu gleicher Zeit. Sie muß daher vom Patienten selbst ausgeführt werden können. Zu diesem Zwecke wird, nachdem zunächst im Beginn der Behandlung, also das erstemal, die Nase auf irgendeine Weise vom Arzte selbst vollständig sekretfrei, also geruchlos gemacht worden ist, im Anschluß daran sofort in jede erkrankte Nasenseite gleichzeitig ein den individuellen Verhältnissen angepaßter Streifen von trockenem, hydrophilem Mull eingeschoben und damit die affizierte Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung so locker bedeckt, daß eine vollkommen ausreichende Nasenatmung beiderseits stattfinden kann. Sobald sich nun derartige Streifen infolge der Reiz- und Drainagewirkung mit schleimigem Eiter vollgesogen

haben (nicht früher, aber auch nicht später), werden sie mühelos ausgeschoben. Ist dann noch durch abermaliges Schnauben die Nasenhöhle von den zurückgebliebenen losen Sekreten befreit worden, so wird unmittelbar darauf vom Kranken selbst — nach genauester Unterweisung durch den Arzt — ein neuer Mullstreifen eingeführt, der wiederum so lange im Naseninnern bleibt, bis er seine Schuldigkeit getan hat. Auf diese Weise läßt sich die genuine Ozäna fortdauernd vom Patienten behandeln, ohne daß jemals die Nase ausgespült zu werden braucht. Bei konsequenter und richtiger Ausführung der Methode kann es also, abgesehen von den seltenen, jeder Therapie trotzdenden Fällen, niemals, auch nicht vorübergehend, zur Krustenbildung und damit zum Auftreten des entsetzlichen Fötors kommen. (Die Absonderung des in hohem Grade zur Eintrocknung neigenden Ozänaeiters wird jedoch, wie Verf. ausdrücklich hervorheben möchte, durch dieses Verfahren in keiner Weise verhütet.) Wird aber diese Behandlung auch nur kurze Zeit unterbrochen, so bleibt die Nasenhöhle bei einem auch nur einigermaßen schweren Falle von Ozäna — und nur ein solcher macht der Therapie Schwierigkeiten — nicht lange borken- und fötorfrei. Ist es doch für die ozänöse Nasenschleimhaut charakteristisch, daß sie, sich selbst überlassen, sehr schnell wieder stinkende Krusten produziert. Und darum kann nur ein Verfahren hier in Betracht kommen, das eine ununterbrochene Anwendung zuläßt und damit eine während dieser Zeit andauernde Wirksamkeit entfaltet, und das ist allein unter allen bisherigen Behandlungsarten die permanente trockene Mullstreifentamponade. Sie besteht daher auch heute noch zu Recht. Denn eine Heilung der genuinen Ozäna in dem Sinne, daß auch nur auf eine praktisch nennenswerte Dauer die ozänöse Absonderung überhaupt aufhört, und zwar in einer doch einigermaßen ins Gewicht fallenden Zahl von Fällen, ist der Therapie bis jetzt wenigstens noch nicht gelungen. (D. m. W. 1919 Nr. 7.)

**Serumtherapie des Scharlachs.** Von Dr. W. Griesbach (Städt. Krankenhaus Wiesbaden). Diese Behandlung hat sich schon vielfach sehr bewährt, hatte aber oft ungünstige Nebenerscheinungen (Schüttelfrost, Kollaps) zur Folge. Verf. behandelte 21 Fälle (davon 2 mit Normalserum, die übrigen mit Rekonvaleszenten-serum) mit 10 und 20 ccm. Von den 21 Fällen sind 10 Fälle, darunter ein allerschwerster, 5 schwere und 4 mittelschwere Fälle, in der klassischen Weise entfiebert, ohne daß nach dem Temperaturabfall nochmaliger Anstieg über 37,5° erfolgte. In 6 weiteren Fällen kam es zu einem einmaligen Fieberanstieg und darauf vollkommener Entfieberung am 2. Tage. Davon waren 5 Fälle

schwer, 1 Fall mittelschwer. Ein weiterer Fall fieberte nach anfänglichem Abfall auf  $36,5^{\circ}$  noch 14 Tage lang infolge einer starken Tonsillär- und Halsdrüsenphlegmone; die Schwere des Falles war aber nach der Injektion beseitigt, insbesondere die schweren Delirien waren vollkommen verschwunden. 2 Fälle (Geschwister) reagierten auf 10 bzw. 2 mal 10 ccm mit steilem Temperaturabfall, fieberten dann aber noch 9 bzw. 20 Tage lang fort, unter Auftreten von starken Drüsenanschwellungen am Halse. Auch diese beiden sind geheilt entlassen. In 8 der eben besprochenen Fälle kam es nun zum Schüttelfrost, in 4 sogar zum schweren Kollaps. Uebereinstimmend trat bei diesen letzten, zum Teil unmittelbar nach der Injektion bzw. noch während derselben, Schüttelfrost, Erbrechen, unfreiwilliger Abgang von dünnflüssigem Stuhl und Urin auf. Dann trat Herzschwäche (jagender, kaum noch fühlbarer Puls), Atemstillstand und vollkommenes Verschwinden des Exanthems auf. Nach Gabe von Kampfer und Koffein, Ausführung künstlicher Atmung, kehrte dann stets nach 5—10 Minuten banger Sorge das Bewußtsein zurück, der Puls wurde wieder gut, und der Patient fiel in tiefen Schlaf. Die Temperatur, die jetzt um  $\frac{1}{2}$ — $1^{\circ}$  gestiegen war, fiel im Laufe der nächsten Stunden steil ab, und nach etwa 12 Stunden, manchmal auch früher, war der Patient geheilt. Es ist ganz zweifellos, daß bei einer ganzen Anzahl von Fällen das Exanthem nicht zur alten Stärke zurückkehrte, ja teilweise gänzlich verschwunden war. 2 weitere Fälle nun endeten letal. Die beiden Fälle gleichen sich auffallend. Der Schüttelfrost setzte allerdings bei dem ersten Falle erst eine Stunde nach der Injektion ein, bei dem zweiten Falle bereits 20 Minuten danach. Der Tod erfolgte 4 bzw.  $3\frac{1}{2}$  Stunden nach der Injektion. In beiden Fällen die enorme Hyperpyrexie bis  $42,5$  bzw.  $41,5^{\circ}$ . Die Temperatur der Leiche betrug im ersten Falle, bei dem keine Ankühlungsprozeduren gemacht waren, noch  $41^{\circ}$ . Von Kollapstemperatur ist also nicht die Rede. In beiden Fällen schwerste Bewußtseinsstörung, einmal sogar mit Aufhebung der Patellarreflexe, die wahrscheinlich auf Gehirnödem zurückzuführen ist. Bisher kennen wir noch nicht die Ursachen der unangenehmen Nebenerscheinungen. Wenn es gelänge, diese zu finden und zu vermeiden, würde man die — vorzüglich wirkende — Serumtherapie mit noch größerer Freude begrüßen können.

(Ther. Mtt. 1919 Nr. 6.)

**Mangarsan**, eine Kombination von Mangan, Arsen und Hämoglobin, hat Dr. Hilfrich, Oberarzt am Invalidenhaus in Berlin, erfolgreich angewandt. Zusammensetzung der Tabletten:



Mangan. glycerol-phosphoric. . . . .	0,005
Acid. arsenic. . . . .	0,00016
Extr. Gentian. sicc. . . . .	0,02
Hämoglobin. sicc. . . . .	0,05
Pulv. Liquir. . . . .	0,05

Verf. fing mit 3 Tabletten täglich an, stieg allmählich auf 9 und ging dann zurück. (Klin.-therap. Wschr. 1919 Nr. 5/6.)

**Digitalisindikation bei akuter Glomerulonephritis.** Von Priv.-Doz. Dr. Hans Guggenheimer (Aus dem Medizinisch-poliklinischen Institut der Universität in Berlin). Bei akuter diffuser Glomerulonephritis steht das Bild einer Kreislaufschwäche nicht selten im Vordergrund und erfordert rechtzeitige Herzbehandlung. Daneben kann man bisweilen auch von der diuretischen Wirkung kleiner Digitalisdosen erfolgreich Gebrauch machen, wenn eine relative Herzinsuffizienz die Diurese im Stadium der Rückresorption der Oedeme nicht ordentlich in Gang kommen läßt.

(D. m. W. 1919 Nr. 9.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Die Protargolgelatinebehandlung der Gonorrhoe.** Von Cand. med. Max Weber (Aus dem Reservelazarett II, Weingarten). Ausgehend von dem Prinzip der Stäbchenbehandlung, die durch die Neißersche Protargolsalbe verbessert wurde, wurde im Jahre 1915 auf Anregung von Prof. Linser eine Protargolgelatine kombiniert und ausprobiert, die sich nun schon seit 3 Jahren in der Praxis gut bewährt hat. Sie wird erwärmt in dickflüssigem Zustand in die Urethra eingespritzt und stellt nach dem Erstarren, das in verhältnismäßig kurzer Zeit erfolgt, einen den verschiedenen Weitenverhältnissen und Buchten der Harnröhre sich anpassenden Ausguß derselben dar, der durch seine Wasserlöslichkeit eine langdauernde Einwirkung des benutzten Antigonorrhoeikums auf die Urethral Schleimhaut ermöglicht. Die Technik der Injektionen ist folgendermaßen: Es wird eine ganz aus Metall hergestellte größere Spritze<sup>1)</sup> mit der im Wasserbad erwärmten und dadurch verflüssigten Gelatine gefüllt und mit einem olivenförmigen Gummi-ansatz, wie er von Janet für die Original-Janetspritze angegeben wurde, versehen. Nun läßt man den Patienten die Fossa navicularis gegen den olivenförmigen Ansatz drücken und spritzt durch Vordrehen des wie bei der Gujonschen Spritze zu schraubenden Stempels langsam und unter gleichmäßigem Druck die dickflüssige

<sup>1)</sup> Von Jetter & Scherer in Tuttlingen.

Gelatine in die Harnröhre, wobei der Sphinkter meist ohne Schwierigkeit überwunden wird und die Gelatine in die hintere Harnröhre und den Blasenhalss tritt. Damit die genügende Menge über den Sphinkter hinausgelangt, ist, wenn man die Durchschnittskapazität der vorderen Harnröhre mit 6—10 ccm annimmt, die Injektion von etwa 20 ccm erforderlich. Im akuten Stadium ist natürlich das Fassungsvermögen der vorderen Harnröhre durch die Schleimhautschwellung etwas geringer als später, auch gibt es individuelle Schwankungen. Verf. ist mit einer Injektion von 20 ccm, die man ja in besonderen Fällen auf 25 ccm erhöhen kann, immer ausgekommen. Nach der Injektion muß der Patient 10—15 Minuten die Harnröhre vorn zuhalten, um ein Ausfließen der Gelatine zu verhindern, die in dieser zwar nicht völlig erstarrt, aber eine halbfeste Form annimmt, sodaß die Patienten auch damit umhergehen können, ohne daß ein Ausfließen zu befürchten ist. Die Einlage wird mehrere Stunden ohne Beschwerden gehalten und dann bei der nächsten Miktion mit ausuriniert, nachdem ein großer Teil allmählich gelöst wurde und so eine lang dauernde Einwirkung des Medikaments auf die Schleimhaut stattgefunden hat. Vor der Einlage muß der Patient durch völliges Ausurinieren und eventuelle Janetspülung die Harnröhre gereinigt haben. Verf. wendet die Protargolgelatine meist in 5%iger, daneben auch in 10%iger Form an, außerdem wird noch eine 5‰ige Argentum-nitricum-Gelatine benutzt. Natürlich ließen sich genau so auch die übrigen in der Gonorrhoebehandlung gebrauchten Silberverbindungen in Gelatineform verwenden. Die gegenüber den beim sonst üblichen Spritzen der Silbersalzlösungen gebräuchlichen Stärken doch recht hoch erscheinende Konzentration von 5% und 10%, von denen die 5%ige durchweg und auch die 10%ige in den meisten Fällen recht gut vertragen wird, ermöglicht eine viel intensivere Desinfektionswirkung. Die 10%ige Protargolgelatine eignet sich daher gut zur Verwendung bei Abortivkuren. Die Protargolgelatine wird nach folgender Vorschrift bereitet:

Rp. Protargol . . . . . 10,0 (20,0)  
 \ Gel. alb. . . . . 45,0  
 Aqu. dest. ad . . . . . 200,0  
 S. 5% (10%), Protargolgelatine.

Das Protargol wird kalt in einem Teil des Wassers gelöst, während man im größeren Teile die Gelatine quellen läßt, der dann nach der Erhitzung im Wasserbad bis fast zum Kochen (nicht kochen lassen, um störende Schaumbildung zu vermeiden) und Abkühlung bis auf eine dem Protargol nicht mehr schädliche Temperatur um 40° herum die Protargollösung zugesetzt wird.

Die fertige Protargolgelatine kann ohne Schaden ziemlich lange aufbewahrt werden, wobei dunkle Flasche natürlich Voraussetzung ist. Die gewöhnliche Anwendungsweise ist folgende: Patient erhält morgens die Einlage, die mehrere Stunden gehalten werden soll. Dann macht er im Laufe des Tages drei Janetspülungen mit Kal. permangan. und erhält abends eine zweite Einlage, die er dann möglichst die Nacht durch in der Harnröhre behalten soll. Bei dieser Behandlung ist also die Tripperspritze, die gewiß kein ideales Instrument ist, vollkommen ausgeschaltet, und wir haben den Vorteil einer gleichzeitigen Behandlung der vorderen und hinteren Harnröhre. Gegenüber der Spritze ist auch noch der Vorteil der erzielten lang dauernden Einwirkung des Medikaments besonders hervorzuheben. Als weiterer Vorteil mag noch genannt sein, daß sich bei den Gelatineinjektionen die regelrechte Durchführung der Behandlung gut kontrollieren läßt. Die Einlagen mit Protargolgelatine werden gleich von Beginn der Behandlung ab gemacht. Bei reiner Urethritis anterior könnte man sich bei den Protargolgelatineinjektionen auch auf die vordere Harnröhre beschränken. Nun ist aber bei den Soldaten eine Gonorrhoe ohne Erkrankung der hinteren Harnröhre eine recht seltene Erscheinung, was wohl in den meist starken körperlichen Anforderungen des Dienstes begründet ist, die ein schnelles Weitergreifen der Erkrankung begünstigt. Es wurde daher grundsätzlich die sofortige Mitbehandlung der Posterior durchgeführt, wobei in Fällen von reiner Urethritis anterior ein Uebergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre nicht beobachtet wurde, sodaß Verf. das Verfahren in solchen Fällen direkt als eine Prophylaxe der Urethritis posterior durchgeführt hat. Bei der Behandlung der Urethritis posterior mit den Einlagen könnte man einwenden, daß durch die Verlegung der Ausgänge von Prostata und Samensträngen eine Vermehrung der Komplikationen hervorgerufen werden könnte. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Neben der geschilderten Anwendung der Protargolgelatine und der Janetspülungen muß natürlich eine sorgfältige Beachtung und Behandlung der Komplikationen erfolgen, wobei besonders die Prostatitis zu beachten ist, bei deren Feststellung man sich, wie das leider vielfach der Fall ist, nicht auf die palpatorische Untersuchung der Vorsteherdrüse beschränken sollte, sondern stets auch die mikroskopische Untersuchung des ausgepreßten Sekrets der Vorsteherdrüse vorzunehmen hat. Ein exaktes Arbeiten in dieser Richtung liegt im Interesse der Volksgesundheit nach dem Kriege und läßt vielfach Rezidive vermeiden. Aus demselben Grunde wird auch auf eine möglichst sichere Feststellung der Heilung gesehen.

(M. Kl. 1919 Nr. 3.)

**Zur Heißbäderbehandlung der kindlichen Gonorrhoe.** Von Dr. Ferdinand Schotten (Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Mainz). Verf. hat bisher 23 Kinder mit Gonorrhoe der Heißbäderbehandlung unterzogen, welche er mit der Injektionsbehandlung kombiniert hat. Er beobachtete dabei die folgende Technik: Sobald bei einem Kinde durch Gonokokkennachweis die Diagnose gesichert ist, erhält das Kind zunächst ein Reinigungsbad, wird fest zu Bett gelegt und darf bis auf weiteres nicht aufstehen. Fieber besteht in den meisten Fällen nicht, doch kommen gelegentlich Temperaturen bis zu  $40^{\circ}$  zur Beobachtung. Die nächsten Tage wird jeden Morgen ein  $35^{\circ}$  warmes Sitzbad gegeben, dem Seife, Soda oder Holzessig zugesetzt wird. Diese warmen Sitzbäder werden so lange fortgesetzt, bis die Kinder einigermaßen sauber sind. Dann beginnt man mit den heißen Bädern von denen man jede Woche zwei verabreicht. Vor Beginn der Bäder werden zunächst die Lungen und das Herz der kleinen Patienten kontrolliert. Die Kinder werden bis über den Leib, ungefähr bis Brustwarzenhöhe in das Wasser gesetzt, das eine Anfangstemperatur von  $35^{\circ}$  C hat. Ganz langsam wird dann heißes Wasser zugelassen, bis die Temperatur des Wassers  $45^{\circ}$ ,  $46^{\circ}$  C beträgt. Bei größeren Kindern ist Verf. öfters bis  $48^{\circ}$  C gegangen. In diesem heißen Bad bleiben die Kinder  $\frac{1}{4}$  Stunde bis 20 Minuten, oft auch noch 5—10 Minuten länger, je nachdem es der Allgemeinzustand erlaubt. Auf den Kopf legt Verf. ein kaltes Tuch oder eine Eisblase. Während des Bades verhalten sich die meisten Kinder, besonders die großen, ruhig, während die kleinen oft schreien und unruhig werden. Das Gesicht ist hyperämisch, Schweiß perlt herab. Der Puls ist voll und beschleunigt, die Atmungsfrequenz gesteigert. Wo es angezeigt erscheint, gebe man der Vorsicht wegen während des Bades etwas Wein (Tokayer), meist ist es aber nicht notwendig. Jedenfalls hat Verf. nie üble Zufälle während des Bades beobachtet. Es trat kein Erbrechen auf. Schädigungen des Herzens ließen sich nicht feststellen. Direkt nach dem Bad wurden die Kinder im After gemessen, die Temperatur schwankte zwischen  $39^{\circ}$  und  $39,5^{\circ}$ . Dann wurden die Kleinen ordentlich abgetrocknet und wieder in ihr Bett getragen, wo sie fest zugedeckt liegen bleiben. Nach  $\frac{1}{2}$  Stunde war die Körperwärme stets wieder normal. Das Kind sieht nach dem Bad, besonders am Mittag, blaß aus. Die Badezeit wählte Verf. zwischen dem 1. und 2. Frühstück. Ungefähr  $\frac{1}{4}$  Stunde nach dem Bade bekamen die Patienten einen Becher Milch zu trinken. Die Tage, an denen kein heißes Bad gegeben wurde, wurden der Lokalbehandlung, bestehend in Ausspülungen und Einspritzungen, gewidmet. Als Spülflüssigkeit diente bei

Verwendung des Irrigators *Argentum nitricum* 1 : 1000 oder Alaun (in 1 l Wasser 1 K ffel  ffel Alaun). Die Menge, die Verf. jedesmal einlaufen ließ, betrug 800—1000 ccm. Mit dem Glasansatz ging er 3—4 cm tief in die Scheide ein. Zu den Einspritzungen (mit der Tripperspritze) benutzte Verf. Protargol 1  /o oder Choleval oder neuerdings Hegonon. Es wurden jedesmal 3—6 Spritzen injiziert. Als Ansatzrohr benutzte er mit Vorteil einen kleinen dünnen Gummikatheter, den er etwa 5—6 cm tief, manchmal auch tiefer in die Vagina einführte. Die Injektionsflüssigkeit ließ er 1—2 Minuten lang einwirken. Die obengenannten Ausspülungen wurden, wenn möglich, 2 mal am Tage vorgenommen. Bei besonderer Empfindlichkeit der Kinder beschränkte sich Verf. im Anfang auf die Berieselung der Vulva. Natürlich muß Leib- und Bettwäsche sehr oft gewechselt werden. Insbesondere muß dieser Wechsel stets nach einem heißen Bad erfolgen, da sonst Reinfektion durch die Wäsche stattfindet. Sobald kein Ausfluß mehr zu bemerken ist, wird ein Abstrich untersucht. Finden sich noch Gonokokken, so wird die Behandlung fortgesetzt, finden sich keine, so wird die Behandlung abgebrochen, doch wird die mikroskopische Untersuchung nach 8 Tagen und nach 14 Tagen wiederholt. Bleibt auch dann das Ergebnis negativ, so darf das Kind aufstehen. Erscheinen auch trotz des Aufseins nach weiteren 8 Tagen keine Gonokokken im Sekret, so wird das Kind als geheilt entlassen. Das Alter der Kinder schwankte zwischen dem 2. und 10. Lebensjahr. Der Aufenthalt im Krankenhaus betrug bis zur völligen Heilung 10—20 Wochen, selten mehr. An heißen Bädern wurden mindestens 10—12 verabreicht. Vergleicht man die Erfolge der früheren Silberbehandlung mit denen der kombinierten Behandlung, die hier angewandt wurde, so fällt vor allem die geradezu absolute Sicherheit der Heilung auf, die die kombinierte Heißbäder- und Silberbehandlung zu gewährleisten scheint. Ein wesentlicher Vorteil ist ferner die Abkürzung der Behandlungsdauer.

(M nch. m. W. 1918 Nr. 48.)

#### d) Augenkrankheiten.

##### **Abortive Chemotherapie akuter Ophthalmoblennorrhoen.**

Von Regimentsarzt Dr. Paul v. Szily und Augenarzt Dr. Hugo Stransky. Verff. gebrauchten zur Ausführung einer Abortion bei akuten Ophthalmoblennorrh en folgende Zusammenstellung:

Rp. Natrium chlor.	30,00
Calcium chlor.	1,00
Aqu. destill.	100,00
Solve!	

Von dieser Lösung wurden teils intra nates, teils subkutan in der Mamillargegend 5—8 ccm an vier aufeinanderfolgenden Tagen injiziert. Wiewohl eine prompte Abortion bei einem Falle bereits nach der 2. Injektion von 5 ccm NaCl + CaCl<sub>2</sub> intra nates eintrat, hat es sich bisher im allgemeinen am wirksamsten erwiesen, wenn Verff. 4 Kochsalzdepots nach folgendem Schema anlegten: am 1. Tage Injektion von 8 ccm intramuskulär in eine Hinterbacke, am 2. Tage desgleichen 8 ccm in die andere; am 3. Tage 5 ccm subkutan in der Mamillargegend der einen Seite, am 4. Tage desgleichen 5 ccm in der der anderen. Behandelt wurden 18 Fälle von akuten Augenblennorrhöen; die Kranken standen im Alter von 18—32 Jahren; bei Beginn der Behandlung bestand das Leiden bereits 2—8 Tage. 8 von den Kranken hatten gleichzeitig Harnröhrentripper, 14 litten zugleich an chronischem Trachom, mit dem sie bei Ausbruch der akuten Blennorrhoe auf der Trachomabteilung des Spitales in Behandlung gestanden waren. Fast alle 18 Fälle mit 32 erkrankten Augen waren ausgesprochen schwere Fälle: hochgradige Rötung und pralle Schwellung der Lider bis zur Unmöglichkeit, die Augen spontan zu öffnen, mächtige Schwellung der gesamten Bindehaut mit Chemose, die bei einigen in dicken Wülsten die Hornhaut fast zur Gänze deckte; in 3 Fällen fibrinöser Belag der Conjunctiva palpebrarum; dicke, eitrige Sekretion mit massenhaften Gonokokken; bei 3 Augen diffuse Infiltration eines Teiles oder der ganzen Hornhaut, bei 1 Auge ein sichelförmiges Randinfiltrat; bei 2 Augen kleine, randständige Ulcera in stadio progressionis, bei 1 Auge ein kleines, zentrales Ulkus, bei 6 Augen große Teile der Hornhaut bereits zerfallen, Perforation und Irisprolaps. Der Erfolg der Injektionen war folgender: Eine ausgesprochene Abortion bei 5 Kranken mit 8 Augen (3 beidäugig, 2 einäugig erkrankt): nach der ersten Injektion Schwinden der Schmerzen, Abnahme der Schwellung von Lidern und Bindehaut, so daß die Augen bereits am nächsten Tage spontan geöffnet werden können, Verringerung der Sekretion; nach der 2. Injektion weitere Abnahme der Schwellung und Sekretion, Schwund der Chemose; nach den restlichen 2 Injektionen bieten die weit offen stehenden Augen nur mehr die Zeichen eines Katarrhes mit schleimig-seröser Injektion bzw. des chronischen Trachoms, das schon vorher bestanden hatte. Gonokokken nicht mehr zu finden. Nach 6 Tagen konnten diese 8 Augen als von Blennorrhoe vollkommen geheilt betrachtet werden. Das 2. Auge bei den zwei einäugig Erkrankten war gesund geblieben, ohne Schutzverband. Bei den anderen 13 Kranken mit 24 blennorrhoeischen Augen war die Wirkung keine so verblüffende, jedoch auch bei ihnen bis auf einen, dessen Erkrankung den üblichen

protrahierten Verlauf nahm; die Besserung hochgradig und auffallend schnell: prall geschwollene Lider öffnen sich spontan am 2. oder 3. Tage und blassen ab, die Schwellung der Bindehaut und die Chemose gehen in 4—8 Tagen zurück, der fibrinöse Belag dreier Fälle ist am 2. Tage größtenteils, am 3. ganz geschwunden; die Sekretion nimmt viel schneller ab als bei bloßer konservativer Behandlung; das zweite, gesunde Auge zweier einäugig Erkrankten bleibt gesund, ohne Schutzverband. Und namentlich auffallend war das Verhalten der Hornhaut. Wo diese bei Beginn der Behandlung intakt war, blieb sie es auch weiterhin in allen Fällen. Die 3 diffusen Hornhautinfiltrate waren in ein oder zwei Tagen streng umschrieben und heilten in weiteren 2—3 Tagen aus, zwei mit kaum sichtbaren Makeln, eines ohne jede Folge; das randständige, sichelförmige Infiltrat oben innen war zum großen Teile am 2. Tage, am 3. ganz zurückgegangen. Ein zentrales kleines Ulkus war am 2. Tage gereinigt, am 4. überhaupt nicht mehr sichtbar. 2 randständige, progressive Geschwüre waren bereits am nächsten Tage durchgebrochen mit kleiner Iris-einklemmung; am übernächsten Tage war der kleine Prolaps vollkommen rein, in weiteren 2 Tagen fest eingeheilt mit durchsichtiger Hornhautumgebung. Die 6 großen Ulzera gingen in keinem Falle weiter, reinigten sich rasch und waren innerhalb 8 Tagen in Vernarbung übergegangen, die mehr minder große Hornhautpartien für eine spätere optische Iridektomie freigelassen hatte. Bemerkte sei noch, daß sich Fieber in keinem Falle einstellte, selbst in jenen nicht, bei denen sich schmerzhaftes Glutäalinfiltration oder — wie im 1. Falle — ein Glutäalabszeß ausbildete. Im ganzen hatten Verff. bei den an 18 Kranken vorgenommenen 36 Intra-nates-Injektionen 5 mal Infiltration des Glutäalmuskels, welche 4 mal auf Kataplasmen zurückging, in einem Falle zur Abszedierung führte. Die an denselben Kranken ausgeführten 30 subkutanen Injektionen in der Mamillargegend verliefen vollkommen reaktionslos bis auf eine mäßige Infiltration bei einem Falle. Auffallend war hierbei, daß sich von den 5 mit Glutäalinfiltration (Abszeß) verlaufenden Fällen 4 unter den abortiv ausheilenden befanden! Zusammenfassend können Verff. also berichten, daß von 18 schweren, mit 30%igen NaCl-Injektionen behandelten Augenblennorrhöen 5 ausgesprochen abortiv ausheilten und 12 einen auffallend benignen und raschen Heilverlauf nahmen. Die übliche konservative Behandlung wurde hierbei jedoch nicht außer acht gelassen.

(M. m. W. 1919 Nr. 2.)

## Neue Bücher.

Von **Breitensteins Repetitorien** (Leipzig, Joh. Ambr. Barth) sind neue Auflagen erschienen: vom „Repetitorium der Psychiatrie“ (von Dr. Lewin) die dritte, vom „Repetitorium der Topographischen Anatomie“ die dritte, vom „Repetitorium der Vergleichenden Embryologie“ die zweite. Diese Repetitorien erfreuen sich solcher Beliebtheit, daß eine besondere Empfehlung sich wohl erübrigt. — Auch von der im gleichen Verlage erscheinenden „Sammlung klinischer Vorträge“ hat eine Reihe neuer Nummern die Presse verlassen: Aus dem Gebiete der Inneren Medizin Nr. 251/52: „Febris periodica“ von Prof. Dr. Plesch und Nr. 253/54: „Kriegserkrankungen der quergestreiften Muskulatur“ von Prof. Dr. Schmincke. Aus dem Gebiete der Chirurgie Nr. 209/10: „Wund- und innere Behandlung von verschiedenen Krankheiten mit reiner amorpher Kohle“ von Dr. de Bruïre Ploos v. Amstel und Nr. 211/13: „Die traumatische Apoplexia cerebri vor Gericht“ von Prof. Dr. H. Fischer. Aus dem Gebiete der Gynäkologie Nr. 264/65: „Der geburtshilflich-gynäkologische Lehrstuhl an der Universität Dorpat“ von Dr. Ottow und Nr. 266/69: „Die Frau im Beruf“ von Prof. Dr. Köller.

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 193. Symptomatologisches S. 195. Kasuistisches S. 198.  
Diagnostisches S. 200. Therapeutisches S. 203. Neue Bücher S. 224.

## Sachregister.

Adrenalin bei Grippe 208.	Oberschenkelbrüche, Nachbehandlung 207.
Diphtherieserum bei Grippe 210, 211.	Osteoperiostitis des Stirnbeins nach Grippe 193.
Eukupin bei Ozaena 213.	Ophthalmoblennorrhoe, Chemotherapie 221.
Gonorrhoe, Protargolgelatine bei 217.	Ozaena, Behandlung 211—215.
—, Heißbäder bei kindlicher 220.	Panaritien, Schienung 208.
Grippe, Osteoperiostitis des Stirnbeins nach 193.	Phlegmonen, erster Verbandwechsel nach Inzision 203.
—, Nasennebenhöhlenerkrankungen bei 198.	—, Jodtinkurtamponade bei 205.
—, Adrenalin bei 208.	Protargolgelatine bei Gonorrhoe 217.
—, Diphtherieserum bei 210, 211.	Röntgenuntersuchung der Bauchorgane 200.
Iritis rheumatica 193.	Schädelverletzungen, objektives Symptom 195.
Malaria, Ausbruch latenter 198.	Scharlach, Serumtherapie 215.
Mangarsan 216.	Speiseröhrenverätzungen, Sondenbehandlung 207.
Muskelatrophie, progressive spinale 194.	Spondylitis deformans nach Paratyphus A 200.
Nasennebenhöhlenerkrankungen bei Grippe 198.	
Nephritis, Digitalis bei 217.	

## Autorenregister.

<i>Bähr</i> 207.	<i>Gassul</i> 213.	<i>Melchior</i> 203.	<i>Vaubel</i> 210.
<i>Bettinger</i> 211.	<i>Griesbach</i> 215.	<i>Porzelt</i> 206.	<i>Weber</i> 217.
<i>Bonhoff</i> 207.	<i>Guggenheimer</i> 217.	<i>Schmidt</i> 200.	<i>Wittmaack</i> 211.
<i>Bruck</i> 214.	<i>Hilfrich</i> 216.	<i>Schotten</i> 220.	<i>Wörner</i> 200.
<i>Finkelnburg</i> 194.	<i>Imhofer</i> 193.	<i>Siegfried</i> 198.	<i>Wolff-Eisner</i> 208.
<i>Folman</i> 193.	<i>Kautsky</i> 210.	<i>Stransky</i> 221.	
<i>Fraenkel</i> 198.	<i>Kisch</i> 195.	<i>v. Szyli</i> 221.	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
**San.-R. Dr. E. Graetzer** in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1919

## Aetiologisches.

**Klinische Beobachtungen über die Ursache der Kurzsichtigkeit.** Von Augenarzt Dr. H. Beckers (München). Eine häufige Klage in der augenärztlichen Sprechstunde sind Kopfschmerzen während oder nach Naharbeit. In solchen Fällen handelt es sich in der Regel nicht um Fernsichtigkeit. Diese macht ja allerdings auch Beschwerden: die Buchstaben fangen wegen Ermüdung des Akkommodationsmuskels nach einiger Zeit an zu tanzen und schließlich ganz unleserlich zu werden; der Patient muß zur Erholung des Muskels eine Pause machen; nach kurzer Pause geht das Lesen wieder vonstatten, aber bald wiederholt sich dieselbe Erscheinung. Gelegentlich tritt auch wohl schwerer Kopf und Benommenheit ein; aber eigentlicher Kopfschmerz, besonders Augenhöhlenschmerz, tritt nicht ein. Ein Konvexglas beseitigt schnell alle Symptome. In vielen Fällen aber tut ein Konvexglas keine Dienste, oder es verschlechtert gar das Sehvermögen für die Ferne. Tritt in solchen Fällen Kopfschmerz nach Naharbeit auf, so kann man sicher sein, daß es sich um schwachen dioptrischen Astigmatismus handelt, denn ausnahmslos sah Verf. in solchen Fällen nach Verordnung eines schwachen Zylinders — in der Regel  $+ 0,50$  cyl., zuweilen noch schwächer — die Beschwerden verschwinden, die sich in solchen Fällen bis zur Uebelkeit und Erbrechen steigern können. Dieser kleine Pluszylinder schafft die dankbarsten Patienten und wird von ihnen als ein Segen gepriesen. Dies „bische Astigmatismus“ wird von den meisten Augenärzten unterschätzt und vernachlässigt. Daß er vielfach vorkommt, sieht man besonders deutlich bei Presbyopen, bei denen man häufig das Sehvermögen durch  $+ 0,50$  cyl. auf  $\frac{6}{6}$  bringen kann, nicht aber durch  $+ 0,50$  sph. Da bei den älteren Presbyopen die Akkommodation fast ganz aufgehoben ist, zeigt diese Tatsache, daß bei

jugendlichen Individuen mit geringen Graden von Astigmatismus, die trotzdem ohne Glas  $\frac{9}{6}$  lesen, die Akkommodation eine bis zu einem gewissen Grade korrigierende Wirkung ausübt. Bis zu einem gewissen Grade, denn stärkere Grade von Astigmatismus vermag das Auge ohne Gläser nicht zu überkommen; es nimmt deshalb den Kampf gegen das undeutliche Sehen auch gar nicht auf, es verzichtet auf deutliches Sehen; in solchen Fällen treten daher auch keine Beschwerden auf. Bei manchen Presbyopen kann man nun weiter beobachten, daß sie weder mit  $+ 0,50$  cyl., noch mit  $- 0,50$  sph., wohl aber mit  $- 0,50$  cyl.  $\frac{9}{6}$  herausbringen. Da bei Presbyopen eine Täuschung durch Akkommodationsanstrengung nicht befürchtet zu werden braucht, so besteht also hier ein schwacher Grad von myopischem Astigmatismus. Um Mißverständnisse zu vermeiden, will Verf. ausdrücklich erklären, daß er, wenn er von Astigmatismus redet, immer dioptrischen Astigmatismus meint, nicht etwa Hornhautastigmatismus, der in jedem Auge vorkommt, manchmal in hohem Grade und trotzdem für die Sehschärfe, wenn auch nicht irrelevant, aber doch ganz nebensächlicher Natur ist, da wir trotz des ständigen Hornhautastigmatismus in 50 % aller Augen  $\frac{9}{6}$ , d. h. Ideal- oder Punktsichtigkeit erreichen. Das Auge hat eben genügende Korrektionsmittel zur Verfügung, um den Hornhautastigmatismus zu überkommen und seine fast stets vorhandene angeborene Hyperopie zusammen mit seinem Hornhautastigmatismus allmählich zur Emmetropie hinüber zu entwickeln; es richtet sich ein, es wächst sich in die Emmetropie hinein. Das ist eine logische Schlußfolgerung aus der von niemandem angefochtenen Tatsache, daß trotz starkem Hornhautastigmatismus Emmetropie bestehen kann. In einer Anzahl von Augen bleibt ein mehr oder minder großer Grad von dioptrischem Astigmatismus bestehen, d. h. das ursprünglich (bei allen Neugeborenen) hyperopisch-hornhautastigmatische Auge hat sich nicht bis zur Normal- oder Ideal-, besser noch: Punktsichtigkeit fortentwickeln können: in dem einen Meridian ist ihm noch ein Rest von Hyperopie verblieben, und Emmetropie tritt erst nach Korrektion durch einen Pluszylinder ein. Bei manchen Patienten bleibt dieser schwache dioptrische Astigmatismus das ganze Leben hindurch bestehen, bei manchen tritt aber eine weitere Entwicklung ein, für deren Verständnis eine Beobachtung von großer Wichtigkeit ist, die Verf. häufig bei jugendlichen Individuen machen konnte. Bei diesen gelingt es häufig nicht, schwache Grade von Astigmatismus für das einzelne Auge mit einem Pluszylinder ( $+ 0,50$  cyl.) auf  $\frac{9}{6}$  auszukorrigieren, sondern nur mit einem Minuszylinder ( $- 0,50$  cyl.). Gibt man aber dann beide Augen frei, so wird häufig nicht nur mit  $- 0,50$  cyl.  $\frac{9}{6}$

gelesen, sondern jetzt (binokulär) auch ebenso glatt mit  $+ 0,50$  cyl., jedoch mit umgekehrter Achse. Es ist dasselbe, als wenn wir nach Freigabe beider Augen eine Konvexlinse von  $+ 0,50$  hinzugefügt hätten. Diese Konvexlinse zeigt genau den Grad der monokulären Akkommodation an; erfahrungsgemäß wird bei monokulärer Prüfung stärker akkommodiert als bei binokulärer. Viele solcher jugendlichen Augen mit schwachem hyperopischen Astigmatismus sind also, wenigstens zeitweilig, auf der Kippe, auf dem Uebergang zu myopischem Astigmatismus, infolge ihrer Akkommodationsanstrengungen, die nicht anders gedeutet werden können als ein Versuch des Auges, die durch den Astigmatismus bewirkte Undeutlichkeit des Sehens zu überkommen. Gibt man diesen Augen einen Pluszylinder, so kann man sie auf der Plusseite halten, wenn er ständig getragen wird. Andernfalls gehen sie auf die Minusseite über, d. h. der hyperopische Astigmatismus geht dauernd in myopischen über. Beispiel: E. 12 Jahre alt, erhielt wegen Schlechtsehens an der Wandtafel im Jahre 1914  $+ 0,50$  cyl. ax. 180 verordnet, womit er  $\frac{6}{8}$  las. Am 12. März 1915 las er mit demselben Glas — das er nur wenig getragen hatte — nur noch  $\frac{6}{12}$ ; mit  $- 0,50$  cyl. 90 aber las er wieder  $\frac{6}{8}$ . Es war also aus dem hyperopischen ein myopischer Astigmatismus geworden. Die weitere Entwicklung des Falles ist bedeutsam: Im April 1916 sah Verf. ihn wieder. Auch inzwischen hatte er trotz strengen Geheißes seiner Eltern die verordneten Gläser nur wenig getragen. Um die unterste Reihe ( $\frac{6}{8}$ ) herauszubringen, war die Verordnung  $- 0,5$  und  $0,50$  cyl. ax. 90 notwendig. Der ursprüngliche hyperopische Astigmatismus war also zuerst in myopischen und danach in weiterem Abstieg auf der schiefen Ebene in Myopie mit Astigmatismus übergegangen. Eine ganze Reihe solcher Beobachtungen brachten Verf. die Ueberzeugung bei — zunächst ohne alle theoretischen Spekulationen, nur auf dem Boden der Tatsachen und der Beobachtungen —, daß dieser Uebergang die regelmäßige Entstehung der Myopie darstellt, und diese Ueberzeugung wurde bis zur Gewißheit bestärkt durch eine Tatsache, die er in tausenden von Refraktionsbestimmungen festgestellt hat, die jederzeit bei genauer Prüfung in jedem Falle von typischer Myopie mit  $\frac{6}{8}$  Sehschärfe nachgewiesen werden kann, sobald man gelernt hat, mit kleinen Zylindern zu arbeiten: daß in jedem solchen Falle von Myopie ein (meistens geringer) Grad von dioptrischem Astigmatismus vorliegt. Es gibt keine Myopie ohne Astigmatismus. (Um den korrigierenden kleinen Zylinder und — was Übung verlangt — die richtige Achsenstellung zu finden, darf nicht schon durch ein Konkavglas auf  $\frac{6}{8}$  auskorrigiert sein. Dies bedeutet schon eine Ueberkorrektion. Denn wenn er

z. B. mit — 1,50 sph.  $\frac{6}{6}$  erzielt, dasselbe aber mit — 1,00 und 0,50 cyl. ax. 90, so hat er ja mit — 1,50 sph. in dem einen Meridian schon überkorrigiert. Verf. beginnt deshalb schon, sobald er mit einem Konkavglas auf  $\frac{6}{12}$  gekommen ist, mit dem Zylinder; in den meisten Fällen bringt dann — 0,50 cyl. sofort die unterste Zeile ( $\frac{6}{6}$ ) heraus, in der einen Achsenstellung, nicht in andern.) Nachdem einmal für Verf. feststand, daß es keine Myopie ohne dioptrischen Astigmatismus gibt, ging er daran, die Frage, ob der dioptrische Astigmatismus die Ursache der Myopie sei, durch das Experiment zu lösen, d. h. dadurch, daß er die Entstehung oder das Fortschreiten der Myopie durch Zylindergläser, die den bestehenden Astigmatismus genau korrigierten, beeinflusste. Es hat sich in einer großen Reihe von Fällen, die bis zu 8 Jahren zurückliegen, gezeigt, daß wir in der genauen Korrektur des dioptrischen Astigmatismus ein Mittel haben, die Zunahme eines gegebenen Falles von Myopie aufzuhalten. Voraussetzung dabei ist, daß es sich um typische Myopie handelt, daß noch normales Sehvermögen ( $\frac{6}{6}$ ) erzielt wird, und daß die korrigierenden Gläser ständig getragen werden. (B. kl. W. 1919 Nr. 8.)

**Ein Fall von Meningitis nach Schädelbasisfraktur, hervorgerufen durch Streptococcus mucosus.** Von A. Weber (Aus dem Knappschaftskrankenhaus I und dem Institut für Hygiene und Bakteriologie zu Gelsenkirchen). Nach dem Befund der Schädelsektion lag es klar auf der Hand, daß die Infektion von der Nase oder dem Rachen aus durch die Fraktur im Siebbein oder Keilbein erfolgt sein mußte, und zwar durch direktes Einwandern des Strept. mucos. aus dem Nasenrachenraum in die Schädelhöhle und zu den Hirnhäuten. (M. m. W. 1919 Nr. 11.)

### Diagnostisches.

**Die Käfigsonde und ihre Verwendung bei Gonorrhoe.** Von Prof. Dr. Bettmann (Heidelberg). Im Jahre 1904 hat Alexander das Wasserstoffsperoxyd als Provokationsmittel empfohlen. Er ging von dem Gedanken aus, daß die Schaumbildung wesentlich sei, und daß die Bläschen vor allem mechanisch wirksam werden, indem sie Tripperkeime aus den Lakunen der Harnröhre hervorholen. Das Perhydrol gestattet die Herstellung beliebiger Konzentrationen. Es lag nun nahe, zur Wasserstoffsperoxydprobe das Ortizon zu benutzen. Nur konnte es nicht gerade zweckmäßig erscheinen, Ortizonpulver oder -stäbchen direkt mit der Harnröhrenwandung in Berührung zu bringen, selbst wenn man davon nicht eine ungünstige Einwirkung auf die empfindliche

Schleimhaut befürchtete. Verf. führt deshalb das Mittel in einer „Käfigsonde“ ein, die er bei der Firma Fr. Dröll in Heidelberg herstellen ließ. Als Käfigsonde bezeichnet er eine Metallsonde, deren vorderer hohler, mit einer großen Zahl runder Löcher versehener Teil angeschraubt ist. Dieser „Käfig“ dient zur Aufnahme eines Ortizonstifts von entsprechender Größe. Das Instrument gleitet genügend leicht in die Harnröhre, wenn es mit Wasser befeuchtet ist. Oelige Gleitmittel sind zu vermeiden, da sie die Entwicklung der Wasserstoffbläschen hemmen. Die Feuchtigkeit der Harnröhre genügt im übrigen, um den Stift vollkommen zerschmelzen zu lassen. Es entwickelt sich somit eine reichliche Menge von Schaum, was der Patient zunächst an einem eigenartigen kochenden Gefühl in der Harnröhre bemerkt; bald kommen Bläschen an der Harnröhrenmündung zum Vorschein, auch wenn die Spitze der Sonde am Schließmuskel liegt; die Wirkung erstreckt sich also auf die ganze Länge der Harnröhre. In einigen Minuten ist das Stäbchen völlig aufgelöst und der Käfig leer, wenn die Sonde wieder entfernt wird. Die Anwendung des Wasserstoffsperoxyds in dieser Weise hat mancherlei Vorteile. Wir erreichen eine intensive, aber nicht allzu stürmische Wirkung. Diese läßt sich in ihrer größten Stärke auf bestimmte Teile der Harnröhre einstellen, z. B. solche, die vorher im Endoskop als „verdächtig“ erkannt waren; sie läßt sich durch Verschieben der Sonde graduieren und in jedem gewollten Augenblick unterbrechen. Die Reizprobe mit dieser Methode erscheint schonend und wirksam. Es kommt nicht zu einem typischen Reizkatarrh mit reichlicher Fädenbildung und stark getrübtem ersten Urin. Vielmehr bleiben die Urine klar; der Anwendung folgen in der Regel auch keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden. Dabei ist die provokatorische Wirksamkeit augenscheinlich recht zuverlässig. Verf. beschränkt sich nicht nach Alexanders Vorgehen auf die direkte Untersuchung des Schaums und der in ihm etwa ausgeschwemmten Teilchen, sondern beobachtet die Harnröhrenabsonderung 24—48 Stunden nach der Reizung; denn er hält die Einwirkung auf die Harnröhrenschleimhaut, die sich nachträglich zu erkennen gibt, für wesentlichlicher als jene unmittelbare ausschwemmende Wirkung. Auf Grund von nunmehr fast 2500 Fällen ist Verf. dazu gelangt, die Ortizonmethode für eine gute und empfehlenswerte Reizprobe zu halten. — Die Käfigsonde läßt auch eine Verwendung des Ortizons zu therapeutischen Zwecken zu. Verf. ist in nicht wenigen Fällen durch tägliche Anwendung in etwa 14 Tagen dazu gelangt, daß bei hartnäckigen Trippern mit positivem Gonokokkenbefunde die Tripperkeime verschwanden und bei langer Nachkontrolle auch nicht mehr zum Vorschein

kamen. Die endoskopische Untersuchung zeigte, daß in diesen Fällen zumeist eine leukoplakieartige Veränderung der Schleimhautoberfläche (nicht etwa ein Aetzschorf!) eingetreten war. In der Regel wurde diese Behandlung sehr gut vertragen; nur in vereinzelten Fällen stellte sich eine zunehmende Empfindlichkeit der Harnröhre ein, die zum Abbrechen der Behandlung veranlasste.

(M. m. W. 1918 Nr. 3.)

**Ueber die Leistungsfähigkeit und Grenzen der Anreicherungsverfahren für den Nachweis der Tuberkelbazillen im Auswurf.** Von Kreisassistentenarzt Dr. R. Engelsmann (Aus dem Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf).

1. Im Ausstrichpräparat findet man bei richtiger Technik am schnellsten und sichersten auch vereinzelte Tuberkelbazillen.

2. Von den Anreicherungsverfahren ist die beste das von Ditthorn und Schulz angegebene Verfahren.

3. Das Ausstrichpräparat gibt nur einen gewissen Anhaltspunkt für die absolute Bazillenzahl der Tagesmenge, für diesen Zweck sind die Anreicherungsverfahren unentbehrlich; im übrigen sind sie zur Kontrolle des Ausstrichpräparates von Wichtigkeit.

(D. m. W. 1918 Nr. 1.)

### Kasuistisches.

Ein weiterer Fall von Urethritis non gonorrhoeica und septischer Allgemeinerkrankung wird von Oberarzt Dr. O. Jungmanns (Äußere Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt) beschrieben. Reiter und Michael beschrieben bereits solche. Bei Betrachtung der drei Fälle ist ersichtlich, daß sie denselben Verlauf nahmen, nur sind sie in der Schwere der Erkrankung verschieden. Als hauptsächlichste Symptome hoben sich hervor: Beginn und Verlauf mit Fieber, geringer Ausfluß aus der Harnröhre, der keine Gonokokken enthält, Blasenkatarrh, Konjunktivitis, Keratitis und Iritis, Gelenkschwellungen, sowohl großer wie kleiner Gelenke, meist mehrerer Gelenke zugleich oder kurz nacheinander. Erkrankung des Herzens. Der Symptomenkomplex weist auf eine bakterielle, auf eine septische Erkrankung hin. Dafür sprechen auch die therapeutischen Erfahrungen. Verf. verabreichte anfangs Aspirin mit wenig Erfolg. Michael scheint in seinem leichteren Falle mit Salizylpräparaten Heilung erzielt zu haben. Verf. hatte mit intravenösen Kollargolinjektionen (2%ige Lösung, 2—10 ccm), wie sie bei leichten septischen Erkrankungen angewendet werden, durchschlagenden Erfolg. Im Falle Reiters wurde Salvarsan gegeben, aber ohne Erfolg. Ob

die drei Erkrankungen dieselbe Aetiologie haben, ist nicht erwiesen. Ueber die Eintrittspforte und die Art der Bakterien kann nichts Abschließendes berichtet werden. Verf.s Patient hatte 14 Tage vor der Erkrankung einen Furunkel an der Oberlippe, so daß es sich um eine Allgemeinerkrankung durch Staphylokokken gehandelt haben kann. Bei den beiden anderen Fällen ist nichts von einer Eingangspforte erwähnt. Reiter stellte in seinem Falle durch Kultur eine Spirochätenart fest, die er *Spirochaete forans* nennt und als Erreger anspricht. Er nennt daher die Erkrankung in seinem Falle „*Spirochaetosis arthritica*“. In Verf.s Falle konnten bei zweimaliger Untersuchung des Blutes nach der Reiterschen Methode im Bakteriologischen Institut diese Spirochäten nicht festgestellt werden. Die Kulturen blieben vielmehr steril. Der Harnröhrenausfluß war in einigen Tagen von selbst verschwunden. Er enthielt keine Gonokokken, auf andere Bakterien ist nicht eingehend untersucht worden. Es erhebt sich die Frage, ob diese Harnröhren- und Blasenkatarrhe als primäre Erkrankungen und als Ausgangsort der Allgemeininfektion in Betracht kommen. Lipschütz stellte das Beobachtungsmaterial der primären nicht gonorrhoeischen Urethritis zusammen und unterscheidet drei Gruppen: A. Nichtgonorrhoeische Urethritis, hervorgerufen durch Infektion mit bestimmten Mikroorganismen; B. Einschlußblennorrhoe der Harnröhre; C. Chronische nichtgonorrhoeische Urethritis (Typus Waelsch), höchstwahrscheinlich infektiöser, jedoch bisher unbekannter Aetiologie. Es ist daraus zu ersehen, daß die meisten der bekannteren Bakterien eine primäre Urethritis erzeugen können. Wenn nun auch nicht von der Hand zu weisen ist, daß eine solche Urethritis zu einer Allgemeininfektion führen kann, so weisen hier die leichte Art der Harnröhren- und Blasen-erkrankungen und deren rasches Abklingen mit der Besserung der Allgemeinerkrankung mehr darauf hin, daß diese sekundärer Natur sind. Es sei an die entsprechenden Harnröhren- und Blasen-erkrankungen bei Typhus und Mumps erinnert. Ferner sind sie bei Gelenkrheumatismus, Influenza, Angina und Ruhr beobachtet worden. Die Erklärung ist darin zu suchen, daß die Krankheitskeime von den Nieren ausgeschieden werden, ohne daß die Nieren einen nachweisbaren Krankheitszustand zeigen. Durch diese Bakterien werden die Blasen- und Harnröhrenschleimhaut in Entzündung versetzt. Es kommt sogar zuweilen fortschreitend zu Prostatitis bzw. Epididymitis. Diese Harnröhren- und Blasen-erkrankungen zeichnen sich aber gewöhnlich durch ihre geringe Intensität und ihr rasches Abklingen aus. So ist Verf.s Fall als eine septische Allgemeinerkrankung aufzufassen, ausgehend mit größter Wahrscheinlichkeit von dem Furunkel an der Oberlippe. Einen ana-

logen Fall mit noch schwereren Erscheinungen aus der Dermatologischen Klinik zu Bern beschreibt J. Bilond. Hier traten Schwellung an der rechten Schulter, oberhalb des linken Kniegelenkes, am linken Fußrücken und Unterschenkel auf, außerdem eine Urethritis und Zystitis und Epididymitis links. An der rechten Schulter steigerte sich die Entzündung bis zum subdeltoidealen Abszeß und Osteomyelitis des Akromions. Als Erreger wurde hier im Blut, im Urethralsekret, im Schulterabszeß, in der Epididymitis usw. der *Staphylococcus aureus* festgestellt. Die Frage der Eingangspforte kann Bilond nicht entscheiden, er kann aber auch nicht die Erkrankung des Urogenitalapparats als Ausgangsort annehmen. (D. m. W. 1918 Nr. 47.)

**Osteomyelitis acuta purulenta des vierten Halswirbels.**  
 Von Prof. Cassel (Berlin). Am 18. November 1918 wurde Verf. spät abends zu dem vor 5 Tagen ohne vorangegangenes Trauma ganz plötzlich hochfieberhaft schwererkrankten 9jährigen Knaben gerufen. Der bis dahin muntere, gesunde Knabe klagte am Erkrankungstage über große Schmerzen in der linken Schulter, zu denen auch Schmerzen in der rechten Schulter bald hinzutraten. Es bestand von vornherein hohes Fieber, sich kontinuierlich zwischen 39 und fast 41 bewegend, und große Hinfälligkeit nebst zeitweilig auftretenden Delirien. Zwei hinzugezogene Aerzte nahmen eine rheumatische Affektion an und behandelten dementsprechend. Bei seinem Besuch fand Verf. einen sehr schweren Patienten, der, laut stöhnend, zusammengekauert in Rückenlage dalag. Puls 130, regelmäßig, von mittlerer Spannung. Respiration ruhig, häufiges Stöhnen, augenscheinlich vor Schmerzen. Auf Befragen gibt der Knabe ganz vernünftige Antworten und klagt über große Schmerzen in den Schultern und den Armen, links mehr als rechts. Der Kopf, den der Patient kaum zu bewegen wagt, wird ganz steif gehalten. Als Verf. den Kranken aufzurichten oder in Bauchlage zu bringen versucht, macht er lebhaft Abwehrbewegungen und wälzt sich schließlich selbst in Bauchlage. Man sieht alsdann, daß die ganze Nackengegend kolossal geschwollen ist von der Haargrenze bis zur Vertebra prominens und nach den Seiten bis zu den Ohrmuscheln; man hat ungefähr den Eindruck wie bei dem Anblick des Stiernackens eines ungewöhnlich kräftigen Mannes. Die Haut über der Schwellung war ganz blaß und etwas glänzend. Berührung und Druck waren außerordentlich schmerzhaft, namentlich wenn man gegen die Tiefe zu drücken versuchte. Fluktuation war nicht nachweisbar. Geschwollene Drüsen wurden nicht gefühlt. — An den inneren Organen konnte nichts Abnormes nachgewiesen werden, mit Aus-



nahme eines geringen Eiweißgehalts im Urin. Das ganze Krankheitsbild bei diesem jugendlichen Patienten war so befremdlich, daß man zunächst kein sicheres Urteil über den Fall gewinnen konnte. Erst als sich das diagnostische Denken in topographisch-anatomischer Richtung zu bewegen anfang, klärte sich die Auffassung über den vorliegenden Fall. Es mußte sich um eine akute infektiöse Erkrankung der tieferen Nackengebilde handeln. Die Haut, Drüsen oder die Muskulatur kamen nicht in Frage, da sich sonst schon innerhalb 5 Tagen Rötung oder Fluktuation oder eine besondere Hervorwölbung gezeigt haben würde. So blieb nur übrig, an die Knochen, d. h. an die Wirbel zu denken, und alsdann stimmte der Verlauf der Krankheit mutatis mutandis recht gut mit dem überein, was wir an den akuten infektiösen Osteomyelitisfällen der Röhrenknochen zu sehen gewohnt sind. Die Schmerzen waren als ausstrahlende, durch Druck auf die beiderseitigen Plexus cervicales hervorgerufen anzusehen. Per exclusionem kam Verf. daher zu der Diagnose: Akute eitrige Osteomyelitis eines oder mehrerer Wirbelkörper. Angesichts der Schwere des Krankheitsbildes und der Gefahr, in der der Patient schwebte, riet Verf. zu schleuniger Operation als der einzigen Möglichkeit, das Kind zu retten. Infolgedessen wurde der Patient am anderen Morgen in das Urbankrankenhaus gebracht, wo die Operation von Prof. Brentano ausgeführt wurde. Dieser berichtete Folgendes über den Befund und den Verlauf: „Es hat sich bei dem Patienten um eine Osteomyelitis acuta gehandelt, die vom Körper des vierten Halswirbels ausging und zu einer starken Infiltration der Halsmuskulatur auf der Dorsalseite geführt hatte. Die Operation bestand in der Spaltung derselben in der Mittellinie und Freilegung des Querfortsatzes des vierten Halswirbels, neben dem Eiter austrat. Eine weitere Verfolgung des Eiters bis zu seiner Quelle wäre technisch von dem Schnitte aus nicht möglich gewesen und hätte eine neue Schnittführung erfordert, die mit Rücksicht auf das sehr schlechte Allgemeinbefinden unterbleiben mußte. — Das Kind lebte nach der Operation noch 1 $\frac{1}{2}$  Tag.“ Obwohl Verf. in langjähriger Berufstätigkeit an einem großen Material mancher Fall von Osteomyelitis acuta begegnet ist, darunter auch einzelne mit ganz ungewöhnlichem Sitz — wie z. B. ein ebenfalls tödlich endigender Fall von Osteomyelitis acuta des Sternums bei einem Kinde —, so hat er doch ein Krankheitsbild wie das eben beschriebene noch niemals beobachtet. — Franz König führt aus, daß ganz akut verlaufende nicht tuberkulöse Osteomyelitis eines Wirbelkörpers außerordentlich selten vorkommt. König hat einen solchen Fall am 10. Rückenwirbel mit großem primären Abszeß beobachtet, der nach Aus-

heilung des Abszesses im allgemeinen glücklich verlief. Nur störte das Auftreten einer Myelitis den Verlauf. Ergiebiger ist schon die Darstellung des betreffenden Kapitels von Schmieden und Löffler. Nach diesen Autoren wird akute Osteomyelitis der Wirbel nicht häufig beobachtet. In der Regel tritt die Krankheit vor dem 25. Jahre auf. Meist ist nur ein Wirbel, am häufigsten der Lenden-, am seltensten der Halsregion befallen. Seltener sind die Wirbelkörper, häufiger die Bogen- oder Fortsätze erkrankt. Entzündungserreger ist der *Staphylococcus aureus*. Haupterscheinungen sind: Akute Entstehung, typische schmerzhaftesteifigkeit der Wirbelsäule, ausstrahlende Schmerzen, die sich bei Druck steigern, Oedem, Phlegmone sowie hohes Fieber. Hierzu können Kompressionserscheinungen seitens des Rückenmarks treten (Spasmen, Steigerung der Reflexe). Die Diagnose ist bei schwerer akuter und allgemeiner Erkrankung ohne deutliche Ausbildung der Phlegmone anfangs schwer. Wichtig ist in solchen Fällen der lokale Schmerz. Die Prognose ist zweifelhaft, sie richtet sich nach der Schwere, d. h. nach dem Grade der Virulenz und der Ausdehnung der Erkrankung, nach Auftreten von Metastasen und Komplikationen, sowie nach der Zeit der Operation und der Zugänglichkeit des Abszesses. Die Mortalität beträgt nach Donati 45 %. Die schlimmste Komplikation ist das Eindringen von Eiter in den Rückenmarkskanal. — Sowie die Diagnose gestellt ist, hat ausgiebige Inzision des Abszesses zu erfolgen, wenn möglich mit Freilegung des primär erkrankten Wirbelabschnitts.

(D. m. W. 1919 Nr. 1.)

## 2 seltene Fälle von Aktinomykose und ihre Behandlung.

Von Dr. Oskar Orth (aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Forbach i. Lothr.).

Fall 1. 20jähriger Patient, aufgenommen unter der Diagnose Phlegmone der linken Halsseite, ausgehend von einer submaxillären entzündeten Drüse; auch die rechte Submaxillargegend in den Prozeß mit eingezogen. Die Inzision ergab stinkenden, drusenhaltigen Eiter, worauf rasche Heilung erfolgt, die aber zu einem Rezidiv führte, das erst nach Röntgenbestrahlung kombiniert mit Jodkali ausblieb (Dauer  $1\frac{1}{2}$  Jahr). Die Röntgentherapie führte in diesem Falle zum Ziel im Gegensatz zu einer Beobachtung Rovsings, der nach ihr eine Ausbreitung der Erkrankung und das Entstehen mehrerer multipler Abszesse erlebte. Der Ausgangspunkt waren kariöse Zähne, die die Drüse enthielten.

Fall 2. Amtsrichter, 35 Jahre alt. Sonst gesund. Auf der Mitte seines Oberschenkels eine bläulich verfärbte Hautstelle mit weicher, pseudofluktuierender Geschwulst, in deren Umgebung

eine derbe Gewebsinfiltration. Die Anschwellung nicht abgrenzbar, die Drüsen der Umgebung unbeteiligt. Eine früher vorgenommene Abschabung zwecks Untersuchung in einer Hautklinik ergab Drusen und sicherte die Diagnose: Aktinomykose. Klagen des Patienten über Schmerzen beim Gehen, besonders beim Beugen des Beines (Quadrizepsreizung). Trotz 3 Jahre langer Heilbestrebung ohne Erfolg wurde eine dauernde mit einer 6 maligen Röntgenbestrahlung ( $\frac{1}{2}$  Sabourauddauer) erzielt, ohne Jodkali, das der Patient nicht mehr vertrug (Heilungsdauer 5 Jahre).

