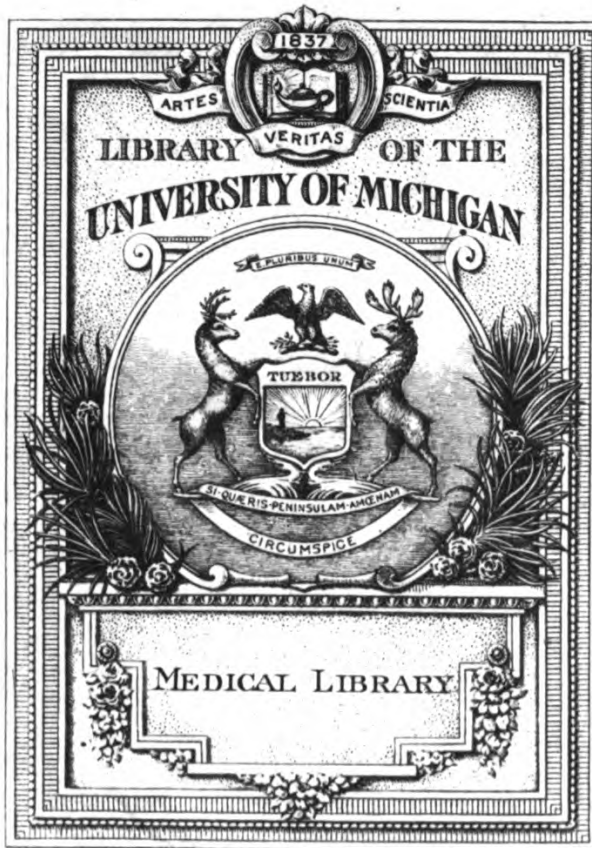


A 3 9015 00380 214 0  
University of Michigan - BUHR

# Escerpta medica

1920 / 1921.







610.5  
E95





# 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.

Dreißigster Jahrgang  
1920|1921.



---

Verlag von Leopold Voss in Leipzig 1921.

Digitized by Google



Medical  
Müller

1-29-27

13902

# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M. 10.— ausschl. Porto

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

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

Verlag von **Leopold Voss** in **Leipzig.**

**30. Jahrgang**

**Nr. 1.**

**Oktober 1920**

## **Aetiologisches.**

**Zur Aetiologie der Parotitis postoperativa.** Von Dr. Walther Schulze, Chefarzt des Krankenhauses Bleicherode. Friedrich kam betreffs der Aetiologie der Parotitis, wie sie zuweilen im Anschluß an Operationen, besonders Laparotomien, auftritt, zu dem Schluß, daß die nervösen Beziehungen zwischen Genitalorganen und Speicheldrüsen, auf die man früher die Entstehung der Parotitis nach Ovariectomien zurückführte, keine wesentliche Rolle dabei spielen, und daß auch die hämatogene Infektion bei septischen Prozessen nicht die häufigste Ursache ist. Er macht vielmehr für die Bildung einer Speicheldrüsenentzündung in erster Linie das Sistieren der Speichelsekretion verantwortlich, wie es namentlich durch tagelange Vermeidung jeder oralen Ernährung, Erbrechen, Daniederliegen der ganzen Lebensfunktionen usw., zustande kommt. Auch Verf. erscheint diese Aetiologie als die wahrscheinlichste. Einen Fall, der geeignet ist, diese Auffassung zu stützen, wengleich es sich nicht um eine postoperative Parotitis handelt, konnte er kürzlich beobachten: Frau I. L., 28 Jahre alt, im 2. Monat schwanger, immer gesund gewesen, machte am 5. I. 1920 abends einen Selbstmordversuch, indem sie eine größere Menge Morphinum muriaticum, angeblich 1 g, einnahm. Sie mußte erbrechen und erreichte infolgedessen nicht den gewünschten Erfolg; als sie am nächsten Morgen erwachte, versuchte sie sich die linke A. radialis mit der Nagelschere zu öffnen, traf aber nicht die Arterie, sondern nur eine Vene, und hatte einen ziemlich starken Blutverlust. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus stand die Blutung durch einen schon in der Wohnung angelegten Druckverband. Die Patientin war benommen, aber nicht bewußtlos, die Pupillen waren sehr eng, der Puls stark beschleunigt, etwas klein. Sonst bestanden keine schwereren Erscheinungen. Erst in der nächsten Nacht traten sehr starke Atmungsstörungen und sogar völliger

Atemstillstand auf, längere Zeit fortgesetzte künstliche Atmung und Sauerstoffinhalation waren aber erfolgreich. Außer Magenspülung und Herzmitteln wurde in den ersten Tagen mehrmals Atropin. sulphur. subkutan gegeben. Es bestand ein starker Depressionszustand, in welchem so gut wie keine Nahrung genommen wurde. Am 10. I. abends traten plötzlich heftige Schmerzen in und vor dem rechten Ohr auf, Temperatur und Puls stiegen. Am 11. I. war eine ziemlich harte Schwellung der rechten Parotisgegend festzustellen, allmählich bildeten sich auch die anderen Symptome einer Parotitis aus, während am Ohr kein Befund zu erheben war. Anfangs wurde ein Versuch mit konservativer Behandlung gemacht, da die Temperatur nur am 13. I.  $39^{\circ}$  erreichte und dann wieder etwas zurückging, auch keine bedrohlichen Erscheinungen auftraten. Als aber die Schmerzen nicht besser wurden und Fluktuation sich bemerkbar machte, wurde am 20. I. inzidiert und reichlich Eiter und nekrotische Speicheldrüsenfetzen entleert. Am 26. I. war eine nochmalige Inzision der Parotis und am 17. II. eine solche der Submaxillaris nötig, in der Folge bildeten sich die entzündlichen Erscheinungen zurück. Am 1. III. waren alle 3 Inzisionswunden vernarbt, keinerlei Erscheinungen von seiten der Speicheldrüsen mehr vorhanden. Patientin hatte sich inzwischen sehr gut erholt und wurde am 9. IV. geheilt bei bestem Befinden entlassen. Bemerkenswert erscheint noch, daß anscheinend der Fötus durch die Morphiumvergiftung der Mutter keinen Schaden erlitten hat, sondern daß sich die Schwangerschaft in den 3 Monaten, während deren Verf. die Patientin beobachten konnte, in normaler Weise weiter entwickelte. Dieser Fall erscheint für die Frage der Aetiologie der Parotitis deshalb wichtig, weil hier mit Sicherheit eine infektiös-hämatogene Entstehung auszuschließen ist und nur angenommen werden kann, daß infolge des Sistierens der Speichelsekretion die Mundbakterien durch den Ductus parotideus in die Drüse wandern konnten und hier eine eitrige Entzündung hervorriefen. Als Ursache der mangelhaften Speichelabsonderung ist wohl sicher das Morphium, vielleicht auch das therapeutisch gegebene Atropin anzuschuldigen sowie die tagelang fast gänzlich eingestellte Nahrungsaufnahme und die in den ersten Tagen trotz der Krankenhauspflege doch nicht regelrecht durchgeführte Mundpflege. Bei Laparotomien spielen ja mangelhafte Nahrungsaufnahme während mehrerer Tage, oft auch ungenügende Mundpflege und die vor der Narkose gegebenen Morphium- und Atropindosen ebenfalls eine Rolle, so daß also die postoperative Parotitis wohl meist die gleiche Aetiologie hat wie die Parotitis in obigem Falle.

(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 23.)



**Uebertragung der Tuberkulose durch Eßgeschirr** spielt nach den Untersuchungen eines amerikanischen Arztes eine große Rolle. Er impfte mit dem Waschwasser der Eßgeschirre tuberkulöser Meerschweinchen, und der dritte Teil der Tiere starb an Tuberkulose. Daß das Waschen der Eßlöffel mit der Hand in warmem Wasser nicht genügte zur Keimfreimachung, ging daraus hervor, daß mit dem Spülwasser, in dem die gereinigten Löffel geschwenkt wurden, noch ein Viertel der geimpften Tiere tuberkulös gemacht werden konnte. Das Eßgeschirr muß in Familien und Speisehäusern durch kochendes Wasser und Desinfizientien entkeimt werden.

(I. cf. Amer. Ass. 1920 Nr. 16. — M. Kl. 1920 Nr. 24.)

**Die Ansteckungsfähigkeit mancher Fälle von Herpes zoster** zeigt eine Beobachtung von Prof. Dr. A. Bacmeister (St. Blasien-Freiburg). Ein Patient steckte andere Personen, die ihm die Hand gaben, an. Er selbst hatte Herpes zoster an der rechten Brust- und Rückenseite. Eine Frau, die ihn durch Handschlag begrüßte, bekam 5 Tage später einen Herpes zoster der linken Brustseite, ein Freund in gleicher Weise 2 Tage darauf den Herpes zoster an der rechten Lenden- und Beckengegend. Hier erfolgte die Ansteckung noch, nachdem bei dem die Ansteckung Bewirkenden alle akuten Erscheinungen bereits vorüber waren und die Bläschen sich in voller Abtrocknung befanden.

(M. m. Wschr. 1920 Nr. 25.)

**Beitrag zum Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Arsen.** Von Dr. Karl Mezei. Es ist mehr als 50 Jahre, daß Hutchinson den Begriff des „Arsenzoster“ festgesetzt hat, und doch sind in dieser Frage die Meinungen der Autoren bis zum heutigen Tage geteilt. Während ein Teil entschieden dafür Stellung nimmt, hält der andere Teil die Eruption des Herpes zoster nach der Arsenmedikation nur für eine Zufälligkeit. Bettmann schreibt in seiner längeren Publikation „Ueber Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch“ (Arch. f. Dermatol. 1900), daß man bis jetzt noch über keinen rezidierten Arsenzoster berichtet hat. Dieser Einwand bildete das stärkste Argument der Gegner, denn wenn zwischen dem Herpes zoster und Arsen irgendein Zusammenhang wäre, dann müßte ein Rezidiv des Herpes nach einer neuerlichen Arsenkur hervorgerufen werden. Und über so einen Fall ist bis zum Erscheinen von Bettmanns Publikation (1900) und seitdem bis zum heutigen Tage nicht berichtet worden. Verf. ist nun auf Grund eines seiner Fälle in der Lage, in dieser wichtigen Frage zur Entscheidung des Streites beitragen zu können. Im Dezember 1919 stellte er bei einer jungen Patientin einen voll-

ständig typischen Herpes zoster lumboinguinalis fest. Bei der Aufnahme der Anamnese erzählte sie, daß sie wegen ihrer Anämie seit längerer Zeit Arsen innerlich genommen habe. Vor einigen Tagen, also 5 Monate später, nach Ablauf des 1. Herpes, erschien sie wieder auf seiner Ambulanz, und jetzt fand sich auf der linken oberen Extremität, dem Ablauf des Nervus radialis folgend, ein also selten lokalisierter Herpes zoster. Die ganz typischen Bläschen waren in 3 Gruppen auf dem stark erythematösen Grund durch intakte Hautteile getrennt. Was die Anamnese anbelangt, gab sie an, daß die Krankheit auch jetzt infolge einer Arsenkur, und zwar nach der 20. Injektion, auftrat. Vor einigen Tagen hat sie schwaches Jucken und Ameisenkriechen auf der erwähnten Stelle gehabt. 24 Stunden nach Erscheinen der erythematösen Flecke sind die mit klarem Serum gefüllten Bläschen entstanden. Es ist interessant, daß sowohl im Dezember wie jetzt der Herpes ohne nennenswerte Schmerzen verlaufen ist.

(M. m. W. 1920 Nr. 29.)

### Krankheitsbilder.

Ueber Plaut-Vincentische Angina schreibt Prof. Dr. G. F i n d e r (Berlin): „Eine Form der Mandelerkrankung, die wegen der häufigen diagnostischen Irrtümer, zu denen sie Anlaß gibt, besonderes Interesse bietet und auf die übrigens auch aus dem Grunde gerade jetzt die Aufmerksamkeit der ärztlichen Praktiker gelenkt zu werden verdient, weil in der letzten Zeit — wenigstens in Berlin — ihr auffallend häufiges Vorkommen konstatiert werden kann, ist die Angina Plaut-Vincenti seu Angina ulcero-membranacea. Die Angina Vincenti beginnt gewöhnlich mit geringer Störung des Allgemeinbefindens und mäßiger Temperatursteigerung, die auch ganz fehlen kann, höchst selten aber 38,5 übersteigt; im Unterkieferwinkel der befallenen Seite — die Affektion ist meist einseitig — findet sich eine schmerzhaft Drüsenschwellung. Auf der Tonsille sieht man einen schmutzig-grauen Belag, der aber meist schon nach sehr kurzer Zeit abgestoßen wird und unter dem dann ein Geschwür zum Vorschein kommt, das oft die ganze Oberfläche der Tonsille einnimmt und auch eine ausgesprochene Tendenz hat, in die Tiefe zu gehen. Seine unregelmäßig gestalteten Ränder und der Geschwürsgrund sind mit nekrotischen, schmierigen Massen bedeckt. Meist besteht in diesem Stadium, in dem die Kranken gewöhnlich erst den Arzt aufsuchen, ziemlich heftiger Schluckschmerz, auch stärkeres allgemeines Unbehagen und Foetor ex ore. Bisweilen greift das Geschwür auch auf die angrenzenden Teile des weichen Gaumens über, und in seltenen Fällen hat es auch



die Neigung, sich auf weitere Gebiete der Mund-Rachenhöhle, Gaumen, Uvula, Wangen- und Rachenschleimhaut, zu verbreiten. Doch erscheint es mir zweifelhaft, ob wir es in Fällen dieser Art noch mit einer Angina Vincenti zu tun haben und ob wir bei ihnen nicht vielmehr von einer nomatösen Erkrankung sprechen müssen; daß zwischen beiden Krankheitsformen — auch in ätiologischer Beziehung — eine gewisse Verwandtschaft besteht, hat große Wahrscheinlichkeit für sich. Die Prognose der Angina Vincenti ist gut: bisweilen verläuft sie nach einigen Tagen, meist jedoch erst nach 2—3 Wochen, ohne irgendwelche Spuren zu hinterlassen; jedoch kommen auch Fälle vor, in denen sie sich als sehr hartnäckig erweist und es viele Wochen dauert, bis das Geschwür ganz zum Verschwinden kommt. Fast immer findet sich bei der Angina Vincenti eine Mitbeteiligung des Zahnfleisches. Schon Vincent hatte als ihre häufige Begleiterscheinung eine diffuse ulzero-membranöse Gingivitis beschrieben; aber auch wenn diese gleich in die Augen fallende Zahnfleischerkrankung fehlt, wird man bei systematischer Untersuchung fast immer eine Entzündung am Rande der Gingiva — eine Gingivitis marginalis — finden, die sich von der Alveolarpyorrhoe durch das Fehlen des Eiters und der Eitertaschen unterscheidet. Das große praktische Interesse, das die Angina Vincenti verdient, besteht nun vor allem darin, daß in sehr vielen Fällen irrtümlicherweise die Diagnose auf Diphtherie oder auf Lues gestellt wird. Vor Verwechslung mit Diphtherie, die um so eher vorkommen kann, als die Angina Vincenti auch bei Kindern sich findet, schützt in erster Linie das Kulturverfahren, dessen Vornahme natürlich in jedem irgendwie verdächtigen Falle nicht unterlassen werden darf; als Momente, die zwar nicht ausschlaggebende Bedeutung haben, aber vielleicht doch differentialdiagnostisch mit verwertet werden können, kommen in Betracht: die Einseitigkeit der Angina Vincenti, das geringere Fieber und das wenig gestörte Allgemeinbefinden. Sehr viel leichter noch ist die Verwechslung mit Lues, und in der Tat kann sowohl ein Tonsillarschanker, wie ulzerierende Plaques, wie ein zerfallendes Gummi fast dasselbe Bild bieten wie die Angina ulcero-membranacea. Hier spricht die Wa.R. das entscheidende Wort; denn aus den zahlreichen nach dieser Richtung unternommenen Untersuchungen muß man schließen, daß bei der reinen unkomplizierten Angina Vincenti die Wa.R. negativ ausfällt. Fällt sie positiv aus, so liegt eine Kombination mit latenter Lues vor. Der Beweis dafür, daß es sich um eine Angina Vincenti handelt, wird einzig und allein erbracht durch den Ausfall der bakteriologischen Untersuchung; es genügt die Färbung eines Ausstrichs mit wäßriger Methylenblaulösung oder mit verdünntem Karbolfuchsin. Charakteristisch

ist nämlich für die Angina Vincenti der Befund von Spirochäten und fusiformen Stäbchen; die Feststellung des symbiotischen Vorkommens dieser beiden Mikroorganismen ist für die Diagnose entscheidend. Es genügt jedoch nicht, daß sie vereinzelt oder in geringer Zahl vorhanden sind, sondern sie müssen das ganze Gesichtsfeld einnehmen, so daß es den Eindruck macht, als ob sie in Reinkultur oder fast in solcher vorhanden sind. Die Frage, ob hier der in Pathologie wohl einzigartige Fall vorliegt, daß zwei artverschiedene Mikroorganismen Erreger einer Krankheit sind, oder ob die fusiformen Bazillen nur eine Entwicklungsstufe der Spirochäten darstellen, ob letztere identisch sind mit den auch sonst in der Mundhöhle sich findenden Spirochäten (*Sp. dentium*, *Sp. buccalis*), oder ob sie einen besonderen Typus für sich bilden — das alles sind Fragen, die als noch nicht geklärt gelten müssen. Auch darüber kann man im Zweifel sein, ob man die Angina Vincenti als einen *Morbus sui generis* gelten lassen oder ob man sie nur — wie dies Gerber will — ansehen soll als ein besonders markantes Glied einer ätiologisch einheitlichen Gruppe von ulzero-membranösen, durch spirochäto-fusiforme Symbiose bedingten Erkrankungen, zu der auch gewisse Stomatitiden und Zahnfleischerkrankungen, skorbutische Geschwüre usw. gehören. Für die Praxis genügt es jedenfalls, daran festzuhalten, daß die Angina Vincenti, klinisch betrachtet, ein besonderes Krankheitsbild darstellt, dessen Diagnose durch den Nachweis der Symbiose von Spirochäten und fusiformen Bazillen gesichert wird. Therapeutisch sind bei der Angina Vincenti lokale Applikationen aller möglichen antiseptischen und kaustischen Mittel — in erster Linie des Jod — empfohlen worden; sie sind alle ohne sichere Wirkung. Von dem Gedanken ausgehend, daß es sich hier um eine Spirochätenkrankheit handele, haben einige Autoren Versuche mit intravenösen Injektionen von Salvarsan bzw. Neosalvarsan gemacht; der Erfolg sprach für die Richtigkeit dieser Vorstellung, denn in der Tat trat in den wenigen so behandelten Fällen eine deutliche Besserung bzw. eine Heilung ein. Es gibt aber einen sehr viel einfacheren Weg, sich bei der Angina Vincenti die spezifische Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten nutzbar zu machen, das ist seine lokale Anwendung. In Uebereinstimmung mit anderen Beobachtern habe ich mit dieser in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen ausgezeichnete und prompte Wirkungen erzielt. Man benutzt entweder eine Aufschwemmung von Salvarsan in Glyzerin (1:10), die man mittels eines Wattetupfers auf die Geschwürsfläche aufpinselt, oder — diese Form der Applikation bevorzuge ich — man bläst mit einem Pulverbläser das Salvarsan in Substanz auf das Geschwür auf. Schon nach einmaliger Anwendung sieht man meist eine

auffallende Reinigung des Geschwürs eintreten; setzt man diese Behandlung einige Tage fort, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf schnelle Heilung rechnen.“ (D. m. W. 1920 Nr. 21.)

**Ueber Paraplegia urinaria.** Von Dr. Alfons Foerster (Aus der medizinischen Klinik zu Würzburg). Angeregt durch einige Beobachtungen, die Verf. in den letzten Jahren machen konnte, möchte er auf ein fast in Vergessenheit geratenes Krankheitsbild, auf die Paraplegia urinaria, wieder einmal hinweisen. Er sah bei 3 Patienten, die wegen einer Zystopyelitis bzw. Zystitis aufgenommen wurden, eine Paraplegia urinaria, die sich mit dem besonders von Leyden für diese Krankheit beschriebenen Symptomenkomplex deckten. Beim 1. Fall trat während der Lazarettbehandlung einer Zystitis plötzlich eine Lähmung beider Beine auf, der mehrere Tage vorher ziehende Schmerzen im Kreuz und in den Beinen vorangingen. Der 2. Fall hatte zum erstenmal 1 Jahr nach Beginn der Blasenerkrankung ungefähr  $\frac{3}{4}$  Jahr lang Schmerzen im Kreuz, die nach vorne ausstrahlten, sich aber dann wieder verloren. Nach weiteren  $\frac{3}{4}$  Jahren traten erneut dieselben Beschwerden auf, dazu kommen jetzt noch allmählich immer stärker werdende, ziehende Schmerzen in beiden Beinen, ferner eine zunehmende Unsicherheit und Schwäche in den Beinen, die ihn jetzt so stark behindern, daß er nur noch mit Hilfe von Stöcken gehen kann. Seit letzter Zeit treten auch noch schlagartige Schmerzen in den Armen auf. Außerdem noch ein Schwächegefühl in den Händen und zuletzt noch ein zeitweises Engigkeitsgefühl besonders auf der rechten Brustseite, durch das die Atmung behindert wird. Der 3. Fall zeigte ungefähr 6 Wochen nach Beginn seiner Zystopyelitis Schmerzen in beiden Beinen, Schwächegefühl und Unsicherheit beim Gehen. Das Treppensteigen ist hier wegen der Schwierigkeit, die Beine zu heben, behindert. Die Kniesehnenreflexe sind bei allen Patienten gesteigert. Die Hautreflexe fehlen nur beim 2. Fall. Sensibilitätsstörungen weisen alle 3 auf. Beim letzten Fall besteht eine Gefühlsherabsetzung für alle Qualitäten im Gebiet des linken Peroneus. Die beiden andern zeigen Störungen im Bereich des 8. bis 11. Dorsalsegmentes, beim einen im Sinne einer Hyperästhesie, beim andern besteht eine Hyperästhesie in diesem Gebiete und nur für Kälte eine deutliche Ueberempfindlichkeit. Die lähmungsartigen Gehstörungen bessern sich beim 1. Fall mit dem Zurückgehen der Zystitis, beim 2. Fall, der nach wie vor an seiner Zystopyelitis leidet, nehmen die Störungen allmählich zu, haben auch in jüngster Zeit, wie bereits erwähnt, zeitweise die Arme und die Atemmuskeln in Mitleidenschaft gezogen. Der 3. Fall, der die Symptome am mildesten zeigte, fühlt sich wieder wohl.

Beim 2. Fall besteht eine ausgesprochene Druckschmerzhaftigkeit der Lendenmuskulatur und in geringerem Grade auch der Beinmuskeln, sonst sind die in Frage kommenden Muskeln und Nerven nicht druckschmerzhaft. Irgendwelche elektrische Störungen weisen die beteiligten Gebiete nicht auf. Die bei den Patienten im Anschluß an eine Infektion des uropoëtischen Systems aufgetretenen paraplegieähnlichen Erscheinungen sind als Formen von Paraplegia urinaria, wie Leyden sie beschreibt, aufzufassen. Nach den Leydenschen Mitteilungen scheint dieses Krankheitsbild früher nicht allzu selten beobachtet worden zu sein. Leyden selbst sah 3 solcher Patienten, von denen 2 infolge der Paraplegie — Lähmung der Atemmuskeln, Dekubitus — ad exitum kamen. Seine Patienten wiesen im wesentlichen folgende Symptome auf. Die Paraplegie entwickelte sich gewisse Zeit nach Beginn der Blasenentzündung, indem immer einige Tage vorher eine geringe Schwäche in den Beinen voranging, der dann plötzlich eine mehr oder weniger komplette Lähmung der Beine folgte. Meistenteils war die Lähmung mit heftigen Schmerzen in den Beinen verbunden. Sensibilitätsstörungen wiesen alle seine Fälle auf, und zwar bestand eine Hypästhesie in den unteren Extremitäten von der Leistenbeuge abwärts. Hand in Hand mit ihr ging dann die Behinderung der Motilität, die noch möglichen aktiven Bewegungen waren langsam und kraftlos. Eine Steigerung der Sehnenreflexe war immer vorhanden, elektrische Störungen sah er auch nicht. Sein 2. Fall hatte zum Schluß eine starke Mitbeteiligung der Atemmuskeln und kam so zu Tode. Beim 1. Fall entwickelte sich eine komplette Lähmung der Beine, Lähmung von Blase und Mastdarm, Dekubitus. Auch er kam ad exitum. Der 3. Fall, der leichteste, verlor mit Aufhören der Blasenkrankung seine paraplegischen Störungen. Wenn auch seine Fälle, besonders die beiden ersten, viel stärkere Erscheinungen aufwiesen als obige, so sind sie doch diesen Fällen sehr ähnlich. Leyden beschäftigt sich mit der Frage der Entstehung dieser eigentümlichen Prozesse im Gefolge einer Blasenentzündung. Aber auch gestützt auf seine Obduktionsergebnisse, die makroskopisch Erweichungsherde im Lendenmark und mikroskopisch fast in der ganzen Medulla, vor allem im Lumbal- und unteren Thorakalmark eingestreute Fettkörnchen und Corpora amylacea zwischen den Nervenfasern und an diesen selbst Atrophie, Degeneration und Hypertrophie aufwiesen, kommt er zu keinem eindeutigen Resultat. Sicherlich handelt es sich nach seiner Auffassung um eine Myelitis, die durch ein Fortschreiten der Blasenentzündung auf den die Blase versorgenden Nerven schließlich auf die Medulla übergeht und so die schon bekannten Erscheinungen auslöst. Für ihn ist also eine von der Blase aufsteigende Neuritis



der Weg. Ihm widerspricht nun Oppenheim, der seinerseits annimmt, daß es sich hier, wie auch bei sonstigen akuten Infektionskrankheiten, entweder um eine direkte Spinalaffektion handelt oder, daß es infolge Durchwanderns von Erregern durchs Zellgewebe oder in den Lymphbahnen zum Rückenmark hinauf zu dieser Affektion kommt. Geklärt ist die Genese dieser Störung aber noch keineswegs. Auch Verf. kann auf Grund der Beobachtungen zur Frage der Entstehung dieses Leidens keine Stellung nehmen. Er sieht nur, daß tatsächlich bei Blasenentzündungen paraplegieähnliche Zustände sich entwickeln können, die bald schwerer, bald leichter verlaufen und, wie 2 der Fälle es zeigen, mit Abklingen der Blasenaffektion wieder verschwinden.

(M. m. W. 1920 Nr. 27.)

### Kasuistisches.

**Zur Serumkrankheit.** Von Dr. H. W i s s e r (Worms). Bericht-erstatte infizierte sich auf der Praxis mit einer Diphtherie mit leichten Störungen des Allgemeinbefindens. Am 2. Tage der Erkrankung Injektion von 5 ccm Behringserum (3000 IE. Pferdeserum). Nach weiteren 24 Stunden trat völliges Wohlbefinden und Abstoßung des Belages ein; ärztliche Praxis wurde wieder aufgenommen. Nach einigen Tagen begann die Haut der Injektionsstelle zu jucken und sich etwas zu röten. Am 7. Tage nach der Injektion trat gegen Abend bei gutem Allgemeinbefinden eine allmählich zunehmende Urticaria rubra auf, die sich im Verlauf einiger Stunden auf den ganzen Körper, zunächst mit Ausnahme des Kopfes, verbreitete. Auf Gesäß und Rücken erreichten einzelne Urtikariaquaddeln eine enorme Größe und Dicke. Zu Anfang der Nachtruhe begann nun unter zunehmender innerer Unruhe und Herzklopfen eine diffuse Schwellung der ganzen Kopf- und Gesichtshaut, die nach und nach so zunahm, daß der Kopf nur noch einem unförmigen Klumpen glich. Die Augen und die äußeren Gehörgänge waren nahezu völlig zugeschwollen, die Nasenatmung war erschwert, nur durch den weitgeöffneten Mund konnte die beschleunigte Atmung erfolgen. Puls 150, starkes Beklemmungsgefühl, Temperatur 40,1. Bei einem Versuche, sich aufzurichten, trat Ohnmacht ein, die bald vorüberging. Diese bedrohlichen Erscheinungen hielten sich etwa 1 Stunde lang auf derselben Höhe, um dann ziemlich rasch abzufallen. Die Urtikaria und die diffusen Schwellungen verschwanden völlig, Puls blieb jedoch auf 120, Temperatur 39,0; wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens. Am nächsten Tage besserten sich auch Puls und Temperatur, jedoch trat eine sehr schmerzhaftige Schwellung des rechten Schulter-

gelenks auf, die sich später in leichterer Form auch an beiden Kniegelenken zeigte. Am 3. Tage nahezu völlige Restitutio, abgesehen von leichten Gelenkschmerzen. Die vorletzte Injektion von Pferdeserum erhielt Verf. vor 4 Jahren nach einer Verwundung im Felde. Die damalige Injektion verursachte keinerlei Nebenerscheinungen. Wenn auch die oben geschilderten Krankheitserscheinungen nicht dem typischen, der Injektion von artfremdem Serum sofort folgenden anaphylaktischen Shock völlig gleichen, so gehören sie doch zweifellos zu der durch Anaphylaxie bedingten Serumkrankheit. (M. m. W. 1920 Nr. 23.)

Prof. G. Peritz stellt 2 Fälle von **hypophysärer Adipositas mit Zwergwuchs** vor, die das Gemeinsame haben, daß sie beide als Folgezustände der Lues anzusehen sind. Sie zeigen die beiden verschiedenen Arten, wie durch die Lues Zwergwuchs mit hypophysärer Adipositas entstehen kann. Der eine Fall betrifft ein Mädchen von 14 Jahren, welches eine linkseitige spastische Lähmung verbunden mit Schwachsinn aufweist. Dazu kommt, daß sie nur 123 cm groß ist, also 28 cm zu klein für ihr Alter, umgekehrt aber 28,8 kg wiegt, also 3,8 kg zu viel an Körpergewicht hat. Dieses Mißverhältnis zwischen Größe und Körpergewicht weist allein schon auf die starke Fettentwicklung bei dem Kinde hin, das auch die Fettanhäufung an den für die hypophysäre Adipositas typischen Stellen zeigt. Es handelt sich um eine kongenitale Lues. Ein Hydrozephalus ist durch die Lumbalpunktion nicht nachzuweisen, ebensowenig im Röntgenbild. Man muß also annehmen, daß hier eine zerebrale Lues sowohl die Gehirnveränderung, welche die Ursache für die Hemiplegie abgegeben hat, wie auch die Veränderungen an der Hypophyse herbeigeführt hat. In dem 2. Fall handelt es sich um einen Knaben von 3 Jahren, der keine Zeichen einer Lähmung aufweist. Er ist außerordentlich fett, wiegt jetzt 12,8 kg, also 0,89 kg zu viel für sein Alter, und ist umgekehrt nur 82 cm groß, also 9 cm zu klein. Es besteht auch hier wieder ein Mißverhältnis zwischen Größe und Gewicht zugunsten des Gewichtes, in heutiger Zeit besonders auffallend. Die Testes sind nicht zu fühlen. Der Schädelumfang beträgt 52 cm, er ist also ziemlich beträchtlich für das Alter. Im Röntgenbild sieht man deutlich eine erweiterte Sella turcica, wie man sie bei angeborenem Hydrozephalus gewöhnlich beobachtet. Bei dem Knaben ergibt schließlich die Lumbalpunktion einen erhöhten Liquordruck. Hier hat also die Lues zu einem Hydrozephalus geführt, der aber nicht einen Ballonschädel produziert, sondern nur eine mäßige Vergrößerung des Schädels gezeitigt. Das gerade ist die Eigenart desluetischen Hydrozephalus. Den Zwergwuchs

und die hypophysäre Adipositas erzeugt hier die Lues mit Hilfe des Hydrozephalus, indem dieser die Hypophyse entzweidrückt. Die Lues kann aber auch noch in anderer Weise zum Zwergwuchs führen. Sie kann durch allgemeine Zellschädigung einen dystrophischen Infantilismus erzeugen, bei dem eine allgemeine Kleinheit besteht, aber ohne Fettentwicklung. Der Vortragende zeigt 2 einschlägige Fälle, die ebenso wie die beiden anderen Fälle aus dem Waisenhaus Rummelsburg stammen.