Beide Fälle gleich interessant, sowohl hinsichtlich ihrer Entstehung, ihrer Lokalisation und ihres Verlaufs. Der erste spielte sich ab unter dem Bild der akuten Phlegmone. Hier kommt zu der Aktinomykose eine sekundäre Infektion, die das sonst chronisch verlaufene Krankheitsbild zu einem stürmischen umwandelt. Der zweite Fall zeigt seine Seltenheit in seiner Lokalisation und dem Erfolg der Strahlenbehandlung, die hier nicht mit der Operation oder Jodkaligaben kombiniert war. Bei den Erfolgen der reinen Strahlentherapie muß man an eine besondere Empfänglichkeit des Patienten denken; sonst wäre es unverständlich, warum wir öfters noch kombinieren müssen. Auf frischen Granulationsgeweben bei durch Infektion bedingten Prozessen wirken die Strahlen eher entwicklungshemmend, im Gegensatz zu Nachbestrahlungen bei operierten Sarkomen, die nicht zu selten dann ein akzessiveres Wachstum zeigen. Jedenfalls ist die Aktinomykose durch die Strahlentherapie günstig beeinflussbar.

(Allg. m. Ztg. 1918 Nr. 19.)

### Toxikologisches.

**Nirvanol-Vergiftung.** Von Sanitätsrat Dr. Golliner (Burgdorf-Hannover). Am Abend des 26. November v. J. klagte die 25jährige gesunde Frau X. über dauernde hochgradige Schlaflosigkeit und bat um Verordnung von Veronal. Verf. verordnete ihr eine Originalpackung von (10 oder 12) Nirvanol-Tabletten zu 0,5 und riet ihr, erst eine halbe Tablette und, falls diese nicht wirkte, am nächsten Tage eine ganze Tablette zu nehmen. Am Vormittag des 28. November wurde Verf. zu Frau X. gerufen. Sie hätte am 26. November Aerger in der Familie gehabt, läge seitdem eigensinnig im Bett und antworte gar nicht auf Anruf. Verf. fand Patientin in tiefer Hypnose, den Puls klein, Gesicht stark gerötet, Pupillen reagierten bei passivem Heben der Augenlider langsam auf das Licht der elektrischen Taschenlampe, Achselhöhlentemperatur war 38. Naßkalte Abklatschungen blieben wirkungslos. Die Schachtel mit den Tabletten war leer. Be-

handlung war analeptisch. Da die Kranke schlucken konnte, verordnete Verf. Tee, starken Kaffee und Tinct. valer. aether. Doch glaubt er nicht, daß ihr viel von diesen Mitteln eingeflößt wurde. Am 29. November war der Puls besser, leichter Schweiß vorhanden. Die Temperatur 37,6. Beim Abklatschen mit nassem Handtuch bewegte sich Patientin unwillig, öffnete zuweilen die Augen und lallte. Am 30. November lag die Kranke auf dem Sofa, erzählte indessen bereits lebhaft, sie hätte Aerger gehabt und in der Aufregung alle Tabletten auf einmal eingenommen. Abgesehen von großer Abgeschlagenheit, waren krankhafte Erscheinungen nicht mehr festzustellen. Verf. hat den Fall leider nicht weiterhin beobachten, insbesondere den Urin nicht untersuchen können, kann indessen berichten, daß er einige Tage später die Frau recht mobil eine Reise antreten sah. Es ist immerhin nicht ohne Interesse festzustellen, daß eine einmalige Gabe von 5 bis 6 g eines schon bei einer Dosis von 0,5 recht wirksamen Schlafmittels scheinbar keine dauernde Schädigung hervorgerufen hat.

(D. m. W. 1919 Nr. 3.)

**Ueber einen Fall von Adalinvergiftung nach Einnahme von 15 g Adalin.** Von Dr. Paul Kirchberg (aus der medizinischen Klinik des Hospitals zum hl. Geist, Frankfurt a. M.). Es handelt sich um eine Adalinvergiftung nach Genuß von 15 g Adalin, die mit schwerem Exzitationsstadium und Herzmuskelschwäche, sowie Harn- und Stuhlverhaltung einhergeht. Nach dem Erwachen findet sich völlige Amnesie und das von den anderen Autoren bereits beschriebene starke Müdigkeits- und Mattigkeitsgefühl. Trotz der großen Menge des genossenen Adalins wurde auch hier keine dauernde Schädigung des Organismus hervorgerufen, obwohl die Vergiftungserscheinungen zunächst so bedrohlich waren, daß man für das Leben der Patientin fürchten mußte. Aufzuwerfen wäre noch die Frage, ob Adalin weiterhin als harmloses Schlafmittel freihändig verkauft werden sollte.

(M. m. W. 1918 Nr. 46.)

**Chenopodiumölvergiftung und Gehörorgan.** Von Priv.-Doz. Dr. E. Oppikofer (aus der otolaryngologischen Universitätsklinik Basel).

1. Das Chenopodiumöl ist nach der heute vorliegenden Literatur ein wertvolles Mittel zur Abtreibung der Askariden und Ankylostomen. 2. Schwerere unangenehme Nebenwirkungen sind nicht zu befürchten, wenn man sich an die übliche Dosierung hält und gewisse Vorsichtsmaßregeln beobachtet: Verordnung nur in der zur Kur notwendigen Oelmenge am besten in Glutoid-

kapseln, bei Kindern der ersten Lebensjahre oder schwächlichen Individuen vorerst lieber kleine Dosen oder Beschränkung der Kur auf einen Tag, Abführmittel nach der letzten Tagesdosis. 3. Bei unvorsichtigem Gebrauch wirkt das Chenopodiumöl toxisch. Es sind bis heute 15 Fälle schwerer Wurmsamenölvergiftung bekannt, wovon 10 mit letalem Ausgang. 4. Bei der Chenopodiumölintoxikation ist der Hörnerv gefährdet, während die übrigen Hirnnerven, speziell der Sehnerv, verschont bleiben. Die Hörstörung ist auf beiden Seiten ungefähr gleichen Grades und charakterisiert sich nach otoskopischem Befund und Stimmgabelprüfung als eine Erkrankung des innern Ohres. Wenn auch anfänglich geringe spontane Besserung eintritt, so bleibt doch in schweren Fällen das Gehör für immer hochgradig vermindert und sind auch die Ohrgeräusche späterhin anhaltend und lästig.

### **Therapeutisches.**

#### **a) Chirurgie.**

**Eine unbekannte Art des Katgutsparens.** Von Dr. Max Linnartz (leitender Arzt des St. Josef-Hospitals Oberhausen i. Rhld.). Man knotet einen 30 cm langen Faden in eine Nadel mit festem Oehr (Patentnadeln sind nicht zu gebrauchen, da der Faden in federnden Oehren sich nicht knoten läßt). Das freie Ende des Fadens wird in eine Klemme eingespannt (jede gut fassende Arterienklemme ist benutzbar!). Die im Nadelhalter eingespannte Nadel wird nun wie zur Umstechung unter der Klemme herumgeführt und der Faden so weit angezogen, daß auf der anderen Seite noch ein 2 cm langes Katgutende, gemessen von der Klemmenspitze bis zur Spitze der Fadenklemme, übrig bleibt. Faden- und Gefäßklemme werden vom Assistenten gehalten. Nach durchgezogenem Faden faßt die linke Hand des Operateurs das lange Fadenende auf der linken Seite mit Daumen und Zeigefinger, während die Kuppe des Klein- und Ringfingers den Faden etwas nach vorn drückt. Hierauf geht die Nadel hinter dem kurzen Fadenende durch die von der linken Hand gebildete Schlinge, wo sie von Daumen und Zeigefinger oder von Mittel- und Ringfinger in Empfang genommen wird. Jetzt muß die Nadel angespannt werden, weil sonst der Nadelhalter mit durch die Schlinge gezogen werden müßte. Hierauf wird die Nadel vom Nadelhalter innerhalb der Schlinge gefaßt und der Knoten angezogen. Der Faden bleibt mit dem kleinen Finger solange gespannt, bis der Knoten zugezogen ist. Auf diese Weise wird eine Lockerung der Knotenspannung verhindert. Für manche Fälle bleibt der Gebrauch einer Knotenpinzette trotzdem emp-

fehlenswert. Es ist gerade nicht notwendig, die Nadel wie bei einer Umstechung durch das Gewebe unter der Klemme heranzuführen. Es läßt sich auch wie zu einer gewöhnlichen Unterbindung mit der Nadel ein Knoten schürzen, ohne daß die Nadel das Gewebe durchsticht. Die Umstechung gibt aber dem Faden einen festeren Halt. Bei Knopfnähten wird in gleicher Weise verfahren. Es werden immer nur einfache Knoten gesetzt.

(Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 2.)

**Behandlung chirurgischer Infektionen mit autogener Vakzine.** Von San.-Rat Dr. Canon. Zusammenfassung. 1. Die spezifische Wirkung und die Heilwirkung der autogenen Vakzine bei chirurgischen Infektionen ist erwiesen. Daher ist ihre ausgedehnte Anwendung sowohl in allen Krankenanstalten, besonders den öffentlichen, als auch in der allgemeinen Praxis zu erstreben. 2. Zu diesem Zweck ist es notwendig, in jedem einschlägigen Falle, der den Eindruck macht, daß er schwerer verlaufen wird, sofort bei Beginn der Behandlung Reinkulturen des Erregers aus einem lokalen Herde herzustellen (event. aus dem Blute). 3. Die chirurgische Behandlung erfährt durch die mit autogener Vakzine im allgemeinen keine Aenderung. (D. m. W. 1919 Nr. 9.)

**Die Behandlung schlecht heilender Hautgeschwüre insbesondere mit Umschneidung nach Nußbaum-Stolze.** Von Prof. Dr. Marwedel (Aachen). Geschwüre, die auf dem Boden alter Verletzungen, Schußwunden, Verbrennungen usw. entstanden sind, und dadurch sich auszeichnen, daß die umgebende Haut aus derbem Narbengewebe besteht, scheinen oft allen Heilbestrebungen in der hartnäckigsten Weise zu spotten. Zu ihrer Bekämpfung besitzen wir jedoch ein ausgezeichnetes Mittel, das in Vergessenheit geraten war und auf das Stolze vor kurzem wieder die Aufmerksamkeit gerichtet hat. Das Verfahren stammt ursprünglich von Nußbaum und besteht in der Umschneidung der Geschwüre durch tiefe, bis in die Faszie reichende Einschnitte. Ein Haupthindernis der Heilung solcher Geschwüre liegt offenbar in dem hemmenden Zug, den die narbige Spannung auf die Geschwürsränder ausübt. Stolze nimmt an, daß es hauptsächlich subkutane Narbenzüge sind, die „das blutarme Gewebe in Spannung halten und häufig allein schon eine venöse Stauung der Geschwüre bedingen“. Dazu kommt bei den obengenannten kallösen Geschwüren mit narbiger Hautumgebung die kutane Narbenspannung, die die Hautränder rings um das Ulkus wie an einem Zügel gestrafft hält, so daß die Epithelzellen förmlich zurückgehalten und in ihren Ueberhäutungsbestrebungen gehindert werden. Diesen Ein-

druck erhält man geradezu, wenn man die Wirkung solcher Nußbaum-Stolzeschen Entspannungsschnitte rings um ein Geschwür beobachtet. Nach Kenntnisnahme der Stolzeschen Mitteilung hat Verf. eine ganze Reihe schlecht heilender Narbengeschwüre mit Zirkumzision behandelt. Stolze empfiehlt, 2 cm vom Geschwürsrand entfernt den Schnitt zu legen, der durch die Haut bis in die Faszie zu gehen hat. Bei den Narbengeschwüren, die Verf. behandelte, legte er den Schnitt in weiterer Umgebung an, d. h. 2 cm entfernt vom peripheren Narbenrand. Bekanntlich ist ja die elastische Spannung der Haut ziemlich groß, bei solchen Narbenschneidungen aber ist man oft überrascht zu sehen, wie die Hautränder des Schnittes um ein solches Geschwür bis über Daumenbreite auseinanderweichen. Die dadurch eintretende Entspannung der Hautränder des Geschwürs genügt sehr oft allein zur nunmehr rasch sich vollziehenden Ueberhäutung des Ulkus. Gewöhnlich hat Verf. jedoch vorgezogen, wie Stolze das in vereinzelt Fällen tat, das Ulkus direkt mit Thierschschen Lappchen zu bedecken, vorausgesetzt, daß die Geschwürsoberfläche sauber war; die Thierschschen Lappchen pflegten nunmehr im Gegensatz zu früher sofort auszuheilen. Den durch Zirkumzision neuentstandenen ringförmigen Gewebsspalt tamponierte Stolze mit Jodoformgaze, um die sofortige Verklebung der Wundränder zu verhindern. Das ist jedoch nicht notwendig, verzögert vielmehr die Heilung des Schnittes, und Verf. hat daher im Gegensatz hierzu auch die Schnittwunden sofort in der gleichen Sitzung mit Thierschschen Lappen bedeckt, was gewiß vorzuziehen ist. Auf diese Weise hat Verf. eine ganze Reihe alter Narbengeschwüre des Unterschenkels sowie an den oberen Gliedmaßen zur Heilung gebracht, nachdem sie 1—3 Jahre offen geblieben waren, aller früheren Therapie zum Trotz; ja er erlebte einmal sogar die Freude, auf diese Weise ein chronisches Hautgeschwür heilen zu sehen, das nach einer schweren ausgedehnten Verbrennung am Oberschenkel eines Jungen 7 Jahre lang bestanden und zahlreichen anderen therapeutischen Versuchen getrotzt hatte.

(M. Kl. 1918 Nr. 52.)

**Die Aufsaugung von Lipomen durch Injektion von Jodäthyl-Thiosinamin (Heyden).** Von Dr. Arno Krüche in München. Verf. schreibt: Im Herbst 1917 kam eine Frau von 36 Jahren zu mir, die an Stelle ihres zum Militär einberufenen Ehemannes dessen Funktionen in einem Vertrauensposten versah, und überdies ihre Kinderschar und ihren Haushalt ohne fremde Hilfe zu betreuen hatte. Sie wünschte, möglichst ohne Zeitverlust von einer „Ischias“ befreit zu werden, die sie ausschließlich im Bett befahl und ihr immer

den Schlaf raubte. Ich fand bei der Untersuchung zwei völlig symmetrisch angeordnete Lipome von fast zylindrischer Form unmitttelbar über beiden ischiadischen Nervenstämmen, und zwar zwischen dem großen Trochanter und der Tuberositas ossis ischii. Rechts saß auf der zylindrischen, wohl durch örtliche Verhältnisse in der Form bedingten, durch pseudofluktierende Beschaffenheit gekennzeichneten Geschwulst noch ein pilzförmiger, nach außen wachsender Fortsatz, an welchem die Lämpchenform des Lipoms im warmen Bade deutlich zu palpieren war. Uebersies saß noch ein flaches Lipom zwischen den Schulterblättern, welches keine Beschwerden machte und deshalb von der sehr tätigen Hausfrau nicht beachtet worden war. Da ich vorher bei dem Hottentottensteiß einer jungen Dame das Jodäthyl-Thiosinamin Heyden mit gutem Erfolg angewandt hatte, machte ich der Patientin den Vorschlag, dieses Mittel zu versuchen, da die „ischiadischen“ Schmerzen nur im Liegen auftraten, also offenbar durch Kompression des Nervenstammes bedingt waren. Die Patientin willigte um so lieber in diesen Versuch ein, als eine operative Entfernung infolge ihrer häuslichen Verhältnisse und ihrer Unabkömmlichkeit ausgeschlossen schien. Es erfolgten nun in Pausen von je 4 Tagen je 3 Injektionen in die Substanz der beiderseitigen Lipome mit dem Erfolge, daß nach der ersten Injektion schon die zweite Nacht ziemlich schmerzfrei war und eine deutliche Rückbildung der Lipome in die Erscheinung trat. Nach der dritten Injektion war nur noch ein dünner Strang zu spüren und der nächtliche Schmerz verschwunden. Die sehr beschäftigte Patientin ist erst nach mehreren Monaten wieder erschienen. Es war durch Palpieren nichts mehr von den Lipomen zu spüren. Nachtruhe blieb ungestört. — Im Juli 1917 kam eine stark hinkende Fabrikantenehefrau zu mir wegen Schmerzen und Schwellung in der Kniekehle. Eine weiche Geschwulst, welche die Pulsation der Art. poplitea mitgeteilt erhielt, war apfelgroß in der Kniekehle zu fühlen. Im warmen Bade konnte ich auch die charakteristischen Lämpchen eines Lipoms abtasten. Von anderer Seite war ein Aneurysma der Art. poplitea auf luetischer Basis angenommen worden, da der Ehemann in dieser Beziehung keine einwandfreie Vergangenheit hatte, und einige Aborte, aber keine Kinder in der Ehe vorgekommen waren. Weil ich das Lipom als solches deutlich fühlte, machte ich jeden 6. Tag (die Patientin konnte nicht häufiger abkommen) eine Injektion von 1 ccm Jodäthyl-Thiosinamin Heyden. Nach 7 Wochen und insgesamt 8 Injektionen war der Tumor verschwunden. Dieselbe Patientin erschien anfangs Dezember wieder mit einer Geschwulst, welche nur Bohnengröße hatte, aber durch ihren Sitz über dem Ligam. annulare radii die Bewegungsfähigkeit



des rechten Ellbogengelenks sehr störte. Es waren auch im warmen Bade deutlich Fortsätze der Geschwulst zu palpieren, welche sich wie die Beine eines Krebses anfühlten. Die Patientin verhielt sich ablehnend gegen den Vorschlag, in die Klinik zu gehen und sich die wegen der Fortsätze verdächtige Geschwulst extirpieren zu lassen, sondern verlangte stürmisch die wohltätige Einspritzung. In der Tat genügten 2 Einspritzungen in der Pause von 7 Tagen, um die Geschwulst nebst Fortsätzen verschwinden zu machen. Ich hatte im letzten Falle das Jodäthyl-Thiosinamin in der Erwägung benutzt, daß es stets so prompt auf die Lösung jungen Bindegewebes wirkt. Da nun die Stütze jeder Geschwulst aus Bindegewebe besteht, scheint es mir auch bei manchen Sarkomen des Versuches wert, wenn man aus irgendwelchen Gründen von einer operativen Entfernung absehen muß. Namentlich denke ich mir, daß es bei Lymphosarkomen des Halses mit Vorteil angewandt werden könnte. (Aerztl. Rdsch. 1918 Nr. 2.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Ein Beitrag zur Verwendung des von Dr. Rosenbaum (Berlin) zusammengesetzten Salbenpräparats „Neuralgisan“.** Von Sanitätsrat Dr. Karst, Potsdam. Verf. hat mit dem Präparat eine Reihe von Versuchen angestellt, die sämtlich einen höchst zufriedenstellenden Erfolg hatten. Neuralgisan ist ein leicht resorbierbarer Creme mit starkem Schwefelgehalt, der beim Verreiben auf der äußeren Haut unter den Fingern fast völlig verschwindet und sich somit als vorzügliches Inunktionsmittel verwenden läßt. Es kann gegen Rheumatismus und neuralgische Affektionen empfohlen werden. Ganz besonders will Verf. auf die Anwendung bei Furunkeln hinweisen. Verf., welcher seit längerer Zeit an Furunkulose leidet, reibt die betreffenden Stellen und ihre Umgebung zweimal täglich tüchtig mit dem Creme ein und hat dadurch stets eine deutliche Abgrenzung des Entzündungsherdens, schnelleren Verlauf des Leidens und vor allen Dingen eine bemerkenswerte Schmerzherabsetzung erzielt. Alle anderen bei Furunkulose versuchten Mittel waren gegenüber Neuralgisan minderwertig. (Original-Mitteilung.)

**Heilung der Trigemineuralgie durch Röntgenbestrahlung.** Von Prof Wilms. Bei 12 Fällen sind die Resultate zum Teil so eindeutig, daß wir mit Sicherheit heute schon die Röntgentherapie als die spezifische Behandlung für gewisse Fälle von Trigemineuralgie ansprechen dürfen. Der Kürze und Einfachheit halber gruppiert Verf. die Fälle in folgender Weise. Zur

ersten Gruppe rechnet er die nach Entzündungen auftretenden Neuralgien, z. B. nach Parulis, Kieferhöhlenentzündungen, Influenza und Angina. Die Fälle dieser Art reagieren prompt auf die Bestrahlung, zum Teil in der Weise, daß Patienten, die durch Tage und Wochen mit inneren Mitteln vergeblich Linderung gesucht hatten, in wenigen Stunden oder am zweiten Tage nach der Bestrahlung völlig frei von Schmerzen waren und auch blieben. Nur eine Patientin mit Kieferhöhlenentzündung bekam ein Rezidiv, das nach Heilung der Kieferhöhlenentzündung verschwand. Die Resultate, die Verf. bei der rheumatischen Form der Trigemini-neuralgie hatte, waren folgende: Einzelne Fälle reagierten so prompt nach einer Sitzung, wie es bei entzündlichen Neuralgien beobachtet wurde. Schon nach einer Sitzung war völlige Schmerzlosigkeit eingetreten. Bei diesen Fällen lagen leichtere Formen der Erkrankung vor. Bei weiteren Fällen verstärkte sich nach der ersten Bestrahlung der Schmerz, eine Erscheinung, die bei Behandlung mit Emanation und Röntgen bei Rheumatikern oft beobachtet wird. Bei solchen Fällen hat Verf. erstens, sobald als möglich, unter Umständen schon nach 3 Tagen, eine zweite starke Dose gegeben, oder er hat noch 2 oder sogar 4 Felder an Stellen bestrahlt, die in der ersten Sitzung nicht gefaßt waren. Hatte er z. B., wenn der 3. Ast links befallen war, eine Bestrahlung verabfolgt von 4 Feldern, 2 an beiden Schläfen, 2 rechts und links etwa in der Gegend der Parotis, so wurde noch, wenn danach die Schmerzen zunahmen, je 1 Feld auf der rechten und linken vorderen Oberkiefergegend mit Richtung auf das linke Ganglion, event. auch noch 2 Dosen auf die Stirn rechts und links gegeben. Der Erfolg blieb dann nur in wenigen Fällen aus. Neben den Beobachtungen mit auffallend prompten Reaktionen zeigte sich in anderen Fällen ein langsames Nachlassen der Beschwerden, so daß erst im Verlauf von 8—10 Tagen eine Heilung eintrat. Im ganzen reagierten 3 Fälle weniger gut, 2 besserten sich auch nach mehrmaliger Bestrahlung nur wenige Tage, dann Rezidiv, 1 Fall besserte sich kaum, deshalb auch chirurgische Behandlung. Bei 2 von diesen 3 Fällen waren schon Injektionen gemacht worden, und zwar bei einer Patientin im ganzen 28 Einspritzungen, zum Teil Alkohol-, zum Teil Novokaineinspritzungen. Es ist nicht unwichtig, daß die schon injizierten Fälle im allgemeinen schlechter reagieren als noch nicht chirurgisch behandelte. Es liegt das wohl daran, daß hier durch Narben Veränderungen gesetzt sind, die kaum oder nur ungenügend reparierbar sind. Diese Tatsache mahnt eindringlich, auch die Alkoholinjektion nicht als eine gleichgültige Behandlungsmethode anzusehen. Zur Technik der Bestrahlung erwähnt Verf., daß er in der Regel auf beide

Schläfengegenden und auf die Wangengegend je 1 Tiefendose gibt mit 3 mm Aluminiumfilter, um die Gegend des Ganglions und die Nerven an den Austrittsstellen aus dem Schädel zu treffen. Er nimmt meistens eine Tiefendosis von 30—40 X. Sind die Schmerzempfindungen mehr lokalisiert an Oberkiefer, Zunge oder Unterkiefer, so wird diese Hauptschmerzzone noch mit gleicher Dose bestrahlt. Bei Beteiligung des 1. und des 2. Astes wird auch von vorn Stirn und Wange bestrahlt. Vorsicht ist am Kopf notwendig wegen der Sekundärstrahlen, die zu Haarausfall führen. Verf. pflegt behaarte Stellen nur in Notfällen als Eintrittspforte zu benutzen.  
(M. m. W. 1918 Nr. 1.)

**Behandlung der Pneumonie mit Salizyl und Antipyrin.**  
Von Prof. Dr. F. Franke (Diakonissenhaus in Braunschweig). Nicht nur bei postoperativer Pneumonie, sondern auch in anderen Fällen — besonders bei Influenzapneumonie — bewährte sich folgende Behandlung:

Rp. Inf. fol. Digit. 1,5 : 150,0  
 Natr. salizyl. 7,0  
 Antipyrin . . 3,0  
 M. D. S. 2 stdl. 1 Eßlöffel.

Bei schlechtem Magen (z. B. nach Narkosen) wird die Arznei per anum gegeben (3 mal täglich 2 Eßlöffel). Für die Darreichung per os fügt Verf. in Fällen mit leerem Pulse gern Nitroglyzerin 0,015 bis 0,02, bei starkem Hustenreiz Kodein, bei trockenem Husten Liq. ammon. anis. hinzu. Bei schwerer Pneumonie gibt er 3 mal hintereinander stündlich, dann 2 stündlich einen Eßlöffel.

(M. m. W. 1918 Nr. 1.)

**Die Behandlung der Grippe mit heißen Vollbädern.** Von Von Prof. Dr. med. et phil. F. Köhler, Spezialarzt für Lungenkrankheiten in Köln. Verf. hat bei einem nicht unbedeutenden Material eines Reservelazarets, welches für beginnende Lungentuberkulosen eingerichtet war, jeden Grippefall sogleich beim ersten Auftreten der bekannten Erscheinungen: Kopfschmerz, Augenschwere, Rachenkratzen, Schnupfen, Husten, Abgeschlagenheit in ein heißes Vollbad von 40—42° gesetzt, 5—7 Minuten in demselben belassen, und dann ins Bett gebracht. Hier kann man noch zweckmäßig eine trockene Packung von 1—1½ Stunden anschließen, jedoch ist häufig das Vollbad allein ausreichend. Man gebe das heiße Vollbad ohne Bedenken auch am 2. und 3. Tage. Auf Verlangen des Patienten trägt Verf. auch keine Sorge, bis zu 2 Bädern an einem Tage zu verabreichen. Er hat den Eindruck gewonnen, daß es in zahlreichen Fällen echter Grippe

möglich ist, das Auftreten der so verhängnisvollen Bronchopneumonie zu verhüten. Bei 30 Fällen, die er behandelte, kam es nur in 2 Fällen zu einer solchen; die meisten Fälle klangen unter der heißen Vollbadbehandlung in 5—6 Tagen ab und wurden fieberlos. Aber auch in den Fällen ausgesprochener Bronchopneumonie erweist sich die durch das heiße Vollbad herbeigeführte Ableitung der Blutüberfüllung im Lungenkreislauf auf die Haut als äußerst günstig und führt eine Entlastung der Herzarbeit und einen Rückgang der katarrhalischen Erscheinungen herbei.

(M. m. W. 1919 Nr. 5).

**Eukupin bei der Behandlung der Grippe.** Von Prof. A. Böhme (Aus der Inneren Abteilung der Augusta-Krankenanstalt in Bochum). Das Wiederaufflackern der Grippe im Herbst gab Verf. Gelegenheit, 223 Grippefälle zu beobachten, von denen 45 mit Eukupin behandelt wurden. Der Verlauf der unkomplizierten Grippe selbst wurde durch Eukupin nicht beeinflusst. Wurde das Eukupin gleich in den ersten Tagen der Erkrankung gegeben, ehe Erscheinungen einer Bronchiolitis oder Pneumonie vorhanden waren, so blieben auch im weiteren Verlaufe pneumonische Erscheinungen aus. Man könnte hiernach wohl eine prophylaktische Wirkung des Eukupins gegenüber den Mischinfektionen der Grippe annehmen, weitgehende Schlüsse bedürften aber eines wesentlich größeren Zahlenmaterials. Denn die frühzeitig ins Krankenhaus eingewiesenen und in diesem Zeitpunkte von ausgesprochenen Lungenerscheinungen noch freien Kranken blieben auch ohne spezifische Behandlung meist — allerdings nicht immer — von Lungenentzündungen verschont. War bereits eine ausgesprochene Bronchiolitis vorhanden, so konnte das Eukupin die Entstehung konfluierender Pneumonien nicht immer verhindern, wenn auch meist die Erscheinungen sich rasch zurückbildeten. Deutliche zahlenmäßige Unterschiede zwischen den mit und ohne Eukupin behandelten Fällen machen sich geltend, wenn man die Erkrankungen zusammenstellt, die bereits mit ausgesprochenen Lungenfiltrationen in Behandlung kamen. Von 110 unspezifisch behandelten Grippepneumonien starben  $37 = 34,3\%$ , von 23 mit Eukupin behandelten Grippepneumonien  $5 = 21,7\%$ . Der Unterschied wird größer, wenn wir die Fälle, die bereits innerhalb 3 Tagen nach der Einlieferung zum Tode führten, die also bereits weit vorgeschritten waren oder besonders akut verliefen, aus der Berechnung ausschalten und nur die übrigen Fälle vergleichen. Auf 95 unspezifisch behandelte Pneumonien kommen dann 21 Todesfälle  $= 22,2\%$ , auf 20 mit Eukupin behandelte gleichartige Fälle 2 Todesfälle  $= 10\%$ . Verf. ist sich sehr wohl bewußt,

daß bei solchen auf kleinem Material aufgebauten Zahlen der Zufall eine große Rolle spielen kann. Gleichwohl wird man sich danach dem Eindruck kaum verschließen können, daß die Grippepneumonien bei frühzeitiger Anwendung des Eukupins einen günstigeren Verlauf nehmen als sonst. Von Interesse ist es ferner, die Häufigkeit und die Verlaufsart der sich an die Pneumonien anschließenden Rippenfellergüsse zu vergleichen. Die Prozentzahl der exsudativen Pleuritiden ist bei den mit Eukupin behandelten Pneumonien nicht wesentlich geringer als bei den anderen. An 23 mit Eukupin behandelte Pneumonien schlossen sich 5 Exsudate an (23,8%), an 110 unspezifisch behandelte 32 Exsudate (29,1%). Die Exsudate in den Eukupinfällen waren aber mit einer Ausnahme rein serös und recht klein. Die Punktion ergab nur etwa 20—50 ccm. Nur einmal kam es bei Eukupinbehandlung zur Ausbildung eines Empyems. Einige Punktionen genügten aber, um dieses zur Heilung zu bringen. Dagegen waren von den 32 Exsudaten bei unspezifisch behandelten Grippepneumonien 18 eitrig, also mehr als die Hälfte. Auch die nichteitrigen Exsudate waren hier meist von erheblicher Größe. Diese Unterschiede im Verlaufe sprechen dafür, daß die Streptokokken, wenn sie auch durch das Eukupin nicht abgetötet, doch dadurch in ihrer Wirkung wesentlich abgeschwächt werden.

(D. m. W. 1919 Nr. 6.)

**Praktische Winke zur Erkennung und Verhütung von Malariagefahren.** Von Marine-Generaloberarzt S. I. Professor Dr. Mühlens. 1. Malariafälle werden, namentlich in Heimatslazaretten und von Zivilärzten, oft nicht erkannt. In allen Fieberfällen aus Malariagegenden ist sofortige Blutuntersuchung nötig.

2. Malariarückfälle entstehen nach verschiedenen Gelegenheitsursachen. Man kann sie auch bei latenter Malaria künstlich hervorrufen. — Manifeste Malaria mit Parasiten im peripherischen Blut ist sicherer zu heilen als latente Malaria.

3. Bei anscheinend chininresistenter Malaria ist stets an eventuelle Nichtresorption des Chinins infolge von Darmkatarrh zu denken. — Chinin selbst kann Diarrhoe verursachen.

4. In schweren Fällen, besonders solchen mit Gehirn- und Darmsymptomen, zögere man nie mit der sofortigen Anwendung von intramuskulären oder intravenösen Chininjektionen. Injektionen sind insbesondere auch unbedingt vor dem Abtransport Schwerkranker erforderlich.

5. Bei hartnäckiger Chininresistenz sowie auch bei schwerer Malariaanämie ohne Blutneubildung ist Chinin-Salvarsanbehandlung zu versuchen.

6. Da in manchen Gegenden mit dauernder großer Infektionsgefahr die Chininprophylaxe versagt, so muß noch mehr als bisher der größte Wert auf die Maßnahmen gegen die Mücken und ihre Brut gelegt werden. Ihre Durchführung nach ärztlichen Ratschlägen unter Leitung von Ingenieuren ist ebenso wie die Chininprophylaxe unter Leitung von Offizieren eine militärische Maßnahme.

7. Der Mückennetzschutz muß auch militärisch auf sachgemäße Handhabung kontrolliert werden.

8. Bei der Abwehr der Malariaeinschleppung in Deutschland spielen die frühzeitig zu ergreifenden Antimoskitomaßnahmen eine wichtige Rolle. (D. m. W. 1918 Nr. 1.)

**Bulbus scillae, ein zu Unrecht vernachlässigtes Herzmittel.**  
Von Dr. F. Mendel (Essen). Verf. hatte gute Erfolge mit folgender Kombination:

Rp. Bulb. scill. pulv. . . . . 0,3  
Codein. phosphoric. . . . . 0,03  
Sacch. alb. . . . . 0,5  
M. f. p. S. 3 mal tägl. 1 Pulver.

(Ther. d. Gegenw. 1918 Nr. 1.)

**Die diuretische Wirkung der Kriegskost.** Von Dr. Leopold Feilchenfeld. Es muß angenommen werden, daß die so flüssig zubereiteten Gemüse als Diuretica wirken und eine Steigerung der Nierentätigkeit verursachen, ein Ereignis, das wir ja bei manchen Fällen von Nierenerkrankungen durch Darreichung von Bohnentee u. dergl. zu erzielen suchen. Durch diesen Wasserverlust, der in vielen Fällen bis über 3 Liter den Tag geht, werden ältere Personen außerordentlich geschwächt und außerdem noch in ihrer Nachtruhe gestört. Verf. hat eine erhebliche Verringerung des spezifischen Gewichtes nicht feststellen können, sondern stets etwa 1015 gefunden, so daß kein Diabetes insipidus vorgelegen hat. Verf. hat nun zur Verringerung dieses großen Wasserverlustes seit einigen Monaten Strychnin in kleinen Dosen gegeben, zweimal täglich je eine Pille zu 0,002—0,004 Strychnin. nitricum, und hat gefunden, daß die Nachtruhe nicht mehr gestört und die Ausscheidung des Urins ganz erheblich vermindert wurde. Verf. hat nach dem Gebrauch des Mittels noch keine Gewichtszunahmen mit Sicherheit bemerken können, aber er kann nur mit Bestimmtheit versichern, daß die Schwächezustände, über die die Patienten vielfach klagten, vollkommen geschwunden sind. Wiederum hat Verf. einen wesentlichen Unterschied zwischen den jüngeren und älteren Personen beobachtet, indem jene durch die übrigens auch lästig empfundenen Beschwerden fast gar nicht im Allgemeinbefinden geschädigt wurden. Verf. möchte daher auf

Grund seiner Beobachtungen das Mittel zur Anwendung empfehlen in allen Fällen, in denen über die Steigerung der Diurese infolge der Kriegskost geklagt wird. Er hat das Strychnin früher wiederholt bei Diabetes insipidus angewandt, und es wurde auch von anderer Seite gelegentlich empfohlen. Inzwischen hat er damit auch noch Erfahrungen bei Bettnässen der Kinder gemacht. Er fand, daß das Bettnässen seltener wurde, da eben der Reiz zum Urinieren durch die Verringerung der Urinmengen entschieden durch das Mittel herabgemindert wird. (M. Kl. 1918 Nr. 1.)

### **Die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose Erwachsener.**

Von Dr. E. Mühlmann, Leitender Arzt der Röntgenabteilung des Städtischen Krankenhauses in Stettin. Es hat sich heute die Behandlung tuberkulöser Lymphdrüsentumoren im Gegensatz zu früher gerade umgekehrt. Während früher die Ansicht herrschte, einfach entzündliche Drüsen intern zu behandeln, verkäste und vereiterte zu operieren, müssen wir heute umlernen und uns auf den Standpunkt stellen, daß die hyperplastischen Tumoren operiert werden können, die anderen nicht operiert werden dürfen. Beide Formen sind der Röntgenbehandlung zuzuführen, deren Resultate kosmetisch und praktisch wesentlich besser sind. Ueber die Technik sei Folgendes gesagt: Notwendig ist härteste Strahlung, erzeugt durch Filterung durch wenigstens 3 mm Aluminium und 10–12 Wehnelt-Röhren. Hiervon werden so viel auf die Drüsentumoren appliziert, als die Haut zu vertragen vermag, also 12,5 H in einer Sitzung (oder 400 F oder 70 X). Diese Sitzungen werden alle 4 Wochen einmal wiederholt. Die Vorzüge der Röntgenbehandlung der tuberkulösen Drüsen sind sinnfällig gegenüber der Operation. Zwar mag bei einfach tuberkulösen Drüsen die Operation schneller zuheilen, aber sie kann das drohende Rezidiv nicht verhüten, und der Vorzug der Schnelligkeit geht hier auf Kosten einer häßlichen Narbe. Mag nun auch meist die Schnelligkeit aus sozialen Gründen indiziert sein, so ist es immerhin nur ein relativer Gewinn. Der Kranke ist auf wenigstens 10 Tage an das Krankenhaus gebunden, während er zur Bestrahlung alle Monate nur einmal 1 Stunde opfern muß. Bei verkästen oder vereiterten Drüsen ist die Operation nicht ohne Bedenken. Ihr kosmetisches Resultat ist fast immer schlecht, und langdauernde Eiterungen sind oft nicht zu vermeiden. Demgegenüber steht die Röntgentherapie, die die psychische Belastung messerscheuer Patienten, die Narben erspart und in unverhältnismäßig viel kürzerer Zeit vorzügliche Resultate erzielt. Außerdem bleibt die Arbeitsfähigkeit der Kranken erhalten, die selten einmal durch die lokale Tuberkulose beeinträchtigt ist. (D. m. W. 1918 Nr. 2.)

**Ortizon-Kieselsäurepräparate bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.** Von Privatdozent Dr. Willy Pfeiffer (Aus der Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Frankfurt a. M.). Es erhält die Kieselsäure „K“ und das Salusil „C“ der Elektro-Osmose A.-G., in einer Menge von 10% dem gepulverten Ortizon zugesetzt, das Präparat in lockerem Zustande, ohne es erheblich zu zersetzen. Durch Titration mit Kaliumpermanganat und außerdem durch direkte Messung des entweichenden Sauerstoffes wurde festgestellt, daß der  $H_2O_2$ -Gehalt eines solchen Präparates in einem Monat nur von 23 auf 20 Gewichtsprocente gesunken war, die Zersetzung also praktisch als äußerst gering zu bezeichnen ist. Auch ließ sich feststellen, daß die Zersetzungsgeschwindigkeit mit der Zeit bedeutend nachließ. 10 Gewichtsteile Kieselsäure Salusil C und 90 Teile Ortizon (im Mörser fein pulverisiert) stellen also ein gut zerstäubbares Pulver dar. Es hat sich gezeigt, daß es nicht empfehlenswert und nicht nötig sei, mehr als 10 Gewichtsprozent Kieselsäure zu nehmen. Da das Ortizon sich von selbst zersetzt und oberflächlich feucht und klumpig wird, so ist es nicht wunderlich, daß bei wochen- und monatelangem Stehen auch die Ortizon-Salusilmischung zu klumpen begann. Es war dann nur notwendig, sie im Mörser zu zerreiben; dann bekam sie wieder die staubfeine Beschaffenheit. Deshalb empfiehlt es sich, die Mischungen nicht in großen Mengen herzustellen und stehen zu lassen, sondern von Zeit zu Zeit neu herzustellen. Das Anwendungsgebiet der Salusil-Ortizonmischung betraf alle Krankheitsprozesse in den oberen Luftwegen, bei denen eine schonende mechanische Reinigung, eine wirksame Desinfektion erwünscht war, also bei eitriger oder schleimig-eitriger Sekretion, bei Krusten- und Borkenbildung und zur Entfernung nekrotischer Gewebsetzen usw., insbesondere bei der Wundbehandlung. So hat Verf. in den letzten Monaten bei allen penetrierenden Schußverletzungen des Gesichtsschädels, bei allen Fällen von Nebenhöhlenaffektionen, die nach der Operation aus irgendwelchen Gründen offen nachbehandelt werden mußten, mit bestem Erfolg das Salusil-Ortizonpulver verwandt, ebenso endonasal nach Operationen am Siebbein, an der Keilbeinhöhle oder der Kieferhöhle. Bei den Operationen erwies sich die gleichzeitig blutstillende Eigenschaft des  $H_2O_2$  als sehr vorteilhaft. Besonders verwandte Verf. auch das Ortizon-Salusilpulver bei der Rhinitis atrophicans und bei der Ozäna. Durch den Kabierskeschen Pulverbläser mit geradem Glasansatz wird das Pulver von vorn in die Nasenhöhle reichlich eingestäubt, ebenso mit gebogenem Glasansatz vom Nasenrachen her. Durch die Bildung von festem, steifem Schaum lösen sich Borken und Krusten spielend leicht ohne Blutung ab, und der Patient



kann sie selbst durch Ausschneifen entfernen. Bei geschwürigen Prozessen tuberkulöser oder syphilitischer Natur ist die Anwendung des Salusil-Ortizonpulvers zur mechanischen Reinigung wie zur Desinfektion empfehlenswert, gleichzeitig lassen sich durch nachfolgende Einstäubung von Salusil die Geschwürflächen trocknenlegen. Günstige Wirkung sah Verf. ferner bei den ekzematösen Erkrankungen im Nasenvorhof. Eine ausgedehnte Indikation zur Anwendung des Salusil-Ortizonpulvers geben der retronasale Katarth, die Angina retronasalis und die Pharyngitis sicca, welche ja bekanntlich meist Folge einer Nebenhöhlenerkrankung oder atrophischen Rhinitis ist. Die durch Eintrocknen des Eiters sich hierbei im Nasenrachenraum festsetzenden Borke werden unter der Einwirkung des Salusil-Ortizons besser und leichter als durch irgendeine sonstige Prozedur gelöst, ebenso der oft auf der Rachenschleimhaut sich vorfindende firnisartige Ueberzug eingetrockneten Schleims. Natürlich soll damit nur der Beseitigung symptomatischer Begleiterscheinungen gedient werden, die Hauptsache bleibt hierbei die Behandlung ursächlicher, z. B. Nasennebenhöhlen-Affektionen. Eine weitere Indikation zur Anwendung gab die chronische Ohreiterung, ferner die Nachbehandlung nach Antrotomie und radikaler Operation der Mittelohrräume. Durch die Einstäubung der Salusil-Ortizonmischung läßt sich jedes Wischen und Tupfen der Wundhöhle vermeiden und schonendste Behandlung durchführen. Bei Angina lacunaris, zur Nachbehandlung nach Tonsillotomie und Tonsillektomie sowie bei Geschwüren und Schleimhautdefekten in der Mundrachenhöhle verschiedensten Ursprungs, insbesondere bei Tuberkulose und Lues, bediente Verf. sich mit gleichem Vorteil des Ortizon-Salusilpulvers. Die nach Operation an den Mandeln auftretenden Wundbeläge reinigten sich merklich rascher unter der mechanischen Reinigung durch die intensive Schaumbildung und der desinfizierenden Wirkung des freiwerdenden Sauerstoffes. Gleich günstig ist die Wirkung bei Stomatitis aphthosa, ulcerosa und Stomatocace. Hierbei kommt zu der mechanischen Reinigung und Desinfektion noch die desodorisierende Wirkung des Wasserstoffsperoxyds hinzu. Was die Kehlkopferkrankungen betrifft, so kommen auch hier wieder in erster Linie die mit Geschwürbildung einhergehenden Affektionen für die Anwendung des Salusil-Ortizons in Betracht. Besonders ist die Wirkung bei ulzerativen Prozessen tuberkulöser Natur im Larynx ausgezeichnet. Da die Patienten wegen der damit verbundenen Schmerzen nach Möglichkeit Schlucken, Husten und Sprechen unterdrücken, so sammelt sich am Aditus laryngis und im Hypopharynx Schleim und Speichel in Mengen an: die Geschwüre weisen dicken, schmierigen Belag auf, das laryngo-

skopische Bild ist oft nichts weniger als übersichtlich. Stäuben wir in solchen Fällen das Salusil-Ortizonpulver mit abgebogenem Glasrohr in den Kehlkopf ein und lassen nach reichlicher Schaumbildung aushusten oder saugen wir ab, so wird das ganze Kehlkopfgebiet auffallend sauber und übersichtlich und auch günstig vorbereitet für jede Behandlung, mag es sich um einfache Einblasung von anästhesierenden Mitteln, um Inhalation, um Aetzung oder um kaustische oder chirurgische Eingriffe handeln. Neben der mechanischen Reinigung des Ortizons können wir durch die gleichzeitig desinfizierende Wirkung sekundären Infektionen vorbeugen. Auch bei Larynxgeschwüren syphilitischer Natur, bei ulzerierendem äußeren und inneren Kehlkopfkrebs kann man mit Vorteil das Salusil-Ortizon anwenden, ebenso bei Laryngitis und Tracheitis sicca und bei der Ozaena tracheae. Weitere Präparate mit Salusil: Salusil + 10% Anästhesin oder Cycloform, bei schmerzhaften geschwürigen Affektionen der Schleimhäute eingeblasen, bewirkt Schmerzstillung, Austrocknung und Keimarretierung. Durch Hinzufügen von Suprarenin. bitartaricum wird gleichzeitig eine anämisierende Wirkung erzielt. Eine ähnliche Mischung wäre: Novokain 1,0 + Suprarenin. bitartaricum 0,0005 + Salusil ad 10,0. Von dieser Kombination hat Verf. mehrfach bei vasomotorischer Rhinitis, bei Heuschnupfen und auch bei akuter Rhinitis günstige Beeinflussung gesehen. Salusil + 12% Protargol (mit 1% kolloidem Silber) bei entzündlichen Schleimhauterkrankungen, insbesondere bei Nebenhöhlenaffektionen. Ein großer Vorteil besteht hierbei in der Sauberkeit der Anwendung dieses Silberpulvers. Protargol wurde früher vielfach bei Nebenhöhleneiterungen angewandt. Jedoch die unvermeidliche Beschmutzung, das Auftreten der Silberflecke an den Instrumenten, Gummi, Schalen, Fingern und Wäsche brachten die Silberpräparate in Mißkredit. Bei Anwendung in Pulverform mit Salusil hat Verf. diese Nachteile nicht bemerkt, dagegen die desinfizierenden und adstringierenden Eigenschaften des Silberpräparates als vorteilhaft empfunden. Gleichzeitig geruchbindende, absorbierende und desinfizierende Wirkung kommt zustande bei einer Mischung von Salusil + 3% Kaliumpermanganat. Gerade diese letzte Mischung erweist sich als stark aufnahmefähig für Flüssigkeiten, Sekrete, Eiter und als stark desodorisierend. Bei Nebenhöhleneiterungen mit putriden Zersetzung, bei Ozänafötor, bei Angina necroticans und Stomatitiden mit starkem Fötor ex ore, bei ulzerierendem Schleimhautkrebs käme besonders diese Kaliumpermanganat-Salusilmischung in Frage. In zahlreichen einschlägigen Fällen konnte Verf. sich von der geruchbindenden Eigenschaft dieser Mischung überzeugen. Die spezifische, stark desinfizierende Kraft des Chinaalkaloids Eukupin (Isoamylhydro-

cuprein Morgenroth) gegenüber Diphtheriebazillen — Verdünnungen von Eukupin 1 : 50 000 zeigten dauernde Hemmung der Vermehrung der Diphtheriebazillen, von 1 : 20 000 bis 1 : 8000 töteten in wenigen Minuten Diphtheriebazillen im Reagenzglas ab — veranlassen Verf. auch, die Zerstäubung von Salusil-Eukupinpulver 10 : 0,1 bis 10 : 0,3 in einzelnen Fällen bei Diphtherie der Nasen- und Mundrachenhöhle in Vorschlag zu bringen, ferner bei diphtherischer Ophthalmie, Otitis und Dermatitis. (D. m. W. 1918 Nr. 2.)

### c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Yohimbin zur Behandlung der Dysmenorrhoe.** Von Dr. E. Greinert (Frauenarzt in Ratibor). Das Yohimbin (Spiegel), das für gynäkologische Ordination unter dem Namen Menolysin in den Handel gebracht wird, hat Verf. in den letzten 2 Jahren vielfach zur Behandlung der dysmenorrhöischen Beschwerden angewandt. Er hat dabei in einer Reihe von Fällen bemerkenswerte Resultate erzielt. Unsere heutige Therapie der Dysmenorrhoe läßt uns in vielen Fällen im Stich. Auch das Menolysin wirkt individuell verschieden und ist nicht spezifisch für bestimmte Formen der Dysmenorrhoe. Gibt man beim Eintritt der Menstruation bzw. der Beschwerden und während der Dauer derselben täglich 2—3 mal eine Menolysintablette, so kann man folgende Wirkungen beobachten: In einer großen Anzahl von Fällen lassen die Schmerzen prompt nach, gelegentlich tritt nur eine 1—2 Stunden anhaltende Besserung ein, manchmal bleibt der gewünschte Effekt aus. Bei ungefähr der Hälfte der Patientinnen wurde die menstruelle Blutung kurze Zeit nach der Gabe von einer Menolysintablette stärker. Dabei war auffallenderweise die Dauer der Menstruation oft wesentlich kürzer. Das Allgemeinbefinden wird meist günstig beeinflußt; die Frauen fühlen sich bald wesentlich frischer. Erwähnenswert ist die Beobachtung, daß bei einer Patientin das sonst regelmäßig auftretende Erbrechen sofort beseitigt wurde, während die Schmerzen unbeeinflußt blieben. Nebenerscheinungen (Kopfschmerzen, Unruhe) treten bei Darreichung von 2, höchstens 3 Tabletten täglich fast nie auf, wenn Alkoholgenuß in dieser Zeit streng vermieden wird. — Das Menolysin kann mit anderen Medikamenten kombiniert werden, z. B. mit 0,03 Codein. phosphor. Letztere Zusammenstellung trägt in Tablettenform den Namen Menolysin. composit. und stellt eine bequeme Verordnungsweise für diejenigen Fälle dar, in denen man die Menolysinwirkung verstärken will. (D. m. W. 1918 Nr. 10.)

**Ueber die therapeutische Verwendung des Kollargols bei puerperaler Sepsis.** Von P. W. Siegel. Auf Grund der günstigen Berichte und Erfolge mit intravenösen Kollargolinjektionen bei Puerperalfieber hat Verf. seit einem Jahre die zur Beobachtung kommenden Fälle puerperaler Sepsis mit Kollargol-Heyden in Form intravenöser Injektion behandelt. Und zwar verwandte er von vornherein kleine Dosen von Kollargol, nämlich für die jeweilige Injektion eine Menge von 5 ccm 1 % iger Lösung, d. h. 0,05 g Kollargol-Heyden. Mit dieser einen Injektion versuchte Verf. stets vorerst einmal auszukommen. Nur in denjenigen Fällen, in denen der gewünschte Abfall der Temperatur nicht eingetreten oder nur vorübergehend war, um durch einen erneuten Temperaturanstieg abgelöst zu werden, schritt er zu einer zweiten bzw. dritten und häufigeren Injektion. Die Dosis blieb aber jedesmal prinzipiell die gleiche. Verf. beschränkte sich deswegen auf so geringe Dosen, weil er sah, daß bei guten Erfolgen durch die geringe Dosis die Nebenerscheinungen des Schüttelfrostes mit nachfolgenden kollapsähnlichen Zuständen — Pulsleinheit, Pulsfrequenz, Zyanose, Dyspnoe — gering waren. Die Technik ist denkbar einfach, da jedesmal direkt in die Vene ohne Freilegung derselben injiziert werden kann. Mit dieser Technik hat Verf. im ganzen 28 Puerperalfieberfälle in geschlossener Reihe behandelt. Die Diagnose wurde auf Grund des objektiven Befundes — Temperatursteigerung, erhöhte Pulsfrequenz, trockene Zunge, Druckempfindlichkeit des Uterus und des Leibes, streptokokken- bzw. staphylokokkenhaltiges Lochialsekret, streptokokken- bzw. staphylokokkenhaltiges Blut — gestellt, wobei Verf. einschränkend bemerken muß, daß er natürlich als Puerperalfieber auch solche Fälle bezeichnete, bei denen sich im Blute keine Bakterien befanden, aber die sonstigen bekannten Symptome bestanden. 18 Fälle bedurften einer einmaligen intravenösen Kollargolinjektion, 5 Fälle einer zweimaligen, 4 Fälle einer dreimaligen und 1 Fall einer neunmaligen Injektion. Es wurden bis auf 2 Erkrankungen alle Fälle geheilt: bei diesen 2 tödlich verlaufenen Fällen handelte es sich um zu spät in Behandlung gekommene Frauen, bei denen die lange bestehende Pyämie bereits weitgehendste irreparable Zerstörung im Organismus hervorgerufen hatte, so daß man eigentlich diese beiden Fälle nicht ohne weiteres als Kollargolversager bezeichnen darf. Würde man aber trotzdem diese Fälle als Versager rechnen, dann würde in den 28 Fällen die Mortalität gegenüber der heute allgemein bestehenden Mortalitätsziffer von 25 % immer noch nur 7 % betragen. Man muß dabei auch noch berücksichtigen, daß eine Klinik Sammelstelle der schwersten Puerperalfieberfälle darstellt, daß also die Mortalität in der Klinik

gegenüber der allgemeinen Mortalität eigentlich erhöht sein müßte. Die Erfahrung zeigt, daß das Kollargol um so sicherer hilft, je früher es injiziert wird. Darum glaubt Verf., daß er auch die beiden tödlich verlaufenen Fälle hätte retten können, wenn die Injektion frühzeitig gemacht worden wäre. Verf. steht durch diese Erfahrung heute weiterhin auf dem Standpunkte, daß man mit der intravenösen Applikation so frühzeitig beginnen soll, als die Symptome nur irgend gestatten, die Diagnose eines Puerperalfiebers mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Wenn dadurch der Kollargolbehandlung sicher eine Reihe von Fällen zugeführt werden, die auch ohne jede Therapie ausheilen würden, so dürfte man doch infolge der jeweilig typisch eintretenden Kollargolreaktion mit nachfolgendem Wohlbefinden und Verschwinden der Puerperalfiebersymptome dieser Therapie zum mindesten eine die Erkrankung abkürzende Wirkung zuschreiben. Neben Kräfteersparnis der Frau würde ein durch unnötiges Warten bedingtes Risiko vermieden. Bei der Ungefährlichkeit der Injektion — Verf. sah niemals eine Schädigung der Frau — dürfte gerade in der frühzeitigen und prophylaktischen Kollargolapplikation kleiner Mengen (5 ccm 1 % iger Lösung) der Hauptwert dieser Behandlung liegen.

(Med. Gesellschaft Gießen, 4. XII. 1918.)

#### d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Zur Behandlung geschwüriger Prozesse der Haut mit Kohlensäurewundpulver und zur Furunkelbehandlung mit Ichthyol.** Von Marinestabsarzt d. S. Dr. Pürckhauer (Dresden). Schwer therapeutisch zu beeinflussen sind die mit tieferem Gewebszerfall und starker Randentzündung einhergehenden Pyodermien, wie sie besonders am Gesäß und den unteren Extremitäten aufzutreten pflegen. Sie werden höchstwahrscheinlich durch äußerst virulente Staphylokokken hervorgerufen, wofür auch ihre schnelle Ausbreitung spricht. Die aufschießenden Eiterpusteln zerfallen rasch geschwürig, und es kommt zu mehr oder weniger tiefen Substanzverlusten der Haut. Unter den sich bildenden blutigen Krusten staut sich das eitriges Wundsekret, so daß der Eiterprozeß weiter um sich greift. Zunächst müssen alle Krusten und Borken über den Eiterherden abgeweicht werden. Dies geschieht am besten mit 1—2 % igen Salizylsalben- oder feuchten Verbänden. Großer Wert ist darauf zu legen, daß der Verband gut sitzt, eine Forderung, die jetzt bei dem Mangel an Mullbinden nicht so leicht zu erfüllen ist. Wickelt man über die angelegte Papierbinde aber als Abschluß noch einige Touren einer Mullbinde, so wird der Verband kaum abgleiten. Sind alle Krusten entfernt, die Rand-

entzündung abgeklungen, so bestreut man die sezernierenden geschwürigen Stellen mit Kohlensäurewundpulver, nachdem man zuvor die Umgebung mit Zinkpaste abgedeckt hat, und fixiert einen kleinen, mehrschichtigen Mullfleck darüber. Das aus doppeltkohlensaurem Natron, Weinsäure und Zucker hergestellte Wundpulver (Chem. Fabrik Dr. Klopfer, Leubnitz bei Dresden) entwickelt, auf Wunden gebracht, Kohlensäure in statu nascendi. Die aufschäumende Kohlensäure reinigt mechanisch das Geschwür und wirkt andererseits stark antiseptisch und antiphlogistisch. Durch den Zucker wird zugleich die Granulationsbildung angeregt. Verf. hat die Verbände anfangs 1 mal, bei starker Wundsekretion 2 mal täglich gewechselt, später 48 Stunden liegen lassen. Die Pyodermieherde reinigen sich so sehr rasch, die Geschwüre kommen in die Höhe und überhäuten in relativ kurzer Zeit. Die Epithelisierung kann man bei größeren Wundflächen noch beschleunigen durch abwechselnde Anwendung von Schwarzsalbe, wobei darauf zu achten ist, daß die Salbe auch wirklich nur die Granulation und nicht die junge, eben regenerierte Hautfläche bedeckt. Nicht selten kommt es vor, daß bei einer anfangs sehr ausgebreiteten Pyodermie alle Herde abheilen bis auf eine Stelle, die besonders resistent ist und auch bei Anwendung der verschiedensten granulationsanregenden Mittel keinerlei Neigung zur Ueberhäutung zeigt, ohne daß Stauungen in der Blutzirkulation (Varizen) vorhanden wären. Selbst bei solchen hartnäckigen, mitunter sich wochenlang bis zur Heilung hinziehenden Geschwüren ist Verf. noch immer am ehesten zum Ziel gekommen mit täglicher Kohlensäurewundpulverbehandlung. Ueber die Stelle wird ein gut klebendes Zinkpflaster gelegt, um das Pulver möglichst fest anzupressen. — Zugleich mit den Pyodermieherden stellen sich in den meisten Fällen Furunkel ein, die sich durch Kontaktinfektion ebenso über den ganzen Körper ausbreiten können. Wenn auch die vom Verf. gleichfalls angewandte Formalinbehandlung nach Ascher ihre großen Vorzüge hat — besonders bei beginnenden kleinen Furunkeln —, so gelingt es mit ihr doch kaum, Furunkel, die schon in weiterer Entwicklung begriffen sind, zur Rückbildung zu bekommen. Verf. hat sich vielmehr eine andere Methode der Behandlung bewährt, die schon 1911 von Bruch in etwas anderer Modifikation empfohlene Ichthyolbehandlung. Gerade jetzt, wo größtmögliche Sparsamkeit in Verbandstoffen mitbestimmend für unsere Therapie sein muß, eignet sich dieses Verfahren wie kein anderes. Man bringt mittels eines Holzstäbchens ein wenig reines Ichthyol auf den Furunkel und die nächste Umgebung und legt eine ganz dünne Schicht weißer Watte darüber. Diese wird von dem Ichthyol rasch durchtränkt und klebt in ganz kurzer

Zeit fest auf der Haut an. Am besten verwendet man Ichthyol, das durch längeres Abstehen etwas eingedickt ist. Die Ichthyol-Watteauflage wird nach 24 Stunden mit einem kurzen Ruck abgezogen, wobei der nekrotische Pfropf kleiner Furunkel meist schon mit herausgehoben wird. Bei größeren muß die Prozedur wiederholt werden bis der Pfropf sich abstößt. Nur bei sehr großen Furunkeln mit weitreichender, stark entzündlicher Tiefeninfiltration empfiehlt es sich, noch über die Ichthyol-Watteschicht einen feuchten Verband zu legen, um den Demarkationsprozeß zu beschleunigen. Sonst ist Verf. jedoch ohne jeden Verband mit der einfachen Ichthyol-Watteauflage ausgekommen. Inzisionen waren nur selten notwendig. Die Ichthyolbehandlung ist besonders indiziert bei Furunkeln an Stellen, wo ein Verband nur schwer hält (Rima ani, Achselhöhle) oder zum mindesten ein großer Verband erforderlich wird (behaarter Kopf, Rücken, Gesäß). Um eine Weiterverbreitung der Furunkel zu verhindern, hat Verf. bei stärkeren Furunkeln die Haut außerdem mit Formalinlösung nach Ascher eingepinselt, doch hat er statt der 10 %igen eine 20 %ige Formalinlösung benutzt, der er 5 % Glycerin zugesetzt hat und so ein besseres Haften der desinfizierenden, gerbenden Flüssigkeit auf der Haut erzielt. Bei schwerer allgemeiner Furunkulose möchte Verf. die Ichthyolbehandlung — am besten noch kombiniert mit der präventiven Formalinbehandlung — geradezu als die Methode der Wahl bezeichnen, da sie zweifellos die Erkrankung am schnellsten zur Abheilung bringt, dem Kranken fast keine Schmerzen verursacht und außerdem keine Verbände erforderlich macht. (M. m. W. 1919 Nr. 12.)

### Apparate und Instrumente.

**Eine selbsttätige Kniebremse.** Von Stabsarzt Dr. Mosberg, leitender Arzt der Gliederersatzabteilung Bethel bei Bielefeld. Trotz der hohen Vollendung, welche der Bau künstlicher Beine erreicht hat, ist eines der wichtigsten Konstruktionsprobleme, das der Kniefeststellung, noch nicht gelöst. Es ist zwar in letzter Zeit auch auf diesem Gebiete mancher Fortschritt erzielt und Beachtenswertes geleistet, aber sämtliche Konstruktionen leiden an zu großer Kompliziertheit und zu leichter Verletzlichkeit der Federn und Sperrvorrichtungen. Ein ganz neuer Weg ist nun bei einer Kniebremse beschritten, welche auf Verf.s Anregung konstruiert ist. Der Apparat besteht aus einer einfachen, vom Fuß ausgehenden Eisenstange, welche mit einem Schlitz über einen durch die Kniegelenkachse gehenden Bolzen läuft. Beim Einknicken des Beines wird infolge der Verkürzung zwischen Fuß und Knie die

Stange selbsttätig gehoben und klemmt sich gegen den Bolzen, wodurch ein weiteres Einknicken des Knies verhindert wird. Diese Kniebremse hat vor allen übrigen außerordentliche Vorzüge; sie vereinigt größte Einfachheit mit absoluter Dauerhaftigkeit; sie ist leicht und unsichtbar an jedem Kunstbein anzubringen, ohne dessen Gewicht wesentlich zu erhöhen. Sie ist nicht abzunutzen und gibt sicheren Schutz gegen Einknicken und Fallen. Die Bremse wirkt automatisch, und zwar nicht nur beim Gehen, sondern auch beim Stehen, wodurch die Leistungsfähigkeit bei der Arbeit wesentlich erhöht wird. Der Gang ist nicht behindert; er wird schnell und leicht erlernt, weil die Amputierten mit dieser Kniefeststellung sofort das Gefühl größter Sicherheit besitzen. Die Herstellungskosten dieser „Bielefelder Kniebremse“ betragen etwa 20 Mk.  
(M. m. W. 1918 Nr. 9.)

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 225. Diagnostisches S. 228. Kasuistisches S. 230.  
Toxikologisches S. 235. Therapeutisches S. 237. Apparate u. Instrumente S. 255.

### Sachregister.

Adalinvergiftung 236.  
Aktinomykose, zwei Fälle 234.  
Bulbus scillae 246.  
Chenopodiumölvergiftung 238.  
Dysmenorrhoe, Yohimbin bei 251.  
Eukupin bei Grippe 244.  
Furunkel, Ichthyl bei 253.  
Hautgeschwüre, Umschneidung 238.  
—, Kohlensäurewundpulver bei 253.  
Ichthyl bei Furunkeln 253.  
Infektionen, autogene Vakzine bei chirurgischen 238.  
Influenza, heiße Vollbäder bei 243.  
—, Eukupin bei 244.  
Jodäthyl-Thiosinamin bei Lipomen 239.  
Käfigsonde 228.  
Katgutsparen 237.  
Kniebremse 255.  
Kohlensäurewundpulver bei Hautgeschwüren 253.  
Kollargol bei puerperaler Sepsis 252.  
Kriegsakost, diuretische Wirkung 246.  
Kurzsichtigkeit, Ursache 225.  
Lipome, Jodäthyl-Thiosinamininjektion bei 239.  
Lymphdrüsentuberkulose, Behandlung 247.  
Malaria, Erkennung und Verhütung 245.  
Meningitis nach Schädelbasisfraktur 228.  
Neuralgisan 241.  
Nirvanolvergiftung 235.  
Ortizon-Kieselsäure bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden 248.  
Osteomyelitis des 4. Halswirbels 232.  
Pneumonie, Salizyl-Antipyrin bei 243.  
Röntgenbehandlung der Trigemineuralgien 241.  
Schädelbasisfraktur, Meningitis nach 228.  
Trigemineuralgien, Röntgenbehandlung 241.  
Tuberkelbazillen im Auswurf, Anreicherungsverfahren für den Nachweis 230.  
Urethritis non gonorrhoeica 230.  
Yohimbin bei Dysmenorrhoe 251.

### Autorenregister.

<i>Beckers</i> 225.	<i>Franke</i> 243.	<i>Krücke</i> 239.	<i>Oppikofer</i> 236.
<i>Bettmann</i> 228.	<i>Golliner</i> 235.	<i>Linnartz</i> 237.	<i>Orth</i> 254.
<i>Böhme</i> 244.	<i>Greinert</i> 251.	<i>Marwedel</i> 238.	<i>Pfeiffer</i> 248.
<i>Canon</i> 238.	<i>Junghanns</i> 230.	<i>Mendel</i> 246.	<i>Pürckhauer</i> 253.
<i>Cassel</i> 232.	<i>Karst</i> 241.	<i>Mosberg</i> 255.	<i>Stiegel</i> 252.
<i>Engelsmann</i> 230.	<i>Kirchberg</i> 236.	<i>Mühlens</i> 245.	<i>Weber</i> 238.
<i>Feilchenfeld</i> 246.	<i>Köhler</i> 243.	<i>Mühlmann</i> 247.	<i>Wilms</i> 241.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M. 6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1919

## Aetiologisches.

**Zur Verbreitungsweise der übertragbaren Darmkrankheiten.**  
Von Dr. Waldemar Loewenthal, ständigem Bakteriologen am Medizinalamt der Stadt Berlin. Vor kurzem hat B. Heymann einige bisher weniger beachtete Möglichkeiten der Verbreitung der durch den Darm ausgeschiedenen Krankheitserreger genauer untersucht. Unter anderem wies er auf die große Gefahr hin, die auf der Haut antrocknende Kotteilchen bilden, die abgeschilfert werden, in die Unterkleidung und sogar in die Strümpfe gelangen und beim Entkleiden oder bei der wiederholten Benutzung des Abortes in Massen auf einmal oder bei der offenen Kleidung der Frauen dauernd ausgestreut werden. Er hat das durch Versuche erhärtet, indem er Bakterien (*Prodigiosus*) auf die Haut der Dammgegend aufbrachte und antrocknen ließ und dann nach Ausschütteln der Unterkleider bzw. nach Aufenthalt einer weiblichen Person ohne Beinkleider im Zimmer dieselben Bakterien in der Luft des Raumes nachweisen konnte. Wenn er auch Daten über die Widerstandsfähigkeit von Typhus- und Ruhrbazillen gegen Austrocknung beibrachte, so war doch noch nicht sicher bewiesen, daß auch unter natürlichen Bedingungen diese Bakterien in der angegebenen Weise verstreut werden können. Insbesondere konnte es zweifelhaft bleiben, ob die ja vielfach in Schleimflocken eingebetteten Ruhrbazillen auf der Haut des Kranken so weit eintrocknen, daß eine staubförmige Ablösung und Ausstreuung lebensfähiger Keime stattfindet. Diese Lücke auszufüllen, bot sich im Medizinalamt der Stadt Berlin Gelegenheit. Mitte August d. J. erkrankte eine der Laboratoriumsassistentinnen an Durchfall mit Beimengung leicht blutigen Schleimes und war  $2\frac{1}{2}$  Tage krank; ein Arzt wurde nicht zugezogen. Als sie ihren Dienst wieder aufnahm, hatte sie noch Schleimflocken im Stuhl, und es wurden darin Ruhrbazillen

des Typus Y nachgewiesen. Es wurde nun folgender Versuch gemacht: In dem Raum, in dem die Dame ihrer gewöhnlichen Laboratoriumstätigkeit nachging, wurden an verschiedenen Stellen, auf dem Fußboden wie auch in verschiedener Höhe, 5 große Drigalskischalen (20 cm Durchmesser) mit Conradi-Drigalski-Agar für  $1\frac{1}{2}$  Stunden offen aufgestellt, und zwar einmal, während die Dame keine, und im Anschluß daran eine zweite Reihe von 5 Schalen, während sie geschlossene Reformbeinkleider trug. Durch ein Mißverständnis wurde der Versuch in dieser statt der umgekehrten Reihenfolge angestellt. Die Schalen wurden dann bei  $37^{\circ}$  bebrütet und sämtliche verdächtig erscheinenden Kolonien kulturell und serologisch geprüft. Das Ergebnis war, daß auf 2 Platten der zweiten Versuchsreihe, die also offengestanden hatten, während die Dame geschlossene Beinkleider trug, je eine Kolonie von Ruhrbazillen des Typus Y gefunden wurde; die eine Schale hatte in 47 cm Höhe, die andere auf einem Tisch gestanden. Dies Ergebnis ist offenbar so zu erklären, daß bei der ersten Hälfte des Versuches, als die Dame ohne Beinkleider ging, Ruhrbazillen in die Röcke oder ins Freie gelangt waren, die dann im weiteren Verlaufe der Laboratoriumstätigkeit so weit aufgewirbelt wurden, daß sie auf die Schalen gelangten. Eine Wiederholung des Versuches am übernächsten Tage mit Aufstellung von je 7 Schalen ergab keine Krankheitserreger. Da nun aber in dem betreffenden Laboratorium die diagnostischen Untersuchungen, darunter auch zahlreiche Stuhlproben mit positivem Befund von Ruhrbazillen, verarbeitet wurden, wäre der Einwand möglich, die auf den offengestehenden Schalen gefundenen Ruhrbazillen hätten vielleicht gar nicht von der Versuchsperson gestammt. Es wurden deshalb, nachdem die Dame bazillenfri geworden war, und als nach wie vor zahlreiche Stuhlproben mit Befunden von Ruhr-, Typhus- und Paratyphusbazillen zur Untersuchung eingingen, an 10 verschiedenen Tagen je 5 Schalen im Laboratorium an verschiedenen Stellen aufgestellt, aber nicht  $1\frac{1}{2}$ , sondern 3 Stunden offen stehen gelassen. Es gelang bei dieser Kontrolle kein einziges Mal, Ruhrbazillen oder andere Darmbakterien nachzuweisen. Es kann also als erwiesen angesehen werden, daß tatsächlich von Kranken und Genesenden lebensfähige Ruhrbazillen in der von Heymann angenommenen Weise ausgestreut werden können. Mit Recht sagt Heymann, daß eine wirksame Bekämpfung dieser Infektionsquelle auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. Die weiblichen Personen, die geschlossene, an den Knien festanschließende Reformbeinkleider tragen, sind sehr in der Minderheit, und auch die männliche Kleidung kann durchaus nicht immer als so geschlossen angesehen werden, daß nicht dauernd Krankheitserreger verstreut

werden können. Heymann empfiehlt einmal tägliche Waschungen mit einpromilliger Sublimatlösung. Bei empfindlichen Personen wird aber Sublimat wohl Hautreizungen hervorrufen. Verf. erschiene die Herstellung von Schwimmhosen aus Trikot mit ausknöpfbarem Schritteil zweckmäßig; vor dem Entkleiden könnte dieser Teil vorsichtig herausgeknöpft und in eine desinfizierende Flüssigkeit gelegt werden. Das Ausstreuen von Keimen wäre so verhindert. Jedenfalls aber verdient diese Verbreitungsweise der Bakterien aus dem Darm die Beachtung der behandelnden Aerzte und der Hygieniker bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

(B. kl. W. 1918 Nr. 51.)

**Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung.** Von Dr. Walter Kaupé, Kinderarzt in Bonn. Im Säuglingsheime fiel Verf. vor einigen Jahren ein Kind auf, dessen Gesichtshaut eine leicht gelbliche Verfärbung zeigte. Das Kind schien sich sonst ganz wohl zu fühlen; Eßlust, Stuhlgang usw. zeigten keine ungewöhnliche Beschaffenheit. Verf. legte deshalb dieser Beobachtung zunächst keine Bedeutung bei, bis in den nächsten Tagen mehrere andere Kinder des gleichen Heims die gleiche Gelbfärbung aufwiesen. Nun forschte er genauer nach. Krankhafte Erscheinungen irgendwelcher Art fehlten durchaus. Der Stuhl war in diesen Fällen der eines mit Mohrrüben (Karotten, Möhrchen) gefütterten Kindes. Damit war der Schlüssel der zunächst rätselhaften Erscheinung gegeben; es handelte sich in all diesen Fällen um ältere, mit dem genannten Gemüsebrei ernährte Säuglinge und Kleinkinder. Verf. ließ nun des Versuches halber die Mohrrübenernährung für einige Tage aussetzen, mit dem Erfolge, daß die Gelbfärbung ziemlich rasch wieder verschwand. Begann er dann wieder mit der Verfütterung der Karotten, konnte er alsbald wieder diese Gelbfärbung feststellen. In der Folgezeit machte er die gleiche Beobachtung bei zahlreichen in Heimen gepflegten Säuglingen und bei solchen der Privatpraxis. Aber nicht alle mit der in Frage stehenden Wurzelart ernährten Kinder wiesen die Gelbfärbung der Haut auf, sondern es handelte sich doch immerhin nur um einen Bruchteil der Säuglinge, die Verf. zu sehen Gelegenheit hatte. Bei den meisten Kindern schwand nach einigen Tagen trotz fortgesetzter Mohrrübenernährung diese Gelbfärbung für immer. Diese kann fast den Eindruck des Ikterus machen, wenn sie auch nicht dessen typischen Ton aufweist, sondern mehr in das Orange übergeht. Verf. hat sie auch stets nur auf der Wangenhaut, den Nasenflügeln, der Stirn und in seltenen Fällen an der oberen Halspartie gefunden. Der übrige Körper, besonders die Konjunktiven, blieben immer frei. Ebenso

war im Urin nichts Besonderes festzustellen. Es handelt sich also wohl um eine Verfärbung der Gesichtshaut, hervorgerufen durch den den Mohrrüben eigenen Farbstoff. Manchmal war die Veränderung im Aussehen des Kindes durch die geschilderte Erscheinung derart, daß die Umgebung an das Bestehen von Krankheiten (besonders häufig nahm man natürlich Ikterus an) glaubte. Es war leicht, alsbald die richtige Diagnose zu stellen, zumal dann, wenn Gelegenheit gegeben war, den Stuhl zu besichtigen.

(M. m. W. 1919 Nr. 12.)

**Ueber Pseudoikterus nach Mohrrübengenuß.** Von Prof. Dr. W. Stoeltzner, Direktor der Universitäts-Kinderklinik zu Halle. Kaup e hat kürzlich die Aufmerksamkeit auf eine eigentümliche gelbliche Hautverfärbung gelenkt, die sich bei jüngeren Kindern nicht ganz selten nach dem Genuß von Mohrrüben einstellt. Verf. kann seine Angaben vollkommen bestätigen. Ihm ist dieser Pseudoikterus, wie er es nennen möchte, seit langem bekannt. In den Kriegsjahren scheinen die Fälle häufiger geworden zu sein. Daß Kaup e durch seine Veröffentlichung weitere Kreise auf den an sich harmlosen Zustand aufmerksam gemacht hat, ist zu begrüßen; tatsächlich kommen Verwechslungen mit Ikterus immer wieder vor, obwohl der orangegelbe Farbenton und das Freibleiben der Konjunktiven die Unterscheidung stets leicht und mit völliger Sicherheit gestatten. Kaup e streift die Frage, ob vergleichbare Hautverfärbungen nach Genuß anderer Gemüse vorkommen. Beobachtet ist bisher dergleichen anscheinend nicht, doch wäre es namentlich nach reichlicherem Genuß von Tomaten vielleicht möglich. Der gelbrote Farbstoff der Tomate, das Lycopin, steht dem vorwiegenden Farbstoff der Mohrrübe, dem Carotin, chemisch nahe und findet sich in geringer Menge neben dem Carotin auch in der Mohrrübe. Allerdings werden Tomaten ja gewöhnlich nicht in solchen Mengen an jüngere Kinder verfüttert wie Mohrrüben.

(M. m. W. 1919 Nr. 15.)

**Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung.** Von Privatdozent Dr. Erich Klose, Hirschberg i. Schl. Zu den Ausführungen von Dr. Kaup e möchte Verf. folgendes bemerken: Die erwähnte eigentümlich gelbe Hautverfärbung bei Säuglingen, die Mohrrüben als Beikost erhalten haben, dürfte den meisten Kinderärzten bekannt sein. Allerdings ist darüber in der Literatur kaum etwas zu finden. Verf. möchte aus seinen Beobachtungen folgende Punkte, zum Teil in Uebereinstimmung mit Dr. Kaup e, hervorheben:

1. Die Hautverfärbung zeigt einen eigentümlich gelblichen Farbenton, der von Ikterus wohl stets gut zu unterscheiden ist.

2. Die Verfärbung tritt stets alsbald nach dem erstmaligen Zufüttern von Mohrrüben auf, verschwindet aber auch bei fortgesetzter Zufuhr nach mehr oder weniger langer Zeit wieder.

3. Nur ein geringer Bruchteil der Kinder zeigt bei Mohrrübenzufütterung die Gelbfärbung, und zwar sind es fast stets gut gedeihende Kinder mit gut entwickeltem Fettpolster.

4. Die Verfärbung ist auf einen in der Mohrrübe enthaltenen lipoidlöslichen Farbstoff zurückzuführen. Sie dürfte daher wohl zu dem Fettstoffwechsel in Beziehung stehen.

5. Nur die stärkerer Belichtung ausgesetzten Hautpartien verfärben sich, daher die fast ausschließliche Beteiligung des Gesichts. Mit einer Lichtwirkung scheint auch im Zusammenhang zu stehen, daß ich die betreffenden Fälle hauptsächlich im Sommer beobachtet habe.

(M. m. W. 1919 Nr. 15.)

### Diagnostisches.

**Diagnostische Irrtümer bei Mesenterialdrüsentuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der Appendizitis.** Von Prof. Dr. Wilhelm Keppler und Dr. Fritz Erkes (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin). 1. Tuberkulöse Mesenterialdrüsen können die verschiedenartigsten intraabdominellen Erkrankungen vortäuschen; so imponieren die im Ileozökalwinkel gelegenen verkästen und verkalkten Drüsen gar nicht so selten als Appendizitis, die im Mesenterium des Dünndarms und im Mesocolon transversum gelegenen gelegentlich als Erkrankungen des Magens oder Duodenums.

2. Bei negativem Operationsbefund hat man daher auf tuberkulöse Drüsen im Mesenterium zu achten. Das Idealverfahren ist die Exstirpation der Drüsen ohne Darmschädigung und ohne Darmresektion.

3. Die therapeutische Röntgenbestrahlung erscheint wegen der Gefahr der Einschmelzung und Perforation nicht angezeigt.

4. Die Dauerresultate sind nach den bisherigen Erfahrungen günstig.

(M. Kl. 1919 Nr. 13.)

**Varizen in der Aetiologie der Ischias.** Von W. Alexander (Berlin). Darüber entscheidet nur die Klinik, und diese spricht in allen Punkten dagegen, daß Varizen echte Ischias machen können. So interessant diese Frage vom pathogenetisch-anatomischen Standpunkte aus ist: viel wichtiger für praktisch-therapeutisches Handeln ist es, daß sie durch Edingers klinischen Scharfblick endgültig



**Differentialdiagnose;**

<b>Anamnese:</b>	<b>Phlebogene Schmerzen</b>	
<b>Geschlecht</b>	Frauen bevorzugt (Schwangerschaft usw.)	
<b>Beruf</b>	sitzend (Näherin usw.), stehend (Köchin, Plätterin usw.)	
<b>Disposition</b>	Schwangerschaft! Blutstauung durch Herzfehler, Kyphoskoliose, Infektion	
<b>Schmerzen wo?</b>	zuerst am Fuß, dann Wade, Oberschenkel innen (Gebiet der V. saphena), später erst Gesäß	
<b>wie?</b>	nie sehr stark, meist nur Müdigkeit, Spannung, Schwere im Bein, allmählich beginnend. Erst spät richtige Schmerzen, durch Muskelkrampf (auch in Glutäen!) bedingt	
<b>wann?</b>	bei langsamem Gehen, Stehen, Anstrengung	
	durch schnelles Gehen und Treppensteigen gebessert	
	durch Hochlagerung beseitigt, deshalb nachts schmerzfrei	
	Bewegungen im Liegen schmerzfrei	
	Schmerzen erst einige Zeit nach dem Aufstehen	
<b>Befund:</b>	Sichtbare und fühlbare Venenerweiterungen, besonders in Kniekehle (im Stehen untersuchen). Können auch zunächst fehlen	
	Knöchelödem abends	
	Druckschmerzhaftigkeit der Venenwand	
	Lasègue —, Versuch lindert die Beschwerden	
<b>Behandlung:</b>	Schmerznittel, Hitze, Elektrizität wirkungslos	
	Hochlagerung hilft sofort	
	Bandage, Gummistumpf hilft	
	<b>Ischias</b>	
	Männer bevorzugt (Trauma, Erkältung)	
	schwere Arbeit (Heben, Bücken usw.), im Freien (Erkältung, Durchnässung)	
	Alkohol, Nikotin, Arteriosklerose, Infektion, Intoxikation	
	zuerst Gesäß oder Kreuz, später event. Wade und Fuß	
	mehr oder minder akut einsetzend, sehr schmerzhaft. Später außerdem Müdigkeit (durch Muskelatrophie)	
	ebenso	
	verschlechtert	
	durch Hochlagerung verstärkt, nachts meist besonders schmerzhaft	
	schmerzhaft	
	sofort beim Aufstehen	
	Neuritische Erscheinungen (Achillesreflex, Sensibilität, Atrophie, elekt. Veränderungen)	
	Beugestellung. Skoliose	
	Druckpunkte am Nervenstamm und den Gesäßmuskeln (kann auch fehlen)	
	Lasègue meist positiv	
	helfen meist	
	wirkungslos; wird nicht getragen	
	wirkungslos	

**Diagnostisches.**

entschieden ist. Die Varizen gehören in Zukunft nicht mehr in die „Aetiologie“ der Ischias, sondern in die „Differentialdiagnostik“, in der sie als „phlebogene Schmerzen“ symptomatologisch der Ischias streng gegenüberzustellen sind. Verf. hat versucht, dies in beifolgendem, durch eigene Erfahrungen gestütztem Schema zu tun.

Der erschöpfenden Beschreibung der phlebogenen Schmerzen durch Edinger ist nichts hinzuzufügen als der Wunsch, daß nicht immer wieder der Versuch gemacht wird, in diese zum Nutzen der Kranken so glücklich gelöste Frage neue Zweifel hineinzuwerfen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 11.)

### **Kasuistisches.**

**Zur Kasuistik der Fremdkörper der Parotis bzw. des Ductus Stenonianus.** Von Oberstabsarzt Dr. Ridder (Berlin). Pat. gab an, vor 7 Monaten, im Februar 1916, durch zahlreiche Granatsplitter im Gesicht, an der Brust, am Bauch, an den Armen und Beinen verwundet zu sein; im einzelnen handelte es sich u. a. um eine Dünndarmzerreißung, die durch Bauchschnitt im Feldlazarett geheilt wurde, Zerschmetterung des linken Unterschenkels und eine Verletzung des rechten Jochbeins. Seit der Verwundung könne er den Mund nicht mehr wie früher frei öffnen, die Behinderung sei nicht immer gleichstark, aber im Ganzen doch im Zunehmen begriffen. Er führt die Beschwerden ausdrücklich auf die Verletzung des rechten Oberkiefers zurück. Da sich dort objektiv nur eine geringe Knochenimpression am Jochbein und eine mäßig eingezogene, gut verschiebliche Narbe fand, beide Kiefergelenke anscheinend frei waren, andererseits aber die Beschränkung der Mundöffnung bis zu einem Zahnabstand von gut 2 cm nicht zu bestreiten war, traten Zweifel an dem Zusammenhang der Kaubeschwerden mit der Verletzung der rechten Gesichtshälfte auf. Es fiel Verf. nun alsbald eine Schwellung der linken Wange auf, bedingt durch eine etwa walnußgroße, derb elastische, mäßig druckempfindliche Geschwulst der linken Ohrspeicheldrüse, über der die Haut nicht verändert war. Bei bimanueller Untersuchung hatte man den Eindruck eines harten Widerstandes in der Tiefe der Geschwulst, doch ließ sich etwas Bestimmtes nicht aussagen. Eine Sondierung des Ductus Stenonianus war aus äußeren Gründen nicht möglich. Eine nochmalige genaue Befragung des nicht sehr regsamen Kranken ergab nun, daß er selber seit der Verwundung öfters eine Schwellung der linken Gesichtshälfte bemerkt habe, die allmählich begann, bis zu einer gewissen Größe wuchs, auf dieser etwa 2—3 Tage verharrte,

um dann schnell wieder zurückzugehen oder zu verschwinden. Ob dieses Verschwinden von einem stärkern Flüssigkeitserguß (Speichelfluß) in die Mundhöhle begleitet war, vermochte der Mann nicht mit Sicherheit zu sagen. Das Spiel habe sich gewöhnlich in Zwischenräumen von 2—3 Wochen wiederholt. Da eine Verletzung der linken Gesichtshälfte von dem Patienten ausdrücklich geleugnet wurde, auch Zeichen einer solchen weder äußerlich noch an der Mundschleimhaut, soweit sie der Betrachtung zugänglich war, entdeckt werden konnten, vermutete Verf. das Vorhandensein eines Speichelsteines als Ursache der Geschwulst. Speichelsteine sind zwar an sich selten, und die der Parotis und des Ductus Stenonianus folgen mit ungefähr 20 % erst in weitem Abstände auf die Steine des Whartonschen Ganges und der Submaxillaris mit über 60 %, aber die Symptome, insbesondere der intermittierende Tumor salivalis, rechtfertigten doch die Vermutung. Eine Röntgenaufnahme zeigte indessen, daß die Diagnose „Stein“ falsch war und daß es sich in der Tat um einen Fremdkörper, und zwar um einen Granatsplitter handelt, der offenbar durch die Mundhöhle in die linke Parotis bzw. deren Ausführungsgang gelangt ist und nun zur zeitweisen Behinderung des Speichelabflusses führt. Daß der Patient von der Verletzung der linken Mundseite nichts bemerkt hat, ist ohne weiteres durch die Vielfältigkeit und Schwere seiner übrigen Verletzungen verständlich, und die primäre Heilung der Mundschleimhautwunde bietet bei der bekannten großen Heilungstendenz der Mundverletzungen ebenfalls keine Erklärungsschwierigkeiten. Als Behandlung kommt nur die Entfernung des Fremdkörpers in Frage, die möglichst bald vorzunehmen ist, um Abszedierungen, Speichelfisteln und chronische Entzündungsvorgänge, die einen Eingriff zu späterer Zeit unnötig erschweren, zu vermeiden.

(B. kl. W. 1919 Nr. 8.)

**Ein Fall Stillscher Krankheit.** Von Fräulein Janzen. Demonstration eines 6jährigen Mädchens mit bilateral-symmetrischen Verdickungen der ersten Interphalangeal-, Hand-, Knie- und Fußgelenke, Steifigkeit der Wirbelsäule, leichten Drüenschwellungen und erheblichem Milztumor. Das bisher völlig gesunde Kind erkrankte im Januar 1918 mit leichten rheumatischen Beschwerden, 4 Wochen später traten akute Gelenkschmerzen auf mit völliger Bewegungsunfähigkeit, schnell fortschreitenden Gelenkverdickungen, auffallender Abmagerung und Fieberperioden. Anfang August wurde es mit abklingender Influenzapneumonie in die Kinderklinik aufgenommen. — Aufnahmebefund: Hochgradige Abmagerung, völlige Steifhaltung des Körpers, spindlige Schwellung der oben erwähnten Gelenke mit teigiger Resistenz ohne Rötung,



Fluktuation oder Krepitation, und erheblicher Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit. Fühlbare Drüsen am Kiefer, in den Achselhöhlen und Leistenbeugen; Leber nicht vergrößert, Milz nicht palpabel. Herzdämpfung etwas verbreitert, Töne unrein, Temperatur normal. Bei der Röntgendurchleuchtung 8 Tage später sind beide Lungen gleich hell. Im Verlaufe der 3 monatigen klinischen Beobachtung traten wiederholt mäßige Schmerzen in einem der verdickten Gelenke mit stärkerer Schwellung und leichter Rötung oder ohne nachweisbare Veränderung auf. Dabei stets Temperaturerhöhungen als einzelne Zacken bis 40° oder von mehrtägiger Dauer mit auffallenden Remissionen. Beim erstmaligen Vorhandensein von Gelenkschmerzen wurde die Milz palpabel, bei Wiederholung der Attacken war sie stets als derber Tumor fühlbar, der sich mit Abklingen des Fiebers verkleinerte. An den Lymphdrüsen konnte die gleiche Erscheinung nicht festgestellt werden. Im Röntgenbilde sind die Grundphalangen etwas plump mit geringen periostitischen Auflagerungen, die Gelenke intakt. Auffallend ist die Neigung der sehr trockenen Körperhaut zu flüchtigen Exanthenen und Erythrodermien. Die Blutuntersuchung ergab Leukopenie und mäßige Anämie. Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet und Mantoux negativ. Es ist jetzt ein deutlicher Rückgang der Gelenkschwellungen zu verzeichnen, die Bewegungsfähigkeit ist bis auf geringe Steifhaltung des Oberkörpers völlig normal. In den letzten 14 Tagen hat sich der Zustand sichtlich verschlechtert: Der maximale Milztumor bleibt bestehen, es sind Haut- und Schleimhautblutungen mit intensiver Stomatitis und Halsdrüsenanschwellung aufgetreten, die Fieberkurve zeigt septischen Charakter. Die wesentlichen Symptome der Erkrankung decken sich mit denen der von dem englischen Arzte Still beschriebenen und nach ihm benannten Krankheit, die durch die 4 deutschen Fälle von Stock, Koeppe, Piske und Müllhofer und etwa 20 ausländische bekannt geworden ist. Die Sektionsbefunde lassen die Unabhängigkeit von Tuberkulose erkennen. Für die Aetiologie fehlen bis jetzt jegliche Anhaltspunkte.

(Mediz. Gesellschaft Gießen, 20. XI. 1918.)

**Ueber einen Fall symmetrischer Gangrän nach Grippe.**  
 Von Dr. Alfred Soucek (Wien). Es handelte sich um Gangrän der Füße und Hände, wobei möglicherweise eine hereditäre Gefäßschwäche — Vater der Patientin starb an Erfrierungsgangrän der Füße — und gleichzeitig bestehende Gravidität — Patientin hatte schon 2 Monate vorher, also im 3. Schwangerschaftsmonat, einen Anfall von Schmerzen und Blauwerden der Zehen — als unterstützende Momente in Betracht kommen. (W. kl. W. 1918 Nr. 50.)

### **Stieldrehung von Eierstocksgeschwülsten bei Kindern.** Von Dr. Carl Christel (Greiz).

1. 15 jähriges Mädchen F., von kräftigem Bau, erkrankt im Frühjahr 1913 unter den Erscheinungen einer Bauchfellentzündung, die vom Kollegen auf dem Lande als Appendizitis gedeutet und behandelt wird. Ruhe, Opium, Umschläge bringen keine Besserung. Als Verf. hinzugezogen wurde, bestand bei Fieber und Abzehrung eine ziemlich die Mitte des Unterbauchs einnehmende Dämpfung bis fast an den Nabel heran bei mäßigem Meteorismus; vom Mastdarm aus war nur pralle Schwellung festzustellen. Aus äußeren Gründen mußte der Eingriff — Einschnitt in der Mittellinie — in der Wohnung der Kranken ausgeführt werden. Er führte in einen mit Koagulis und geringen Eitermengen gefüllten Hohlraum, der gleichmäßig abgeschlossen war, jedenfalls keine Verbindung mit der freien Bauchhöhle erkennen ließ. Einführung von Gaze-streifen. Nach Rückgang der entzündlichen Erscheinungen entleerten sich nach und nach Haare und zahnartige Gebilde. Heilung nach 2 Monaten.

2. 5 jähriges Kind B., erkrankte im Frühjahr 1915 unter heftigen Schmerzen im Leibe mit Erbrechen. Untersuchung am Morgen gestattet nur oberflächliche Betastung wegen Abwehr des Kindes. Nach entsprechender Beruhigung am Nachmittag ließ sich ein im Unterbauch median gelegener Tumor perkutorisch und palpatorisch im gespannten Leibe abgrenzen. Im Anschluß daran ausgeführte Laparotomie bestätigte die Diagnose der Stieltorsion eines rechtsseitigen, fast doppeltfaustgroßen, stark durchbluteten Dermoids. Linkes Ovar ohne krankhafte Veränderungen. Glatte Heilung.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 16.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Trypaflavin in der chirurgischen Praxis.** Von San.-Rat Dr. Münzel (Fechenheim). Trypaflavin, Diaminomethylakridiniumchlorid, ist ein gelber Farbstoff, der die Gewebe intensiv gelb färbt. Es ist geruchlos und in Wasser leicht löslich. Die wässrigen Lösungen können gekocht werden. Wegen ihrer Lichtempfindlichkeit sollen sie im Dunkeln bzw. in braunen Flaschen aufbewahrt werden. Für die Praxis genügen die in den Handel gebrachten Formen vollständig: 1. Tabletten, 2. Pulver, 3. Puder, 4. Gaze. 1. Tabletten, in Röhrchen mit 20 Tabletten à 1,0 g, enthalten 0,1 Trypaflavin und 0,9 Kochsalz. Durch Auflösen einer Tablette in 100 ccm Wasser erhält man eine annähernd physiologische Kochsalzlösung, die 1‰ Trypaflavin enthält. Mit solchen Lösungen

wurden größere Wundhöhlen und Flächen, Fistelgänge ausgespritzt und gespült. Auch feuchte, mit dieser Lösung getränkte, durch Oelpapier abgedichtete Verbände haben sich gut bewährt: die entzündeten Wundränder blaßten ab, die nekrotischen Gewebsetzen lösten sich leicht, und frische Granulationen wurden bald sichtbar. Der stinkende Geruch dieser Wunden schwand schnell nach Anwendung des Trypaflavins. Die oben angeführte Lösung hat Verf. auch in 2 Fällen von akuter weiblicher Gonorrhoe mit gutem Erfolge gebraucht, sodaß nach 2 mal täglicher Scheidenausspülung nach 3—4 Wochen keine Gonokokken mikroskopisch mehr nachweisbar waren. 2. und 3. Pulver und Puder wandte Verf. an, um eine stärkere Trypaflavinwirkung zu erzielen. Irgendwelche Reizerscheinungen wurden nie wahrgenommen. Die Wundsekretion verringerte sich. Kräftige Granulationen bildeten sich, und die Ueberhäutung ging schnell vor sich. Eine gute austrocknende Wirkung besaß der Puder, welcher aus Trypaflavin, Magn. carb., Talkum und Bolus zusammengesetzt war. 4. Die mit Trypaflavin hergestellte Gaze saugte gut auf und war daher sowohl zum Bedecken von Wundflächen als auch zum Drainieren längerer Fistelgänge sehr geeignet. Das die Gaze berührende Wundgewebe war stets mit feuchter Absonderung bedeckt, sodaß ein Verkleben der Gaze mit der Wunde nicht stattfand und daher eine Verbandabnahme für den Patienten fast schmerzlos war. — Das Trypaflavin kann also in der chirurgischen Praxis jedes bisher gebräuchliche Antiseptikum ersetzen. Jedenfalls hat es die vorzügliche Eigenschaft, eiternde, mit schmierigen, nekrotischen Gewebsetzen bedeckte Wundflächen, Höhlen und Fisteln schnell und sicher zu reinigen und die neue Granulationsbildung stark anzuregen. Die sich bildenden Fleischwärzchen sehen frisch aus und sind von fester Beschaffenheit, sodaß die Ueberhäutung von den Wundrändern leicht erfolgen kann. Die Wunde zeigt dann eine rasche Verkleinerung. Die Höhlen und Fisteln, mit Trypaflavingaze tamponiert, lassen in der Eiterung nach, ihre Wände legen sich aneinander und verkleben. Hervorzuheben ist ferner die völlige Geruchlosigkeit des Mittels, und daß es gar keine Reizwirkung auf die Haut des Patienten hervorruft. Letzterer Grund veranlaßt daher auch viele, statt Jodtinktur eine alkoholische Trypaflavinlösung zur Desinfektion des Operationsfeldes zu benutzen. Die mit Trypaflavinlösung arbeitenden Hände der Schwestern und Aerzte färben sich leicht gelb. Die Farbe blaßt jedoch schnell ab durch Waschen in heißem Seifenwasser. Die von der Fabrik angegebene schnellere Reinigung durch eine Lösung von Natriumnitrit und späterer Abspülung mit verdünnter Salz- oder Schwefelsäure hat Verf. nie notwendig gefunden. Schwieriger gestaltet

sich die Entfernung der gelben Wäscheflecken, die durch Trypaflavinlösung oder durch den goldgelben Eiter entstanden sind. Sie verlieren sich erst nach mehrmaligem Waschen. Diesen geringen Nachteil wiegen aber die obenerwähnten bedeutenden Vorzüge des Trypaflavins so auf, daß die allgemeine Anwendung des Trypaflavins in der chirurgischen Praxis nur zu empfehlen ist.

(D. m. W. 1919 Nr. 10.)

**Kurze Mitteilungen über unsere Erfahrungen mit Radiumbehandlung.** Von Sanitätsrat Dr. Johann Fabry (Aus der Hautklinik der städt. Krankenanstalten Dortmund). Der Hautklinik stehen für die Radiumbehandlung zur Verfügung:

1. 1 Plättchen, enthaltend 10 mg Radiumbromid auf Lack montiert;
2. 1 Plättchen, enthaltend 10 mg Radiumbromid auf Lack montiert;
3. in einem Röhrchen 30 mg.

Die Behandlung wurde mit diesen Präparaten begonnen am 28. 7. 1914. Behandelt wurden bis zum heutigen Tage:

1. 145 Fälle von Hautkarzinom,
2. 185 Fälle von Lupus aller Formen,
3. 70 Fälle von Nävis,
4. 37 Fälle von Keloiden, spontanen und anderen,
5. 7 Fälle von Induratio penis plastica,
6. 1 Fall von Dupuytrenscher Kontraktur.

### 1. Hautkarzinome.

Nach unseren Erfahrungen steht fest, daß die Radiumbehandlung auch mit den oben angeführten relativ geringen Dosen und unter der Voraussetzung, daß die für die Behandlung geeigneten Fälle gut ausgesucht werden, Resultate erzielt, die durch kein anderes Verfahren mit gleicher Einfachheit und Leichtigkeit erzielt werden. Zum Vergleich ziehen wir heran:

1. die operative Methode,
2. die Röntgenbestrahlung,
3. die Kohlensäuregefrierung,
4. Röntgenbestrahlung und Kohlensäuregefrierung kombiniert

Ueber alle diese Heilverfahren hatten wir hinreichend Gelegenheit, an großem Material eigene Erfahrungen zu sammeln. Zweifelsohne würde die Radiumbehandlung sich in der Praxis immer mehr Terrain erobern, wenn jedem Praktiker Radium zur Verfügung stände, und zwar in ausreichenden Mengen; in erster Linie gilt das für die Behandlung der Hautkarzinome. Für eine große Anzahl ist die Radiumbehandlung entschieden allen anderen

Methoden überlegen. Ich erinnere zunächst an die Karzinome, die durch ihren Sitz der Operation große Schwierigkeiten bereiten würden, so die nicht so selten gesehenen Hautkarzinome am inneren Augenwinkel, im Gehörgang. Eine große Ausdehnung eines Hautkarzinoms in der Fläche ist für die Radiumbehandlung durchaus keine Kontraindikation; für die Operation bedeutet es eine Erhöhung der Schwierigkeit der Ausführung. Hat aber das Hautkarzinom bereits nach der Tiefe Fortschritte gemacht, etwa Knochen und Periost mitergriffen — leider kamen auch manche derartige desolate Fälle in unsere Behandlung —, so war mit den uns zu Gebote stehenden Radiummengen eine Heilung nicht zu erzielen; dennoch konnten wir bei langen Expositionen wenigstens einen gewissen Stillstand und ein Nachlassen der Schmerzhaftigkeit konstatieren. Dabei ist zu bedenken, daß diese letzteren Fälle ohne Ausnahme in einem Stadium zu uns kamen, in welchem auch die Operation kaum Aussicht auf Erfolg gehabt hätte. Die wesentlichste und wichtigste Aufgabe fällt auch bei der Radiumbehandlung dem Arzte zu, nämlich das Hautkarzinom im frühesten Stadium zu erkennen und der Behandlung zuzuführen. Vielfach wird trotzdem durch die Indolenz der Patienten selbst gesündigt. In unseren Fällen, auch in den noch günstig liegenden, war typisch die anamnestische Angabe, daß die Krankheit bereits jahrelang bestand. In zweifelhaften Fällen wird man die histologische Untersuchung hinzuziehen können; aber es verschlägt auch hier nichts, die Behandlung einzuleiten, da sie ja ohne Schmerzen und schonend ist. Bei unseren Dosen bildete sich nach 8—14 Tagen, manchmal aber auch später, eine genau der Größe des Plättchens entsprechende Rötung, welche mit Schuppung oder auch mit Bildung von Krüstchen abklang. Um die Radiumwirkung zu beschleunigen, sind wir in manchen Fällen so vorgegangen, daß wir unter lokaler Anästhesie mit Novokain-Adrenalin den Karzinomherd galvanokaustisch zerstörten und so für die Radiumbehandlung vorbereiteten. Die Radiumapplikation schloß sich unmittelbar an die Kaustik an. Die Dauer der Applikation richtet sich nach der Größe des Hautkrebses, ebenso die Zahl der Sitzungen. Vorbedingung für alle Radiumbehandlung ist, daß man die Leistungsfähigkeit seiner Präparate genau kennt; das ist vorläufig rein Sache der Erfahrung. Unerwünschte Wirkungen und Schädigungen sind aber bei einiger Vorsicht zu vermeiden.

## 2. Lupus.

In der Lupustherapie waren unsere Radiumpräparate eine erfreuliche Erweiterung unseres therapeutischen Rüstzeuges. Wir machten Gebrauch von denselben in folgenden Fällen:

1. Lupus initialis. Unter guter lokaler Anästhesie gründliche galvanokaustische Zerstörung des kleinen Lupusherdes und nachfolgende längere Applikation des Radiumplättchens. Wir verfügen über relativ viele so erzielte Idealheilungen auch bei ausreichend langer Nachkontrolle.

2. Lupus serpiniginosus. Auch hier gelingt es zuweilen, durch Radium das Fortschreiten hintanzuhalten.

3. Lupus des Naseninnern. Hier leistet uns das Radiumröhrchen (30 mg Radiumbromid) ganz unschätzbare Dienste bei beginnendem und auch vorgeschrittenem Lupus. Vorgeschrittene Fälle werden natürlich vorbehandelt (Sublimat, Pyrogallus, operativ). Es ist richtig, daß „die Radiumbehandlung noch in entlegenen Winkeln und Nischen der Schleimhaut zur Anwendung kommen kann, wohin Licht und Röntgenstrahlen nicht mehr zu dirigieren sind“ (Lewandowski S. 291). Wir haben das Röhrchen (Silberfilter) oft stundenlang, zuweilen die ganze Nacht appliziert.

### 3. Naevus flammeus.

a) Glattes rotes Feuermal,

b) Blaues Feuermal, sogen. Naevus caeruleus mit Wachstumsneigung bzw. hypertrophischem Wachstum, event. maligner Degeneration.

Auf diesem Gebiete hatten wir an hinreichend großem Beobachtungsmaterial Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln.

1. Je jugendlicher das Individuum, um so schneller der Erfolg.

2. Auch bei älteren Individuen und bei beiden obigen Formen sind die Erfolge so ermutigend, daß man die Radiumbehandlung als allen Verfahren überlegen bezeichnen darf.

3. Bei ausgedehnten Naevis erfordert die Behandlung Monate, ja Jahre, da es oft 4—8 Wochen dauert, bis die Reizerscheinungen (Rötung, Schuppung, Krustenbildung) völlig abgeklungen sind.

4. Bei kleinen Kindern und Säuglingen tritt diese Reizung oft erst nach Wochen ein, zwischen 2 Applikationen muß 4 bis 5 Wochen gewartet werden, auch bei Erwachsenen ließ der Reizzustand oft 1—2 Wochen auf sich warten.

5. Ein nicht zu vermeidender Uebelstand ist das Auftreten von braunen Pigmentierungen und von zahlreichen Gefäßektasien, die durch ihre dunkelrote Färbung auffallen. Letztere sahen wir auch bei behandelten Keloiden; sie treten erst später und da auf, wo längere und wiederholte Expositionen nötig waren.

Man darf wohl annehmen, daß die Pigmentierungen sich mit der Zeit spontan resorbieren. Gegen die Ektasien ist Elektrolyse oder Galvanokaustik mit dem nadelförmigen indirekten Brenner (Reiniger, Gebbert & Schall) zu empfehlen.

6. Die Expositionsdauer richtet sich nach dem Alter der Patienten und nach der Empfindlichkeit bzw. Reaktionsfähigkeit der Haut, die in jedem Falle festgestellt werden muß.

### 3a. Naevus papilloso-pigmentosus-trichosus.

Gute Erfolge der Radiumbehandlung erzielten wir nicht so schnell, wie wir es erwartet hatten. Es ergab sich bald, daß nur häufige und längere Expositionen von Wirkung sind. Die pathologisch-anatomische Struktur dieser Naevi mit ihrem festen und tief in die Kutis und Subkutis greifenden Gefüge erklärt die Tatsache hinlänglich, daß nur längere und wiederholte Expositionen von Erfolg sein konnten. Unter dieser Voraussetzung waren die Resultate gut. Will man das Verfahren beschleunigen, so empfiehlt sich auch hier wie bei den Keloiden, die Stelle durch Galvano-kaustik für die Radiumbehandlung zu präparieren, wie wir es uns bei allen ausgedehnteren Fällen zur Regel gemacht haben. Theoretisch ist daran festzuhalten, daß bei konsequent fortgesetzter Behandlung Radium allein zum Ziele führt, aber es dauert lange.

## 4. Spontane Keloide.

Diese waren bislang ein *noli me tangere*, und besonders die Exzision hatte regelmäßig nur das Ergebnis einer wesentlichen Vergrößerung und Verschlimmerung der Geschwulst zur Folge. Durch die Radiumbehandlung sind nun dieselben der erfolgreichen Therapie zugänglich geworden. Je nach der Ausdehnung der Geschwulst in die Breite und Tiefe und nach der Menge des zur Verfügung stehenden Radiumsalzes werden mehr oder weniger Expositionen und Sitzungen erforderlich sein. Bei unseren Fällen handelte es sich zum Teil um exzessive Entwicklung von Keloiden. Wir ließen deshalb in diesen Fällen unter lokaler Anästhesie Galvanokaustik der Geschwulst vorangehen und schlossen die Radiumbehandlung an; bei kleineren Geschwülsten wurde nur mit Radium behandelt. Die Erfolge sind sehr gut.

Als gleichfalls im Bindegewebe sich abspielende pathologische Prozesse seien hier noch angeführt:

### 5. Dupuytren'sche Fingerkontraktur.

#### 6. Induratio penis plastica.

Bei der ersteren Affektion haben wir so verblüffende Resultate erzielt, daß nur die Radiumbehandlung in Frage kommen kann, zumal ihre Durchführung so einfach und ohne Berufsstörung möglich ist.

Dasselbe gilt von der Induratio penis plastica. Da die Geschwülste oft tief im Corpus cavernosum sitzen, so sind Erfolge

nicht immer so augenscheinlich gewesen; zum Teil liegt das wohl auch an der zu geringen Menge des uns zur Verfügung stehenden Radiums.  
(M. m. W. 1919 Nr. 5.)

**Erfolgreiche rechtsseitige Nephrektomie bei insuffizienter linker Niere.** Von Hermann Kümmell (Aus der I. chirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf). Wir sehen aus der mitgeteilten Krankengeschichte, daß es durch die Dekapsulation gelungen ist, eine schwer nephritisch erkrankte Niere einmal von den wesentlichsten Symptomen, Eiweiß und Zylindern, zu befreien und, was das Wichtigste ist, die Insuffizienz zu beseitigen, die objektiv nachgewiesene Gefrierpunktserniedrigung und Reststickstoffvermehrung auf normale Werte zurückzuführen und die Niere so leistungsfähig zu machen, daß sie nach der operativen Entfernung der tuberkulös erkrankten rechten Niere die Arbeit für diese voll und ganz übernahm und die Patientin der Heilung dadurch entgegengeführt werden konnte. Da dieses Verfahren noch nicht angewandt ist, möchte Verf. es für ähnliche Fälle, welche bislang nicht zur Heilung zu bringen waren und eine erfolgreiche Nephrektomie ausschlossen, zur Nachprüfung empfehlen. Jedenfalls erscheint diese erfolgreiche Dekapsulation, unter besonders ungünstigen Verhältnissen ausgeführt, als ein neuer Beweis für die Wirksamkeit der operativen Entkapselung der Niere bei den verschiedensten Formen der Nephritis, welche durch eine interne Behandlung nicht gebessert werden können.  
(B. kl. W. 1919 Nr. 10.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Erfahrungen mit Pyramidon bei der Behandlung des Fleckfiebers.** Von Dr. Georg Hahn, Berlin. Von der Erwägung ausgehend, daß auch beim Typhus abdominalis die Pyramidonbehandlung sich vielfach bewährt hat und noch heute der eingreifenden Bädertherapie häufig vorgezogen wird, wurden die Fleckfieberkranken mehrere Tage hintereinander mit Pyramidon behandelt. Dieses erschien zur Behandlung des Fleckfiebers deshalb am meisten geeignet, weil es das einzige Mittel ist, das ohne unangenehme Nebenerscheinungen und kumulierende Wirkung längere Zeit hindurch in mäßiger Dosis gegeben werden kann, und das den großen Vorzug besitzt, sowohl nervenberuhigend als auch temperaturherabsetzend zu wirken. Verf. gab täglich 1 g Pyramidon in Tabletten zu 0,2 g, also 5 mal täglich eine Tablette, und hatte den entschiedenen Eindruck, daß diese Medikation in ganz auffälliger Weise den Krankheitsverlauf günstig beeinflußt.



Da das Mittel eben nur symptomatisch wirkt, ist natürlich eine Abkürzung der Krankheit nicht denkbar. Was aber besonders ins Auge fällt, ist die Temperaturherabsetzung, die in manchen Fällen so beträchtlich ist, daß die mit Pyramidon behandelten Fälle kaum noch die typische Fleckfieberkurve aufweisen. Zum mindesten beträgt die Herabsetzung der Temperatur etwa  $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ . Das Auftreten eines hohen Temperatursturzes mit Kollaps konnte Verf. nicht beobachten. Gleichzeitig geht mit der Herabsetzung der Temperatur eine sehr bedeutende Abschwächung sämtlicher Nervenerscheinungen einher. Die vorher dem Kranken unerträglichen Kopfschmerzen lassen erheblich nach, die quälenden, schreckhaften Träume und Halluzinationen hören auf, der Kranke wird ruhig und schläft viel bei leichtem Schweißausbruch. Keiner der mit Pyramidon behandelten Kranken zeigte die so deletär wirkenden, mit Wandertrieb verbundenen Zwangsvorstellungen. Die Kranken gaben fast durchweg klare Antworten auf Befragen und zeigten sich orientiert, und nur in den schwersten Fällen war Benommenheit ohne krampfartige Zustände vorhanden. Die wichtigste Folge dieser erheblichen Abschwächung aller Nervenerscheinungen ist der Einfluß auf den Kreislauf, dessen Schwäche beim Fleckfieberkranken ja in so hohem Maße das Krankheitsbild beherrscht, namentlich zur Zeit der Entfieberung. Der Blutdruck bleibt bei den mit Pyramidon Behandelten auch in der kritischen Zeit der beginnenden Entfieberung zufriedenstellend, so daß von Exzitantien ein ziemlich sparsamer Gebrauch gemacht werden kann. Natürlich legt Verf. auch sehr großen Wert auf eine rechtzeitig einsetzende Kräftigung des Herzens durch sofortige Verabfolgung eines Digitalisinfuses. Wichtig ist auch der frühzeitige Beginn der Pyramidonbehandlung. (M. m. W. 1919 Nr. 7.)

**Ueber Heilerfolge mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Tillmanns (Aus der chirurgischen Abteilung des Kinderkrankenhauses in Leipzig). Seit dem 11. 5. 1918 hat Verf. das Friedmannsche Tuberkulosemittel im Leipziger Kinderkrankenhause bis jetzt in 53 teils klinischen, teils poliklinischen Fällen von chirurgischer Tuberkulose bei Kindern mit sehr gutem Erfolge angewandt. Zu seiner freudigen Überraschung hat er durch die Anwendung des Friedmannschen Heilmittels ohne sonstige besondere chirurgische Maßnahmen so günstige Heilungen erzielt, wie er es bisher bei keiner anderen operativen oder konservativen Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose beobachtet hat. Die sonstige Behandlung der nach Friedmann geimpften Kinder bestand nur, wenn notwendig, in der Anlegung von entsprechenden Verbänden, z. B.

von Extensionsverbänden bei Koxitis, von Gipsbetten bei Spondylitis usw. Verf. hat zwar auch mit dem Tuberkulin Rosenbach besonders bei Knochen- und Gelenktuberkulose zum Teil sehr günstige Erfolge erzielt, aber die Kurdauer war eine viel längere; das Tuberkulin Rosenbach mußte häufiger injiziert werden, und zuweilen mußte die Anwendung des Tuberkulins vorübergehend ausgesetzt werden. Durch das Friedmannsche Heilmittel wurde durch eine einzige subkutane bzw. intramuskuläre Injektion meist in der Glutäalgegend hinter dem großen Trochanter ein günstiger Heilerfolg erzielt; Verf. injizierte gewöhnlich die Dosis 0,5 schwach, nur ganz ausnahmsweise 1,0 stark. Die besten Erfolge erzielt man in Fällen von frischer chirurgischer Tuberkulose, besonders wenn der Impfstoff an der Injektionsstelle ohne entzündliche Einschmelzung, ohne Fistelbildung vollkommen zur Wirkung gelangt. Entsteht eine entzündliche Einschmelzung des Impfstoffes bzw. eine Fistel an der Injektionsstelle mit seröser oder mehr eitriger Sekretion, so heilen dieselben nach Verf.s Erfahrung gewöhnlich bald unter der Anwendung der von Friedmann empfohlenen sterilen feuchten Verbände bzw. Prißnitzschen Umschläge. Von der größten Wichtigkeit für einen guten Heilerfolg ist es, daß die von Friedmann vorgeschriebenen Leitlinien in jedem Falle streng befolgt werden. Auch die leichtesten operativen Eingriffe, Inzisionen, Auskratzen von tuberkulösen Herden usw. dürfen nach der Impfung nicht vorgenommen werden. Ungeeignet für die Friedmannsche Behandlung sind besonders kachektische Patienten mit zu weit vorgeschrittener Tuberkulose, mit schweren multiplen tuberkulösen Herden, mit allgemeiner Tuberkulose, Meningitis usw. In solchen Fällen kommt man mit dem Friedmannschen Heilmittel zu spät. Bezüglich der Erfolge mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel sei folgendes hervorgehoben: Auffallend war besonders die rasche Besserung des Allgemeinbefindens der nach Friedmann behandelten Kinder, wie auch die Eltern der Kinder immer gern bestätigten. Bei der Mehrzahl der Patienten mit fistulöser tuberkulöser Eiterung der Knochen, Gelenke und Lymphdrüsen zeigte sich nach der Injektion des Friedmannschen Heilmittels bald eine wesentliche Verminderung der Sekretion. Baldigen völligen Verschuß der stark eiternden Fisteln und vollständige Heilung sah Verf. besonders in einem Falle von fistulöser Tuberkulose des rechten Humerus, ferner in einem Falle von Tuberkulose des rechten Radius mit mehreren stark eiternden Fisteln und bei einer fistulösen Rippentuberkulose; ferner heilten 6 Fälle von teils fistulöser, teils geschlossener Spina ventosa mit zum Teil hochgradiger Schwellung an Hand und Fuß, in allen Fällen natürlich ohne jede sonstige chirurgische Behandlung. Sehr

erfreulich waren die Erfolge bei tuberkulöser Spondylitis und Koxitis.  
(B. kl. W. 1919 Nr. 6.)

**Stickstoffbehandlung der Peritonitis tuberculosa exsudativa** hat Dr. F. Schlesinger (Städt. Krankenhaus Stettin) in 6 Fällen mit sehr befriedigendem Erfolg durchgeführt. Bei allen diesen Fällen war die Heilung eine merkwürdig rasche. In 2—6 Wochen wurde der Aszites aufgesogen. Gegenüber der Laparotomie nimmt sie nur wenig Zeit in Anspruch. Die Patienten können viel eher wieder ihrer Beschäftigung nachgehen. Vor allem kehrte sehr schnell das subjektive Wohlbefinden zurück. Der Eingriff ist ein geringer, so daß sich die Kranken leicht dazu verstehen werden. Besonderes Interesse verdient der Umstand, daß sich bei den Fällen I, II, IV und VI eine spontane Resorption des Pleuraergusses ereignete. Das ist bei Tuberkulösen kein zu unterschätzender Vorteil. Diese Form der konservativen Behandlung erscheint als die bei weitem zweckdienlichste. Stickstoff ist leicht zu beschaffen und wird in sterilem Zustande geliefert. Bei ihr geht der überraschende klinische Erfolg mit der wirklichen Heilung offenbar Hand in Hand. Diese Behandlungsart scheint sich jedoch nur bei der exsudativen Form der tuberkulösen Peritonitis zu bewähren. In einem Falle von trockner Form, wo es zu schwersten Verklebungen von Netz und Darm gekommen war, sah Verf. keinerlei Erfolg. Im Gegenteil war hier die einmalige, nur geringe Stickstoffeinblasung von quälendsten Schmerzen begleitet, wahrscheinlich infolge Dehnung von Adhäsionen; dabei kam es sogar zum Kollaps. Der Fall kam schließlich ad exitum.  
(Ther. d. Gegenw. Januar 1919.)

**Intravenöse Dauer-Tropf-Infusionen bei erschöpfenden Durchfällen** empfiehlt Dr. M. Friedemann, Chefarzt (Langendreer). Diese Methode, die Verf. bereits 1913 einführte (besonders für Fälle von akuter Herz- und Gefäßschwäche mit bedrohlicher Blutdrucksenkung im Verlaufe septischer Erkrankungen, Peritonitis, Ileus, Blutungen), ist auch bei erschöpfenden Durchfällen von großem Vorteil und hat sich bestens bewährt. Technik: An einem über dem oder neben dem Bett stehenden Ständer wird ein Trichter (oder Irrigator) angebracht mit einem langen Gummischlauch, der zu einer, an ihrem Ende kolbig verdickten Glaskanüle führt. Solche Glaskanülen hält man sich in verschiedenen Stärken vorrätig.<sup>1)</sup> Im Verlaufe des Schlauches ist eine Martinsche Glaskugel, wie man sie seit langem bei Tropfklystieren benützt,

<sup>1)</sup> Verf. bezieht dieselben durch die Firma Eschbaum in Bochum.

eingeschaltet, und über derselben eine Klemmschraube. Dies alles liegt, damit man für eilige Fälle gerüstet ist, sterilisiert im Instrumentenschrank. In den Irrigator wird körperwarme physiologische Kochsalzlösung gegossen, diese fließt bei weit geöffneter Klemmschraube schnell hindurch, bis jeder Rest von Luft entfernt ist. Dann Zusammenkleimmen des Schlauches. Es wird nun unter Lokalanästhesie, event. unter Stauung, eine Vene, am besten die V. med. cub. (Verf. hat auch die V. saph. und V. cephal. benutzt) freigelegt, am distalen und proximalen Schnittende wird je ein Faden um die Vene geschlungen, der distale fest angezogen, der proximale zunächst locker. Mit feinsten Pinzette und Schere wird die Vene durch einen Schrägschnitt geöffnet, event. von dieser kleinen Öffnung aus mit kleiner geknöpfter Schere ein Längsschnitt angelegt. Dann läßt sich bei großer und mittelgroßer Vene die Kanüle leicht einführen, während bei geöffneter Klemmschraube die Lösung herausläuft. Das kolbige Ende der Kanüle wird über den proximalen Faden hinausgeführt, dieser dann am Kanülenhals festgeknotet. Tupfer auf die kleine Wunde, Heftpflaster darüber. Zur weiteren Befestigung am Arm wird der Schlauch noch in der Gegend des Handgelenks mit Heftpflaster befestigt. Nur bei ganz dünnen, kollabierten Venen ist die Technik schwierig. Man tut da gut, die Haltefäden nicht gleich zu fest anzuziehen, damit nach Aufschneiden der Vene der austretende Blutstropfen zeigt, wo das Loch in der Vene ist; kommt man nicht gleich mit der Kanüle hinein, so läßt sich doch meist eine feine Sonde oder ein kleiner stumpfer Einzinker einführen, unter Führung dieser Instrumente läßt sich dann der Schlitz in der Vene erweitern, die aus der Kanüle fließende Kochsalzlösung spült inzwischen das aussickernde Blut — denn bei den ganz dünnen Venen ist es bloß ein Sickern — immer wieder ab, so daß die glänzende Intima in der Venenöffnung sichtbar wird. Unter Zuhilfenahme von 2—3 kleinen Häkchen oder gebogenen Sonden kann man dann fast stets das Lumen so dehnen, daß die Einführung der Glaskanüle gelingt. Nur in ganz vereinzelt Fällen, meist bei Sterbenden, kam Verf. mit der Kanüle nicht in die Armvene. Durch entsprechendes Drehen an der Klemmschraube kann man die Tropfenzahl ganz nach Wunsch gestalten, und dann den Tropfenfall in der Martinschen Glaskugel beobachten und zählen. Bei sehr bedrohlichen Zuständen läßt Verf. zunächst ziemlich schnell einfließen, etwa  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  l, dann 200—100 und weniger Tropfen in der Minute. Dabei kann man die Infusion stundenlang fortsetzen. In seltenen Fällen blieb die Infusion selbst über 24 Stunden hinaus bestehen. Es fielen dann oft nur 20—30 Tropfen in der Minute. Selbstverständlich kann auch bei dieser Methode der langsamen

Infusion die Wasserzufuhr eine zu reichliche werden. Es macht sich dies aber nicht so unangenehm bemerkbar, wie bei der schnellen. Es kommt zunächst nicht gleich zu bedrohlicher Herzbelastung. Verf. hat gefunden, daß ein Zuviel an Flüssigkeit sich zuerst an den Tränendrüsen bemerkbar macht. Die Gegend der Drüsen schwillt und die Augen tränen etwas; auch ein Oedem der unteren Augenlider kann auftreten. Dann ist es Zeit, Schluß zu machen. Selbstverständlich ist die Dauerinfusion kein Heilmittel gegen die Ruhr und ähnliche Erkrankungen an sich, sie bekämpft nur die Wasserverarmung und den bedrohlichen Kollaps. Einige schwere Fälle sind trotz Infusion zum Exitus gekommen. Bei Empfehlung der Methode dachte Verf. zunächst an Ruhrfälle, aber auch an andere Krankheiten mit erschöpfenden Durchfällen und bedrohlicher Wasserverarmung, für die Verf. das Verfahren der intravenösen Dauer-Tropf-Infusion dringend empfehlen wollte. Er ist überzeugt, daß eine ganze Anzahl von Patienten, die sonst verloren sind, mit Hilfe dieser Methode gerettet werden können. (Zschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 2.)

**Ueber Nirvanol in der Kinderpraxis** macht Frieda Röder (Kinderklinik Göttingen) Mitteilung. Nach der therapeutischen Erprobung dieser Wirkungen und Nebenwirkungen des Nirvanols möchte Verf. folgende Dosierung vorschlagen:

1. Bei sehr leichter Unruhe kleinster Säuglinge:  $\frac{1}{4}$  kleine Tablette = 0,075.

2. Bei leichter Unruhe älterer Säuglinge (über 3 Monate):  $\frac{1}{2}$  kleine Tablette = 0,15.

3. Bei schwerer Unruhe von Säuglingen bis 1 Jahr  $\frac{1}{2}$  große Tablette — 1 kleine Tablette = 0,25—0,3, event. mehr, refracta dosi.

4. Bei älteren Kindern

a) bei akuter Unruhe: 1 kleine Tablette — 1 große Tablette = 0,3—0,5,

b) bei chronischer Darreichung:  $\frac{1}{2}$  kleine Tablette — 1 kleine Tablette = 0,15—0,3.

Die Dosen können, besonders bei Darreichung refracta dosi, ohne Gefahr noch etwas gesteigert werden. Infolge Fehlens von schädlichen Einwirkungen auf lebenswichtige Zentren und wegen der großen therapeutischen Breite eignet sich das Präparat wohl für die Kinderpraxis. Selbst für Säuglinge ist es harmlos, sogar in einmaliger großer Dosis. In seiner Wirkungsintensität steht es zwischen Bromural und Adalin einerseits und Chloral andererseits. Sein Verhältnis zur Wirkungsgröße des Luminals muß noch weiter erforscht werden. In leichten Fällen von Unruhe, besonders

bei Säuglingen, ist wegen des Fehlens jeglicher Nebenwirkungen das Bromural vorzuziehen, bei chronischer Darreichung event. im Wechsel mit Nirvanol. Bei schwerer Unruhe von Säuglingen, wo Bromural versagt, muß im Einzelfall entschieden werden, ob die kurzdauernde Störung des Allgemeinbefindens, die möglicherweise nach der 2.—3. Medikation auftritt, dem Kinde nicht schädlich ist, was in den meisten Fällen, selbst bei chronisch Ernährungsgestörten, nicht der Fall sein wird. Bis ins Bereich der Krämpfe reicht es, wenigstens bei der gewöhnlichen Dosierung, nicht aus. Bei älteren Kindern ist Nirvanol zu empfehlen am Tage bei seelischer Unruhe, Heimweh, Schmerz, nachts bei Aufregungs- und Angstzuständen, bei quälendem Husten und Keuchhusten, bei Diphtheriestenosen, zuweilen bei Enuresis, vor allem aber auch zum Zwecke der Enthanasie. Seine Wirkung auf die Chorea ist noch näher zu erforschen. Ganz besonders aber möchte Verf. auf seine Anwendung bei jeglicher Art der Unruhe bei herzkranken Kindern hinweisen wegen Fehlens jeglicher Nebenwirkungen auf das Gefäßsystem.