(Berlin, Ver. f. inn. Med. u. Kinderheilk. [Pädiatr. Sekt.], 12. I. 1920.)

**Prolapsgefühl ohne Prolaps als Kriegerscheinung** beobachtete Dr. O. Schlesinger (Berlin) in 5 Fällen. Nie waren Momente für Entstehung eines Prolapses vorhanden; weder hatten Abmagerung noch Geburtsschäden den Halte- und Stützapparat des Uterus geschwächt, noch handelte es sich um eine senile Atrophie des Uterus. Wohl aber stieß Verf. auf nervöse Symptome in Anamnese und Befund, so daß das Krankheitsbild auf einer nervösen Anlage zu beruhen scheint. Da Patientinnen mit nervösen Genitalbeschwerden sich erfahrungsgemäß äußerst schwer beeinflussen lassen, wenn man ihnen eingesteht, einen objektiven Genitalbefund nicht zu finden, so hat Verf. den Patientinnen stets das Vorliegen einer „Rötung und Entzündung“ angegeben und ihnen eine baldige Heilung versprochen. Seine Therapie bestand in Ichthyol- und Argentumnitricum-Beizungen der Vulva und des Perineums und in Auftragung von Zyκλοformpaste „Bayer“, die außer dem Zyκλοform noch Hamamelis enthält. Gleichzeitig empfiehlt Verf. Allgemeinbehandlung der Nervosität durch Baldrian usw., besonders aber bei untätigen Frauen durch Besprechung einer straffen Tageseinteilung mit frühzeitigem Aufstehen und Zubettegehen. (M. Kl. 1920 Nr. 24.)

**Exanthem bei kindlichem Diabetes** beobachtete Dr. G. Bihlmeyer (aus der Tübinger Kinderklinik) bei einem tödlichen Coma diabeticum eines 6jährigen Kindes: scharf begrenzte, teils kreisrunde, teils ovale Flecke von Erbsen- bis Bohnengröße und blaßbläulicher bzw. blaugrauer Färbung, einzeln sämtlich, hauptsächlich auf Bauch und Brust, aber auch auf Oberschenkeln und Oberarmen. In der Literatur ist ein derartiger Ausschlag bei kindlichem Diabetes nur selten beschrieben. Herbert Koch berichtete in einer Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien vom 25. 6. 1912 über einen von ihm beobachteten derartigen Fall. „Schwerer Diabetes mit eigenartigem Exanthem aus erbsen- bis bohnen großen, kreisrunden oder ovalen makulösen Effloreszenzen zusammengesetzt, die einen

bläulich-lividen Farbenton besitzen (ähnlich wie *Maculae caeruleae*). In der Mitte der Mehrzahl der Effloreszenzen war ein hellrotes, winziges Pünktchen zu sehen. Die Ausbreitung des Exanthems erstreckte sich über den Stamm, die oberen und unteren Extremitäten . . . .“ Man sieht also, daß es sich offenbar um denselben Fall handelt wie hier, nur fehlten die Blutpunkte; das Exanthem blaßte dort in wenigen Tagen ab. 2 Jahre später stellte Koch ein 12jähriges Mädchen mit gleichem Ausschlag vor und berichtete, daß er einen solchen inzwischen in 8 Fällen von schwerem Diabetes mit Azeton im Harn gesehen habe, während er in 2 leichteren Fällen ohne Azidose nicht vorhanden war. Er erklärte das Exanthem als auf toxischer Grundlage beruhend. (M. m. W. 1920 Nr. 25.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Das Boluphen in der Chirurgie.** Von Dr. E. Nordmann (Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin-Schöneberg). Die Wundstreupulver werden heutzutage in der praktischen Chirurgie viel weniger angewandt als in früheren Jahren. Die Antiseptika werden meistens in Form der präparierten Gazen zur Wundbehandlung benutzt, und bei granulierenden Wunden werden mit Recht die verschiedenen Salben bevorzugt. Es bleiben jedoch einige Anwendungsgebiete für Antiseptika in Pulverform übrig, und besonders jetzt, wo die Herstellung der mit Antiseptika imprägnierten Gazen hohe Kosten erfordert, kann man dadurch Ersparnisse machen, daß man das Antiseptikum in Pulverform auf die Wunden bringt und sterile Gaze darüberlegt. Auf der II. chirurgischen Abteilung des Schöneberger Krankenhauses wurde in früheren Jahren das Jodoform, Xeroform und das Airol benutzt. Die Preise für diese Antiseptika sind aber im Großhandel schon derartig gestiegen, daß man in großen Krankenhäusern zu Ersatzmitteln übergehen muß. So ist z. B. Airol und Dermatol nicht mehr erhältlich, Noviform kostet zirka 700 Mk., Jodol 1310 Mk., Orthoform 700 Mk., Jodoform über 1100 Mk. pro Kilogramm. In Anbetracht dieser gewaltigen Preissteigerungen lag es nahe, ein neueres Präparat zu benutzen, welches wesentlich billiger ist und im Preise nicht höher steht, als vielfach benutzte indifferente Streupulver, die keine antiseptische Wirkung haben. Boluphen ist ein von Vial & Uhlmann in Frankfurt am Main hergestelltes Antiseptikum und Desodorans; 1 kg kostet zirka 100 Mk. Seine wichtigen Komponenten sind: Phenol, Formaldehyd und Bolus. Die Wirkung des Mittels besteht darin, daß es sich unter der enzymatischen Wirkung der Gewebssäfte in

Formaldehyd und ein geruchloses Phenolderivat zerlegt. Dadurch sollen die antibakteriellen Wirkungen der einzelnen Komponenten des Mittels zur Wirkung kommen. Das Pulver ist farblos und geruchlos, in Wasser und Säuren unlöslich, in Alkohol und in Kalilauge teilweise löslich. Das Mittel ist außerordentlich aufsaugend, und zwar viel stärker als die übrigen bekannten Antiseptika. Es ist mit allen möglichen Salbengrundlagen, auch mit den Ersatzpräparaten der Vaseline sehr gut zu verarbeiten. Aus allen diesen Gründen wurde das Mittel in der II. chirurgischen Abteilung des Schöneberger Krankenhauses und in der Privatklinik von Prof. O. Nordmann benutzt. Oberflächliche Hautwunden, Abschürfungen wurden damit bestreut, und es entstand ein trockner, fester Schorf, unter dem eine glatte Heilung erfolgte. Stinkende und mißfarbene belegte Wunden wurden ebenfalls mit dem Mittel bestreut und angefeuchtete sterile Gaze darüber gelegt. Die desodorierende Wirkung des Mittels war in die Augen springend. Bei Operationswunden und Verletzungen in der Gegend des Rektum wurde bei der Benutzung des Boluphen eine glatte Heilung erzielt. 10- bis 20% ige Salben wurden bei der Behandlung granulierender Wunden, bei denen früher Argentum-nitricum-Perubalsamsalben zur Anwendung kamen, mit sehr guten Heilungsergebnissen angewandt. Ekzeme oder eine Dermatitis wurden nach dem Boluphen nicht gesehen. Nach diesen kurz mitgeteilten Erfahrungen kann das Mittel empfohlen werden, zumal es gelingt, durch seine Verwendung wesentliche Ersparnisse zu machen.

(M. Kl. 1920 Nr. 26.)

**Caseosanbehandlung** (das neue Lindigsche Milchpräparat) wandte Dr. K. Taege (Freiburg) mit glänzendem Erfolge bei einem Achselweißdrüsen-Abszeß an (2 Ampullen in 48 Stunden in die Glutäalmuskulatur). Verblüffend war auch der Erfolg bei 3 Fällen von Prostatitis gonorrhoeica und bei einem Tripperknie.

(M. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Behandlung infizierter Wunden mit Pyoktaningaze.** Von Dr. E. L. Blumann (Poliklinik von Prof. Dr. Bockenheimer in Berlin). Die Anwendung der Blaugaze ist besonders für den praktischen Arzt sehr einfach. Alle zur Infektion neigenden Verletzungen (Unfälle!), als da sind Schuß-, Stich- und Hiebverletzungen, komplizierte Frakturen, Skalpierungen, wie sie bei Ueberfahrungen häufig sind, alle gespaltenen Abszesse, Panaritien aller Art, Phlegmonen und selbst Osteomyelitiden, werden mit der Pyoktaningaze locker ausgelegt und dann die Wunde mit einer dicken Zellstoffschicht belegt, um eventuell Sekrete aufzufangen. — Es hat sich als recht



praktisch erwiesen, besonders stark verschmutzte Wunden und besonders solche Verletzungen oder Infektionen, in denen die Sehnenscheiden infiziert waren, oder gar die Sehnen freilagen oder verletzt waren, erstmalig mit einer 5%igen alkoholischen Pyoktaninlösung auszutupfen, die sich ein jeder aus 5,0 g Pyoctaninum coeruleum, Merck plus 100 ccm 60%igem Alkohol herstellen kann, und dann erst zu tamponieren. Der weitere Gang der Wundbehandlung ist dann folgender: Der heute operierte Patient wird am folgenden Tage nur auf Sitz des Verbandes oder auf nur selten vorkommende Progredienzerscheinungen der Entzündung hin kontrolliert und dann erst am 4. Tage post incisionem der erste Verbandwechsel vorgenommen. Bei diesem Verbandwechsel sieht man dann schon den Unterschied zwischen der Behandlung mit Pyoktaningaze und der mit der alten Jodoform- oder gewöhnlichen Gazetamponade. Der Blaugazetampon ist nie mit der Wundoberfläche verklebt. Ein Herausziehen aus der Wundhöhle ist also absolut schmerzlos. Die Wunde und deren Umgebung sind stets ganz reaktionslos. In der Wunde selbst keinerlei oder nur ganz minimales, blaugefärbtes, meist dünnflüssiges Sekret; kein Eiter! Wer die Ströme gelben Eiters kennt, die sich sonst aus kürzlich inzidierten Wunden entleeren, der wird über diese bakterizide und sekretionshemmende Wirkung des Pyoktanins erstaunt sein. Ein weiterer Vorteil ist dann auch die Sparsamkeit an Verbandmaterial, die durch Anwendung von Blaugaze gewährleistet wird. Hat man den ersten Verbandwechsel am 4. Tage vorgenommen und dabei nochmals etwas Blaugaze eingelegt, so kann man beim 2. Verbandwechsel nach weiteren 5—6 Tagen schon einen mit Argentumnitricum-Salbe bestrichenen Tampon in die Wundhöhle bringen, die dann meist schon völlig gereinigt, sekretlos ist und bis auf kleine, noch bläulich verfärbte Inseln schon gesunde Granulationen aufweist. Erweist es sich doch als notwendig, noch ein 3. Mal eine antiseptische Wirkung auf die Wunde auszuüben, so benutzt Verf. in diesem Falle dann nicht die 10%ige Starkgaze, sondern zieht die 5%ige Gaze vor, um nicht durch etwaige Ueberdosierung des Pyoktanins die Granulation zu stören. Durch diese neue Behandlung wird die Wundheilung bedeutend abgekürzt, was ja bei unseren arbeitenden Patienten sehr wichtig erscheint. Die durchschnittliche Heilungsdauer gewöhnlicher Abszesse und infizierter Wunden beträgt 8—14 Tage. Größere Phlegmonen, wie Sehnenscheidenphlegmonen, sowie die so gefürchteten pyogenen Erkrankungen des Knochensystems erfordern naturgemäß entsprechend längere Zeit zur Heilung. Irgendwelche schädigenden Bei- oder Nebenwirkungen in der Wundbehandlung mit Pyoktaningaze haben sich nicht gezeigt. Etwaige blaue Flecke auf der Haut oder

Verf. gebrauchten und gewünschten Gesamtmengen überschreiten bei weitem die, welche die Dermatologen bei der Luesbehandlung anzuwenden pflegen; daß sie von Paralytikern gut vertragen werden, zeigen die Berichte, wie der Weichbrodts, und die eignen Erfahrungen; wenn auch anerkannt werden muß, daß der Kranke in frischen Stadien der Lues wesentlich empfindlicher ist, so liegt doch die Frage nahe, ob die Behandlung der frischen Lues nicht bis zu höheren Gesamtdosen zu steigern ist in protrahierter Anwendung und ob dann nicht die spät- bzw. metaluetischen Erkrankungen zu verhüten sind. Verf.s Bericht zeigt, daß Silbersalvarsan und Sulfoxylat sehr starke und gut verträgliche Mittel sind, die gegenüber den bisherigen Salvarsanpräparaten den einleuchtenden Vorteil bequemer Handhabung haben. Weiterhin zeigt er, daß der Gebrauch dieser Mittel bei Paralytikern Besserungen tiefgreifender Art bei einer solchen Verhältniszahl erzielte, daß man nicht von Zufälligkeiten des Verlaufs reden kann; diese Besserungen werden zu erwarten sein nur bei nicht veralteten Fällen und treten nur bei sehr energischer und langdauernder Behandlung ein. Ueber die Dauer der Wirkung ist noch nichts auszusagen. Jedenfalls ist die Forderung berechtigt, daß energische Behandlungsversuche bei vielen beginnenden Paralytikern fortgesetzt werden. Dann erst werden sich die Grenzen der Wirkungsmöglichkeit antiluetischer Behandlung auf dem Blutweg abstecken lassen und wird zu übersehen sein, welche Bundesgenossen wir noch zum Kampf gegen die Paralyse brauchen. (D. m. W. 1920 Nr. 8.)

**Die innerliche Behandlung von Schnupfen und Angina mit Jod.** Von Dr. Julius Finck (Charkow). Verf. schreibt: „Der innerliche Gebrauch von Jod beim akuten Schnupfen ist meines Wissens noch niemals empfohlen worden, vermutlich, weil dem die Erscheinung des Jodschnupfens entgegenstand. Und doch liegt gerade diesem Umstande ein tiefer Gedanke zugrunde, wenn man es sich klar macht, welches die Ursachen sind, die zum Jodschnupfen führen. Letzterer entsteht bekanntlich dadurch, daß das rückpassierende, durch die Schleimhäute der Nase sich ausscheidende Jod einen entzündlichen Reizzustand hervorruft, der vermehrte Absonderung von Nasenschleim zur Folge hat. Es muß uns ganz besonders auffallen, daß das Jod beim Rückpassieren durch die Schleimhäute überhaupt noch, in Anbetracht der hochgradigen Verdünnung, die es im Organismus erleidet, Reizwirkung äußern kann, zumal noch ein gewisser Teil durch Darm und Nieren ausgeschieden wird. Da nun aber diese Tatsache besteht, so kann auch die Frage aufgeworfen werden, ob die chemischen Eigenschaften des Jodrückstroms nicht auch für den Kampf gegen die

parasitären Erkrankungen der Schleimhäute des Mundes, des Rachens und der Nase dienstbar gemacht werden könnten. Ich legte mich nach dieser Erkenntnis auf Versuche im großen, wofür ich im Krankenbestand und Personal meiner Klinik, in meiner Familie und unter meinen Freunden und Bekannten reichlich Material fand. Das Ergebnis bestätigte meine Annahme, daß wir im Jod ein vorzügliches Mittel gegen Schnupfen und Angina haben, das ich nicht anstehe als spezifisch zu bezeichnen. Ein Wunder soll man nicht erwarten, aber ein kräftiges Mittel, das selten im Stich lassen wird. Alter, Individualität, Körperkonstitution und Ernährung werden auch hier eine Rolle spielen. Vollaftige und dicke, jugendliche sowohl wie ältere Individuen erkranken fraglos leichter und leiden schwerer unter Schnupfen und Angina, als magere und grazile. Die Ursache liegt in den lockeren, bzw. festen Schleimhäuten. Der Jodrückstrom ist nicht stark genug, um die Bakterien abzutöten. Er wirkt, was ich sowohl bakteriologisch wie klinisch feststellen konnte, nur entwicklungshemmend, und zwar schon nach einmaliger Jodgabe. Es tritt also entweder eine Umwandlung des Nährbodens in einem für das Wachstum der Bakterien ungünstigen Sinne ein oder eine direkte schädigende Beeinflussung des Bakterienkörpers. Das gilt sowohl für Schnupfen wie für Angina. Für therapeutische Zwecke kommt es darauf an das Jod in einer möglichst kleinen Dosis zu geben, um eine Reizung der Schleimhäute nach Möglichkeit auszuschalten, weil es sonst zu einer Summierung der Reize, Jod + Bakterienwirkung, kommen muß. Als Optimum hat sich mir eine 10%ige Jodjodkaliumlösung (Jodi pur. 0,3, Kal. jodat. 3,0, Aq. dest. 30,0) bewährt. In dieser Zusammensetzung wirkt das Jod, wie mir die Erfahrung gezeigt hat, am energischsten. Es mögen noch andere Präparate da sein, die ebensogut sind, doch wer kann sie alle ausprobieren. Jedenfalls muß man, um seine Wirkungsweise kennen zu lernen, das Jod in dieser Zusammensetzung anwenden. Auch bringt in dieser kleinen Dosis, zumal sich der Gebrauch nur auf einige Tage beschränkt, das freie Jod keinen Schaden. In Milch genommen, verträgt es auch ein schwacher Magen. Seine Anwendungsweise ist folgende: Kinder bis zu 10 Jahren erhalten 5 Tropfen pro dosi, größere Kinder und Erwachsene 8 und große, massige Menschen 10 Tropfen auf ein viertel Glas Wasser, worauf ein halbes Glas nachgetrunken wird. Für prophylaktische Zwecke verordnet man die oben genannte Dosis 1 mal täglich. Rechtzeitig, bei den 1. Anzeichen des beginnenden Schnupfens, die meistens am Abend sich einzustellen pflegen (leichtes Frösteln und Unbehagen, Niesen, Mandelschmerzen, Wundfühlen im Nasenrachenraum in der Nähe des Tubenausgangs, meistens einseitig, und Empfindlichkeit gegen Kälte und Zug) eingegeben, gelingt es mit fast

absoluter Sicherheit den Ausbruch eines Schnupfens zu verhindern. Bei Angina fehlt mir die große Erfahrung, weil es sich da meistens um Kinder handelt, die die Symptome nicht anzugeben verstehen und weil die beginnende Angina zu wenig prägnante Symptome macht. Es scheint aber auch hier nicht anders zu sein, als wie beim Schnupfen. Bei letzterem kommt es bisweilen zu erhöhter Absonderung von Nasenschleim, aber ohne Entzündung, ohne Verlegung der Nasenwege und Störung des allgemeinen Wohlbefindens. In Fällen schwerer Infektion durch hochvirulente Bakterien, die glücklicherweise selten sind, kann das Mittel prophylaktisch versagen. Sobald man das merkt, muß sofort, wie weiter unten dargestellt, auf die doppelte Dosis übergegangen werden. Der Erkrankte muß sich aber auch schonen können, die krankmachenden Ursachen dürfen nicht weiterwirken. Es kommt, wie gesagt, alles

- auf die rechtzeitige Applizierung des Mittels an. Es muß daher im Hause vorrätig gehalten werden, weil der Schnupfen sich meistens am Abend anmeldet. Wenn man es sich erst am nächsten Morgen verschafft, dann ist es meistens zur prophylaktischen Anwendung zu spät. Bei Kindern ist der abendliche oder nächtliche Nieser ein fast sicheres Symptom des beginnenden Schnupfens. Das Kind muß dann geweckt und das Mittel eingegeben werden. Es ist durchaus anzuraten in den Fällen, wo man überzeugt ist, sich erkältet oder infiziert zu haben, sofort die Jodflasche zu Rate zu ziehen, eine 2 malige Gabe genügt vollkommen. Davon werden besonders Schauspieler, Sänger und Redner großen Nutzen haben. Ich persönlich bin, seitdem ich so verfare, also seit vier- und einhalb Jahren, schnupfenfrei, mit Ausnahme von zweien Malen, beide auf der Reise unter sehr erschwerenden Umständen. Früher habe ich unterm Schnupfen schwer gelitten. Ich hatte ihn 5—6 mal im Jahre sicher, fieberte und mußte ins Bett. Die therapeutische Dosis bei ausgebrochener Krankheit beträgt 2 mal täglich die oben genannte Tropfenzahl. Man nimmt sie am Morgen 2 Stunden nach dem Frühstück und am Abend vorm Schlafengehen. In den meisten Fällen, vorausgesetzt die rechtzeitige Einnahme, ist man nach 2—3 Tagen gesund und das oft restlos, d. h. ohne die für gewöhnlich nachbleibenden katarrhalischen Erscheinungen. Darnach wird das Mittel 1 mal täglich weiter eingenommen, bis 10 Tage herum sind. Bei Kindern und vollaftigen jugendlichen Individuen dauert es gewöhnlich 1—2 Tage länger, bis Heilung eingetreten ist. Ich habe aber auch bei diesen in 2 Tagen restlose Heilung eintreten sehen. Kinder sind im allgemeinen schwieriger zu behandeln als Erwachsene, besonders dann, wenn sie herumlaufen und nicht, wie es nötig wäre, auf 2—3 Tage ins Bett gebracht werden. Man bedenke, daß kleine Kinder um so viel näher zum Fußboden, also

in einer kühleren Atmosphäre, leben müssen als die Erwachsenen, besonders in der kalten Jahreszeit. Schnupfen und Angina sind aber exquisit wärmebedürftige Krankheiten. Außerdem wird bei den Kindern der Beginn meistens übersehen. Was nun den heftig ausgebrochenen, vernachlässigten Schnupfen betrifft, so wird auch dieser von der Jodtherapie günstig beeinflußt, was gewöhnlich schon nach 24 Stunden bemerkbar ist. Die entzündlichen Erscheinungen gehen zurück, die verlegte Nase wird frei; das Wohlbefinden bessert sich. Voraussetzung ist auch hier, daß der Mensch sich schont und weitere Abkühlungen des Körpers vermeidet. Ein sehr wichtiger Umstand ist der, daß bei der Jodtherapie schwere Komplikationen nicht eintreten. Leichte Nachtkrankheiten wie Ohrenstechen, Heiserkeit und Husten sind bei Kindern nicht immer zu vermeiden, besonders dann, wenn Bettruhe nicht eingehalten wird. Sie sind aber unerheblich und dauern nicht lange. Die angegebene Dosis darf nicht überschritten werden. Nichts wäre verkehrter, als zum infektiösen noch einen Jodschnupfen zu riskieren. Das tritt aber sicher ein, wenn man über dieses klinisch festgestellte Optimum hinausgeht. Personen, welche infolge langen Jodgebrauchs bzw. Jodmißbrauchs dem Jodismus verfallen sind, können auch bei Gebrauch kleinster Dosen Jodschnupfen bekommen. Letzterer zeichnet sich gegenüber dem infektiösen dadurch aus, daß die Schleimsekretion, bei sonst freien oder wenig behinderten Nasenwegen, reichlich, schließlich abundant wird, so daß manchmal das Nasensekret, man könnte sagen, im Strom, in das untergehaltene Taschentuch abfließt. Dieser Zustand tritt besonders dann gerne ein, wenn beim akuten Schnupfen, in der Meinung, daß ein Mehr energischer wirken müsse, die Dosis überschritten wird, aber auch bei der gewöhnlichen Dosis, wenn der betreffende Kranke jodempfindlich ist oder geworden ist. Das Mittel muß dann selbstverständlich baldmöglichst ausgesetzt werden. Es ist also nötig, daß die angegebenen Verordnungen strikte eingehalten werden. Man vergesse nicht: Die Bakterien werden durch Jod nicht getötet, sondern nur in ihrer Entwicklung gehemmt. Das Schwergewicht der Jodtherapie liegt in der Behandlung der Anfangsformen.“

(M. m. W. 1920 Nr. 15.)

**Kinische Erfahrungen mit Dijodyl.** Von Dr. Meta Rheinboldt (Aus dem Krankenhaus der Pfeifferschen Anstalten Magdeburg-Cracau). Gegenüber der Behandlung mit Jodkali, das vergleichsweise rasch ausgeschieden wird, stellte sich bei Versuchen mit Dijodyl heraus, daß die Ausscheidungszeit eine verlängerte und gleichmäßige war. Es wurde deshalb die Frage untersucht, ob nicht eine Behandlung mit viel kleineren Dosen eines organischen

Jodpräparats gleich gute Erfolge bieten könnte, wie die mit großen Mengen anorganisch gebundenen Jods. Die geradezu kolossalen Quantitäten von Jodkali, die man wochenlang gegeben hat (täglich 20, 30 g und mehr), scheinen einerseits für den Patienten nicht unbedenklich zu sein, andererseits stellen sie heute eine überaus kostspielige Therapie dar. Wenn man die gleiche Wirkung mit viel kleineren Mengen eines organischen Jodpräparats erreichen könnte, wäre wohl ein therapeutischer Fortschritt erzielt. Angewandt wurde ein neues Jodpräparat, Dijodyl-Riedel, das nach patentiertem Verfahren als Rizinstearolsäuredijodid hergestellt wird und in Tabletten zu 0,3 g und Gelatine kapseln mit je 0,3 g Dijodyl in den Handel kommt. Dijodyl enthält 46,2 % Jod, besitzt also einen für ein organisches Präparat an sich recht hohen Jodgehalt. Den Magen passiert es unzersetzt, kann also Magenbeschwerden durch Jodnebenwirkung nicht hervorrufen; erst im alkalischen Dünndarminhalt wird es zerlegt und resorbiert. Einige Male blieb bei Verabreichung der unzerkleinerten Tabletten die Resorption aus, es wurde daher stets zerbröckelte Tabletten gegeben, bzw. die geschmacklosen Tabletten mußten vom Patienten gut zerkaut werden. Um die Resorption des Präparats auch bei unzuverlässigen Patienten sicherzustellen, bei denen man nicht die Gewähr für gutes Zerkauen hat, und das den meisten Patienten unangenehme Zerkauen der Tabletten ganz auszuschalten, hat die Firma J. D. Riedel, Aktiengesellschaft, Berlin, sich entschlossen, neben der Tablettenform das Präparat auch in elastischen Gelatine kapseln in den Handel zu bringen (Schachteln mit 20 Kapseln zu je 0,3 g). Diese Kapseln, die geschluckt werden, lösen sich sehr schnell im Magen auf und gewährleisten, da sie das Dijodyl in Pulverform enthalten, eine glatte und vollständige Resorption im Darm und damit eine vollständige Ausnutzung des Präparats. Nach Verf.s Erfahrungen ist Dijodyl von ausgezeichneter Verträglichkeit, nur in einem Falle trat Schnupfen auf. Das Präparat wurde von allen Patienten gern genommen. Tatsache ist, daß das Dijodyl ein Präparat von guter Bekömmlichkeit ist. In einigen Fällen wurden mit kleinen Dosen gute Erfolge erzielt. Jedenfalls sei die Nachprüfung besonders in Hinsicht auf das Ausreichen kleiner Mengen Dijodyl zu derselben klinischen Wirkung, die mit großen Dosen Jodkalium erzielt werden, empfohlen. (M. Kl. 1920 Nr. 21.)

**Das Magnesiumperhydrol in der Therapie der Magen-Darmbeschwerden.** Von Georg Sandberg (Berlin). „Von den Medikamenten, welche im Laufe der letzten Jahre gegen die Hyperaziditätsbeschwerden empfohlen worden sind, hat sich das Magnesiumperhydrol Merck mit am besten bewährt. Ich habe



das Mittel recht häufig angewandt, und zwar in erster Linie bei Hyperazidität mit ihren zahlreichen funktionellen Beschwerden. Zunächst spricht für seine Anwendung der Umstand, daß die Kohlensäureentwicklung im Magen im Gegensatz zum Natrium bicarbonicum ausbleibt. In den doch nicht ganz seltenen Fällen, in denen das Ulcus ventriculi in seinem Beginn nicht sogleich als solches erkannt wird, würde die Bildung von Kohlensäure im Magen die Beschwerden steigern. Gleichzeitig hat meist das Magnesiumperhydrol eine mild abführende Wirkung, was durchaus erwünscht ist, da ja die Hyperazidität häufig mit Obstipation einhergeht. Diese Eigenschaft, ein angenehmes und mildes Abführmittel zu sein, indiziert seine Anwendung bei Magengeschwür in der Rekonvaleszenz, bei Ikterus, gutartiger Pylorusstenose, Gastrosukorrhoe und auch malignen Erkrankungen des Magens, also in Fällen, in denen nach Möglichkeit eine Schonung des Magens angestrebt werden muß. Auch bei der Gärungsdyspepsie mit Flatulenz sieht man gute Erfolge. Die Höhe der Dosis muß ausprobiert werden. Bei bestehender Obstipation gibt man das Medikament am besten auf nüchternen Magen: einen gehäuften Teelöffel in einem Weinglas Wasser. Die übliche Dosis ist 3 mal täglich 1—2 Tabletten oder in Pulverform, 3 mal täglich 1 Teelöffel  $\frac{1}{2}$  Stunde nach der Mahlzeit. Ein Zusatz von Menthol (0,5:50,0) wirkt leicht kalmierend. Doch hat das Magnesiumperhydrol nach meinen Beobachtungen eine schmerzstillende Wirkung nicht. Ist solche beabsichtigt, wird man zu Kodein und Belladonna greifen müssen.“  
(Ther. Halbmh. 1920 Nr. 2.)

**Die Behandlung der Grippe.** Von Prof. Dr. G. Zuelzer (Berlin). Ein 40 jähriger, etwas korpulenter Patient ist vor etwa 12 Stunden mit starken Frosterscheinungen und Kopfschmerzen erkrankt, Temperatur  $39^{\circ}$  C, Puls 120, weich, Herztöne rein. Die Untersuchung der Lungen ergibt rechts hinten unten (mit leisester Perkussion) Schallverkürzung etwa 3 Querfinger hoch, beim tiefen Atmen Hustenreiz; man hört etwas verschärftes Ausatmungsgeräusch. Die Prüfung des Stimmfremitus ergibt eine deutliche Vermehrung gegenüber der anderen Seite; der Phrenikusdruckpunkt ist rechts (hinter dem Sternoklavikulargelenk) ebenso wie der Guéneau de Mussysche Druckpunkt (Schnittlinie der verlängerten 10. Rippe mit der Parasternallinie) ausgesprochen schmerzhaft. Es handelt sich also um eine beginnende zentrale rechtsseitige Pneumonie mit Reizung der basalen anliegenden Pleura. Die Zunge zeigt die für Grippe typische Rötung an der Spitze; ebenso ist der Gaumen stark injiziert. Die Fettleibigkeit des Kranken läßt eine Kupierung der Grippepneumonie mit allen zu Gebote

stehenden Mitteln als dringend indiziert erscheinen. Medikamentös wird verordnet das Franksche Rezept:

Antipyrin	3,0
Natr. salicyl.	7,0
Aq. dest.	270,0
Syrup. Althæeae ad	300,0

(in diesem Falle ohne Digitalis, wofür z. Z. keine Indikation besteht)  
2 stündlich 1 Eßlöffel.

Gleichzeitig könnte zum Kupieren der Pneumonie Eucupin bas. 0,25 oder Optochin. bas. 0,25 alle 5 Stunden (bei vollkommen blanker Diät!) angewandt werden. Als noch wirksamer (wohl weil massiver in der Wirkung) hat sich eine intramuskuläre Injektion von 2 ccm Chinolysin (= 1 g Chinin in Antipyrin gelöst, von der Kaiser-Friedrich-Apotheke in Berlin hergestellt) erwiesen. Dazu bedarf es nur einer genügend langen Nadel (6—8 cm), um nicht die Flüssigkeit im Fettgewebe stecken zu lassen. Die Injektion ist dann im äußeren oberen Quadranten der Nates nicht sehr schmerzhaft. — In einem derartigen frischen Falle ist fast mit Sicherheit zu erwarten, daß nach 12 Stunden die Temperatur kritisch abfällt und der Patient dann ohne weitere Medikation in Bettruhe die Lösung des lokal entzündlichen Prozesses abwarten kann. Sieht man den Kranken in einem bereits vorgeschrittenen Stadium der Lungenentzündung, so ist bei der Möglichkeit einer ungünstigen Entwicklung in Anbetracht der jetzigen Epidemie sofort der ganze weitere erprobte medikamentöse und physikalische Heilapparat in Anwendung zu bringen. Die antipneumonische Medikation ist dieselbe wie oben angegeben. Zur direkten Beeinflussung des pneumonischen Herdes und vor allem zur Verhinderung einer Ausbreitung des bronchitischen Prozesses vom Herde aus ist der Spießsche Vernebler mit Glyzirenan als Medikament in Anwendung zu bringen (stündlich 5 Minuten Verneblung; der Dräger-Apparat ist erhältlich in der Sauerstoffzentrale Berlin, Karlstraße 20 a). Das Verhalten des Gefäßsystems verlangt besondere Berücksichtigung. Es ist wohl allgemein anerkannt, daß in den ersten Tagen der Grippe jedenfalls das Herz nicht geschädigt ist, daß die Zirkulationsschwäche vielmehr nur durch Vasomotorenlähmung hervorgerufen ist. Daher ist gegebenenfalls die Indikation: sofort Koffein alle 4 Stunden 0,2 subkutan, Kampfer nach Bedarf (Ol. camphor. fort. 5—10 ccm pro Injektion). Sehr bewährt hat sich auch daneben Strychnin. nitric., das sowohl auf das periphere Gefäßsystem, wie auch auf das Vasomotoren-Zentrum wirkt (tägliche Injektion von 1—3 mg). Bei zunehmender Vasomotorenschwäche hat sich die intramuskuläre Injektion von Ergotina styptica-Egger (E. + 5 Proz. Kotarnin) außerordentlich bewährt.

Meist genügt eine Injektion. In älteren Fällen, wenn nach 5- bis 6 tägigem Fieber die Herzmuskel bereits gelitten hat, ist Strophanthin intravenös (0,5—1 mg pro dosi, täglich 1 Injektion) das souveräne Mittel. Von vornherein bei der Grippe Digitalis zu geben, erscheint zum mindesten überflüssig, wahrscheinlich wirkt es auf das Herz-Nervensystem schädigend. Sehr wichtig ist die Sorge für Schlaf; bei hohem Fieber ist eine Injektion von 0,02 Morphium mit 0,0003 Atropin von heilsamstem Erfolg.

(Zsch. f. ärztl. Fortb. 1920 Nr. 6.)

**Elektroferrol** (v. Heyden) bezeichnet Prof. Dr. Heinz (Pharmakolog. Universitätsinstitut Erlangen) als hervorragend wirksames, ja als das am stärksten wirksame Mittel zur Anregung der Blutbildung. Es enthält 0,5 % elektrisch zerstäubten kolloidalen Eisens, also Eisen in feinsten Dispersion, und wird in Ampullen, die 1,25 bzw. 5,0 ccm der kolloidalen Lösung enthalten, also direkt für intravenöse Injektionen gebrauchsfertig. Oft genügt einmalige Injektion von 0,5—1,0 Elektroferrol, um kräftig gesteigerte Neubildung von roten Blutkörperchen zu erhalten; event. Injektion nach 14 Tagen zu wiederholen.

(D. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Duploferrin**, ein neues Eisenpräparat, Eisennukleinat-Natriumzitat-Albuminose (Firma Joh. A. Wulfing, Berlin) in Form von Tabletten (in jeder 0,0065 g Eisen und 0,005 g Nukleinsäure) hat sich Dr. E. Langes (Berlin) als völlig unschädliches, gut schmeckendes und recht wirksames Mittel gegen Anämien und Schwächezustände erwiesen (3 mal täglich 3 Tabletten).

(Aerztl. Rdschau 1920 Nr. 27/28.)

### c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Capsella Bursa** als Sekaleersatz empfiehlt Prof. Dr. Walther (Gießen). Bei dem jetzt herrschenden großen Mangel an Sekalepräparaten ist das freudig zu begrüßen. Die Firma Denzel (Tübingen) wird ein Extrakt der Capsella bursa pastoris (Hirtentäschlein) demnächst unter dem Namen „Thlaspan“ in den Handel bringen, von dem 2—3 mal täglich 20—30 Tropfen zu geben sind. Der nicht angenehme Geschmack kann verbessert werden durch die

Verordnung: Rp. Extr. Burs. past. 25,0  
 Tinct. Aurant. 5,0  
 Tinct. Chin. comp. 20,0  
 D. S. 2—3 mal  $\frac{1}{3}$ —1 Teelöffel.

Die Wirkung ist annähernd gleich der Sekalewirkung.

(Med. Kl. 1920 Nr. 24.)

**Eine neue Art von Dammstützung.** Von Dr. Pfeleiderer (Ulm). Verf. hat schon viele Fachgenossen beim Dammstützen beobachtet und sich in steigendem Maße darüber gewundert, daß sie alle in gleich unzweckmäßiger Weise vorgehen, und zwar so, daß die flache Hand auf den sich vorwölbenden Damm gelegt wird in der Art, daß die durch mittelwärtige Daumenkante, Schwimnhaut und speichenwärtige Hand- und Zeigefingerkante gebildete Linie dem Dammrand entsprechend an diesen angelegt wird. Dann drückt man mit der Hand gegen den vordrängenden Kopf, in der Absicht ein zu rasches Vordrängen hintanzuhalten und dadurch den Damm vor allzu rascher Dehnung und vor der mit dieser verbundenen Gefahr des Zerreißen zu schützen. Verf. gibt gerne zu, daß eine Gefahr für den Damm in der allzu großen Raschheit des Vordrängens des Kopfes liegt. Aber die Hauptgefahr liegt darin, daß der Damm in der Pfeilrichtung des Beckens allzu sehr ausgedehnt wird. Daß diese Gefahr nicht so klein ist, daß man sie so vernachlässigen dürfte, wie das von fast allen Fachgenossen getan wird, geht schon daraus hervor, daß der Beginn des Einreißen des Dammes sehr häufig nicht am Saum, sondern in der Mitte des „Dammsegels“ erfolgt (so möchte Verf. den dünnen Hautlappen heißen, der sich zwischen Afteröffnung und Dammrand einer- und zwischen den beiden Gesäßknorren [Tubera ischii] anderseits hinzieht). Diese letztgenannte Gefahr wird noch größer, wenn dieses arme Dammsegel, das sowieso bei der üblichen starken Ausdehnung fast blutleer wird — Blut ist aber der Unterhalter der Lebenstätigkeit, der Lebensfähigkeit und der Dehnbarkeit (Elastizität) der Gewebe — also: wenn dieses Dammsegel auch noch zwischen Hand und Kindskopf gepreßt und gequetscht wird. Und noch eine weitere Gefahr liegt in dieser Art der Dammstützung: Wenn ich den Damm an den Kindskopf anpresse, dann wird die Reibung, die durch die noch geübte Scheidenspülung und durch die damit verbundene Wegspülung des reibungsverhindernden schlüfrigmachenden Scheidenschleims sowieso schon erhöht wird, noch weiter erhöht, so daß sie durch alle diese Wirkungen zusammengenommen zu einem Höhegrad gebracht wird, dem auch ein sonst widerstandsfähiges Gewebe nicht mehr gewachsen ist, so daß dieses reißen muß. Alle diese Beobachtungen und Erwägungen haben Verf. dazu gebracht, die Dammstützung folgendermaßen auszuüben: 1. Er vermeidet, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse zu anderem Verhalten zwingen, der Geburt die übliche Scheidenspülung vorangehen zu lassen. 2. Er vermeidet auch, mit dem Finger oder gar mit der Hand in die Scheide einzugehen. Er hat es sich zur Regel und zur Pflicht gemacht, sofern die Abtastung

des Dammes von außen nicht genügen sollte, sich über die Haltung des vorliegenden Teils Rechenschaft zu geben, eine Austastung des Beckens vom Darm aus zu machen. Er hat sehr bald gelernt, auch den feinsten Saum des Muttermundes und die Form von Kopf, Steiß, Fuß, Hand oder Nabelschnur durch die Mastdarmscheidenwand hindurch sicher fühlen zu können. Er hat es deshalb nur ganz selten nötig, mit Finger oder Hand in die Scheide einzugehen. Und er hat in diesem letzteren Falle noch nie erlebt, daß die übliche gründliche Reinigung und Keimarmmchung der Hand nicht genügt hätte, selbst wenn er vorher eine Darmuntersuchung gemacht hat. 3. Wenn es zur stärkeren Vorwölbung des Kopfes kommt, dann legt Verf., falls nicht aus anderen Gründen ein anderes Vorgehen nötig erscheint, die Kreißende auf die rechte Seite, läßt die Kniee so hoch, als es geht, hinaufziehen, stellt sich an die Seite des Bettes, auf der die Brust und die Kniee der Kreißenden liegen, und legt seine rechte Hand — zwischen den durch eine Rolle oder dergleichen auseinandergespreizten Knieen der Kreißenden hindurch — so auf den vordrängenden Kopf des Kindes, daß die Spitzen der zusammengelegten Finger vor dem Dammrand liegen. Dann schiebt er, entsprechend dem Vordrängen des Kopfes, diesen Dammrand vor seinen Fingerspitzen her immer so weit über den Kopf zurück, daß die Entfernung von der Afteröffnung zum Dammrand nicht wesentlich größer wird, als sie vor dem Beginn des Kopfvordrängens gewesen ist. 4. Ganz besonders vorsichtig geht er vor, wenn der Dammrand in die Gegend des Kinnes kommt. Erst hier leistet er dem allzu raschen Vordrängen des Kindskopfes den Widerstand, den die Fachgenossen während des ganzen Vordrängens zu leisten pflegen. Und wenn das Kinn so weit vorgedrungen ist, daß der Dammrand darüber hinübergleiten kann, läßt er dieses Hinübergleiten so sanft und allmählich als möglich vor sich gehen. Auf diese Weise hat Verf. es erreicht, daß die Zahl der Dammrisse viel seltener geworden ist als früher. Auch die Stärke der Dammrisse ist gegen früher wesentlich geringer geworden. Ja, er hat selbst bei alten Erstgebärenden nicht selten die Geburt beenden können, ohne daß überhaupt ein Dammriß eingetreten ist. Er kann deshalb den Fachgenossen diese nunmehr seit 10 Jahren geübte und erprobte Art des Dammstützens nur warm empfehlen.

(D. m. W. 1920 Nr. 23.)

**Ueber Tampofirm** schreibt Dr. Schneidt (Nürnberg): „Von einer neuartigen Tamponade erlaube ich mir, Sie mit wenigen Worten in Kenntnis zu setzen. Die Uterovaginaltamponade oder Vaginaltamponade allein ist von Dührssen erstmalig empfohlen

worden und neuerdings wieder von Döderlein in seiner jüngsten Arbeit über Eigenblutinfusion den Aerzten als eine von jedem Praktiker überall ausführbare und ungefährliche lebensrettende Maßnahme dringend angeraten worden; insbesondere bei schweren Nachblutungen und zur Verhütung solcher. In allen diesen Fällen ist in der Literatur bei Tamponadematerial meines Wissens nur von Gaze oder Watte die Rede. Angewendet wurden bis jetzt aseptische oder antiseptische Gazestreifen und einzelne lose Watteballen. Menge hat schon vor Jahren das Tamponieren mit Watte empfohlen mit der Begründung, daß nur Watteballen wirklich tamponnierend wirken, besser als Gazestreifen, die mit ihrer Dochtwirkung einer raschen Blutstillung im Wege stehen. Der Nachteil der Tamponade mit einzelnen losen Wattebäuschen liegt nun aber darin, daß diese in einen dem Auge nicht oder schwer zugänglichen Hohlraum gebracht, bei ihrer Entfernung Schwierigkeiten machen; sogar bei Scheidentamponaden, besonders wenn sie außerhalb der Klinik vom Arzt oder im Notfall von der Hebamme vorgenommen wurden, wo dann die blutdurchdrängten, glitschig gewordenen einzelnen Wattekugeln dem nachastenden Finger entgehen können. Ein Nachteil, den auch die Armierung mit kurzen Fäden nicht beseitigt. Bereits im Sommer 1914 ließ ich Proben eines Wategaseschlauches, weiterhin kurz Tampofirm genannt, mit Genehmigung meines damaligen Chefs Herrn Geh. Rat Dr. Döderlein zu Versuchszwecken herstellen; dieser Tampofirm sollte die sichere Kompressionswirkung der Watte mit dem Vorteile des Gazestreifens, das ist der Kontinuität des Materials, verbinden. Mein Abrücken ins Feld vereitelte ausgedehntere Anwendung und Bekanntmachung. Heute bin ich in der Lage, Ihnen die Schlauchgaze zu demonstrieren. Die Konstruktion des Tampofirms ist folgende: In einen fortlaufenden Gageschlauch sind in ganz bestimmten Zwischenräumen unverrückbare Wattebäusche eingenäht. Watte und Gaze bilden so ein einheitliches Band, das ebenso leicht und aseptisch einzuführen wie zu entfernen ist. Tampofirm wird hergestellt:

1. als Scheidentamponade, vorzüglich geeignet auch für Hebammenzwecke (Gefahr der Infektion sehr verringert durch die Verwendung einwandfreien, nach Menge und Herkunft jederzeit kontrollierbaren Materials. Kein oft dutzendmaliges Eingehen in die Scheide mit jeder einzelnen Wattekugel);
2. als Uterus- und Scheidentamponade bei rechtzeitiger Geburt;
3. als Abortustamponade in schmalerer Form.

Die Verpackung, welche die herstellende Firma: „Süddeutsche Katgut- und Verbandstoff-Fabrik G. m. b. H. Nürnberg“ dem Material gegeben hat, ist absolut steril zur Hand, da die eigentliche Tamponade von einem sterilen Mantel umschlossen ist. Die Packung



ist handlich und billig. Zur Vermeidung des penetranten Geruches, den auch sterile Gaze und Watte bei der Tamponade infolge Saprophytenwirkung annehmen, wenn sie nicht mit fäulniswidrigen Stoffen getränkt sind, kommt bei Tampofirm 4 proz. Salizylsäuregaze und -watte zur Verwendung. Soll antiseptische Wirkung angestrebt werden, kann Tampofirm auch mit Jodoform usw. getränkt werden.“  
(M. m. W. 1920 Nr. 29.)

**Bericht über 60 Geburten im schematischen Dämmer Schlaf mit Skopolamin-Amnesin.** Von Dr. H. Gänßbauer (Univers.-Frauenklinik Erlangen). Ablehnung des Verfahrens, da es zu oft zur Wehenschwäche führt und die Kinder zu sehr gefährdet (Asphyxie).  
(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 29.)

**Die Ovarialtherapie in der Geburtshilfe.** Von Prof. Dr. Hofbauer. Verf. erzielte mit Ovoglandol in großen Dosen (erste Gabe 3 Phiolen) bei Schwangerschaftserbrechen und Eklampsie sehr gute Erfolge. Das Mittel bewährte sich auch vorzüglich bei drohendem sowie habituellem Abort. Verf. meint, daß auch andere Ovarialpräparate (Ovarialopton Merck, Corpus luteum-Extrakte) die gleiche Berücksichtigung verdienen.  
(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 29.)

### Verschiedenes.

**Ueber intravenöse Injektion ohne Assistenz** schreibt Dr. Bandzauner: „Von verschiedenen Kollegen hörte ich die Klage, daß sich am Lande die schwierigeren intravenösen Injektionen (Salvarsan, Chinin, Calc. chlorat. usw.), bei denen es viel darauf ankäme, wirklich nur ‚intravenöse‘ einzuverleiben, mangels richtiger Assistenz nicht ausführen ließen, andererseits es dem Patienten und noch mehr den Patientinnen unangenehm sei, bei der Injektion noch eine Person als Mitwisser ihres Leidens (Lues!) im Ordinationszimmer zu sehen, und sie daher ihr Leiden entweder bis zu einem auf Heilung aussichtslosen Termin verbergen — oder in der nächstgelegenen Stadt nach langem Ueberlegen und mit größeren Spesen (Reise, Aufenthalt) behandeln lassen. Wenn auch die beiden letzten Punkte nicht stimmen mögen, so fallen sie jedoch bei folgender Injektionstechnik fort; man kann nämlich intravenöse Injektionen auch ohne jede Assistenz und auch ohne tätige Mithilfe des Patienten ausführen, und zwar in folgender von mir während des Krieges zurechtgelegten Form: Mein Instrumentarium hierzu ist einfach: 10-ccm-Glasspritze mit 6—8 cm langer, nicht über 0,7 mm lichter Injektionsnadel, ein Nélatonkatheter (in Ermangelung desselben tut's ein Gummischlauch von

gleicher Länge), Péan oder Schieberpinzette und ein feuchter Tupfer  $10 \times 8$  cm (eine Lage Gaze, eine Lage Zellstoffwatte und darüber eine Lage Gaze). Der Patient liegt auf dem Untersuchungsdivan, der Arzt sitzt auf der Injektionsseite in der Verlängerung des abduzierten Armes des Patienten auf einem Sessel. Nach Reinigung und Desinfektion der Einstichstelle und ihrer Umgebung legt man den Nélatonkatheter um den mittleren Oberarm des Patienten derart, daß der Katheter eine nach links (vom Arzt gesehen) offene Schlinge um den Arm bildet, und schließt dieselbe nach gelindem Zuge nahe am Arm mit dem Péan. Während der Patient durch Öffnen und Schließen der Hand die Venen gut staut, legt man zirka 3—4 cm unterhalb der Injektionsstelle auf den Unterarm den feuchten, gut ausgedrückten Tupfer. Nun sticht man mit der nackten Injektionsnadel in eine Vene und läßt auf den Tupfer auftropfen. Kommen die Tropfen nur langsam, werden sie jedoch auch bei höher in die Vene hinaufgeschobener Nadel nicht langsamer, so kann man, wenn sich keine Quaddel bildet, ruhig injizieren. Man setzt mit der rechten Hand die gefüllte Spritze an die mit der linken fixierte Nadel, läßt die linke los und öffnet den Péan mit ihr, während die Rechte die Spritze ruhig hält; hat man den Péan gelöst, dann streckt sich der Nélatonkatheter von selbst und gibt die Zirkulation frei. Nach beendeter Injektion wartet man noch einige Sekunden ab, bevor man die Spritze samt Nadel mit einem Ruck zurückzieht, um zu vermeiden, daß man aus der Vene Injektionsflüssigkeit in den Stichkanal aspiriert. Verband respektive Pflaster auf die Einstichstelle. Die Kompression mit dem Nélatonkatheter macht uns mit einem Schlage frei von jeglicher Assistenz, während der feuchte Tupfer verhindert, daß der Arm mit Blut beschmutzt wird (wichtig bei weiblichen Patientinnen). Wenn auch das vieleempfohlene Aufsaugen des Blutes nach dem Einstechen sicherer sein mag, bei Neosalvarsan + 0,02 Sublimat z. B. nach Prof. Linser ist wegen der dunklen trüben Farbe der Injektionsflüssigkeit die Methode nicht zu verwerten, und man kommt mit dem oben beschriebenen ‚Austropfen‘ vollkommen aus.“ (M. Kl. 1920 Nr. 27.)

### Neue Bücher.

**R. Imhofer.** Gerichtliche Ohrenheilkunde. Leipzig. C. Kabitzsch. Preis: M. 36.—. In 5 Kapiteln — Einige für die forensische Otologie wichtige Daten aus der Anatomie und Physiologie des Gehörorgans; Untersuchung des Ohres zu forensischen und Begutachtungszwecken; Verletzungen des Ohres und ihre Folgen; Begutachtung von Kunstfehlern auf dem Gebiete der

Otologie; Unfälle bei otologischen Operationen und Behandlungsmethoden; Ohrenkrankheiten und Geistesstörungen — bringt Verf. alles, was über Gerichtliche Ohrenheilkunde zu sagen ist, aus eigenen Erfahrungen heraus zur Sprache. Der Inhalt ist klar und verständlich, durch eine größere Anzahl von Bildern ergänzt, so daß das Buch durchaus warme Empfehlung verdient.

**W. Weygandt.** Erkennung der Geistesstörungen. Verlag von J. F. Lehmann in München. Preis: M. 34.—. Bei den heutigen Bücherpreisen, die in den Verhältnissen begründet sind, kann sich der Arzt und besonders der Student nur Werke anschaffen, die er unbedingt besitzen muß, um sich fortzubilden oder um sich in eine Materie so einzuarbeiten, daß er sie beherrscht und für die Praxis nach allen Richtungen hin gewappnet ist. Zu diesen Büchern ist das vorliegende zu rechnen, von Lehmann's „Mediz. Lehrbüchern“ der 1. Band. Die „Psychiatrische Diagnostik“, eines der schwierigsten Kapitel der Medizin, hat hier einen Bearbeiter gefunden, der die Bedürfnisse der Praxis durchaus versteht und es auch in ausgezeichneter Weise versteht, aus seinen reichen Erfahrungen das Wichtigste herauszugreifen und es seinen Lesern prägnant und klar vorzuführen. Zahlreiche Textabbildungen und Tafeln bilden eine vortreffliche Ergänzung des Gesagten. Solche Lehrbücher braucht der Mediziner, und auch der hohe Preis wird ihn nicht abhalten, sie seiner Bibliothek einzuverleiben.

---

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 halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 2.

November 1920

## Aetiologisches.

**Dermatitis infolge Gebrauchs einer mit „Ersatzleder“ versehenen Bartbinde.** Von Sanitätsrat Dr. Baer (Frankfurt a. M.). Der 42 jährige Kaufmann St. suchte Verf. auf wegen heftigen Brennens und Juckens am Hinterkopf. Bei der Untersuchung zeigte sich ein scharf begrenzter, etwa  $1\frac{1}{2}$  cm breiter, geröteter Streifen am Hinterkopf, der hinter dem einen Ohr beginnend, quer nach dem anderen sich erstreckte. Die Haut wies an dieser Stelle die Zeichen einer akuten Entzündung auf. Außer der genannten Rötung konnte man auch eine deutliche Schwellung der erkrankten Hautpartie feststellen. Merkwürdig war ferner, daß ähnliche, aber nicht so deutlich ausgesprochene Veränderungen sich vor beiden Ohren hart an der Bartgrenze in der Form von längs gestellten, entzündlichen Streifen zeigten. Es war klar, daß nur eine äußere „Schädigung“ die Ursache dieses eigentümlichen Krankheitsbildes sein konnte. Daß diese Annahme richtig war, das erwies sich, als Patient seine Bartbinde überbrachte. Diese zeigte „Leder“streifen gerade an den Stellen, welche der Hautentzündung entsprachen, wie sich beim Anlegen der Bartbinde ergab. Patient erinnerte sich, daß seine Beschwerden fast genau an dem Tage begannen, an dem er die neue Bartbinde (für 12 Mark!) anlegte. Die Untersuchung des Materials ergab, daß es sich nicht um echtes Leder, sondern eine Art „lackierten“ Leinenstoff handelte, der besonders mit Chromsäure imprägniert war. (M. m. W. 1920 Nr. 30.)

**Ein Fall sehr später Scharlachinfektion?** Von San.-Rat Dr. Golliner (Burgdorf [Hannover]). In einem einsam mitten im Walde gelegenen, mehrere Kilometer von bewohnten Orten entfernten Forsthause war ein junger Kaufmann seit geraumer

Zeit untergebracht, um sich von den Beschwerden eines schweren Vitium cordis zu erholen. Trotz größter Schonung und guter Pflege stellten sich beträchtliche Kompensationsstörungen ein. Verf. empfahl, für den Kranken einen bequemen Ruhesessel anzuschaffen. Der einzige, der im Haushalt vorhanden war, war 15 Jahre vorher seines Überzugs entkleidet und auf den Hausboden gestellt worden, da er zuletzt von einem Scharlachrekonvaleszenten benutzt worden war und Ansteckung durch ihn befürchtet wurde. Verf. hatte keine Bedenken, denselben nunmehr, frisch überzogen, wieder in Benutzung nehmen zu lassen. Etwa 5—6 Tage später erkrankte der Patient an einer typischen Skarlatina und starb bald darauf infolge schwerer Endokarditis. Da weder in den Wochen vorher in dem Forsthouse und in den benachbarten Orten eine Scharlacherkrankung bestanden hatte, noch nachher vorkam, so darf man wohl annehmen, daß die Ursache der Ansteckung das lebend gebliebene Virus des infizierten Sessels gewesen ist. Daß der Sessel frisch überzogen war, dürfte der Annahme nicht entgegenstehen. Beim Ausklopfen des Sessels könnte der Scharlacherreger auf die Oberfläche des Ueberzugsstoffes befördert worden sein. Ueber die Lebensdauer dieses Virus ist ja Sicheres eigentlich noch nicht bekannt. v. Mering sagt in seinem Lehrbuch nur, daß das Scharlachgift auch außerhalb des lebenden Körpers noch Monate hindurch lebens- und ansteckungsfähig bleiben kann und offenbar äußeren Einflüssen sehr lange widersteht; aber Fürbringer berichtet von einer von vielen Aerzten gehegten, von England ausstrahlenden Ueberzeugung, daß das Scharlachvirus sich auf Kleidungsstücken, Möbeln und dgl. jahrelang wirksam erhalten könne. Er nennt freilich diese Ueberzeugung „abenteuerlich“.

(D. m. W. 1920 Nr. 29.)

### Diagnostisches.

**Einige differentialdiagnostisch interessante Fälle von Hämaturie.** Von Dr. J. Sfakianakis (Athen) (Aus der Urologischen Privatklinik von Dr. Karo [Berlin]). 1. Anwalt A. L., 50 Jahre, in der Jugend stets gesund. Nach Eintritt der Pubertät häufig Kehlkopfkatarrh; wegen angeblichen Herzfehlers vom Militärdienst befreit, sonst nie krank gewesen. Ohne nachweisbare Ursache seit 5 Wochen Hämaturie. Kein Harnzwang, Zahl der Miktionen nicht vermehrt. Zeitweise Ohnmachtsanfälle und Herzkrämpfe. Bei der Aufnahme in die Klinik kein Fieber, Puls sehr stark gespannt, 88 pro Minute, hart. Arterien geschlängelt. Blutdruck 180. Harn dunkelrot, enthält reichlich frisches Blut, wenig Koagula. Im Sediment massenhaft frische rote Blutkörperchen,

nur ganz vereinzelte Leukozyten, keine Bakterien. Die Chromozystoskopie stellt als Quelle der Blutung die linke Niere fest. Das Sekret der rechten Niere enthält minimalste Mengen von Eiweiß, Sediment belanglos. Die Nierenfunktion beiderseits herabgesetzt. Diurese reichlich, keine Oedeme, kein Aszites. In Anbetracht des hohen Blutdrucks wurde die Diagnose arteriosklerotische Blutung aus der linken Niere, bedingt durch chronische Nephritis, gestellt. Für Tuberkulose lag kein Anhaltspunkt vor. Da die Blutung in den nächsten 5 Tagen nicht aufhörte, wurde die linke Niere freigelegt. Man fand eine sehr große, vielkammrige Zystenniere. Die einzelnen Zysten waren so dünnwandig und durch Stränge derartig geformt, daß bei oberflächlicher Betrachtung Darm vorgetäuscht werden konnte, zumal die Geschwulst nach unten bis tief herab ins kleine Becken und nach oben bis zum Zwerchfell und medialwärts bis zur Wirbelsäule reichte. An dem herausgenommenen Präparat, das der Länge nach die Größe eines Neugeborenen hatte, war kaum noch Nierengewebe nachweisbar. Im Nierenbecken zahllose frische Blutauflagerungen. Der Zysteninhalt blutig-serös. Der Fall ist zunächst dadurch interessant, daß eine so große Geschwulst jahrelang ohne Beschwerden ertragen wurde. Vermutlich waren die im militärpflichtigen Alter vorgetäuschten Herzsymptome bedingt durch das Wachstum des Tumors, der das Zwerchfell nach oben drängte und durch Verlagerung des Herzens einen Herzfehler vortäuschte. Später, nachdem sich der Organismus an die Raumverengerung gewöhnt hatte, ließen die Beschwerden des Kranken nach. Patient fühlt sich bis zum Eintritt der Hämaturie gesund. Interessant ist ferner das vermutlich einseitige Auftreten der Zysten; wenigstens müssen wir nach dem bisherigen Verlauf der Rekonvaleszenz annehmen, daß die andere Niere gesund ist. Die Hämaturie ist seit der Operation nicht wieder aufgetreten. Die Diurese war stets reichlich; der Harn frei von abnormen Bestandteilen. Ueberdies hat sich durch die Entfernung der erkrankten Niere die Funktionskraft der anderen Niere zusehends gebessert.

Das umgekehrte Bild ergibt der folgende Fall:

2. Krankenschwester E. Th., 24 Jahre alt, leidet seit 3 Jahren an Dysurie, zeitweise Hämaturie, Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, ausstrahlend nach dem Rippenbogen. Vor 2 Jahren Entfernung des Blinddarms, ohne daß die Beschwerden nachließen, ebensowenig vermochte eine mehrmonatliche gynäkologische Behandlung die Beschwerden der Kranken zu beseitigen. Wegen zunehmender Schmerzen in der rechten Seite Krankenhausaufnahme. Die Kranke ist sehr abgemagert, blaß, kein Fieber. Leib weich, Leber gut fühlbar, unterhalb derselben ist die rechte Niere

als vergrößerter, harter, etwas höckriger, über faustgroßer Tumor zu palpieren. Ureter nicht druckempfindlich, Harn leicht blutig, die Chromozystoskopie ergibt eine gesunde Blase, beide Harnleiteröffnungen glatt. Sediment: massenhaft rote, wenige weiße Blutkörperchen, keine Zylinder. Aus der rechten Niere blutiger Harn, aus der linken Niere tiefblau gefärbter Harn, frei von abnormen Bestandteilen. Die funktionelle Untersuchung ergibt Minderwertigkeit der rechten Niere, mehrfache Röntgenaufnahmen der Nieren und Harnleiter fielen negativ aus, ebenso die Tuberkulinprobe. Auf Grund des Palpationsbefundes und der Harnbeschaffenheit wurde ein Nierentumor diagnostiziert. Die Operation der rechten Niere ergab nun aber folgenden Befund: Stark entwickelte Fettkapsel, die Niere selbst nur wenig vergrößert, höckrig, tiefblau verfärbt, gelappt, an einzelnen Stellen wölbt sich die fibröse Kapsel buckelartig vor. Nach der Inzision der Kapsel zeigt sich, daß die Buckel bedingt sind durch ältere Blutkoagula; die fibröse Kapsel an vielen Stellen intensiv mit dem Organ verwachsen. Die Niere wird dekapsuliert, die aufgelagerten Blutgerinnsel abgewaschen. Die Niere gewinnt eine gleichmäßige, tiefrote Farbe, das Nierenbecken ist frei, nicht erweitert, kein Stein, die Niere zeigt das Bild der chronischen Nephritis. Die dekapsulierte Niere wird reponiert und die Wunde primär geschlossen. Durch die Operation hörten die Beschwerden der Kranken auf, ebenso sistierte die Hämaturie. Die Kranke erholte sich rasch. Bisher sind neue Blutungen nicht aufgetreten. Es handelte sich also im vorliegenden Fall um eine in einer beweglichen Niere aufgetretene subkapsuläre Nierenblutung auf der Basis einer chronischen Nephritis. Durch die subkapsuläre Blutung wurde eine Geschwulstbildung vorgetäuscht. Die Nephritis hatte sicherlich auch die Schmerzanfälle verursacht, die eine Appendizitis vorgetäuscht hatten.