(Ther. Mhf. 1919 Nr. 2.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Seine Erfahrungen mit Ristin bei Krätze teilt Dr. v. Cube (Aus dem Reservelazarett Weingarten) mit: In den Jahren 1915 bis 1918 wurden im Lazarett 550 Patienten an Krätze behandelt. Die Krätzekur wurde durchweg ausschließlich mit Ristin durchgeführt. Es hat sich durchweg sehr gut bewährt. In der ersten Zeit des Krieges verwendete Verf. zur Kur folgendes Rezept:

Ristin . . . . .	250,0
Glyzerin . . . . .	125,0
Spirit. vini . . . . .	625,0

Später, als das Glyzerin schwer zu beschaffen war, ersetzte er es durch Perka-Glyzerin in folgender Formel:

Ristin . . . . .	250,0
Perka-Glyzerin . . . . .	250,0
Spirit. vini . . . . .	500,0

Als ein gut bewährtes, ähnlich zusammengesetztes Kriegsrezept hat sich folgende von den Herstellern des Ristins angegebene Zusammenstellung bewährt:

Ristin . . . . .	250,0
Lanepsöl . . . . .	175,0
Alkohol . . . . .	625,0

Die Durchführung der Kur geschieht folgendermaßen: Der Krätzekranke erhält zunächst ein Reinigungsbad, am besten natürlich ein Schmierseifenbad, wie es noch in den ersten Kriegsjahren

durchgeführt werden konnte. Dann wird er 3 mal innerhalb 24 Stunden ausgiebig mit der Ristinlösung eingepinselt. Verf. verwendet dazu einen gewöhnlichen größeren Malerpinsel, mittels dessen der Patient mit der Ristinlösung zunächst angestrichen wird. An den hauptsächlichsten Erkrankungsstellen wird die Lösung noch eigens kräftig in die Haut eingerieben. In der Zeit zwischen den Einpinselungen bleibt der Kranke in einer Decke eingehüllt im Bett liegen. Nach Ablauf dieser 3 maligen Einpinselung, also nach etwa 24 Stunden, wird wieder ein Bad verabfolgt und sogleich die Nachbehandlung des Krätzeekzems begonnen. Verf. verwendet dazu eine Zinktrockenpinselung folgender Zusammensetzung (Kriegsrezept):

Acid. boric. pulver. . . . .	30,0
Zinc. oxyd. } aa . . . . .	810,0
Talc. }	
Perka-Glyzerin . . . . .	600,0
Liq. alum. azet. . . . .	300,0
Spirit. dil. (30 %) . . . . .	750,0

Mit dieser Masse wird der Patient gleichfalls 3 mal innerhalb 24 Stunden eingepinselt. Die Zinktrockenpinselung trocknet sehr rasch, umgibt die Haut mit einem feinen, gut haftenden Ueberzug und ist reizlos. Die so durchgeführte Kur dauert demnach rund 2 mal 24 Stunden. Nach Ablauf dieser Zeit wird der Kranke als geheilt entlassen. Die Wirkung ist eine durchaus prompte. Verf. konnte unter den 550 Fällen keine Rezidive beobachten. Der Juckreiz läßt schon nach der ersten Einpinselung rasch nach, ein Zeichen für die gute Wirkung des Mittels auf die lebenden Milben. Nach der dritten Einpinselung ist der Juckreiz fast stets völlig verschwunden. (M. Kl. 1919 Nr. 9.)

**Erfahrungen mit Silbersalvarsan.** Von Prof. Dr. von Nott-hafft (München).

1. Das Silbersalvarsannatrium gestattet schon mit kleineren Dosen dieselbe Wirkung zu erzielen, wie Altsalvarsan mit höheren Dosen. Diese tritt ebenso rasch ein. Sie zeigt sich in dem rapiden Rückgang der syphilitischen Krankheitszeichen (Haut- und Schleimhauteffloreszenzen, Nervensymptome und Serumreaktion) und dem Verschwinden der Spirochäten. Die erforderliche Einzeldosis ist 0,2—0,3. Die Dosis 0,1 kommt mehr zum Beginn der Kur, um Jarisch-Herxheimersche Reaktion zu vermeiden, wenn nicht mit Silber oder Quecksilber vorbehandelt ist, und bei den lange protrahierten Behandlungen der Nervensyphilis in Frage. Die Gesamtdosis würde vielleicht mit Vorteil höher zu wählen sein, als sie in dem vorstehenden Bericht meistens angegeben ist. Jedenfalls

ist dies notwendig, wenn man ausschließlich mit Silbersalvarsan, nicht in Verbindung mit Quecksilber behandelt. Der Vorschlag von Kollé, bei Mißerfolg auf 15 und mehr Injektionen hinaufzugehen, ist bei der Wirksamkeit und relativen Ungefährlichkeit des Mittels empfehlenswert.

2. Hinsichtlich der Gefahrlosigkeit des neuen Mittels entspricht dasselbe allen billigen Anforderungen. Was im Tierexperiment ausprobiert ist, hat die klinische Beobachtung bestätigt. Kleine Störungen, welche nach Injektionen auftreten, erheben sich nicht über die Höhe von Störungen, wie wir sie nach Injektionen von artfremden Stoffen beobachten. Der angioneurotische Symptomenkomplex läßt sich bei entsprechender Verdünnung der Lösungen auf 50—120 ccm fast vollständig vermeiden. Die Zersetzung des Präparates geht so langsam vor sich, daß Lösungen, welche eine halbe Stunde alt sind, noch unbedenklich injiziert werden können. Die Injektionen können ohne Schaden 6 Monate, vielleicht länger fortgesetzt werden. Die Bekömmlichkeit bleibt die gleiche, ob man nach Scholtz rasch hintereinander mehrere Injektionen gibt oder ob man in 4- oder 8 tägigen Pausen injiziert; die Wirkung scheint aber bei den beiden ersten Verfahren intensiver zu sein. Schon verdorbener Ampulleninhalt löst sich nicht mehr durchsichtig ichthyolbraun, sondern trüb und schwarzbraun. Die gleichzeitige Anwendung von Silbersalvarsan und Quecksilber ist nicht ratsam.

3. Die intensivere Wirkung des Präparates ist auf den Silbergehalt zurückzuführen. Denn kolloidales Silber bewirkt für sich allein Rückgang der Syphiliserscheinungen. Vielleicht ist wegen des Silbergehaltes auch eine längere Dauerwirkung zu erwarten.  
(D. m. W. 1919 Nr. 13.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Herzerkrankungen und Schwangerschaft.** Von Prof. Dr. W. Benthin (Universitäts-Frauenklinik Königsberg). Verf. stellt folgende therapeutischen Richtlinien auf: Es ist nicht zu leugnen, daß die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Herzfehlern eine recht verwickelte und, wie gleich betont werden muß, nicht immer restlos zu lösende ist. Recht mannigfache Dinge müssen berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden. Die Verantwortung, die der Arzt auf sich nimmt, ist in jedem Falle groß, um so mehr, als unter Umständen ein überraschender Umschwung der Verhältnisse das Urteil modifizieren kann. Dazu kommt, daß die Fortnahme des Schwangerschaftsprodukts durchaus nicht immer die Gefahr behebt oder gar die Beschwerden beseitigt. Ohne



Zweifel kann durch die Schwangerschaftsunterbrechung und damit durch den Fortfall der durch die Schwangerschaft hervorgerufenen mechanischen Mehrbelastung durch Wegfall nervöser, toxischer Momente ein günstiger Einfluß ausgeübt werden. Einen Erfolg wird man sich aber nur da versprechen können, wo das Herz noch die Kraft besitzt, sich den durch die Fortnahme der Frucht bedingten geänderten Verhältnissen anzupassen. Der operative Eingriff, die Aufregung, Narkose, die Wehentätigkeit, die durch die mehr oder minder plötzliche Entleerung der Uterushöhle hervorgerufenen Druckschwankungen bringen mancherlei Gefahren mit sich. Sie sind um so größer, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist. Abort und Frühgeburt sind deshalb auch verschieden zu beurteilen. Wird der Abort eingeleitet, so gehen die Fälle, selbst bei bestehender hochgradiger Dekompensation, fast ausnahmslos gut aus. Ungünstiger wirkt zweifellos die Frühgeburt, gleichgültig, ob sie spontan oder künstlich erfolgt. Allerdings kommt es auch hier stets auf den Grad der Dekompensation an. Von 17 Frühgeburten, darunter 8 künstlichen, die Verf. beobachtete, blieben nur 5 intrapartial frei von stärkeren Beschwerden. Gewöhnlich erfolgte im Wochenbett eine stete Abnahme der Beschwerden. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß 4 Frauen doch zugrunde gingen, davon eine am 3., eine zweite am 6. Tage post partum. Es handelt sich zwar in allen Fällen um schwere und schwerste Fälle. Ein voller Erfolg kann aber eben doch nie garantiert werden. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Herzens und der Bewertung vorhandener Störungen. Beim Fehlen von Störungen liegen die Dinge, soweit es sich um Herzklappenfehler ohne eine andere komplizierte Erkrankung handelt, einfach. Allerorts herrscht Uebereinstimmung, daß bei gut kompensierten Herzfehlern die Schwangerschaft ausgetragen werden kann. Hier heißt es unter sorgfältiger Fernhaltung aller Schädlichkeiten abwarten. Selbst H. Freund, der sonst vor einer zu optimistischen Auffassung warnt, setzt in solchen Fällen das Abwarten als selbstverständlich voraus. Auch die Mitralstenose gibt an sich wohl keinen Grund, von diesem Prinzip abzugehen. Kautsky, der auf die relativ schlechte Prognose gerade dieses Klappenfehlers eindringlich aufmerksam macht, stellt sich trotzdem auf den gleichen Standpunkt. Ebenso klar ist der Weg vorgezeichnet, wenn eine momentane Lebensgefahr vorliegt. Bei ausgesprochener Debilitas cordis, bei bereits vorhandenem oder beginnendem Lungenödem, hochgradigem Aszites, Hydrothorax, Hydroperikard kann von einer abwartenden Behandlung nichts mehr erhofft werden. Die Not diktiert die Therapie. Ungesäumt muß unter möglichster weiterer

Ausschaltung der Wehentätigkeit und Paralyse aller Druckschwankungen eingegriffen werden. Es wäre sicherlich erwünscht, namentlich bei dyspnoischen Anfällen, nicht sozusagen im Anfall, sondern erst nach einer gewissen vorbereitenden Stimulation und Stärkung des Herzens durch schnell wirkende innere Mittel zur Schwangerschaftsunterbrechung zu schreiten. Meist ist jedoch in praxi die Zeit zu wirksamen Maßnahmen zu kurz. Kommen die Frauen jedoch in nicht zu desolatem Zustande in die Hand des Arztes, so sollte eine derartige Vorbereitung nicht versäumt werden. Viel wichtiger ist die Entscheidung in allen anderen Fällen. Bestehen nur leichtere Kompensationsstörungen, wie Herzklopfen, Oedeme, Stauungsbronchitis, Stauungsnephritis, leichtere Grade dyspnoischer Zustände, so ist ein Abwarten bei Besserung unter medikamentöser Therapie erlaubt. Ein aktives Verhalten hält Verf. in jenen Fällen für notwendig und berechtigt, bei denen es sich um frische Klappenerkrankungen oder um rezidivierende Endokarditiden handelt. Waren schon ante graviditatem Störungen vorhanden, die sich nun doch alsbald in der Schwangerschaft verschlimmerten, oder entstand die Erkrankung gar erst in derselben, so muß, bei der erfahrungsgemäß schlechten Prognose, nach Sicherstellung der Diagnose ohne langes Abwarten jederzeit die Schwangerschaft unterbrochen werden. Dasselbe gilt naturgemäß von allen vorwiegend den Herzmuskel betreffenden Erkrankungen und Herzbeutelentzündungen. Bei Myo- und Perikarditiden kann ein Zuwarten keinen Nutzen, sondern nur Schaden bringen. Verantwortungsvoll und schwierig ist die Umgrenzung der Indikationen bei gleichzeitig vorhandenen extrakardialen Komplikationen, speziell bei Erkrankungen der Nieren und Lungen. Nach Verf.'s Ansicht bilden diese Komplikationen an sich keine Indikation zum Eingreifen. Auch hier würde man mit einer generellen Entscheidung über das Ziel hinausschießen, auch hier kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Zunächst müssen einmal alle die Fälle einer inneren Therapie zugeführt werden, bei denen die Erkrankungen der Nieren und Lungen sekundär durch den Herzfehler bedingt sind. Stauungsbronchitis und Stauungsnephritis sind als Komplikationsstörungen aufzufassen und können, wie früher gezeigt worden ist, zur Heilung gebracht werden. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft kann nur nach Maßgabe der oben aufgestellten Indikationen erfolgen. Weniger klar liegen die Verhältnisse bei allen akut, insbesondere fieberhaften und chronischen Prozessen. Der Grad und die Form der Erkrankung, vor allem aber der Zustand des Herzens bezüglich seiner Leistungsfähigkeit kann auch in diesen Fällen den alleinigen Maßstab abgeben. Ist die Prognose bei komplizierenden Nephritiden auch die Gefahr

häufig keine gute, so zeigt es sich doch, daß es Fälle gibt, die, wenn sie frühzeitig genug in die Hände des Arztes gelangen, einer inneren Therapie durchaus zugänglich sind. Soweit nicht das Bestehen einer chronischen Nephritis oder einer Lungentuberkulose die Schwangerschaftsunterbrechung nach den hierfür maßgebenden Richtlinien indiziert, liegt zum sofortigen Eingriff jedenfalls kein Grund vor. Ist der Herzfehler gut kompensiert, so stellt sich das Herz auch auf die Mehrbelastung ein. Als Beispiel führt Verf. einen Fall von Mitralstenose und Insuffizienz an, bei dem gleichzeitig eine durch Angina entstandene akute Nephritis vorlag. Es gelang, ohne die Mutter in Gefahr zu bringen, die Schwangerschaftsunterbrechung zu vermeiden. Was für die akute Nephritis gilt, findet auch auf die Schwangerschaftsnephritis Anwendung. Es kann mit Recht eingewandt werden, daß es klinisch zuweilen gerade bei Nierenerkrankungen schwer, ja unmöglich ist, zu einer genauen Diagnose zu kommen. Der Einwand wird jedoch dann gegenstandslos, wenn die gute Funktionstüchtigkeit des Herzens zur Voraussetzung der konservativen Behandlung genommen wird. Die ernste Prognose, die die chronische Nephritis als Schwangerschaftskomplikation ohnehin bietet, rechtfertigt bei dieser Nierenerkrankung ein aktives Vorgehen. Beim Fehlen von Dekompensationserscheinungen sollte man jedoch auch da nicht den Abort oder die Frühgeburt einleiten. Sind Störungen vorhanden, so mehren sich mit der Dauer der Schwangerschaft die Schäden. Unter Umständen gelingt es aber doch, selbst frühzeitig entstandene und schwerere Störungen zum Schwinden zu bringen. Was nun schließlich die Indikationsstellung bei komplizierenden Lungenerkrankungen anbetrifft, so steht es ja fest, daß die Prognose im allgemeinen eine wenig gute ist. Bei Vorhandensein von Dekompensationsstörungen ist deshalb die Unterbrechung der Schwangerschaft ohne lange Zögerung anzuraten, wenn eine Zunahme der Dekompensation beobachtet wird. Namentlich indizieren chronische Erkrankungen, wie die Tuberkulose, schwere Pleuritiden, asthmatische Zustände, soweit sie nicht nervöser Natur sind, den Eingriff. Aber auch bei akuten Prozessen wird man nicht lange zögern können. Da gerade die Pneumonie zu Herzschädigungen führt, hält Verf. besonders bei herabgesetzter Leistungsfähigkeit des Herzens ein aktives Vorgehen für berechtigt. Wie soll man nun in jenen Fällen, bei denen die Frauen zu irgendeiner Zeit der Gravidität, der Geburt oder im Wochenbett in Lebensgefahr schwebten, bei einer neu eingetretenen Schwangerschaft verfahren? Es ist durchaus nicht gesagt, daß Kompensationsstörungen in gleicher Weise sich einstellen müssen. Man macht zwar häufig bei Aufnahme der Vorgeschichten die Er-

fahrung, daß, wenn erst einmal bei einer Schwangerschaft Störungen auftraten, sie sich in späteren Schwangerschaften sogar in erhöhtem Maße wieder zeigten. Es sind aber Fälle mitgeteilt, bei denen selbst der Geburtsvorgang am normalen Ende der Gravidität ohne jede bedrohlichen Erscheinungen überstanden wurde. Eine absolute Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung trotz zurzeit fehlender Störungen, allein aus Furcht vor drohender Gefahr, liegt also jedenfalls nicht vor. Für erlaubt würde Verf. eine prophylaktische Unterbrechung nur dann halten, wenn eine dauernde Beobachtung und die notwendige Schonung aus äußeren Gründen sich unmöglich erweist. Ebenso glaubt Verf., daß, wenn die Schwangerschaften sich überstürzen, doch lieber frühzeitig eingegriffen werden soll, da gerade, wie bereits erwähnt, die rasche Aufeinanderfolge der Schwangerschaften die Prognose sehr trübt. In allen anderen Fällen muß jedoch eine prophylaktische Schwangerschaftsunterbrechung im engeren Sinne, d. h. Einleitung des Aborts trotz fehlender Störungen der Kompensation, als nicht indiziert gelten. Der vorhin gegebene Rat, bei frischen Herzerkrankungen und solchen Fällen, bei denen zu einem schlecht kompensierten Herzfehler eine Gravidität hinzutrat, frühzeitig einzugreifen und zu unterbrechen wegen des Vorhandenseins von Störungen, bildet keine Einschränkung. Entsprechend diesen Leitsätzen ist Verf. auch der Ansicht, daß die Frage der Sterilisation nur in sehr seltenen Fällen zu bejahen ist. Eine Berechtigung kann nur in solchen Fällen konstruiert werden, bei denen die Erkrankung trotz aller Therapie sich nicht bessert, oder bei denen das Vorhandensein extrakardialgelegener chronischer Leiden (Lungen-, Nierenerkrankung, Kyphoskoliose) besonders bei großer Fertilität und schon früher vorhandener Lebensgefahr eine neue Schwangerschaft gefahrvoll und höchst unerwünscht erscheinen läßt. Was die Frage der Erteilung des Ehekonsenses anbetrifft, so ist hier die Verantwortung besonders groß. Es ist nicht zu leugnen, daß auch bei einem anscheinend gut kompensierten Herzfehler bei eintretender und fortschreitender Schwangerschaft Störungen auftreten können. Eine sichere Voraussage ist eigentlich niemals möglich, da die Leistungsfähigkeit und Akkomodationsbreite individuell zu verschieden ist. Dazu kommt, daß auch geburtshilflich die Ansprüche, die in der Schwangerschaft, noch mehr aber in der Geburt an das Herz im Einzelfalle gestellt werden, sich nicht annähernd abschätzen lassen. Ein gewisses Risiko ist also stets vorhanden. Auch sprechen hier die sozialen Verhältnisse bis zu einem gewissen Grad mit. Kann eine Frau sich schonen, so liegen die Verhältnisse naturgemäß weit günstiger als bei Frauen, die bis zum letzten Tage der Schwangerschaft arbeiten müssen. Soviel

scheint jedoch aus allen unseren bisherigen Erfahrungen hervorzugehen, daß man Frauen mit gut kompensierten Herzfehlern, besonders wenn es sich nur um eine Mitralinsuffizienz handelt, die Ehe unter Vorbehalt gestatten kann. Zurückhaltender wird man sein müssen, wenn sich das Herz in einem labilen, leicht störbaren Gleichgewichtszustande befindet, entzündliche Erkrankungen erst eben überstanden sind oder gar eine Herzmuskelerkrankung vorliegt. Zum mindesten wird der ärztliche Einfluß dahin geltend zu machen sein, daß eine projektierte Heirat aufgeschoben wird. Nur in dekompensierten schwersten Fällen und bei Vorhandensein anderer komplizierender chronischer Erkrankungen ist es Pflicht, die Heirat energisch zu widerraten.

(Ther. d. Gegenw. April 1919.)

### **Apparate und Instrumente.**

**Gesichtsschutzbügel zur Verwendung bei Operationen ohne Narkose.** Von Dr. Emil Schepelmann (Aus dem evangelischen Krankenhaus, Hamborn a. Rh.). Bei Operationen unter örtlicher, zentraler oder peripherer Leitungsanästhesie klagen die Patienten oft darüber, daß durch die völlige Abdeckung des Körpers einschließlich des Kopfes mit sterilen Tüchern die Atmung erschwert wird. Man kann dem dadurch abhelfen, daß man eine Reifenbahn, wie sie zum Schutze gegen Bettdeckendruck Verwendung findet, über den Kopf stellt oder das Abdecktuch mittels seitlich aufgestellter Ständer oder mittels eines am Tisch zu befestigenden Drahtbogens stützt. Sobald man jedoch am Halse operiert (Drüsen, Strumen usw.), sind jene großen, viel Platz erfordernden Apparate für den Operateur sehr lästig und hinderlich und werden besser durch einen kleinen, ganz leichten, den Operateur überhaupt nicht störenden Drahtbügel<sup>1)</sup> ersetzt. Er besteht aus zwei Aluminiumplatten, die — dem Kinn und der Stirn entsprechend modelliert — hier aufgesetzt und mittels zweier Gurte festgehalten werden. Ihre Entfernung voneinander ist durch Verschieben auf einer sagittalen Drahtstange regulierbar, an der außerdem zwei ganz dünne und leichte, mit ihr in einer frontalen Ebene liegende U-förmige Drahtbügel befestigt sind. Auf diese Drahtbügel stützt sich das sterile Abdecktuch, garantiert dem Patienten eine freie Mund- und Nasenatmung und dem Operateur die Vermeidung einer Berührung mit Tuchstellen, die durch Mund- und Nasensekret angefeuchtet und infiziert sind. (Zbl. f. Chir. 1918 Nr. 22.)

<sup>1)</sup> Der Apparat wird von der Firma Maag in Dortmund geliefert.

Die „elastische Blutsperre“, ein neues Gerät zur Erzeugung der Esmarchschen Blutleere. Von Dr. M. Haedke in Hirschberg i. Schles. Seit länger als Jahresfrist hat Verf. im Felde, wie im Krankenhause, ein Instrument verwendet, das, in anderer Weise als die bisher gebräuchlichen gebaut, sich so bewährt hat, daß Verf. es zur Nachprüfung empfehlen kann. Das Gerät wirkt durch elastischen Druck. Dieser wird erzeugt durch 2 federnde, 2 cm breite Stahlbänder, welche um den betreffenden Gliedabschnitt herumgelegt und in zweckmäßiger Weise aneinander befestigt werden. Entsprechend dem bedeutenden Unterschiede an Umfang und dem zu überwindenden Widerstande der zusammendrückenden Muskelmassen werden für Arm und Bein zwei verschiedene Muster benutzt, die sich durch Verschiedenheit der Länge, Stärke und des Verschlusses unterscheiden. Die „elastische Blutsperre“ für den Oberarm besteht aus zwei je 2 cm breiten und 30 cm langen, elastischen, federnden Stahlbändern (Schienen). An dem einen Ende der einen Stahlschiene sind sowohl am Querende, wie an den Seitenrändern, im ganzen drei schmale, hakenförmig über die Fläche greifende, laschenartige Vorsprünge angebracht. In diese hinein kann das eine Ende der 2. Schiene, Fläche auf Fläche, gestellt werden, so daß das nun zum Gebrauch fertige Gerät die Gestalt eines V annimmt. Soll das Gerät am Oberarm angelegt werden, so biegt man die Stahlbänder etwas auseinander, legt den Arm tief in den von den beiden Schienen gebildeten Winkel hinein und biegt die elastischen Bänder über dem Gliedumfang gegeneinander, bis zur Berührung. Eine von der Kante her über beide Stahlbänder geschobene Klammer mit verstellbarer Tellerschraube hält diese in der gewünschten Lage fest. Der auf die Masse des Gliedes ausgeübte Druck ist vermöge der Federkraft der Stahlbänder ein elastischer und seine Stärke kann dadurch noch geregelt werden, daß man die feststellende Klammer näher oder weiter vom Gliede festschraubt. Diese Regulierung des eben nötigen Druckes ist außerordentlich bequem, da sich hierdurch Schädigungen der Nervenstämme unter allen Umständen vermeiden lassen, die übrigens an sich schon durch die Breite der Druckfläche unwahrscheinlich sind. Es ist wünschenswert, das Gerät derart an den Oberarm anzulegen, daß die großen Gefäße von dem vollen Druck der elastischen Schienen erfaßt werden, d. h. man wird also zweckmäßig die Anlegung so vornehmen, daß das Gerät den Arm von beiden Seiten her in der Pfeilrichtung umfaßt. Die elastische Blutsperre für den Oberschenkel ist grundsätzlich ebenso gebaut wie für den Oberarm, nur ist die Vereinigung der beiden Schienen eine andere. Statt der Vorrichtung zum Ineinanderstecken tragen die elastischen Stahlbänder, die im

übrigen kräftiger sind als für das Oberarmgerät, eine Einrichtung zum Verhaken. Dieselbe besteht in einer an je einem Ende jeder Schiene angebrachten rechtwinkligen Abknickung. Von den 2 cm langen Winkellenden trägt das eine einen Schlitz, das andere einen Haken. Beide Schienen werden auf diese Weise ineinandergehakt und im übrigen bei der Anlegung behandelt wie am Oberarm. Durch diese Einrichtung wird eine Störung in der Lagerung des auf dem Operationstische ruhenden Beines durch die vorspringende Schienenvereinigung vermieden. Bei der Anlegung ist auch hier darauf zu achten, daß, entsprechend dem Verlauf der großen Gefäße der Druck der Stahlbänder von innen oben erfolgt. Um die elastische Blutsperre auch für die Zwecke der Stauung des Blutes nutzbar machen zu können, befindet sich an dem zweiten Ende der einen Stahlschiene eine Kette, an dem entsprechenden Ende der zweiten Stahlschiene ein Haken. Mit Hilfe dieser Sperrvorrichtung ist es möglich, jede gewünschte Form der venösen Stauung zu erzeugen, indem man den elastischen Druck nur in leichtem Ausmaß wirken läßt und ihn durch die Feststellung der Schienen in der entsprechenden Lage mit Hilfe des Kettchens zu einem dauernden macht. Es ist also mit dem Gerät sowohl die volle Aufhebung des Blutstroms für chirurgische Eingriffe zu erreichen, als auch eine Stauung, wie man sie zur Venenpunktion oder zur Hyperämiebehandlung haben will. Außerordentlich angenehm ist die Möglichkeit, sehr schnell und ohne die bei Gummischlauch und Gummibinde so lästige Störung in der aseptischen Abdeckung des Operationsfeldes während eines operativen Eingriffs die Blutzufuhr einschalten und evtl. wieder unterbrechen zu können. Auch ungeübte Hilfskräfte, wie sie im Felde oft nur zur Verfügung stehen, sind schnell mit der Bedienung während der Operation vertraut. Der Druck des Geräts wurde infolge seiner breiten Angriffsfläche nie als lästig empfunden, was ganz besonders gegenüber der Sehrtschen Klammer und den neuen Spiralschläuchen auffiel, die beide häufig zu erheblichen Klagen Veranlassung geben. Eine Nervenschädigung ist daher auch niemals vorgekommen. Als ein wesentlicher Vorzug des neuen Geräts muß hervorgehoben werden, daß es in allen seinen Teilen keimfrei zu machen ist. Infolgedessen kann es mit Bequemlichkeit auch bei hohen Amputationen verwendet werden, wo die Schnittführung bis an die Blutsperre herangeführt werden kann. Verf. hat die Anwendung des Geräts in solchen Fällen mehrfach als große Annehmlichkeit empfunden. In dieser Beziehung ist es außer der Henlebinde allen andern Blutstromunterbrechern überlegen. Für die Aufbewahrung wird das Gerät auseinandergenommen und die beiden Schienen werden, parallel gelagert, durch die Klammer zusammengehalten.

In dieser Weise verpackt, beansprucht es wenig Raum und kann in jeder Instrumententasche, Sanitätskolonnenkasten u. dergl. untergebracht werden. Daß es nicht wie Gummibinden mit der Zeit dem Verderben auch bei Nichtgebrauch ausgesetzt ist, dürfte es auch für den allgemeinen Gebrauch in der Praxis und in Sanitätsausrüstungen nur empfehlen. Die elastische Blutsperre ist gesetzlich geschützt und wird von der Firma Hermann Härtel, Breslau, Weidenstraße, angefertigt. (M. m. W. 1918 Nr. 44.)

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 257. Diagnostisches S. 261. Kasuistisches S. 263.  
Therapeutisches S. 266. Apparate u. Instrumente S. 285.

## Sachregister.

Blutsperre, elastische 286.  
Darmkrankheiten, Verbreitungsweise der übertragbaren 257.  
Ductus Stenonianus. Fremdkörper 263.  
Durchfälle, intravenöse Dauer-Tropf-Infusionen 275.  
Fingerkontraktur, Dupuytrensche 271.  
Fleckfieber, Pyramidon bei 272.  
Gangrän, symmetrische, nach Grippe 285.  
Gesichtsschutzbügel 285.  
Hautkarzinome, Radiumbehandlung 268.  
Hautverfärbung bei Kindern infolge der Nahrung 259, 260.  
Herzerkrankungen und Schwangerschaft 280.  
Induratio penis plastica 271.  
Influenza, symmetrische Gangrän nach 285.  
Ischias und Varizen 261.  
Keloide, Radiumbehandlung 271.  
Lupus, Radiumbehandlung 269.  
Mesenterialtuberkulose, diagnostische Irrtümer bei 261.  
Naevus flammeus, Radiumbehandlung 270.  
Nephrektomie bei Insuffizienz der anderen Niere 272.  
Nirvanol bei Kindern 277.  
Ovarialtumoren bei Kindern 266.  
Parotis, Fremdkörper 263.  
Peritonitistuberculosa, Stickstoffbehandlung 275.  
Pseudoikterus bei Kindern infolge der Nahrung 259, 260.  
Pyramidon bei Fleckfieber 272.  
Radiumbehandlung 263.  
Ristin bei Skabies 278.  
Schwangerschaft und Herzerkrankungen 280.  
Silbersalvarsan 279.  
Skabies, Ristin bei 278.  
Stillsche Krankheit 264.  
Trypaflavin in der Chirurgie 266.  
Tuberkulosemittel, Friedmanns 273.  
Varizen und Ischias 261.

## Autorenregister.

<i>Alexander</i> 261.	<i>Friedmann</i> 275.	<i>Klose</i> 260.	<i>Röder</i> 277.
<i>Benthin</i> 280.	<i>Haedke</i> 286.	<i>Kümmell</i> 272.	<i>Schepelmann</i> 285.
<i>Christel</i> 266.	<i>Hahn</i> 272.	<i>Loewenthal</i> 257.	<i>Schlesinger</i> 275.
<i>v. Cube</i> 278.	<i>Janzen</i> 264.	<i>Münzel</i> 266.	<i>Soucek</i> 265.
<i>Erkes</i> 261.	<i>Kaupe</i> 259.	<i>v. Notthafft</i> 279.	<i>Stoeltzner</i> 260.
<i>Fabry</i> 268.	<i>Kepler</i> 261.	<i>Ridder</i> 263.	<i>Tillmanns</i> 273.

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M. G. — ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1919

## Diagnostisches.

Ueber die Auslösung von epileptischen Anfällen mit Nebennierenextrakt. Von Privatdozent Dr. Ladislaus Benedek. Im Oktober 1917 versuchte Verf., die epileptischen Anfälle mit Nebennierenextrakten — besonders mit Tonogen — auszulösen. Zu diesen Versuchen gaben in erster Reihe jene interessanten Kombinationen Veranlassung, bei welchen die Erscheinungen der Migräne und der Epilepsie einander vertretend sich einstellen können, und die Kenntnis dessen, daß zur Erklärung der Genese der hemikranischen Anfälle die sogen. Gefäßkrampftheorie am verbreitetsten ist; zweitens die nahezu gesetzmäßige Gegenwart der initialen Blässe bei den großen und kleinen epileptischen Anfällen; und drittens die erfolgreiche Anwendung der Kompression der Karotis und der Kokaininjektionen, zum Teil auch durch Verf. Zur Auslösung der Anfälle hat Verf. 1—1,5 ccm der Tonogenlösung Richter 1 : 1000 verwendet. Beiläufig bei  $\frac{1}{4}$  der Injektionen hat er das Auftreten von mehr oder weniger subjektiven unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet, ohne daß die Injektionen von schädlichen Folgen gewesen wären. Im ganzen hat Verf. 55 Tonogeninjektionen vorgenommen bei 39 verschiedenen Personen, und zwar bei 19 Epileptikern (18 genuin und 1 organisch), 7 Hysterischen, 5 Geisteskrankheiten, welche mit Demenz einhergingen, und bei 8 Individuen mit gesundem Nervensystem. Von den 19 Epileptikern trat bei 7 ein typischer epileptischer Anfall ein,  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Stunden nach erfolgter Injektion. Bei den Hysterischen, chronisch Geisteskranken und den Individuen mit normalem Nervensystem war, abgesehen von den vielleicht vorhandenen Nebenwirkungen des Adrenalins, keine Veränderung zu beobachten.

(W. kl. W. 1918 Nr. 52.)

**Färbung der Tuberkelbazillen mit Karbolfuchsin-Chromsäure.** Von Dr. B. Ulrichs, Leitender Arzt des städtischen Krankenhauses in Finsterwalde N.-L. Als einfaches Uebersichtsverfahren ist die Färbung nach Ziehl-Neelsen immer noch die beste. Färbung mit Karbolfuchsin unter leichtem 2 maligen Erwärmen eine halbe Minute, Entfärben mit 15 % iger Salpetersäure, 60 % Alkohol, kurzes Gegenfärben mit Löffler-Methylenblau. Zur Strukturfärbung ist die Spenglersche Pikrinfärbung außerordentlich empfehlenswert, deren Ergebnisse in bezug auf die gefärbte Bazillenmenge nach Landolt 25 % besser sind als die der Ziehl-Neelsen-Färbung. Vorschrift: Färben mit Karbolfuchsin und Entfärben wie oben, 15—30 Sekunden langes Gegenfärben mit 1 % iger Pikrinsäure in 60 % igem Alkohol gelöst. Als Sporenfärbung ist ausgezeichnet die Kronbergersche Jodmethode, bei der an Stelle des Spenglerschen Pikrinsäurealkohols Jodalkohol tritt. Vorschrift: Tinct. Jodi 20,0, 60 % iger Spiritus ad 100,0. Für besonders beachtenswert hält Verf. bei allen Färbungen die Vorschrift, daß man Erhitzungen der Präparate absolut vermeiden soll. Leichtes Erwärmen schädigt die Wachshülle der Tuberkelbazillen nicht, Erhitzen dagegen schädigt sie und verändert die Form und die Färbbarkeit der Bazillen. Als der Spenglerschen Pikrinfärbung gleichwertig bezüglich ihrer Ergebnisse hat sich Verf. erwiesen eine Nachfärbung mit Chromsäure. Färbung mit Ziehl-Karbolfuchsin unter leichtem 2 maligen Erwärmen, Entfärben in 15 % iger Salpetersäure und 70 % igem Spiritus, 60 Sekunden Gegenfärben mit Chromsäure-Alkohol, Acidum chromicum 1,0; 60 % iger Spiritus ad 100,0. Kurzes Abspülen mit einem Wasserstrahl, langsames Trocknen unter vorsichtigem durch die Flamme ziehen. Von dem lila gefärbten Grund heben sich die roten Tuberkelbazillen gut ab. Zur Erzielung sauberer Präparate empfiehlt Verf. stets Deckglasfärbung. (D. m. W. 1919 Nr. 17.)

**Handliche Eiweißproben für die Sprechstunde.** Von Dr. Teuscher, Münster i. W.

I. Boedeckersche Probe: Zusatz von 1 Tablette 0,1 Citronensäure und 1 Tablette 0,015 Ferrozyankali zu 1 Reagenzglas Urin. Gute Fällungsreaktion.

II. 20 % ige Natriumsulfosalicylicum-Lösung tropfenweise dem Harn im Reagenzglas zugefügt. Sehr scharfe Fällungsreaktion.

III. Teuschersche Probe: Zusatz von 1 Tablette 0,4 Acid. sulfosalicyl. zu 2 ccm Urin im Reagenzglas oder tropfenweise Zufügen einer mit der Tablette hergestellten 20 % igen Lösung. Sehr scharfe Fällungsreaktion.

Vorteile dieser Probe gegen Nr. I:

1. Es ist nur ein Reagens nötig.
2. Die Substanz ist leicht rein zu bekommen (Firma Merck, Darmstadt).
3. Sie ist leicht wasserlöslich.
4. Trotzdem ist sie wenig hygroskopisch und hält sich bei Luftabschluß jahrelang.
5. Sie ist ein sehr empfindliches Reagens.
6. Es kann in handlicher Form als abgeteilte Pulver oder Tabletten mitgeführt werden.
7. Zur Herstellung der Tabletten ist kein Zusatz indifferenten Mittel nötig, die eine Trübung hervorrufen könnten.
8. Die Substanz ist in warmem wie kaltem Wasser klar löslich.
9. Auch durch die Salze des Brunnenwassers entsteht keine Störung.
10. Eine Filtration der wäßrigen Lösung ist nicht nötig.
11. Die Substanz kann auch im Notfalle unmittelbar dem Urin zugesetzt werden.
12. Durch Erwärmen des Harns nach Zusatz des Reagens ist leicht eine Trennung der Albumosen und Albumine möglich.
13. Täuschungen durch Arzneimittel, abgesehen z. B. von den durch die Harzsäuren des Balsamum Copaivae verursachten, sind nicht beobachtet.
14. Der Preis ist bei Bezug im großen mäßig.

Vorteile dieser Probe gegen Nr. II:

1. Sulfosalizylsäure ist leichter wasserlöslich, auch ohne Erhitzen, als ihr saures Natriumsalz.
2. Sie läßt sich auch ohne Zusatz von Bindemitteln, im Gegensatz zu dem Salz, leicht in Tablettenform pressen.
3. Die Tabletten halten sich bei Luftabschluß mehrere Jahre.

(M. Kl. 1919 Nr. 16.)

### Kasuistisches.

**Zwergwuchs bei Atrophie des Hypophysisvorderlappens** beobachtete M. Simmonds (Aus dem Pathologischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg). Aus dem Falle ist der Schluß zu ziehen, daß eine Aufhebung der Funktion des Hypophysisvorderlappens in frühester Kindheit zu infantiler Zwergbildung führen kann. Weiter ergibt sich daraus aber die Folgerung, daß man therapeutische Versuche mit Darreichung von Vorderlappensubstanz in solchen Fällen machen sollte.

(D. m. W. 1919 Nr. 18.)

**Baucherscheinungen bei Wirbelschüssen.** Von Dr. S. Weil (Chirurg. Universitätsklinik Breslau). Es handelte sich um einen Granatsteckschuß in der Lendengegend; die Verletzung war ziemlich weit hinter der Front erfolgt, so daß der Verwundete schon 2 Stunden nachher auf dem Hauptverbandplatz kam, nachdem er zu Fuß mit Unterstützung von Kameraden auf den Wagenhalteplatz gegangen war. Er klagte über heftige Schmerzen des Bauches, war stark mitgenommen, ziemlich kollabiert; Puls um 90, kein Erbrechen. Der kleine Einschuß saß unter dem linken Rippenbogen in der Lendengegend; der Schußkanal ließ sich nicht weiter verfolgen. Kein Ausschuß. Der ganze Bauch war bretthart angespannt, eingezogen und konnte nicht entspannt werden; er war im höchsten Maße druckempfindlich; schon leichte Berührung rief lebhafteste Schmerzäußerungen hervor. Leberdämpfung normal, Urin wird spontan entleert und ist frei von Blut. An der Diagnose Bauchverletzung zweifelte weder Verf. noch die anderen Aerzte, die den Verwundeten gesehen hatten. Verf. ging deshalb bei der sofortigen Operation nicht vom Wundkanal aus, wie sonst bei zweifelhaften Lendenschüssen, sondern eröffnete sofort vorn median die Bauchhöhle; es fand sich in ihr nicht die geringste Veränderung, ebenso kein Anhalt für eine retroperitoneale Verletzung. Bauchdeckenschichtnaht. Alsdann wurde der Schußkanal verfolgt; er führte nach der rechten Thoraxseite; der bohnen-große Granatsplitter fand sich unter dem Innenrande des rechten Schulterblattes in verschmutzter Umgebung. Die Dornfortsätze des 8. und 9. Brustwirbels waren gebrochen, die Dura war im Bereich der beiden Wirbel breit, auf 2 cm Länge eingerissen und gequetscht. Das Rückenmark war, soweit sich dies bei makroskopischer Betrachtung beurteilen ließ, unverletzt. Der ganze Wundkanal war mit Schmutzpartikeln belegt. Die Dura wurde angefrischt: die Naht gelang aber nur zu einem kleinen Teil. Zu einer Faszientransplantation konnte Verf. sich wegen der Verschmutzung der Wunde nicht entschließen. Abtragen der gequetschten Muskulatur und der abgerissenen Dornfortsätze. Tamponade auf den Duradefekt, Verkleinerung der Wunde. Die Untersuchung am nächsten Tage ergab: Allgemeinbefinden wenig gebessert, dieselben Klagen wie vor der Operation. Bauchdeckenstarre wie am vorhergehenden Tag. Unveränderter Bauchschmerz, hochgradige Druckempfindlichkeit des Bauches. Patellarreflexe lebhaft, Babinski positiv, keine Lähmung, aber deutlich vermehrte Muskelspannung beider Beine. Deutlich ausgesprochene Hyperästhesie der Beine, ausgesprochene Hyperästhesie der Bauchhaut; schon das Anheben einer Falte ruft starke Schmerzen hervor. Bauchdeckenreflexe lebhaft; ihr Auslösen erregt ebenfalls Schmerzen.

Keine Blasenlähmung. Wegen der Schmerzen viel Morphinum nötig. Dieser Zustand dauerte 2—3 weitere Tage an; die Rigidität der Beine und die Schmerzen in ihnen verschwanden nie ganz, dagegen ließ die Bauchspannung allmählich nach, ohne jedoch ganz aufzuhören; Stuhlgang erfolgte auf Einlauf. Die Laparotomiewunde heilte glatt. Vom 3. Tage an starker Liquorausfluß aus der Wunde; der Tampon auf der Dura wird etwa am 8. Tage gelockert; aus der Tiefe der Wunde entleert sich viel klarer Liquor. Am 12. Tage hört der Liquorausfluß auf, gleichzeitig Temperatursteigerung. Am nächsten Tage entleert sich wieder trübes Sekret aus der Wunde, am 15. Tage Exitus unter zunehmenden Meningitiserscheinungen. Zur Krankengeschichte ist nur Weniges zu bemerken. Die Fehldiagnose wurde gestellt infolge des unklaren Verlaufes des Wundkanals (Steckschuß!) und weil die typischen Erscheinungen der Bauchverletzung absolut im Vordergrund standen: Bauchdeckenspannung, Einziehung des Leibes, diffuse, hochgradige Druckempfindlichkeit des Bauches. Auch die schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, der Kollaps paßte in das Bild des Bauchschußes. Nicht beachtet wurden die Schmerzen und Spasmen der Beine, die Reflexstörungen der Beine, die Hyperästhesie der Bauchhaut. Irgendwelche typische Marksymptome bestanden nicht, keine Extremitätenlähmung, keine Anästhesie, keine Blasenlähmung. Das Mark war sicherlich auch nicht irgendwie schwerer verletzt: offenbar war der Reflexbogen der unteren Thorakalnerven beschädigt oder gereizt, am wahrscheinlichsten im Bereich der hinteren Wurzeln. Besonders durch Untersuchungen von A. d. Hoffmann sind wir darüber belehrt, wie Schädigungen der austretenden Rückenmarkswurzeln zu Hyperästhesien im Bereiche des Bauches und Bauchdeckenspannung führen können. Wie kann man sich vor solchen Irrtümern schützen? Die Baucherscheinungen stehen so sehr im Vordergrund, daß sie unsere Diagnose gewaltsam, suggestiv beeinflussen und uns Symptome, die geeignet wären, unsere Gedankenrichtung nach anderer Seite zu lenken, übersehen lassen. Man wird aber besonders vorsichtig sein müssen,

1. wenn der Verlauf des Schußkanals nicht sicher eine Wirbelverletzung ausschließen läßt.

2. wenn neben den Schmerzen im Bauch auch über Schmerzen in den Beinen geklagt wird,

3. wenn die Empfindlichkeit des Bauches eine ganz ungewöhnliche ist, so daß schon vorsichtige Berührung heftige Schmerzempfindungen auslöst.

In solchen Fällen muß eine genaue Sensibilitätsprüfung der Beine und des Bauches vorgenommen werden, die Reflexe müssen genau untersucht werden. (M. m. W. 1918 Nr. 49.)

**Zur Kasuistik der traumatischen Psoriasis.** Von Gerichtsarzt Dr. Döllner, Duisburg. In seinem Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit zitiert Becker einen 1906 veröffentlichten Fall von traumatischer Psoriasis und erinnert daran, daß Köbner 1872 als erster auf diese Form der Psoriasis hingewiesen habe; dieser nahm eine Disposition an, die durch das Trauma ausgelöst wird. In der Lyoner medizinischen Wochenschrift findet sich 1895 ein Fall von Impfpsoriasis bei einem 22jährigen Rekruten (Potator, von Potatoren abstammend, Gelenkrheumatismus und Hautaffektionen überstanden). Sonst fand Verf. in der Literatur keine einschlägigen Veröffentlichungen. Die bekannte Duplizität der Fälle brachte ihn nun binnen einem halben Jahre 2 Fälle zur Beobachtung, welche wohl unter dieses Krankheitsbild zu rechnen sind.

I. Metalldreher Wi., 22 Jahre alt, angeblich erblich nicht belastet, früher nie ernstlich krank, starker Zigarettenraucher. Nach Unterschenkelschuß, welcher Flöten- und Wadenbein zertrümmerte, entwickelten sich rote Hautflecke mit glänzenden Schüppchen bis zur 3-Markstück-Größe, zunächst am verletzten Unterschenkel, jedoch nicht an der Verletzungsstelle selbst; sie ergriffen innerhalb weniger Monate auch die beiden Ellenbogen und die Mittellinie des Rückens.

II. Gefängnisaufseher Wo., 32 Jahre alt. Angeblich erblich nicht belastet, Rheumatiker, Ischiadiker. Im Anschluß an einen Schuß in das rechte Flötenbein ohne Zertrümmerung entwickelte sich, noch während die Wunde offen war, am Wundrand und von diesem aus immer weiter um sich greifend, eine mehr als handtellergroße Rötung der Haut mit silberigen Schüppchen. Vor den Rändern schoben sich gleichartige Fleckchen verschiedener Größe vor, gleiche traten an beiden Ellenbogen und am linken Unterschenkel auf.

Dieser Fall hat außer seinem Zusammenhang mit einem Trauma noch ein weiteres Interesse dadurch, daß er sich als infektiös erwies und durch Ungt. hydrarg. präc. zur Heilung kam. Ein halbes Jahr nach der Entlassung des Ehemannes aus dem Lazarett erkrankte die Ehefrau an der gleichen Hautaffektion, welche sich über die beiden Knie und die Mittellinie des Rückens ausdehnte. Die Frau hatte kurz vorher Scharlach überstanden und zeigte immer noch Eiweißspuren im Harn. Nach weiteren 2 Monaten traten auch bei der im Haushalte lebenden Mutter der Ehefrau typische Psoriasisflecken auf; diese Frau ist Arthritikerin. Bei den beiden schwer verletzten Männern kann wohl angenommen werden, daß sie infolge von Blutverlust und Eiterung geschwächt waren, der erste als starker Zigarettenraucher vielleicht über-

empfindlich war; der 2. ist Rheumatiker, ein Umstand, auf welchen in der Vorgeschichte der Psoriasis schon immer hingewiesen wurde. Auch die beiden nachher erkrankten Frauen zeigen in Albuminurie und Arthritis urica 2 als prädisponierend bekannte Momente. Bei dem Fall II spricht die größere Wahrscheinlichkeit dafür, daß das Trauma nicht einfach als „auslösendes“ Moment bei bereits bestehender Disposition anzusprechen ist, sondern daß es sich um eine unmittelbare Wundinfektion, vielleicht sogar um eine Einimpfung handelt. Hierfür sprechen die Erkrankung während des Offenseins der Wunde und der örtliche Ausgang vom Wundrand. Im 1. Falle kommt das Trauma nur als auslösendes Moment, aber als zum Ausbruch der Krankheit entscheidendes Moment, in Frage. Verf. würde im Falle der Begutachtung nicht anstehen, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung als erwiesen zu erklären. Die an den 2. Fall anschließende Familien-erkrankung kann nicht anders gedeutet werden, als eine Infektion; aber auch für diese Infektion ist das Trauma das entscheidende Moment gewesen. Es stützen die vorgetragenen Fälle aber auch die Ansicht Köbners, daß zum Zustandekommen der Psoriasis eine „Disposition“ des Körpers vorliegen müsse; es handelt sich ja in allen 4 Fällen um Individuen, welche durch Wundinfektion, Eiterung, Scharlach, rheumatische oder gichtische Erkrankungen bereits eine Veränderung der Körpersäfte anzuweisen hatten; die große Bedeutung solcher Veränderungen für die Psoriasis ist aus ihrer Beeinflussbarkeit durch eine innerliche Arsenikkur bekannt. Es bringen aber endlich die letzten 3 Fälle den Gedanken nahe, daß die Psoriasis nicht, wie früher gelehrt wurde, eine Trophoneurose der Haut, sondern eine Infektionskrankheit ist.

Nachtrag. Vorstehende Mitteilung war druckreif, als nachstehender weiterer Fall zur Kenntnis kam: Chr., 38 Jahre alt, erblich nicht belastet, früher nie ernstlich krank. Als Krankenträger vor Verdun einen Verwundeten, der Psoriatiker war, aus dem Graben getragen, wobei ihm dessen Blut über den Nacken floß. Am Nachmittag des gleichen Tages wurde er selbst am Unterarm verwundet; nach 14 Tagen traten im Nacken rote Flecke mit weißglänzenden Schuppen auf, welche sich im Laufe der Zeit über das Gesicht, beide Unterarme, Knie und die Mittellinie des Rückens ausdehnten. Hier ist die Ansteckung durch ein zeitlich kurz und scharf umgrenztes Ereignis — also ein Trauma — doch nicht zu bestreiten; es muß also auch dieser Fall als traumatische Psoriasis erklärt werden. (Aerztl. Sachv. Ztg. 1919 Nr. 7.)

## Symptomatologisches.

**Haar- und Nagelveränderungen nach Grippe.** Von Louis Merian (Zürich). Bei der letzten Epidemie war Haarausfall eine häufige Komplikation; in manchen Fällen verloren die Patienten sogar sämtliche Kopfhaare. Die Haare fingen nach 80—100 Tagen nach der Grippe an auszugehen. Dieses plötzliche Einsetzen eines enormen Haarverlustes muß in einer toxischen Wirkung auf die Haarwurzel aufgefaßt werden. Nach der Ansicht von Pinkus handelt es sich bei diesem plötzlichen Ausfall der alten Haare (2—3 Monate nach der Erkrankung) um ein Ausstoßen derselben durch die nachgewachsenen Haare. Die alten Haare haben keinen Platz mehr, sie werden von den neu nachwachsenden Haaren hinausgedrängt. „Die schnelle Regeneration der Haare ist es, die den Ausfall der alten, abgestorbenen erzwingt. In 2—3 Monaten ist sie so weit vorgeschritten, daß die alten Haare neben den neuen keinen Platz mehr haben und ihnen weichen“, sagt Pinkus. Es ist ein trauriger Trost für unsere Patienten, wenn wir ihnen sagen müssen, daß das Haar, welches von der frühesten Jugend an sorgsam gepflegt wurde, noch vollends ausgeht, um einem neuen Haar den Platz zu räumen, das erst nach einem Jahre zirka 16 cm lang sein wird und daß 5—6 Jahre vergehen, bis die Haare ihre Länge von ehemals wieder erreicht haben. Die schädigende Wirkung trifft aber nicht alle Haare gleich. Es kommt glücklicherweise nicht bei allen Patienten zu einem vollkommenen Haarausfall, so daß die Schädigung nicht so stark empfunden wird. Der Gang der Behandlung gestaltet sich folgendermaßen. Man reibt 2 mal die Woche die Kopfhaut mit folgender Salbe ein: Sulfurpraecip. 2,0, Vanilin 0,01, Acid. boricum 0,1, Gellarina Hausmann 20,0. An 2 andern Tagen zerstäubt man mittels eines Gebläses auf der Kopfhaut folgenden Haarspiritus: Spiritus vini ad 100,0, Resorcin 1,0, Oleum ricini 10,0. Waschungen alle 8—10 Tage mit: Tinctura quillaiæ 5,0, Spiritus coloniensis 20, Glycerin 2,0, Aqua dest. ad 100, davon 1—2 Eßlöffel auf den Kopf gebracht, leicht verreiben unter Zuhilfenahme von lauwarmem Wasser, Nachspülen, Trocknen und Einreiben der oben genannten Schwefelsalbe. Kleine Dosen der genannten inneren Mittel und über mehrere Wochen fortgesetzte vorsichtige Bestrahlungen mit der Kromayer-Lampe vervollständigen und unterstützen die Kur wesentlich. (Schweiz. Korr. Bl. 1919 Nr. 5.)

**Prolapsgefühl ohne Prolaps als Kriegerscheinung.** Von M. Graefe (Halle). Bei älteren Frauen, welche die klimakterischen Jahre hinter sich haben, auch bei solchen, welche über-



mäßige körperliche Arbeit nie zu leisten hatten, findet sich nicht selten ein geringer Grad von Scheidensenkung, entweder der vorderen oder hinteren Wand oder beider gleichzeitig, der auch bei jahrelanger Beobachtung keine Fortschritte macht. Es ist Verf. auffallend gewesen, wie dieser trotz seiner Geringfügigkeit von manchen Frauen höchst unangenehm empfunden wird, während viel erheblichere, selbst von körperlich schwer arbeitenden Frauen, oft gar nicht bemerkt werden. Meist konnte Verf. feststellen, daß es sich bei den ersteren um ausgesprochen nervöse, neuropathisch belastete Individuen handelte, welche auch sonst auf geringe abnorme Empfindungen stark reagierten und eigentlich stets zu klagen hatten. Während der letzten 2 $\frac{1}{2}$  Jahre kamen nun des öfteren Frauen, welche Verf. entweder schon als nervös oder hysterisch kannte oder bei denen die Aufnahme der Vorgeschichte unzweideutige Anhaltspunkte hierfür ergab. Sie gaben in erster Linie an, daß sie Vorfalbeschwerden, die meisten sogar, daß sie einen Vorfall hätten. Die Untersuchung fiel in dieser Beziehung völlig negativ aus. Es fand sich nicht einmal ein geringer Grad von Scheidensenkung. Eine dahingehende Erklärung befriedigte die Patientinnen durchaus nicht. Sie äußerten, es sei ihnen das ganz unverständlich, da ihre Beschwerden geradezu quälende seien. Bei der Mehrzahl handelte es sich nicht allein um das Prolapsgefühl, sondern es bestand gleichzeitig noch eine Reihe anderer lästiger Empfindungen in den Genitalien, so ein ständiges Gefühl von Klaffen des Scheideneinganges, das als besonders quälend bezeichnet wurde, „Unruhe in der Geburt“, krampfartige Empfindungen in der Scheide, Gefühl, als ob etwas in dieser läge, Brennen in ihr, Druck, Trockenheit der Scheide, auf den Mastdarm oder die Blase, bei den meisten der Patienten häufiger Urindrang. Letztere Erscheinung möchte Verf. als nicht charakteristisch ausscheiden, da wir ihr überhaupt bei Frauen und ebenso Männern in den letzten Kriegsjahren außerordentlich häufig begegnen. Man hört jetzt diese Klage von beiden Geschlechtern fast allgemein. Stets fanden sich die Labien welk, schlaff, jedes Fettpolsters bar, wie dieses überhaupt am ganzen Körper fehlte. Es war das erklärlich, da es sich in allen Fällen um Frauen handelte, die in den letzten 2—3 Jahren sehr erheblich an Körpergewicht (bis 50 Pfund und mehr) abgenommen hatten und bei denen ein starker Fettschwund eingetreten war. Verf. glaubt, daß das quälende Vorfalgefühl, wie die anderen erwähnten lästigen Empfindungen, die sich im Bereiche der Genitalien bemerkbar machten, in erster Linie als Folge der Abmagerung und des Fettschwundes anzusehen sind, zu denen es infolge der ungenügenden Ernährung gekommen war. Man könnte hier einwenden, daß wir einem Gleichen doch nach schweren, langdauernden Krank-

heiten begegnen. Das ist ohne Zweifel der Fall. Aber hier tritt in der Regel nach Ablauf der Erkrankung infolge guter, ja meist besonders guter Ernährung wieder eine schnelle Gewichtszunahme mit Fettansatz ein. Außerdem führen solche Kranke während der Genesung eine ruhige Lebensweise, die sie allen schädigenden psychischen Einflüssen entrückt. Anders bei des Verfs. Kranken, die bereits vor Einwirkung der schädigenden Momente in ihrem Nervensystem nicht normal waren. Die Sorge um das tägliche Brot in des Wortes wörtlicher Bedeutung einerseits, seine Besorgung andererseits — das lange Polonäsestehen, das einige Kranke direkt für die Entstehung ihres Leidens verantwortlich machten —, die ständige Furcht, daß ihren im Felde stehenden Angehörigen ein Unglück zustoßen könne, die Erkrankung, Verwundung oder der Verlust solcher, wie überhaupt die ganzen unruhigen Zeitläufte haben ohne Frage schon vorhandene Neurosen gesteigert oder solche gezeitigt. Als eine Neurose möchte Verf. die ganzen geschilderten abnormen Empfindungen im Bereiche der weiblichen Genitalien ansprechen, als eine Neurose, die einerseits Folge des starken Fettschwundes, also örtlicher Veränderungen ist, andererseits einer gesteigerten Empfindlichkeit gegenüber an sich geringen unangenehmen Empfindungen, wie wir sie bei Neurasthenikern und Hysterischen so häufig finden. Behandlung: Alle örtlichen Maßnahmen, wie Scheidenspülungen mit verschiedenen Mitteln, Kali hyp.-Lösung, essigsaurer Tonerde, Alaun, Kamillentee u. dergl. sind erfolglos. Warnen möchte Verf. vor dem Einlegen von Ringen. Ein solches war von anderer Seite bei einigen Kranken versucht, hatte aber, da sie nur einen vermehrten Reiz in den senil verengten, oft enorm trockenen Genitalien gesetzt hatten, den Zustand, anstatt ihn zu bessern, nur verschlimmert. Bei mehreren Kranken brachte eine des öftern in den Introitus eingebrachte Kokain- oder Anästhesinsalbe Linderung der Beschwerden. Ein Nachlaß dieser trat meist allmählich durch psychische Behandlung ein, wenn es gelang, die Kranken davon zu überzeugen, daß tatsächlich kein Vorfall, nicht einmal eine Anlage zu einem solchen bestände, und daß die ganzen quälenden Empfindungen überhaupt nicht auf einem organischen Leiden beruhten, sondern nervöser Natur seien. Aber es verging in der Regel lange Zeit, ehe man dies erreichte. Mehrere Kranke entzogen sich der weiteren Behandlung, woraus Verf. schließt, daß ihre Beschwerden dieselben geblieben sind.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 11.)

## **Toxikologisches.**

**Ueber Chenopodiumölvergiftung.** Von Dr. P. Ryhiner (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Zürich).

1. Oleum chenopodii verdient als ausgezeichnetes Anthelminthikum sowohl gegen Askariden als auch gegen Oxyuren beibehalten zu werden.

2. Die bisher übliche Dosierung ist für das Kindesalter zu hoch und schließt das Auftreten unangenehmer und bedenklicher Nebenerscheinungen nicht aus.

3. Als Dosierung für das Kindesalter sind zweckmäßig mit einer Stunde Zwischenraum 2 Dosen von je so viel Tropfen, als das Kind Jahre zählt, zu geben. 2 Stunden nach der letzten Dose folgt eine reichliche Menge Laxans. Tritt kein Stuhl ein, so ist nach weiteren 2 Stunden das Abführmittel noch einmal zu reichen.

4. Der Erfolg der Kur hängt wesentlich von einer recht kräftigen Purgierung ab.

5. Die Erscheinungen der Intoxikation sind tiefes Koma, das nach einem mehr oder weniger langen Stadium von Somnolenz eintritt, halbseitige klonische Krämpfe, halbseitige Fazialisparese, Aufschreien, Pupillen mittelweit mit träger Reaktion, horizontaler Nystagmus. Blickrichtung in die Gegenseite der Zuckungen. Reflexe erloschen. Der Tod tritt an Atemlähmung ein.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1919 Nr. 12.)