Wie leicht man sich in Fällen von Hämaturie über die Ursache der Blutung täuschen kann, zeigt schließlich folgender Fall:

3. Der 45 jährige Bankbeamte F. W. leidet seit 8 Jahren an unregelmäßig auftretender Hämaturie. Die Blutungen dauern oft nur wenige Stunden, oft viele Tage. Kranker ist sehr anämisch, abgemagert, kein Fieber. Harn blutig gefärbt. Miktion in gutem Strahl. Zahl der Miktionen nicht vermehrt. Leib weich, linke Niere druckempfindlich. Prostata ohne Befund. Die Zystoskopie ergibt am linken Ureterostium ein pflaumengroßes Papillom, das vielerlei nekrotische Stellen aufweist. Die Blasenschleimhaut in der Umgebung stark gerötet. Frische Blutkoagula nicht sichtbar. Da es zweifelhaft blieb, ob das Papillom die Quelle der Blutung, wird nach 2 Tagen die Zystoskopie, und zwar diesmal in Ver-



bindung mit der Indigokarminprobe, wiederholt. Es zeigt sich nun, daß aus der linken Niere blutiger Harn produziert wird, während aus dem rechten Harnleiter tiefblau gefärbter Harn ausgestoßen wird. Das Papillom selbst zeigt keine blutende Stelle. Als Ursache der Nierenblutung wurde eine Nierengeschwulst angenommen und dem Kranken die Operation vorgeschlagen. Die Operation ergab in der Tat ein weit vorgeschrittenes Nierenkarzinom. Der Kranke erholte sich nach der Operation zusehends, die Hämaturie kehrte nicht mehr wieder. Eine weitere Behandlung des Blasenpapilloms fand nicht statt. Ebenso wie man prinzipiell nicht jede Warze oder jedes Angiom entfernen wird, so sollte man auch ein Papillom, über dessen gutartige Natur man sich vergewissert hat, nur dann operativ angreifen, wenn eine besondere Indikation (Blutung, Miktionshindernis usw.) vorliegt. Ueberdies beweist ja gerade der vorliegende Fall, daß eine Hämaturie trotz nachgewiesenen Papilloms nicht aus diesem zu stammen braucht. Zum mindesten muß also vor einer chirurgischen Behandlung eines Papilloms verlangt werden, daß der kausale Zusammenhang zwischen Papillom und Hämaturie einwandfrei festgestellt ist. Jedenfalls beweisen die drei eben mitgeteilten Krankengeschichten, denen ähnliche angereicht werden könnten, welche schwierigen diagnostischen Aufgaben das Symptom der Hämaturie stellt.

(D. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Zur Differentialdiagnose bei beginnenden tuberkulösen Gelenkerkrankungen.** Von Prof. Dr. J. Oehler (Hannover). Zur diagnostischen Feststellung der Art einer entzündlichen Gelenkerkrankung, bei welcher noch keine charakteristischen objektiven Symptome vorhanden sind, aber der Verdacht auf Tuberkulose besteht, benützt Verf. vielfach ein in den meisten Fällen untrügliches Zeichen, das nicht allgemein bekannt sein dürfte: nämlich er macht den Versuch einer Heißluftbehandlung des betreffenden Gelenkes. Wenn es sich um eine tuberkulöse Gelenkerkrankung handelt, ist die Heißluftbehandlung im allgemeinen ohne günstigen Einfluß auf die Gelenkerkrankung sowohl nach den subjektiven Angaben des Patienten, als nach dem objektiven Befund. Handelt es sich jedoch um eine rheumatische Gelenkerkrankung oder um eine beginnende Arthritis deformans, wird die Heißluftbehandlung von dem Kranken fast ausnahmslos sehr angenehm empfunden. Die heilende Wirkung läßt sich meist auch objektiv feststellen.

(M. m. W. 1920 Nr. 29.)

**Indirekte Auskultation.** Von Augenarzt Dr. Albert Esser (Düsseldorf). Bekannt ist die Erscheinung, daß der Schall im

Wasser eine intensivere Fortleitung findet als in der Luft. Diese Tatsache veranlaßte Verf., im Bade eine Selbstauskultation mit einem Schlauchhörnrohr vorzunehmen. Verf. wurde um so mehr dazu veranlaßt durch den Gedanken, daß bei Erkrankungen der Bauchhöhle, die wegen Schmerzen starke Bauchdeckenspannung zur Folge haben, die Palpation ja auch manchmal unter Wasser vorgenommen wird, um eine bessere Vorbedingung für die Bestastung zu schaffen. Bei dieser Auskultation an sich selbst im Bade fand Verf. entsprechend den physikalischen Gesetzen, daß die Herztöne und das Atemgeräusch schon hörbar waren, wenn die Horchmembran den Körper noch nicht berührte, sondern sich in einiger Entfernung von ihm befand. Am besten hörte er, wenn die Membran etwa 3—5 cm von der Körperoberfläche entfernt war. Natürlich verschwindet der Schall gänzlich, wenn durch die undichten Stellen Wasser in den Hörzylinder gedrungen ist, das nun von der Innenseite her auf der Membran lastet. Man muß also darauf bedacht sein, dieses möglichst zu verhindern oder wieder in Ordnung zu bringen. Verf. teilt diese Art der Auskultation, die also nicht mit direkt dem Körper aufgelegter Hörplatte vorgenommen wird, sondern nur indirekt durch Vermittlung des Wassers in einiger Entfernung der Hörplatte vom Körper geschieht, aus dem Grunde mit, weil er glaubt, daß es mit ihrer Hilfe gelingt, eine reinere und ausgiebigere Deutung der Geräusche der Brustorgane zu erhalten. Zum ersten werden durch die indirekte Auskultation die Nebengeräusche ausgeschaltet, welche durch Berührung des Hörrohres mit der Körperoberfläche, namentlich den Haaren, entstehen. Zum zweiten dürfte sich das Geräusch des Muskeltonus, das bei ängstlichen und erregten Patienten die Deutung der Atemgeräusche, namentlich über den Lungenspitzen, mitunter erschwert, unter der entspannenden Wirkung des warmen Wassers zum großen Teile oder gänzlich verlieren. Zum dritten hält Verf. es nicht für ausgeschlossen, daß manche Lungen- oder Herzgeräusche, die bei der gewöhnlichen Art der Auskultation wegen ihrer geringen Stärke gar nicht oder nur undeutlich zum Ohr gelangen, durch die schallverstärkende Wirkung erst deutlich oder noch deutlicher werden. (D. m. W. 1920 Nr. 32.)

### **Krankheitsbilder.**

**Ueber Glossitis im Säuglingsalter.** Von Dr. B. Wiener (Aus dem Gemeinde-Säuglingskrankenhaus in Berlin-Weißensee). Mehr noch als bei der Untersuchung des Erwachsenen ist die Besichtigung der Zunge beim kranken Kinde eine unbedingt notwendige Maßnahme. Denn ganz abgesehen von der Beteiligung der Zunge an

den verschiedenen Formen der Stomatitis, kennen wir im Kindesalter Zungenaffektionen als Begleiterscheinung einer Reihe von wichtigen Krankheiten. Verf. erinnert nur daran, daß der Soor, der ja so häufig, besonders bei ernährungsgestörten Säuglingen, auftritt, vielfach die Zunge befällt. Als charakteristisch für die schwerste Form der Ernährungsstörung, der Toxikose, kennen wir ferner eine ohne Beläge und ohne Veränderungen der Schleimhaut einhergehende Rötung, die an der Zungenspitze beginnt und sich später gleichmäßig über die ganze Oberfläche der stark ausgetrockneten Zunge ausdehnt. Früher faßte man diese Rötung ebenso wie die Austrocknung als eine Folge des Wasserverlustes bei schweren Durchfällen auf; T e z n e r möchte sie dagegen durch Hyperämie und Versiegen der Drüsensekretion, als Folge einer Sympathikuslähmung, erklären. Auch bei der Inanition der unterernährten Brustkinder kommt eine ähnliche Rötung der Zungenspitze zustande. Weiter beschreibt G ö p p e r t als Charakteristikum einzelner Endemien von Nasopharyngitis „eine Entzündung der vorderen Zungenspitze bei gleichzeitiger starker Entzündung der hinteren Seitenstränge des Pharynx“. Allgemein bekannt ist der große diagnostische Wert der Lingua geographica für die Erkennung der exsudativen Diathese. Hier kommt es infolge einer Exsudation unter das Epithel zu einer teilweisen Abstoßung desselben und dadurch zu einer mehr oder weniger intensiven Rötung, umsäumt von einem schmalen, etwas erhabenen weißlichen Rand — einer umschriebenen Epithelverdickung —, die zunächst progredient allmählich zurückgeht, aber in immer wieder neuen Schüben auftretend, schließlich zu der eigentümlich fleckigen Landkartenzeichnung der Zungenoberfläche führt. Wenig bekannt oder doch in der Literatur nicht beachtet scheint dagegen eine Erkrankung der Zunge zu sein, die Verf. in der letzten Zeit kurz hintereinander bei mehreren Säuglingen zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelt sich in den 6 beobachteten Fällen um eine Rötung, die in scharf zirkumskripten Flecken an der Schleimhaut der Zunge und des Mundes auftritt. Meist wird zuerst die Zungenspitze befallen: durch den Farbenkontrast sehr auffallend, aber an Intensität stark wechselnd, heben sich die hochroten, wie lackiert aussehenden Stellen von der gesunden Umgebung ab. In der Mitte der Rötung findet sich oft eine kleine weißliche Stelle, ähnlich einer Anhäufung abgestoßener Epithelzellen. In der hyperämischen Partie scheinen die Papillen vergrößert zu sein, aber auch in der näheren nicht erkrankten Umgebung fallen die geröteten Papillen in der blassen Schleimhaut auf. Gleichzeitig oder bei einem der häufigen Rezidive treten analoge Veränderungen auch an den Seitenrändern oder der Unterfläche der Zunge, manch-

mal auch an der Wangen- und Lippenschleimhaut auf, teils als einfache Rötung, teils aphthenähnlich mit einer zentralen weißlichen Verfärbung. Besonders sah Verf. dies an der Unterfläche der Zunge und an den Ausführungsgängen der Glandula sublingualis. Zeichen einer entzündlichen Reaktion der Umgebung traten nicht auf, vor allem keine Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Als auffallende Komplikation sah Verf. nur bei einem Kinde, das schon früher eine Zungenrötung gezeigt hatte, als nach einigen Wochen die Glossitis mit verhältnismäßig geringfügigen Erscheinungen rezidierte, gleichzeitig ein starkes Anschwellen der submaxillaren Speicheldrüsen, das mit starker Salivation einherging. Die Kinder, bei denen Verf. die Erkrankung beobachtete, standen in einem Alter von 3—12 Monaten. Alle waren in schlechtem Ernährungszustand und zum Teil konstitutionell minderwertig. Vier von ihnen waren wegen chronischer Ernährungsstörung ins Krankenhaus aufgenommen worden; ein Kind litt an Furunkulose, die mit parenteraler Ernährungsstörung einherging. Bei allen Kindern, bis auf das letztgenannte, sah Verf. die Erkrankung erst in der Anstalt auftreten, aber da Rezidive sehr häufig sind und Verf. nach völligem Abklingen der Erscheinungen sie noch nach Wochen wieder auftreten sah, so könnte freilich der Beginn schon früher zurückliegen. Aus demselben Grunde ist die Gesamtdauer schwer zu beurteilen; der einzelne Schub, der bei einigen Kindern nur wenige Tage anhielt, erstreckte sich bei anderen auf mehrere Wochen. Doch machte sich dann in dieser Zeit ein sehr starker Wechsel an Intensität bemerkbar. Auch die Grade, in denen Verf. die Erkrankung auftreten sah, waren ganz verschieden: oft war es nur eine ganz geringe, aber charakteristische Rötung der Zungenspitze, andere Male griff sie weiter um sich, so daß bei einem Kinde der Zungenrücken bis zur Mitte schließlich in eine einzige hochrote Fläche verwandelt war. Bei diesem Kinde, das sich schon immer durch eine besondere Labilität seiner Darmfunktionen auszeichnete, setzte die Erkrankung mit Durchfällen und Erbrechen ein, und das letztere wiederholte sich bei jedem neuen Schub der Erkrankung. Auch machte sich hier eine Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme geltend, während Verf. dies sonst nicht sah und die Frage nach den subjektiven Beschwerden nur dahin beantworten kann, daß er keine erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, keine nennenswerte Unruhe sah. Auch das Gedeihen der Kinder war nicht beeinträchtigt, und ihre an sich meist langsam ansteigende Gewichtskurve zeigte in der Glossitisperiode keine Aenderung. Immer sah Verf. die Erscheinungen spontan zurückgehen. Mehrere Male beobachtete er, daß zuerst noch beim Schreien und der dadurch

bedingten allgemeinen Hyperämie der Schleimhaut die Rötung der Zunge wiederkehrte. Nur einmal versuchte er — ohne sichtbaren Erfolg — durch Pinseln mit Tanninglyzerin therapeutisch einzugreifen. Für die Aetiologie der Glossitis ließen sich keine sicheren Anhaltspunkte finden. Bei dem gehäuften Auftreten in der Anstalt dachte Verf. zunächst an die Möglichkeit einer Infektion, doch fanden sich für das Zustandekommen einer Uebertragung keine Beweise. Ein Zusammentreffen mit einer akuten Ernährungsstörung sah Verf. außer bei dem oben erwähnten darmlabilen Kind nur in dem einen Fall, wo die Darmstörung offensichtlich durch die Furunkulose bedingt war, so daß die Annahme eines kausalen Zusammenhanges nicht begründet erscheint. Auch andere Anhaltspunkte für die Aetiologie fanden sich nicht. Verf. erwähnte schon, daß alle erkrankten Kinder in einem rezidierten Ernährungszustand und zum Teil konstitutionell minderwertig waren, aber wenn man bedenkt, daß das Material im Krankenhaus sich wesentlich aus solchen Kindern zusammensetzt, so kommt man damit ebenfalls nicht weit, und es ist wohl möglich, daß bei einem anderen Krankenbestand auch kräftige Kinder an Glossitis erkranken. Besonders betonen möchte Verf. noch, daß sich nur bei einem der Kinder Anzeichen von exsudativer Diathese fanden. Von den eingangs erwähnten Zungenaffektionen, die mit einer Rötung einhergehen, kommt nun gerade die *Lingua geographica* differentialdiagnostisch in Betracht, da sie in ihren Anfängen mit dem inselartigen Auftreten der Glossitis einige Aehnlichkeit aufweisen kann. Verf. sah auch wirklich einen Fall, wo er einige Zeit mit der Diagnose schwankte, als zu der Rötung der Zungenspitze analoge Erscheinungen an den Zungenrändern und am Zungengrund auftraten. Bis es mit dem Fortschreiten des Prozesses deutlich wurde, daß, während an der Zungenspitze eine typische Glossitis bestand, sich an den Seitenrändern eine Landkartenzunge entwickelte. Für das eine sprach die gerade in diesem Falle sehr ausgesprochene Rötung der Ausführungsgänge der Sublingualis, für das andere die nicht in das Bild der Glossitis gehörige weiße Umgrenzung der geröteten Partien. Verf. erwähnte schon eingangs, daß sich in der pädiatrischen Literatur keine Angaben über diese Form der Glossitis finden, dagegen hat Möller 1851 mehrere Fälle von chronischen Exkorationen der Zunge bei Erwachsenen veröffentlicht, die später von Michelson unter der Bezeichnung Möller'sche Glossitis superficialis wieder aufgenommen wurden und denen er eigene Beobachtungen hinzufügte. Die lokalen Erscheinungen werden genau so beschrieben, wie Verf. sie an seinen Patienten gesehen hat, und das Lehrbuch von Mikulicz und Kümmel das ziemlich ausführlich die Fälle von

Michelson wiedergibt, enthält eine Abbildung, die sich fast genau mit einer von Verfs. Beobachtungen deckt. Bemerkenswert sind bei den Erwachsenen heftige subjektive Beschwerden, die besonders bei der Nahrungsaufnahme auftreten. Auch hier fällt im Krankheitsbild der starke Wechsel der Intensität und der außerordentlich chronische Verlauf auf. Ueber den Allgemeinzustand der Patienten schreibt Michelson: Wie bei Möller's 6 Fällen handelte es sich auch bei unseren 3 um schwächliche Personen. Alle gaben an, gerade in letzter Zeit heruntergekommen zu sein. (Von den 6 Möller'schen Kranken — es waren alles Frauen — wählten 5, worauf er selbst einen gewissen Wert legt, an Tānien.) Pathologisch-anatomisch wird die Erkrankung als eine Abstoßung des Epithels mit Herden von Rundzelleninfiltration beschrieben und daher von Michelson als echte Entzündung — Glossitis — angesprochen. Michelson erwähnt auch schon eine gewisse Aehnlichkeit mit der Lingua geographica, die aber differentialdiagnostisch nicht in Betracht käme, einerseits wegen des Fehlens aller Beschwerden, andererseits weil diese nur eine Affektion des Kindesalters, die Glossitis nur bei Erwachsenen beobachtet sei. Demgegenüber muß Verf. feststellen, daß auch im Säuglingsalter sich eine der Möller'schen Glossitis ganz analoge Erkrankung findet, die nach seinen Beobachtungen, ohne nennenswerte Beschwerden zu verursachen und ohne Beeinträchtigung des Gedeihens herbeizuführen, spontan — wenn auch erst nach Wochen — zurückgeht. (B. kl. W. 1920 Nr. 29).

### Kasuistisches.

**Zur Kenntnis der Colitis cystica.** Von E. Keeser (Aus der I. Medizinischen Universitätsklinik in Berlin). Ursprünglich brachte man die Colitis cystica in direkte Beziehung zur Ruhr, und erst Orth hat darauf hingewiesen, daß es sich bei dieser Krankheit zwar sehr häufig um die Folge einer Dysenterie handelt, daß aber die Fälle von entzündlicher Schleimzystenbildung im Dickdarm durchaus nicht alle als gleichwertig aufzufassen sind und notwendig auf eine vorausgegangene dysenterische Infektion hinzuweisen brauchen. Zu dem gleichen Ergebnis kam auf Grund zahlreicher Beobachtungen Woodward, der feststellte, daß die Colitis cystica in allen Lebensaltern vorkommt und die Folge beliebiger chronischer Darmkatarrhe sein kann. Nach der Lage der Zysten unterscheidet Orth eine Colitis cystica superficialis (mucosae) und eine Colitis cystica profunda (submucosae). Allerdings sind die Fälle von Colitis cystica superficialis offenbar selten. Auch von diesem pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt aus bietet

ein Fall von Colitis cystica Interesse, der letzthin in der Klinik beobachtet wurde. Es handelt sich um eine 54 Jahre alte Frau. Seit dem 40. Lebensjahr litt Patientin an zunehmender Appetitlosigkeit mit häufigen Schmerzen in der Magengegend. Als Ursache wurde Hypazidität festgestellt. 1919 traten die Magenbeschwerden stärker auf; Patientin litt an Appetitlosigkeit und magerte stark ab. In einem Berliner Krankenhaus fand man den Leib eingesunken, nicht druckempfindlich. Die große Kurvatur stand 2-querfingerbreit unterhalb des Nabels. Die Prüfung der Magenfunktion ergab: frei HCl —. Ges.-Azid. 20, Blut —. Im Stuhl: Blut —. Indikan —. Die Rektoskopie zeigte normale Verhältnisse. Am 18. 6. 1919 wurde Patientin gebessert entlassen. Bald darauf stellten sich jedoch wieder Schmerzen in der Magengegend und das Gefühl der Völle und des Drucks, besonders nach dem Essen, ein; Juli 1919 wieder Krankenhausaufnahme. Der Stuhlgang war zunächst normal, doch stellten sich bald Tenesmen ein. Anfang August wurde der Stuhl dünnbreiig mit täglich 3—4 Entleerungen, die stark gärten; ihre Untersuchung auf Ty-, Tb- und Dy-Bazillen hatten ein negatives Ergebnis. Am 26. 8. wurde Patientin auf Wunsch entlassen. 8 Tage später stellten sich plötzlich so starke Diarrhöen ein, daß Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgen mußte. Hier hatte Patientin täglich 30—40 dünnflüssige, unwillkürliche Entleerungen; die vorgenommene Untersuchung auf spezifische pathogene Bakterien hatte wieder ein negatives Resultat. Am 20. 10. 1919 Aufnahme der Patientin in die Klinik. Ihr Aussehen bot das Bild äußerster Entkräftung und Abmagerung. Jegliches Fett im subkutanen Gewebe war geschwunden; die Haut hatte eine papierene Beschaffenheit. Der Leib war vollständig eingesunken. Die Leberdämpfung reichte bis zum Nabel. Keine Resistenz im Abdomen nachweisbar. Gegend des Colon descendens druckempfindlich. Die Beine waren in Flexionsstellung angezogen und in dieser Stellung durch Muskelkontrakturen fixiert. Die Magenuntersuchung ergab: freie HCl-, Ges.-Azid. 6. Die Fäzes bestanden aus normalem Detritus, keine Störung der Stärke-, Fett- und Bindegewebsverdauung; die Untersuchung der Trypsinverdauung zeigte Werte, die der Norm entsprachen. Therapeutisch erhielt Frau M. Salzsäure-Pepsin, reine Eiweißkost, Astonininjektionen. Die Nahrungsaufnahme blieb jedoch äußerst gering. Allmählich stellten sich Oedeme an den Füßen ein. Dauernd litt Patientin unter großen Schmerzen im ganzen Leib. Anfang Dezember zeigte sich zeitweise Benommenheit, Mitte Dezember nahmen die Schmerzen im Leib und der Kräfteverfall zu; am 21. 12. erfolgte Exitus. Die Sektion ergab eine chronische Colitis haemorrhagica, zum Teil membranacea, zum Teil cystica. Die mikroskopische Untersuchung des Kolons



zeigt zystisch erweiterte Drüsenlumina in der Mukosa, die mit Zylinderepithel ausgekleidet sind. In der Submukosa starke Gefäßerweiterung und -füllung. Zellige Infiltration der Schleimhaut, besonders mit Rundzellen. Diese Zysten befinden sich in sämtlichen Schnitten rein auf die Mukosa beschränkt; nirgends ist ein Durchbruch durch die Muscularis mucosae oder gar eine unterhalb des Muscularis mucosae gelegene Zyste zu sehen. Es ist bekannt, daß ein durch eine beliebige Ursache entstandener chronischer Darmkatarrh eine Colitis cystica hervorrufen kann, und es erhebt sich nun die Frage, was in diesem Fall die auslösende Ursache war. Stepp hat darauf hingewiesen, daß auf dem Boden einer chronischen gastrogenen Darmdyspepsie sich das Krankheitsbild einer mehr oder weniger tief greifenden Kolitis entwickeln kann, und zweifellos litt Frau L. seit Jahren an einer schweren Sekretionsstörung des Magens, die zu sekundären Darmschädigungen führen und eine besondere Disposition zu Darmerkrankungen schaffen mußte. Ob jedoch diese Darmdyspepsie die alleinige Ursache der Colitis cystica war oder durch die überstandene Grippe das schädigende Virus in den Darm gelangte, oder ob irgendeine andere Schädlichkeit das beschriebene schwere Krankheitsbild auslöste, diese Frage kann heute noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. (D. m. W. 1920 Nr. 23.)

**Störung nach Erstinjektion von Diphtherieheilserum.** Von Dr. Busch (Niederkrüchten). Verf. möchte eine böse Erfahrung veröffentlichen, die er vor 3 Jahren am eigenen Leibe machte. Er erkrankte damals ohne erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens an einer leichten, bakteriologisch nachgewiesenen Diphtherie. Erst am 3. Tage der Erkrankung trat ein ausgesprochener diphtherischer Belag von der Größe eines Pfennigstücks auf. An diesem Tage machte er sich abends eine Einspritzung von 5 ccm Serum (Pferdeserum, 1500 I.E.). Es war dies die erste Serumeinspritzung, die er in seinem Leben erhielt. Nach wenigen Minuten trat eine heftige, allgemeine Urtikaria auf. Gleichzeitig stellte sich eine ganz bedrohliche Herzschwäche ein. Der Puls war zeitweise überhaupt nicht mehr fühlbar. Dabei bestand starke Benommenheit, die sich anfangs zu Ohnmachtsanfällen steigerte. Atemnot oder Gelenkschmerzen waren nicht vorhanden. Die Urtikaria verschwand bald wieder vollständig. Dagegen blieben Benommenheit und Herzschwäche noch mehrere Stunden bestehen. Unter Kampferspritzen trat dann allmählich Besserung ein, und morgens war der ganze Anfall unter Hinterlassung einer gewissen Mattigkeit verschwunden. Die Diphtherie selbst heilte dann in 2 Tagen vollständig ab. Es handelte sich bei dem geschilderten Zufall nicht

um die gewöhnliche Serumkrankheit, die sich erst 8–10 Tage nach der Einspritzung unter Hautausschlägen und Gelenkschmerzen einstellt, auch nicht um einen anaphylaktischen Anfall, der erste auf eine 2., nach etwa 2 Wochen oder später gegebene Serumspritze eintreten kann, vielmehr um einen jener sehr seltenen Fälle, in denen eine derartige Ueberempfindlichkeit gegen Pferdeserum besteht, daß bereits im unmittelbaren Anschluß an die erste Spritze die schwersten Störungen auftreten. Ein ähnlicher Fall ist der an sich selbst beobachtete, in der Berl. klin. Wochenschr. 1909 mitgeteilte des norwegischen Arztes de Besche, in dem besonders noch asthmatische Zustände vorhanden waren. De Besche war es nun schon vor dem Serumanfall bekannt, daß bei ihm der Geruch von Pferdeställen einen Asthmaanfall auslöste. Wenn nun auf Grund dieser Erfahrung A. v. Wassermann und M. Wassermann in der „Therapeutischen Technik“ von Schwalbe raten, sich vor einer Serumeinspritzung bei dem Patienten nach seiner Reaktion auf Pferdegerüche zu erkundigen, so würde Verf. selbst diese Frage nicht vor dem üblen Zufall gerettet haben, da er stets gegen Pferdestall- und ähnliche Gerüche unempfindlich gewesen ist.  
(M. m. W. 1920 Nr. 31.)

**Ueber Zufälle bei der intravenösen Kollargolinjektion.**  
Von Dr. Hildegard Eyth (Aus dem Kinderhospital in Lübeck).  
„Das Kollargol findet heute so ausgebreitete Anwendung als intravenöse Injektion, daß es an der Zeit erscheint, auf unangenehme Zufälle hinzuweisen, denen der Therapeut trotz aller Vorsichtsmaßregeln vollkommen regellos ausgesetzt sein kann.

Fall 1. K. W., 13 Jahre alt. Großer, kräftig gebauter Knabe. Herz und Lungen o. B. Fieberhafte Erkrankung. Puls 85, kräftig, gleich- und regelmäßig. Therapie: Intravenöse Injektion von 6 ccm einer 2%igen frisch hergestellten Kollargollösung. Sofort nach der Injektion tritt im Gesicht hochgradige Zyanose ein; der Knabe richtet sich im Bett auf, wird stark dyspoisch, gibt auf Anrufen keine Antwort, äußert Präkordialangst, klammert sich an die Bettpfosten. Die Augen sind weit aufgerissen. Dieser beängstigende Zustand hält einige Minuten an, dann setzt Schüttelfrost ein. Am nächsten Tag normale Temperatur und Wohlbefinden.

Fall 2. L. W., 6 Jahre altes, zart gebautes Mädchen. Seit 6 Wochen Schmerzen und Schwellung der Gelenke mit andauernd erhöhter Temperatur. Lungen o. B. Herz: an der Spitze leises, systolisches Geräusch. Therapie: Intravenöse Kollargolinjektion. Anfangsdosis 1 ccm einer frisch hergestellten 2%igen Lösung. Keine Temperatursteigerung oder Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Am nächsten Tag 5 ccm Kollargol intravenös, wieder

ohne jede Temperaturerhöhung, dagegen keine Gelenkschmerzen mehr und Verschwinden des anfänglichen Herzgeräusches. Wegen Temperaturerhöhung und Wiederauftreten der Gelenkschmerzen folgen noch 6 intravenöse Injektionen, steigend bis zu 8 ccm einer jedesmal frisch hergestellten 2%igen Lösung. Dabei trat zweimal Temperatursteigerung bis 40° und 41° auf. Bei der 9. Injektion, es wurden 10 ccm injiziert, ereignete sich folgender Zwischenfall: Während der Injektion tritt auf dem linken Unterarm ein fünfmarkstückgroßer, umschriebener, bläulicher Fleck auf. Dann verfärbt sich plötzlich schlagartig das ganze Gesicht vollkommen gleichmäßig lividbräunlich. Die Verfärbung schneidet in fast horizontaler Linie in der Höhe des Kehlkopfes scharf gegen die übrige normal gefärbte Haut ab. Das Kind ist dyspnoisch, will sich aufsetzen, wird unruhig. Puls frequent, gut palpabel. — Erbrechen. Nach einigen Minuten bessert sich unter Sauerstoff und Kampfer der beängstigende Zustand, und die Dyspnoe verschwindet. Die graublaue Verfärbung des Gesichts bleibt bestehen, auf dem Arm ist die Verfärbung verschwunden. Im Laufe des Tages wird die graublaue Farbe des Gesichts bald stärker, bald schwächer. Die Kleine ist matt, äußert aber sonst keine Klagen. Herztöne rein, Puls gut. Trotz Sauerstoffinhalationen keine weitere Aenderung des Bildes. Am nächsten Tage ist die Gesichtsfarbe graublaß, das Befinden gut. Urin frei von Eiweiß und Zucker. In den folgenden Tagen blaßt das milchkaffeeartige Kolorit schnell ab und macht endlich der normalen Gesichtsfarbe wieder Platz.