**Zu den Nebenwirkungen des Neosalvarsans.** Von Dr. Weinberg, Hautarzt in Dortmund. In mehreren Fällen sah Verf. nach Neosalvarsaninjektionen heftige Uterusblutungen auftreten. Die Blutungen in diesen Fällen führt er darauf zurück, daß ein hier schon früher bestehender Gebärmutterkatarrh oder die Syphilis selbst zu einer krankhaften Veränderung der Uterusgefäße führte. Das Neosalvarsan bewirkte dann eine stärkere Füllung, verstärkten Druck und vielleicht auch schnellere Abstossung erkrankter Gefäße des Uterus und führte somit in zweiter Linie die Blutung herbei. In ähnlicher Weise, wie hier bei der Gebärmutter, kann es ja auch bei anderen Organen unter der Einwirkung des Salvarsan zu zirkumskripten Hyperämien kommen, die je nach der Oertlichkeit ihres Auftretens bald leichtere, bald schwerere Erscheinungen zeitigten. Stellen sie sich auf der Haut ein, so können sie zu umschriebenen Erythemen führen, wie es bei 2 Fällen von Kutznitzky berichtet wird, bei denen im Anschluß an eine Neosalvarsaninjektion eine auf die Augengegend beschränkte Rötung des Gesichtes auftrat. Treten derartige Hyperämien im Gehirn auf, so kann es zu der gefürchteten Encephalitis haemorrhagica

kommen, besonders wenn schon vorher pathologische Veränderungen der Gehirngefäße eingetreten sind. Ein derartiger Fall wird z. B. von Lissauer beschrieben, wo es im Anschluß an eine Neosalvarsaninjektion zu einer prallen Füllung der oberflächlichen Gehirnnerven und zu Blutungen per diapedesin durch die geschädigten Gefäßwände kam. Während es nun beim Gehirn in der Regel mehr zu kapillaren, kleineren Blutungen aus den Gefäßen kommen wird, da die unnachgiebige knöcherne Decke des Gehirns von allen Seiten einen Gegendruck auf die Gefäßwände ausübt, wird es beim Uterus, wo die Gefäße größer und nach dem Uteruskavum ziemlich oberflächlich und frei liegen, leichter zu profusen Blutungen kommen. Im großen ganzen scheinen diese Erscheinungen in das Gebiet des von Pinkus beschriebenen angioneurotischen Symptomenkomplexes zu fallen. Bisweilen treten bekanntlich nach Salvarsaninjektionen Erbrechen und Ohnmachtsanfälle auf. Wiederholt ist es Verf. nun aufgefallen, daß besonders Personen, deren Nervensystem durch dauernden Alkoholmißbrauch geschwächt war, diesen Nebenwirkungen des Salvarsans ausgesetzt waren. Verf. möchte daher bei Alkoholikern von starken Anfangsdosen entschieden abraten, wie ja in ähnlicher Weise von verschiedenen Autoren vor der Anwendung stärkerer Anfangsdosen bei heftigen Kopfschmerzen gewarnt wurde. So erinnert sich Verf. eines starken Trinkers mit schwerer Syphilis, dabei eines sonst sehr kräftigen Mannes, der nach einer ganz geringen Probeinjektion von nur 0,15 Neosalvarsan schwer kollabierte, mit nicht fühlbarem Puls, ohne Pupillenreaktion lange bewußtlos dalag und erst nach allen möglichen Anstrengungen schließlich nach einer Digaleninjektion wieder zu sich kam. Einen ähnlichen, wenn auch nicht so starken Anfall erlebte Verf. bei einem Kellner, dessen Nervensystem ebenfalls durch übermäßigen Alkoholgenuß zerrüttet war. Daß derartige Zufälligkeiten für einen Arzt, noch dazu, wenn er ohne Assistenz arbeitet, höchst unangenehm sind, liegt auf der Hand, und man tut daher gut, bei derartigen Patienten mit ganz kleiner Anfangsdosis zu beginnen. Die Ursache dieser schwereren Erscheinungen bei Säufern scheint darauf zu beruhen, daß es hier zu einer akuten Hyperämie des Gehirns kommt, die begleitet wird von einer Diapedese der Blutkörperchen durch die durch den früheren Alkoholmißbrauch geschädigten und weniger widerstandsfähigen Gefäße des Gehirns, alles in ähnlicher, nur bedeutend schwächerer Weise, wie bei der Encephalitis haemorrhagica. Zum Schluß möchte Verf. noch einen Fall anführen, der dadurch interessant ist, daß sich direkt an eine Neosalvarsaninjektion ein Erythema exsudat. multiforme anschloß. Da der Fall auch sonst noch bemerkenswert ist, sei er hier kurz mitgeteilt. Gegen Ende

vorigen Jahres bekam Verf. eine Frau in Behandlung mit einer bösartigen und dabei noch stark vernachlässigten Lues. Trotzdem die Infektion nach den Angaben der glaubwürdigen Patientin erst 5 Monate zurückliegen konnte, bestanden schon eine starke Periostitis des Stirnbeins, große Geschwüre auf der hinteren Pharynxwand, dabei hochgradige Kopfschmerzen und Schluckbeschwerden; die letzteren waren derart stark, daß sie der Patientin 5 Tage lang jede Nahrungsaufnahme, ja sogar das Schlucken von Flüssigkeit unmöglich machten. Nach vorausgegangener Hg-Injektion erhielt die Patientin eine kleine Neosalvarsaneinspritzung. In Anschluß an diese Injektion, und das ist das Besondere an diesem Fall, entwickelte sich bei der Patientin ein typisches Erythema exsud. multif. Auf beiden Handrücken und Unterarmen traten rote Stellen auf mit erhabenen Rändern, die sich kreisförmig ausdehnten und ein livides Zentrum aufwiesen. Dabei bestanden rheumatoide Beschwerden. Nach der zweiten, stärkeren Salvarsangabe bildete sich das Exanthem im Laufe einer Woche zurück. Man konnte nun bei dem Exanthem im Zweifel sein, ob es mit der Lues oder mit dem Salvarsan in Zusammenhang steht, oder ob es idiopathischer Natur war. Verf. möchte sich wegen des typischen Aussehens und der typischen Lokalisation für letzteres entscheiden und ist der Ansicht, daß es sich um ein im Inkubationsstadium befindliches Erythema multif. handelte, auf das die kleine Salvarsandosis eine provokatorische Wirkung ausübte.

(M. m. W. 1919 Nr. 4.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Die Behandlung der durch Schußwunden verursachten Fisteln.** Von Prof. Dr. O. Nordmann (Städt. Krankenhaus Berlin-Schöneberg). „Bevor ich positive Ratschläge für die Therapie der Fisteln gebe, muß ich vor einigen Maßnahmen warnen, die in der Praxis sehr beliebt sind. Sehr überflüssig und meist auch schädlich sind die kritiklosen Auskratzungen des Fistelgangs mit dem scharfen Löffel. Die Absonderung läßt zuweilen nach diesem Eingriff nach, weil die Granulationen des Fistelgangs entfernt sind. Nach einiger Zeit wird die Sekretion jedoch meist wieder stärker, und der alte Zustand kehrt wieder. Selbst wenn wirklich einmal einige Knochensplitter mit entfernt werden, pflegt die Operation unvollkommen zu sein, weil andere Sequester zurückbleiben. Auch auf diesem Gebiete der Chirurgie soll anatomisch operiert und der Herd dem Auge sichtbar gemacht werden. Ebenso zwecklos wie die Auskratzungen sind meistens Injektionen von chemischen

Mitteln. Nur bei einfachen Weichteilfisteln oberflächlicher Art kann die Injektion von Perubalsam, Lugolscher Lösung usw. versucht werden; sicherer ist jedoch auch in diesen Fällen die später beschriebene radikale Spaltung des Ganges. Für die Behandlung in der Praxis eignen sich in erster Linie die einfachen und oberflächlichen Weichteilfisteln. Sie sind häufig dadurch verursacht und werden gar nicht selten dadurch unterhalten, daß beim ersten Wundverbande nicht alle Buchten und Taschen gespalten und offen weiterbehandelt wurden; sie können ferner durch eine mangelhafte Verbandtechnik verursacht sein, wenn der behandelnde Arzt die Wundkanäle mit antiseptischer Gaze längere Zeit hindurch fest ausgestopft hat. Trotz aller Ermahnungen und schwerer Mißerfolge in der Wundbehandlung scheint dieses veraltete Verfahren unausrottbar zu sein. Immer wieder bekommt man Verletzte in Behandlung, deren Wunden mit langen Streifen einer antiseptischen Gaze ausgestopft sind. Der elementare physikalische Grundsatz, daß zur Ableitung von Sekret Drains und nicht Tampons benutzt werden sollen, ist noch lange nicht Allgemeingut der Aerzteschaft. Ich habe eine große Anzahl von Weichteilfisteln gesehen, die nur durch diese unzeitgemäße Verbandtechnik hervorgerufen waren, und die sich nach wenigen Tagen dauernd schlossen, nachdem das Einführen von Gaze in den Fistelgang unterlassen war. Diese Gruppe von Fisteln, die ohne jedes Zutun auszuheilen pflegen, bringt die zahlreichen therapeutischen Maßnahmen wie Säugen, Tropfberieselung usw. in Credit. Ihre Heilung wird dann zu Unrecht auf diese Methoden zurückgeführt. Aus dieser Erfahrung ergibt sich die Notwendigkeit, bei allen Kranken, bei denen der Arzt eine schon längere Zeit hindurch tamponierte Fistel feststellt, zunächst einmal versuchsweise das Einführen von Gaze und Drains auf 1—2 Wochen zu unterlassen. Aendert sich dann die Absonderung nicht, und läßt die Röntgenplatte keinen Fremdkörper und keinen krankhaften Prozeß am Knochen erkennen, kann man auf Grund der Sondierung auf das Bestehen einer einfachen Weichteilfistel rechnen, so rate ich, zunächst den Fistelgang in ganzer Ausdehnung zu spalten, bezw. die beiden Oeffnungen der kompletten Fisteln durch einen Einschnitt zu verbinden. Man geht so vor, daß man eine Hohlsonde in den Gang einführt, die bedeckenden Weichteile inzidiert, mit scharfen Haken aufzieht, genau austastet, um einen Fremdkörper nicht zu übersehen; vorhandenes Epithel wird exstirpiert, Granulationen werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Niemals darf versäumt werden, am Ende einer inkompletten Fistel mit einer Knopfsonde nach weiteren Fistelgängen zu suchen, die unter Umständen im scharfen Winkel zu dem eröffneten Gange verlaufen und doch noch auf den Knochen

führen. Die entstandene Wunde wird unter der üblichen Behandlung der Sekundärheilung überlassen. Bemerkt man auf der Röntgenplatte als Ursache der Fistelbildung einen Fremdkörper, so muß zunächst seine genaue Lokalisierung angestrebt werden. In der überwiegenden Anzahl der Fälle genügen 2 Aufnahmen, die in 2 senkrecht aufeinanderstehenden Ebenen angefertigt werden. Die zahlreichen komplizierten Apparate und das Operieren unter der Röntgenröhre sind nach meinen Erfahrungen nicht so oft notwendig, wie man aus der großen Anzahl der diesbezüglichen Publikationen schließen sollte. Ich bin bisher stets ohne dieselben ausgekommen. Sitzt ein Fremdkörper in der Tiefe dickerer Weichteilschichten, z. B. in der Oberschenkelmuskulatur, so habe ich wiederholt die von Perthes angegebene Methode benutzt: Ich habe die Umgebung der Fistel mit halbprozentiger Novokainlösung unempfindlich gemacht und vor dem Röntgenschirme mehrere lange sterile Nadeln von den verschiedensten Seiten nach dem Fremdkörper dirigiert, so daß er zwischen ihren Spitzen lag. Dann ist mir die Entfernung des Fremdkörpers stets mühelos gelungen. Die Technik der Operation gestaltet sich im übrigen folgendermaßen: In Blutleere werden die Weichteile über der Fistel inzidiert, die Nerven und Gefäße werden geschont, das Gewebe wird mit Messerschnitten gespalten und mit Haken aufgezo- gen, mit dem Zeigefinger der linken Hand wird die Gegend abgetastet, in der der Fremdkörper vermutet wird. Durch diese letztgenannte Manipulation erleichtert man sich sein Auffinden außerordentlich. Meistens vollzieht sich die Operation jedoch nicht in dieser einfachen Weise, fast immer führt die Fistel nicht direkt auf den Fremdkörper, sondern er sitzt in weiterer Entfernung von dem gefundenen Fistelende im Gewebe. Dieser Umstand macht den scheinbar so harmlosen Eingriff meistens zu einer schwierigen Operation, und daraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß diese dem Fachchirurgen überlassen bleibt. Der praktische Arzt tut gut daran, nur in den Fällen eine Fremdkörperentfernung zu unternehmen, in denen die Fistel von einem einzelnen Projektil oder Splitter unterhalten wird, der oberflächlich liegt und palpabel ist. Handelt es sich um Knochensplitter, die aus der Kontinuität gerissen sind, so verläuft der operative Eingriff ebenso. Bestand eine Schußfraktur, so wird die Bruchstelle freigelegt und revidiert. Die aus dem Zusammenhang gelösten Splitter werden entfernt. Es darf nicht vergessen werden, die in der Markhöhle liegenden Sequester zu extrahieren. Die in der Knochenhöhle befindlichen Granulationen werden nach Möglichkeit nicht mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, weil dadurch die Heilung der Wunde verzögert wird. Ein schonendes Operieren ist nötig, damit keine Refraktur

des Knochens entsteht. Findet sich ein kleinerer Defekt in der Kortikalis und sind gelöste Fragmente nicht zu fühlen, so muß die Knochenhaut zurückgeschoben und die Knochenhöhle so weit eröffnet werden, daß eine flache Mulde entsteht. Die Markhöhle wird gesäubert und nunmehr an der Hinterseite des Knochens in den stehengebliebenen Teil ein Loch gemeißelt, in welches die Granulationen aus den Weichteilen hineinwuchern können. Dieses von O. Hildebrandt angegebene Verfahren hat sich mir in vielen Fällen sehr bewährt, die Heilung der Wunde wurde dadurch sehr beschleunigt. Findet sich die oben erwähnte nekrotisierende Ostitis, so wird der Knochen bis ins Gesunde mit dem Meißel und der Hohlmeißelzange unter Schonung der Knochenhaut reseziert. Nach einer jeden derartigen Fisteloperation wird ein gut bleifederdickes Drain auf den tiefsten Punkt der Wunde geführt und die letztere mit einigen durchgreifenden Nähten im übrigen verschlossen. Bei gutem Wundverlaufe wird das Drain und die Nähte nach einer Woche entfernt. War die Operation erfolgreich, so macht die weitere Wundheilung keine Schwierigkeiten. Bleibt ein Schorf dauernd zurück, der zeitweilig abfällt, und entleert sich in der Folgezeit aus dem Drainkanal ab und zu Sekret, so ist mit der Möglichkeit eines Rezidivs zu rechnen. Eine Sonderbesprechung erfordern die in ein Gelenk führenden Fisteln. Bei ihnen ist das einfache Auskratzen mit dem scharfen Löffel ganz besonders zu verwerfen, weil schwere Komplikationen dadurch hervorgerufen werden können. Der Chirurg muß von Fall zu Fall entscheiden, ob ein Eingriff indiziert ist. Im allgemeinen rate ich, mit diesem sehr zurückhaltend zu sein. Nur wenn man einen Fremdkörper oder gelöste Sequester auf der Röntgenplatte bemerkt, ist eine Freilegung des Gelenks und seine Korrektur zu empfehlen. Wird die Absonderung durch einen chronischen Prozeß am Knorpel unterhalten, wie es z. B. am Kniegelenke häufiger vorkommt, so ist eine partielle bzw. totale Resektion nur dann angebracht, wenn die Extremität unbrauchbar ist oder die Eiterung einen solchen Grad hat, daß eine Spontanheilung nicht zu erwarten ist. Wenig absondernde, enge Fisteln schließen sich unter der üblichen Behandlung sehr häufig spontan. Nach diesen Gesichtspunkten tut der Arzt gut, den Patienten von Fall zu Fall zu beraten. Ist der Kranke arbeitsfähig, das Gelenk in guter Stellung versteift und die betreffende Extremität bei der Arbeit zu benutzen, so warte ich mit einem operativen Eingriff lieber ab, weil ich wiederholt trotz größter Vorsicht ein Aufklackern des infektiösen Prozesses nach der Operation gesehen habe, wodurch schließlich die ganze Extremität gefährdet wurde. Es interessieren nun fernerhin einige Fisteln an den verschiedenen Organen des Körpers. An



erster Stelle stehen die Fisteln des knöchernen Schädels; sie sollen in jedem Fall operiert werden. Ihren Ausgangspunkt erkennt man häufig daran, daß sich feine Knochensplitter aus ihr entleeren. Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: Die Fistel wird umschnitten, die Galea im Zusammenhange mit dem Periost zurückgeschoben und der Knochen zu Gesicht gebracht. Die die Fistel verursachende Stelle ist zuweilen nur an einer leichten Rauigkeit, andere Mal an einem größeren nekrotischen Bezirk kenntlich. Gelöste Sequester werden entfernt und der erkrankte Knochen durch flache Schläge mit dem Hohlmeißel reseziert. Dabei wird meistens die Dura freigelegt. Auf ihr finden sich dann Granulationen oder ein epiduraler Abszeß. Ist die Absonderung aus der Fistel sehr stark gewesen, so kann man auf einen Defekt in der Dura und einen alten Hirnabszeß stoßen. Dann ist es notwendig, diesen mit dem Finger vorsichtig auszutasten, weil er von Sequestern oder anderen Fremdkörpern verursacht sein kann. Gar nicht selten sind ferner Fisteln in der Gegend des Schulterblatts, welche meistens von dem zersplitterten Knochen unterhalten werden. Sie werden auf die einfachste und schnellste Weise dadurch radikal geheilt, daß der kranke Knochen durch einen großen Türflügel-schnitt freigelegt, von der Muskulatur entblößt und dann im Gesunden reseziert wird. Ich habe mehrere Fälle mit völlig normaler Funktion des betreffenden Armes heilen sehen, bei denen ich den ganzen Knochen bis auf den Hals des Schulterblattes entfernen mußte. Alle diese Kranken waren wiederholt von anderer Seite ohne Erfolg operiert. Bei der Betrachtung des Präparats sah man, daß das Mark des Knochens in weiter Umgebung der Zersplitterung wie bei einer Osteomyelitis eitrig durchsetzt war. Fisteln, welche auf zersplitterte Rippen führen, erfordern die Resektion des Knochens im Gesunden. Die Technik gestaltet sich ebenso wie bei der Operation des Empyems. Sehr ungünstig liegen die Verhältnisse, wenn der Fistelgang auf den Knorpel stößt. Nur bei einer einwandfreien Operationstechnik ist dann eine Heilung zu erwarten. Der Knorpel muß bis weit in das Gesunde hinein reseziert und alle Granulationen müssen entfernt werden. In jedem Falle muß der freiliegende Knorpel am Schlusse des Eingriffs mit Muskulatur und Haut übernäht werden, und nur in die Ecken der Wundnaht darf je ein kleiner Tampon gelegt werden, der aber nicht bis auf den Knorpel führt. Bleibt der Knorpel in der Wunde frei liegen, so ist eine weitere Nekrose desselben ganz unausbleiblich. Die Fisteln, welche auf die Darmbeinschaukel führen, werden nach denselben Gesichtspunkten behandelt, wie sie beim Schulterblatte besprochen sind. Der Knochen wird durch einen Schnitt am Darmbeinkamme freigelegt und skelettiert, indem

die Muskulatur abpräpariert und das Peritoneum stumpf abgeschoben wird. Dann wird der Knochen bogenförmig bis über die Fistel hinaus im Gesunden reseziert. Eine Funktionsstörung wird durch diesen größeren Eingriff nicht verursacht, eine Dauerheilung jedoch gewährleistet. Alle zentralen Resektionen, Ausmeißelungen des Bezirks, welcher die Schußwunde enthält usw., führen nur selten zum Ziele. Nach dieser Schilderung der praktisch wichtigsten, durch Schußwunden hervorgerufenen Fisteln ergibt sich für den Praktiker die Tatsache, daß ihre Behandlung zu Unrecht als einfach betrachtet wird. Nur die wenigsten Fälle lassen sich durch eine leichte Operation beseitigen. Meistens sind größere Eingriffe notwendig, die dem Fachchirurgen überlassen bleiben müssen.

(Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 2.)

**Eine Modifikation des chirurgischen Knotens.** Von Stabsarzt Dr. Wilhelm Wolf in Leipzig. Wer hätte es beim Zunähen des Bauches an Patienten mit schlechter Narkose, wo oft ein enormer Zug dazugehört, um die Wundränder aneinanderzubringen, nicht schon unangenehm empfunden, wenn der chirurgische (doppelt geschlungene) Knoten nicht zusammenhielt, bis der gewöhnliche zweite Knoten daraufgesetzt war. Meist suchte man diesem Übelstand abzuhelpfen, indem der Assistent mit einem Nadelhalter oder einer anatomischen Pinzette den chirurgischen Knoten so lange zusammendrückte, bis der Operateur mit dem zweiten Knoten fertig war. Dabei passierte es aber häufig, daß der Faden durch den Druck des Instrumentes erheblich geschädigt wurde, so daß er an Zugfestigkeit einbüßte. Verf. ist deshalb von diesem Verfahren abgekommen und half sich seit langer Zeit so, daß er den in der rechten Hand liegenden Faden nicht nur 2 mal, sondern 3 mal um den in der linken liegenden herumschlang. Durch diese einfache Modifikation erhält der Knoten eine solche Festigkeit, daß er auch beim stärksten Zug nicht wieder auseinandergeht und man mit größter Ruhe den zweiten (gewöhnlichen) Knoten schlingen und aufsetzen kann. (Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 15.)

**Behandlung großer Furunkel oder Karbunkel mit Hautlappenschnitt.** Von Oberarzt Dr. Kurtzahn, Ordinierender Arzt am Festungshilfslazarett VI in Königsberg. Der Kreuzschnitt tief durch das entzündete und infiltrierte Gewebe mit Tamponade der Wunde und nachfolgenden feuchten Umschlägen stellt das Normalverfahren der Behandlung großer Furunkel und Karbunkel dar. Diesem Verfahren haften aber gewisse Nachteile an:

1. Die Entspannung der Gewebe ist bei dem Kreuzschnitt nur unvollständig; es ist daher ein Fortschreiten der Entzündung von

den Gewebslappen in das bisher unberührte Gewebe häufig zu beobachten.

2. Die Sekretion, Eiterung und Ausstoßung nekrotischer Gewebsteile erfolgt nicht senkrecht zur Haut, sondern teils schräg, teils sogar parallel. Das ist unphysiologisch und hat außer der erschwerten Gewebsreinigung noch eine vermehrte Gewebs-einschmelzung im Zentrum zur Folge.

3. Im Heilungsstadium kommt es nach der Reinigung der Gewebe zu einer Narbenschumpfung der Gewebslappen und damit auch der sie bedeckenden Haut; es entsteht eine große, mit Granulationsgewebe ausgefüllte Wunde, die von der Peripherie sich nur langsam epithelisiert.

Es gelingt, diese Nachteile durch eine neue Schnittführung wesentlich zu verringern. Es soll nochmals betont werden, daß nur größere Furunkel und Karbunkel für diese Schnittführung in Frage kommen, also alle die, welche bisher das Objekt des Kreuzschnittes darstellten. Ferner sind noch keine Versuche gemacht, die neue Schnittführung auf den Gesichts- und Oberlippenfurunkel anzuwenden. Im Aether- usw. Rausch wird ein Kreuzschnitt über die ganze Oberfläche des Furunkels und etwas darüber hinaus angelegt, der die Haut durchtrennt und etwa 3—4 mm Tiefe hat. Die Hautlappen werden sodann von ihrer Grundlage zurückpräpariert bis ins Gesunde hinein. Dabei kann an ihrer Innenfläche etwas von dem kranken Bindegewebe haften bleiben. Es folgt jetzt lockere Tamponade durch mit Wasserstoffsperoxyd getränkte Gaze. Die Tamponade muß bis in die Ecken des Schnittes reichen, um ein Verkleben zu verhüten. Große feuchte Verbände sind vielfach nicht erforderlich; die feuchte, teilweise von Haut bedeckte Gazetamponade wirkt schon von selbst wie ein Priebnitz.

Das Ziel der chirurgischen Eröffnung der Furunkel und Karbunkel ist, dem Eiter den Weg zu bahnen, die Ausstoßung nekrotischen Gewebes unter möglicher Erhaltung des gesunden zu unterstützen und ferner, durch Druckentlastung die Infektion der Umgebung tunlichst zu verhindern. Durch den Gewebedruck werden unter der Haut gelegene entzündlich-nekrotische oder eitrige Massen nach der Haut zu gedrückt, einer der Gründe neben Hyperämie und anderen, durch die der Furunkel als ein über das sonstige Hautniveau prominierender Tumor erscheint. Das Haupthindernis der Entleerung stellt naturgemäß die Haut selbst dar, deren Elastizität einen großen Widerstand bietet. Durch den entstehenden Gewebedruck wird nun aber die Infektion der peripherisch gelegenen normalen Gewebe begünstigt. Es bedarf keiner weiteren Erklärung, weshalb der Hautlappenschnitt eine

vollständigere Gewebsentspannung veranlaßt. Bei von Verf. derartig behandelten Furunkeln schritt die Entzündung in keinem Falle weiter. Dagegen hat er dieses häufig nach dem Gewebskreuzschnitt beobachtet. Es ist physiologisch klar, daß Eiter oder nekrotische Massen und Fremdkörper bei ihrer Entfernung aus dem Körper den kürzesten Weg wählen, einen Weg, der also senkrecht zur Hautoberfläche steht. Die austreibenden Kräfte des Körpers wirken in dieser Richtung, außerdem sind die Wege durch Drüsengänge usw. bereits präformiert. Dies Bestreben des Körpers wird durch den Kreuzschnitt nur ungenügend unterstützt. Es gilt, das Hindernis für die selbständige Reinigung des Gewebes zu entfernen. Dieses Hindernis ist die Haut. Es ist drittens klar, daß eine Eiterung, die den kürzesten und präformierten Weg einschlägt, auch die geringste Gewebseinschmelzung zur Folge haben wird. Es kommt nicht mehr zu großen, trichterförmigen Gewebdefekten im Zentrum der inzidierten Furunkel, sondern zu einem Ausstoßen eitriger Pfröpfe auf der ganzen freigelegten Oberfläche. Mit der Reinigung und dem Abklingen der Entzündung geht Hand in Hand eine Schrumpfung des ergriffenen Gewebes. So sieht man dann auch bei dem durch Gewebskreuzschnitt behandelten Furunkel eine fortschreitende Retraktion der vier Gewebslappen. Zwei Faktoren wirken dabei mit: die Schrumpfung der durchtrennten Haut und die Schrumpfung durch Narbenzug. Der letzte Faktor wirkt nun wiederum begünstigend auf den ersteren. Bei dem Hautlappenschnitt fällt der zweite Faktor, der Gewebzug, fort. Die Schrumpfung ist daher wesentlich geringer. Beim Gewebskreuzschnitt muß endlich der Körper eine tiefe, kraterförmige Wunde durch Granulationen ausfüllen und den großen, sternförmigen Hautdefekt dann epithelisieren. Beim Hautlappenschnitt hat man statt eines tiefen Kraters eine flache Mulde, die demgemäß schneller zugranuliert, sodann vier nur wenig geschrumpfte Hautlappen, die den Defekt fast bedecken. (D. m. W. 1919 Nr. 15.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Bemerkungen zur Behandlung der Influenzapneumonie.**  
 Von Hans Kohn. Zwei Gefahren drohen, so sagte kürzlich Wolff-Eisner, dem Patienten: die eine von seiten der Lunge, die andere von seiten des Herzens. Dem möchte Verf. eine dritte hinzufügen: die Polypragmasie des Arztes. Man mache nicht zu viel mit dem Patienten, verschaffe ihm vor allem Ruhe, gebe ihm gegen den Husten, die Schmerzen, die Atemnot, Schlaflosigkeit vor allem kräftig und öfters Morphininjektionen; dann hat man schon

die Hauptsache getan. Gibt man dann noch von Anfang an Digitalis in irgendeiner Form, so bleibt zu tun fast nichts mehr übrig. Doch möchte Verf. ein Mittel nicht unerwähnt lassen, das er auch in leichteren Influenzafällen, innerlich gegeben, den Salizylpräparaten wegen ihrer lästigen Wirkung auf die schon durch die Krankheit allzusehr angeregte Schweißproduktion vorzog, bei der Influenzapneumonie subkutan verabfolgte, das Chinin. Vor längeren Jahren hatte er dazu Chinin. hydrobromicum in Tabletten (B. W. & Cie.) mit anscheinendem Erfolg verwandt; solange der Vorrat reichte, auch dieses Mal, dann ging er zu Chinin. didyhydrochloric. carbamidat. über, das in Amphiolen (M. B. K.) zu haben ist. Der Einfluß dieser Injektionen auf die Temperatur und das Allgemeinbefinden war ganz unverkennbar. Unter den so behandelten Fällen befanden sich auch zwei Frauen im Zustand vorgeschrittener Schwangerschaft, einer nach den Autoren so sehr zu fürchtenden Komplikation. Bei der einen im 8. Monat Schwangeren mit Vitium cordis und linksseitiger Spitzennarbe war die Erkrankung ganz besonders schwer: schlechter Allgemeinzustand, schlechter Puls, Zyanose, Atemnot, starke Schmerzen in der Brust, Infiltration des größten Teiles beider Unterlappen, Knistern an verschiedenen anderen Stellen, blutiges Sputum. Jedesmal sank nach der Injektion die Temperatur, und ganz auffällig war die günstige Wirkung jeder Spritze auf das Allgemeinbefinden. Patientin wurde geheilt und hat inzwischen ein gesundes Kind geboren. In dem zweiten Fall, einer im 7. Monat der Schwangerschaft befindlichen Kollegenfrau, deren Zustand entschieden leichter war, aber doch auch recht erhebliche Atemnot und Angstzustände mit sich brachte, nahm Verf. zum erstenmal das von Merck hergestellte Chinin. dihydrochloric. carbamidat., eine molekulare Verbindung von Chininhydrochlorid und Harnstoffchlorid, zu 0,3 und gab davon die Hälfte. Der Erfolg hinsichtlich des Fiebers und des Allgemeinbefindens war auch da unverkennbar, wenngleich weniger auffällig. Verf. führt diesen Fall an, um eine Nebenwirkung des Merckschen Präparates zu erwähnen. Es trat nämlich nach der Einspritzung eine fünfmarkstückgroße dicke, harte und sehr schmerzhaft Schwellung auf. Herrn Merck, an den Verf. sich deshalb wandte, kam diese Angabe zunächst zweifelhaft vor. Er überzeugte sich durch einen Versuch von der Richtigkeit der Beobachtung und klärte durch weitere Untersuchungen den Sachverhalt auf. Danach ist die molekulare Konzentration der Amphiolen dieses Mittels zu hoch, deshalb schmerzhaft und zu Infiltrationen führend. Er empfiehlt deshalb, die in den Amphiolen befindliche Lösung von Chinin. dihydrochloric. carbamidat. mit 10 Teilen Wasser zu verdünnen und diese Lösung zu injizieren. Diese Verdünnung —

noch besser nimmt man 15 Teile Wasser — ist in der Tat schmerzlos. (B. kl. W. 1919 Nr. 8.)

**Zur Behandlung der Grippe und ihrer Komplikationen.** Von Prof. Walter Frey (Aus der Medizin. Klinik Kiel). 1. Zur Bekämpfung der Vasomotorenschwäche bei schwerer Grippe kann Strychnin. nitric. als zentrales Reizmittel in Dosen von 3—6 mg täglich, per os oder subkutan, empfohlen werden.

2. Bei parapneumonischer eitriger oder serofibrinöser Pleuritis ist die frühzeitige Rippenresektion zu verwerfen. Man entfernt vorerst das Exsudat durch mehrmalige Punktion und reseziert erst, wenn der allgemein toxische Zustand geringer und das Exsudat dicker geworden ist.

3. Die Schwangerschaft stellt eine schwere Komplikation der Grippe dar. Die Geburt verläuft meist auffallend rasch und deshalb leicht; die Gravidität als solche macht aber den Organismus der Infektion gegenüber weniger widerstandsfähig. Es verdient die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ernstlich in Erwägung gezogen zu werden. (B. kl. W. 1919 Nr. 7.)

**Nasenblutungen bei der Influenza.** Von Dr. Alfred Döblin, Berlin. Die Ansicht Kantorowicz', daß Fälle von Grippe mit Nasenbluten einen leichteren Verlauf als die ohne Nasenbluten nehmen, läßt sich aus größerem Material nicht bestätigen. Bei rund 110 klinischen Grippefällen mit 35% Mortalität fand sich in etwa der Hälfte aller Fälle Nasenbluten, meist initial, bisweilen aber auch den ganzen Krankheitsverlauf bis zum Tode verfolgsbar, auf die üblichen internen Styptika einschließlich Gelatineinjektionen nicht reagierend; es ist richtig, daß nur etwa der vierte Teil der Todesfälle Nasenbluten hatte, jedoch läßt sich daraus natürlich kein Schluß ziehen. Damit wird der therapeutische Vorschlag des prophylaktischen Aderlasses hinfällig, insbesondere auch aus einer Erwägung, die sich aus den Sektionen ergibt: Die Nasenblutung ist nur ein einzelnes Symptom einer sehr allgemeinen Neigung zu Hämorrhagien; sie finden sich bekanntlich in den Bronchien, Bronchiolen, im Lungengewebe; Verf. fand zweimal flächenhafte Blutungen unter der Dura mater; hier ist ein Aderlaß begreiflicherweise so wenig versprechend wie bei den sehr ähnlichen leukämischen und septischen Blutungen. Verf. hat zahllose Male bei der grippalen Pneumonie Aderlässe gemacht mit Hinblick auf die bekannte analogielose Zyanose; der Erfolg war gleich Null. Wie ja überhaupt diese Pneumonie klinisch absolut sui generis ist und nur eine stark auffallende Erscheinung des elementaren infektiösen Allgemeinzustandes; bei der „echten“ kruppösen Pneumonie steht

im Zentrum das Herz bzw. der Vasomotorenapparat, hier die Toxizität des Prozesses; kaum einer der Kranken stirbt unter den Erscheinungen des Herztodes, nicht einmal der von Diphtherie und Typhus bekannten isolierten toxischen Herzlähmung, sondern er stirbt „septisch“, und Verf. hat den Eindruck der schweren zentralen, zerebralen Schädigung, die mit maßgebend ist für den Ausgang. — Skepsis ist im übrigen auch angebracht gegenüber anderen gemachten Vorschlägen. 1. Adrenalin: ein Remedium dubium; zwei Fälle starben Verf. innerhalb 5 Minuten nach der Injektion von 0,05 ccm Adrenalin intravenös; subkutan empfiehlt es sich symptomatisch neben Koffein. 2. Pyramidon und Antipyrin zeigen sich in Kontrollreihen als einflußlos sowohl auf die Kurve wie den Gesamtverlauf. 3. Digitalis bei der grippalen Pneumonie belanglos; wenn hier und da Fälle darunter „heilen“, so ist zu bedenken, daß bei schwerem Krankenmaterial kaum einer nicht die charakteristischen bronchopneumonischen Symptome hat (die Lunge und der Luftröhrenapparat, übrigens auch der Rachen, sind eben loci minoris resistentiae für den spezifischen Grippeinfekt), und daß doch nur zwischen 20 und 40 % letal verlaufen. — Übrigens ist auch Rekonvaleszentenserum wirkungslos. Leidlich guten Eindruck hatte Verf. von Methylenblausilberinjektionen (Argochrom Merck), frühzeitig täglich intravenös gegeben; auch in schweren Fällen bessert sich hier und da darauf das Allgemeinbefinden. Urethanchinin intramuskulär ist leicht zu geben. Was man auch anwendet — Verf. hatte von Methylenblausilber den relativ besten Eindruck, es ist ja auch bei Streptokokkeninfektion ein vorzügliches inneres Antiseptikum —, man wende es momentan an; es scheint, als ob man bei dieser „Grippe“ nur verhindern, nicht aber bereits Eingedretenes heilen kann.

(M. Kl. 1919 Nr. 6.)

**Lokale Behandlung der Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti mit Salvarsan.** Von Dr. Teuscher in Münster i. W. Der ausgezeichnete Erfolg, welchen Verf. bei lokaler Behandlung dreier hartnäckiger Fälle von Plaut-Vincentischer Angina mit Salvarsan sah, gibt ihm Gelegenheit, auf diese wenig bekannte Form der Verwendung des Ehrlichschen Mittels erneut hinzuweisen. Da die Krankengeschichte des letztbeobachteten Falles in mancher Beziehung Interessantes bietet, gibt er sie im Auszug wieder: Der Reservist H. erkrankte im Arrest an Mandelentzündung und wurde deshalb dem Garnisonlazarett Münster überwiesen. Bei der Aufnahme am 10. 4. 1914 fand sich bei dem sonst gesunden Manne in der Mitte der linken Gaumenmandel ein ungefähr erbsengroßer geschwüriger Defekt mit scharfen Rändern und schmierig

belegtem Grunde. H. klagte über Schluckbeschwerden. Halsdrüsenanschwellungen waren nicht vorhanden. Die Temperatur betrug  $36,8^{\circ}$ . Der Harn war eiweißfrei. Verordnung: Bettruhe, Halsumschlag, Gurgeln mit essigsaurer Tonerdelösung. Wegen der fehlenden Reizerscheinungen in der Umgebung des Mandelgeschwürs und des ganzen sonstigen Krankheitsbildes tauchte der Verdacht auf Syphilis auf. Die deshalb vorgenommene Blutuntersuchung nach WaR. ergab ein negatives Resultat. Am 13. 4. war das Geschwür größer geworden. Außerdem trat am Zahnfleischrand der linken oberen Backzähne eine ähnliche Veränderung auf. Das Zahnfleisch zeigte geschwürigen Zerfall und schmierig-grauen Belag und blutete leicht bei Berührungen. Im Mandelabstrich fanden sich massenhaft fusiforme Stäbchen und Spirillen in Reinkultur, auf dem Zahnfleisch nur fusiforme Stäbchen mit schönen Granulationen (Giemsa-Färbung). Verordnung: täglich zweimalige Pinse- lung mit Lugolscher Lösung. Am 18. 4. bekam Verf. den Kranken in Behandlung. Das Mandelgeschwür war inzwischen eher größer als kleiner geworden. Das Zahnfleisch war gerötet, geschwollen, etwas abgehoben und zeigte geschwürige Defekte. Verf. pinselte Mandel und Zahnfleisch mit dem Rückstand einer Salvarsanlösung  $0,6 : 300$ . Am nächsten Tage schon gab H. spontan an, daß er keine Schluckbeschwerden mehr habe. Der Belag und die entzündliche Infiltration waren geringer geworden. Das Zahnfleisch war am nächstfolgenden Tage fast ganz abgeschwollen und ebenfalls fast völlig gereinigt. Die weitere Behandlung während der nächsten zwei Tage bestand in Aufpudern von Yatren auf die erkrankten Stellen. Am 22. 4. konnte H. arretfähig entlassen werden. Die linke Mandel zeigte nur noch geringe Zerklüftung. Das Zahnfleisch war noch etwas abgehoben, aber nicht mehr belegt. Während des sechstägigen Arrestes wurde noch zweimal eine Einpinselung mit Yatren vorgenommen, welche völlige Heilung der Mandel und des Zahnfleisches zur Folge hatte. Ebenso eklatant wie in diesem Falle war die Wirkung der Salvarsanpinselung bei zwei anderen Fällen. Verf. schließt daraus, daß Salvarsan auch als Spezifikum gegen diese Spirillose aufgefaßt werden kann. Besonders interessant war in dem beschriebenen Falle die Zahnfleischerkrankung, welche nur von fusiformen Bazillen hervorgerufen wurde und viel hartnäckiger war als die Mandelentzündung. Ziegler beschreibt in seinem Lehrbuch der pathologischen Anatomie neben der gewöhnlichen Angina Vincenti eine seltenere, nur durch fusiforme Bazillen hervorgerufene. Ueber eine Zahnfleischerkrankung durch die Erreger der Plaut-Vincentischen Angina konnte Verf. in den ihm zugänglichen Lehrbüchern der Mundkrankheiten nichts finden.

(D. m. W. 1919 Nr. 13.)



**Ueber die Behandlung des Asthma bronchiale durch Inhalationen von Glycirenan mit dem transportablen Spießschen Vernebler.** Von Geh. Sanitätsrat Dr. Leopold Marcuse, Berlin. Nachdem Verf. im Winter 1917/18 mehrfach an Bronchitis gelitten hatte, erkrankte er im Februar 1918 während eines starken Schnupfens plötzlich an bronchial-asthmatischen Beschwerden, die ihn alle 2—3 Stunden befielen und weder bei Tag noch bei Nacht Ruhe ließen. Verf. wandte dagegen zunächst den Brügelmannschen Apparat zum Einatmen an, der aber vollkommen versagte, dann Atropinpillen, die, ohne zu helfen, nur eine furchtbare Trockenheit hervorriefen. Ebenso wenig nützten Jodlösungen, die sofort starken Schnupfen und heftige Kopfschmerzen verursachten, und die Kalzantabletten, welche den Magen ruinierten. Nur das Asthmolysin unterdrückte sofort die Anfälle. Aber die Nachwirkung, auch bei halber Dosis, war so unangenehm, das Zittern am ganzen Körper so beängstigend, daß Verf. es nach dreimaligem Gebrauch wegließ. Da wurde er auf den Spießschen Medikamentenvernebler mit Glycirenan aufmerksam gemacht, der schon bei der ersten Anwendung die Beschwerden wunderbar linderte. Bei seinem weiteren Gebrauch löste sich schnell der quälende Schleim, das Pfeifen und Rasseln in der Luftröhre ließ nach, und der asthmatische Anfall ging bald vorüber. Nach längerer Anwendung verschwand das Asthma, und nur geringe bronchitische Beschwerden blieben zurück, die sich aber auch dauernd besserten. Verf. hat den Apparat seit der Zeit vielen Patienten empfohlen, welche an bronchialem Asthma litten. Stets war der Erfolg derselbe. Nur bei der rein nervösen Form versagte er zuweilen, leistete aber auch hier immer noch mehr als jeder andere Apparat. Das Medikament, um welches es sich hier handelt, ist das Glycirenan, ein Nebennierenpräparat, von der Kaiser-Friedrich-Apotheke hergestellt, und der Apparat ist der Medikamentenvernebler von Spieß-Dräger. Sein wesentlicher Bestandteil ist eine Verneblerdüse, die nicht nur ölige, sondern auch wässrige Medikamente auf kaltem, trockenem Wege in einen rauchartigen Zustand bringt. Auf diese Weise gelingt es, den Heilstoff in die feinsten Bronchien zu bringen, ja vielleicht bis in die Alveolen, um ihn von dort ins Blut überzuführen. Das Glycirenan wird zusammen mit dem Sauerstoff durch den Apparat in die Luftröhre geleitet. Verf. hat bisher nur den transportablen großen Apparat im Hause anwenden lassen. Für die Reise hat man einen bequemen kleinen Apparat, den Hand-Medikamentenvernebler „Atmos“, der bedeutend billiger und leicht zu transportieren ist, anfertigen lassen. Er soll in der Wirkung genau so sicher sein wie der andere. Verf. bemerkt noch, daß der Apparat auch bei Patienten mit Heuschnupfen,

Bronchiektasien, Pneumonien, Keuchhusten in Anwendung gezogen worden ist, und zwar zum Teil in Verbindung von Sauerstoff mit Adrenalin (Glycirenan) oder Medikamenten wie Jod, Menthol, Aphlogol (eine Karbol—Kampfer-Verbindung) und Eucamphol (Kampfer-Thymol). (Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 2.)

**Die Behandlung der Harnverhaltungen.** Von Dr. Willy Hofmann (Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Berlin), Verf. gibt einige allgemeine Regeln, die bei jeder Harnverhaltung, besonders bei der infolge Striktur und der bei Prostatahypertrophie zu beachten sind. Die Unmöglichkeit, den Urin zu entleeren, ist nicht nur durch mechanische Hindernisse bedingt, sondern auch zu einem wesentlichen Teil durch einen Krampf der Muskulatur infolge des dauernden Reizes, der naturgemäß bei Ueberfüllung der Blase besteht. Hinzu kommt noch der entzündliche Reiz, der zu einer Blutüberfüllung und Schwellung führt. Da jedes Instrument bei seiner Einführung diesen Reiz noch vermehrt, so erhöht sich auch wiederum der Muskelspasmus, so daß auf diese Weise ein Circulus vitiosus entsteht. Wir werden daher einmal Maßnahmen treffen, die den Krampf des Schließmuskels lindern, zum anderen versuchen, falls wir ein Instrument einführen müssen, den hierdurch bedingten Reiz möglichst gering zu machen oder auszuschalten. Ein altes bewährtes Mittel zur Linderung von Spasmen ist die Wärme, bei der Harnverhaltung in der bekannten Form des heißen Sitzbades angewandt. Wenn es die äußeren Verhältnisse gestatten, werden wir es unter allen Umständen anraten, zumal wenn es sich um Harnröhren handelt, die noch nie von einem Instrumente berührt worden sind. Der Patient wird aufgefordert, im Bade selbst zu urinieren. Der zweiten eben aufgestellten Forderung der Reizausschaltung kommen wir dadurch nach, daß wir die Harnröhre vor der Einführung eines Instrumentes anästhesieren. Verf. verwendet hierzu eine 3 proz. Alypinlösung mit starkem Zusatz von Adrenalin, ca. 1 Tropfen auf den ccm, und spritzt davon 10 ccm in die Harnröhre ein. Durch dreimaliges schonendes, aber kräftiges Streichen nach hinten bringt er das Anästhetikum in die hintere Harnröhre, die besonders empfindlich ist, klemmt die Harnröhre mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand ab und bindet sie hinter den Fingern mit etwas Gaze zu oder legt eine Penisklemme an, falls sie zur Verfügung steht. Nach 20 Minuten ist dann vollkommene Anästhesie vorhanden, sie beginnt schon nach 10—15 Minuten. Neuerdings hat Verf. gerade in diesen Fällen zur Anästhesie mit Vorteil 1—3 proz. ölige Lösungen von Eucupin. basic. angewandt. Oel wirkt an sich schon krampflindernd, man hat ein gutes Gleitmittel

für das Instrument, und das Eucupin gibt eine gute Anästhesie. Auch hiervon werden 10 ccm eingespritzt und ca. 10—15 Minuten gewartet. Bei jeder Harnverhaltung ist es selbstredend unsere Aufgabe, zunächst den Versuch zu machen, die Entleerung auf dem natürlichen Wege durch die Harnröhre zu bewerkstelligen. Angenommen; wir haben nun das Vorhandensein der Striktur festgestellt, haben uns aber vergeblich bemüht, sie zu passieren, Le Fort'sche Katheter stehen uns nicht zur Verfügung, der Kranke ist bereits sehr unruhig, hat infolge der Manipulationen starke Beschwerden und blutet womöglich schon aus der Harnröhre. Hier kommt nun ein Eingriff in Frage, der in der allgemeinen ärztlichen Praxis trotz seiner technischen Einfachheit noch viel zu wenig geübt wird, das ist die kapilläre Blasenpunktion. Sie ist ungeheuer leicht. Oberhalb der Symphyse wird zuerst rasiert, mit Jodtinktur desinfiziert, und nun sticht man dicht oberhalb der Symphyse, indem man sich diese selbst mit dem Daumen der linken Hand markiert, mit einer Rekordspritze und langer Nadel senkrecht in die Tiefe. Eine Verletzung des Peritoneums ist ausgeschlossen, da dieses infolge der Ueberfüllung der Blase weit in die Höhe zurückgedrängt ist. Man geht sogleich mehrere Zentimeter in die Tiefe und fühlt sehr deutlich, wenn man in den Hohlraum der Blase hineinkommt. Der Urin wird dann aspiriert und die Blase auf diese Weise entleert. Das ist eine etwas langweilige Arbeit, sie lohnt sich aber reichlich dadurch, daß der Eingriff für den Patienten gänzlich ungefährlich ist. Jeder Arzt sollte sich daran gewöhnen, ganz selbstverständlich, wenn er zu einer Harnverhaltung gerufen wird, außer seinen Kathetern und Bougies auch seine Rekordspritze zur Blasenpunktion mitzunehmen.

(Zsch. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 4.)

**Blasenschwäche und Harnträufeln mit Hexal „Riedel“** behandelte Dr. Kirchberg (Delmenhorst). Er verabreichte 4 mal täglich je eine Tablette zu 0,5 unter gleichzeitigen warmen Umschlägen. Meist schon nach 2—3 Tagen wurde der Urindrang weniger. Leute, die bis dahin nachts 8—10 mal aufstehen mußten, um dann unter großen Beschwerden einige wenige Tropfen Urin loszuwerden, brauchten sich nur noch 2—3 mal zu erheben. Und nach ungefähr 8 Tagen waren die Symptome soweit zurückgegangen, daß die Leute zu ihrem Dienst im Graben entlassen werden konnten. Verf. gab ihnen noch gewöhnlich ein Röhrchen mit 20 Tabletten mit, mit der Weisung, täglich davon 2 zu nehmen, bis der Inhalt des Röhrchens aufgebraucht sei, und eine wollene Leibbinde zu tragen. In ungefähr 20 Fällen wurden die Leute, darunter auch mehrere hartnäckige Fälle, die wiederholt

wegen des gleichen Leidens in Revierbehandlung gewesen waren, geheilt. (D. m. W. 1919 Nr. 14.)

**Ueber Verodigen (Gitalin).** Von W. Straub und L. Krehl (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Freiburg und der Medizinischen Klinik in Heidelberg). Im „Pharmakologischen Teil“ berichtet Straub, wie Kraft (1912) an das Problem der Isolierung wasserlöslicher reiner Aktivglykoside der Digitalisblätter heranging, und wie er das „Gitalin“ fand, das, jetzt als „Verodigen“ (C. F. Böhlinger & Söhne, Mannheim) hergestell, alle therapeutisch erwünschten Eigenschaften der Droge hat bei Vermeidung aller jener ungünstigen, die man bei Verwendung dieser oder ihrer Galenika mit in den Kauf nehmen muß. — Im „Klinischen Teil“ berichtet Krehl über die praktische Anwendung. Schon die alten Aerzte legten den größten Wert darauf, daß Digitalis am besten wirke bei Herzschwäche mit beschleunigtem und unregelmäßigem Pulse, und kein Geringerer als Mackenzie möchte in dem Herzen mit Irregularitas perpetua den einzig sicheren Angriffspunkt seiner Wirkung sehen. In der Tat erzielte Verf. in diesen Fällen, unabhängig von der Art des zugrundeliegenden Prozesses, mit Gitalin die besten Erfolge. Er gibt je nach der Schwere des Zustandes am 1. Tage 3 mal oder 2 mal 0,8 mg, am 2. Tage die gleiche Gabe, meist aber nur noch 2 mal 0,8 mg. Sowohl die Dosierung am zweiten als auch die an den folgenden Tagen richtet er nach dem Herabgehen der Zahl der Kammerpulse. Wie bekannt, sind bei Irregularitas perpetua das Uebergangsbündel im Sinne der Leitungserschwerung, sowie vielleicht die Vagusvorrichtungen, und beide in verschiedenen Fällen sehr verschieden stark empfindlich. Verf. sucht einen Kammerpuls von 60 bis 70 sowie die gleiche Zahl von Kammer- und Arterienpulsen zu erreichen und in den nächsten Tagen mit möglichst kleinen Gaben, deren Höhe zu erproben ist, zu unterhalten (2 mal 0,8 oder 2- bzw. 3 mal 0,4 mg Gitalin). Nach 4—5 Tagen kann man gewöhnlich aufhören, weil in den guten Fällen sowohl die Kammerschlagfolge als der Arterienpuls dann von selbst so zu bleiben pflegen. So hat Verf. bei den meisten Kranken im ganzen weniger als 1 cg Gitalin gegeben. Die Wirkung auf die Schlagfolge tritt bei empfindlichen Kranken in der Regel schon in der 2. Hälfte des 1. Tages ein. Da oder am Anfang des zweiten — aber oft früher — pflegt sich auch der Einfluß auf den Wasserwechsel zu zeigen, die Kranken werden erleichtert und sie werden ruhiger. Einwirkungen auf den Magen sah Verf. an solchen Kranken nur ganz wenige Male, und zwar dann, wenn der Einfluß auf die Schlagfolge unerwartet schnell eintrat, ohne gleichzeitig den Kreislauf zu verbessern. Andererseits gibt es Kranke mit günstiger Empfindlichkeit: Bereits am 2. Tage des Gitalin-

gebrauchs kommt der Zustand in Ordnung, man kann mit der Darreichung des Medikaments aufhören. Es gibt auch Kranke mit Herzinsuffizienz, Stauungen und Hydrops bei entweder regelmäßiger Schlagfolge oder mit Extrasystolen, aber — und darauf kommt es an — ohne Irregularitas perpetua. So wie sie unzweifelhaft seltener sind als die Kranken mit der erstgenannten Form, so weichen auch ihre Störungen dem Gebrauche der Digitalis und des Gitalins ungleich schwerer. Bei Gitalingebrauch wird erst nach einer ganzen Reihe von Tagen der in der Regel etwas beschleunigte Puls in geringem Maße beruhigt. Die Kranken fühlen Erleichterung. Die Diurese beginnt. Gerade mit ihrer Verwendung zur Beurteilung der Digitaliswirkung muß man vorsichtig sein. In diesen Fällen kommt die Wasserverminderung des Körpers nicht selten erst in Gang, wenn zu der Digitalis noch ein Stoff aus der Purinreihe gegeben wird. Diese Kranken vertragen Gitalin ebenso wie galenische Präparate in gleichem Maße wie der gesunde Mensch, länger als der Kranke mit Irregularitas perpetua. Verf. möchte sagen: das Medikament greift schwerer an, es ist deswegen auch ungefährlicher. Man kann es hier in Gaben von anfangs 3-, dann 2 mal 0,8 mg viel länger fortgeben. Zuweilen tritt noch spät eine Wirkung ein. Recht häufig bleibt sie mit Gitalin ebenso wie mit galenischen Präparaten aus. Magenstörungen sah Verf. auch hier nur ganz selten, wenn der Körper sehr lange und ohne Erfolg gegeben wurde. Auch hier pflegt Verf. jetzt aufzuhören, wenn die Wirkung mit kleineren Gaben einige Zeit unterhalten ist. Verf. empfiehlt also das Gitalin (Verodigen) nach 5jährigen eingehenden Erfahrungen am Krankenbett zum Gebrauch. Alles, was man mit der Digitalis erreichen kann, wird hier schnell, sicher und in angenehmer Form gewonnen; Verf. möchte das Präparat nicht mehr entbehren, weil der Verdauungskanal ganz besonders wenig zu leiden scheint, vor allem aber, weil die Verwendung außerordentlich ökonomisch ist. Hier kommen die innerlich wirksamen Gaben den sonst intravenös wirkenden doch ganz nahe, d. h. aber: die Resorption im Darm ist ausgezeichnet, die gewöhnliche und die intravenöse Darreichung werden einander, auch nach der Schnelligkeit des Wirkungseintritts, recht nahegebracht.

(D. m. W. 1918 Nr. 11.)

**Erfahrungen mit Nirvanol.** Von Oberarzt Dr. Michalke (Aus der Landes-Irrenanstalt in Eberswalde). Seit etwa Jahresfrist hat Verf. Nirvanol an zahlreichen Kranken weiblichen Geschlechts erprobt. Er wendete es zunächst bei akuten Erregungszuständen und Maniakalischen, später auch bei Schizophrenen und den erregten Formen der Dementia paralytica und senilis an. Der Erfolg war von Anfang an recht befriedigend, besonders

günstig in einigen Fällen von periodischer Manie und von furi-bunder Paralyse, die auf die üblichen Mittel, wie Sulfonal, Chloral, Luminal usw., nicht mehr reagierten und daher meist nur durch Hyoszin-Morphiuminjektionen zur Ruhe gebracht werden konnten. Sehr günstig kam dabei der Umstand zugute, daß man bei miß-trauischen oder sich sträubenden Patienten das Mittel wegen seiner relativen Geschmacklosigkeit unbemerkt in Suppe, Milch usw. ver-abreichen konnte, sodaß solchen Kranken die neue Erregung des Einnehmens und dem Arzt manche Mühe erspart wurde. Die Dosierung war je nach Schwere der Erregung 0,3—1,0 pro dosi. 0,6—1,6 pro die. Mit der letzten hohen Dosis ist Verf. auch in den schwersten Fällen ausgekommen, hat diese nur in wenigen Fällen erreicht und nie überschritten. Gewöhnlich konnte dann am 2. oder 3. Tage mit der Dosierung heruntergegangen werden. Länger als 6 Tage hintereinander möchte Verf. nicht raten das Nirvanol weiterzugeben, weil sich dann eine stärkere Somnolenz mit taumelndem Gange und Gefühl der Betrunktheit bemerk-bar macht, Symptome, die ein Aussetzen des Mittels nach einigen Tagen nötig erscheinen lassen. Von sonstigen Nebenwirkungen möchte Verf. nur eine erwähnen, die aber in 2 Fällen konstant eintrat, das ist ein febriles Ansteigen der Temperatur (bis 38,2) etwa 12 Stunden nach einmaligem Nirvanolgebrauch (0,5 g), und eine erythematöse Rötung der Gesichtshaut. Sofort nach Aus-setzen des Mittels sank die Temperatur, und das Erythem ver-schwand, während nach weiterer Nirvanolgabe das Fieber und die Rötung weiterbestanden, dabei aber kein somatisches Krank-heitsgefühl, sondern eine gewisse Euphorie sich geltend machte. Die schlafbringende und beruhigende Wirkung des Nirvanols war aber, abgesehen davon, ebensogut eingetreten wie bei den anderen Patienten. Jedoch mußten der oben beschriebenen Nebenwirkungen wegen in diesen beiden Fällen wieder andere Mittel angewandt werden. Es ist also das Nirvanol als Schlaf- und Beruhigungs-mittel in der Psychiatrie eine wertvolle Bereicherung des Arznei-schatzes. Als Dosierung empfiehlt sich in leichten Fällen von nervöser Agrypnie 0,3, in schweren Fällen von Erregung bei den verschiedensten Formen von Geisteskrankheit 0,5—1,0 pro dosi, 1,0—1,5 pro die, je nach Schwere der Erregung. Nebenwirkungen unangenehmer Art treten nur in den seltensten Fällen und nach zu langem Gebrauch ein. (D. m. W. 1919 Nr. 14.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Ueber Erfahrungen mit Silbersalvarsannatrium.** Von Prof. Dr. R. Lenzmann (Aus dem Diakonenkrankenhaus in Duisburg).

1. Das Silbersalvarsannatrium eignet sich in hohem Maße zur Anwendung in der Therapie der Lues, weil es gut vertragen wird und in wirksamen Dosen eine weit geringere Toxizität besitzt als die übrigen Salvarsanpräparate.

2. Die Technik der Injektionen ist nicht so einfach wie diejenige der Injektion des Neosalvarsans. Jene bedarf besonderer Aufmerksamkeit und peinlicher Beobachtung aller bei der intravenösen Injektion von Arsenobenzolen geltenden Vorschriften.

3. Die Wirkung auf — in floriden Herden lebende — Spirochäten ist — wie sich im Dunkelfeld feststellen läßt — hervorragend. Ob die Wa.R. stärker beeinflußt wird als durch andere Arsenobenzole, werden weitere Beobachtungen lehren müssen, ebenso werden noch Erfahrungen gesammelt werden müssen bezüglich seiner Wirkung auf die Lumbalflüssigkeit.

4. Von Kindern wird das Silbersalvarsannatrium ausgezeichnet vertragen.  
(D. m. W. 1919 Nr. 13.)

**Zur Behandlung der gonorrhöischen Infektion der oberen Harnwege.** Von H. Hohlweg (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Bethesda in Duisburg). Weiß ging bei seinen therapeutischen Versuchen in der Weise vor, daß er den ganzen Körper des Patienten mit Ausnahme des Kopfes, der mit einer Eisblase bedeckt wurde, in ein heißes Bad setzte, dessen Temperatur im Laufe von 30—40 Minuten von 40 auf 43, ja 43,5° allmählich gesteigert wurde. Die dabei im Munde des Patienten gemessene Körpertemperatur steigt bei den Beobachtungen von Weiß bis auf 41,8 und 42,6° an. Je höher sich im einzelnen Fall die Körpertemperatur des Patienten steigern ließ, desto prompter und vollständiger trat ein Erfolg der Behandlung ein. In der Tat gelang es Weiß bei frischen Gonorrhöen mit diesem Verfahren in einer größeren Anzahl von Fällen innerhalb weniger Tage Ausfluß und Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen. In einem Falle von gonorrhöischer Infektion der Blase und beider Nierenbecken hat Verf. das Verfahren von Weiß außerordentlich gute Dienste geleistet. Es gelang, eine schwere gonorrhöische Infektion der Blase und beider Nierenbecken mit Hilfe künstlicher Ueberhitzung durch wenige Bäder vollständig zur Heilung zu bringen. Wenn man bedenkt, daß unsere bisherige Therapie bei der Gonorrhö der oberen Harnwege oft nur recht geringe Erfolge aufzuweisen hatte und daß der schließliche Ausgang solcher Erkrankungen häufig in einem mehr oder weniger vollständigen Zugrundegehen des Nierengewebes bestand, wird der vorstehende überraschende Behandlungserfolg wohl zu weiteren Versuchen in ähnlichen Fällen berechtigten dürfen. (M. m. W. 1918 Nr. 30.)

## d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Neue Erfahrungen mit dem Spumanverfahren.** Von Dr. Lex, Hannover. In rund 60 Fällen (einfache Gebärmutterkatarrhe und Parametritiden, die sämtlich vorher ohne Dauererfolg behandelt worden waren) hat Verf. Spuman angewandt und dabei ausgezeichnete Resultate gesehen. Jedenfalls hat er von 37-unkomplizierten Gebärmutterkatarrhen 34 in vierzehn Tagen restlos abheilen sehen, während die übrigen 3 sich erheblich besserten. Von den 12 Fällen von Parametritis heilten 8 innerhalb drei Wochen völlig aus, 2 bedurften fünf Wochen, 2 weitere blieben refraktär. Besonders verdient hervorgehoben zu werden, daß in beinahe allen Fällen, in denen die Einlagen von seiten der Patientinnen pünktlich vorgenommen wurden, schon in den ersten Tagen der Behandlung eine wesentliche Besserung der subjektiven und objektiven Beschwerden erzielt worden war.

(M. Kl. 1919 Nr. 17.)

## Inhaltsverzeichnis.

Diagnostisches S. 289. Kasuistisches S. 291. Symptomatologisches S. 296.  
Toxikologisches S. 299. Therapeutisches S. 301.

## Sachregister.

Angina Plaut-Vincenti, Salvarsan bei 311.	Influenza, Nasenblutungen bei 310.
Blasenschwäche, Hexal bei 315.	—, Behandlung 310.
Bronchialasthma, Glyciren an bei 313.	Influenzapneumonie, Behandlung 308.
Chenopodiumölvergiftung 299.	Knoten, Modifikation des chirurgischen 306.
Eiweißproben 290.	Nebennierenextrakt und epileptische Anfälle 289.
Epileptische Anfälle und Nebennierenextrakt 289.	Neosalvarsan, Nebenwirkungen 299.
Fisteln durch Schußwunden, Behandlung 301.	Nirvanol 317.
Furunkel, Hautlappenschnitt bei 306.	Prolapsgefühl ohne Prolaps 296.
Gingivitis Plaut-Vincenti, Salvarsan bei 311.	Psoriasis, traumatische 294.
Gitalin 316.	Salvarsan bei Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti 311.
Glyciren an bei Asthma bronchiale 313.	Silbersalvarsannatrium 318.
Gonorrhoe, Behandlung 319.	Spuman 320.
Haar- und Nagelveränderungen nach Grippe 296.	Tuberkelbazillen, Färbung 290.
Harnträufeln, Hexal bei 315.	Verodigen 316.
Harnverhaltung, Behandlung 314.	Wirbelschüsse, Baucherscheinungen bei 292.
Hexal bei Harnträufeln 315.	Zwergwuchs bei Atrophie des Hypophysisvorderlappens 291.
Influenza, Haar- und Nagelveränderungen nach 296.	