Fall 3. W. B. Seinem Alter entsprechend gut entwickelter Knabe. Seit 2 Tagen 40° Temperatur und Schmerzen in der linken Bauchseite. Bei der Aufnahme Temperatur 39,5°, Puls 100, kräftig und regelmäßig. Lungen o. B. Herz: an der Spitze leises, fauchendes Geräusch, Milzgegend leicht druckempfindlich. Urin: Eiweiß, Zucker, Diazo negativ. Diagnose: Grippe. An den beiden folgenden Tagen hält sich die Temperatur auf 40°. Patient ist auffallend apathisch. Kernig schwach positiv. Patellarreflexe fehlen. Lumbalpunktion ergibt keinen erhöhten Druck. Liquor steril. Stuhl: keine pathogenen Keime. Am 8. Krankheitstage tritt bei Fieberfreiheit am Stamm und Extremitäten ein hellrotes, kleinfleckiges Exanthem auf, das am nächstfolgenden Tage wieder verschwindet. Wegen erneuter hoher Temperatursteigerung bis 39° (Gripperezidiv) werden mittags um 12 Uhr 5 ccm Elektrokollargol Heyden intravenös injiziert. 1 Uhr 10 Minuten: Heftiger Schüttelfrost von 1/2 stündiger Dauer. Temperatur 41,1°. Puls gut palpabel. 2 Uhr nachmittags: Temperatur 41,7°. Erbrechen, hochgradige Zyanose im Gesicht, Pupillen reagieren schwach. Patient gibt auf Anrufen keine Antwort. 3 Uhr: Zyanose im Gesicht wird immer intensiver,

Gesichtsausdruck starr, Puls klein, kaum palpabel (Digipurat; Adrenalin intravenös). 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr: Extremitäten in starkem Spasmus lassen sich nicht lösen, sind stark zyanotisch. Links im Gesicht heftiges Fazialiszucken. Puls trotz Stimulantien kaum mehr zu zählen. Vollständige Bewußtlosigkeit. 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr: Exitus, Sektion wird verweigert. — Zu diesen drei, in ihrer Art jeweils verschiedenen Zwischenfällen kommen noch zwei ähnliche bei schwerster Scharlachsepsis, wo Verf. bei der intravenösen Kollargolinjektion einen schweren Gefäßkollaps ohne Dyspnoe erlebte, der sich aber rasch durch Kampfer wieder beheben ließ. Man geht wohl nicht fehl, wenn man die beiden erstgeschilderten Zufälle als angioneurotisch bedingt auffaßt, ähnlich dem bei Salvarsaninfusion beschriebenen angioneurotischen Symptomenkomplex. Die bei diesem Salvarsanzwischenfall beobachtete Dyspnoe gleicht völlig der in unseren Fällen beobachteten. Sie wäre in gleicher Weise wie diese nicht als Anaphylaxie zu deuten, sondern als akutes Ödem der Respirationsschleimhaut, „crise nitritoide“ anzusehen. Pincus beobachtete den angioneurotischen Symptomenkomplex beim Silber-salvarsan häufiger als beim Neosalvarsan und führt ihn auf mangelhafte Handhabung der Technik, unrichtige Behandlung des Präparats zurück. Der geschilderte Komplex kann auch bei Kranken plötzlich auftreten, die schon mehrere Salvarsanspritzen reaktionslos vertragen haben. Das würde auch auf obigen Fall L. W. zutreffen. Schwieriger ist Fall 3, W. B., zu deuten. Hier kommt möglicherweise eine Meningoenzephalitis in Frage. Fehler im Präparate selbst können nicht vorgelegen haben, da mit den gleichen Ampullen andere Kinder reaktionslos injiziert wurden. Kausch hat ebenfalls über unangenehme Begleit- und Folgeerscheinungen bei Kollargolinfusionen berichtet, die Aehnlichkeit mit denen der beiden ersten Kinder hatten. Kausch verwendete jedoch weit größere Dosen. „Diese Zufälle, unter denen vor allem Fall 3 einen überaus deprimierenden Eindruck hinterläßt, haben uns bewogen, das Kollargol aus unserer Therapie auszuschalten und es nur dann noch anzuwenden, wenn die Chancen die gleichen sind, an der Erkrankung selbst oder aber an der Therapie zu sterben.“

(Ther. d. Gegenw. Mai 1920).

### **Toxikologisches.**

**Unerwünschte Nebenwirkungen von Embarin Heyden.**  
 Von Dr. Walther Blumenthal (Koblenz). In 3 Fällen bislang hat Verf. bei Spritzkur mit Embarin (quecksilbersalizylsulfonsaures Natrium) unerwünschte Nebenwirkungen gesehen: Fieber bis 39,6°, diffuse und sprüsselige Erytheme, Kopfschmerz, schweres Krank-

heitsgefühl. In einem Falle bestand auch sprüsseliger Ausschlag am harten Gaumen und kurzdauernde Ausscheidung von hyalinen Zylindern. Hier lag der Verdacht auf Scharlach nahe, doch war die Probe auf Urobilinogen ebenso wie in den beiden anderen Fällen ständig negativ. Das Heilmittel war in allen Fällen zusammen mit Neosalvarsan gegeben worden. Doch ist letzteres nicht verantwortlich zu machen, da es reaktionslos vorher und später vertragen wurde, während auf eine erneute Embarineinspritzung in einem Falle der gleiche Symptomenkomplex auftrat. Die Behandlung bestand in Abführmitteln und reichlicher Flüssigkeitszufuhr, war im übrigen symptomatisch. Das Krankheitsbild klang in den 3 Fällen in 2—3 Tagen ab, doch blieb noch weitere 3 Tage lang eine gewisse Schwäche und Hinfälligkeit. Bleibende Schäden hat Verf. nicht beobachtet. (M. Kl. 1920 Nr. 22.)

**Zur Kasuistik der Benzinvergiftungen.** Von Dr. Adolf Korbsch (Aus der inneren Abteilung des St. Georgs-Krankenhauses zu Breslau). Es wurde ein Mann eingeliefert mit der Angabe, daß er starke Schmerzen im Rachen und im Leibe habe. Er hatte vorher zunächst eine nicht näher angegebene Menge Alkohol in Form von Schnaps und Bier zu sich genommen und darauf ungefähr 75 ccm Benzin. Es wurde sofort eine Magenspülung vorgenommen und nach erheblicher Abwehr des Patienten eine gelbliche, stark nach Benzin riechende Flüssigkeit aus dem Magen entleert. Nach gründlicher Ausspülung erhielt Patient  $\frac{1}{2}$  Liter Milch und wegen des schlechten Pulses 2 Spritzen Kampfer. Befund: Zunge, Mund- und Rachenschleimhaut sehr stark gerötet. Herz ohne Befund. Puls 4 mal 27 pro Minute, schwach, regelmäßig. Lunge ohne Befund. Die Ausatemungsluft roch stark nach Benzin. Abdomen etwas druckempfindlich, sonst ohne Befund. Temperatur 36,8° C. Pupillen mittelweit, reagieren gut. Hornhautreflex erhalten. Bizeps-, Trizeps- und Radiusperiostreflex nicht auslösbar. Patellarreflexe etwas erhöht. Es bestand totale Anästhesie und Analgesie am ganzen Körper. Kurz nachdem Patient zu Bett gebracht war, verfiel er in Schlaf. Nach etwa 10 Minuten wachte er auf, zeigte sich auf Fragen desorientiert nach Zeit und Ort. Er schlief sofort wieder ein, dabei beobachtete man klonische Krämpfe in den oberen Extremitäten. Wieder aufgewacht, klagte er über Schmerzen im Bauch. Daß er Benzin getrunken hatte, wußte er nicht. Anforderungen, Bewegungen auszuführen, verstand er nicht. Es stellte sich ein kurz dauernder Klonus der rechten Achillessehne ein; der linke Patellarreflex wurde jetzt stärker als der rechte, auch wurde ein Krampf der linken Fußsohle beobachtet. Patient machte längere Zeit Schüttel-

bewegungen mit dem Kopf. Der Urin des 1. Tages sah hellgelb aus, spez. Gewicht 1004; Eiweiß, Zucker, Blut waren nicht nachweisbar. Kein Sediment. Am 2. Tage Urinmenge 1000 ccm, spez. Gewicht 1003, Farbe noch heller geworden. An beiden Tagen roch der Urin stark nach Benzin, am 3. Tage Urinmenge 500 ccm, spez. Gewicht 1023, Farbe rostbraun, riecht nur noch schwach nach Benzin. Am 4. Tage Urinmenge 900 ccm, spez. Gewicht 1021. Kein Benzingeruch mehr. Stuhlgang trat am 5. Tage auf, Stuhl ohne Befund. Am Nachmittag des 1. Tages waren die Reflexe wieder normal geworden, Patient erholte sich sichtlich. Am 3. Tage wurde die Anästhesie geringer, am 4. Tage war sie fast ganz verschwunden. Nadelstiche wurden am stärksten am Rumpf, von der 2. Rippe abwärts und an den Oberschenkeln empfunden. Von den Knien abwärts und der 2. Rippe aufwärts wurden sie nur schwach gespürt. Am 5. Tage wurden Nadelstiche überall gleich stark angegeben. Puls und Temperatur boten im weiteren Verlaufe nichts Besonderes. Am 11. Tage wurde Patient vollkommen gesund und beschwerdefrei entlassen. — Diese Vergiftung gehört also zu den selteneren Fällen, wo Benzin nicht versehentlich, sondern zum Zwecke des Suizids genommen wurde. Die bisher bekannten Benzinvergiftungen per os sind bei Kindern fast immer sehr schwer, bei Erwachsenen meist leicht verlaufen. Blutungen spielen bei den oralen Intoxikationen eine wesentliche Rolle, besonders Lungen- und Darmblutungen. Auch kam hierbei öfters Eiweißausscheidung im Harn zur Beobachtung. Ferner ist über Schädigungen des Zentralnervensystems des öfteren berichtet worden, z. B. beobachtete man Bewußtlosigkeit, Zyanose, Kälte der Haut, reaktionslose Pupillen. Noch mehr war das Zentralnervensystem betroffen bei den Vergiftungen, die durch Inhalation des Benzins zustande gekommen waren. So werden Fälle dieser Art mitgeteilt, bei denen sich Reflexstörungen, Krämpfe, Lähmungen, außerdem aber auch Beteiligung der sensiblen Bahnen, wie Schmerz-anfälle, Parästhesien, Kopfdruck zeigten. Es sind auch länger dauernde Schädigungen beobachtet worden, z. B. Neuritis retrobulbaris und Rückenmarksdegeneration. Bei dem vorliegenden Falle finden sich Blutungen und Nierenschädigungen nicht, was um so mehr auffällt, als der Urin den charakteristischen Benzingeruch zeigte. Lediglich Schädigungen des Nervensystems kamen zur Beobachtung. Auffallend erschien besonders die mehrere Tage anhaltende Analgesie und Anästhesie und auch das Auftreten von einigen motorischen Störungen, wie Krämpfe und Klonus. Es muß aber damit gerechnet werden, daß die Analgesie und Anästhesie, die hier so stark auftrat, auch zum Teil mit auf den genossenen Alkohol zurückzuführen ist, dessen Menge leider un-

bekannt blieb. Der Fall lehrt, daß bei größeren per os genommenen Mengen Benzins das Zentralnervensystem erheblich betroffen werden kann, während die übrigen Organe des Körpers davon gänzlich unberührt bleiben. (M. m. W. 1920 Nr. 34.)

**Sehstörungen nach Eukupin** beobachteten E. Franke und C. Hegler (Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf). So bei einem Patienten, der 4stündlich 0,5 Eucup. basic., insgesamt 6 g in 60 Stunden erhielt, 3 Tage später, bei einem andern nach  $11\frac{1}{2}$  g in 4 Tagen, 25 Tage nach Aussetzen der Behandlung, bei einem dritten nach 3,6 g in 48 Stunden 2 Tage später. In diesen 3 Fällen von mittelschwerer bzw. schwerer Grippepneumonie ließ sich das Auftreten der völligen Amaurose in dem einen, der Herabsetzung des Sehvermögens in den beiden anderen nicht anders erklären als durch direkte Einwirkung von Eukupin auf die Sehnerven, wahrscheinlich auch gleichzeitig auf die Netzhaut. Diese Erfahrungen mahnen zur Vorsicht. (Med. Kl. 1920 Nr. 24.)

**Vorübergehende Nierenschädigungen nach Lokalanästhesien**, wie sie zweifellos vorkommen, beruhen nach Dr. O. Orth (Chirurg. Klinik Halle) auf der kontrahierenden Gefäßwirkung des Adrenalins, die namentlich bei nicht ganz intakten Nieren zu einer Nephritis führen kann und manchmal führt. Wo die Anamnese solches angibt, ist also Vorsicht geboten. (M. Kl. 1920 Nr. 24.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Ueber Stanniol als Verbandmittel** schreibt Dr. H. Gretscl, Facharzt für Chirurgie (Hamburg): „An Stelle der Rohgaze kann man bei flächenhaften Wunden sehr gut Stanniol verwenden. Es wird in einer starken Lysollösung aufbewahrt und vor der Anwendung in steriler Kochsalzlösung von dem Lysol befreit. Die Wunde wird dann mit dem Stanniolblatte austapeziert, wobei das Stanniol die Wundränder etwas überragt. Darüber kommt hydrophiler Mull, Watte und Binde. Auch an den empfindlichsten Körperteilen hat der Kranke beim ersten Verbandwechsel keine Schmerzen. Etwaige Bröckel von Stanniol werden durch vorsichtige Spülung mit erwärmter Kochsalzlösung entfernt. Ich habe den Eindruck gehabt, als wenn die Wundsekretion, seitdem ich Stanniol anwende, sehr gering ist, viel geringer als bei Mullverbänden. Bei tiefen Wunden drainiert man praktisch mit Stanniol in der Art, daß man das Stanniol nach Art eines Dochtes zusammendreht und



diesen Docht durch die Wundöffnung in die Tiefe schiebt. Einführung und Entfernung eines solchen Dochtes sind völlig schmerzlos und auch in der Nähe großer Gefäße ungefährlich, vorausgesetzt, daß die Wand der Gefäße nicht schon perforiert und thrombosiert ist. Ich habe wohl bei Entfernung eines Mulldrains oder eines Gummi- oder eines harten Drainrohres höchst peinliche Blutungen auftreten sehen. Bisher aber noch nie bei Stannioldrains. Der hydrophile Mull wirkt gut absaugend, wenn er nicht austrocknet, dadurch die Eiweißkörper zur Gerinnung bringt und nun direkt sekretstauend wirkt, indem er die Wundöffnung verklebt. Man hüllt einen Mullrain am besten in eine 3—4 fache Lage von Stanniol, und führt ihn so in die zu drainierende Höhle, daß der Docht mit Umhüllung ziemlich weit aus der Wunde hervorsieht. Dies Ende läßt man wieder in Mullkompressen münden, die in wasserdichtem Verbandstoff vor Austrocknung geschützt werden. Bei guter Antisepsis ist eine Fäulnis auch bei einem Verbandwechsel jeden 2. oder 3. Tag nicht zu befürchten. Der Verbandwechsel ist ganz schmerzlos. Auch bei Wunden, wo ich die Prima intentio anstrebe, verwende ich eine Lage Stanniol, unmittelbar der Haut mit Mastisol aufgeklebt. Es schmiegt sich leicht jeder Hautfalte an, verschiebt sich nicht, schützt die Nahtlinie vor Austrocknung, und wenn man das Stanniol nach 8 Tagen abwischt, wird es nicht immer leicht sein, die Schnittwunde zu erkennen. Das Stanniol (Folium stanni) wird von den Wundsekreten nicht angegriffen.“

(Zbl. f. Chir. 1920 Nr. 26 a.)

**Beitrag zur Röntgenbestrahlung tuberkulöser Halslymphdrüsen.** Von Gerold Kneier (Aus der chirurgischen Abteilung des St. Georgkrankenhauses zu Breslau). „Was zunächst die Technik anbetrifft, so bestrahlen wir mit einem selbsthärtenden Siederohr von Reiniger, Gebbert und Schall, dessen konstanter Härtegrad durch einen Gasregenerierautomaten gewährleistet wird. Die Härte der Röhre beträgt etwa 14 Wehnelt. Als Filter verwenden wir ein Aluminiumblech von 3 mm Dicke. Wir bestrahlen stets in einem Fokusabstand von 23 cm, ohne eine wesentliche Kompression der bestrahlten Stellen auszuüben. Bei gleichbleibendem Ausschlag des Ampèremeters und des Hitzdrahtsystems ist unsere Röhre so ausdosiert, daß sie pro Minute 2 x verabfolgt. Der Zeitraum zwischen den einzelnen Bestrahlungen beträgt 4 Wochen, wobei wir jedesmal eine Dosis von 20 x verabreichen. Hatten wir aus irgend einem Grunde Bedenken, sogleich die Volldosis zu geben, so verteilten wir sie auf 3 Sitzungen von je 7 x in einem Zwischenraum von 10 Tagen, um dann bei einer weiteren Sitzung zur Volldosis überzugehen. Wir haben, um dies vorweg zu nehmen, von diesen

kleinen Dosen wesentliche Erfolge nicht gesehen. Bestehen beiderseits Drüsentumoren, so bestrahlen wir zunächst stets nur eine Seite. Bei ‚doppelseitigen‘ Bestrahlungen pflegen wir selten zwei derartige Bestrahlungen hintereinander zu verabreichen, sondern schieben meist erst eine oder zwei ‚einseitige‘ Bestrahlungen ein; denn wir haben die Erfahrung gemacht, daß auch die Drüsen der nichtbestrahlten Seite sich mit zurückbilden. Bei dieser Art der Dosierung werden auch Schädigungen des Kehlkopfes vermieden. Die mit Schwellung einhergehende akute Herdreaktion ist am stärksten bei großen Tumoren von relativ weicher Konsistenz, in deren Innern man zum Teil schon eingeschmolzene Käseherde vermuten muß. Diese Reaktion ist stets schnell abgeklungen.“ — Der therapeutische Erfolg ist bei den einfach hyperplastischen Drüsen am augenfälligsten. Nach 3, eventuell schon nach 2 Bestrahlungen haben sich auch größere Tumoren voll und ganz zurückgebildet. Waren die Drüsen bereits verkäst, so hat Verf. Heilung erst nach 6—8 Bestrahlungen gesehen, wie überhaupt 5—6 Bestrahlungen die erforderliche Durchschnittsdosis darstellen. Mehr als 8 Bestrahlungen wurden selten verabfolgt, weil man sich überzeugt hatte, daß noch eine Spätreaktion auftritt, die schließlich zur vollen Heilung führt. Waren die Käseherde eingeschmolzen, so wurde entweder punktiert oder der spontane Durchbruch durch die Haut gelassen und weiter bestrahlt. Am schlechtesten reagieren die Drüsen, die sich schon vor der Bestrahlung als sehr hart erweisen. Drei solcher Fälle haben sich trotz intensiver Bestrahlung refraktär gezeigt. In einem derselben, bei dem wohl auch zentrale Käseherde bestanden, sind die sehr großen Tumoren anfangs gut zurückgegangen. Jetzt bestehen aber immer noch zu beiden Seiten des Halses große Pakete harter Drüsen, die auf weitere Bestrahlung nicht mehr reagieren. In diesem Falle dürfte vielleicht eine allzu große Menge harter Strahlen Schuld tragen, die, worauf letzthin Mühlbaum aufmerksam machte, zu schnell zu einer derben Bindegewebsentwicklung führen, den verkästen Drüsenkern mit einer harten Schale umgeben, die dann jede weitere Bestrahlung illusorisch macht. Durch noch vorsichtigere Dosierung dürfte sich ein derartiges Vorkommnis vielleicht vermeiden lassen. Jene Bindegewebsentwicklung ist nach Mühlbaum, für den Fall, daß sie nicht zu intensiv ist und man die Drüse doch noch operativ entfernen will, kein unbedingter Nachteil, weil man dann die mit derber Kapsel umgebene Drüse extirpieren kann, ohne Gefahr zu laufen, daß die Drüse dabei zerplatzt. Auf diese Weise würde postoperativer Fistelbildung vorgebeugt und durch eine Nachbestrahlung die Bildung eines Rezidivs verhindert. Bestehen Fisteln, so verabfolgt Verf. dieselbe Strahlendosis, deckt aber die Fistelöffnung durch ein Blei-

plättchen ab. Er hat stets gefunden, daß die Sekretion nachläßt und sich frisches Granulationsgewebe bildet. Soweit die Fälle bis zum Abschluß der Behandlung sich in Beobachtung befanden, hat Verf. stets feststellen können, daß die Fisteln sich, wenn auch bisweilen recht langsam, doch endlich schlossen. Bei erfolgreicher Bestrahlung verschwinden die Drüsen bis auf erbsen- bis bohnen-große derbe Reste. Solche Reste enthalten kein tuberkulöses Gewebe mehr. Man kann also, wenn die Drüsen sich bis zu diesem Stadium zurückgebildet haben, von einer Heilung sprechen. Als sehr wichtig erscheint es, daß der Zeitraum zwischen den einzelnen Bestrahlungen regelmäßig nur 4 Wochen beträgt. Es hat sich gezeigt, daß die so bestrahlten Fälle am schnellsten zur Heilung kamen. In den Jahren 1917 bis heute wurden insgesamt 167 Patienten bestrahlt. Davon sind 64 ganz geheilt. 34 Patienten sind gebessert entlassen. Es handelt sich hier um Kassenpatienten, die deswegen nicht zur vollen Heilung kamen, weil die Kassen in der Regel nur 3 Bestrahlungen bewilligten. Im Durchschnitt sind aber 5—6 Bestrahlungen zum vollen Erfolg notwendig. 35 Patienten befinden sich noch in Behandlung und sind sämtlich gebessert. 31 Patienten sind nach 1—3 maliger Bestrahlung aus unbekanntem Gründen fortgeblieben. Doch darf in der Mehrzahl dieser Fälle, soweit es sich um auswärtige Patienten handelt, angenommen werden, daß sie nur deswegen nicht in die Behandlung zurückgekommen sind, weil ihnen gesagt worden war, daß im Falle einer wesentlichen Besserung oder gar Heilung sich eine weitere Bestrahlung erübrigen würde. Von sämtlichen 167 Fällen haben sich nur 3 Fälle gegen die Bestrahlung bis zu einem gewissen Grade refraktär erwiesen. Irgendwelche ernstere Schädigungen wurden nicht wahrgenommen. Auch Verf. hat, worauf auch Iselin aufmerksam macht, in vielen Fällen eine Besserung des Allgemeinbefindens unter der Bestrahlung eintreten sehen. Die einzige Schädigung war ein vorübergehender Haarausfall an den der bestrahlten Gegend benachbarten Stellen des behaarten Kopfes trotz guten Abdeckens aller nicht bestrahlten Teile. Zusammenfassend möchte Verf. bemerken, daß an seinem Krankenhaus die tuberkulösen Halslymphdrüsen grundsätzlich bestrahlt werden. Eine Operation findet nur bei jenen heutzutage immer seltener werdenden Fällen statt, in denen der Patient die Operation ausdrücklich wünscht, und dann auch nur, wenn es sich um kleine, leicht zu exstirpierende Drüsen oder Drüsenpakete handelt. In den Fällen, in denen die Drüsen sich bei der Bestrahlung nicht zurückbilden, was nur in etwa 1,8% der Fälle war, ist natürlich eine Operation nicht zu umgehen. Verf. hält auch nicht, wie Mühlbaum, eine Exstirpation der Drüsen für erforderlich, wenn eine Heilung nach

5—6 Bestrahlungen noch nicht eingetreten ist, sondern er bestrahlt noch 2—3 mal und wartet dann die Spätreaktion ab. Da er Besserungen stets gesehen, ernsthafte Schädigungen nie beobachtet hat, gilt auch für ihn bei der Lymphdrüsentuberkulose die Röntgenbestrahlung als die Methode der Wahl. (B. kl. W. 1920 Nr. 21.)

### b) Innere Krankheiten.

**Behandlung der Rumination bei Säuglingen durch Bauchlage.** Von Oberarzt Arvo Ylppö (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hause zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Charlottenburg). Während bis jetzt im allgemeinen in der Rumination nur eine rein nervöse Erkrankung gesehen wird, hat Verf. an Hand von 14 Fällen eigener Beobachtung nachweisen können, daß auch bei der Rumination sehr häufig eine faßbare pathologisch-anatomische Grundlage zu finden ist. Bereits der Umstand, daß die Rumination in typischer Weise niemals bei Brustkindern auftritt, deutet darauf hin, daß sie irgendwie in Zusammenhang mit der künstlichen Ernährung stehen muß. Mittels systematischer Röntgenuntersuchungen konnte Verf. feststellen, daß seine Ruminanten bis auf wenige Ausnahmen eine starke Magendilatation aufwiesen und daß sie gleichzeitig auch Luftschlucker waren. Es muß deshalb die Rumination in der Mehrzahl der Fälle als eine Folgeerscheinung von abnormer Magendilatation, infolge von Luftschlucken bei nervösen Kindern aufgefaßt werden. Verf. hat bei der Behandlung der Rumination in den letzten drei Jahren eine neue Therapie versucht, und zwar mit teilweise verblüffend gutem und raschem Erfolg. Von der Beobachtung ausgehend, daß beim Trinken aus der Flasche in Rückenlage größere Mengen Luft geschluckt werden und diese Tatsache den Ruminationsakt auslöst, hat er versucht, eine solche Körperstellung ausfindig zu machen, bei welcher das Trinken aus der Flasche noch möglich ist, bei welcher aber gleichzeitig weniger oder gar keine Luft geschluckt wird. Dies hat er am besten durch die Bauchlage des Kindes erreicht. Die Erfahrungen lehrten, daß ein Kind, welches seine Flasche in der Bauchlage mit hochgehobenem oder seitlich gedrehtem Kopfe austrinkt, nachher nicht einen so stark aufgetriebenen Bauch aufweist, wie beim Trinken in Rückenlage. Auch zeigen die unmittelbar nach dem Trinken aufgenommenen Röntgenbilder in der Regel keine nennenswerten Luftmengen im Magen. Die Kinder haben tatsächlich auch bald aufgehört in der Bauchlage zu ruminieren. Nach Verf.s Ansicht bildet die Behandlung der Rumination in der Bauchlage gewisser-

maßen eine kausale Therapie in allen denjenigen Fällen, in welchen die Ruminatio mit Luftschlucken kombiniert ist.

(Ther. Halbmonatshft. 1920 Nr. 3.)

**Butolan, ein neues Mittel gegen Oxyuriasis.** Von Dr. E. Schickhardt (Aus der Universitäts-Kinderpoliklinik München). Als neues Mittel gegen Oxyuriasis hat sich das „Butolan“ der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Leverkusen gut bewährt, das seiner chemischen Zusammensetzung nach als p-Benzylphenol-carbaminsäureester anzusprechen ist. Verf. hat das Butolan insgesamt bei 26 Kindern im Alter von 2—12 Jahren angewendet. Die Verabreichung von Butolan geschah in der Weise, daß immer je 3 Tage lang Butolan gegeben wurde, je nach dem Alter der Kinder täglich 2—4 mal 0,5. Mit 1—2 tägiger Pause wurde die Kur meistens noch 3 mal, in hartnäckigen Fällen von Oxyuriasis auch noch 4 mal wiederholt. Durchschnittlich ließen sich nach 7 Tagen der Kur keine Oxyuren oder deren Eier mehr finden. Von den so behandelten 26 Kindern waren nach einigen Monaten noch 22 frei von Oxyuren. In den übrigen 4 Fällen verschwanden zwar direkt nach der Behandlung die Oxyuren und ihre lästigen Begleitsymptome, doch ergab die Nachuntersuchung, daß die Heilung keine dauernde war. Alle 26 Kinder haben das Butolan immer sehr gut vertragen, und selbst bei absichtlicher Ueberdosierung konnte niemals eine Schädigung seitens des Magendarmtraktes oder der Nieren festgestellt werden. Zu Beginn der Kur wurde stets ein Laxans (Kalomel) gegeben. Zur Verhütung der Reinfektion wurde die Analgegend mit grauer Quecksilbersalbe eingerieben. Von der Anwendung von Klystieren, die ja sonst ein gutes Mittel zur Unterstützung sind, wurde hier absichtlich abgesehen, um ein besseres Bild von der Wirkungsweise des Butolans zu gewinnen. Im Gegensatz zu Naphthalin und Santonin, die bei zu hoher Dosierung leicht unangenehme Nebenwirkungen auslösen und daher hinsichtlich der Dosierung eine scharfe Kontrolle erfordern, kann das Butolan als vollkommen unschädliches, dabei gut verträgliches Wurmmittel bezeichnet werden, das selbst bei hohen Dosen niemals die geringsten Nebenwirkungen hervorruft.

(M. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Das Herztonicum und Sedativum Digimorval.** Von Oberarzt Dr. Enge (Heilanstalt Strecknitz-Lübeck). Ein neues Herzmittel, Digimorval, wird seit einigen Jahren von der Münchener Pharmazeutischen Fabrik, München 25, hergestellt. Das Mittel ist in Tablettenform bereitet, jede Tablette Digimorval enthält 0,05 g Pulv. folior. digitalis titrat., 0,005 g Morphin. muriat., 0,1 g Men-

thol-Valerianat. Der wichtigste Bestandteil des Mittels ist also Digitalis. Verwendet sind titrierte Digitalisblätter, wodurch die Beständigkeit und Gleichheit ihrer Wirkung gewährleistet wird. Der zweite Bestandteil ist Morphinum. Rosenbach hat das Morphinum geradezu als ein Herztonicum bezeichnet. Das ist dahin zu verstehen, daß, wenn man einem von Atemnot, Herzschmerz und Angst gequälten Herzkranken durch eine zweckmäßige Morphinumgabe eine ruhige Nacht schafft, dem Herzmuskel Gelegenheit gegeben wird, sich von den Strapazen unruhiger Tage und Nächte zu erholen. Stenokardische Anfälle und Anfälle von Herzklopfen werden durch Morphinum vielfach in überraschend kurzer Zeit beseitigt. Drittens enthält das Digimorval eine Valerianakomponente (Mentholvalerianat). Der Zusatz von Baldrian soll mit seiner herzbelebenden Wirkung das Digitalis, mit seiner nervenberuhigenden Wirkung das Morphinum unterstützen, außerdem soll es der Brechneigung entgegenwirken, die als Begleitscheinung bei Digitalisgaben, noch häufiger bei Morphinumdarreichungen beobachtet wird. Digimorval stellt also ein kombiniertes Medikament dar, bei dessen Zusammensetzung Antagonismus und Synergismus von Digitalis und Morphinum der leitende Grundgedanke sind. Antagonisten sind Morphinum und Digitalis in bezug auf ihre Wirkung auf den Blutdruck, Synergisten in bezug auf ihre Wirkung auf Schlagfolge und Pulszahl. Die Zusammensetzung von Digimorval ließ somit von vornherein günstige Erfolge erwarten. Verf. hat das Präparat in einer größeren Anzahl von Fällen angewandt, und die Ergebnisse der Versuche haben die Erwartungen nicht getäuscht. Die Mehrzahl der Fälle waren solche, bei denen die Indikation der Morphinumbehandlung im Vordergrunde stand, das heißt, bei denen heftige subjektive Beschwerden, wie Herzklopfen, Anfälle von Herzbeklemmung, Unruhe und Schlaflosigkeit, vorhanden waren. Die zweite Gruppe von Fällen betraf solche, bei denen die Digitalisindikation im Vordergrunde stand. Es handelte sich meist um Folgezustände von Herzschwäche nach akuten Infektionskrankheiten, besonders der Grippe. Auch in diesen Fällen zeigte sich eine überraschend günstige Wirkung des Digimorvals. Sehr gut wirkte das Mittel in einer Reihe von Fällen von dysenterischen Erkrankungen, die mit akuter Herzschwäche einhergingen. Wenn Verf. seine Erfahrungen mit Digimorval zusammenfassen soll, so möchte er sagen, daß es ein wertvolles Mittel für die Praxis darstellt, das in seiner Zusammensetzung den Hauptindikationen der Herzbehandlung, der Bekämpfung von Herzschwäche und der Linderung der verschiedensten subjektiven Beschwerden, vollauf gerecht wird. Es ist Tonikum und Sedativum zu gleicher Zeit. Weitere Vorzüge

sind die genaue Dosierbarkeit, die in der Tablettenform gegeben ist. Ferner kommt man mit Dosen aus, die hinter den sonst üblichen Einzeldosen zurückbleiben. Verdauungsstörungen scheinen auszubleiben. Auch daß das Morphinum in verschleierter Form den Herzkranken zugeführt wird, ist für manche Fälle nicht ohne Belang. (M. Kl. 1920 Nr. 22.)