## Autorenregister.

<i>Benedek 289.</i>	<i>Kirchberg 315.</i>	<i>Merian 296.</i>	<i>Ulrichs 290.</i>
<i>Döblin 310.</i>	<i>Kohn 308.</i>	<i>Michalke 317.</i>	<i>Weil 292.</i>
<i>Döllner 294.</i>	<i>Krehl 316.</i>	<i>Nordmann 301.</i>	<i>Weinberg 299.</i>
<i>Frey 310.</i>	<i>Kurtsahn 306.</i>	<i>Ryhiner 299.</i>	<i>Wolf 306.</i>
<i>Graefe 296.</i>	<i>Lenzmann 318.</i>	<i>Simmonds 291.</i>	
<i>Hofmann 314.</i>	<i>Lex 320.</i>	<i>Straub 316.</i>	
<i>Hohlweg 319.</i>	<i>Marcuse 313.</i>	<i>Teuscher 290, 311.</i>	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 11.

August 1919

## Diagnostisches.

**Eine Verbesserung der perkutanen Tuberkulinreaktion (Moro).** Von Prof. Franz Hamburger und Dr. Franz Stradner (Aus der Universitätskinderklinik in Graz). Die kutane und die perkutane Reaktion haben den großen Vorteil, daß sie außerordentlich rasch und leicht auszustellen sind. Dabei hat die perkutane vor der kutanen noch den Vorzug, daß sie völlig schmerzlos ist, daß keine besonderen Instrumente zu ihrer Anstellung notwendig sind und daß man daher wohl kaum jemals einen Widerspruch seitens der Patienten oder ihrer Angehörigen erfährt, wenn man sie machen will. Die perkutane Reaktion hat jedoch dabei den Nachteil, daß sie noch weniger genau als die kutane in ihren Resultaten ist. Selbst dann, wenn man nicht die Originalmethode von Moro anwendet, welche darin besteht, daß man die sogen. Tuberkulin-salbe einreibt, welche aus Tuberkulin und Lanolin zu gleichen Teilen besteht, sondern das unverdünnte Tuberkulin einreibt, hat man nicht dieselben guten Erfolge, wie mit der Kutanreaktion. Verff. gingen nun daran, zu versuchen, ob es nicht möglich sei, durch vollständige Abdampfung des im Tuberkulin noch vorhandenen Wassers eine solche Konzentration zu erzielen, daß man mit der perkutanen Methode bessere Resultate erzielt oder doch wenigstens die gleichen wie mit der Kutanreaktion. Sie gingen nun in der Weise vor, daß sie das Tuberkulin in einem Becherglas bis zur Gewichtskonstanz eindampften und mit dieser außerordentlich dicken, zähen, harzähnlichen Substanz ihre Versuche mit Kutan- und Perkutananwendung machten. Es zeigte sich dann, daß die Kutanreaktion mit dem eingedickten Tuberkulin in der Regel keine besseren Resultate ergab, als mit dem gewöhnlichen. Dagegen konnten Verff. sehen, daß dieses hochgradig ein-

gedickte Tuberkulin bei der Perkutananwendung ganz wesentlich bessere und deutlichere Resultate ergab als das gewöhnliche, im Handel befindliche Tuberkulin. Sie haben sich oft überzeugt, daß die Perkutanreaktion mit dem eingeengten Tuberkulin viel häufiger positiv ist, als mit dem gewöhnlichen. Auch werden die Reaktionen viel deutlicher: beim eingeengten oft zahllose kleine, rote Knötchen, während die Einreibung des gewöhnlichen Tuberkulins am selben Individuum, zur selben Zeit an benachbarter Stelle vorgenommen, nur wenige Bläschen ergab. In den Versuchen zeigte sich sogar eine geringfügige Ueberlegenheit der perkutanen Reaktion (mit eingeengtem Tuberkulin) gegenüber der kutanen Methode. Verff. erblicken darin einen nicht unwesentlichen Fortschritt in der praktischen Tuberkulinmethodik.

(M. m. W. 1919 Nr. 16.)

**Die Bedeutung der Hoffmannschen Drüsenpunktion für die Früherkennung der Syphilis.** Von Dr. R. Habermann, Oberarzt, und cand. med. F. Maelshagen (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Schon vor 14 Jahren hat E. Hoffmann bei seinen ersten Untersuchungen mit F. Schaudinn 2 Methoden der Entnahme des Materials angegeben, welche in schwierigen Fällen den Spirochätenbefund sehr erleichtern, aber trotzdem zurzeit in Kliniken und in der Praxis unverständlicherweise wenig angewandt werden. Die erste dieser Methoden ist die Gewebssaftmethode. Sie besteht darin, daß nach Exzision eines Geschwürteilchens reine Gewebsflüssigkeit von der Schnittfläche zur Untersuchung verwandt wird. Dieser Eingriff läßt sich durch Punktion des Infiltratgrundes, am besten flach vom Geschwürsrande her, ersetzen, ein Vorgehen, das bei ängstlichen Patienten event. der vorher angegebene Methode vorzuziehen ist. Die 2. Methode stellt die Hoffmannsche Drüsenpunktion dar. Sie bezweckt, im Saft der schon sehr frühzeitig in charakteristischer Weise geschwollenen regionären Lymphdrüsen die spezifischen Erreger nachzuweisen, wobei sich hier besonders noch der unschätzbare Vorteil geltend macht, daß eine Verunreinigung mit anderen Spirochäten ausgeschlossen ist. Beide Methoden haben sich schon damals bei geschlossenen Primäraffekten und charakteristisch geschwollenen Drüsen als ganz ausgezeichnet brauchbar erwiesen; konnten doch Schaudinn und E. Hoffmann mit ihrer Hilfe regelmäßig die Syphilis-spirochäten nachweisen. Auch in seinen späteren Arbeiten hat E. Hoffmann darauf hingewiesen, daß in einer ganzen Anzahl von Fällen bei primärer Syphilis die Diagnose auf diese Weise sofort sicher gestellt werden konnte, während bei Untersuchung des vorschriftsmäßig entnommenen Reizserums der Nachweis der

Syphilerreger, besonders bei *Ulcerata mixta* oder *gangraenosa* und medikamentös verätzten und unzureichend vorbehandelten Schankern, nicht zu erbringen war. Weitere Komplikationen für den Erregernachweis können dadurch bedingt sein, daß sich bei vorhandener Phimose der Primäraffekt auf dem inneren Präputialblatt oder der Eichel befindet. Weiterhin kann bei extragenitaler Lokalisation der Sklerose in Verbindung mit der Mundschleimhaut sich die Verwechslungsmöglichkeit mit manchen saprophytär im Munde vorkommenden Spirochätenarten geltend machen. Nachdem nun auch auf der letzten Salvarkonferenz wieder die Rede davon war, daß der Spirochätennachweis in einer gewissen Zahl von Fällen auch bei primärer Syphilis nicht gelingt, haben Verff. auf Veranlassung von Prof. E. Hoffmann die Geschwürs- und Drüsenpunktion noch einmal bei primärer Syphilis und einigen sekundären Fällen systematisch vorgenommen. In der Punktions-technik konnten sie sich im wesentlichen an die bereits 1905 von E. Hoffmann gemachten Angaben halten. Erforderlich ist lediglich ein 5—10 ccm fassende Rekordspritze nebst gut passender, nicht zu enger, mit kurzer Spitze angeschliffener Kanüle. Die Entkeimung kann durch Einlegen in 70%igen Alkohol mit nachfolgender Ausspritzung durch Aether bewirkt werden. Nach Rasieren und Desinfektion der Haut wird diese unter Aufhebung einer Falte durchstoßen und dann in die zwischen Daumen und Zeigefinger fixierte, leicht angehobene Drüse in deren Längsrichtung eingegangen, wobei man sich möglichst unter der konvexen Drüsenoberfläche halten muß. Der durch kräftige Aspiration unter Verschiebung der Kanüle von verschiedenen Stellen der Drüse erhaltene Saft wird in eine Petrischale ausgespritzt und sofort im Dunkelfeld untersucht, wobei der Gehalt an Lymphozyten den Beweis liefert, daß man tatsächlich DrüSENSaft gewonnen hat. Gefäßverletzungen sind bei den angeführten Vorsichtsmaßnahmen (leichtes Anheben der fixierten Drüse und flaches Einstechen) nicht zu befürchten. Auch die Punktion der Submaxillardrüsen ist bei starker Anschwellung und nicht zu tiefer Lage nach den Erfahrungen unbedenklich. Von Mitte Dezember 1918 bis Mitte April 1919 wurde in 20 Fällen die Geschwürspunktion ausgeführt, bei der in 16 Fällen (80%) im Saft aus tieferen Sklerosenpartien das Vorhandensein typischer *Spirochaeta pallida* nachgewiesen wurde. Die Drüsenpunktion wurde im erwähnten Zeitraum bei primärer Syphilis in 33 Fällen vorgenommen. Der Spirochätennachweis war hier in 30 Fällen zu erbringen (90%), und in 11 Fällen war die sofortige Frühdiagnose Syphilis allein mit Hilfe der Drüsenpunktion möglich. Bei 13 sekundär luetischen Fällen konnte durch die Drüsenpunktion allerdings nur in 9 Fällen der Spirochäten-

nachweis erbracht werden. Im Hinblick darauf, daß einerseits Geschwürs- und Drüsenpunktion einen einfachen, auch nicht besonders schmerzhaften Eingriff darstellen, der in Anbetracht der Wichtigkeit der Diagnose von den Kranken allgemein erlaubt wird, andererseits sich nunmehr jetzt auch A. v. Wassermann zu der von Hoffmann stets vertretenen Anschauung bekannt hat, daß in der Frühperiode der Spirochätennachweis ausschlaggebend sein müsse und die serologische Veränderung nicht abgewartet werden dürfe, weisen Verff. nochmals darauf hin, daß beide Punktionsmethoden einen erheblichen Faktor zur Förderung der Frühdiagnose, besonders bei unzweckmäßig vorbehandelten oder komplizierten primären Syphilisfällen darstellen und instande sind, in aller kürzester Frist eine Klärung der Situation zu bewirken. Aber auch in der seropositiven Periode, in der Spirochätennachweis und Wa.R. konkurrieren, gibt der erstere sofort eine bestimmte diagnostische Entscheidung, während der Ausfall der Wa.R. erst abgewartet werden muß; auch deshalb ist der Spirochätennachweis die überlegene Methode.

(D. m. W. 1919 Nr. 21.)

### Prognostisches.

**Herzfehler und Schwangerschaft.** Von Benthin. Bei einer Häufigkeit von 1—2% beträgt die Mortalität 2—4%. Unter Berücksichtigung nur des klinischen Materials steigt die Sterblichkeitsziffer auf 11—12% an. Verf. selbst hatte bei den dekompensierten Herzfehlern sogar eine Mortalität von 18%. Trotz der zunehmenden Arbeitsleistung, trotz der sonst schädigenden Einflüsse in der Schwangerschaft, trotz der akuten Inanspruchnahme intra partum und trotz der postpartalen Umschaltung der Blutverteilung genügt das gesunde Herz allen Ansprüchen ohne objektiv nachweisbare Beeinträchtigung. Der Grund liegt in der natürlichen Anpassungsfähigkeit des Herzens und darin, daß die Schädigungen nicht plötzlich einsetzen, sondern sich allmählich geltend machen. Anders liegen die Dinge, wenn das Herz schon vor der Schwangerschaft erkrankt ist oder in derselben erkrankt. Stärkere Anzeichen einer sich steigernden Herzinsuffizienz, die gewöhnlich jedoch erst in der zweiten Schwangerschaftshälfte aufzutreten pflegen, treten, wenn man von den oft übertriebenen subjektiven Beschwerden absieht, relativ selten in die Erscheinung. In einer Schwangerschaft auftretende Störungen können sogar in einer erneuten Gravidität fehlen. Geburt und Wochenbett können ohne Schaden verlaufen. Die kritische Durchsicht des eigenen und fremden

Materials hat gezeigt, daß eine Reihe teils kardial, teils extrakardial gelegener Komponenten als Ursache für das Zustandekommen dekompensatorischer Erscheinungen geltend gemacht werden müssen. Zunächst hat sich herausgestellt, daß, soweit es sich um Klappenfehler allein handelt, es besonders die Mitralfehler und von diesen fast ausschließlich die Mitralklappenstenosen sind, die relativ häufig mit Störungen einhergehen. Wichtiger ist fraglos der Funktionszustand des Herzmuskels. Erhöhten Anforderungen gegenüber zeigt schon das gesunde Herz unvollständige Kontraktionen. Bei herabgesetzter Leistungsfähigkeit infolge akuter oder chronischer entzündlicher Prozesse muß die Herzkraft umso leichter erlahmen. Weiterhin hat sich gezeigt, daß ernste Störungen besonders dann beobachtet werden, wenn der Gleichgewichtszustand des Herzens schon vor der Schwangerschaft gestört ist. Eine weitere Ursache liegt wohl in der zeitlich begrenzten Leistungsfähigkeit des Herzens, vor allem aber darin, daß, wie es gewöhnlich beobachtet wird, die Geburten in solchen Fällen meist sehr rasch aufeinanderfolgen. Besonders ungünstig ist die Prognose bei frischen oder rezidivierenden entzündlichen Erkrankungen des Herzens. Störungen des Leitungssystems können zu sehr bedrohlichen Zuständen und bei totaler Dissoziation zum Tode führen. Am ungünstigsten ist die Prognose offenbar dann, wenn neben dem Herzfehler noch andere extrakardial gelegene Erkrankungsprozesse vorhanden sind. Neben der Gefäßhypoplasie, Fettleibigkeit, Kyphoskoliose sind besonders die Lungen- und Nierenerkrankungen gefahrbringend. Letzten Endes kommt alles auf den Grad der Funktionstüchtigkeit des Herzens im Einzelfalle an. Volle Klarheit über die Leistungsfähigkeit des Herzens verschafft jedoch erst, da andere Mittel nur in sehr bedingtem Maße zur Verfügung stehen, die innere Therapie. Ohne Zweifel kann die Schwangerschaftsunterbrechung und damit der Fortfall der durch die Schwangerschaft hervorgerufenen mechanischen Mehrbelastung durch Wegfall nervöser, toxischer Momente einen günstigen Einfluß ausüben. Einen Erfolg wird man sich aber nur da versprechen können, wo das Herz noch die Kraft besitzt, sich den durch die Fortnahme der Frucht bedingten geänderten Verhältnissen anzupassen. Beim Fehlen von Störungen liegen die Dinge, soweit es sich um Herzklappenfehler ohne eine andere komplizierende Erkrankung handelt, einfach. Hier heißt es, unter sorgfältiger Fernhaltung aller Schädlichkeiten abwarten. Ebenso klar ist der Weg vorgezeichnet, wenn eine momentane Lebensgefahr vorliegt. Bei ausgesprochener Debilitas cordis, bei bereits vorhandenem oder beginnendem Lungenödem, hochgradigem Aszites, Hydrothorax, Hydroperikard kann von einer abwartenden Behandlung nichts mehr erhofft werden.

Die Not diktiert die Therapie. Bestehen nur leichtere Kompensationsstörungen, wie Herzklopfen, Oedeme, Stauungsbronchitis, Stauungsnephritis, leichtere Grade dyspnoischer Zustände, so ist ein Abwarten bei Besserung unter Therapie erlaubt. Ein aktives Verhalten hält Verf. in jenen Fällen für notwendig und berechtigt, bei denen es sich um frische Klappenerkrankungen oder um rezidivierende Endokarditiden handelt. Verantwortungsvoll und schwierig ist die Umgrenzung der Indikationen bei gleichzeitig vorhandenen extrakardialen Komplikationen, speziell bei Erkrankungen der Nieren und Lungen. Es bilden diese Komplikationen an sich keine Indikationen zum Eingreifen. Soweit nicht das Bestehen einer chronischen Nephritis oder einer Lungentuberkulose die Schwangerschaftsunterbrechung nach den hierfür maßgebenden Richtlinien indiziert, liegt zum sofortigen Eingriff jedenfalls kein Grund vor. Ist der Herzfehler gut kompensiert, so stellt sich das Herz auch auf die Mehrbelastung ein. Eine absolute Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung trotz zurzeit fehlender Störungen, allein aus Furcht vor drohender Gefahr, liegt nicht vor. Für erlaubt würde Verf. eine prophylaktische Unterbrechung nur dann halten, wenn eine dauernde Beobachtung und die notwendige Schonung aus äußeren Gründen sich unmöglich erweist. Die Frage der Sterilisation ist nur in seltenen Fällen zu bejahen. Eine Berechtigung kann nur in solchen Fällen konstruiert werden, bei denen die Erkrankung trotz aller Therapie sich nicht bessert, oder bei denen das Vorhandensein extrakardial gelegener chronischer Leiden (Lungen-Nierenerkrankung, Kyphoskoliose) besonders bei großer Fertilität und schon früher vorhandener Lebensgefahr eine neue Schwangerschaft gefahrvoll und höchst unerwünscht erscheinen läßt. Frauen mit gut kompensierten Herzfehlern, besonders, wenn es sich nur um eine Mitralinsuffizienz handelt, kann man die Ehe unter Vorbehalt gestatten. Nur in dekompenzierten schwersten Fällen und bei Vorhandensein anderer komplizierender, chronischer Erkrankungen ist es Pflicht, die Ehe energisch zu widerraten. (Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg 27. 1. 1919.)

**Chronische Lungenerkrankungen bei Kindern infolge Influenza.** Von Dr. Otto Bossert und Dr. Bruno Leichtentritt. (Aus der Kinderklinik und dem Hygienischen Institut der Universität Breslau.) Der Verlauf der Influenza bei jugendlichen Patienten ist meist harmlos. Die Symptome beschränken sich im allgemeinen auf die bekannten Schleimhauterkrankungen der oberen Luftwege, die verbunden sind mit Hustenreiz, darniederliegendem Appetit, hoher Temperatur und dem damit zusammenhängenden Unbehagen. Anders steht es mit den Krankheitsfällen, bei denen

Komplikationen von seiten der Lungen vorliegen. Diese geben, wie bekannt, im späteren Lebensalter meist eine sehr schlechte Prognose, während die Mortalitätsziffer der Influenzapneumonien im Kindesalter nicht hoch ist. Dagegen ist den Vff. der langdauernde Krankheitsverlauf aufgefallen, der Uebergang der Bronchopneumonie in eine chronische Form mit nachfolgender Bronchiektasenbildung. Letztere wird ohne Zweifel vielfach falsch gedeutet und selbst von erfahrenen Aerzten für eine Tuberkulose gehalten. Aus diesem Grunde scheint ihre Kenntnis nicht unwichtig. Verff. wollen nicht verhehlen, daß auch von ihnen anfänglich manche Fälle falsch gedeutet worden sind, die sie bei späteren Untersuchungen als typisch erkannt haben, nachdem sie ein besonders ausgesprochener Fall auf die richtige Fährte geleitet hat. Seitdem haben sie in einem Zeitraum von 4 Monaten 24 Fälle dieser Art mit positiven Influenzabazillennachweis gesehen. Man hört bei den kleinen Patienten eigentümliche, mittelblasige, dem Ohre nahe klingende Geräusche, die an solche erinnern, welche entstehen, wenn man über einen Rolladen mit einem Stocke fährt, nur noch etwas metallischer — von anderer Seite wird als Beispiel das Maschinengewehrgeknatter gewählt — und die Töne sind musikalisch höher, als man sie sonst bei Rasselgeräuschen zu vernehmen gewohnt ist. Oft kann man leichte Schallverkürzungen der betreffenden Bezirke herausperkutieren; manchmal hört man über umschriebenen Stellen ein fauchendes, dem bronchialen genähertes Atemgeräusch. In Bestätigung ihrer Diagnose haben Verff. in allen eindeutigen Fällen, die diesen nicht zu verkennenden Auskultationsbefund hatten, die bakteriologische Untersuchung des Sputums herangezogen. Dieses war im großen ganzen leicht zu bekommen; nur bei kleinen Kindern, die das Sputum zu verschlucken pflegen, mußten Vff. mit dem Spatel die hintere Rachewand reizen und das Sputum auffangen. Bei einem kleinen Säugling, der sehr wenig loshustete, mußten sie die Magensonde zu Hilfe nehmen. Das Sputum ist von grünlich-gelber Farbe, geballt und riecht fade. Fötides Sputum haben Verff. nie zu Gesicht bekommen, desgleichen haben sie die Dreischichtung bei den umfangreichen Sputen stets vermißt. Im mikroskopischen Präparate finden sich vorwiegend Leukozyten, weniger Epithelien, und Lymphozyten, an Bakterien neben Streptokokken, Pneumokokken, *Micrococcus catarrhalis*, kleinste, Gram-negative Stäbchen in großen Mengen, bisweilen in Reinkultur, am Beginn der Erkrankung außerhalb der Leukozyten, später phagozytiert. Die Kultur, nach R. Pfeiffers Vorschrift angelegt, ergibt auf Taubenblutagarplatte die typischen glasklaren, transparenten Influenzokolonien. Die Leukozytenzählung ist ein zur Stützung der klinischen Diagnose

wertvolles Hilfsmittel. Fast durchweg ist eine Leukozytose, oft erheblichen Grades, vorhanden bei gleichzeitigem Fehlen von Temperaturen über 37,6°. Ohne daraus Schlüsse ziehen zu wollen, möchten Verff. berichten, daß sie normale Werte bei solchen Kindern gefunden haben, bei denen die Influenza mit einer Tuberkulose vergesellschaftet war. Es mag dies ein Zufall sein; Verff. sind weit davon entfernt, besonders im Hinblick auf andere Erfahrungen, wie z. B. bei dem tuberkulösen Säugling, Beziehungen zwischen Leukozytenzahl und kombinierter Influenza und Tuberkulose aufstellen zu wollen. Verff. haben seit längerer Zeit bei einer großen Anzahl tuberkulöser Kinder gleichfalls Leukozytenzählungen vorgenommen und dabei, selbst in Fieberfällen, in der Hauptsache normale Werte angetroffen. Deshalb erscheint diese einfache Methode nutzbringend, zumal bei ihrem ersten Fall neben den fehlenden Tuberkelbazillen die erhebliche Leukozytose sie veranlaßt hat, der Aetiologie der Erkrankung weiter nachzugehen und sich nicht mit der Diagnose einer chronischen Pneumonie, bzw. wahrscheinlichen Tuberkulose, zufrieden zu geben. Natürlich können die Zählungen keinen absoluten Wert haben, weil auch bei sicheren Tuberkulosen Mischinfektionen und interkurrente Erkrankungen die Leukozytenzahl beeinflussen. Der Charakter des Atemgeräusches veranlaßt Verff. anzunehmen, daß der pathologische Prozeß sich hauptsächlich in den mittleren Bronchien abspielt. Doch wäre zu erwägen, ob nicht durch die lauten, mittelblasigen Geräusche die in den kleinsten Verzweigungen der Bronchien entstehenden verdeckt werden. Die auskultatorischen Phänomene lassen, namentlich, wenn wir neben den klingenden Rasselgeräuschen noch fauchendes Atmen hören, auf eine gute Resonanz in den Bronchien, auf Bronchiektasenbildungen schließen. Wie schon oben geschildert, fehlt das für Bronchiektasen so bezeichnende „maulvolle“ Sputum mit seinem charakteristischen Geruch und seiner Dreischichtung in unserer Beobachtung. Das ist begreiflich, weil dafür eine Erweiterung der stärkeren Zweige des Bronchialbaumes notwendig ist, die zur Bildung eines Sammelbeckens führt, in dem das Bronchialekret der Stagnation und Zersetzung anheimfällt.

(D. m. W. 1919 Nr. 7.)

### Kasuistisches.

a) **Fall von Erythema exsudativum bullosum.** Von Finkelsstein. Im ersten Falle handelt es sich um einen Knaben von sieben Jahren, der eine Woche vor der Aufnahme, nachdem er sich angeblich an einem Brombeerstrauch verletzt hatte, unter



Fiebererscheinungen erkrankt war und plötzlich einen Blasenausschlag bekam. Es waren alle Extremitäten von haselnuß- bis hühnerei-, ja bis gänseeigroßen Blasen besetzt, die auf leicht infiltriertem und gerötetem Grunde aufgeschossen waren und an Pemphigus erinnerten. Außerdem fanden sich scheibenförmige Effloreszenzen bis zur Größe eines silbernen Fünfmarkstücks und darüber von blauroter Farbe; an ihrem Rande erhob sich ein Kranz von Blasen von Erben- bis Bohnengröße; ähnliche, zum Teil zu großen Flächen zusammenfließende Effloreszenzen fanden sich am Genitale, am Gesäß und an den Mundwinkeln. Die Lokalisation war beiderseits durchaus symmetrisch und war nur auf die Streckseiten beschränkt. Im übrigen bestanden außer hohem Fieber und außer einem deutlichen Milztumor keinerlei Erscheinungen. Verf. hat nach einigem Schwanken die Diagnose auf Erythema exsudativum bullosum gestellt, und diese Diagnose ist auch von dermatologischer Seite bestätigt worden. Verf. führt diesen Fall vor, erstens, weil er diese monströse Form des Erythema exsudativum in einer Ausbildung zeigt, wie man sie wohl nur außerordentlich selten zu sehen bekommt, und zweitens, weil er unter dem Bilde einer sehr schweren Infektionskrankheit verlief. Das Kind hatte, wie gesagt, einen Milztumor, hohes Fieber, und dieses Fieber hat, zunächst als Continua remittens, dann beinahe als intermittens, im ganzen 6 Wochen gedauert. In der 4. Woche hat sich eine Dilatatio cordis entwickelt mit systolischem Geräusch, sodaß Verf. schon an eine Endokarditis dachte; aber auch sie ging sehr schnell zurück. Mehrmalige Blutaussaten blieben steril, ebenso waren im Blaseninhalt mikroskopisch und kulturell keine Mikroorganismen auffindbar. Mäßige Leukozytose. In der 6. Woche wurde, nachdem verschiedene andere Behandlungsversuche (Aspirin, Melubrin) wirkungslos geblieben waren, Chinin. muriat. verordnet. Am 2. Tage der Verabreichung haben die Effloreszenzen, die früher kamen und gingen, dann außerordentlich schnell aufgehört, und das Fieber ist endgültig gefallen. Ob das nun ein zufälliges Zusammentreffen gewesen ist, weil die Krankheit von selbst ihr Ende erreicht hatte, oder ob eine Wirkung des Medikaments vorlag, läßt Verf. dahingestellt. Verf. hat geglaubt, diesen Fall auch deshalb zeigen zu dürfen, weil er nach Verlauf und bakteriologischem Befund nicht als besondere Aeüßerung einer Sepsis gelten kann, sondern die Anschauung stützt, daß das Erythema exsudativum als selbständige Krankheit auftreten kann. —

b) **Ein Fall von Pyodermia vegetans.** Das 11 jährige Mädchen ist ohne besondere Veranlassung im Februar des vorigen Jahres an der Affektion erkrankt. Es handelte sich um linsen- bis erbsengroße eitrig Blasen effloreszenzen auf gerötetem und in filtrierte

Grunde, die sehr bald platzten, sich mit einem weißlichen, dünnen Belag überzogen und allmählich in großer Ausdehnung flächenhaft konfluieren. Der Grund dieses Ausschlags fing an zu vegetieren, die Grenzen waren wallartig infiltriert. Die Haut wurde derb und starr, außerordentlich schmerzhaft, sodaß das Kind nicht imstande war, seinen Kopf zu bewegen. Auffallend war nun die Lokalisation dieses Ausschlags. Er beschränkte sich auf die Partien, die jetzt, nach der Heilung, noch gerötet sind, nämlich die seitlichen Teile des Halses, die Wangen bis zur halben Ausdehnung und das Gesicht, Naseneingang, Lippen und Augenlider. Im übrigen war der ganze Körper verschont, mit Ausnahme der großen Labien und des Mons Veneris sowie des rechten Zeigefingers, an dem infolge der vegetierenden Infiltration und Krustenbildung eine erhebliche Verdickung bestand. An den Grenzen dieses Ausschlags zeigten sich ab und zu Eruptionen, die immer wieder zurückgingen. Es waren etwa markstückgroße rote Scheiben, auf denen die Blasen aufschossen, immer kreisförmig gruppiert, ähnlich wie bei Herpes, um bald zu verschorfen. Die Stellen sind noch an der verbliebenen Hyperämie kenntlich. Verf. hat mit der Diagnose dieses Ausschlags große Schwierigkeiten gehabt. Für Impetigo war er zu hartnäckig, auch sprach das Vegetieren dagegen. Die bakteriologische Untersuchung ergab in den Blasen neben Staphylokokken Diphtheriebazillen. Es konnte sich aber kaum um Hautdiphtherie handeln, wenn man ex juvantibus schließen darf, denn die Injektion von im ganzen 12 000 Immunitätseinheiten war völlig wirkungslos. Schließlich hat Verf. die Diagnose auf eine „Pyodermie végétante“ gestellt, eigentlich auch nur eine Umschreibung und keine Erklärung. Was am meisten dabei auffiel, war die streng symmetrische und eigenartig begrenzte Lokalisation. Beachten wir namentlich das scharfe Abschneiden in der Mitte der Wangen, unten und seitlich am Halse und die beiderseits nach dem in der Mitte freien Nacken übergreifenden Zungen. Ueber diese Grenze sind wohl einige Herdchen hinausgegangen, aber sie haben sich immer schnell zurückgebildet, während die Hauptbezirke allen therapeutischen Versuchen hartnäckig widerstanden. Das befallene Gebiet deckt sich genau mit dem Innervationsgebiet des ersten und zweiten Zervikalnervs und des ebenfalls vom oberen Zervikalgeflecht ausgehenden N. auricularis magnus. Der Gedanke an einen Zusammenhang mit dem neurotischen Moment ist — und das ist das Bemerkenswerteste an dem Falle — nicht abzuweisen. Bemerkenswert ist auch die jetzt noch in gleicher Ausdehnung verharrende Kapillarhyperämie, denn diese, nicht etwa eine Pigmentation, ist die Ursache für die noch vorhandene Verfärbung. Eigentümlicherweise hatten auch die Effloreszenzen eine

gewisse Aehnlichkeit mit einem schweren Herpes zoster. Die therapeutischen Versuche sind zunächst sämtlich fehlgeschlagen. Quecksilber-, Wismut-, Noviformsalben, Schwefelbäder, Permanganatwaschungen, Höhensonne sind wirkungslos geblieben. Das einzige, was zunächst genützt hat, waren feuchte Umschläge. Während essigsäure Tonerde immer noch verschlechternd wirkte, hat das Resorzin (1 proz.) eine sichere, wenn auch nicht sehr erhebliche Besserung hervorgerufen. Eine entschiedene Wendung ist aber erst eingetreten, als Solutio Fowleri dargereicht wurde; nach 4—5 wöchiger Anwendung ist der vorher 9 Monate lang so widerspenstige Ausschlag so gut wie ganz verschwunden, die Haut bis auf die Hyperämie normal geworden. Auch das scheint dafür zu sprechen, daß hier ein neurotisches Moment im Spiele ist.

(Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin  
[Pädiatrische Sektion], 10. 2. 1919.)

**Myelitis nach Grippe.** Von Dr. Ernst Spiegel. (Aus der I. medizinischen Klinik und dem neurologischen Institut der Universität Wien.) Wegen der Seltenheit der bisherigen Beobachtungen von Myelitis nach Grippe und der merkwürdigen Aehnlichkeit des histologischen Befundes mit der Encephalitis lethargica einerseits, mit der akuten multiplen Sklerose andererseits will Verf. auf diesen Fall hinweisen. (W. kl. W. 1919 Nr. 10.)

Trömner zeigt 2 Fälle von **Pseudohalsrippe**. Es zeigen diese beiden Fälle, daß das Halsrippensyndrom auch durch anderweitige Anomalien der Halswirbel bewirkt werden kann. Fall 1. Eine 18jährige Frau bemerkt vor 10 Jahren zuerst ohne Grund ein schmerzhaftes Ziehen an der Ulnarseite des rechten Unterarms, was zunächst als Nervenschmerz und Sehnenzerrung gedeutet wurde, und seit einem Jahre Schwäche und Abmagerung der rechten Hand. Die Untersuchung ergab Schwäche und geringe Atrophie der Handbeuger, deutliche Atrophie der kleinen Handmuskeln, besonders am Tenar und Interosseus I, also eine partielle Plexuslähmung vom Typ Dejerine-Klumpke, elektrisch fand sich quantitative Herabsetzung in den atrophischen Muskeln mit Entartungsreaktion nur im Abductor brevis und Opponens pollicis. Da andere Ursachen fehlten, wurde Halsrippe angenommen, welche einen Druck, besonders auf 6, 7 und 8, ausüben mußte. Die Röntgenaufnahme ergab in der Tat eine Halsrippe, aber eine kleine Halsrippe am 7. Wirbel auf der gesunden Seite, während auf der kranken Seite nur ein abnorm langer Processus transversus vorlag, welcher durch Wachstum, besonders in den Pubertätsjahren, die Druckatrophie veranlaßt hatte. Sensibilitätsstörungen fehlten voll-

ständig. Chirurgische Entfernung der Druckursache käme, da wesentlich schwieriger als die Entfernung einer ausgesprochenen Halsrippe, erst in Frage, wenn weitere Verschlechterung sich zeigen würde. Bemerkenswert ist, daß die Verschlimmerung vor einem Jahre eintrat, nachdem Patientin einmal schwere Arbeit an einer Winde geleistet hat. — Fall 2. Ein 22jähriger Maschinenarbeiter hat von Geburt an eine etwas verkümmerte linke Zeigefingerspitze und etwas magere rechte Hand. Nachdem er als Soldat im November 1915 beim Brückenbau schwere Arbeiten im Nassen bewältigen mußte, bemerkte er allmähliche Verschlimmerung der Schwäche der rechten Hand. Die Untersuchung zeigte geringe Schwäche des rechten Unterarms, besonders der Strecker. Schwäche der kleinen Handmuskeln mit Atrophie, starke Atrophie der Daumenmuskulatur mit völligem Verlust der Opposition und Verkleinerung des Daumens um  $\frac{1}{2}$  cm. Die elektrische Erregbarkeit war erloschen im Abductor brevis, Flexor und Opponens pollicis und im Opponens dig. min., in den übrigen Hand- und Unterarmmuskeln quantitativ herabgesetzt in verschiedenem Grade. Organische Sensibilitätsstörung fehlte, dagegen als psychogene Zutat starke Hypalgesie bis zur Schulterkappengrenze. Untersuchung der Schulter hat eine hochsitzende Dorsalskoliose ergeben. Da partielle Plexuslähmung vorlag, wenn auch ohne Sensibilitätsstörung, zum Teil auf Grund angeborener Anomalien, so wurde auf Halsrippe gefahndet. Die Röntgenaufnahme ergab aber keine Halsrippe, sondern eine starke, hochsitzende Dorsalskoliose mit besonders lang entwickelten Querfortsätzen des 6. Halswirbels. In der Sayreschen Schwebelage war die Skoliose nur wenig ausgleichbar und war in der Konvexität nach der Lähmungsseite gerichtet, hat also die Garréschen Merkmale der Halsrippenskoliose, aber ohne Halsrippe. Durch die konkave Zusammenpressung der unteren Halswirbelfortsätze waren offenbar die unteren Halswurzeln druckgelähmt worden. Als Therapie kommt nicht die chirurgische, sondern nur die orthopädische und elektrische in Frage.

(Aerztl. Verein, Hamburg, 4. 3. 1919.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

Ueber die Behandlung der Krampfadern, Krampfaderrübe usw. mit intravenösen Sublimatinjektionen. Von Dr. Camillo Zirn (aus dem Reservelazarett II in Weingarten). Vor 2 Jahren ist vom Verf. eine Behandlung der Krampfadern empfohlen worden, die wegen ihrer Sicherheit und Einfachheit größeres

Interesse namentlich bei den praktischen Aerzten gefunden hat. Die Methode ist aufgebaut auf der Beobachtung, daß Krampfadern nach Venenentzündungen mit Thrombosen oft zur Verödung und damit zur Selbstheilung kommen. Diesem Beispiel der Natur folgend, suchte Verf. die Thrombosierung auf künstlichem Wege herbeizuführen. Als zweckmäßigstes Mittel ergab sich nach zahlreichen eigenen Versuchen die intravenöse Injektion von 1 proz. Sublimatlösung. Diese ist früher ja vielfach zur Luesbehandlung verwandt worden, jedoch zeigte sie den Nachteil, daß mit großer Regelmäßigkeit die eingespritzten Venen thrombosierten. Diese Erfahrung hat Linser auf die Varizenbehandlung übertragen, und seit 6—7 Jahren sind unter seiner Leitung zahlreiche Patienten in dieser Weise behandelt worden, besonders jetzt in diesem Kriege zur Erhöhung der Dienstfähigkeit bei den Soldaten, die infolge von Krampfadern sonst als dauernd untauglich oder nur bedingt verwendungsfähig bezeichnet werden mußten und die eine operative Behandlung ablehnten. Die Sublimatlösung ist entweder ohne Zusatz oder mit der gleichen Menge Kochsalz hergestellt: Hydrarg. bichlor. corros. 1,0 (Nat. chlorat. āā), Aq. dest. ad 100,0. Die Injektion wird an dem sitzenden oder stehenden Patienten ausgeführt, indem man die möglichst dünne Nadel etwas ober- oder unterhalb der Krampfaderstelle einsticht und unter der Haut 1—2 cm führt, ehe man in das Gefäß eingeht. Bei nicht sehr oberflächlichen großen Krampfadern kann man das Gefäß vorher mit der Hand oder einer Binde stauen. Notwendig ist dies aber nicht, besonders nicht aus Sorge wegen einer etwaigen Embolie. Der richtige Sitz der Kanülenspitze in der Gefäßlichtung wird durch Ansaugen von Blut in die Spritze geprüft. Alsdann wird je nach der Größe der Krampfader und dem Allgemeinzustand des Patienten 1—2 ccm der Sublimatlösung eingespritzt. Beginnen wird man die Behandlung natürlich lieber zuerst nur mit 1 ccm, da Idiosynkrasien immer in Rechnung zu ziehen sind beim Hg. Verf. ist aber bei zahlreichen Leuten schon ohne jeden Schaden auf 3 ccm gestiegen. Beim Herausziehen der Kanüle achte man darauf, daß nicht Lösung mit Blut gemischt in das perivenöse Gewebe zurückfließt, was oft zu entzündlichen Reaktionen führt. Man drückt daher beim Zurückziehen der Spritze sofort auf die Einstichstelle. Die Lösung im Gefäß läßt sich jetzt durch Massieren leicht an Stellen verschieben, die man besonders deren Einwirkung aussetzen möchte. Die Thrombosierung erfolgt entweder ziemlich rasch nach der Einspritzung oder erst nach mehreren Stunden. Man erkennt dies an der festeren Beschaffenheit der Venen und an einem mäßigen Druckgefühl von seiten des Patienten. Meist rötet sich danach die Haut über der thrombosierten Stelle für

einige Tage. Abgesehen von dem kleinen Einstichschmerz, muß bei richtigem Verfahren die Einspritzung völlig schmerzlos sein. Wird Brennen angegeben, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die Injektion nicht oder nicht ausschließlich ins Venenlumen erfolgt. Man unterbricht dann am besten die Einspritzung sofort und sucht erneut das Lumen durch Ansaugen von Blut auf. Wo beginnen wir am besten mit den Injektionen? Am besten am Stamm der Vena saphena überm Knie. Durchaus nicht selten thrombosiert danach gleich ein großer Teil der Vene bis gegen die Mündung. Dann hört der Blutdruck von oben gleich auf, und der Patient hat sofort weniger Beschwerden. Hierauf kommen die peripheren Aeste daran. Ganz peripher, am Fuß unten, injiziert Verf. in der Regel nicht, weil hier die Venen zu oberflächlich liegen und Hautnekrosen auch bei regelrechtem Verfahren nicht ausgeschlossen sind. Ebenso sticht Verf. nicht gern direkt in die großen, oberflächlichen, von dünner Haut nur überzogenen Varixknoten ein, da auch hier Hautschädigungen mitspielen können. Außerdem kommt es in diesen Knoten oft nur schwer zur Thrombose, offenbar weil die Lösung von den relativ großen Blutmengen hier gleich gebunden wird und darum die Venenwände oft nicht genügend beeinflußt werden. Deshalb muß man hier nach dem Einstich durch Ausstreichen der Venen oder Hochheben des Beines das Blut zuerst gut entleeren und dann die injizierte Lösung hauptsächlich in den zu- und abführenden Teil der Varixknoten verschieben unter Schonung der dünnen Bedeckung der Knoten selbst. Die meisten Hautschädigungen kommen infolge fehlerhafter Einspritzungen in das perivenöse Gewebe vor. Einer richtigen Hautnekrose mit meist sehr langsamer Heilung kann man durch trockene Hitze, besonders in Form heißer Sandsäckchen, begegnen. Bei einiger Übung und vorsichtigem Vorgehen kommt es nicht zu solchen unerwünschten Nebenwirkungen. Nach den Einspritzungen sind die Patienten fast ausnahmslos ihren gewohnten Beschäftigungen nachgegangen. Nur bei ganz großen Varizen suchten empfindliche Leute ab und zu wegen Spannungsgefühl im Bein das Bett auf. Sonstige Störungen kamen nicht zur Beobachtung. Verf. hat nie Stomatitis, kaum je Durchfälle, nie Eiweißausscheidungen im Urin nach den Injektionen beobachtet. Nur 2mal sah er Hg-Exantheme, das eine Mal nur ganz kurz dauernd, das andere Mal hartnäckiger bei einem Ekzematiker, der auch auf indifferente äußere Einwirkungen, selbst auf gewöhnliche Vaseline, mit Hautreizung reagierte. Besonders Nierenschädigungen, direkt nach der Einspritzung wie auch später sich zeigend, werden häufig nach diesen Sublimatinjektionen befürchtet. Es ist selbstverständlich, daß man darauf stets besonders

geachtet hat. Gleich in der ersten Publikation wurde dies ausdrücklich betont und vorgeschrieben, stets den Urin zuvor zu prüfen und bei Erscheinungen von Nephritis von einer Sublimat-injektion Abstand zu nehmen. Trotzdem Verf. mehr als 7000 intravenöse Einspritzungen von Sublimat bei Varizen und bei Lues gemacht hat, ist kein Fall bekannt geworden, der unter Einhaltung obiger Kautelen eine Nierenreizung bekommen hätte. Verfasser hat sogar bei einigen älteren Fällen von chronischer Nephritis mit leichtem Eiweißgehalt des Urins keine Verschlimmerung dieser Ausscheidung nach der Varizenbehandlung gesehen. Fieberreaktionen werden ab und zu beobachtet. Dies wurde zuerst von andern Untersuchern mitgeteilt, und Verf. selbst hat bald darauf an einem Tage bei einer Serie von 15 Einspritzungen auffallende Temperatursteigerungen beobachtet. Es stellte sich aber heraus, daß dies wieder nicht den Sublimatinspritzungen als solchen zur Last fiel, sondern wahrscheinlich Verunreinigungen, Luftbakterien, die in einer länger gebrauchten Lösung vorhanden waren und durch Ausschleudern entfernt werden konnten. Danach blieben Fieberreaktionen wieder ganz aus. Der wichtigste Einwand gegen das Verfahren scheint die Emboliegefahr zu sein. Demgegenüber ist einmal zu betonen, daß Verf. nie etwas gesehen hat, was auch nur einigermaßen so gedeutet werden konnte, trotzdem er die Patienten ja direkt danach herumgehen ließ. Auch von anderer Seite ist nichts dergleichen bekannt geworden.

(M. m. W. 1919 Nr. 14.)

**Zur Behandlung der Lymphadenitis acuta im Kindesalter.**  
Von Dr. Kurt Ochsenius, Kinderarzt in Chemnitz. Beim kindlichen Organismus mit seiner großen Regenerationsfähigkeit und seinem Anpassungsvermögen spielt die Anwendung von warmen Umschlägen (Brei aus Kartoffeln, Hafergrütze oder Leinsamen) überhaupt eine große Rolle. Die Volksmedizin hat in der Bevorzugung von warmen Umschlägen — statt der kalten — unzweifelhaft das Richtige getroffen. Wer gesehen hat, wie chronische Pneumonien im Kindesalter, die bei monatelanger Behandlung mit kühlen Umschlägen und kalten Übergüssen sich nicht verändert haben, bei intensiver Wärmeapplikation innerhalb 1–2 Wochen zur Lösung kommen oder auch bei Müttern beobachten konnte, wie bei Mastitis — natürlich ohne Absetzen des Kindes! — mittels einfacher heißer Umschläge ohne Inzision faustgroße Abszesse, die bereits nahe am Durchbruch waren, sich zurückbildeten, und andere, bei denen der Durchbruch nicht mehr zu verhüten war, unter warmen Umschlägen ohne Tamponade in einer Woche ohne Fistelbildung verheilten, der wird die Anwendung des Eises auf

ein Minimum beschränken. Man wird zu ihm nur greifen, wenn durch allzu ungestümes Umsichgreifen eines entzündlichen Prozesses Gefahren für den Körper entstehen. Verf. selbst hat, ohne dies allerdings zahlenmäßig belegen zu können, im Gegensatz zu der herrschenden Meinung den Eindruck erhalten, daß die erkrankten Drüsen weniger leicht abszedieren bei der Anwendung von Wärme als bei Kälte: 3 mal am Tage mindestens je eine Stunde lang warme Umschläge genügen vollkommen zu diesem Zwecke. Früh und abends wird, wenn keine zu starke Hautreizung auftritt, eine Jodsalbe aufgetragen und im übrigen die Drüse warm gehalten — wenn möglich Sonnenbestrahlung. Ist es trotzdem zur Abszeßbildung in einer oder mehreren Drüsen gekommen, so setze man die warmen Umschläge fort, inzidiere nicht sofort, wenn Fluktuation nachweisbar ist, sondern warte, bis unter dem Einfluß der Wärme der Eiterherd scharf umschrieben ist, warte aber aus kosmetischen Rücksichten den Spontandurchbruch möglichst nicht ab. Man verlege die Inzisionsstelle nicht unbedingt an den untersten Punkt des Tumors, sondern wähle sie nach kosmetischen Gesichtspunkten. Die Inzision sei so klein wie irgendmöglich, ein etwa  $\frac{1}{2}$ —1 cm langer Einschnitt genügt vollkommen. Die Zeit, in der man möglichst große Schnitte anlegte und sich über die „Knopflochschnitte“ lustig machte, liegt wohl zwar zurück — aber noch nicht lange genug, als daß man in der Praxis ihren Folgeerscheinungen nicht noch täglich begegnete. Da bei Kindern alles auf Schnelligkeit des Handelns ankommt, so ist durchaus ein Eingriff zu bevorzugen, der mit einem einzigen Schnitt den Eiter entleert. Eine Gefahr der Blutung liegt kaum vor, da die Gefäße von den Drüsenpaketen und Abszessen gewöhnlich nach hinten verschoben und dadurch aus dem Gefahrenbereich gebracht werden. Nach Entleerung des Eiters wird nach der üblichen Vorschrift die Wunde durch eine lockere Tamponade offengehalten und für Abfluß des Eiters gesorgt, nach 3—4 Tagen der Verband gewechselt event. nochmals tamponiert. Die Heilungsdauer beträgt im allgemeinen 7—10—14 Tage. Zufällig beobachtete Verf. in einem Falle, daß nach sofortigem Herausgleiten des Tampons die Heilung schneller erfolgte; seitdem ließ er die Tamponade völlig weg, sorgte allerdings im Anschluß an die Inzision für möglichst restlose Entleerung des Eiters durch Auseinanderziehen der Wundränder. Noch besser gestalteten sich in kosmetischer Hinsicht die Resultate, und das Verfahren wurde weniger schmerzhaft, seitdem Verf. nach der Inzision das Biersche Saugverfahren anwandte, das eine Herabsetzung des Schnittes bis auf  $\frac{1}{2}$  cm gestattete (Stichinzision). Die Ergebnisse sind einfach glänzend. In keinem der 10 Fälle, die bis zu Verfs. Einberufung auf diese Weise behandelt wurden,



dauerte die Heilung länger als 4 Tage. Da, wo eine Schwellung des umgebenden Gewebes zurückgeblieben war, genügte eine kurze Spanne Zeit, um mittels warmer Umschläge die Infiltration zum Schwinden zu bringen. Die linear verheilte Narbe war nach kurzer Zeit einfach nicht mehr zu sehen. Da das Verfahren wegen des Vorzuges fast völliger Schmerzlosigkeit und tadelloser kosmetischer Resultate für die Kinder die allgemeine Anwendung in der Praxis verdient, hielt Verf. eine Veröffentlichung für gerechtfertigt. (M. m. W. 1919 Nr. 13.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Die Behandlung des Heufiebers mit Optochinum hydrochloricum.**  
Von Prof. Dr. Haike in Berlin. Bei der Lage der Heufiebertherapie glaubte Verf. auf eine Anregung von Geh.-Rat Morgenroth das Optochinum hydrochloricum therapeutisch versuchen zu sollen, und zwar geleitet von folgenden Erwägungen. Untersuchungen von Morgenroth und Ginsberg mit den verschiedenen Chinaalkaloiden hatten ihre Ueberlegenheit als Anästhetika besonders in bezug auf die Wirkungsdauer gezeigt. Das führte zu vielfältiger Anwendung gerade des Optochins in der Augenheilkunde, unter anderem zur Bekämpfung der Lichtscheu aus den verschiedensten Ursachen. Diese Erfahrungen haben als ersten W. Mühsam dazu geführt, auch die starken Reizerscheinungen am Auge bei Heufieberpatienten mit Einträufelungen einer 1 proz. Lösung des salzsauren Optochins in den Bindehautsack zu behandeln. Die günstigen Erfolge veranlaßten ihn, das Mittel auch für die Nase in Form einer 1 proz. Salbe und von Spray anzuwenden, und zwar in folgender Lösung:

Optochin. hydrochlor. 0,25, Glycerin. pur. 2,0  
Aqu. dest. ad 25,0.

Damit erzielte er bei der Mehrzahl seiner Patienten erhebliche Erleichterung der Beschwerden. Seine eigenen Beobachtungen lehrten Verf. sehr bald, daß in einem großen Teil der Fälle die Behandlung mittels Spray ohne Erfolg blieb, weil bald Verbiegungen der Nasenscheidewand, bald Muschelschwellungen oder Sekretansammlung verhinderten, daß das ganze Naseninnere von der eingespritzten Flüssigkeit getroffen wurde, die also für einen großen Teil des gereizten Organs unwirksam bleiben mußte. Deshalb ist es notwendig, zur Behandlung der Nase solche Hindernisse nach Möglichkeit zu beseitigen durch Fortwischen des Sekrets und eine möglichst vollständige Herbeiführung der Abschwellung der Schleimhaut, dort, wo sie dem Eindringen der Flüssigkeit im

Wege ist, am besten mit Pinselungen oder Spray von Kokain, das zugleich die Empfindlichkeit angenehm herabsetzt. Danach erst kann entschieden werden, ob nunmehr der Spray anwendbar ist oder nur durch Pinselung, unter Leitung des Auges, alle Teile der Nase der Applikation zugänglich sind. Wenn wir uns vergegenwärtigen, wie selten ein vollständig normales Naseninnere anzutreffen ist, so erkennen wir die Notwendigkeit, daß jedenfalls in der ersten Zeit die Behandlung durch den Arzt selbst auszuführen ist, denn nur in wenigen Fällen ist eine Nase, auch nach der herbeigeführten Anschwellung, so frei, daß der Spray alle Teile sicher berieselt. Auf Grund von nunmehr 3jähriger Erfahrung hat sich Verf. im einzelnen folgende Behandlungsweise als zweckmäßig bewährt. Die Nase des Heuschnupfenpatienten wird von etwa vorhandenem Sekret gesäubert, Schwellungen werden durch einen Kokainspray soweit als möglich beseitigt und dann eine Pinselung aller Teile der Nase mit der oben angegebenen 1 proz. Optochinlösung vorgenommen, die Verf. nur selten bei besonders empfindlichen Patienten in der ersten Zeit der Behandlung, bei Kindern aber gewöhnlich bis auf 0,5 % herabsetzt. In den Bindehautsack träufelt Verf. wenige Tropfen derselben Lösung, nachdem eine Anästhesierung durch einen Tropfen 1 proz. Holokainlösung vorangegangen ist, um das von den meisten empfundene schmerzhaftes Brennen zu verhüten. Diese Behandlung setzt er mehrere Tage nacheinander fort, bis eine Abschwächung der Reizsymptome eintritt; dann nimmt er die Pinselungen, entsprechend der noch vorhandenen Stärke der Symptome, nur jeden zweiten oder dritten Tag vor und läßt an den Zwischentagen von dem Patienten selbst außer den Einträufelungen in die Augen Optochinspray zwei- bis dreimal täglich, später seltener für die Nase anwenden, wenn nötig, nach vorherigem Kokainspray, damit auf diese Weise eine möglichst ausgedehnte Einwirkung auf die Nasenschleimhaut erzielt wird. Mit dieser Behandlung, die er seit 1916 übt, ist es Verf. gelungen, die meisten Patienten in wenigen Tagen, vereinzelte Fälle in längerer Zeit, gewöhnlich nach fünf bis sechs Pinselungen, soweit von ihren Beschwerden zu befreien, daß sie nur noch wenige Male zur Kontrolle und zu prophylaktischer Pinselung zu ihm kamen und im übrigen bei der Andeutung von Reizerscheinungen eine etwa mögliche Verschlimmerung durch selbstständige Anwendung des Sprays sicher vermeiden konnten. Während das Auge fast immer beim Einträufeln der Optochinlösung ohne vorherige Anästhesierung mit schmerzhaftem Brennen reagiert, sodaß diese in der ersten Zeit vorangehen muß, ist dies in der Nase sehr viel seltener der Fall und deshalb hier eine Kokainisierung nur im Bedarfsfalle geboten. Dabei ist die durch

die Optochinbehandlung sehr bald eintretende Hypästhesie schneller im Auge als in der Nase nachzuweisen. Doch ist der Rückgang der Beschwerden an beiden Stellen durchaus gleich schnell zu beobachten. Die nun durch drei Heufieberzeiten hindurch von Verfasser gemachten Beobachtungen lassen ihn die Wirksamkeit des Optochinum hydrochloricum bei der Bekämpfung der Heufieberbeschwerden mit Bestimmtheit aussprechen. Von den sonst vielgebrauchten symptomatischen Mitteln unterscheidet sich das Optochin wesentlich durch folgende Wirkungen. Es gestattet eine Art Prophylaxe durch seine jenen weit überlegene Wirkungsdauer, die dadurch zum Ausdruck kommt, daß die einmal erreichte Unempfindlichkeit der Nasenschleimhaut gegenüber der Pollenwirkung so nachhaltig ist, daß sie unter gelegentlicher Anwendung des Sprays, in manchen Fällen auch ohne diesen, für die Heufieberzeit erhalten bleiben kann. Ferner ist bei der minimalen Menge von Optochin, die hier in Betracht kommt, jede nachteilige Nebenwirkung ausgeschlossen. Welchen Erfolg die diesjährige, rein prophylaktische Behandlung vor der Heufieberzeit haben wird, bleibt abzuwarten. Aber auch gegenüber den spezifischen Behandlungsmethoden zeigt die Optochinbehandlung eine wesentliche Ueberlegenheit. Eine Heilung durch Immunisierung, wie sie aus theoretischen Erwägungen erwartet wurde, ist von keinem der Autoren gesehen worden, nur eine Milderung der Symptome, und selbst das nur in einem Bruchteil der Fälle, und auch dieses Ziel ist nur zu erreichen durch monatelange prophylaktische subkutane Injektionen, je nach der Methode in kleineren oder größeren Zwischenräumen, jedenfalls aber so, daß der Patient schon viele Monate vor der Heufieberzeit an den Arzt gebunden ist, ohne daß ihm ein sicherer Erfolg der für ihn nicht unbeschwerlichen Kur gewährleistet werden kann. Außerdem muß gewöhnlich die Injektionskur auch in der Heufieberzeit fortgesetzt werden, wenn der durch die Prophylaxe erreichte Erfolg erhalten bleiben soll. Dazu kommt das nicht unwesentliche, schwerwiegende Moment, daß das Verfahren bei der Injektionstherapie mit der zuvor notwendigen Feststellung der Pollenempfindlichkeit nur auf Grund besonderer Kenntnis der ganzen Technik ausgeübt werden kann, während die Optochinbehandlung von jedem mit ein wenig rhinologischer Technik vertrauten Arzt vorgenommen werden kann, zum großen Teil vom Patienten selbst. So ist diese Therapie für den Patienten wie für den Arzt die einfachste in ihrer Anwendung und sicher in ihrer Wirkung. Erst eine Immunisierungstherapie, die nicht nur einen zeitlich beschränkten Schutz, sondern wirkliche Heilung zu bringen vermag, wird der Optochinbehandlung überlegen sein.

(D. m. W. 1919 Nr. 25.)

**Ueber neue therapeutisch wertvolle Aluminiumverbindungen.** Von Privatdozent Dr. H. P. Kaufmann (Aus dem I. Chemischen Institut der Universität Jena). Neotannyl (Aluminium acetico-tannicum) ist ein feines, hellgelbes Pulver, im Gegensatz zu dem Aluminiumsubazetat in Wasser völlig unlöslich. Es ist nicht hygroskopisch und unbegrenzt licht- und luftbeständig. Da die Bindung des Tannins im Molekül eine feste ist, so gelingt es beispielsweise nicht, es mit Essigäther in Lösung zu bringen. Der Tanningehalt beträgt etwa 50 %. Was nun die therapeutische Verwendbarkeit anbetrifft, so ist Neotannyl zunächst durch seine absolute Unschädlichkeit ausgezeichnet. Mehrmals täglich verabreichte große Dosen, z. B. je 5 g, wurden ohne jede unangenehme Erscheinung vertragen. Eine Reizung der Magenschleimhaut ist daher auch bei großen Gaben völlig ausgeschlossen. Wir sehen in dem Präparat die adstringierenden Eigenschaften des Tannins verknüpft mit der bakteriziden Wirkung der essigsäuren Tonerde. Hat man also letztere (in ihrer unlöslichen Form) mit Erfolg zur Darmdesinfektion angewandt, so bietet Neotannyl die größten Aussichten bei Darmerkrankungen mit diarrhoischen Begleiterscheinungen. Durch die anorganischen Bestandteile wird die Substanz weit in den Darm hineingetragen, wo die Wirkung unter Schonung der erkrankten Schleimhäute erfolgt. (B. kl. W. 1919 Nr. 9.)

**Therapeutische Erfahrungen über die Anwendung von Neotannyl.** Von Kriegsassistenzarzt Dr. W. Langhans, leitender Arzt am Garnisonlazarett Jena. Neotannyl hat sich bei einer großen Zahl von akuten Durchfällen und chronischen Darmerkrankungen bestens bewährt. Sein Anwendungsgebiet liegt vor allem bei Erkrankungen dieser Art, doch ist die Möglichkeit zur Erzielung guter Heilerfolge auch bei Darmerkrankungen auf infektiöser Grundlage durch die bakterizide Kraft des Präparates gegeben. Schädigungen der Gesundheit haben sich in keinem Fall gezeigt. (Ibidem.)

**Beitrag zur therapeutischen Verwendung von Atropin.** Von Dr. W. Arnoldi, Assistent der II. medizinischen Klinik der Charité, Berlin. Von den Erkrankungen der Lunge kommen namentlich solche mit mehr oder weniger ausgeprägten spastischen Erscheinungen an der Bronchialmuskulatur in Betracht. Dies trifft nicht nur für das eigentliche Asthma bronchiale und den Status asthmaticus zu, sondern häufig auch bei subakuter, chronischer sowie in manchen Fällen von akuter Bronchitis (besonders wenn eine in gewissen Dispositionen begründete Neigung zu häufigen Rezidiven besteht) zu. Der nervöse Anteil, der Bronchialmuskulatur

krampf, wird dabei durch Atropin (0,01 : 10 etwa 4 mal täglich 10—15 Tropfen) sehr günstig beeinflusst. Oft ist es notwendig, daneben zur Hebung der Zirkulation noch Herzmittel in kleinen Mengen zu geben. Bei massigem Auswurf in Fällen von tuberkulöser Bronchitis und Peribronchitis erzielt man durch Atropin eine Verminderung des Auswurfes, die von den Patienten oft wohlthätig empfunden wird. Ueber den Einfluß des Atropins auf die Sekretionsbeschränkung bei Bronchiektasen kann Verf. kein abschliessendes Urteil fällen (in einzelnen Fällen bewährte sich dabei Injektion von kleinen Mengen von Kampfer, ferner Röntgenstrahlenbehandlung). Bronchitis-Asthma-Urtikaria sind nach v. Strümpell nosologische Verwandte, Adrenalin (und Hypophysenpräparate) wurden hierbei vielfach verwandt. Mehrere Fälle von ausgedehnter Nesselsucht mit Fieber und vorübergehender Eiweißausscheidung heilten auch unter Atropin schnell ab. Bei den bisher erwähnten Erkrankungen sind anaphylaktische Vorgänge möglicherweise mitbeteiligt, noch stärker tritt die Anaphylaxie bei den Beschwerden hervor, die infolge von Schutzimpfungen, namentlich gegen Cholera und Typhus, lokal wie allgemein, häufig beobachtet wurden. Unzweifelhaft wirkte auch hierbei Atropin, wenn es vorher verabfolgt wurde, in sehr zahlreichen Fällen sowohl auf die örtlichen Erscheinungen wie die allgemeinen Beschwerden bessernd ein. Volhards Annahme spastischer Zustände in den Glomeruli der Niere legt es nahe, auch bei den Nierenerkrankungen den etwaigen Erfolg von Atropin zu prüfen. Zunächst boten sich hierzu nur Sklerosen und luische Nephrosen. Die Höhe der Eiweißausscheidung wurde meist nicht beeinflusst. Manchmal verringerten sich bei den Nephrosen die morphologischen Elemente, mitunter nach vorübergehender Vermehrung. Auf Verfs. Veranlassung unternahm Kollege Gander weitere Untersuchungen, deren Ergebnisse Verf. hier mitteilt: 14 Fälle von Glomerulonephritis, die bereits ödemfrei waren, normalen Blutdruck aufwiesen, keine Augenhintergrundsveränderungen darboten und seit 5—6 Monaten in Behandlung standen, wurden untersucht. Es handelt sich also um Fälle, die bereits in der Besserung bzw. Abheilung begriffen waren. Die Eiweißausscheidung ging unter Atropin von 1—2 pM. bei 5 Fällen auf eine Opaleszenz oder 0 herab. Auch in den übrigen Fällen war die Eiweißausscheidung wenigstens vermindert. Das Sediment: Erythrozyten, Leukozyten, hyaline und granulierten Zylinder blieb unverändert gleich, auch nach deutlicher Verminderung der Eiweißausscheidung. Wenn man das Atropin wegließ, so kehrte der Eiweißgehalt nach 3—4 Tagen wieder auf seine frühere Höhe zurück. In akuten Fällen mit starkem Oedem, im Stadium der Entwässerung, sah Verf. mehrfach durch Atropin

keine Verringerung der Wasserausscheidung und manchmal scheinbar ein schnelleres Verschwinden der Eiweißausscheidung. Bei den Fällen, die eine typische Glomerulonephritis durchgemacht hatten, fragt es sich, ob ein orthostatisches Moment, das der eigentlichen Krankheit aufgesetzt war, oder der Krankheitsprozeß selbst beeinflußt wurde. Das erste ist wahrscheinlicher. Es ist Verf. übrigens aufgefallen, daß Kranke mit Hyperazidität- und Ulkusbeschwerden bei der Prüfung ihres Wasserausscheidungsvermögens die Neigung zu einer überschießenden Ausscheidung zeigten. Inwiefern hier Atropin eine Aenderung hervorruft, wäre noch zu prüfen. Zum Schluß sei noch auf die Verwendung von Atropin bei Erkrankungen im Gebiete des Magendarmkanals und der Gallenblase hingewiesen. Verf. sieht dabei ab von geläufigen Indikationen (Hyperazidität, Ulkus, Colica mucosa sowie der spastischen Obstipation). Auch akute Magendarmkatarrhe sowie der Tympanismus vagot. wurden durch energische Atropinisierung günstig beeinflußt. Kleine Dosen von Atropin, über Tag und Nacht verteilt, sind ferner oft zweckmäßiger als Stuhlzäpfchen mit Belladonna oder Belladonnaopium bei Cholelithiasis. Das gestörte Gleichgewicht im Vagus-Sympathikusgebiet, grobschematisch ausgedrückt, kann einmal durch Dämpfung des überregten Vagustonus, weiter durch Erhöhung des Sympathikustonus, endlich durch beides wiederhergestellt werden. Der Einfluß des Atropins ist nachhaltiger und weniger von unangenehmen Nebenwirkungen begleitet als der des Adrenalins. Sicher ist es nicht gleichgültig, daß nur überhaupt ein Gleichgewicht in den Systemen wiederhergestellt wird. Der Tonus kann auch im ganzen in unerwünschter Weise gesunken, ferner das sympathische wie parasympathische System gleichzeitig gereizt sein, und damit wären verschiedene Modi procedendi gegeben. Bis zu einem gewissen Grade jedoch ist die Behandlung mit Adrenalin der Atropinbehandlung analog. Ersteres hebt den Sympathikustonus und kann so ebenfalls das Mißverhältnis zwischen gesunkenem Sympathikustonus und erhöhtem Vagustonus beseitigen. (B. kl. W. 1919 Nr. 10.)