**Zur Behandlung der Grippe mit Sublimatinjektion.** Von Dr. Benneck (Hohenlinde O.-Schl.). Von der Beobachtung ausgehend, daß Syphilispatienten nur selten von Grippe befallen werden, empfiehlt Tretow (Allg. svensk Leikart 1918 Nr. 43), die Naseneingänge mit Ungt. hydrarg. ciner. einzureiben. „An 60 Personen wurde die Prophylaxe versucht, keine von ihnen erkrankte.“ Auch Verf. war es auffällig, daß keiner von den gegen Syphilis behandelten Leuten an Grippe erkrankt ist. Die Beobachtung, daß die mit Quecksilber wegen anderer Krankheiten behandelten Patienten gar nicht von Grippe befallen wurden, ermunterte ihn zur Behandlung der Grippe mit einem Quecksilberpräparat. Von allen erschien Sublimat das zweckmäßigste und am leichtesten zu handhabende. Verf. verwandte eine 1 prom. Lösung und gab je nach dem Alter bei Erwachsenen bis 1 ccm subkutan in den Unterarm oder Oberschenkel. Mit dieser Sublimatlösung hat er bis 250 Pat. behandelt. Auffällig ist der Erfolg im Gegensatz zur früheren Behandlung, daß kein einziger von den mit Sublimat behandelten Grippekranken gestorben ist, während bei der früheren Behandlung 19 Pat. gestorben sind. Die Sublimatinjektion wurde sobald wie möglich vorgenommen, d. h. sobald beim Patienten Grippeerscheinungen festgestellt wurden. Bei allen mit Sublimatinjektion behandelten Patienten hat Verf. feststellen können, daß bei diesen die Grippe und auch die begleitende Lungenentzündung leicht verlaufen ist. Selbst wenn es bei der Grippe zur Lungenentzündung kam, so haben alle Patienten, die mit Sublimatinjektion vorbehandelt waren, die Lungenentzündung leicht überstanden. Bei den meisten ist es gar nicht zum Ausbruch einer Lungenentzündung gekommen, sondern nur zu katarrhalischen Erscheinungen. Alle Patienten, auch die Kinder von 1—2 Jahren, haben die Sublimatinjektion ohne Schädigungen überstanden. Nur bei einem Patienten mit stark kariösen Zähnen sah Verf. eine leichte Stomatitis mercurialis. Bei einem Kinde kam es zu einer kleinen, walnußgroßen Abszeßbildung an der Injektionsstelle. Nach seiner Erfahrung möchte Verf. die Sublimatinjektion bei beginnender Grippe sehr empfehlen. Selbstverständlich ist neben der Sublimatinjektion eine weitere, symptomatische Behandlung notwendig. (M. m. W. 1920 Nr. 18.)



**Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel bei Lungentuberkulose.** Von Prof. Dr. A. Bacmeister (St. Blasien-Freiberg i. B.). „Das Friedmannsche Mittel ist zweifellos ein spezifisches Mittel, das zu Herdreaktionen führt. In diesen Herdreaktionen kann vielleicht ein heilungsbeförderndes Moment liegen, ähnlich wie durch Tuberkulin hervorgerufene Reaktionen bei optimaler Reizung günstig wirken. Bei der Knochentuberkulose, bei der größere Dosen des Mittels zur Anwendung kommen, ist daher ein günstiger Einfluß möglich. Bei der Lungentuberkulose sahen wir mehrfach eine vorübergehende günstige Wirkung, die sich besonders subjektiv bemerkbar machte. Eine dauernde, heilungsbefördernde Einwirkung konnten wir aber nicht feststellen. Mit Sicherheit läßt sich sagen, daß eine anhaltende, verstärkte Immunität gegen die Tuberkulose nicht eintritt. Ob der vorübergehende Reizzustand und die scheinbar damit verbundene vorübergehende Steigerung der Immunität genügt, ganz frisch beginnende Fälle von Lungentuberkulose zu heilen, kann erst die Zeit lehren. Unsere Erfahrungen sind nicht ermutigend. Die Unschädlichkeit des Mittels ist uns noch nicht erwiesen. Vielleicht gliedert sich das Friedmannsche Mittel in die Reihe unseres Rüstzeuges gegen die Tuberkulose ein, die *Therapia magna sterilisans*, als welche sie der allgemeinen Öffentlichkeit präsentiert wurde, ist sie sicher nicht. Die Wirkung scheint eine Art Tuberkulinisierung der tuberkulösen Herde zu sein. Nachteile bei dieser Methode sind die Unmöglichkeit einer exakten Dosierung der Reizwirkung und die Unmöglichkeit, die Reizwirkung, wenn sie zu stark werden sollte, wieder auszuschalten; von Vorteil könnte die mildere und anhaltendere Form der Reaktion sein. Eine dauernde Umstimmung des Organismus und eine allgemeine Immunisierung, die Friedmann erstrebt, wird nicht erreicht. Eine umwälzende Aenderung in unserer Tuberkulosetherapie ist durch das Friedmannsche Mittel nicht zu erwarten, und die Versuche Friedmanns, auf dem bisher völlig ungeklärten Boden durch Ausschaltung der bisher bewährten Kurmethoden diese Umwälzung durchzuführen, sind nicht zu rechtfertigen, sondern bedeuten eine ernste Gefahr für die Kranken. Unsere Erfahrungen berechtigen uns, vor irgendwie weitgehendem Optimismus zu warnen.“ (D. m. W. 1920 Nr. 24.)

#### d) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Die Behandlung der Hauttuberkulose.** Von Privatdozent Dr. Franz Blumenthal, Oberarzt des Universitätsinstituts für Lichtbehandlung zu Berlin. (Vortrag gehalten anlässlich des Lehrganges für Tuberkuloseärzte in Berlin vom 19. bis 25. 5. 1919.)

Kupfer-Dermasan ist ein salizylsaurer Kupferseifenpräparat, das wie das „Lecutyl“ Schmerzen hervorruft, die durch beigefügte Anaesthetika nur wenig zu beheben sind. Die Erfolge sind aber recht gute, und seine Aetzwirkung im ganzen geringer als beim „Lecutyl“. Nebenwirkungen, die auf die Resorption von Kupfer zu beziehen sind, kommen weniger häufig vor als beim „Lecutyl“. Im Narbengewebe mit versprengten Herden ist die Kupferbehandlung der Anwendung von Pyrogallol überlegen. Blumenthal kann besonders über Erfahrungen mit Kupfer-Dermasan berichten und glaubt, daß nicht nur eine einfache Aetzwirkung, sondern eine perkutane spezifische Wirkung dem Kupfer zugeschrieben werden muß. Die Ausführung der Methode ist entsprechend der Pyrogallusbehandlung. Die Patienten werden täglich mit der Salbe verbunden. Nach 3—4 Tagen ist die Aetzwirkung und die Schmerzhaftigkeit so groß, daß zu milderer Salben gegriffen werden muß. Nach Abheilung wird der Behandlungsturnus von neuem begonnen. Auch bei Verwendung von Röntgenstrahlen bei ausgebreiteten Lupuserden wendet Blumenthal unter Umständen als Aetzmittel das Kupfer-Dermasan an.

**Trypaflavin in der Dermatologie.** Von Dr. S. Werner (Aus dem Eppendorfer Krankenhaus Hamburg). Verf. hatte während fast eines ganzen Jahres Gelegenheit, das Mittel anzuwenden. Das Material umfaßte in erster Linie Kinder in jedem Lebensalter und Frauen. Verf. beschränkte die Anwendung auf die äußerliche Applikation in Form von Pinselungen mit wässerigen, später mit spirituösen Lösungen; bisweilen benutzte er Salben und Puder, in bestimmten Fällen in Lösungen getauchte Gaze. Das Hauptanwendungsgebiet bildeten die zahllos zur Aufnahme gelangenden Pyodermien. Impetigo vulgaris und die übrigen Impetigoformen, Furunkulose, Acne vulgaris, nässende Ekzeme, krustöse Ekzeme, pruriginöses Ekzem, pedikulöse Ekzeme, Pseudoskabies, Trichophytie, Lichen urticatus und ähnliche Dermatosen wurden zunächst versuchsweise mit Trypaflavin behandelt, um schließlich bei den Pyodermien, Impetigines und krustösen Ekzemen stehen zu bleiben. Die Konzentration des Mittels nahm Verf. recht stark. Er benutzte das gewöhnliche saure Trypaflavin und hat, was er als erstes wichtiges Ergebnis seiner Beobachtungen feststellen möchte, niemals einen Reizzustand oder eine besonders unangenehme Nach- oder Nebenwirkung des Trypaflavins bemerkt. Er benutzte Lösungen von  $\frac{1}{2}$ —1% und wandte das Mittel recht intensiv an, d. h. pinselte oft den ganzen Körper, und zwar in manchen Fällen mehrmals täglich an. Er hatte den Eindruck, daß der Erfolg ein besonders wirkungsvoller sei, wenn eine intensive Gelb-

färbung eingetreten war. Das, was als besonders lobenswert an dieser Behandlungsmethode zu betonen ist, ist die Einfachheit der Anwendung und die Sparsamkeit. Denn man ist in der Lage, fast ganz auf die Benutzung von Verbandmaterial zu verzichten. Freilich will Verf. nicht verschweigen, daß die Benutzung der spirituösen Lösung bei den Affektionen, bei denen das Korium freilag, recht schmerzhaft empfunden wurde; aber dieser Schmerz ist wohl auf den Spiritus, nicht auf das Trypaflavin zu beziehen. Ob eine spirituöse Lösung von neutralem Trypaflavin, das neuerdings von Leopold Casella & Co., den Darstellern des Mittels, in den Handel gebracht ist, weniger schmerzhaft ist, hat Verf. nicht erprobt. Höchst angenehm ist dagegen der Umstand, daß nach Anwendung von in Trypaflavin getränkter Gaze oder Watte die betr. Verbandstoffe bei der Entfernung des Verbandes nicht sehr fest haften und leicht und schmerzlos entfernt werden können. Die desinfizierende Wirkung des Trypaflavins läßt eben die Eiterung rasch verschwinden. In der Mehrzahl der Fälle war die Heilung der immerhin schweren, ausgedehnten Pyodermien in relativ kurzer Zeit erfolgt. Zum Vergleich hat Verf. bisweilen die eine Körperhälfte mit Trypaflavinspiritus angepinselt, die andere mit Salben (Borsalbe, Präzipitatsalbe, Teersalben usw.) behandelt. Er fand sehr rasch, daß die Heilung auf der gelben Seite rascher erfolgte. Ein gelegentlicher Nachteil bestand in der Austrocknung der Haut, die die spätere Anwendung von Salben nötig machte. Damit möchte Verf. sagen, daß die völlige Heilung eines Hautfalles nicht in allen Fällen allein mit der Trypaflavinbehandlung erzielt wurde, sondern daß er, nachdem er eine Ueberhäutung z. B. der Impetigopusteln, mit Trypaflavin erzielt hatte, oder nachdem bei einem seborrhoischen Kopfkzem die nässenden Stellen eingetrocknet und die Sekretion und Pustelbildung beseitigt war, mit der üblichen Salbentherapie, meistens Zinkschwefelpaste, die Affektionen zu Ende behandelte. Der Zeitpunkt zum Verlassen der reinen Trypaflavinbehandlung und Beginn der Nachbehandlung mit Pasten und Salben ist immer schon nach wenigen Tagen gegeben, aber es empfiehlt sich, während letzterer alle Krustenreste und verdächtigen Stellen noch weiter mit Trypaflavin anzupinseln. Die Wirkung des Trypaflavins auf den Juckreiz ist offenbar verschieden: Während Verf. bei Säuglingen und jüngeren Kindern mit den Erscheinungen der exsudativen Diathese recht zufrieden war und sowohl von den Pinselungen wie von der Anwendung des Trypaflavinpuders gleichzeitig mit der Anschwellung ein rasches Nachlassen des Juckens beobachtete, schwand bei Skabies und Pseudoskabies das Jucken nicht. Die Abteilung der Kratzeffekte bei diesen Affektionen ging sehr rasch vonstatten, aber der Juckreiz blieb, wovon Verf.

sich insbesondere bei Erwachsenen überzeugen konnte. Zusammenfassend möchte Verf. die Anwendung des Trypaflavinspirituss in der Dermatologie bei allen Impetigoformen und krustösen Ekzemen als Anfangsbehandlung, besonders aber bei den Pyodermien der Kinder wegen seiner raschen und guten Wirksamkeit, wegen seiner Einfachheit und wegen der Verbandzeugersparnis wärmstens empfehlen. (M. m. W. 1920 Nr. 22.)

**Ueber Terpentinölbehandlung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Dermatologie.** Von Dr. Heinrich Becher (Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona). „Wenn wir unsere Erfahrungen mit den Terpentinölinjektionen nach Klingmüller zusammenfassen, so können wir folgendes sagen. Die 10%ige Lösung hat dieselbe Einwirkung auf gewisse krankhafte Prozesse, wie die 20%ige Verdünnung, sie ist dabei angenehmer für den Patienten, da sie gar keine unangenehmen Nebenerscheinungen wie Fieber und Schmerzen mit sich bringt, vorausgesetzt, daß das Präparat einwandfrei ist. Da sich dieses aber bei dem officinellen Ol. terebinth. rectific. nicht voraussehen läßt, empfiehlt sich die Anwendung eines konstanten Präparates, wie es das „Terpichin“ darstellt. Am besten hält man sich bei den Injektionen an Klingmüllers Vorschrift, sie auf die Knochenfaszie zu geben, da sie, intramuskulär verabreicht, wenn auch bei der 10%igen Mischung nicht starke Beschwerden, so doch immerhin Schmerzen verursachen können. Ausgezeichnete Erfahrungen machten wir mit den Terpentinölinjektionen bei Bubonen, Wunden nach Bubooperationen, Ulcera molliä, Ekzemen, Furunkeln und Furunkulose, Schweißdrüsenabszessen und Mastitis. Gute Erfolge erzielten wir bei Prurigo und Pruritus, Pyodermien bei Erwachsenen, Arzneiexanthenen, Urethritis gonorrhöica posterior, Epididymitis, Prostatitis acuta, Arthritis gonorrhöica ant. Die sonstige Therapie wurde durch Terpentininjektionen gut unterstützt bei Ulcera cruris, Trichophytie, besonders den tiefen mit starker Infiltrationsbildung einhergehenden Formen derselben, schließlich bei der Urethritis gonorrhöica anterior. Nicht beeinflußt wurden Impetigo contagiosa, Pyodermien bei Kindern, Prostatitis chronica und Arthritis gonorrhöica chron. Die Wirkung der Terpentinölbehandlung ist, ebenso wie die der parenteralen artfremden Eiweißtherapie, der sie möglicherweise verwandt ist, noch unklar. Von den bisher aufgestellten Hypothesen kommt in erster Linie in Betracht: Protoplasmaaktivierung oder als Teilwirkung derselben: Leukozytose, Granulationsanregung, antitoxische Wirkung. (Derm. Wschr. 1920 Nr. 28/29.)

Bei **chronischen Ekzemen** erzielte Dr. P. Taenzer (Bremen) frappante Erfolge mit trichlorbutylmalonsaurem Wismut (Athenstaedt & Redeker, Hemelingen) in Salbenform (5—7 $\frac{1}{2}$ —10 %). Lange bestehende, mit Oberhautverdickungen und Rhagaden einhergehende, stark juckende Ekzeme verloren langsam, aber sicher zunächst den Pruritus, und die Rhagaden schlossen sich, die Verdickungen nahmen ab und wurden weicher, die Schuppung ließ nach, und allmählich trat das normale Aussehen der Haut wieder ein. Mit wenigen Ausnahmen gingen die Kranken dabei ihrem Berufe nach, was um so eher anging, da das Präparat keine Verfärbung der Haut und Wäsche hervorruft. Unangenehme Nebenwirkungen, außer zweimaliger geringer Hautreizung, wurden nicht beobachtet, so daß das Präparat, ohne Bedenken auch in der Kinderpraxis angewendet werden kann. (Derm. Zbl. 1920 Nr. 33.)

**Eine einfache Behandlungsweise der multiplen Abszesse (Furunkel) im Säuglingsalter.** Von Prof. Dr. St. Engel (Aus der Kinderklinik der städtischen Krankenanstalten und dem Säuglingsheim in Dortmund). Im Verlaufe anderweitiger Untersuchungen machte Verf. die Beobachtung, daß die Säuglingsfurunkulose schnell und leicht durch heiße Bäder beeinflußt wird. Als er zur planmäßigen Prüfung dieser Behandlungsart überging, war der Erfolg überraschend. Die Kinder werden etwa für 10 Minuten in ein Bad gebracht, welches durch Zugießen von heißem Wasser auf 40 bis 42° erwärmt wird. Diese Maßnahme wird, anfangs täglich, bis zur Heilung wiederholt. Die Wirkung der heißen Bäder stellt sich so dar, daß die kleinen beginnenden Furunkel sich vollständig zurückbilden, daß die größeren Abszesse erweichen, von selbst aufgehen und abheilen. Gewöhnlich ist schon nach 3—4 Bädern der Prozeß vollständig zum Stillstand gekommen. Von der Vielheit der Abszesse bleiben dann nur noch vereinzelte größere übrig, welche schließlich auch aufgehen und verschwinden. Es ist Geschmackssache, ob man in diesem Stadium den einen oder anderen Furunkel durch Stichinzision unmittelbar vor dem Baden eröffnet. Das Bad erhält keinerlei Zusatz. Chirurgische Eingriffe sind also vollkommen ausgeschaltet. Es würde unnötig sein, dieser einfachen Schilderung noch etwas hinzuzufügen, wenn nicht die Frage wenigstens erörtert werden müßte, ob die Bäder von den Kindern auch gut vertragen werden. Das ist bei diesen kurzdauernden Bädern in der Tat der Fall. Die Kinder bekommen wohl gelegentlich einen roten Kopf, sind nach dem Bade manchmal etwas matt; zu ernsteren Zufällen kommt es aber nicht. Beachtet muß dabei freilich werden, daß die Kinder des 1. Vierteljahres verhältnismäßig empfindlich sind, und daß man bei ihnen die Temperatur

nicht höher wie 40° gestalten darf, die Dauer des Bades auch zweckmäßig etwas verkürzt. Die Temperaturmessung bei den gebadeten Kindern ergibt, daß die Körperwärme unmittelbar nach dem Bade um 2—3° angestiegen ist, daß sie aber innerhalb einer Stunde bis zur Norm zurückzukehren pflegt.

(B. kl. W. 1920 Nr. 26.)

### Verschiedenes.

**Zweckmäßige Fahrradeinrichtung für Einbeinige.** Darüber schreibt M. Deckart (Oppeln): „Da ich immer wieder Einbeinige (bezw. Leute mit einem steifen Bein) auf sehr unzuweckmäßig gebauten Rädern fahren sehe — soweit sie sich überhaupt auf ein Fahrrad zu setzen wagen —, möchte ich eine Methode mitteilen, nach der ich äußerst sicher und bequem radfahre. Es ist falsch, wenn Einbeinige sich auf einem Rade ohne Freilauf abmühen, denn dabei kann immer nur der halbe Weg der Pedalumdrehung für die Fortbewegung ausgenützt werden; während das Pedal sich aufwärts bewegt, kann das Rad nicht angetrieben werden; man fällt um, sowie das Rad währenddessen infolge geringer Steigung oder schlechten Weges stehen bleibt. Ich habe mir aus der Freilaufnabe die Rücktrittbremse herausnehmen lassen, so daß die Pedalkurbel also in jedem Augenblick sich rückwärts drehen läßt. Dafür, daß der Fuß das Pedal nicht verliert, sorgt ein ganz gewöhnlicher Drahtrennhaken. Es lernt sich nach anfänglichen Schwierigkeiten sehr schnell, mit diesem das Pedal richtig im Kreise herum zu bewegen. Ist der Weg glatt, so bewege ich, wie gewohnt, das Pedal im Kreise herum, soll aber auf kurze Zeit eine stärkere Kraft ausgeübt werden, so trete ich, wenn nötig, in sehr schneller Folge auf und ab, so daß das Rad nicht einen Augenblick ohne Antrieb zu sein braucht. Auf diese Weise habe ich mich daran gewöhnt, bei kurzen Steigungen, auch wenn sie stark sind, nicht abzusteigen — wenn man sie langsam fährt, ist die Anstrengung geringer, als wenn man das Rad führt. Es ist so auch möglich, ganz langsam und auf schlechten Wegen (‚Rändeln‘) zu fahren — für den Einbeinigen sonst ein sehr gefährliches Vergnügen. In gebirgigen Gegenden ist selbstverständlich als Ersatz für die Rücktrittbremse eine zuverlässige Hinterradbremse nötig. Das künstliche oder kranke Bein ruht auf einem stehenden Ruhepedal. Auch solchen Oberschenkelamputierten, die auf einem gewöhnlichen Rade fahren können, ist der größeren Sicherheit und Bequemlichkeit halber zu dem angegebenen Umbau ihres Rades zu raten.“

(M. m. W. 1920 Nr. 24.)

## Neue Bücher.

**Placzek.** Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Bonn, Marcus & Weber. Preis: M. 15. Der bekannte Neurologe und Sexualforscher bringt hier eine medizinische, soziologische und forensische Studie, die höchster Beachtung wert und bester Aufnahme bei den Fachgenossen sicher ist. Was eigene Erfahrung und die reiche Literatur ihm als Ausbeute lieferte, hat er zu einem anschaulichen Gesamtbilde gestaltet, das uns tiefe Einsicht in das seltsame Krankheitsgebiet gewährt und die vielfachsten Anregungen gibt zum Weiterbeobachten und Weiterforschen.

**M. Hirsch.** Ueber das Frauenstudium. C. Kabitzsch, Leipzig. Preis: M. 7. Wer sich für das Thema interessiert, der findet in dieser „soziologischen und biologischen Untersuchung auf Grund einer Erhebung“ reichen Stoff verarbeitet und geordnet. Die Frage der Frauenbildung und des Frauenstudiums wird eine wichtige Angelegenheit im neuen deutschen Volksstaate sein. Die Ausführungen des Verfassers bieten gute Gelegenheit, dieser Frage näherzutreten und sich über viele Punkte zu unterrichten.

**K. B. Lehmann u. R. O. Neumann.** Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Verlag von J. F. Lehmann in München. 2 Bände. Preis: M. 60. Dieses ausgezeichnete Werk (Lehmann's Mediz. Handatlanten Bd. X) ist schon in den Händen einer großen Zahl von Aerzten, denn 5 Auflagen sind bereits vergriffen, und zweifellos wird auch die vorliegende 6. Auflage — ein unveränderter Abdruck der fünften mit einer Ergänzung, welche alle wesentlichen Fortschritte auf dem Gebiete der bakteriologischen Diagnostik seit dem Kriege bringt — sich zahlreiche neue Freunde erwerben.

---

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 halbjährlich  
M. 10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 3.

Dezember 1920

## Aetiologisches.

**Ueber Nephritis traumatica.** Von Dr. Hubert Sieben (Bürstadt [Hessen]). Es besteht kein Zweifel darüber, daß bei der Aetiologie der echten Nephritis die traumatischen Einwirkungen gegenüber den infektiös-bakteriellen und den etwa sonst noch vielleicht vorkommenden chemischen (starke Gewürze, Salizylsäure, Karbolsäure, Naphthol, Perubalsam usw.) von der größten Seltenheit sind. Munk gibt an, daß für die Entzündung der Nieren direkte traumatische Schädlichkeiten nur in den seltenen Fällen in Betracht kommen, wenn durch Verwundungen das Organ selbst freigelegt und betroffen ist, daß aber ein unblutiges Trauma gewöhnlich keine Nephritis erzeuge. Eine Nephritis nach einer Kontusion der Nieren ist also auch nach diesem Autor ein ungewöhnliches Ereignis, immerhin geht aus der erwähnten Darlegung desselben hervor, daß Beobachtungen vorliegen müssen, welche das Vorkommen einer Nephritis traumatica wahrscheinlich machen. Auch Becker gibt an, daß der weitere Verlauf der offenen Nierenverletzungen sowie der Nierenkontusionen entweder zur Heilung oder zu Nierenentzündung, zu Nierenabszessen oder zu traumatischer Hydronephrose führe. — Posner hat eigentlich zuerst eine Nephritis traumatica beschrieben, konnte aber, wie es scheint, mit seiner Ueberzeugung nicht überall durchdringen, das Entstehen einer Nephritis durch eine Kontusion wird wohl vielfach noch für zweifelhaft gehalten. So schreibt L. Casper: „Es ist mehrfach behauptet worden, daß sich im Anschluß an Kontusionen der Nieren eine Nephritis entwickelte; . . . Ich halte das Vorkommen einer solchen nicht für erwiesen, immerhin aber muß man mit der Möglichkeit einer solchen rechnen, was unter Umständen bei Fragen der Unfall- und Invaliditätsversicherung von praktischer Bedeutung sein kann.“ Verf. hat nun vor einiger Zeit einen Fall beobachtet,



der den Beweis zu liefern scheint, daß in der Tat eine schwere Kontusion der Nieren eine ausgesprochene Nephritis im Gefolge haben kann. Dieser Fall ist um so interessanter, als andere Symptome der Nierenverletzung nicht vorlagen. Weder wurde Blut mit dem Harn entleert, noch war ein Hämatom entstanden, noch bestand irgendein Anzeichen einer Nierenbecken- oder Ureterverletzung; auch war keine ausgesprochene Nierenkolik vorhanden. Einzig und allein eine Nephritis war die Folge der Kontusion der Nieren. (M. m. W. 1920 Nr. 31.)

**Exanthem bei kindlichem Diabetes.** Von Prof. Dr. O. Prym (Bonn). Der in der Tübinger Kinderklinik beobachtete Fall von Exanthem bei kindlichem Diabetes erinnert Verf. an einen Fall, den er vor mehreren Jahren in der Ambulanz der Medizinischen Klinik Bonn beobachtete. Der etwa 20jährige Kranke wurde ihm mit der mutmaßlichen Diagnose Morbus maculosus zugeschickt. Der abgemagerte, hinfällige Kranke kam vom Lande und suchte wegen des ausgedehnten Ausschages, der mit allgemeinem Krankheitsgefühl einherging, die Poliklinik auf. Das Exanthem hatte genau das Aussehen, wie H. Koch es beschreibt: erbsen- bis bohnen große, kreisrunde oder ovale, makulöse, bläulich-livide Effloreszenzen, in der Mitte mit einem winzigen Pünktchen. Er fand sich am ganzen Körper, nur das Gesicht war frei. Besonders gedrängt waren die Effloreszenzen an den Beinen. Die einzelnen Effloreszenzen erinnerten sofort an Flohstiche. Auffallend aber war ihr bläulich-livider Ton, die außerordentliche Häufung und Ausbreitung, das gestörte Allgemeinbefinden und schließlich die fehlende Angabe des Kranken, von Flöhen geplagt zu sein. Die weitere Untersuchung und genaue Anamnese klärten den Fall auf. Zucker und Azeton positiv; es bestand Kreislaufschwäche und Frieren. Auf Befragen wurden nun auch die typischen diabetischen Beschwerden angegeben und ebenfalls das Vorhandensein von Flöhen. Auf diese hatte der Kranke selbst keinen Wert gelegt, da es auf dem Lande immer Flöhe gäbe, er sich durch sie nur wenig belästigt fühlte und weil er den ausgedehnten Ausschlag mit seinem gestörten Allgemeinbefinden und nicht mit der Einwirkung von Flöhen zusammenhängend glaubte. Daß von der eng zusammenlebenden Familie — die den Kranken begleitende Schwester bestätigte diese Angabe — der Diabetiker von den Flöhen besonders befallen war, war bei der bekannten Vorliebe der Flöhe für süßes Blut zu verstehen. Der weitere Verlauf bestätigte die Richtigkeit der Diagnose: Diabetes und Flohstiche. Solche Fälle sind wahrscheinlich mehrfach beobachtet worden, haben aber bei der klaren Sachlage wohl kaum den Weg in die

Literatur gefunden, obwohl die ganz abnorme Ausbreitung der Hautveränderung und die geringe Belästigung trotz der unzähligen Stiche immerhin bemerkenswert sind. Bihlmeyer hat bei seinem Fall zentrale Pünktchen nicht gesehen, auch ist das Freibleiben der Unterschenkel — wenn das Kind nicht etwa barfuß ging — auffallend. Da Bihlmeyer seinen Befund denen von Koch gleichstellt, so ist es naheliegend, über die Befunde von Koch auch bei dem Falle von Bihlmeyer „Diabetes und Flohstiche“ zu vermuten. Wenigstens wären letztere differentialdiagnostisch ernsthaft zu berücksichtigen und vor weiteren Schlüssen mit absoluter Sicherheit auszuschließen. (M. m. W. 1920 Nr. 29.)