Beim **Erysipel** hat Dr. Hummel (Emmendingen) Pinselungen mit 10% iger Tannintinktur mit sehr gutem Erfolge angewandt. (Der prakt. Arzt 1919 Nr. 1.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Bei dem gerade jetzt so häufigen Auftreten der **Ulcer genitalia** möchte ich nicht verfehlen, auf zwei Mittel hinzuweisen, die sich mir bei Behandlung dieser Affektionen bestens bewährt

haben: Sozjodolnatrium und Europhen. Ich verwende diese beiden Mittel in der Weise, daß ich zunächst das Sozjodolnatrium etwa 5 Tage hindurch zweimal täglich applizieren lasse, wodurch schnellste Reinigung der Ulzera bewirkt wird. Vom 6. Tage etwa lasse ich Europhen aufstreuen, ebenfalls zweimal täglich. Vor jeder neuen Applikation des Pulvers lokales Bad oder Reinigung mit warmem Kamillentee oder sonstiger indifferenten Flüssigkeit. Da, wo die Pulver ohne erheblichere Schmerzempfindung unvermischt vertragen werden, verwende ich sie ohne jeden Zusatz, bei empfindlichen Patienten unter Beimischung von Talkum. Um die junge Narbe vor Reibung und Wiederaufbruch zu schützen, wird für einige Tage, als Nachkur, eine indifferente Salbe appliziert.

San.-Rat Dr. Scharlam (Breslau).

**Ueber die Behandlung der spitzen Kondylome mit Röntgenstrahlen.** Von Dr. Friedrich Winter (Aus der Röntgenabteilung der II. gynäkolog. Universitätsklinik München). Ein guter Erfolg veranlaßte Verf., die Röntgenbehandlung der spitzen Kondylome an einer Reihe von Fällen durchzuführen. Bisher wurden im ganzen 9 Fälle bestrahlt, die alle sehr gut reagierten. Bei 6 Kranken waren große Konglomerate vorhanden. In den übrigen 3 Fällen handelt es sich um viele einzelstehende Effloreszenzen. 4 Patientinnen sind vollkommen geheilt, ohne daß die Haut, abgesehen von vorübergehender leichter Depigmentation und Epilation, irgendwelche Veränderungen zeigt. Bei den 5 übrigen Patientinnen ist die Behandlung noch nicht ganz abgeschlossen, doch läßt die bedeutende Rückbildung der Kondylome in diesen Fällen mit Sicherheit auch hier einen vollen Erfolg erwarten. Kaum erwähnenswert, da selbstverständlich, ist, daß bei geeigneter Einstellung der Röntgenröhren das Ovarium nicht in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Methodik der Behandlung war folgende: Intensiv-Reformapparat der Veifa-Werke (Frankfurt a. M.), Fürstenau-Coolidge-Röhren der AEG. Maximale Spannung etwa 180 Kilovolt; Filter 0,75 mm Zink + 1 mm Aluminium. Sekundäre Belastung 2,5 Milliampere; 23 cm Fokus-Hautabstand; 27—35 Minuten Bestrahlungszeit. In der Regel sind 2—3 Sitzungen notwendig, die in dreiwöchigen Intervallen zu erfolgen haben. Mehr als 3 Bestrahlungen wurden bisher in keinem Falle benötigt.

(M. m. W. 1918 Nr. 8.)

**Zur Kenntnis der Alopecia diffusa nach Grippe.** Von Dr. E. Zurhelle (Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Zusammenfassend kann man sagen, daß die Grippeerkrankung zu einer Ernährungs- und Wachstumsstörung des Haares führt, die

in manchen Fällen offenbar als foudroyante Toxinwirkung — analog der Einwirkung auf den Herzmuskel — aufzufassen ist und zum subakuten oder akuten Absterben der Papille führt und deren Folgen beim überlebenden Haar in meßbarer Länge und Entfernung vom Wurzelende ein untrügliches Zeichen der überstandenen Erkrankung darbieten. Therapeutisch hat Verf. durch Allgemeinbehandlung mit Elarson, lokal infolge einer durch Höhensonne bewirkten entzündlichen Gewebsreaktion die Haarfollikel unter bessere Ernährungsbedingungen zu setzen versucht, was bei gleichzeitiger Anwendung eines Haarwassers zu günstigen Resultaten führte; als solches benutzte Verf. vorwiegend:

Acid. salic.		Sublimat 0,4
Menthol aa 1,0		Anthrasol 10,0
Resorcin alb.	} aa 4,0—5,0	} Perkaglyzerin 1—3,0
Anthrasol		
Spiritus vini ad 200,0		Spirit. vini (70%) ad 200,0 (D. m. W. 1919 Nr. 20.)

**Noch ein Wort zur Furunkulosebehandlung.** Von Dr. Ritter - Bad Salzbrunn in Schles. „Bei einer monatelang dauernden, schweren Furunkulose, die ich selbst durchgemacht habe, hat sich mir die Behandlung mit reinem, altem Ichthyol und Wattebausch, wie sie in der Münch. med. Wochenschrift von verschiedenen Seiten angeregt wurde, am allerbesten bewährt. Der große Vorzug liegt in der sicheren und einfachen Abdeckung der einzelnen Herde und der dadurch erzielten Verhütung der Weiterverschleppung der Infektion. Auch bei sehr zahlreichen Herden ist diese Abschließung ohne Verband und Heftpflaster mit dem Ichthyolwattebausch sehr leicht und haltbar zu erreichen. Ein Faktor, auf den bisher noch nicht hingewiesen wurde, zeichnet die Ichthyolbehandlung ganz besonders aus, und das ist die Wasserlöslichkeit des Ichthyols. Man braucht die Haftstellen nicht mit Benzin etc. abzureiben wie bei Heftpflaster und Masticol-Okklusionsverbänden. Wenn die nekrotischen Pfröpfe noch nicht genügend demarkiert sind, um beim Abreißen des Wattebausches daran haftend zu folgen, genügt ein warmes Bad völlig, um die ganze Haut zu reinigen, und dann kann dieselbe Behandlung von neuem vorgenommen werden. Es hat sich mir folgendes Therapieschema auf die Dauer am besten bewährt: Ganz frische Herde mit nur beginnender Rötung der Haut — Jodtinktur. Kleine Infiltrate mit Pustel oder gelbem Zentrum — Ichthyolwattebausch. Große Infiltrationsherde mit umfangreicheren Nekrosen — nach den bisher bewährten Methoden. Meist läßt sich die Entwicklung größerer Infiltrationen mit der Ichthyol-Wattebauschbehandlung vermeiden.“ (M. m. W. 1919 Nr. 23.)



## d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Zur Indikationsstellung für die manuelle Plazentarlösung bei Placenta adhaesiva.** Von Prof. Dr. Wilhelm Liepmann (Aus der Freimaurer-Stiftung „Margaretenhaus“, Frauenklinik und Entbindungsanstalt, Berlin). Die manuelle Lösung der Plazenta ist auch heute noch in der Klinik wie in der Praxis die von dem Geburtshelfer gefürchtetste Operation. Winter stellte fest, daß unter 260 Fällen mit 33 % Mortalität 30 Fälle mit 46 % Mortalität auf diese Operation zurückzuführen seien. Deshalb erscheint jeder Beitrag berechtigt, der den Weg zur Einschränkung der Indikation zur manuellen Plazentarlösung von neuem beleuchtet. Zwei jüngst beobachtete Fälle bieten einen willkommenen Anlaß hierzu. In beiden Fällen löste sich die Plazenta nicht, der Uterus fühlte sich kugelig an, keine Blutung. Dieser Zustand blieb in beiden Fällen fast 10 Stunden, d. h. bis zu dem Moment bestehen, in dem es schließlich durch die mit äußerster Kraft geführte Expression gelang, die Plazenta nach außen zu befördern. Klinisch mußten also beide Fälle als Placentae accretae erscheinen, erst der endgültige Effekt erwies diese Diagnose als irrig. Das Charakteristikum der Placenta accreta ist ja gerade: die völlige Adhärenz ohne Blutung bei kugeligem Uterus. Bei der partiellen Adhärenz blutet es stark und zwingt zum Handeln. Bei der Retention blutet es meist, aber wenn es auch nicht nach außen blutet, zeigt die veränderte Konfiguration der Gebärmutter uns die bestehende Ablösung der gelösten oder teilweise gelösten Plazenta an; in reichstem Maße charakteristisch ist diese Konfigurationsveränderung bei der Tubeneckenplazenta. Wer jemals die Tubenecke stark vorgebuchtet gefühlt hat, wird diesen Befund niemals vergessen. Der Vorgang ist nun folgender: Ebenso wie zwei frisch durchschnitene Kautschukflächen ziemlich fest aneinanderhaften, so haftet Plazenta und Uterus aneinander, wenn sich letzterer in einem Zustand der Ruhe, d. h. der Dauerkontraktion befindet. Erst die Muskelbewegungen, die Nachwehen des Uterus, führen in den Erschlaffungsintervallen zu Blutungen zwischen Uteruswand und Plazenta und heben dadurch die Adhäsionskraft auf. Wenn man somit die Adhäsion als die Anziehungskraft bezeichnet, die zwischen den benachbarten Teilchen zweier einander berührender Körper besteht, so dürfte man wohl am zweckmässigsten diesen Zustand als Placenta adhaesiva bezeichnen. Man würde also klinisch und anatomisch neben der Retentio placentae und der Placenta accreta noch die Placenta adhaesiva zu nennen haben. Ob die Seltenheit der Placenta adhaesiva sehr groß ist, wäre durch weitere Beobachtungen zu erweisen. Eines aber scheint schon jetzt für die

Praxis als feststehend zu betrachten zu sein, daß ohne Blutung keine Plazenta manuell zu entfernen ist, da man niemals wissen kann, ob es sich um eine Placenta adhaesiva mit bester Prognose oder um eine der so überaus seltenen Placentae accretae handelt. Wie lange soll nun der Geburtshelfer in solchen Fällen ohne Blutung warten? (Die Fälle mit Blutung erfordern ja ohne weiteres Expression in Narkose und bei Mißlingen manuelle Lösung.) Wenn Hammerschlag die Wartezeit auf 4—6 Stunden normiert, wenn Leo empfiehlt, nicht länger als 3 Stunden zu warten und schließlich Zangemeister rät, daß in den Fällen, in denen keine Blutung besteht, nicht vor Ablauf von 2—3 Stunden post partum die manuelle Plazentalösung vorgenommen werden solle, so scheint damit der oberste Grundsatz der Geburtshilfe, daß Zeit keine Indikation ist, durchbrochen zu sein. Dementsprechend nimmt auch Bumm einen entgegengesetzten Standpunkt ein, wenn er sagt, die einfache, nicht durch Blutung komplizierte Retention der Plazenta berechtige niemals zur Einführung der Hand in die Uterushöhle. Verf. selbst hat denselben Standpunkt vertreten und die Zeit des Abwartens bis auf 12 Stunden angegeben. Aber selbst diese Zeitangabe erscheint heute noch zu eng gefaßt. Wohin hätte es geführt, wenn Verf. in den beiden angegebenen Fällen dem Rate derjenigen gefolgt wäre, die nach 3—6stündigem Abwarten die Indikation zu manueller Lösung als gegeben erachten? Beide Male handelte es sich um Kollegenfrauen, deren Ehemänner die Gefahr einer solchen Operation wohl zu erfassen vermochten. Hier klafft eine Lücke in unserem klinischen Wissen. Es ist dringend notwendig, jeden Fall verspäteter Lösung der Plazenta zu publizieren, damit man sich an einem großen Material endlich darüber klar wird, nach wie langer Zeit eine spontane Lösung mit Hilfe der Expression noch möglich ist. Erst dann ist der klinische Lehrer in der Lage, den Geburtshelfern eine bestimmte Wartezeit als Indikation zum Eingriff zu empfehlen. Dann werden sich auch die Beobachtungen über die Placenta adhaesiva ebenso mehren, wie sich unnötige und die noch gefährlicheren manuellen Lösungen verringern werden. (B. kl. W. 1919 Nr. 13.)

**Behandlung entzündlicher Adnextumoren mit Terpentin-**  
**einspritzungen.** Von Prof. Dr. Zoeppritz (Universitäts-Frauen-  
**klinik Göttingen).** Verf. verfügt über 30 Fälle von mit Terpentin-  
**injektionen** behandelten entzündlichen Adnextumoren. Verwendet

wurde nach dem Vorgang von Klingmüller Terpentin in öliger Verdünnung, 10 Terpentin auf 40 Ol. olivarum. Davon wurde 0,5 ccm eingespritzt, und zwar in der hinteren Axillarlinie 2—3 Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes bis auf den Knochen.

Bei richtiger tiefer Injektion hat Verf. nie lokale Schädigungen gesehen; nie wurde Eiweiß im Urin beobachtet. Verf. hat alle 4—5 Tage injiziert, in einigen Fällen stieg er mit der Injektionsmenge auf 1 ccm, ohne dadurch einen besseren Erfolg zu erzielen als mit der geringeren Dosis. Die Zahl der Injektionen schwankte im einzelnen Falle sehr. Verf. ging bis zu 11 Injektionen im Laufe der Behandlung. Bestehendes Fieber war keine Gegenanzeige gegen den Beginn der Behandlung, vielmehr beobachtete Verf. in fast allen Fällen, auch wenn höhere Temperaturen bis 39° bestanden, einen raschen Abfall schon nach der ersten oder spätestens zweiten Einspritzung; in einigen wenigen Fällen reagierten die Frauen auf die Einspritzung mit höherem Fieber — auch ein Schüttelfrost wurde einmal beobachtet —, das aber nur 24—36 Stunden anhielt. Irgendeine prognostisch günstig oder ungünstig zu wertende Bedeutung hat diese Temperatursteigerung nicht. Einige Stunden nach der Injektion klagen die Patienten, als Zeichen der lokalen Reaktion, häufig über verstärkte Schmerzen im Unterleib, die aber in keinem dieser Fälle so heftig wurden, daß Narkotika deshalb hätten angewendet werden müssen. Als erste angenehm empfundene Wirkung der Einspritzung fällt bei Patienten, die sich sehr elend und matt fühlen, eine ganz wesentliche Hebung des Allgemeinbefindens auf. Der Appetit wird angeregt und das Krankheitsgefühl läßt nach. Diese Beobachtung konnte Verf. besonders bei zwei neueren, noch nicht abgeschlossenen Fällen von Genital- und Bauchfelltuberkulose machen. Die Erfolge sind im allgemeinen sehr befriedigend. Die Fälle von frischen, noch fiebernd in Behandlung gekommenen eitrigen Erkrankungen der Anhängen sind sämtlich so wesentlich gebessert, daß bei der Entlassung keine oder nur ganz geringe Veränderungen mehr nachzuweisen waren. Bei alten, lange bestehenden Veränderungen ist natürlich ein solcher Erfolg nicht zu erzielen, doch gingen auch hier die krankhaften Erscheinungen sehr wesentlich zurück, so daß in fast allen Fällen die Kranken beschwerdefrei entlassen werden konnten. Nur ein Fall blieb vollkommen unbeeinflusst durch die Behandlung. Die Vorzüge der Terpentinbehandlung sind kurz zusammengefaßt folgende: Die Mehrzahl der frischen eitrigen Adnexerkrankungen wird sehr günstig beeinflusst, um nicht zu sagen geheilt. Die Behandlung kann schon in der Zeit des Entstehens der Adnexveränderungen bei noch bestehendem Fieber einsetzen. Dadurch wird Zeit gewonnen und wahrscheinlich, bestimmt läßt sich das ja schwer, höchstens bei Beobachtung einer sehr großen Zahl von Fällen, nachweisen, die Entstehung von größeren Adnextumoren hintangehalten. Die Behandlungsdauer schwankt zwischen 3 und 7 Wochen, ist also im Durchschnitt

sicher kürzer als bei den sonstigen konservativen Maßnahmen. Ältere eitrige Adnexerkrankungen sind dieser Behandlung, wie ja auch den sonst geübten konservativen Maßnahmen, weniger zugänglich als frische, doch werden mit Terpentin zum mindesten dieselben Resultate wie mit den früheren Methoden erzielt, dabei ist die Behandlung wesentlich einfacher.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 16.)

### Verschiedenes.

**Ein neues Fläschchen zur sterilen Aufbewahrung von Medikamenten und ihrer direkten Entnahme mit der Rekordspritze.** Von Dr. Hinz in Burg i. D. Während das ideale Aufbewahrungsmittel für alle für Injektionszwecke bestimmten Medikamente die zugeschmolzenen Ampullen sind, so sind diese doch nur teilweise im Gebrauch, da sie bei Medikamenten, die oft oder in größerer Menge verwendet werden, sich außerordentlich teuer stellen. Für Lösungen von Morphin, Kampfer, Koffein, Novokain, Quecksilberverbindungen usw. ist nach wie vor die verkorkte Flasche das gebräuchlichste Aufbewahrungsmittel. Bei der Füllung der Rekordspritze aus solcher Flasche wird nun jeder oft seinen Aerger daran gehabt haben, daß die Lösung zum Aufsaugen erst in ein steriles Schälchen ausgegossen werden muß, oder daß beim Aufsaugen mit der Kanüle wegen des engen Lumens derselben oder wegen öligter Beschaffenheit der Lösung diese nur schwer und langsam steigt; vor allen Dingen stellt man jedesmal von neuem fest, daß bei dem häufigen Öffnen der Flasche, beim Anfassen und Hinlegen des Korkens, beim Umgießen usw. eine Infektion der Lösung unmöglich zu vermeiden ist. Alle diese Uebelstände werden nun vermieden bei einem Fläschchen, das die Firma R. Braun (Melsungen) nach Verf.s Angaben in der Größe von 15, 50, 100 und 150 ccm herstellt. Es besteht aus drei Teilen: einer kugeligen Flasche, einem Stöpsel mit Steigerrohr, Öffnung für Luftausgleich und Ansatz für die Rekordspritze, und aus einer Kappe. Beim Gebrauche wird nur die Kappe abgenommen, das Medikament in gewünschter Menge direkt mittels der Spritze aufgesogen und die Kappe wieder aufgesetzt. Alle Teile der Flasche sind aus Hohlglas und auskochbar. Das Medikament kann in der geschlossenen Flasche nach Abnahme der Kappe beliebig im Wasserbade erhitzt werden. Vor allem aber ist jede Infektion des Flascheninhaltes ausgeschlossen.

(D. m. W. 1919 Nr. 16.)

**Ueber Lupinenbrot.** Von Geheimrat Prof. Dr. Pohl-Breslau. Das aus Lupinen gewonnene Mehl kann für sich allein zum Brotbacken nicht benutzt werden, da ihm die Stärke fehlt. Hingegen ist das mit einem Zusatz von 4 Teilen Roggenmehl gewonnene Brot bis auf einen leichten spezifischen Geschmack von reinem Roggen- und Weizenbrot nicht unterscheidbar. Seinem Nährwert nach aber ist es demselben überlegen, denn der Eiweißgehalt ist von 5,25 % nahezu auf das doppelte, auf 9,4 % gestiegen. Auch der Fettgehalt muß dementsprechend zugenommen haben. Das Brot ist in allen seinen Qualitäten als tadellos zu betrachten. Es stellt die Lupine gewissermaßen ein Unikum vor. Auf der einen Seite größte Anspruchslosigkeit der Pflanze an die Güte des Bodens, auf der anderen Seite Stickstofferträge im Samen von mehr als 10 %, entsprechend 56—63 % Eiweiß. Bedenkt man nun, daß Milch nur 3 %, Fleisch 20 % Eiweiß enthält, dann ist die Lupine Milch und Fleisch, das auf dem Felde wächst. Bei dieser Sachlage erscheint es gerechtfertigt, wenn alle einflußreichen Kreise die Einführung der Lupine nach Kräften fördern, die Bevölkerung objektiv belehrt wird und wenn vor allem bestehenden ungerechtfertigten Vorurteilen entgegengetreten wird. Insbesondere ist das Auftreten der sogen. Lupinose, eine mit Ikterus einhergehende Krankheit, derzeit, wo auf die Pilzfreiheit des Ausgangsmaterials besonders Wert gelegt wird, ausgeschlossen. Die Lupine ist praktisch ungiftig und unbedenklich. Es ist aber auch Sache der Landwirtschaft, durch entsprechenden Anbau von Lupinen der Volksernährung ein so ausgezeichnetes Produkt in genügender Quantität zu liefern. Dem von anderer Seite erhobenen Einwand, daß durch den Lupinenzusatz der Kohlehydratgehalt des Brotes verringert wird, entgegnet Verf., daß dies durch anderweitige Kohlehydrate einerseits leicht wettgemacht werden kann, daß andererseits die Lupinensamen selbst zuckerliefernde Kohlehydrate enthalten. Das bei Lupinenzusatz zum Backmehl gesparte Fünftel Roggenmehl wird natürlich der Bevölkerung in anderer Form zugute kommen (Kindernährmittel, Keks und ähnliche Waren). Das Lupinenbrot ist etwa 10 % wasserreicher als das Roggenbrot; diesem Defizit steht der gesteigerte Eiweißwert ausgleichend gegenüber. (B. kl. W. 1919 Nr. 20.)

**Entfernung des eingewachsenen Mayerschen Ringes.** Von Dr. Emil Engel, Frauenarzt in Charlottenburg. Nicht allzu häufig, aber doch noch oft genug erlebt man in der Praxis den Fall, daß ein, meist infolge Nachlässigkeit, nicht rechtzeitig gewechselter Mayerscher Ring nicht entfernt werden kann. Einige helfen sich dadurch, daß sie den Ring mit Gewalt, z. B. durch

schwere Zange, zerbrechen und dann entfernen, andere reißen ihn gewaltsam aus der Scheide und vernähen die Wunden, wieder andere versuchen ihn durch Einschnitte in die Scheide zu beseitigen. Ein sehr einfaches Verfahren, über das Verf. kurz berichten möchte, hat sich bei ihm vorzüglich bewährt. Der Ring wird mit einem stumpfen Haken in querer Richtung möglichst weit nach vorn gezogen; neben diesem führt man eine feine Drahtsäge durch den Ring, befestigt die Handgriffe an beiden Enden und versucht, in gleichmäßigen, ununterbrochenen Zügen den Ring in schräger Richtung zu durchsägen. Bei Unterbrechung der Sägearbeit bricht leicht die Säge, bei gerader Richtung ist die Harnröhre gefährdet. Der durchschnittene Ring kann ungefährdet um  $180^{\circ}$  gedreht werden; dieselbe Arbeit muß nochmals ausgeführt werden, dann können die beiden Stücke leicht beseitigt werden. Ohne den Patienten die geringsten Beschwerden, Schmerzen oder gar Verletzungen zuzufügen, kann auf diese Weise der eingewachsene Mayersche Ring in wenigen Minuten in der Sprechstunde entfernt werden. (D. m. W. 1919 Nr. 13.)

**Ueber die Verwertung der sauren Milch bei der Säuglingsernährung.** Von Prof. Franz Hamburger (Graz). In der jetzigen Zeit mit der schlechten Milchversorgung und den ungünstigen Eisenbahnverhältnissen gibt es kaum eine Stadt, wo nicht im Frühjahr und im Sommer die vom Lande hereinkommende Milch häufig sauer wäre. Die Milch ist sehr oft nicht kochfähig, weil sie sofort in dicken Klumpen, wenn sie erwärmt wird, gerinnt. Die so entstehende grünliche Flüssigkeit mit den groben Klumpen ist selbstredend für Säuglinge ungenießbar, ja in den meisten Fällen scheuen sich selbst die Erwachsenen und größere Kinder, solche Milch zu genießen. Es erscheint nun praktisch wichtig, darauf hinzuweisen, daß nicht kochfähige Milch in den allermeisten Fällen von den Säuglingen ohne jeden Schaden vertragen wird, wenn sie entsprechend behandelt wird. Kein Kinderarzt wird sich darüber wundern, weil ihm ja bekannt ist, daß die sogen. Säuglingsbuttermilch nichts anderes ist als eine saure oder säuerliche Magermilch, welche mit Mehl und Zucker gekocht wird die ja sehr vielfach sogar als Heilnahrung bei Säuglingen seit Jahren Verwendung findet. Verf. möchte es im allgemeinen nicht als zweckmäßig empfehlen, die säuerliche Milch durch Sodazusatz kochfähig zu machen, weil gerade die so behandelte Milch sehr häufig durch den Gehalt von Soda abführend wirkt. Verf. verwendet, wie schon angedeutet, das Prinzip der Säuglingsbuttermilch zur Herstellung einer brauchbaren Säuglingsnahrung aus nicht kochfähiger Milch. Er gibt den Frauen in der Beratungs-

stelle den Rat, die Milch, wenn sie ins Haus kommt, gleich auf ihre Kochfähigkeit in der Weise zu prüfen, daß sie einige Tropfen Milch auf einem Kaffeelöffel erhitzen. Gerinnt die Milch nicht, so möge die Mutter sofort, ohne auch nur kurze Zeit zu warten, sie im ganzen abkochen und in der gewünschten Weise verdünnen, Gerinnt aber die Milch, so mache man sich eine dicke Schleimabkochung von Mehl, Rollgerste, Gries, Haferreis u. dgl. und mische diese erkaltete Abkochung mit der nicht kochfähigen Milch in dem gewünschten Verhältnis, setzt Zucker zu und kocht nun entweder direkt auf dem Herde oder im Wasserbad. Auf diese Weise behandelte Milch gerinnt nicht mehr in groben Klumpen, sondern in feinen Flocken und ist, wie schon erwähnt, in den meisten Fällen für den Säugling unschädlich.

(M. m. W. 1919 Nr. 21.)

### Neue Bücher.

**Merkblatt zur Feststellung des Vorkommens der Fieberschnacken (Anopheles)** herausgegeben vom „Forschungsinstitut für angewandte Zoologie“ in München. Preis einzeln 30 Pfg., ab 100 Stück je 20 Pfg. J. F. Lehmanns Verlag in München. Die Rückkehr unserer Krieger hat die Gefahr der Entstehung einer einheimischen Malariaeuche erhöht, eine Gefahr, die sich nach der Heimkehr unserer Kriegsgefangenen noch wesentlich steigert. Es ist zur Erhaltung der Volksgesundheit dringend notwendig, dieser Gefahr zu begegnen. Die Hauptwaffe ist hier die Erkenntnis und Vorbeugung der Gefahr. Das vorliegende Merkblatt beschreibt den Erreger der Krankheit und den Vorgang der Uebertragung des Erregers durch die Fiebermücke (Anopheles) auf den Menschen. Die Fiebermücke, die ausschließliche Ueberträgerin der Krankheit, ist genau beschrieben, sodaß mit ihrer Erkennung ihre Bekämpfung ermöglicht wird. Die Verbreitung des Merkblattes ist im Interesse des Volkswohls eine unerläßliche Pflicht der zuständigen Behörden (Ministerien f. Volksgesundheit und unterstellte Aemter, Landratsämter, Gemeinden usw.) und der einschlägigen wissenschaftlichen Institute.

**Unsere Toten im Weltkriege.** Teil I: Die gefallenen Aerzte, Zahnärzte, Veterinäre, Apotheker und Feldgeistlichen. Alphabetisches Namenverzeichnis, auf Grund der amtlichen Verlustlisten herausgegeben von Ch. Zimmer (München). Preis (einschl. Teuerungszuschlag) 2.75 Mk. J. F. Lehmanns Verlag, München. Das Büchlein enthält gruppenweise angeordnet über 1700 Namen von gefallenen sowie an Verletzungen und Krankheiten erlegenen Aerzten,

Apothekern und Geistlichen und erbringt damit den Beweis, daß die Aerzte in diesem Kriege ihre Pflichten nicht nur erfüllten, sondern daß sie auch ihrer Truppe im Kampf und Tod folgten. Es ist eine Ehrentafel für unsere Aerzteschaft. Die hinterbliebenen Angehörigen, Aerzte und Studenten, die die Namen ihrer gefallenen Berufskollegen in Ehren halten, werden dem Herausgeber für die Veröffentlichung Dank wissen.

## Inhaltsverzeichnis.

Diagnostisches S. 321. Prognostisches S. 324. Kasuistisches S. 328.  
Therapeutisches S. 332. Verschiedenes S. 348. Neue Bücher S. 349.

## Sachregister.

Adnextumoren, Terpentineinspritzungen bei 346.  
Alopezie nach Grippe 343.  
Atropin, Behandlung mit 340.  
Drüsenpunktion bei Syphilis 322.  
Erysipel, Behandlung 342.  
Erythema exsudativum bullosum 328.  
Furunkulose, Behandlung 314.  
Herzfehler und Schwangerschaft 324.  
Heufieber, Optochin bei 337.  
Influenza, Lungenerkrankungen bei Kindern nach 326.  
—, Myelitis nach 331.  
—, Alopezie nach 343.  
Kondylome, Röntgenbehandlung der spitzen 343.  
Krampfadern, Sublimatinjektionen bei 332.  
Lungenerkrankungen bei Kindern nach Influenza 326.  
Lupinenbrot 349.  
Lymphadenitis acuta bei Kindern 335.  
Mayerscher Ring, Entfernung des eingewachsenen 349.  
Medikamente, Fläschchen zur sterilen Aufbewahrung von 348.  
Milch, saure, bei der Säuglingsernährung 350.  
Myelitis nach Grippe 331.  
Notannyl 310.  
Optochin bei Heufieber 337.  
Placenta adhaesiva, Behandlung 345.  
Pseudohalsrippen 331.  
Pyoderma vegetans 328.  
Röntgenbehandlung der spitzen Kondylome 313.  
Schwangerschaft, Herzfehler und 324.  
Syphilis, Drüsenpunktion bei 322.  
Tuberkulinreaktion, perkutane 321.  
Ulcera genitalia, Behandlung 342.

## Autorenregister.

<i>Arnoldi</i> 340.	<i>Hamburger</i> 321, 350.	<i>Mauelshagen</i> 322.	<i>Trömmner</i> 331.
<i>Benthin</i> 324.	<i>Hinz</i> 348.	<i>Ochsenius</i> 335.	<i>Winter</i> 343.
<i>Bossert</i> 326.	<i>Hummel</i> 342.	<i>Pohl</i> 349.	<i>Zirn</i> 332.
<i>Engel</i> 349.	<i>Kaufmann</i> 340.	<i>Ritter</i> 344.	<i>Zoeppritz</i> 346.
<i>Finkelstein</i> 328.	<i>Langhans</i> 340.	<i>Scharlam</i> 313.	<i>Zurhelle</i> 343.
<i>Habermann</i> 322.	<i>Leichtentritt</i> 326.	<i>Spiegel</i> 331.	
<i>Haike</i> 337.	<i>Liepmann</i> 345.	<i>Strutner</i> 321.	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.



# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis des Jahrgangs  
M.6.— ausschl. Porto.

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von San.-Rat Dr. Eugen Graetzer in Berlin-Friedenau.

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

28. Jahrgang

Nr. 12.

September 1919

## Aetiologisches.

Ueber die ursächlichen Beziehungen zwischen progressiver Paralyse und Unfällen. Von Otto Kühne (Assistenzarzt am Neuen Städt. Krankenhaus Cottbus).

1. Eine rein traumatische Paralyse gibt es nicht.
2. Jede Paralyse hat als Grundlage eine Syphilis.
3. Da aber nur ein geringer Prozentsatz aller Syphilitiker (etwa 2—5%) an Paralyse erkrankt, kann die Syphilis als einzige Bedingung nicht ausreichen, um Paralyse zu erzeugen. Es muß vielmehr noch eine zweite Bedingung erfüllt sein, damit Paralyse entstehen kann.
4. Diese zweite Bedingung besteht in einem endogenen Faktor: einer angeborenen oder erworbenen Disposition, die sich nach verschiedenen Richtungen äußern kann: herabgesetzte Durchlässigkeit der Gefäße des Plexus chorioides, Veränderungen an der Pia infolge von Frühmeningitis und Herabsetzung der Abwehrkräfte des Körpers. Jede dieser Richtungen kann je nach dem Grade ihrer Ausbildung für sich allein oder zu mehreren vereint ausreichen, um bei einem Syphilitiker Paralyse hervorzurufen.
5. Exogene Schädlichkeiten sind für die Entstehung der Paralyse nicht notwendig.
6. Da aber die Erfahrung zeigt, daß durch exogene Schädlichkeiten Paralyse ausgelöst werden kann, muß man annehmen, daß die Disposition durch exogene Schädlichkeiten ersetzt werden kann.
7. Als Ersatz für die Disposition können nur solche Schädigungen gelten, von denen wir aus der Erfahrung wissen, daß sie einen nachteiligen Einfluß auf das Gehirn ausüben.
8. Handelt es sich um solche äußere Schädigung und läßt sich nachweisen, daß Paralyse zur Zeit des Unfalles noch nicht

bestanden hat, so muß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse angenommen werden.

9. Die zeitlichen Verhältnisse spielen keine wesentliche Rolle, da das Syphilisgift viele Jahre gebrauchen kann, um Paralyse zu erzeugen. Je schwerer die Verletzung, um so wahrscheinlicher ist der ursächliche Zusammenhang.

10. Handelt es sich um einen Unfall, welcher nicht auf das Gehirn eingewirkt hat, an den sich aber Paralyse anschließt, so ist derselbe lediglich ein zeitlich zufällig zusammentreffendes Ereignis oder höchstens eine unwesentliche Hilfsursache, da er nicht die Disposition ersetzen kann, die vorhanden sein muß, um mit dem Syphilisgift zusammen Paralyse zu erzeugen.

(Mschr. f. Unfallhkd. 1919 Nr. 3/4.)

**Zur Frage der orthostatischen Albuminurie.** Von Prof. Dr. G. Kelling (Dresden). Es liegt nahe, die Ursache in einer halbseitigen Zirkulationsstörung, welche hauptsächlich die linke Niere betrifft, zu suchen. Die linke Nierenvene zieht über die Wirbelsäule und über die Aorta hinweg nach der Vena cava inferior zu; es ist begreiflich, daß sie durch Lordose komprimiert werden kann. Es ist vielleicht auch nicht nötig, daß sie völlig komprimiert wird, es kann auch eine Drosselung der Vene genügen. Dabei ist noch in Betracht zu ziehen, daß es nicht allein auf die Kompression der Nierenvene, sondern auch auf den arteriellen Zufluß der Niere ankommt, indem bei geringer Kompression ein starker arterieller Zufluß zur Niere eine Stauung hervorbringen kann, die bei schwächerem Blutzufuß ausbleibt bzw. zur Eiweißausscheidung nicht genügend ist. Auf diese Weise kann man erklären, daß man durch Einspritzen medikamentöser Mittel in manchen Fällen den Eiweißgehalt des Urins zu beeinflussen vermag. Noch eine zweite anatomische Ursache liegt möglicherweise für den Druck auf die linke Nierenvene vor, und zwar von seiten des Dünndarmgekröses. Bei schlechter Füllung des Abdomens könnte es geschehen, daß der nach unten hängende, mangelhaft gestützte Dünndarm am Gekröse einen Zug ausübt, wodurch eine Kompression der Nierenvene zwischen Aorta und Arteria mesenterica superior stattfindet. Daß zwischen den beiden Gefäßen eine Kompression stattfinden kann, wissen wir vom arterio-mesenterialen Verschuß des Duodenum her. So nahe auch die vorgetragene Vorstellung liegt, so fand Verf. sie doch in der mir zugängigen Literatur weder diskutiert noch widerlegt. Die Entscheidung ließe sich mit Hilfe des Ureterkatheterismus unschwer erbringen. Es würden dann unter diese Rubrik diejenigen Fälle von orthostatischer Albuminurie gehören, bei

denen die Eiweißausscheidung allein aus der linken Niere erfolgt und die rechte freibleibt. (Zbl. f. inn. Med. 1919 Nr. 20.)

### **Symptomatologisches.**

**Ein für die Grippe pathognomonisches Symptom.** Von Dr. C. Schneiter (Zürich). Bei einer großen Zahl von Untersuchungen an Grippepatienten konnte Verf. ein Symptom konstatieren, das bei 40—50% aller Fälle zu beobachten war, wegen seiner Deutlichkeit und seinem diagnostischen Wert erwähnt zu werden verdient und für die jetzige Grippe-Epidemie charakteristisch zu sein scheint. Es ist das h. u. über dem Lungenrand, und zwar meist rechts und in unmittelbarer Nähe der Wirbelsäule bei tiefer Atmung und am Ende des Inspiriums hörbare Knistern oder feuchte, klingende Rasseln. Dasselbe ist meist schon und oft als einziger Lungenbefund am 3. oder 4. Krankheitstage zu hören, zieht sich noch lange in die Rekonvaleszenz hinein und war manchmal noch Monate nach der eigentlichen fieberhaften Krankheitsperiode, in diesen Fällen verbunden mit Schmerzen auf der Seite oder vorn, nachzuweisen. Alle Fälle, bei denen dieses über dem Lungenrand hörbare Knistern oder über dem unteren Lungenrand zu konstatierende Klingen zu beobachten war, zeigten die Symptome einer schwereren Erkrankung: Aengstlichkeit, Schwitzen, steigende Temperaturen, die aber manchmal nur bis 37,8 Grad erhöht waren, eine namentlich in den unteren Thoraxpartien gehemmte Atmung. Das Knistern ist häufig nur am Prädilektionsort, über dem Lungenrand neben der Wirbelsäule in der Höhe des 10. Brustwirbels zu finden, zieht sich auch der Wirbelsäule entlang nach oben oder dem Lungenrand entlang nach der Seite. Es ist bei Vesikuläratmen zu hören und beim tiefen Atmen und am Ende der Inspiration und kommt häufig allein und ohne jeden anderen Lungenbefund vor. Es ist aber selbstverständlich, daß das Symptom, das auf dem Eintreten der inspiratorischen Luft in die unteren Lungenpartien beruhen muß, nur dann auftreten kann, wenn die unteren Lungenpartien, die Lungenränder, an der Atmung sich beteiligen. Es ist meistens schon beim ersten Atemzug, den der Patient auf die Aufforderung des untersuchenden Arztes hin ausübt, zu vernehmen; fehlt es und ist die Atmung undeutlich und schwach, so vergewissere der Arzt sich erst, ob der Patient auch mit den unteren Lungenpartien atme, oder, was häufig vorkommt, ob in Folge mangelnder Atemtechnik oder einer dem Patienten selber unbewußten Schonung der unteren Lungenpartien die Atemexkursionen in den

unteren Thoraxpartien ausbleiben. Gelingt es, den Patienten soweit zu bringen, daß er auch oder vorwiegend mit den unteren Partien seines Brustkorbes atmet, so war in manchen Fällen das Symptom und z. T. sowohl das Knistern als auch das klingende Rasseln am Ende der Inspiration zu hören, sogar in Fällen, in denen der ganze übrige physikalische Befund negativ war. Welches die diesem Symptom zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen sind, ist aus dem Grunde leicht zu ersehen, weil dies Symptom bei oberflächlicher Atmung fehlt und erst bei der tiefen, auch die unteren Lungenpartien erfassenden Atmung auftritt: es handelt sich um ein Entfaltungsknistern, um Entfaltungsgerausche, um das Eintreten von Luft in atelektatische, vom Atmungsvorgang ausgeschlossene, der Anschoppung anheimgefallene Lungenpartien. Damit hat die Diagnose, die einen ganz klaren und eindeutigen Befund gibt, zugleich einen therapeutischen Gewinn, indem der Patient mit dieser einfachen Untersuchung gleichzeitig vor den Gefahren der Hepatisation bewahrt wird.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1919 Nr. 17.)

**Sugillationen an der Fußsohle als Symptom der Kalkaneusfraktur.** Von Prof. Dr. J. Oehler (Aus der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses Henriettenstift zu Hannover). Die gewöhnlichen Verletzungen des Fußes führen, wenn sie eine Knochenverletzung hervorrufen, bekanntlich meist zu Knöchelfrakturen, deren Art ja vielfach schon aus der Art der Verletzung, wenn sie genau angegeben werden kann, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden kann. Schwellung und Sugillation sitzen dann gewöhnlich in der Umgebung der Knöchel, nie an der Fußsohle. Sugillationen an der Fußsohle, besonders im hinteren Teil derselben, sind vielmehr pathognomonisch für knöcherne Verletzung der Fußwurzel, speziell des Kalkaneus. Wenn man sich vergegenwärtigt, eine wie dicke und straffe Bindegewebsschicht das Hämatom an der Fußsohle durchwandern muß, bis es in der dicken Sohlenhaut erscheint, so kann man sich leicht denken, daß nur Frakturen, welche ganz in der Nähe der Fußsohle sitzen, zu Sugillationen in derselben führen können. Und tatsächlich hat Verf. auch nur in solchen Fällen Sugillationen an der Fußsohle konstatieren können, so daß er dieselben mit unter die Symptome der Frakturen der Fußwurzelknochen, speziell des Kalkaneus, im Gegensatz zu den Knöchelfrakturen aufnehmen möchte. Auch die häufige Verwechslung von Kalkaneusfrakturen mit einfachen Distorsionen des Fußgelenks wird, wenn auf die Sugillationen an der Fußsohle geachtet wird, weniger leicht möglich sein.

(M. m. W. 1919 Nr. 22.)

**Die Amenorrhoe — ein Frühsymptom der Frauentuberkulose.** Von Oberarzt Dr. Sch w e r m a n n (Reservelazarett Alpirsbach). Unter den vielen Symptomen, die für die früh- und rechtzeitige Erkennung der Lungentuberkulose von Bedeutung sind, verdient in der Symptomatologie der Frauentuberkulose ein Krankheitszeichen hervorgehoben zu werden, das noch immer, vor allem bei den praktischen Aerzten, viel zu wenig oder gar nicht beachtet wird, weil es an sich absolut nicht auf eine Erkrankung der Respirationsorgane deutet und die Betreffenden meist veranlaßt, einen Gynäkologen aufzusuchen, teils aus Furcht vor einem Unterleibsleiden, teils in der Annahme, gravid zu sein — die Amenorrhoe, die sich nicht nur bei fortgeschrittenen Tuberkulosefällen, sondern gerade sehr oft bei beginnenden Prozessen findet und oft das einzige Symptom ist, das den Erfahrenen an eine Lungentuberkulose denken läßt. Diese Fälle geben bei der gynäkologischen Untersuchung ein völlig negatives Resultat. Beschränkt sich der betreffende Arzt nur auf die Untersuchung der Genitalorgane, so kann durch das therapeutische Bestreben die eigentliche Erkrankung mit Wiedereintreten der Menses verschlimmert werden, da damit eine Schutzmaßnahme, die sich der Organismus im Kampfe gegen die Tuberkulose selbst geschaffen hat, illusorisch gemacht wird. Nach den gemachten Erfahrungen erblicken die Tuberkuloseärzte gerade in der Amenorrhoe eine Art Selbsthilfe des Organismus, indem der Körper mit Aufhören der Menses eine Funktion ausschaltet, durch die die Abwehrmittel gegen die Krankheit regelmäßig periodisch immer wieder geschwächt werden. Dieses periodisch wiederkehrende und durch die Menstruation bedingte Sinken des phagozytären Index, wie es durch die Untersuchungen von Morland und Urwick festgestellt wurde, bedingt aber eine sich ständig wiederholende Neigung zur Verschlechterung der Erkrankung. Würde also das Symptom „die Amenorrhoe bei beginnender Tuberkulose“ durch irgendwelche therapeutischen Maßnahmen beseitigt, so würde nicht nur die bestehende Grundkrankheit, die Tuberkulose, durch diese „Therapie“ ungünstig beeinflusst, sondern es würde auch der Selbstschutz des Organismus im Kampfe gegen die Tuberkulose umgeworfen. Bei jedem Fall von Amenorrhoe, bei dem sich ätiologisch keine sonstige Ursache nachweisen läßt, ist es daher unbedingte Pflicht, genau auf beginnende Tuberkulose zu untersuchen, da die Amenorrhoe bei Frauen sehr oft das einzige Symptom einer bestehenden Lungenerkrankung ist. (M. Kl. 1919 Nr. 17.)

## Krankheitsbilder.

**Ueber Appendicitis acuta im höheren Lebensalter.** Von Dr. J. Dubs (Aus der chirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Winterthur).

1. Es wird über 25 Fälle von akuter Appendicitis im höheren Lebensalter berichtet. Sie ist eine zwar nicht sehr häufige, aber doch nicht so selten vorkommende Erkrankung, als daß im Zweifelsfalle das vorgeschrittene Alter von vorneherein gegen das Bestehen einer akuten Appendizitis sprechen würde. — Nach des Verf. Zusammenstellung kommt sie in 5% aller Fälle von akuter Appendizitis vor; die differentialdiagnostische Bedeutung des höheren Lebensalters bei fraglicher Appendizitis darf daher nicht überschätzt werden.

2. Die akute Appendizitis im höheren Lebensalter weist keine prinzipiell verschiedenen Symptome auf gegenüber derjenigen der jüngeren Jahre, aber die Symptome werden anders betont und müssen dementsprechend anders bewertet werden.

3. Es sind hauptsächlich 2 klinische Erscheinungsformen zu unterscheiden:

a) Die diffuse, nach bestimmten gastro-intestinalen Prodromen in sehr kurzer Zeit sich entwickelnde Perforationsperitonitis mit bösartigem Verlauf und schlechter Prognose. Sie zeigt von Anfang an hohe Temperatur- und Pulszahlen, macht aber nur einen kleinen Prozentsatz der Fälle aus.

b) Die abgesackte, pseudo-neoplastische Form, die durch starke Reaktions- und Abwehr-Vorgänge des umgebenden Peritoneums, durch Heranziehen des Netzes usw. lokal beschränkt bleibt. Sie umfaßt die Großzahl der Fälle; die Neigung zur lokalen Abkapselung ist für das Alter charakteristisch.

4. Das Charakteristische und Eigenartige des klinischen Verlaufes besteht darin, daß, in direktem Gegensatz zum Kindesalter, die allgemeinen Symptome im Krankheitsbild gänzlich zurücktreten gegenüber den lokalen.

5. In ca. 60% der Fälle bestehen so gut wie vollständig normale Puls- und Temperaturverhältnisse bei gleichzeitigen schwersten, destruktiven Veränderungen der Appendix. Die letztern sind meist partiell. — Das subjektive Allgemeinbefinden ist vielfach recht wenig gestört; Erbrechen ist selten.

6. In auffallendem Gegensatz zu den fehlenden oder sehr geringen subjektiven und objektiven Allgemeinsymptomen steht der Lokalbefund. So gut wie immer sind starke, lokale Muskelspannung und intensive Druckempfindlichkeit vorhanden auch

dann, wenn — namentlich im Beginn — ein deutlicher Tast- oder Perkussionsbefund lokal noch nicht besteht.

7. Der Lokalbefund ist demnach auch im Alter der verläßlichsten und sichersten Wegweiser zur richtigen Diagnose.

8. Die Therapie kann auch im höheren Lebensalter nur eine operative sein. In allen Fällen, auch bei bereits ausgebildetem abgesacktem Abszeß, ist im Gegensatz zu der bloßen Inzision bei entsprechenden Fällen im jüngeren Lebensalter prinzipiell die einzeitige Entfernung der Appendix anzustreben, um die betagten Patienten vor den Gefahren eines zweimaligen Eingriffes zu bewahren.

9. Bei konsequenter Durchführung dieser Regel und bei rechtzeitig ausgeführtem operativem Eingriff ist die Prognose der Appendizitis im höheren Lebensalter weniger schlimm, als zu erwarten ist. Die Mortalität betrug nur 12%.

(Schweiz. Korr. Bl. 1919 Nr. 6.)

**Pseudoappendizitis nach infektiösen Darmerkrankungen, insbesondere nach Ruhr und Paratyphus.** Von Dr. W. v. G a z a (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen). Dem Feldlazarett wurde im letzten Winter des Stellungskrieges im Osten eine größere Reihe von Patienten mit der Krankheitsbezeichnung „Blinddarmenzündung“ von den Truppenärzten überwiesen. Der Befund war bei den Erkrankten recht gleichförmig, die Diagnose Appendizitis konnte jedoch nicht bestätigt werden; von einer Operation wurde abgesehen. Fast alle Erkrankten hatten während des vergangenen oder eines früheren Sommers im Felde eine infektiöse Darmerkrankung durchgemacht, viele Blut im Stuhl gehabt. Die Darmerkrankung lag einige Wochen bis 2 Jahre zurück. Die von den Kranken geäußerten ziehenden oder kolikartigen Schmerzempfindungen saßen meist in der rechten Unterleibsseite, manchmal rechts und links oder in der Magengegend; Erbrechen trat in 2 von 15 Fällen auf, über Uebelkeit wurde nicht geklagt. Der Stuhlgang war meist normal, mitunter angehalten; Winde gingen zum Teil nur schwer ab. Schleim, Eiter oder Blut fanden sich niemals im Stuhl. Die Kranken fühlten sich recht matt. Eine ausgesprochene Bauchdeckenspannung bestand nicht; mitunter war der Leib durch Darmgase stark aufgetrieben. Die Druckempfindlichkeit saß fast ausschließlich in der Zoekalgegend, in einigen Fällen im Colon desc. bzw. S Rom. Dreimal konnte das krampfhaft kontrahierte S Rom. deutlich palpiert werden. Die Temperatur war meist normal, 3mal bestand Fieber um 38; erhebliche Pulsbeschleunigung bestand nie. Der Ernährungszustand der Kranken war im allgemeinen recht gut. Sehr auf-

fallend war die lange Dauer der wohl stets glaubhaften Krankheitsbeschwerden. Die Leute mußten 4—6 Wochen und darüber im Lazarett bleiben, mehrere wurden schließlich wegen allzulanger Dauer in ein rückwärtiges Lazarett abgeschoben. Wirklich wirksam in der Behandlung erwiesen sich nur häufige und nicht zu kleine Atropingaben (0,001 pro dos.). Nur in einem unklaren Falle wurde die Appendektomie vorgenommen. Die stets vorgenommene Untersuchung der Fäzes war in allen Fällen negativ bezüglich Ruhr, Paratyphus usw. Die Untersuchung des Blutes ergab Agglutinationswerte für Flexner 5mal 1:200, 400—800; Y 5mal 1:200, 300—400, Shiga-Kruse 3mal 1:200, Paratyphus-B 1mal 1:200, Typhus 2mal 1:200. Mehrfach wurden verschiedene Stämme zugleich agglutiniert. Verf. glaubt, daß es sich in allen oben beschriebenen Fällen um eine Nachkrankheit der Ruhr bzw. des Paratyphus gehandelt hat. Dafür spricht auch der bei einigen erhobene Befund des palpablen, krampfhaft zusammengezogenen S Rom. und nächst der Anamnese wohl auch der Agglutinationsbefund des Blutes. Ob wirklich eine Erkrankung des Wurmfortsatzes vorlag oder nur eine des Zoekums, konnte mangels autoptischer Befunde nicht festgestellt werden, ist jedoch keineswegs auszuschließen. Da nun im Felde die Soldaten in einem gewissen Prozentsatz an infektiösen Darmleiden erkranken, so ist anzunehmen, daß auch anderenorts die vielfach recht lästigen Spätbeschwerden (Blähungen, ziehende und kolikartige Schmerzen) zur Verwechslung mit der akuten Blinddarmenzündung Anlaß geben werden oder gegeben haben. Das oben beschriebene Krankheitsbild dürfte auch während des kommenden Winters (die Kälte vermehrt das Hervortreten der Darmbeschwerden) wieder häufiger zur Beobachtung kommen. Auch in späteren Zeiten werden solche Fälle von „Appendizitis“ nicht selten in die chirurgischen Anstalten eingeliefert werden. Verf. glaubt, daß diese Spätbeschwerden nach infektiösen Darmerkrankungen, auch wenn sie ausgesprochen in der Zoekalgegend lokalisiert sind, keinen Anlaß zu einem operativen Eingriff geben.

(Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 15.)

### **Kasuistisches.**

**Polyneuritis nach (diphtherischer?) Wundinfektion.** Von Dr. Friedrich Leppmann, Nervenarzt in Berlin. Der erste dieser beiden Fälle stellt in reiner Form das Auftreten einer allgemeinen Nervenentzündung im Anschluß an eine Wundinfektion dar; bei dem zweiten Fall wurde die Reinheit des Krankheitsbildes nachträglich verwischt, indem die organischen Störungen zum Teil



durch seelisch bedingte allmählich substituiert wurden, aber auch hier ist aus der Krankengeschichte die Diagnose einer Polyneuritis mit vorübergehender Akkommodationslähmung, später eintretenden Schmerzen, Parästhesien, Bewegungs- und Reflexstörungen an den Beinen mit Sicherheit zu folgern. Das Krankheitsbild und der Krankheitsverlauf waren beide Male in ganz auffälliger Weise ähnlich den manchmal zu beobachtenden Fällen von schwerer Polyneuritis nach Diphtherie. Diese Aehnlichkeit ist auch den behandelnden Aerzten aufgefallen, und man hat nachgeforscht, ob die Kranken vielleicht in den letzten Monaten vor den Lähmungserscheinungen Halsschmerzen oder dergl. gehabt haben. Es fehlte dafür aber objektiv und subjektiv jeder Anhalt. Nach Stellung der richtigen Diagnose hat sich Verf. daher begnügt, die Erkrankungen zunächst unter die Bezeichnung „Polyneuritis nach septischer Wundinfektion“ im Anschluß an die bisher herrschende Auffassung zu rubrizieren. Bei genauer Ueberlegung und Literaturdurchsicht ergab sich aber noch eine andere Möglichkeit, ja man kann wohl sagen Wahrscheinlichkeit: daß es sich um eine echte diphtherische Polyneuritis infolge von Wunddiphtherie gehandelt habe. Wie schon gesagt, erinnerte der Verlauf — vorübergehende Akkommodationslähmung einige Wochen nach der Verletzung, Beinlähmung einige Wochen später, günstiger Gesamtverlauf — ganz auffällig an postdiphtherische Lähmung. Die Häufigkeit der Wunddiphtherie ist nun neuerdings von Weinert betont worden, und E. F. Schmidt hat den diphtherischen Charakter der Wundinfektion bei manchen schwer heilenden Wunden durch den Nachweis von Diphtheriebazillen und durch die rasche Heilung nach Injektion von Diphtherieheilserum höchst wahrscheinlich gemacht. Diese Wunden zeigten aber keineswegs äußerlich ein so typisches Bild, wie eine diphtherisch belegte Mandel, sondern sehr verschiedenes Aussehen: das eine Mal schlaffe, an ihrer Spitze grauverfärbte Granulationen mit mäßiger, mehr seröser als eitriger Absonderung; das andere Mal speckiggrauen Grund; dann wieder trocknen, braunen Schorf, umgeben von erysipelartiger Schwellung, bei der Spaltung speckig derbes, rotes Gewebe, durchsetzt von einem grauen Strich. In Verf.'s erstem Falle entsprach der einen hier beschriebenen Gruppe das Vorhandensein schmutzig aussehender Granulationen ohne richtige Eiterung in der Wundhöhle. Bei Fall 2 dagegen erinnerte die Beschreibung der Wunde, die Schwellung der Umgebung und die starke Lymphdrüsenanschwellung an den üblichen Befund der Halsdiphtherie. Bei den früher veröffentlichten Fällen von vielfacher Nervenentzündung nach Wundinfektionen hat man auch gelegentlich vorübergehende Augen- und Gaumenmuskellähmungen gesehen, und die Frage der Diphtherie ist bei

ihrer Erörterung gestreift worden, doch nur in einem von Roß und Bury beschriebenen Falle wird das Aussehen der Wunde genauer gekennzeichnet: es habe ein aschfarbener Schorf bestanden. Auch dies würde zu der Annahme einer Wunddiphtherie wohl passen. Man hat freilich Polyneuritiden auch nach rein eitrigen Infektionen, nämlich nach Panaritien, Furunkulosen und Wochenbettfieber, beobachtet. Verf. selbst sah einen derartigen Fall bei einer langwierigen Stumpfeiterung nach Amputation eines zerschossenen Beins. Hier war das Krankheitsbild ganz anders als bei den oben beschriebenen beiden Fällen: die Hirnnerven blieben dauernd frei, während in zwei kurz aufeinander folgenden Schüben Beine, Rumpf und Arme gelähmt wurden, und die Besserung vollzog sich sehr langsam und unvollständig. Doch ist auch vielfache Nervenentzündung mit günstigem Verlauf, anfänglicher Beteiligung von Hirnnerven und späterem Uebergreifen auf die Beine nach eitriger Infektion beschrieben. Verf. kann also noch nicht sagen, ob die von ihm und anderen beobachteten posttraumatischen Lähmungen auf dem Diphtheriegift oder auf anderen Wundinfektionen beruhen, und inwiefern etwa die verschiedenen Formen von Polyneuritis, die nach Wundinfektion beobachtet worden sind, verschiedenen Arten der Infektion entsprechen. Für den Praktiker ist die Kenntnis der Polyneuritis nach Wundinfektion als einer zeitweise mit recht schweren Störungen verbundenen, aber prognostisch günstigen und bezüglich ihrer Dauer anscheinend therapeutisch beeinflussbaren Krankheit gewiß nicht unwichtig. Besondere Aufmerksamkeit verdient in Fall 1 — im Gegensatz zu dem zweiten Falle — die hervorragende Beteiligung der verletzten Gliedmaße an den Lähmungserscheinungen. Die Augenmuskelerkrankungen waren rasch vergangen und wenig beachtet worden, die Bewegungsstörungen an den Beinen waren noch nicht vorhanden, die elektrische Erregbarkeit war anfangs nur wenig beeinträchtigt, und so konnte es kommen, daß die fast völlige Leistungsunfähigkeit des linken Armes als rein seelisch bedingt aufgefaßt wurde. Wäre der Verletzte nicht in ständiger Lazarettbehandlung gewesen, sondern nach Abschluß der Wundheilung nur noch einzelnen Untersuchungen unterzogen worden, so hätte er leicht zeitweise als Simulant aufgefaßt werden können. Andererseits kann bei posttraumatischer Polyneuritis, wenn, wie im zweiten Falle, die verletzte Gliedmaße an den Lähmungserscheinungen nicht teilnimmt, auf Grund des mangelnden örtlichen und des sehr entfernten zeitlichen Zusammenhangs ein Unkundiger leicht dazu kommen, die ursächliche Beziehung zwischen Verletzung und Nervenkrankheit zu verneinen.

(B. kl. W. 1919 Nr. 27.)

**Zur Kasuistik der Stirnhirnverletzungen.** Von Ed. Mosbacher (Aus dem Reservelazarett Kassel I). Im Juni vorigen Jahres wurde ein Mann eingeliefert, der im März durch zahlreiche Granatsplitter verwundet worden ist. Die Einschußwunden waren bei der Aufnahme sämtlich verheilt. Zumeist steckten die Splitter reaktionslos noch im Körper. Die inneren Organe boten keine krankhaften Symptome. Anamnestisch sind keine früheren Krankheiten zu erwähnen. Was das Nervensystem anbetrifft, so reagieren die Pupillen prompt auf Lichteinfall und Konvergenz, sind gleichmäßig rund und weit. Der Augenhintergrund ist normal. Hornhautreflexe: links —, rechts +. Bindehautreflexe: links —, rechts —. Beim Blick nach rechts und besonders nach links ausgeprägter Nystagmus horizontalis, sonst Augenbewegungen frei. Nervus facialis beiderseits ohne Besonderheiten. Zunge wird gerade herausgestreckt. Armreflexe: links < rechts. Bauchdeckenreflexe: links —, rechts +. Kremasterreflexe: links < rechts. Kniesehnen-Achillessehnenreflexe: links < rechts. Babinski, Oppenheim usw. nicht vorhanden. Adiadochokinesis: links vorhanden. Rohe Kraft: beiderseits gleich. Sensibilität aller Arten nicht gestört. Nachröten: links stärker als rechts. Hörvermögen: links wesentlich herabgesetzt. Sonst sind keine Veränderungen des Nervensystems und der Psyche nachzuweisen. — Es handelt sich also um eine A- bzw. Hyporeflexie der linken Seite in Verbindung mit Nystagmus. Röntgenbilder des Schädels ergeben: Granatsplitter in der Höhe der rechten oberen Zahnreihe. Ein Splitter in der Höhe des linken Jochbogens und ein Splitter außerhalb der Schädelkapsel am Uebergang des linken Schädelbeins und des Stirnbeins. Auf den oben angeführten Symptomenkomplex hat seinerzeit zuerst Schultz und später Sittig hingewiesen. In den von ihnen angeführten Fällen fanden sich jedesmal Verletzungen des Stirnhirns mit gleichseitiger Herabsetzung der Reflexe. In einem Teil der beschriebenen Fälle wurde auch wie hier Nystagmus beobachtet. Verf. möchte deshalb annehmen, daß, obwohl das Röntgenbild keinen Splitter im linken Stirnhirn erkennen läßt, doch eine Verletzung desselben (Blutung?) vorliegt, zumal ja die dem Gehirn zunächst sitzenden Splitter sich auf der linken Schädelhälfte finden. Verf. bemerkt natürlich, daß die oben erwähnten Splitter selbst wohl keine Schädigung des Stirnhirns hervorgerufen haben. Jedoch ist mit Sicherheit anzunehmen, daß das Trauma, welches die ganze linke Körperhälfte des Patienten getroffen hat — die Splitter verteilen sich über die ganze linke Seite —, eben, wie oben erwähnt, eine Blutung im linken Stirnhirn hervorgerufen hat, oder daß der verletzende kleine Splitter sich nicht mehr im Schädel des Patienten befindet. Es sind bis

jetzt nur psychische Störungen (Witzelsucht, Unruhe usw.) bei Schädigung des Stirnhirns beschrieben worden. Und Verf. möchte deshalb im Anschluß an die Fälle von Schultz und Sittig auf das oben geschilderte, für Stirnhirnverletzungen pathognomonische Syndrom an Hand dieses Falles nochmals hingewiesen haben, für das zurzeit noch eine Erklärung fehlt.

(M. Kl. 1919 Nr. 20.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Trypaflavin in der Chirurgie.** Von Oberstabsarzt d. Res. Dr. Veit. Um eine reine Trypaflavinwirkung erzielen und ausprobieren zu können, ließ Verf. sich von der Firma Cassella & Co. einen „Wundpuder“ herstellen, in etwa folgender Zusammensetzung:

Trypaflavin	5,0	
Amyl. trit.		} ad 100,0.
Bolus alb. aa		

Verf. hat mit dem Puder sehr gute Erfahrungen gemacht, besonders fiel die günstige Beeinflussung der Granulationsbildung, ferner, als sehr wichtiger Vorteil gegenüber Jodoformbehandlung, die Tatsache auf, daß beim Verbandwechsel die Wunde immer feucht und gar nicht verklebt war; eine Eiteransammlung und Anbacken der Verbandstoffe, sowie das Verbacken des Puders selbst wurde dadurch verhindert. Da Amylum während des Krieges nur schwierig zu beschaffen war, wurde obiger Puder später durch folgende, gleichwertige Mischung ersetzt:

Trypaflavin	5,0	} Grundmasse ad 100,0.
Bolus alb.	10,0	
Talcum	5,0	
Mg. carb.	2,5	

Diese Wundpuder verwendete Verf. reichlich bei allen den Wunden, bei denen er starke antiseptische Wirkungen erzielen wollte. Auffallend erschien öfters die gute Wirkung des Trypaflavins bei Panaritien mit Sehnenscheidenphlegmonen. Des öfteren konnte Verf. sich dabei beschränken, die Fingersehnenscheiden nur an ausgewählten Stellen zu eröffnen — da wo der Eiter herausquoll — und sorgfältig mit Trypaflavingaze zu tamponieren. Verf. erlebte in keinem Falle ein Weiterkriechen der phlegmonösen Entzündung weiter nach oben auf den Vorderarm. Gerade diese letztere Beobachtung nahm Verf. besonders für die gute, stark antiseptische Wirkung des Trypaflavins ein. Sehr beschmutzte Weichteilschußwunden, belegte Schußwunden durch die Kopf-

schwarte und ähnliche verschmierte Wunden reinigten sich unter dem Einfluß des Trypaflavinpuders auffallend und schneller, als man es sonst gewohnt war. Niemals wurde irgendwelche Reizwirkung bei Anwendung von Trypaflavin, sei es als Puder, Gaze oder in Form von Lösung, beobachtet; selbst stärkere Lösungen schädigen die Gewebe nicht. Auch als Ersatz des Jodanstriches vor Operationen hat Verf. Trypaflavin in 1% alkoholischer Lösung verwendet. Trypaflavin ist jodfrei, und es hat vor dem Jod den Vorteil, daß es reizlos und geruchlos ist; auch ist nie eine Idiosynkrasie beobachtet worden. Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß wir in dem Trypaflavin ein ganz ausgezeichnetes Wundantiseptikum haben. Sein einziger Nachteil, die Gelbfärbung der Wäsche, die übrigens durch mehrmaliges Waschen beseitigt werden kann, wird durch Verwendung von Trypaflavinpuder und Trypaflavingaze ausgeschaltet; er dürfte übrigens gegenüber den großen Vorzügen des Mittels nicht allzu schwer ins Gewicht fallen.

(M. m. W. 1919 Nr. 14.)

**Die Narbenbehandlung durch elastischen Druck.** Von Oberstabsarzt Dr. Braun. Die von Heermann empfohlene Behandlung von derben, verwachsenen Narben durch den elastischen Druck eines Gummischwammes oder Radiergummis hat anscheinend wenig Nachahmung gefunden. Die auch vom Verfasser anfangs geteilte Skepsis wurde beseitigt durch die Erfahrung, die nachstehend mitgeteilt werden soll: Kurt M., 11 Jahre alt, zog sich im August 1918 durch Reißen an einem rostigen Nagel eine Phlegmone des rechten Unterarmes zu, die nach mehreren Inzisionen durch den Hausarzt ausheilte. Es blieb aber oberhalb des rechten Handgelenkes eine Narbe zurück, die die Funktion der Hand außerordentlich behinderte und dadurch den Eltern Veranlassung gab, Anfang Februar d. Js. das Kind in Verf.'s Behandlung zu geben. Der Befund war folgender: Hart oberhalb des rechten Handgelenkes befindet sich in der Mitte der Unterarmstreckseite eine pfirsichkerngroße, harte, verdickt vortretende, auf der Oberfläche von zahlreichen erweiterten Haargefäßen durchzogene Narbe, die auf Druck unempfindlich, mit den unterliegenden Weichteilen, besonders mit den Strecksehnen, so fest verwachsen ist, daß sie nur eine geringe seitliche Verschiebung der Haut mit den Sehnen zusammen erlaubt. Die Beweglichkeit der Finger ist unbehindert, dagegen jede Volarflexion im Handgelenk unmöglich. Bei einem Versuch, sie passiv auszuführen, wird eine starke Spannung der Narbengegend mit Blaßwerden der Narbe und ihrer Umgebung erkennbar. — Verf. beabsichtigte, die Narbe zu exzidieren und den Defekt durch einen Hautfettlappen von der Brust zu decken,

beschloß aber, zuvor einen Versuch mit der Radiergummibehandlung nach Heermann zu machen. Es wurde ein kleinfingerdickes Gummistück von 2-Markstückgröße mit dünner Gazeunterlegung auf die Narbe gelegt und hier mit einer Mullbinde so fest angewickelt, als die Rücksicht auf ungestörte Zirkulation es erlaubte. Der Erfolg nach 6 Tagen war ein verblüffender. Die bisher starre, hoch aufliegende Narbe war weicher und breiter geworden und ließ sich weit mehr verschieben als früher. Das Kind konnte auch aktiv eine Beugung von fast  $45^{\circ}$  im Handgelenk ausführen, so daß der Ausfall gegenüber der Volarflexion der linken Hand nur etwa  $20^{\circ}$  betrug. Die Messungen wurden mit dem Goniometer von Thöle ausgeführt. Die Behandlung wird noch fortgesetzt und verspricht schon jetzt einen vollen Erfolg, der eine blutige Behandlung überflüssig machen wird.

(Melsunger Mitteilungen.)

**Behandlung von frischen Fingerverletzungen.** Von Dr. Ernst O. P. Schultze. Die Anregung zu dieser Behandlung verdankt Verf. dem verstorbenen Geh. San.-Rat Dr. Settegast. Er behandelte die frischen Stümpfe an den Fingern durch Ueberdecken der Wunden mit Gummipapier, in der Absicht, dem Patienten beim Verbandwechsel die Schmerzen beim Lösen der Verbandstoffe von den Wundflächen zu ersparen. Er pflegte die Verbände alle 2—3 Tage zu wechseln, die Wundfläche zu bespülen und wieder Gummipapier aufzulegen und war mit der schmerzlosen Behandlung und den Resultaten sehr zufrieden. Verf. hat das Verfahren ein wenig geändert. Die entstandenen Stümpfe sind zum großen Teil ideal. Das Verfahren ist kurz folgendes: Der verletzte Finger, der meist mit einem Notverband in Behandlung kommt, wird schonend vom Verbande befreit, die Haut der Umgebung, die gewöhnlich mit dem Schmutz der Arbeit bedeckt ist, wird mit Aether gereinigt und nun über die glatte Wundfläche, selbst wenn der Knochen im Niveau der Wunde sichtbar ist, ein Streifen Gummipapier herübergeschlagen, das 2 cm weit auf die gesunde Haut hinüberreicht. Stets soll aber die Möglichkeit eines gewissen Sekretabflusses gesichert bleiben. Ueber das Gummipapier wird ohne Druck Gaze, Zellstoff und eine Binde angelegt. Der erste Verband bleibt 10—14 Tage liegen; dann hat sich der anfangs sichtbare Knochen mit einer weichen gallertigen Masse bedeckt, die dem Hautrest fest ansitzt und mit der Haut des Stumpfes über dem Knochen leicht verschieblich ist. Der Defekt hat sich konzentrisch erheblich verengert dadurch, daß die Haut sich von allen Seiten auf die Stumpffläche hinaufschiebt. Nach etwa 3—4 Wochen ist in vielen, nach 6 Wochen in fast

allen Fällen eine vollständige Ueberhäutung erzielt worden. Der letzte Teil des Heilungsprozesses pflegt in erstaunlicher Geschwindigkeit vor sich zu gehen. Das Aussehen der so erzielten Stümpfe ist merklich verschieden von den früher erzielten. Die neue Spitze ist konisch und ähnelt dem normalen weitgehend. Die Haut auf der Spitze ist dem Knochen nicht angewachsen; von Anfang an ist sie mehr oder weniger verschieblich; nach kürzester Behandlung ist sie fest und unempfindlich. In einzelnen Fällen hatte Verf. den Eindruck einer tatsächlichen Regeneration der Fingerbeere. Bei der Anwendung der Methode hält Verf. es für wichtig, keine Reinigungsprozedur irgendwelcher Art vorzunehmen, außer der Entfernung von Splintern, Metallsplintern oder grobem Schmutz mit der Pinzette. Die Gefahr der Infektion ist merkwürdigerweise sehr gering. Der Wundverlauf ist stets ein absolut glatter trotz der erheblichen Unsauberkeit der Arbeitsfinger. Verf. hat, seit er diese Methode anwendet, außer in Fällen stark aus der Wunde hervorstehenden Knochens, eine Plastik überhaupt nicht mehr in Anwendung gebracht. Das Bedecken frischer Wunden mit Gummipapier möchte Verf. dringend auch für andere Wunden empfehlen, die an hochempfindlichen Körperstellen sitzen. So empfiehlt sie sich bei jeglichen Substanzverlusten der Fingerbeere, bei Nagelentfernungen von Fingern und Zehen, bei glatten Quetschwunden, Schnittwunden usw. Ebenso empfiehlt Verf. diese Behandlung bei Verbrennungen. Die Beschleunigung der Heilung ist auffallend, die Behandlung denkbar schonend. Bei dem heutigen Mangel an Gummipapier dürften sich Reste alter Gummihandschube, Kautschukpflaster usw. empfehlen.

(Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1919 Nr. 10.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Erfahrungen mit dem Boehnckeschen Ruhrimpfstoff Dysbakta.** Von Stabsarzt Dr. Paetsch (Stettin). Für die Bewertung der Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta läßt sich Folgendes sagen: Die Impfung selbst ist unschädlich, geht aber im allgemeinen mit stärkeren Reaktionen einher als die Typhusschutzimpfung. In der Inkubation befindliche Infektionen können durch die Impfung manifest werden. Eine geringe relative Schutzimpfung gegen das Auftreten der Infektion muß der Impfung zugeschrieben werden; die pathologischen Prozesse im Darmkanal werden dagegen in keiner Weise durch sie beeinflußt. Der Verlauf der Ruhr im allgemeinen, die Dauer des Ausscheidens von Blut, die Durchfallsdauer und damit die subjektiven Beschwerden der Kranken, insbesondere Schmerzen, unterschieden sich praktisch

nicht hinsichtlich der Geimpften und Nichtgeimpften; auch unter den Geimpften fanden sich zahlreiche schwere Fälle, zahlenmäßig sogar 17,4%:12,7%. — Dagegen scheint überall da, wo eine Schädigung des Gesamtorganismus durch Giftwirkung in Erscheinung tritt, die Impfung einen relativen Schutz zu gewähren. Das zeigt sich zahlenmäßig hinsichtlich des Fiebers, der Dauer sowohl wie der Häufigkeit. Beide Zahlen sprechen zugunsten der Impfung. Am sinnfälligsten tritt dies aber in Erscheinung bei den Nachkrankheiten und Komplikationen,\* sowohl in bezug auf die Gesamtheit der Nachkrankheiten — 8,8%:12,4% — als auch besonders bei der Aufführung der einzelnen Komplikationen. Gleichermassen zeigt auch die Mortalitätsziffer einen bedeutenden Unterschied: 0,0%:4,3%. Die Ruhrschutzimpfung als sogenannte Umgebungsimpfung erst dann vorzunehmen, wenn die Epidemie bereits ausgebrochen ist, scheint nicht zweckmäßig, weil bei der kurzen Inkubationszeit der Ruhr ein Erfolg häufig ausbleiben wird; vielmehr empfiehlt es sich, schon im Mai eine allgemeine Durchimpfung mit Dysbakta vorzunehmen.

(D. m. W. 1919 Nr. 15.)

**Zur Behandlung der schweren Influenzafälle.** Von Dozent Dr. Josef Tornai (Aus dem Heiligen Gellert-Spital in Budapest). Verf. wandte bei seinen Fällen — alles sehr schwere septische, mit Pneumonie komplizierte Erkrankungen — Resorzin intravenös an und erzielte damit ausgezeichnete Resultate. Bei jeder Behandlung injizierte Verf. von einer 3%igen Resorzinlösung 10 ccm, also 0,30 g Resorzin in eine Ellenbogenvene. (Rp.: Resorcini purissimi 3,0 g, Natrii chlorati chemice puri 0,90 g, Aquae dest. steril. 100,0 g M. filtra! Fiat solutio perfecta. S. sub recipe.) Im ganzen behandelte Verf. 98 Fälle mit Resorzininjektion, und unter diesen war es bloß bei 4 Fällen nötig, dieselbe zu wiederholen. In allen anderen Fällen genügte eine einzige Injektion vollständig. In der Mehrzahl der Fälle verschwanden nach der Einspritzung die unangenehmen objektiven und subjektiven Symptome bereits am nächstfolgenden 1. oder 2. Tage. An dem der Injektion folgenden Tage zeigte die Körpertemperatur unter wohlthuendem Schweißausbruch krisisartige Senkung: von 39—40° fiel dieselbe bis auf 36,5—36°, der Puls von 120 auf 80—70. Dabei wurde der Puls voller und regelmäßiger; die Zyanose bildete sich größtenteils zurück, das Sensorium hellte sich vollständig auf. Der Zustand der Lunge besserte sich, selbstverständlich in etwas langsamerem Tempo. Trotzdem hörte Verf. bereits an dem der Injektion folgenden Tage neben dem bronchialen Atmen reichliche feuchte Rasselgeräusche. Der Kranke hustete viel leichter, der



Auswurf war reichlicher, flüssiger, das Atmen leichter und freier. Die Nahrungsaufnahme und der Schlaf besserten sich von Tag zu Tag. Bei mehreren Fällen stellte sich einige Stunden nach der Resorzineinspritzung Frösteln, ja sogar ausgesprochener, wenn auch nur kurzdauernder Schüttelfrost ein, nach welchem die Temperatur auf 40°, manchmal sogar noch höher stieg. Rasch nachher stellte sich aber reichlicher, fast angenehmer Schweißausbruch ein, nach welchem die Temperatur zur Norm fiel, wo sie dann auch ständig blieb. Bei einigen Fällen zeigte sich am 2. Tage in den Abendstunden eine leichte Temperaturerhöhung, jedoch auch diese Fälle wurden am 3. Tage nach der Injektion vollkommen fieberfrei. (B. kl. W. 1919 Nr. 17.)

**Behandlung infektiöser Darmerkrankungen mit Mutaflor**  
Von Dr. A. Geiße (Freiburg i. B.). Bei Prüfung der Wachstumsverhältnisse von Koli und Typhusbakterien, die in künstlichen Nährböden zusammengebracht wurden, fand Nißle, daß gewisse Kolistämme ein ausgesprochen antagonistisches Verhalten zu Typhusbazillen zeigen. Schon in verhältnismäßig geringen Mengen schädigten diese Kolibakterien die Typhusbazillen in ihrem Wachstum stark und töteten sie bei genügend langer Einwirkung ab. Worauf dieser Antagonismus beruht, vermag Nißle nicht anzugeben. Bei vergleichenden Stuhluntersuchungen von Darmgesunden und Darmkranken fand Nißle, daß jene oft Kolistämme mit hohem antagonistischen Index im Darne beherbergten, während bei diesen neben einer häufig abnormen Darmflora meist schwach antagonistische Koli zu finden waren. Die niedrigsten Indexzahlen wurden bei Bazillenträgern beobachtet. Nißle glaubt daher annehmen zu können, daß das Vorhandensein gesunder, kräftiger Kolibakterien im Darne der beste Schutz gegen enterogene infektiöse Erkrankungen ist, und daß die Ansiedlung solcher Stämme geeignet ist, Darmstörungen bakteriellen Ursprungs zu heilen. Therapeutische Versuche mit Kolistämmen von hohem antagonistischen Index, die zur Vermeidung des Verdautwerdens durch den Magensaft in Geloduratkapseln verabreicht wurden, ergaben ermutigende Resultate, und diese veranlaßten Nißle, das Präparat zur Herstellung in größeren Mengen der Firma G. Pohl in Schönbaum bei Danzig zu übergeben. Diese bringt es unter dem Namen Mutaflor zum Versand. Es werden 2 Arten von Kapseln geliefert, blaue mit geringer Menge, rote mit 3 mal größerer Menge des Bakterienmaterials. Eine Normalpackung enthält zumeist rote Kapseln, eine schwächere Packung führt mehr blaue Kapseln. Die Darreichung geschieht nach Nißle wie folgt: Zu Beginn eine blaue Kapsel, am zweiten Tag eine rote, dann täglich

um eine Kapsel steigend bis zu 4 roten, stets als einzige Tagesgabe eine Stunde vor dem Mittagessen. Bei sehr geschwächten Kranken entsprechend langsamere Erhöhung der Dosis bis auf maximal 3 Kapseln. Zur klinischen Prüfung des Mittels wurden aus einer großen Zahl von Paratyphus- und Ruhrkranken ausgewählt:

1. Fälle von Paratyphus, die mindestens 10 Tage nach der Entfieberung noch die Krankheitserreger im Stuhl ausschieden (6 Fälle).

2. Ruhr-Paratyphus- und Mischfälle beider Erkrankungen, bei denen der Abgang von Blut und Schleim länger als 14 Tage nach Beginn der Erkrankung noch in sehr starkem Maß andauerte, oder bei denen noch profuse Durchfälle lange nach der Entfieberung anhielten, also der Uebergang in ein chronisches Stadium zu befürchten war (9 Fälle).

Dosierung und Darreichung waren wie oben angegeben. Nur in 4 Fällen wurde bis zu 4 Kapseln täglich gestiegen; in den übrigen genügten 3 im Tage. Die unter 2 angeführten Krankheitsfälle waren alle schon mehr oder weniger lange ohne oder nur mit vorübergehendem Erfolge mit den üblichen Mitteln wie Tannalbin, Dermatol, Bolus alba, Tierkohle, Opium, Einläufen behandelt worden. Bei Darreichung von Mutaflor wurden jene Mittel abgesetzt. Nur in 2 Fällen von profusen Diarrhöen wurden zu Beginn der Behandlung während einiger Tage 10 Tropfen Opiumtinktur vorausgegeben, um eine unerwünscht rasche Ausscheidung des Mutaflors möglichst zu verhüten. Die Diät war den Darmerscheinungen entsprechend geregelt. Die Dauer der Behandlung betrug durchschnittlich 12 Tage, im Maximum 18 ohne Unterbrechung. Das Mittel wurde meist gut vertragen, vereinzelt wurde über Aufstoßen, selten über Leibscherzen geklagt. Die Darmtätigkeit wurde meist gehemmt. Das Auftreten von Durchfällen, wie sie Nißle zu Beginn der Behandlung gesehen hat, bzw. Vermehrung derselben in den Fällen, wo solche schon bestanden, wurde nicht beobachtet. Als interkurrente Erkrankungen traten in 2 Fällen von Paratyphus einmal eine akute hämorrhagische Nephritis, dann eine Mittelohrentzündung mit Fazialislähmung auf. Die sich aufdrängende Frage, ob diese Erkrankungen durch das Mutaflor hervorgerufen wurden, möchte Verf. in verneinendem Sinne beantworten. Bei Paratyphus werden Nierenreizung und Entzündung öfters beobachtet, auch akute Mittelohrerkrankungen sind dabei wie bei allen Allgemeininfektionen keine Seltenheit. Andererseits ist es sehr unwahrscheinlich, daß per os eingeführte Kolibazillen eine Nierenentzündung hervorrufen. Aus diesen Erwägungen wurden trotz dieser Zwischenfälle die weiteren Ver-

suche mit Mutaflor fortgesetzt, zur Vorsicht der Urin in allen Fällen 2-tägig auf Eiweiß untersucht. Es wurde keine Nierenschädigung mehr nachgewiesen. Trotzdem empfiehlt Verf. bei sehr heruntergekommenen Kranken Vorsicht in der Dosierung. Die therapeutischen Ergebnisse der Mutaflorbehandlung waren in der Mehrzahl der Fälle sehr erfreulich.

(Ther. d. Gegenw. März 1919.)

**Alival zur chronischen Jodkur.** Von Dr. Ueberhuber in Neustrelitz (Meckl.). „Im Kriege brachten nun die Höchster Farbwerke ein von Dr. Lüders dargestelltes neues organisches Jodpräparat, Alival genannt, heraus, das die Vorteile des Jodipins hat und viele von dessen Nachteilen nicht aufweist. Es sind schon mehrere ausführliche und anerkennende Arbeiten über Alival erschienen. Was mich veranlaßt, diese Mitteilung zu schreiben, ist, daß viele Kollegen, die durch den Krieg aus ihrer Tätigkeit und somit zum großen Teil auch aus dem Verfolgen der Fachliteratur herausgerissen wurden, das Alival noch garnicht kennen. Es wird sich für sie sehr verlohnen, seine Bekanntschaft zu machen. Kurz folgendes: Alival ist ein organisches Jodpräparat (Joddihydroxypropan,  $\text{CH}_2\text{J.CHOH.CH}_2\text{OH}$ ), das zufolge seines chemisch-physikalischen Verhaltens auch auf lipotrope bzw. neurotrophe Affinitäten schließen läßt; es ist leicht löslich in Wasser, Alkohol und auch in fetten Ölen. Es ist im Handel in Form des Pulvers, in Form von Tabletten zu 0,3 g (= Jodgehalt von etwa 0,2 g, da Alival etwa 63% Jod enthält!!) — die früheren organischen Jodpräparate enthalten höchstens 47% Jod! — und als Ampullen zu 1 ccm mit 1 g Alival. Somit ist es oral als Lösung bzw. Tabletten, äußerlich 10- bis 25%ig in Form der Inunktionskur, rektal in Form von Suppositorien, intramuskulär und intravenös anwendbar (die subkutane Anwendung empfiehlt sich wegen der hierbei auftretenden Schmerzhaftigkeit nicht). Der Geschmack ist nicht übel, die intramuskuläre Injektion (täglich 1 g in 1 ccm) ist schmerzlos, führt nicht zu Infiltraten und kann mit der gewöhnlichen 1 ccm-Spritze mit langer, dünner Kanüle (wie bei den Hg-Emulsionen) ausgeführt werden. Am rationellsten ist dazu folgendes Rezept: Alival 20,0, Aq. dest. 10,0, M. f. solut. D. ad vitr. fusc. collo amplo contin. 20 ccm Sterilisetur! (ergibt nämlich 20 ccm Lösung, deren jedes Kubikzentimeter also 1 g Alival (= 0,63 g Jod) enthält). Wegen seiner Löslichkeit in fetten Ölen kann es wie Jodipin zum Anlegen von Joddepots benutzt werden. Ausgeschieden wird es weit langsamer als die Jodalkalien, gespalten wird es im Organismus allmählich. Die Nebenwirkungen sind minimal, wie bei den anderen organischen

Jodpräparaten, seine Wirkung ist recht kräftig und der Preis ist nicht höher als der der bisherigen Präparate, ja sogar niedriger, wenn man den ganz beträchtlichen Jodgehalt von 63% berücksichtigt. Die bisher vorliegenden Arbeiten — infolge des Krieges nur sehr wenige — sprechen sich äußerst günstig über Alival aus.“  
(D. m. W. 1919 Nr. 15.)

**Luminal bei zerebralem Singultus** wirkte in einem Falle von Dr. Hans Stockmeier (Nürnberg) prompt. Verf. verordnete 0,15 Luminal. Nach ca. 10 Minuten verschwand der bis dahin so hartnäckige Zwerchfellkrampf. 3 Tage später trat der Singultus von neuem auf; 0,3 g Luminal wirkten wiederum überraschend prompt. Bis heute, nach 1 Monat, sind keine neuen Anfälle mehr aufgetreten. Luminal scheint also ein starkes, dem Veronal weit überlegenes Hypnotikum zu sein, dss bei allen zerebralen Reizzuständen Beachtung verdient. Doch ist Vorsicht bei der Dosierung geboten. Bei der Gabe von 0,3 stellten sich Kopfdruck und Schläffheit ein, eine Nebenerscheinung, die Verf. bei den höchsten Diäthylbarbitursäuredosen von 1,0 g nie sah. Die stärkere Wirkung des Luminals ist wohl in dem Phenyrlinge zu suchen. Verf. würde besonders bei Sklerotikern nicht über 0,2 g pro dosi verabfolgen.  
(M. m. W. 1919 Nr. 16.)

**Der Kacepe-Balsam** wird „ein gutes Einreibemittel gegen rheumatische Schmerzen“ von Dr. H. Bell (Berlin) genannt. Der Kacepe-Balsam enthält als wirksames Prinzip den Azetsalizylsäurementholester in Verbindung mit Azetsalizyläthylester in der Salbengrundlage des Lanolins, bietet also den wirksamen Heilstoff in einer guten Vereinigung mit dem kühlenden Menthol. Der hellgelbe Balsam ist fast völlig geruchlos, verreibt sich leicht in die Haut, reizt diese — auch bei längerer Anwendung — in keiner Weise und erfüllt die Grundforderungen, welche an ein gutes Einreibemittel gestellt werden müssen. Neben diesen Eigenschaften besitzt der Kacepe-Balsam vermöge seines Mentholgehalts die weitere, daß er auf die Haut eine kühlende und lindernde Wirkung ausübt. Diese mit dem Auftreten des Mittels unmittelbar eintretende kühlende, anästhesierende Wirkung verleiht ihm mit Recht die Bezeichnung Balsam. Von allen Patienten wurde diese angenehm empfundene kühlende, schmerzlindernde Wirkung lobend hervorgehoben. Diese Eigenschaft mag auch — um mit einer bestimmten Gruppe, von zum Teil leichteren, beschränkteren Fällen, wo der Kacepe-Balsam vor allem auch als Palliativum angezeigt ist, zu beginnen — seine erfolgreiche Anwendung sichern bei Migräne-, Nerven- und Muskelschmerzen der verschiedensten Art,

bei Schmerzen nach Knochenbrüchen, Verstauchungen, bei Fuß-erkrankungen entzündlicher Art bezw. auch nach Ueberanstren-gungen. Verf. hat in einer ganzen Reihe von Krankheits- bezw. Entzündungserscheinungen dieser Art von dem Mittel recht gute Wirkungen gesehen. In ausgezeichneter Weise bewährt sich der Balsam insbesondere auch in dem genannten Sinne bei den im Gefolge der letzten Grippeepidemie zurückbleibenden hartnäckigen Schmerzen in der Rücken- bezw. Lendengegend. In günstiger Weise äußerte sich die Wirkung des Mittels bei Anwendung in Fällen von Muskelrheumatismen, besonders bei Lumbago. Bei einer schmerzhaften und hartnäckigen Erkrankung an solchem im ver-gangenen Jahre in Verbindung mit rechtsseitigen ischiatischen Schmerzen hat Verf. am eigenen Leibe bei Einreibung mit Kacepe-Balsam wesentliche Milderung der Schmerzattacken er-fahren. Bei den lokalen Behandlungsmaßnahmen von rheumatischen Gelenkerkrankungen mit leichten Massagen und Watteeinpackungen ist ebenfalls der Kacepe-Balsam ein wertvolles Einreibemittel. Dies gilt sowohl für Fälle von akutem Gelenkrheumatismus, älteren chronischen Erkrankungsformen desselben sowie auch für gichtische Affektionen. Bei all diesen Krankheitsbildern wird man neben der Wärme ein antirheumatisches Einreibungsmittel nicht entraten können. Ein solches wird hier stets dann am besten den zu stellenden Anforderungen gerecht werden, wenn es neben der in den genannten Krankheitsfällen nicht hoch genug einzuschätzenden Schmerzlinderung die Gewähr einer guten perkutanen Aufnahme des spezifisch wirkenden Salizyls bietet. In beiderlei Hinsicht hat Verf. auch bei solchen Krankheitsformen unter Anwendung des Kacepe-Balsams Gutes gesehen. (M. Kl. 1919 Nr. 12.)

### e) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Modifikationen der Expressio placentae.** Von Dr. Arthur Mueller in München. Einer der segensreichsten Handgriffe in der Geburtshilfe, der jedem Arzt und jeder Hebamme geläufig sein muß, ist die Expressio placentae nach Credé, der Credésche Hand-griff. Richtig ausgeführt, führt er in weitaus den meisten Fällen von Zurückhaltung der Nachgeburt schnell zum Ziele. Es gibt aber doch eine Anzahl Fälle, in denen selbst der Geübte die Lösung der Plazenta selbst in Narkose nicht auf diesem Wege erreichen kann und so die Frage der allerdings mehr als berechtigt gefürchteten manuellen internen Lösung an ihn herantritt. Da wird der erfahrene Geburtshelfer sich schon oft damit geholfen haben, daß er von den Tubenecken aus beginnend den schlaffen Uterus zwischen den Daumen und den übrigen Fingern zusammen-

drückt und so die Plazenta stückweise zu lösen sucht. Nachdem dies an einem größeren Abschnitt geschehen ist, kann man den typischen Credé nochmals versuchen, und wenn dies auch jetzt erfolglos ist, kann das stückweise Losdrücken und der Credésche Handgriff wiederholt werden. Ehe Verf. aber zu dieser Methode schreitet, versucht er seit etwa 15 Jahren eine einfache Modifikation des Credéschen Verfahrens, welches ja bekanntlich darin besteht, daß der durch Reiben zur Kontraktion gebrachte Uterus plötzlich mit beiden Händen von hinten und von vorn umfaßt und kräftig in dieser Richtung zusammengedrückt wird. Wenn dies nicht zum Ziele führt, dann faßt Verf. den Uterus mit beiden Händen seitlich, indem er, wie bei der IV. Position der äußeren Schwangerschaftsuntersuchung, mit den Fingerspitzen nach unten in das kleine Becken eindringt, und drückt den Uterus kräftig von beiden Seiten nach der Mitte zusammen. Hierdurch wird nach demselben Prinzip wie bei dem alten Handgriffe die Anheftungsstelle der Plazenta verkleinert und die Ablösung bewirkt. Durch diesen Handgriff gelingt es oft allein, bisweilend auch abwechselnd mit dem alten Handgriffe, eine fest haftende Plazenta zu lösen. Ist der Uterus nicht zur Kontraktion zu bringen und, weil schlaff im kleinen Becken liegend, nicht zu umfassen, so kann man auch bisweilen statt von vorn und hinten, allein durch Druck gegen das Kreuzbein mit den Fingerspitzen die Plazenta stückweise lösen.

(Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 24.)

**Zur Technik der Abortbehandlung.** Von Dr. med. H. **o** **d** **i** **e** **s** **n** **e**  
(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig). Bei der Ausräumung zahlreicher Aborte, vor allen Dingen solcher, bei denen der Muttermund wohl für einen Finger zum Ausräumen durchgängig, aber zum Entfernen der gelösten Plazentarreste hinderlich war, hat sich Verf. eine Methode bewährt, die für die Praxis der Abortbehandlung zweifellos eine sehr wichtige Unterstützung bedeutet, den Gebrauch der Abortzange zum Entfernen zurückgebliebener Teile bis auf geringe Ausnahmen überflüssig macht und durch Vermeidung öfteren Eingehens mit dem Finger in den Uterus zur Entfernung der gelösten Teile die Gefahr der dadurch gegebenen Infektionsmöglichkeit verringert. Es handelt sich um einen schon von Hönig zur Abortbehandlung angegebenen Handgriff. Während aber Hönig für die innere Hand dabei die Stellung im vorderen Scheidengewölbe wählt, glaubt Verf., daß das Stützen und Entgegendrücken des Uterus vom hinteren Scheidengewölbe aus das zweckmäßigere Verfahren darstellt. Er legt dabei auf das Mitwirken der inneren Hand großen Wert, da ein alleiniger Druck mit der äußeren Hand auf den Fundus durch

die Bauchdecken oft den gewünschten Erfolg nicht hat. Verf. ist also folgendermaßen vorgegangen unter der Voraussetzung, daß Muttermund und Zervix für den eindringenden Finger gerade durchgängig sind: Lösung der noch vorhandenen Eiteile mit dem Finger und zwar vollständig. Herausgehen mit dem Finger der inneren Hand aus dem Uterus und Heraufführen des Zeige- und Mittelfingers der inneren Hand ins hintere Scheidengewölbe möglichst hoch hinauf. Umgreifen des Fundus uteri mit 4 Fingern der äußeren Hand. Entgegendrücken und Herübergleitenlassen der Finger der äußeren Hand über den Fundus und die vordere Uteruswand, immer unter Gegendruck der inneren Finger bis in Höhe der letzteren. Schließlich gemeinsames weiteres Ausdrücken nach Zervix und Scheide hin. Der so zusammengepreßte Uterus spritzt dann förmlich seinen Inhalt heraus in die Scheide. Alsdann erfolgt eine Spülung des Uterus mit heißer, physiologischer Kochsalzlösung und nach erneuter kurzer Desinfektion der Hände eine genaue Austastung der Uterushöhle, die jetzt auch in guter Zusammenziehung sich befindet. Eine Wiederholung des Verfahrens ist in den wenigsten Fällen vonnöten. Auch härtere, schon ältere Plazentarteilchen, die bei ihrer Entfernung dem Finger immer wieder entschlüpfen wollen, lassen sich auf diese einfache Weise leicht herausbringen. (M. m. W. 1919 Nr. 21.)

### **Aetiologie und Behandlung der Hyperemesis gravidarum.**

Von Prof. Winter (Königsberg i. Pr.). Die Hyperemese beginnt nach Verfs. Auffassung als ein nervöses, meistens wohl auf psychogener Grundlage beruhendes Erbrechen, welches durch die zunehmende Entkräftung die Funktion aller Organe schädigt; diese Insuffizienz tritt vor allem bei denjenigen Organen in die Erscheinung, an deren Funktion in der Schwangerschaft erhöhte Anforderungen gestellt werden, z. B. Leber und Nieren. Die Leber ist das wichtigste entgiftende Organ und hat als solches in der Schwangerschaft zwecks Ausscheidung der während derselben erhöhten Giftproduktion erhöhte Arbeit zu leisten. Wenn sie infolge von Unterernährung degeneriert oder verfettet, entgiftet sie nicht genügend, und das Gift sammelt sich im Körper an. Die Nieren, welche als Ausscheidungsorgane der Gifte tätig sind, werden durch die abnormen Mengen derselben gereizt, und Degeneration der Nierenepithelien sind die Folge davon; da hierdurch die Funktion als Ausscheidungsorgan beeinflußt wird, sammelt sich immer mehr toxische Substanz im Körper an. Mangelnde Entgiftung und beschränkte Giftauusscheidung führen schließlich zu der klinisch sich in Ikterus, Herzinsuffizienz, Fieber und Delirien offenbarenden Intoxikation. Auf diese Weise erklärt

sich zwanglos die Entwicklung der meist tödlichen Intoxikation aus der anfänglich harmlosen zu der später bei zunehmender Entkräftung zur Schädigung lebenswichtiger Organe führenden Hyperemese. Diese Hypothese ist von manchen Gynäkologen angenommen; die Mehrzahl will aber in der Hyperemese eine reine Intoxikation sehen; ich kann dieser Anschauung nicht beitreten. Es unterliegt ja keinem Zweifel, daß die Auffassung über die Aetiologie die Grundlage für die Behandlung dieser recht häufigen und nicht selten auch lebensgefährlichen Erkrankung bilden muß. Wer die Intoxikation als einzige Ursache annimmt, muß von Anfang an gegen diese kämpfen; wer das nervöse oder psychogene Moment in richtiger Weise würdigt, wird die Beruhigung der erregten Nerven und Psyche für seine Aufgabe halten. Verf. hält die Anpassung der Behandlung an die richtige Aetiologie für um so wichtiger, weil die symptomatische Behandlung des Erbrechens an sich meist erfolglos ist. Die zahlreich empfohlenen Specifica, Jodtinktur, Cerium oxalicum, Orexin bas. und andere sind gänzlich wertlos. Man bekämpft das Erbrechen am besten, wenn man den Magen ganz als aufnehmendes Organ ausschaltet und per rectum ernährt. Die Anhänger der Intoxikationsätiologie strengster Observanz, welche auf jede Mitwirkung antinervöser Behandlung verzichten, sind ziemlich machtlos, da sie weder die Bildung des Giftes verhindern, noch die entgiftende Tätigkeit der Leber steigern können; meistens wenden sie eine verstärkte Wasserzufuhr in Gestalt von Infusionen oder Clysmata an, um die Nieren zu einer gesteigerten Diurese und damit zu reichlicher Ausscheidung des Giftes anzuregen. Ihre rationelle Therapie wäre wohl bei der Eklampsie die Entfernung der Giftquelle, das ist der künstliche Abort; das wäre nun geradezu ein Verbrechen bei den vorzüglichen Erfahrungen, welche die Behandlung nach dem entgegengesetzten Prinzip, das ist die Beruhigung der Nerven und der Psyche, erzielt; erstere als ein Symptom der Intoxikation wird auch von ihnen regelmäßig wohl durch Clysmata und Brom, Chloral und andere Nervina oder durch subkutane Injektionen von Morphinum oder anderen Opiumderivaten erstrebt. Von ganz anderen Grundsätzen muß man ausgehen, wenn man sich bei der Aetiologie auf den Standpunkt stellt, daß die Hyperemese eine nervöse Erkrankung mit einem leichten Einschlag ins Hysterische ist und daß vor allem das psychogene Moment eine große Rolle spielt. Dann handelt es sich vor allem um Beruhigung des erregten Nervensystems durch absolute Bettruhe, Fernhalten aller Erregungen seelischer, beruflicher, familiärer Art, Darreichung von Nervinis, vor allem der von Olshausen warm empfohlenen Bromclysmata. Nicht selten erreicht man in ruhiger und vernünftiger



Umgebung bei gleichzeitiger Regelung der Ernährung einen guten Erfolg; bleibt er aus und gestaltet sich das Krankheitsbild ernster, so muß die Kranke aus ihrer ihrem Nervensystem schädlichen Umgebung entfernt werden. Der Schaden derselben liegt darin, daß sie die Kranke durch Bedauern und Nachgiebigkeit weniger widerstandsfähig macht und daß ihre Psyche vollkommen in dem Ideenkreis des Hauses und ihrer selbst verbleibt. Das Bild ändert sich oft mit einem Schlage, wenn die Kranke in die Klinik geschafft wird und womöglich jeder Verkehr mit ihrem Hause unterbunden wird. Die Erfahrungen mögen dies beweisen. Verf. verfügt über ein Material von 45 Fällen von Hyperemese, welche so schwer waren, daß die Kranken wegen Unmöglichkeit der häuslichen Heilung von selbst oder auf ärztliche Einweisung die Klinik aufsuchten; von ihnen wurden 18 sofort geheilt, sodaß sie überhaupt in den klinischen Räumen nicht mehr erbrachen, und weitere 18 nach Ablauf von einigen Tagen unter Zuhilfenahme von Nervinis, Rektalernährung, Wasserzufuhr, psychischer Behandlung. In 36 Fällen, das sind mehr als  $\frac{3}{4}$  aller schweren Fälle, hat demnach der Aufenthalt in der Klinik allein oder zweifellos als Hauptmoment die Heilung herbeigeführt. Der heilende Faktor ist hier ein rein psychischer. Die Ablenkung der Psyche durch die Umgebung, namentlich bei den im allgemeinen Krankensaal liegenden Kranken, die Fernhaltung aller Erregungen seitens ihres Hauses, die etwas mitleidslosere, objektive Behandlung bringen diesen für die Kranke und deren Umgebung, sowie auch für die die Kranke oft zum künstlichen Abort einweisenden Aerzte zauberhaften und scheinbar ganz unverständlichen Erfolg zustande. Scheinbehandlungen, dem Verständnis der Kranken angepaßt, entweder gegen den Magen gerichtet, z. B. Aushebern und Ausspülen, oder gegen die Genitalien, z. B. Aufrichtung einer Retroflexio uteri, Pinseln einer Erosion, können zur Hilfe herangezogen werden und tragen zuweilen zur Erreichung des Effektes bei. In 5 von 45 Fällen versagten auch in der Klinik alle Behandlungsmethoden, so daß zur Abwendung von Lebensgefahr der künstliche Abort gemacht werden mußte; das ist 11%. Zu diesen Mitteln ist nun für Verf. im Laufe des letzten Jahres ein neues, recht hoffnungsreiches hinzugekommen, welches sich gegen den psychischen Zustand der Gravida richtet, welcher durch den höchst unerwünschten Eintritt der Schwangerschaft oder die Befürchtungen vor dem Verlauf der Geburt oder einem abnormen Zustand des Kindes hervorgerufen ist. Wenn es gelingt, durch eine genaue Anamnese in den Seelenzustand der Gravida so weit einzudringen, daß man ihre häuslichen oder persönlichen Nöte, welche ihr die Schwangerschaft unerwünscht oder unerträglich erscheinen lassen, kennen

lernt, so gewinnt man die richtige Grundlage für die psychische Behandlung. Man muß das Moment vollkommen zu beseitigen versuchen; das gelingt nicht leicht, wenn bei Unverheirateten Furcht vor Schande und Unmöglichkeit der Ernährung eines Kindes oder bei Verheirateten finanzielle oder familiäre Nöte die Schwangerschaft unerwünscht erscheinen lassen; aber ist es Verf. auch hier einige Male gelungen, die Kranke so weit zu beruhigen, daß das Erbrechen vollkommen sistierte. Leichter ist es, der Kranken eine unberechtigte Furcht vor schwerer Entbindung oder vor einem nicht lebensfähigen oder kranken Kinde auszureden; hier hatte Verf. einige Male durch psychische Beruhigungen sofortigen Erfolg; bei einer anderen Kranken kam Verf. auch hiermit nicht zum Ziel, weil Mann und Frau sich fest entschlossen hatten, die Schwangerschaft nicht weitergehen zu lassen, sicherlich weil sie ihnen aus familiären Gründen nicht erwünscht war. Die Kranke brach weiter, verließ bei der Weigerung, den Abort einzuleiten, das Haus und wurde von einem Frauenarzt wegen weiteren Sinkens des Ernährungszustandes von ihrer Schwangerschaft befreit. Verf. möchte dringend raten, auf diesem Wege fortzufahren, und ist überzeugt, daß viele Schwangerschaften bei richtiger Erfassung des psychogenen Moments erhalten bleiben können. Es gibt nun aber eine nicht geringe Zahl von Hyperemesen, welche allen Behandlungsmethoden trotzen und sich zu einer Lebensgefahr für die Trägerin steigern; hier kann nur der künstliche Abort Heilung bringen und er bringt sie sicher, wenn er nicht zu spät eingeleitet wird. Die Verantwortung für den behandelnden Arzt ist groß, wenn er bei sorgfältiger Abwägung aller Momente sich vor dem unnütz einzuleitenden Abort scheut und andererseits den viel größeren Fehler, eine zu späte Einleitung desselben, vermeiden will. Wenn man eine vollständig einwandfreie Indikation zum künstlichen Abort stellen will, muß man sich zunächst darüber klar werden, woher die Lebensgefahr droht; dieselbe wurde bis dahin allgemein in der zunehmenden Entkräftigung, d. h. mit anderen Worten im Verhungern gesehen. Das trifft nicht zu; denn die Kranken sterben an Intoxikation oft bei noch leidlich gutem Ernährungszustand, und die Obduktionsbefunde entsprechen nicht denjenigen Verhungertes. Wohl können die Kranken in einen besorgniserregenden Kräftezustand verfallen und sehr stark abmagern; eine eigentliche Gefahr geht von dem Zustande nicht aus, um so mehr, als das Körpergewicht im wesentlichen durch Wasserverlust reduziert wird. Wer aus diesem Grunde den künstlichen Abort einleitet, befolgt eine prophylaktische Therapie, d. h. er will dem lebensgefährlichen Zustand der Intoxikation vorbeugen. Diese Indikation ist weit verbreitet und

wird in der täglichen Praxis meistens befolgt. Baisch hat für die Münchener Klinik den unaufhaltsam fortschreitenden Gewichtsverlust als Indikation aufgestellt und in 25 % seiner klinischen Fälle den künstlichen Abort eingeleitet. Charpentier will bei einem täglichen Gewichtsverlust von 300 g den Abort einleiten. Verf. hält diese Indikation aus wissenschaftlichen Gründen für nicht richtig, und praktisch auch deshalb viel zu weitgehend, weil bei der Hyperemese jeden Augenblick durch irgendein psychogenes Moment Heilung und Besserung eintreten kann. Wenn die Lebensgefahr von der Intoxikation ausgeht, muß man die Symptome derselben auch der Indikationsstellung zugrunde legen. Zunächst hat man aus dem Zustand der beiden für die Entgiftung und Giftauusscheidung wichtigen Organe, Leber und Nieren, eine Indikation zu gewinnen versucht. Wichtig ist als Symptom gestörter Leberfunktion der Ikterus; er ist, sofern er nicht eine andere Erklärung findet, ein sehr wichtiges und ernstes Symptom drohender oder meist schon bestehender Intoxikation. Leichter ist es, den Zustand der Nieren zu beurteilen; Albuminurie und Zylindrurie sind im Verlauf der Hyperemese ebenfalls als ein ernstes Symptom aufzufassen, weil sie auf eine schwere Nierenschädigung hinweisen. Dazu kommen noch andere Symptome: von seiten des Herzens Arrhythmie des Pulses und dauernd hohe Frequenz. Pinard geht aber viel zu weit, wenn er schon bei einer dauernden Pulsfrequenz über 100 den Abort einleiten will. Nach dieser Indikation opfert er eine Menge Schwangerschaften unnötig; auch Verf. hat manche Hyperemese noch in Heilung übergehen sehen, welche dieses Symptom gezeigt hatte. Temperatursteigerungen sind aber bedenklich, wofern sie nicht aus anderen Ursachen sich erklären, und hohe Temperaturen sind ein sehr bedrohliches Symptom. Ebenso ernst sind zerebrale Symptome zu nehmen, welche als Delirien, Exzitationzustände, gelegentlich als Koma auftreten. Siemerling rechnet zu den toxischen Symptomen auch die Neuritis und die sie begleitenden psychischen Störungen. Das alles sind die Symptome, welche die Lebensgefahr bei Hyperemese ankündigen. Bei diesen Zuständen hat Verf. einmal den künstlichen Abort mit dem Erfolg eingeleitet, daß alle toxischen Symptome vollständig zurückgingen, bis auf eine längere Zeit bestehende psychische Depression. Es unterliegt keinem Zweifel, daß eine sorgfältige Beobachtung der Kranken den Beginn der Intoxikation erkennen läßt. Es müssen alle vorher geschilderten Symptome beachtet werden und sobald nur eines derselben in Erscheinung tritt, sofort der Abort eingeleitet, und zwar das Ei in einer Sitzung entleert werden. Unter diesen Umständen wird man mit seinem Eingriff nicht zu spät kommen und andererseits

nicht, wie es jetzt in Hunderten von Fällen geschieht, der künstliche Abort unnütz eingeleitet werden. Nach Verfs. Erfahrung hat die Entwicklung der Intoxikation vom ersten Symptom bis zur Lebensgefahr 3 bis 18 Tage gedauert; Zeit genug zur Entscheidung. Wenn Verf. nun zum Schluß zusammenfaßt, wie sich der Arzt bei der Hyperemese verhalten soll, so möchte er folgende Vorschläge machen: Zunächst durch eine sehr tief in das Seelenleben und die äußeren Verhältnisse eindringende Anamnese feststellen, ob eine psychogene Ursache für die Hyperemese besteht, und sie durch entsprechende Gegenwirkung ausschalten. Vor allem ist der Kampf gegen die Abtreibungsgelüste zu richten; derselbe würde ja viel erfolgreicher sein, wenn alle Aerzte auf demselben Standpunkt ständen und wenn die Kranke nicht sofort einen anderen Arzt fände, welcher zum künstlichen Abort wegen Hyperemese bereit wäre. Wenn kein psychogenes Moment besteht oder dasselbe nicht ausgeschaltet werden kann, beginnt die symptomatische Behandlung. Dieselbe muß in dem ersten, rein nervösen Stadium durchaus sich auf die Behandlung der Psyche und des Nervensystems erstrecken; für die häusliche Therapie ist Folgendes zu beachten:

1. Absolute Bettruhe, Fernhalten jeglicher Erregung, Ausschluß aller Familienmitglieder.
2. Beruhigung der Nerven durch Bromclysmata oder Morphinum, Pantopon.
3. Bekämpfung des Erbrechens durch Entziehung jeglicher Ernährung per os und Ersatz derselben durch Nährclysmata.
4. Ersatz des Wasserverlustes durch Rektaleinläufe.
5. Eventuelle Scheinbehandlung, namentlich bei hysterischen Frauen.

Wenn durch strenge Durchführung dieser Punkte innerhalb einiger Tage Besserung nicht erzielt worden ist, muß die Ueberführung in die Klinik erfolgen. Wenn dieselbe abgelehnt wird, so beginnt die für den Arzt sehr verantwortliche, im Hause kaum durchführbare Beobachtung auf die klinischen Symptome einer beginnenden Intoxikation. Bei den ersten als solche sicher zu deutenden Krankheitserscheinungen muß der künstliche Abort sofort eingeleitet werden, und zwar in einer Sitzung.

(M. Kl. 1919 Nr. 22.)

### **Verschiedenes.**

**Behandlung des erschwerten Dekanülements.** Von Dr. E. Lieck (Danzig). Auf Grund seiner Beobachtungen schlägt Verf. vor: bei erschwerten Dekanülement nach oberer Tracheotomie,

ohne erkennbare Ursache, zunächst die physiologisch ungefährlichere untere Tracheotomie auszuführen. Auf diesem einfachen Wege wird, wenigstens bei einem Teil der Kinder, die Befreiung von der Kanüle gelingen. Die Behandlung mit Schornsteinkanülen, Bolzen, Intubation ist einmal technisch weit schwieriger, setzt das Krankenkais und den geschulten Facharzt voraus, ist aber ferner auch für beide Teile, Arzt wie Patient, nichts weniger als erfreulich. Alle Dilatationsmethoden des Larynx und der Trachea sind mehr oder weniger eine Quälerei, die Erfolge demgegenüber zum mindesten unsicher. Verf. hält nicht einmal für ausgeschlossen, daß gelegentlich durch das Bougieren eine organische Stenose erst entsteht, wo vorher nur eine funktionelle Stenose vorgelegen hat. Von der Intubation wissen wir, daß sie nicht selten zu Dekubitalgeschwüren mit nachfolgender Stenosierung führt. Selbst wenn die untere Tracheotomie nicht ans Ziel bringt, d. h. das Dekanülement auch jetzt nicht gelingt, ist sie immer noch ein wertvoller Vorakt für spätere Eingriffe (Freilegen der Trachea, Auskratzen von Granulationen, Resektion, Plastiken); sie sichert vor Atemnot und, wenn man die Tamponade der Trachea hinzufügt, auch vor Aspiration. (Zbl. f. Chir. 1919 Nr. 16.)

**Ueber einen zweckmäßigen Rasierseifenersatz.** Von Marine-Stabsarzt Dr. Kritzler. Am besten fand Verf. den Crem „Trixo“ (Hersteller: Chemische Fabrik Dr. Max Lehmann & Co., Berlin SW 47), auf den er die Aufmerksamkeit der Berufsgenossen lenken möchte. Angenehm riechend, nicht fettend, das Rasieren erleichternd und abkürzend, stellt er ein sehr brauchbares Hautpflagemittel dar, für dessen Empfehlung mancher Kranke sicher seinem Arzt dankbar sein wird. Die Gebrauchsanweisung ist einfach: Nach dem Gesichtwaschen werden ohne vorherige Abtrocknung der Haut ein bis zwei Fingerspitzen voll Crem auf die zu rasierenden Stellen ohne besonderes Einreiben — man spart also das langweilige Einseifen — aufgetragen und unmittelbar danach rasiert. Schärpen des Messers nimmt man vor dem Einreiben vor, damit der Crem nicht eintrocknet, was zur Ermöglichung eines glatten Rasiervorgangs verhütet werden muß. Bei weichem Bart genügt zum Nachrasieren geringe Befeuchtung der noch genug Crem enthaltenden Haut, bei härterem Haar empfiehlt es sich, nach Befeuchtung von neuem etwas Crem aufzutragen. Eine Dose, deren Preis etwa 3,50 Mk. beträgt, genügt bei täglichem Rasieren etwa 6—7 Wochen. Nach dem Rasieren braucht man sich nicht abzuwaschen; der in und auf der Haut zurückbleibende Crem wirkt als eine angenehme, unsichtbare, nicht fettende, entzündungsverhütende, geschmeidig machende Hautsalbe. Der Crem

eignet sich auch ausgezeichnet unter Nachwaschen mit warmem Wasser zur Reinigung der Kopfhaut; Verf. wendet ihn mit gutem Erfolg alle 8—10 Tage an. (Ther. d. Gegenw. 1919 Nr. 6.)

**Ueber die Unzweckmäßigkeit von Infusionen und Injektionen im Thoraxgebiet und an den Beugeseiten der Extremitäten.** Von San.-Rat Oberstabsarzt Dr. Bonne. Auf Grund früherer Empfehlungen werden sowohl Kochsalzinfusionen wie Kampferinjektionen in der infraklavikularen Gegend gemacht. Haut ist hier genügend, das subkutane Gewebe reichlich vorhanden, und somit dürfte hier nach erster Ueberlegung ein vortrefflicher Platz für derartige Eingriffe sein. In der Tat werden von hier auch Kochsalzinfusionen in vielen Fällen verhältnismäßig schnell aufgesogen. Allein, wer einmal selbst in schwerer Krankheit mit Herzschwäche und Atemnot derartige Infusionen, ja selbst nur Kampferinjektionen auf der vorderen Brustseite erhalten hat, der weiß, wie atembeugend diese hier wirken. Vollends Kochsalzinfusionen legen sich, besonders bei schwachen Kranken, wie „Bleigewichte“ auf die Brust und hindern am tiefen Einatmen, hemmen auf diese Weise die Herztätigkeit und begünstigen so unter Umständen unerwünschte Stauungen. Selbst der verhältnismäßig geringe Schmerz der Kampferinjektionen in der vorderen Brustpartie ist für schwache und empfindliche Kranke oft schon eine peinlich empfundene Hemmung der Atmungsfähigkeit. Anders liegt natürlich der Fall z. B. bei den Massenimpfungen von Gesunden mit Typhus- oder Choleraserum. Der peinliche Schmerz und die konsekutive Schwellung der vorderen Brustwand wirkt allerdings höchst unangenehm. Aber diese Störung, die meist in 2—3 Tagen vorübergeht, trifft hier Gesunde. Für den überlasteten Arzt aber muß der bequeme Sitz der Injektionsstelle bei den Massenimpfungen das Entscheidende sein. Nach dem, was Verf. an Krankenbetten, an denen von anderer Seite Kochsalzinfusionen an der vorderen Brustpartie gemacht worden waren, gesehen hat, hat Verf. oft, in Erinnerung selbst überstandener Leiden, die Empfindung gehabt, als ob der ausbleibende rettende Erfolg der Infusion mit der chokartigen Hemmung der Atmung und damit der Herztätigkeit in direkter Verbindung stand. Derartige Infusionen und Injektionen in die Rückenhaut zu machen, dürfte schon deswegen nicht praktisch sein, weil, besonders für den Fall, daß einmal das Unglück einer Abszedierung der Injektionsstelle eintreten sollte, der Kranke nur mit Schmerzen auf dem Rücken liegen kann. Als höchst ungeeignet muß Verf. auch die Beugeseiten der Extremitäten für Infusionen und Injektionen ansehen, da bei einer etwaigen Vereiterung hier, besonders auf

der Innenseite des Oberschenkels, die Nähe der großen Gefäße höchst unerwünschte Komplikationen schaffen könnte. Verf. selbst macht seit 30 Jahren alle Kochsalzinfusionen und Serum- sowie Kakodylinjektionen, insbesondere auch Kampfer- und Ergotininjektionen während der Geburt, nur an der Außenseite der Oberschenkel, wo Platz und Haut genügend vorhanden ist und die Injektionen am wenigsten schmerzhaft empfunden werden. Macht man einer jungen Mutter Kampfer- oder gar Ergotininjektionen während der Geburt in die Vorderarme, so sind diese, wie man oft genug, besonders bei schwächlichen und empfindsamen, aber selbst bei robusten Frauen erleben kann, in den ersten Tagen stark behindert, beim Nährgeschäft das Kind genügend fest an der Brust zu halten. Zum Schluß macht Verf. auf eine kleine Vorsichtsmaßregel bei der Ausführung aller Injektionen aufmerksam, auf die von den Kollegen nicht genügend geachtet wird, das ist die gründliche Entleerung der mit Alkohol desinfizierten Spritze und Nadel von dem an beiden Instrumenten haftenden Alkohol durch wiederholtes energisches trockenes Durchspritzen, bis keine Alkoholtröpfchen mehr durch den Kolbenstoß entleert werden. Unterläßt man diese kleine Maßnahme, so verursacht die an sich schmerzlose Injektion nicht nur peinliches Brennen, sondern sogar, wie Verf. es nach Injektionen von Serum bei Massenimpfungen erlebt hat, von denen die eine Hälfte von ihm, die andere Hälfte von einem jungen Kollegen unter Außerachtlassung dieser kleinen Vorsichtsmaßregel gemacht war, da in der größeren Serumspritze sich leicht mehr Alkohol hält, recht erhebliche und schmerzliche Schwellungen der Injektionsgegend. Manche Injektionen, wie z. B. Kakodylinjektionen, werden auch infolge ihrer chemischen Empfindlichkeit gegen Beimischung von Alkohol direkt in ihrer Wirksamkeit behindert.

(D. m. W. 1919 Nr. 28.)

**Ist die Infektion des Neugeborenen mit Diphtheriebazillen eine harmlose Erscheinung?** Von Dr. H. Lempcke (Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. Br.).

1. Die Infektion mit Diphtheriebazillen kann bei anscheinend sonst kräftigen normalen Kindern mittelschwer verlaufende Nasendiphtherie zur Folge haben.

2. Ein reiner Diphtherietod bei einem Neugeborenen wurde von Verf. nur in einem Falle beobachtet, bei dem das Kind konstitutionell hochgradig minderwertig war (Geburtsgewicht 2500 g, Sklerödem).

3. Die Annahme, das Neugeborene sei mit Abwehrkräften ganz besonders reichlich ausgestattet, oder sogleich in der Lage,

eine ausreichende Menge von Antitoxinen zu bilden, besteht somit nicht zu Recht.

4. Ebensowenig sichert die Ernährung mit Muttermilch einen besonders leichten Verlauf der Erkrankung.

(Zbl. f. Gynäk. 1919 Nr. 21.)

**Eukodalismus.** Von Priv.-Doz. Dr. König (Aus der Dr. Hertz'schen Privat-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn). Daß die Gewöhnung an Eukodal und die damit verbundenen Veränderungen der Psyche, die Abstinenzerscheinungen und die Gefahr der Rückfälligkeit sich kaum von dem unterscheiden, was wir beim sonstigen Morphinismus zu sehen gewohnt sind, sollen die beiden Krankengeschichten zeigen, die Verf. wiedergibt. (B. kl. W. 1919 Nr. 14.)

## Inhaltsverzeichnis.

Aetiologisches S. 353. Symptomatologisches S. 355. Krankheitsbilder S. 358.  
Kasuistisches S. 360. Therapeutisches S. 364.

## Sachregister.

Abort, Behandlung 374.  
Albuminurie, orthostatische 354.  
Alival 371.  
Amenorrhoe bei Tuberkulose 357.  
Appendizitis im höheren Alter 358.  
Dekanülement, erschwertes 380.  
Diphtheriebazillen, Infektion der Neugeborenen mit 383.  
Dysbakta, Erfahrungen mit 367.  
Expressio placentae 373.  
Eukodalismus 384.  
Fingerverletzungen, Behandlung 366.  
Hyperemesis gravidarum, Aetiologie und Behandlung 375.  
Influenza, pathognomonisches Symptom 355.  
—, Behandlung 368.  
Infusionen und Injektionen, geeignete Stellen zu 382.  
Kacepe-Balsam 372.  
Kalkaneusfraktur, Sugillationen an der Fußsohle bei 356.  
Luminal bei Singultus 372.  
Mutaflor bei Darmerkrankungen 369.  
Narbenbehandlung 365.  
Paralysis progressiva und Unfälle 358.  
Plazenta, Expression 373.  
Polyneuritis nach Wundinfektion 360.  
Pseudoappendizitis nach Darmerkrankungen 359.  
Rasierseifenersatz 381.  
Singultus, Luminal bei 372.  
Stirnhirnverletzungen 363.  
Triox 381.  
Trypaflavin in der Chirurgie 364.  
Tuberkulose und Amenorrhoe 357.

## Autorenregister.

<i>Bell</i> 372.	<i>Kelling</i> 354.	<i>Mosbacher</i> 363.	<i>Stockmeier</i> 372.
<i>Bonne</i> 382.	<i>König</i> 384.	<i>Mueller</i> 373.	<i>Tornat</i> 368.
<i>Braun</i> 365.	<i>Kritzler</i> 381.	<i>Oehler</i> 356.	<i>Ueberhuber</i> 371.
<i>Dubs</i> 358.	<i>Kühne</i> 353.	<i>Paetsch</i> 367.	<i>Veit</i> 364.
<i>v. Gaza</i> 359.	<i>Lempcke</i> 383.	<i>Schreiter</i> 355.	<i>Winter</i> 375.
<i>Geisse</i> 369.	<i>Leppmann</i> 360.	<i>Schultze</i> 366.	
<i>Hodiesne</i> 374.	<i>Lieck</i> 380.	<i>Schwermann</i> 357.	

Für den redaktionellen Teil verantwortlich  
San.-R. Dr. E. Graetzer in Berlin-Friedenau.







UNIVERSITY OF MICHIGAN  
  
3 9015 05976 9375

Generated on 2019-11-09 17:09 GMT / <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015059769375>  
Public Domain in the United States; Google-digitized / [http://www.hathitrust.org/access\\_use#pd-us-google](http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google)

Digitized by 

  
Original from  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