### Krankheitsbilder.

**Ueber Lichen trichophyticus<sup>1)</sup>.** Von G. Riehl. Das Exanthem, welches Verf. an der kleinen Patientin demonstriert, verdient nicht bloß als solches, sondern insbesondere durch seine Aetiologie allgemeineres Interesse. Der Lichen trichophyticus ist schon seit Jahren bekannt, bis in die letzten Wochen aber in Wien nicht gesehen worden; die Patientin ist der 2. Fall. Das 6jährige Mädchen leidet seit Monaten an einem Kerion Celsi der Kopfhaut. Ungefähr eine Woche, nachdem Verf. es zum ersten Male gesehen hatte, begann das Kind zu fiebern und bekam ein ausgebreitetes Exanthem am Stamme, das von der Mutter für Masern gehalten wurde. Einige Tage später — die Fiebererscheinungen waren bereits geschwunden — sah Verf. das Kind wieder und fand eine reiche Aussaat von lebhaft entzündlich geröteten Knötchen über Stamm und Extremitäten zerstreut, die an den Haarbälgen lokalisiert, durch ziemlich derbe Konsistenz und ein Hornschüppchen an der Spitze ausgezeichnet waren. An der Bauchhaut und den Seitenflächen des Thorax zeigten diese Schüppchen die Form von kleinen Hornstacheln, eine Form, die wir als Lichen spinulosus zu bezeichnen pflegen. Mehrere Tage lang nahm das Exanthem an Reichlichkeit noch zu, die ursprünglich isoliert stehenden Knötchen traten so dicht auf, daß ihre roten Höfe konfluerten und größere, diffus gerötete Hautstellen entstanden, welche an die trockenen Ekzeme bei Lichen scrophulosorum erinnerten. Die Oberfläche der Haut war rauh, wie eine Bürste, anzufühlen. In der letzten Woche sind die entzündlichen Erscheinungen bedeutend zurückgegangen, und jetzt sind es neben einigen wie Ekzema squamosum aussehenden Krankheitsherden hauptsächlich an Lichen

<sup>1)</sup> Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 16. April 1920.

pilaris erinnernde, derbe, blasse Knötchen, welche, disseminiert oder gruppiert, Stamm und einen Teil der Extremitäten bedecken. Der spinulöse Typus ist an vielen Stellen noch deutlich erhalten. Dieses Krankheitsbild, auf dessen Differenzierung gegenüber ähnlichen Erkrankungen, wie follikuläre Ichthyosis, Lichen ruber acuminatus, Lichen scrophulosorum u. a., Verf. hier nicht näher eingehen kann, entspricht völlig den Beschreibungen der Autoren. Es wurde zuerst 1911 von Jadassohn als „Lichen trichophyticus“ beschrieben und hauptsächlich bei Kindern mit Kerion Celsi, selten bei Männern mit Sycosis parasitaria gefunden. Die Eruption kann von erhöhter Körpertemperatur, Milz- und Drüsenschwellung begleitet sein, auch Leukozytose ist wiederholt gefunden worden. Auf intradermale Trichophytininjektion reagieren die Herde häufig lokal. Trichophytonpilze wurden bisher nur in 2 Fällen bei Lichen trichophyticus aufgefunden. Spätere Beobachtungen zeigten, daß außer dem Lichen trichophyticus und neben ihm auch andere Exantheme (makulöse, erythematöse, papulo-nekrotische) vorkommen und in einzelnen Fällen dem Erythema nodosum gleichende Knotenbildung an den Extremitäten und periphlebitische Indurationen an den unteren Extremitäten gleichzeitig beobachtet worden sind. Die Abhängigkeit dieser Erscheinungen von der tiefen Trichophytie ist durch vielfache klinische Beobachtung erwiesen, nur ihre Erklärung ist noch schwankend. Am besten wird sie durch den Vergleich mit den Tuberkuliden verständlich, und deshalb ist für die genannten Exanthemformen bei an tiefer Trichophytie Erkrankten durch Bloch die Bezeichnung „Trichophytide“ eingeführt worden. Die Entstehung der Tuberkulide erklärt man sich derzeit meist durch die Annahme, daß sie eine Reaktion der Haut Ueberempfindlicher darstellen, welche durch die Toxine von auf dem Blutwege in die Haut gelangten Tuberkelbazillen hervorgerufen wird. Analog sollen aus den tiefen Trichophytieherden auf dem Blutwege verschleppte Pilze bei Allergie der Haut die Ursache der Trichophytide bilden. Von anderen Autoren wird übrigens auch der Weg der Lymphbahnen oder die Infektion von außen in Erwägung gezogen. Die Häufigkeit dieser Erkrankung in der Schweiz und Deutschland — ein Autor (Guth) vermißte den Lichen trichophyticus in keinem Falle von Kerion Celsi —, die Seltenheit in Wien, bedürfen, wie manche andere Punkte, noch der Aufklärung, die vielleicht in verschiedener Virulenz der Trichophytonstämme zu suchen sein mag. (W. kl. W. 1920 Nr. 21.)

**Ueber Längsfrakturen der Patella.** Von Dr. Gustav Neugebauer (Aus dem Kreis-Krankenhaus Striegau i. Schl.). Die Hartnäckigkeit mancher Beschwerden, die nach Kontusionen



des Kniegelenks auftraten, veranlaßte Verf., seit einiger Zeit in solchen Fällen regelmäßig Röntgenaufnahmen des betroffenen Kniegelenkes anzufertigen. Die Winterglätte bot gemeinsam mit der Dunkelheit infolge Gasmangels reichlich geeignetes Material. Schon nach kurzer Zeit konnte Verf. feststellen, daß bei 3 der untersuchten Fälle Längsfrakturen bzw. Fissuren der Kniescheibe die Folge des Unfalls und die Ursache der geklagten Beschwerden waren. Bei Unterlassung der Röntgenuntersuchung werden solche Fälle vielfach nicht richtig erkannt und infolgedessen auch oft nicht sachgemäß behandelt. Einreibungen aller Art und Jodtinktur feiern hier ihre Orgien. Die Längsfrakturen bzw. Fissuren der Kniescheibe sind häufiger, als im allgemeinen angenommen wird; man muß daran denken. Die anatomischen Verhältnisse des Streckapparates des Beines und des Sitzes der Kniescheibe bringen es mit sich, daß Längsbrüche der Patella fast ausschließlich auf direkte Gewalteinwirkung hin, meist durch Fall oder Schlag, entstehen. Bei indirekten Brüchen setzt die Zugwirkung gewöhnlich breit an der Basis an und bedingt den Querbruch. Längsbrüche der Kniescheibe bei indirekter Gewalteinwirkung müßten durch Zug der seitlichen Muskeln an der Patella entstehen, was selten der Fall sein dürfte. Der objektive Befund derartiger Kontusionsverletzungen des Kniegelenkes ist meist gering und wenig charakteristisch. Eine leichte Verdickung und Empfindlichkeit des durch den Unfall gequetschten Knochenhautüberzuges ist nicht spezifisch für Fraktur und sehr häufig ohne solche vorhanden. Ebenso verhält es sich mit den Entzündungen der präpatellaren Schleimbeutel. Meist findet man einen leichten Erguß im Kniegelenk, der aber auch durch den mechanischen Insult des Kniegelenkes allein erklärt werden kann. Aufklärung würde es bringen, wenn der (geringe) Erguß im Kniegelenk hämorrhagischer Natur wäre; hier könnte man schon eher vermuten, daß derselbe aus einem Riß der Kniescheibe stammt. Meist aber wird der bei Längsbrüchen nicht sehr erhebliche Gelenkerguß zur Punktion des Gelenkes, die ihre Gefahren hat, nicht Veranlassung geben. Der feste Bandapparat, in welchem die Kniescheibe eingebettet ist (Ligamentum patellae und die neben der Kniescheibe längs verlaufenden starken aponeurotischen Lagen), läßt bei Längsbrüchen eine nennenswerte Verschiebung der Fragmente nicht zustande kommen, und eine Krepitation wird daher nur in äußerst seltenen Fällen zu fühlen sein. Daher fehlen auch in der Regel Interposition von Weichteilen und Periostfetzen zwischen den Bruchflächen. Eine eventuelle Blutung aus den Bruchflächen wird aus gleichem Grunde rasch zum Stehen kommen. Fast immer bleibt bei Längsbrüchen der seitliche Bandapparat unverletzt. Das ausschlaggebendste Zeichen



bei Längsfrakturen der Patella ist der außerordentlich starke Schmerz sofort, dann bei Bewegung und Abtastung. Die Funktion des Gelenkes ist, im Gegensatz zu den klaffenden Querbrüchen, nicht aufgehoben. Eine stärkere Rißblutung ist nur in seltenen Fällen nachweisbar. Bei der Abtastung läßt sich feststellen, daß die Kniescheibe nicht in toto auf Druck gleichmäßig schmerzhaft ist, sondern die Hauptschmerzen liegen meist in der Verlaufsrichtung der Längsfraktur. Diese Verlaufsrichtung ist nur selten eine mediale, sondern gewöhnlich ein wenig seitlich gelegen. Gute diagnostische Klärung gibt die Abtastung der Zirkumferenz der Patella. Die Stellen, wo der Sprung die Zirkumferenz schneidet, sind gewöhnlich außerordentlich empfindlich. Bei Ruhighaltung des Beines lassen die Schmerzen bald nach und verschwinden, beim Laufen treten sie naturgemäß sofort wieder auf und nehmen rasch stärkere Grade an. Erst die Hartnäckigkeit dieser Beschwerden führt manche Kranke überhaupt zum Arzt. In 2 Fällen lag die Verletzung 2 und 3 Wochen zurück. Eine vorhandene Bursitis praepatellaris kann diese Symptome zum Teil verwischen. Bei Kontusionsverletzungen der Kniegelenksgegend sollte der behandelnde Arzt daher nicht zögern, zumal wenn sie mit stärkeren Schmerzen verbunden sind, den Befund durch eine Röntgenuntersuchung klären zu lassen. Therapeutisch empfiehlt sich in der ersten Zeit Ruhigstellung des entsprechenden Kniegelenkes mit der Patella auf einige Tage. Der Zug und Druck, der bei Bewegungen auf die Frakturstelle ausgeübt wird, ist der Heilung vorerst nicht förderlich, ruft eventuell stärkere Weichteilschwellung und Blutung hervor und macht unnötige Schmerzen. In einem leicht fixierenden Verbands wird die Verlötung der im Ligamentum patellae gut zusammengehaltenen Bruchstücke sachgemäß eingeleitet. Knetungen des Musculus quadriceps femoris beugen einer Atrophie des Streckapparates des Beines vor. Nach 8 Tagen etwa soll mit dem Laufen begonnen werden, wobei ein leichter Stärke- oder Heftpflasterverband zuerst vor allzu raschen Bewegungen abhält, ohne Muskulatur und Gelenk zu beeinträchtigen. Nach 3 Wochen pflegt Konsolidation eingetreten zu sein. Bei der freien Lage der Patella und bei ihrer fortwährenden Beanspruchung beim Laufen bleibt mäßiger Schmerz allerdings noch einige Zeit zurück. Die Hauptschmerzen, und darüber wird auch am längsten geklagt, treten beim Knien auf. Ärztliche Aufklärung wird die Kranken beruhigen. Bei dieser Behandlung heilt auch eine vergesellschaftete Periostitis oder Bursitis praepatellaris rasch ab.

(M. Kl. 1920 Nr. 19.)

### Kasuistisches.

**Erkrankung des Halsmarks im Frühstadium der Syphilis unter dem Bilde der Syringomyelie.** Von Dr. Walther Blumenthal (Koblenz). Der 22jährige N. infizierte sich anfangs September 1919 mit Lues. Im letzten Septemberdrittel Primäraffekt, dem sich bald indolente Bubonen anschlossen. Von anderer Seite wurde Behandlung mit Neosalvarsan und Embarin eingeleitet, wobei die initiale Sklerose abheilte. Ausgangs Oktober 1919 erkrankte er im Anschluß an eine Embarineinspritzung mit Schüttelfrost und scharlachähnlichem Ausschlag. Die Erscheinungen klangen bald ab. Am 29. Oktober 1919 stellte er sich Verf. mit der Angabe vor, daß ihm beide Hände wie abgestorben wären. Die Untersuchung ergab: Sämtliche Körperreflexe, Gesichtsnerven und Augenhintergrund normal. An beiden Händen, rechts mehr als links, dissoziierte Empfindungslähmung, entsprechend einem isolierten kleinen Herd im 7. Zervikalsegment in der Nähe des Zentralkanals. Bis annähernd zur Mittellinie des 3. Fingers war am 1., 2. und 3. Finger das Empfindungsvermögen für Berührung leicht gestört, das für Schmerz, Wärme und Kälte fast völlig aufgehoben. Die Störung war derartig stark, daß Patient sich mit einer Brandblase an der rechten Daumenbeere vorstellte, von einer Zigarette herrührend, ohne zu wissen, wie er dazu gekommen war. Lagesinn und stereognostisches Vermögen war an den befallenen Fingern ungestört. Im übrigen ließ sich am sonstigen Körper keinerlei Beeinträchtigung der Sensibilität aller Qualitäten nachweisen. Trotzdem seit Auftreten des Primäraffektes erst etwa 5 Wochen verstrichen, trotzdem sekundäre Erscheinungen noch nicht aufgetreten waren, lag bei dem ganzen Krankheitsverlauf der Gedanke an eine syphilitische Erkrankung des Halsmarks sehr nahe, wobei Verf. die Frage offen lassen muß, ob es sich etwa um ein Neurorezidiv handelte. Eine energische Behandlung wurde zunächst mit Silbersalvarsan, dann mit Merzinal eingeleitet mit dem Erfolge, daß die bedrohlichen Erscheinungen, wenn auch zögernd, im Verlauf von etwa 3 Monaten wieder zurückgingen. Während der Behandlung traten dann noch vorübergehend leichte Erscheinungen seitens des übrigen Rückenmarks ein: leichte Ungleichheit der Patellar- und Bauchreflexe. Doch ging dies rasch zurück. Patient hat die zweite Kur hinter sich und befindet sich wohl. Eine Lumbalpunktion und Untersuchung des Liquor konnte leider aus äußeren Gründen nicht gemacht werden. (D. m. W. 1920 Nr. 33.)

**Fixes Salvarsanexanthem.** Von Priv.-D. Dr. Alfred Kraus (Prag). 35jähriger Patient mit Lues latens und starker positiver



Wa.R. im Blute. Innerhalb der letzten 2 Monate wurden ihm im Laufe einer kombinierten Behandlung fünf Neosalvarsaninjektionen (0,3, 0,45, 0,6, 0,6, 0,6) verabreicht. Schon gelegentlich einer der letzten Neosalvarsanapplikationen der vorausgegangenen Injektionsserie zeigte er sofort nach der Einspritzung eine auffällige Injektion der Bindehäute beider Augen und klagte gleichzeitig über ein brennendes Gefühl an den Lidrändern, ohne daß diesen Erscheinungen damals besondere Beachtung geschenkt worden wäre. Bei den nun während der letzten Behandlungsserie verabreichten Neosalvarsaninjektionen spielte sich folgender, jedesmal in bezug auf Lokalisation, Reihenfolge des Auftretens und Intensität vollkommen gleichartige Vorgang ab: Ungefähr eine halbe Minute nach der Injektion ein leichtes Brennen an den Lidrändern, das allmählich zunahm; gleichzeitig ein noch stärkeres Jucken und Brennen im inneren Lidwinkel, der im Lidspaltenbereich, besonders in der Karunkel- und Plica semilunaris-Gegend, intensiv blaurot bis düsterrot injiziert erscheint und den Eindruck einer Verätzung — auch dem subjektiven Gefühle des Pat. nach — macht. In den nächsten 2—4 Minuten eher noch eine Zunahme aller Reizerscheinungen, um dann einem wärmenden, nicht brennenden Druckgefühl Platz zu machen. Um diese Zeit ist die Rötung ziegelrot und sichtbar nur auf den Lidspaltenbereich beschränkt. Nach 10 Minuten Nachlassen aller Erscheinungen, nach weiteren 10 Minuten vollständiges Verschwinden derselben. Vollkommen gleichzeitig im Beginn und Verlauf treten an zwei Hautstellen Erscheinungen folgender Art auf: Zunächst in der rechten Jochbeingegend, etwa 2 cm vom Lidwinkel entfernt, ein bis fünfkronenstückgroßer, erythematöser Herd, in dessen Zentrum sich — während er selbst eine immer intensivere hellrote Farbe annimmt — eine linsengroße, weiße Quaddel, sehr scharf umschrieben, einige Millimeter über das Niveau der Umgebung erhebt. Der Erythemfleck zeigt eine unscharfe Begrenzung. Ferner an der Haut der linkseitigen Supraklavikulargegend in einem über kindshandflächengroßen Bereich unter stark brennendem Gefühl, das zur Inspektion dieser Partie Veranlassung gibt, gleichfalls Auftreten eines — bis auf das Fehlen der quaddeligen Erhebung im Zentrum — völlig analogen Erythemherdes. — Es handelt sich hier somit um ein fixes Salvarsanexanthem mit gleichzeitiger Lokalisation an Haut und Schleimhaut, welche letztere Eigentümlichkeit der Fall nur mit dem von Naegeli teilt. In der zweiten Beobachtung von Fuchs (Jadassohn) trat die Konjunktivalreizung ohne gleichzeitige Hauterscheinungen auf. Hier wie bei Naegeli betrafen die Erscheinungen an der Bindehaut nur ein Auge. Eine zum Teil auffällige Übereinstimmung in der Lokalisation und der Art der Haut-

veränderung weist obiger Fall mit dem von Schönfeld auf, da in beiden im Bereiche der Jochbeingegend die Beobachtung des mit zentraler Quaddelbildung einhergehenden Erythemherdes gemacht wird. Die Zeit des Auftretens des Exanthems betreffend ist im obigen Fall, bei Thibierge und Mercier sowie bei Fuchs bemerkenswert, daß vorher bereits wiederholt Injektionen vorgenommen worden waren, ohne daß irgendwelche Nebenerscheinungen beobachtet worden wären. Erwähnenswert ist ferner die ganz bestimmte, immer gleich typische Reihenfolge des Eintrittes und Ablaufes der Erscheinungen. (D. m. W. 1920 Nr. 33.)

**Linkseitige Okulomotoriuslähmung in der Schwangerschaft** wurde, wie F. Bierende mitteilt, in der Rheinischen Prov.-Hebammenlehranstalt beobachtet bei einer 24jährigen II para, die wegen Eklampsie in benommenem Zustand der Anstalt überwiesen worden war. Die Krämpfe waren am Tage der Einlieferung in den ersten Morgenstunden aufgetreten und hatten sich außerhalb mehrfach wiederholt. Die Pat. befand sich bei der Einlieferung in einem komatösen Zustand und reagierte auf Anruf in keiner Weise. Temperatur  $39,6^{\circ}$ , Puls gespannt, unregelmäßig und stark beschleunigt. Das linke Augenlid hing schlaff herab, so daß die linke Lidspalte völlig geschlossen war, während das rechte Auge in normaler Weise geöffnet wurde. Es lag eine vollkommene linkseitige Lähmung des M. levator palpebrae sup. vor. Die übrigen Muskelgruppen am Auge waren in ihrer Motilität nicht gestört. Im Urin Eiweiß 1 % und vereinzelt Zylinder; keine Ödeme; Gesicht nicht gedunsen. Anamnestisch war festzustellen, daß schon bei der ersten Geburt vor 8 Jahren 24 Stunden vor Beginn der Wehen eine linkseitige Ptosis aufgetreten war. Nach den Angaben hatten während der Schwangerschaft ungewöhnlich starke Kopfschmerzen und heftiges Erbrechen während der ganzen Zeit bestanden, wozu ein Tag vor Auftreten der Lähmung starke Schmerzen im linken Auge hinzugekommen waren. Die Geburt wurde damals aus unbekannter Ursache durch die Zange beendet. Krämpfe waren nicht aufgetreten. Wochenbett war ungestört, bis auf die in den ersten Tagen fortdauernden heftigen Kopfschmerzen. Die Augenmuskellähmung blieb zunächst einige Zeit unverändert bestehen und heilte dann allmählich im Verlaufe von 3 Monaten ohne Behandlung völlig ab, so daß keinerlei Störungen zurückblieben. Die Sehkraft, die während der Zeit der Lähmung nicht beeinträchtigt war, blieb normal. In der jetzigen Schwangerschaft bestanden die ganze Zeit über Erbrechen und Kopfschmerzen in schwerer Form. Im 7. Schwangerschaftsmonat wurde Eiweiß im Urin festgestellt. Am Auge waren keine Störungen vorhanden.

Am Tage vor der Einlieferung hatten sich die Kopfschmerzen erheblich gesteigert, dazu kamen starke Schmerzen im linken Auge. Bis zum Auftreten des ersten eklamptischen Anfalles waren keine objektiven Veränderungen am Auge vorhanden. Nach dem Anfall fiel der Umgebung auf, daß die Frau das linke Auge nicht öffnen konnte. Unmittelbar nach ihrer Einlieferung wurde die Frau wegen Eklampsie durch den vorderen Scheidenschnitt entbunden. Das Kind zeigte keine Besonderheiten. 2 Stunden nach beendeter Geburt erneuter, kurz vorübergehender eklamptischer Anfall. Das Wochenbett verlief fieberfrei. Die eklamptischen Erscheinungen gingen allmählich zurück. Die Kopfschmerzen dauerten heftig bis zum 10. Tage an. Noch am 4. Tag traten leichte Krampfanfälle auf, dann aber dauernd klares Bewußtsein. Vom 11. Tage an blieb der Urin eiweißfrei. Am 18. Tage stand die Frau zum ersten Male beschwerdefrei auf. Die Okulomotoriusstörung am linken Auge war bei der Entlassung am 26. Tage unge bessert, die Frau vermochte nicht das Oberlid zu heben, dabei war das Sehvermögen völlig normal. Ohne irgendwelche Behandlung ging die Lähmung im Verlaufe der nächsten Woche zurück, so daß bei der Nachuntersuchung 4 Monate nach der Entbindung die Motilität des Auges nicht mehr beeinträchtigt war. Irgendwelche Symptome, die auf einen Morbus Basedow oder auf eine Forme fruste desselben hätten bezogen werden können, bestanden nicht. Am Nervensystem keine Zeichen von Hysterie; keine Belastung mit Epilepsie. In beiden Schwangerschaften waren dieselben übereinstimmenden toxischen Erscheinungen vorhanden: starkes Erbrechen, das auch in der zweiten Schwangerschaftshälfte anhielt, außergewöhnlich starke Kopfschmerzen, die gegen das Ende der Schwangerschaft zunahmen, kurz vor der Geburt die linkseitige Okulomotoriuslähmung und im Wochenbett anhaltende Kopfschmerzen. Dazu kamen in der zweiten Schwangerschaft, wo eine Nierenschädigung vom 7. Monat ab nachgewiesen wurde, eklamptische Anfälle. Den vorliegenden Fall von Augenmuskellähmung in beiden Schwangerschaften möchte Verf. unter Berücksichtigung der Vorgeschichte als eine wiederholte Schwangerschaftstoxikose auffassen. zu welcher bei der letzten Entbindung eine Eklampsie hinzutrat. Das Auftreten derselben dürfte kein zufälliges Ereignis sein, sondern mit der schweren toxischen Schädigung, die in beiden Schwangerschaften im Vordergrund stand, in ursächlicher Beziehung stehen. Soweit Verf. die Literatur zu Gebote stand, findet er zwei Fälle von Motilitätsstörungen am gesunden Auge in der Gravidität beschrieben. Blodig berichtet über einen Fall von Augenmuskellähmung, bei welchem zu Beginn der Gravidität Strabismus des einen und bald darauf auch des anderen Auges

eintrat. Nach völliger Genesung im Wochenbett wiederholte sich die Erscheinung in der nächsten Schwangerschaft. Von Knies wird die Erscheinung als Konvergenzkrampf gedeutet, während von anderer Seite Hysterie als Grundlage angenommen wird. Einen anderen Fall von Abduzenslähmung in der Gravidität beschreibt Altmann, der in demselben eine toxische Lähmung infolge peripherer Neuritis sieht. Über einen weiteren Fall von Motilitätsstörung am gesunden Auge in Beziehung zu den weiblichen Sexualorganen berichtet v. Hasner bei Dysmenorrhoe: eine periodisch wiederkehrende Okulomotoriuslähmung, die jeweils nach Ablauf der Menstruation verschwand. v. Mooren sowie Pover sahen beide eine doppelseitige Abduzenslähmung des linken M. rectus internus mit Fazialisparese. Wiengenrodt sah eine rechtseitige Abduzenslähmung, die ebenso wie in den beiden ersten Fällen mit dem Wiedereinsetzen der normalen Menses schwand. Während einige Autoren diese Erscheinung erklären durch eine Autointoxikation infolge Hypersekretion der Ovarien, wird von anderen Autoren die Erklärung in dem System der endokrinen Drüsen gegeben. (Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 21.)

**Vergrößerung der Brustdrüse nach Prostatektomie.** Von Dr. Emmanuel Kondoléon (Athen). Verf. beobachtete folgende 2 Fälle von Hypertrophie der Brustdrüse, die als Folge der Entfernung der Vorsteherdrüse kurz nach der Prostatektomie eintrat.

1. 70jähriger Pat. Suprapubische Prostatektomie am 27. 7. 1913. Eukleation einer apfelgroßen weichen Drüse in 2 Stücken. Heilung der suprapubischen Wunde nach einem Monat. Kurz darauf begann eine Anschwellung der rechten Brustdrüse, die sich hart anfühlte und die Größe einer Walnuß annahm. Die Geschwulst blieb einige Monate unverändert, um dann allmählich zu verschwinden, so daß 1 Jahr nach der Operation von derselben nichts mehr zu sehen war. 2 Jahre später untersuchte Verf. wieder den Pat. Die rechte Brustdrüse zeigte normales Aussehen und Konsistenz.

2. 70jähriger Pat., seit 10 Jahren an Prostatahypertrophie leidend. Suprapubische Prostatektomie am 8. 2. 1920. Heilung der suprapubischen Wunde nach 2 Monaten. 3 Monate nach der Operation begann zuerst die linke, bald darauf auch die rechte Brustdrüse sich zu vergrößern. Jetzt, 4 Monate nach der Prostatektomie, ist die linke Brustdrüse walnußgroß, fühlt sich hart an und ist leicht schmerzhaft. Rechts ist die Anschwellung kleiner und weniger schmerzhaft. Sonst keine Entzündungserscheinung.

Zur Erklärung dieser Fälle dürften wir vielleicht annehmen, daß von der Prostata Hemmungsstoffe für die Tätigkeit der männ-

lichen Brustdrüse geliefert werden. Nach Entfernung der Prostata tritt diese im Alter der Prostatiker allerdings abgeschwächte Tätigkeit wieder zum Vorschein und ruft die Vergrößerung der Brustdrüse hervor. Wäre nun ein innerer Zusammenhang zwischen Prostata und Brustdrüse durch weitere klinische Beobachtung und experimentelle Prüfung bestätigt, so könnten wir diese Fälle zur Entscheidung der umstrittenen Frage über das Wesen der Prostatektomie heranziehen. Verschiedene Autoren, auf histologische Untersuchungen gestützt, meinen, daß die Prostatektomie nichts anderes sei als die Entfernung lediglich adenomatöser Massen, während das eigentliche komprimierte Drüsengewebe der Prostata in innigem Zusammenhang mit der Kapsel zurückbleibt. Die von Verf. gelegentlich bemerkte Hypertrophie der Brustdrüse nach Prostatektomie spricht dagegen und für die Annahme, daß bei der Operation tatsächlich aktives Parenchym des Organs mitentfernt wird. (Zbl. f. Chir. 1920 Nr. 36.)

## Therapeutisches.

### a) Innere Medizin.

**Ueber Jodbehandlung bei Thyreotoxikose.** Von E. Neisser (Aus dem städtischen Krankenhause Stettin). Die innerliche Anwendung von Jod beim Morbus Basedow gilt allgemein als streng verboten. Es unterliegt auch gar keinem Zweifel, daß durch die Anwendung der üblichen Dosis Jodkali erschreckende Verschlechterungen eines Morbus Basedow hervorgerufen werden können, ebenso daß ein latenter Basedow durch Anwendung von Jod zum Ausbruch kommen kann. Verf. selbst kann nur bestätigen, daß die Einverleibung einiger Gramme Jodkali geradezu verhängnisvolle Wirkung beim Vollbasedow machen kann. Wir dürfen es als eine Grundtatsache bezeichnen, daß das Jod, so wie es auf den einfachen Kropf verkleinernd und heilend wirkt, bei dem Basedowschen oder basedogenen Kropf in der Lage ist, die thyreotoxischen Erscheinungen hervorzurufen. Zwar hat es immer wieder Aerzte und Autoren gegeben, die bei einem vorsichtigen Gebrauch von Jod günstige Wirkungen beim Basedow gesehen haben, doch sind diese Stimmen vereinzelt und wagen sich zögernd hervor, gut begründete klinische Beobachtungen bieten sie kaum. Was Verf. nun hier mitteilen will, ist Folgendes: Es gibt eine große Reihe thyreotoxischer Symptomenbilder und Basedowscher Erkrankungen, bei denen eine gewisse Anwendung von Jod von so hervorragend heilender Wirkung ist, daß kein einziges anderes Heilmittel damit verglichen werden kann. Als besonderes Charakteristikum dieser Heilwirkung führt Verf. an, daß sie bei einer

bestimmten Joddosis nahezu plötzlich, katastrophenhaft eintrat, so daß der Symptomenkomplex in wenigen Tagen eine rapide und jedermann auffallende Besserung erfuhr. Er führt als Anfang einen sehr bemerkenswerten Fall an: 45jähriger Mann leidet seit der Jugend an einem großen Kropf ohne alle toxischen Erscheinungen. Der Kropf wird ihm lästig, er wird von sachkundiger Hand mit Röntgen bestrahlt, mit dem Erfolg, daß der Kropf um das Vierfache seines Umfanges zurückgeht, klein und schlaff wird; während alle örtlichen Beschwerden verschwinden, treten heftige Erregung, Zittern, Schweiß, Durchfälle, rapide Abmagerung, Tachykardie und Glanzauge auf. Patient verliert 60 Pfund an Gewicht, alle Kuren auch im Bad und Sanatorium bleiben vergeblich. Nach 1jährigem Bestehen Versuch mit Kali jodat. 1,0:20, beginnend mit 3 mal 5 Tropfen. Bei 3 mal 18 Tropfen verschwinden innerhalb weniger Tage nahezu plötzlich alle nervösen Symptome, Patient wird ruhig, Zittern und Herzklopfen hören auf, Schweiß und Durchfälle verschwinden, in kürzester Zeit hebt sich sein Körpergewicht um 8, 12, 16 Pfund, in wenigen Wochen ist völliges Wohlbefinden erreicht. Dabei ist der Kropf wieder nahezu zu seinem vorigen Umfange nachgewachsen. Der gesunde Zustand hält fast 2 Jahre an, dann ist der Patient unter erneuten psychischen Aufregungen erkrankt und unter Erscheinungen von Herzdynamie zugrundegegangen. — Die vorliegende Beobachtung ist nach mancher Richtung bemerkenswert: Zunächst ist die Thyreotoxikose durch direkte Schädigung der Schilddrüse eingetreten: primäre Stellung der Schilddrüse im krankhaften Geschehen; sodann war offensichtlich die kropfig vergrößerte Schilddrüse für das Wohlbefinden notwendig. Der thyreotoxische Zustand tritt ein und besteht bei verkleinertem schlaffen Kropf, verschwindet bei wieder gewachsenem. Hier wird niemand von Hyperthyreose reden wollen. Nicht unwahrscheinlich ist es, daß der Röntgenshaden den Jodkörper der Schilddrüse getroffen hat. — 33jährige Försterin bekam 1915 einen dicken Hals, hatte aber keine Beschwerden, war gesund und kräftig. Im Dezember 1916 nach Aufregungen stellten sich Mattigkeit, andauernder Gewichtsverlust bei guter Pflege ein, starkes Herzklopfen, Zittern, große Erregung und Durchfälle traten auf. Sie hat einen pulsierenden, mittelgroßen, weichen Kropf, starken Exophthalmus mit Gräfe usw. 110 Pulse und mehr. Allerhand Behandlung bis Juli 1917 ohne Erfolg. Im Krankenhaus unter Eisumschlägen, später Brom und Strychnin leichte Besserung. Sodann Jodkali 1:20 3 mal 5 Tropfen bis zu 3 mal 12 Tropfen. Bei dieser Dosis trat zwar nicht so plötzlich wie im vorigen Fall, aber doch überraschend schnell eine enorme Besserung ein: der Puls von 110 auf 80, Zittern und Erregung traten zurück, die Durch-

fälle hörten auf. Patientin fühlte sich wohl, nahm dann rasch an Gewicht zu, am längsten hielt sich der Exophthalmus. Im Januar 1918, nachdem sie sich als völlig gesund betrachtet hatte, erkrankte sie an Parotitis, hatte Aufregungen: hiernach traten erneut Herzklopfen und Zittern ein, auch der Hals schwoll wieder an. Sie nahm sogleich die frühere Dosis von 3 mal 12 Tropfen, konnte diese aber nicht vertragen, sondern bekam stärkeres Herzklopfen und Zittern und setzte deshalb das Jod ab. Sie kam ins Krankenhaus, wo Bettbehandlung und eine neue Jodkur mit 3 mal 3 Tropfen angefangen wurde. Jetzt wurde die Joddosis bis zu 3 mal 15 Tropfen langsam gesteigert, bei dieser Dosis traten wiederum die Symptome der beginnenden Heilung zutage, sie setzte ihre Kur zu Hause fort und ist seit Juli 1919 mit 26 Pfund Gewichtszunahme und 80 Pulsen geheilt. — Frau N., 26 jährig, nach rechtseitiger Eierstockexstirpation Schwellung der Schilddrüse und Herzklopfen. Ein Jahr später linkseitige partielle Ovariectomie, der Kropf wächst schnell, Exophthalmus, Abmagerung und Herzklopfen treten auf. Allerhand Behandlungen bleiben ohne Erfolg. Nach Bestrahlungen wurde der Kropf kleiner, die Beschwerden blieben aber dieselben. Bei der Aufnahme mäßige Struma mit geringer Pulsation, großer Exophthalmus mit allen Augensymptomen, 120 Pulse bei normaler Herzgröße, akzidentelles systolisches Geräusch über der ganzen Basis, starker Tremor, Durchfälle, große Erregbarkeit, geringe Lymphozytose 25 pCt., keine Adrenalin-Traubenzucker-Glykosurie, normale Blutgerinnung, Gewicht 53 Kilo. Jodversuch. Bei 3 mal 8 Tropfen trat erhebliche subjektive Besserung ein, Heruntergehen des Pulses auf etwa 90, Aufhören der Durchfälle, der Erregung, des Zitterns. Exophthalmus ging zurück, bleibt aber in geringem Maße bestehen, das Gewicht fängt an zu steigen, 54, 55, 56 Kilo. Bei Steigerung auf 3 mal 12 Tropfen wieder höhere Pulszahl, Herzklopfen, Absetzen der Medikation, Bettruhe, Wiederbeginn und Steigen bis zu 3 mal 8 Tropfen. Die Menstruation, die seit 1½ Jahren fortgeblieben war, trat wieder ein, während vorher Versuche mit Ovarienpräparaten nach dieser Richtung vergeblich gewesen waren. Patientin verließ das Krankenhaus in sehr gutem Zustande. Seit der Entlassung aus dem Krankenhause hat Verf. Frau N. 2 Jahre lang beobachtet, ihr Befinden hat sich fortwährend gebessert, sie betrachtet sich selbst im wesentlichen als gesund, Herzbeschwerden bestehen keine mehr, der Puls ist noch erregbar, in der Ruhe 80, das Herz ist von normaler Größe, Geräusch wie früher, die nervösen Erscheinungen sind verschwunden, die Schilddrüse nahezu normal, nur Exophthalmus besteht noch in geringem Grade. Patientin kann ohne Jod nicht leben, setzt nur auf Wunsch des Verf. von

Zeit zu Zeit die Medikation aus, trotzdem sie, solange sie Jod nimmt, fast dauernd menstruiert. — Die beiden Fälle: typische Basedowsche Krankheitsbilder, im 1. Fall im Anschluß an Kropf, im 2. an Ovariectomie entstanden, Vollbasedows mittlerer Stärke. Der erste in typischer Weise mit schnellem Eintritt der Heilungsreaktion, beide empfindlich gegen Jod. Die gleiche Joddosis, die im 1. Fall die Heilung herbeiführte, wurde beim Rezidiv zunächst nicht vertragen, sondern erzeugte Verstärkung der Symptome, nach Absetzen und Einschleichen erfolgte wiederum Heilung. Der 2. Fall ist noch bemerkenswert durch die eindeutigen Beziehungen der Ovariectomie zum Auftreten des Basedow sowie der Jodwirkung auf die Ovarienfunktion. — 29 jähriges Fräulein, schon 3 Jahre basedowkrank, sehr abgemagert, wiegt jetzt 55 Kilo und hat seit dieser Zeit immer an Durchfällen, Schweißen, Herzklopfen gelitten. Bei der Aufnahme besteht eine schwere Angstpsychose, schwerer Erregungszustand, enorme Tachykardie, anfangs unzählbarer Puls, später 140, man hört das Herz beim Eintritt ins Zimmer klopfen, es besteht ein enormer Exophthalmus und starker Tremor, dagegen ist der Kropf nur angedeutet, früher soll er stärker gewesen sein. Es besteht leichte Albuminurie und Glykosurie (später war auch auf Suprarenin starke Reaktion und Zuckerausscheidung festgestellt). Beginn neben der allgemeinen Behandlung einer Jodmedikation von 3 mal 3 Tropfen, gesteigert zu 3 mal 20, 30, 40 Tropfen, bei letzter Dosis gesteigerte Unruhe, optimale Dosis 3 mal 30 Tropfen. Abgesehen vom raschen Abklingen der Psychose innerhalb 7 Tagen, geht der Puls zunächst auf 110 zurück; nachdem versuchsweise Jod ausgesetzt war, schnellte er auf 120 und 140 in die Höhe, wieder 3 mal 12, 15, 20, 25, 30 Tropfen. Puls geht auf 115, 110, 100, 90, 85 zurück, bleibt zwischen 80 und 90, Gewicht steigt auf 57, 58, 59, 60, 61,5 Kilo. Mit geringem Exophthalmus im übrigen ohne Symptome in vortrefflichem Zustande entlassen. — Also schwerer Vollbasedow, aber nicht mehr akut, Gewichtssturz hat längst stattgefunden, Kropf augenscheinlich nie sehr stark vorhanden, bereits in Rückbildung begriffen. — 42 jähriger Gutsbesitzer, schwerer Raucher, fortgesetzte Aufregungen, beginnt bei guter Ernährung rapide abzumagern, verliert 60, schließlich 100! Pund an Gewicht, dabei schwere Aufregungszustände, kein Potator, nächtliches Toben, schwerer Tremor, Durchfälle, Schweiß. Bei der Aufnahme Tachykardie 120, keine Herzvergrößerung, kein Kropf. Beginn der Jodbehandlung 3 mal 5 Tropfen, zunächst wegen Schnupfens gar nicht vertragen, in Kombination mit Strychnin vortrefflich vertragen. Bei 3 mal 7 Tropfen Nachlassen aller Erscheinungen, wechselvoller Verlauf, unterbrochen durch einen leichten apoplektischen Anfall (Umfallen beim Verlassen des Bettes,



angedeutete Parese des rechten Armes), in wenigen Tagen völliges Verschwinden dieser Symptome. Patient nimmt rapide an Gewicht zu, hat im Verlauf eines halben Jahres 100 Pfund an Gewicht wieder eingeholt, alle Symptome sind verschwunden. — 58jährige Dame, seit mehreren Jahren sehr stark abgemagert, seit dieser Zeit dauernd erregt, Zittern der Hände, Schweiß und besonders lästige Durchfälle sowie dauerndes Herzklopfen. Es besteht Glanzauge ohne Exophthalmus, schlaffer, kaum pulsierender Kropf, Tachykardie von 100—110 ohne Herzvergrößerung. Viele Kuren in Bädern usw. waren ohne Nutzen. Bei einer geringen Tropfenzahl Jodkali verschwindet innerhalb weniger Tage die Mehrzahl aller Symptome, im besonderen die Durchfälle. Patientin wird rubig, der Puls geht auf 90 zurück. Sie befindet sich seitdem mehrere Jahre lang wohl; von Zeit zu Zeit greift sie spontan zu den Jodtropfen. — Aehnlich ein älterer Mann mit starker Abmagerung, Zittern, Durchfällen, Herzklopfen, Tachykardie, Glanzauge, kein Exophthalmus, geringer nicht pulsierender Kropf. — 28jähriges Fräulein, nach stärkerer Erregung Abmagerung, Durchfälle, Schweiß, Zittern der Hände, mittlerer Exophthalmus, Struma klein, wenig pulsierend, keine erhebliche Tachykardie bei erheblicher Palpitation. Puls um 100, keine Herzvergrößerung, 35 pCt. Lymphozyten, Blutgerinnung verzögert. Beginn der Behandlung mit Bettruhe und Eisbeutel, am 5. Tage mit Jodkali 3 mal 3 Tropfen, bereits am 3. Tage geht der Puls auf 75 zurück, das Herzklopfen verschwindet. Schnell geheilt entlassen. Nach 5 Monaten, nach erneuten spezifischen Insulten Rezidiv. Auch diesmal nach einigen Wechselfällen günstiger Verlauf, wenn auch nicht so überraschend wie das erste Mal. Bei 3 mal 12 Tropfen vorübergehend Steigerung der Symptome, bei 3 mal 8 Tropfen mit günstigem Resultat entlassen. — Die hier kurz, aber mit genügend klinischen Daten mitgeteilten Fälle stellen Typen verschiedener thyreotoxischer Zustände dar. Vom ausgesprochenen schweren, mittelschweren, leichten Basedow bis zum thyreotoxischen Kropfherzen und Altersthyreose. Niemand dürfte an der Zugehörigkeit der mitgeteilten Fälle zum Basedowschen Symptomenkomplex zweifeln. Nur das Bild des akuten Vollbasedow beim Jugendlichen fehlte in dieser Reihe. Verf. war bisher nicht in der Lage, sich ein Urteil über diese letzten Fälle und ihr Verhältnis zum Jod zu bilden. Die wenigen, die er nach dieser Richtung hin unter seinen Augen gehabt hat, kamen aus diesem oder jenem Grunde nicht zur Fortführung der Jodbehandlung. Dies vor allen Dingen darum, weil Verf. selbst nur unter besonderen Verhältnissen, wo eine Operation nicht in Betracht kam, gewagt hat, bei ihnen einen Versuch mit Jodbehandlung zu machen. Er will auch gleich hinzufügen,

daß er in solchen Fällen zunächst stets eine Behandlung mit Bett-ruhe und Eis vorausschicken würde, bis event. die stürmischsten Erscheinungen abgeklungen sind. Ohne Zweifel sind, je akuter der Basedow auftritt, je stürmischer und ausgesprochener insbesondere die Gefäßsymptome sind, das Pulsieren der Gefäße und des Kropfes, die Gefäßgeräusche, die Herzdilatation, der Exophthalmus, um so empfindlicher die Patienten gegen das Jod. Wo liegt nun der Schlüssel zur Lösung der Jodfrage beim Basedow? Er beruht erstens in der Dosierung: Wir sind gewohnt Jod, Jodkali oder Jodnatrium, wenn wir es in kleinen Dosen geben wollen, 3 mal täglich  $\frac{1}{2}$ —1 g zu geben, aber diese Dosen sind es gerade, die beim Thyreotoxiker keinesfalls angewendet werden sollen. Viel kleinere Dosen haben auch schon diejenigen Autoren angewendet, die hier und da über günstige Wirkung von Jod über Basedow berichteten, z. B. O h l m a n n. Nach seinen Erfahrungen betrachtet Verf. als Normaldosis bei der Behandlung von Thyreotoxikosen eine Lösung von Kali jodat. 1,0 auf 20. Er beginnt mit 3 mal täglich 2—5 Tropfen dieser Lösung, das ist also 0,005, und steigt tropfenweise zu 3 mal 8, 12, 15, 20 Tropfen. Das ist also eine 100- bzw. 50- oder 25fach geringere Dosis als üblich. Hierbei trat oft bei einer Tropfenzahl von 8 oder 12 Tropfen der geschilderte katastrophale Umschwung ein, der die quälenden Symptome verschwinden ließ. In anderen Fällen sah Verf. ein langsames Absinken der Symptome, insbesondere der Pulszahl, die stets der wichtigste Maßstab war. Dies war in einigen Fällen in gewissen engen Grenzen von der Tropfenzahl abhängig, so daß eine Steigerung, ebenso aber auch eine zu große Erniedrigung der Dosis die Tachykardie wieder auftreten ließ; aber auch bei der gleichen Kranken war das Gleiche der Fall so oder je nach ihrem Empfindlichkeitszustande zu verschiedenen Zeiten, einmal bei geringerer, einmal bei höherer Tropfenzahl wurde die Grenze erreicht, die günstig wirkte. Ein zweiter Schlüssel liegt in der Feststellung, welche Formen oder Stadien der Basedowschen Erkrankung bzw. der thyreotoxischen sich der Jodbehandlung als zugänglich erwiesen haben. Hier ergab sich Folgendes: Besonders geeignet für die Jodbehandlung waren diejenigen Fälle, deren Erkrankung 1. schon längere Zeit bestanden hatte, deren Gewichtssturz bereits eingetreten und entweder zum Stillstand oder zu sehr erheblicher Verlangsamung gelangt war; 2. bei denen der Kropf entweder gering entwickelt, insbesondere aber wenig pulsierend oder aber bereits verkleinert war; 3. in denen Glanzaugen, nicht ausgesprochener Exophthalmus bestanden; 4. bei denen typische Tachykardien, nicht aber Herzvergrößerung nachweislich war. Allen Fällen gemeinschaftlich war die typische Stoffwechselstörung,

die Tachykardie, der Tremor, die Erregbarkeit, die Erregtheit, Neigung zu Durchfällen, Schweißen. Es traten also bei den „jodophilen“ Fällen zurück: die vasomotorischen Symptome, der Reizzustand der Gefäße, und hierin darf man rechnen: Ueberfüllung und das Pulsieren, der Pulsus celer, die primäre Herzdilatation und auch den Exophthalmus, während Glanzauge und Tachykardie als rein autonome nervöse Symptome gelten dürfen. Bei den geschilderten Fällen, insbesondere wenn wir sie in klinischer Beobachtung haben, können wir ohne Bedenken die geschilderte Jodtherapie einleiten. Wenn nun unbezweifelweise Joddarreichung schwere Basedowsymptome hervorrufen kann, wie nun hier nachgewiesen wird, eben diese Symptome durch Jod zum Schwinden gebracht worden sind, so fragt es sich, welche pharmokodynamischen Möglichkeiten für dieses Verhalten in Betracht kommen. Nahe liegt die Heranziehung des sogenannten biogenetischen Grundgesetzes von Arndt, demzufolge kleine Dosen eine reizende, große Dosen eine lähmende Wirkung ausüben sollen; in in der Reizbarkeit des durch Jod zu reizenden Objektes könnten dabei außerordentliche Unterschiede bestehen, derart, daß der akute frische Vollbasedow den höchsten Grad der Reizbarkeit darstellte. Wenn wir in der Basedowschen Krankheit erkennen: eine Störung im Gleichgewicht des Gesamtstoffwechsels mit krankhaft gesteigerter dissimilatorischer Erregung im Nerven- und Gesamtstoffwechsel, könnte das Jod als assimilatorischer Reiz dienen, die geschwächte „assimilatorische Funktion“ würde vom Jod in kleinen Dosen gereizt, in großen gelähmt. Hierdurch würde die heilende wie die verschlechternde Wirkung erklärt. Diejenige Dosis, die Verf. als die normale Dosis bezeichnet hat und die gegenüber der üblichen Joddosis um ein vielfaches kleiner ist, könnte dann gegenüber der ungeheuer gesteigerten Reizbarkeit des akuten Vollbasedow bei diesem als noch zu große Dosis anzusprechen sein. Folgerung daraus wäre, daß beim akuten Vollbasedow noch viel kleinere Dosen versucht werden sollten. Ob dies zutrifft oder ob nicht beim akuten Vollbasedow besondere Verhältnisse vorliegen, die die Anwendung des Jods einschränken, muß Verf. dahingestellt sein lassen. Für die Praxis der Anwendung will Verf. wiederholen, daß man am besten je nach der Schwere des Falls mit der Stammlösung von 1:20, 3 mal 3 Tropfen beginnt und mit der Dosis fortgesetzt steigt. Als Kontrolle der Wirkung, solange geeignete biologische Methoden fehlen, dient eine genaue tägliche nüchterne Wägung und ebenso besonders genaue Pulskontrolle. Beide in Kurven geführt, zeigen recht gut und rechtzeitig an, nach welcher Richtung das Krankheitsbild durch Jod beeinflußt wird.

(B. kl. W. 1920 Nr. 20.)

**Toramin** wandte Dr. Striepecke (Berlin) als Hustenmittel mit bestem Erfolge an. Das Präparat (trichlorbutylmalonsaures Ammonium), das keine narkotischen Eigenschaften besitzt, bewährte sich z. B. bei dem Hustenreiz des Rauchers (2 stündlich 2 Tabletten), bei laryngitischem, nervösen Husten u. dgl. Bei Tuberkulose war es wirkungslos. (Ther. d. Gegenw. Mai 1920.)

**Neosalvarsan bei Lungengangrän** in jedem Falle zuerst anzuwenden (mit vielleicht der einzigen Ausnahme der Fälle, wo der Eiter nicht nach außen entleert wird oder wo Komplikation mit Empyem vorliegt), empfiehlt Prof. Dr. W. Stepp (Mediz. Klinik Gießen), der in 3 Fällen sehr günstige Resultate mit dieser Therapie erzielte. Sie ist besonders für Fälle geeignet, die im akuten Stadium in Behandlung kommen und bei denen die Gangrän nicht auf dem Boden einer alten Lungenerkrankung sich entwickelt hat. In ganz frischen Fällen kann man mit 0,3 Neosalvarsan beginnen und, wenn das Mittel gut vertragen wird, zu 0,45 übergehen. Bei älteren Fällen ist Beginn gleich mit 0,45 nötig, mit welcher Dosis man in der Regel auskommt (bei kräftigen Individuen event. 0,6 weitergehend). Bei reiner Abszeßbildung ohne Fäulniserscheinungen versagt Neosalvarsan. Man könnte das verstehen, wenn bei der Gangrän sich die Salvarsanwirkung auf die Beseitigung der putriden Zersetzungs Vorgänge beschränkte, was aber nicht der Fall ist; Salvarsan vermag — zum mindesten in akuten Fällen — nicht nur den putriden Prozeß in ein aputrides Stadium überzuführen, sondern darüber hinaus völlige Heilung zu bewirken, sogar große Höhlen zum Verschwinden zu bringen. Hier ist also noch manches noch nicht zu erklären. (Ther. Halbmhft. März 1920.)

Bei **Plaut-Vincentischer Angina** hat Dr. C. Hirsch (Stuttgart) mit lokaler Salvarsanbehandlung (Pinselungen mit 10proz. Neosalvarsan-Glyzerinaufschwemmung) zwar schöne Erfolge erzielt, manche Fälle trotzten aber dieser Therapie, wogegen die intravenöse Salvarsanbehandlung rasche Heilung brachte; schon nach 1—2—3 Injektionen von 0,45 bis 0,75 Neosalvarsan verschwanden sämtliche Erscheinungen. Nicht unerwähnt soll auch die Beobachtung sein, daß mercurielle Stomatitiden, die ja auch zu den Spirochätosen gehören, auf Salvarsaninjektionen viel rascher zurückgehen, als beim völligen Unterbrechen der antiluetischen Kur, ebenso daß auch die gewöhnliche Stomatitis aphthosa, die bisweilen recht hartnäckig sein und Wochen und Monate dauern kann, sowie die Pyorrhoea alveolaris durch intravenöse Salvarsanbehandlung auffallend rasch zur Heilung gebracht werden kann, die Verf. als der lokalen beträchtlich überlegen und daher als dieser vorzuziehen bezeichnen möchte. (M. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Stomatitis mercurialis** behandelte Dr. A. Rohrer (Dermatol. Klinik Freiburg i. B.) mit Rhodalzid (Rhodan-haltige Tabletten, von denen in der 1. Woche eine, in der 2. Woche zwei, von der 3. Woche an täglich drei Stück per os gegeben wurden. Die meisten Fälle besserten sich innerhalb 2—3 Tagen, einige benötigten 1—2 bis 3 Wochen. Verf. glaubt annehmen zu dürfen, daß die schädliche Wirkung des Quecksilbers durch das Rhodan im Organismus paralytisiert wird. Eine prophylaktische Darreichung ist unwirksam. (Ther. Halbmonatsh. 1920 Nr. 8.)

**Über Erfahrungen mit Phenoval besonders bei Phthisikern.** Von Dr. Sohler (Offenburg [Baden]). Phenoval, gleich  $\alpha$ -Bromisovalerylparaphenetidin, hergestellt von der Firma J. D. Riedel, A.-G., Berlin, ist dank seiner Zusammensetzung in erster Linie ein Sedativum und Antineuralgikum. Verf. hat mit dem Präparat Versuche angestellt mit folgendem Ergebnis: In mehreren Fällen von nervöser Schlaflosigkeit, besonders bei erschwertem Einschlafen, wie es nicht selten im Gefolge der Grippe vorkommt, wurde abends 1 g Phenoval gegeben. Die Wirkung war eine solche, daß sich  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Einnehmen ein ruhiger, traumloser Schlaf einstellte. Unangenehme Nebenerscheinungen, wie Eingenommenheit des Kopfes usw., sind nie eingetreten, auch wenn das Mittel tagelang hintereinander genommen wurde. Eine Einwirkung auf die Temperatur hat Phenoval nicht, wohl aber beeinflußt es die subjektiven Fieberbeschwerden in günstigem Sinne. Bei neurasthenischen Beschwerden, Unruhe und Aufregungszuständen wurden 2mal täglich 0,5 und abends 1 g mit befriedigendem Erfolg verabreicht. Es trat jeweils eine wesentliche Beruhigung ein, Kopfschmerzen verschwanden oder wurden zum mindesten wesentlich gelindert. Bei einer Dame, welche schwer unter Anfällen von Präkordialangst auf nervöser Basis zu leiden hatte, wurden diese Anfälle durch Phenoval 3mal täglich 1 g behoben. Das Mittel wird leicht genommen, da es geschmackfrei ist. Besonders erwähnen möchte Verf. noch die Phenovalwirkung bei Phthisikern (Lazarettbehandlung). Landsturmmann S., Lungentuberkulose dritten Grades. Leidet besonders nachts an quälendem Husten und an Nachtschweißen, so daß er 2—3mal das Hemd wechseln mußte. Nach zweimaliger Gabe von abends je 1 g Phenoval wird der Schweiß geringer. In der dritten Nacht braucht das Hemd nur einmal gewechselt zu werden. Von der vierten Nacht ab ist der Schweiß so zurückgegangen, daß Hemdwechsel nicht mehr notwendig ist. Auch der quälende Nachthusten hat nachgelassen. Eine Einwirkung auf das Grundleiden hatte das Mittel selbstverständlich nicht. — Landsturmmann R., vorgeschrittene Lungen-

tuberkulose. Störender Nachtschweiß, starke Unruhe infolge der Atemnot, kann nachts kaum schlafen. Auf mehrmaligem Geben von 1 g Phenoval am Abend läßt der Nachtschweiß erheblich nach, Patient kommt wenigstens auf ein paar Stunden zur Ruhe. — Musketier Sch., geschlossene Lungentuberkulose. Nachtschweiß, schlechter Schlaf, starker Nachthusten. Nach mehrmaligem Einnehmen von 1 g Phenoval Abnahme des Schweißes, Patient kann schlafen, ist wenig von Husten gequält. — Die schweißhemmende Wirkung des Phenovals hat Verf. auch bei Grippeerkrankungen, in deren Gefolge profuse Schweiße auftraten, beobachtet. Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß Phenoval als ein sehr gutes Mittel zur Bekämpfung nervöser Beschwerden und als ein angenehmes und mildes Einschlafmittel bezeichnet werden muß. Bei Tuberkulotikern wirkt es herabmindernd auf die nächtliche Schweißsekretion und hat nebenbei beruhigende Wirkung in bezug auf den Husten.

(Therap. Halbmhf. 1920 Nr. 13.)

**Beitrag zur Behandlung der Grippe.** Von Prof. Dr. A. Kühn (Rostock.) Wiederholt hat Verf. im Verlauf der Grippe Zustände von bronchiolitischen Katarrhen mit bronchospastischen, dem Asthma ähnlichen Erscheinungen gesehen, welche ihn veranlaßten, die bekannte Kalziumtherapie des Asthmas auch hier zu versuchen. Es ist ja leicht verständlich, daß durch die Hyperämie und den enormen Entzündungsreiz der Bronchialschleimhaut reflektorisch bronchotetanische Zustände auftreten können, wodurch das Herz in erster Linie geschädigt werden kann. Mancher frühzeitige Herztod mag auf diese Weise zustande kommen. Namentlich bei spasmophilen Kindern konnte Verf. das beobachten, traf aber auch ein ähnliches Bild wiederholt bei Erwachsenen. In diesen Fällen hielt er sich also zu einer Kalziumbehandlung berechtigt. Dem Kalzium wird ja eine der Grippehämolyse entgegenwirkende Beförderung der Blutgerinnung, eine Herabsetzung der Durchlässigkeit der Gefäßwände sowie eine direkt günstige Beeinflussung der Schleimhaut des Respirationstraktus zugeschrieben. Auch als Herztoniumum kann es hier ja nur willkommen sein. Verf. wählte neben der inneren Zuführung die Applikation eines Kalziumlösungsnebels auf die Respirationsschleimhaut durch Inhalation, selbst auf die Gefahr, daß die tieferen Partien nur wenig von der Inhalationsflüssigkeit abbekamen. Letzteres ist ja auch nicht absolut erforderlich, da gleichwohl nach den Untersuchungen von Heubner und Rona mit einem feinen Vernebler sehr hohe Kalziumdosen zur Resorption gebracht werden können. Sind doch nach Loewe die Luftwege als die glänzendste Resorptionsstätte für Kalksalze

anzusehen. Verf. wählte also eine 10 %ige Lösung von Calcium chloratum mit einem Zusatz 1 ‰iger Adrenalinlösung, so daß auf 90 ccm der Kalziumlösung 10 ccm Adrenalin kamen. Diese Lösung, die am besten vor jedesmaligem Gebrauch frisch zusammengemischt wird, wurde energisch mehrmals am Tage mit einfachem Inhalationsapparat, der natürlich tadellos funktionieren muß, inhaliert, und der Erfolg war ein guter. Setzten die Inhalationen rechtzeitig ein, verlief die ganze Krankheit mehr abortiv; eine Lungenentzündung oder bedrohliche Kreislaufschwäche mit Vasomotoren-lähmungen hat Verf. in diesen Fällen nie auftreten sehen. Es mag das Zufall sein, immerhin möchte Verf. anregen, in erster Linie in allen denjenigen Fällen, in welchen der Prozeß noch auf die Schleimhäute der oberen Luftwege lokalisiert ist, diese völlig unschädlichen Inhalationen zu versuchen. (M. Kl. 1920 Nr. 23.)

**Kombinierte Digitalis-Kalktherapie bei schweren Grippepneumonien** hat sich nach Dr. A. Arnstein (III. Medizin. Klinik Wien) gut bewährt. Neben Herz- und Gefäßmitteln (per os Inf. fol. Digit. 1,0 : 120,0 mit Coffein. natr. salicyl. 1,0 pro die, außerdem Injektion 2mal täglich 2 mg Strychnin, nach Bedarf auch Kampferöl) erhielten die Pat. täglich intravenös 10 ccm Afenil (10 %ige Lösung einer Verbindung von Kalziumchlorid mit Harnstoff in Ampullen zu 10 ccm). Die Pneumonien, die zum Teil sehr schlechte Prognose boten (Zyanose, Delirien), besserten sich zum großen Teil langsam, aber fortschreitend um, schließlich zu heilen. Verf. mißt der herz- und entzündungshemmenden Wirkung des Kalziums hierbei wesentliche Bedeutung bei. (W. m. W. 1920 Nr. 18.)

Bei **Lungentuberkulose** — aber auch bei Bronchitis, Emphysem, Laryngitis, Pneumonien, Bronchiektasien — hat San.-R. Dr. Stern (Kreiskrankenhaus Bernau) die Rotolin-Pillen (Firma Ploetz & Co.) als ausgezeichnet wirkend kennen gelernt. Diese Pillen (3mal täglich 2 Stück) bestehen aus (vorzüglich gereinigtem) Buchenholztee, Lezithin, Benzoesäure, Süßholzwurzel, Eibischwurzel, also einer Kombination von sehr wirksamen Bestandteilen. Nie Störungen von Seiten des Verdauungstraktes, im Gegenteil oft Hebung des Appetits, Zunahme des Gewichts, Besserung des Allgemeinzustandes. (Allg. med. Zztg. 1920 Nr. 21.)

**Struma und Alttuberkulin.** Von Dr. Althen (Wiesbaden). Wohl jedem beschäftigten Praktiker ist gleichzeitiges Vorkommen von Kropf oder Morbus Basedowi mit skrofulösen bzw. tuberkulösen Prozessen bei derselben Person schon aufgefallen. Seit 1895 hat Verf. sein Augenmerk darauf gerichtet und gefunden, daß bei

62 reinen Kropffällen, d. h. solchen Strumen, die nicht bösartiger Natur waren, und 13 Strumen bei Morbus Basedowi 55 mal synchrone Tuberkulose irgendeines Körperteils nachweisbar war, so daß man an einen ätiologischen Zusammenhang dieser Erkrankungen wohl denken darf, zumal da die Kropfrückbildung durch die des tuberkulösen Leidens wegen vorgenommene Behandlung mit Alttuberkulin günstig beeinflußt wurde. Zuerst wendete Verf. die üblichen Tuberkulininjektionen an, ging später zu der Schnittmethode mit 5 oberflächlichen, ca. 1 cm von einander abstehenden, 5 cm langen, parallelen Kutanschnitten und einigen Querschnitten mit Einstreichen von 2 Tropfen Alttuberkulin mit der Messerfläche über, um schließlich seit Ponnendorfs Publikation dessen Verfahren einzuschlagen, allerdings mit gelegentlicher Impfung in die Parallelschnitte, nach welchem Verf. seither alle Strumen behandelte. Gleich vorher möchte er bemerken, daß er fast nie unliebsame Komplikationen — Fieber, Schüttelfrost — dabei zu Gesicht bekam. Er läßt nacheinander linken Arm, linke Brusthälfte, rechte Brusthälfte, rechten Arm und zuletzt die Struma mit einem Tropfen Alttuberkulin vom Patienten 2 Minuten lang einreiben, natürlich auf der gewaschenen und abgetrockneten Haut. Zwischen den einzelnen Einreibungen liegen immer 2 freie Tage. Es macht übrigens auch keinen Schaden, wenn man nur einen freien Tag läßt. Ist nach einmaligem Einreibeturnus noch keine Strumaverkleinerung feststellbar, so macht Verf. zwischen den Einreibungen eine Impfung in die Parallelschnitte. Ist nach zweimaligem Turnusablauf die Struma noch unverändert, dann läßt er nebenher noch täglich 2 mal 20 Tropfen 10proz. Jodvasogen auf die Struma selbst einreiben. Die meisten Strumen hatten vorher auf Jod nicht reagiert, taten dies aber nach Tuberkulinanwendung. Nach Verbrauch von 1 ccm Tuberkulin läßt Verf., wenn die Behandlung noch nicht zum Ziele führt, nach einer 10 tägigen Pause die ganze Prozedur wiederholen. (M. m. W. 1920 Nr. 22.)

**Röntgenbehandlung der Epilepsie**, wie sie empfohlen wurde, ist nach Versuchen von Dr. R. Lenk (Röntgenlaboratorium des Allgem. Krankenhauses in Wien) zu widerraten. Sie bringt keinen Erfolg, kann sogar zu Verschlimmerungen führen.

(M. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Cholaktol-Tabletten gegen Cholelithiasis** empfiehlt Prof. Dr. Heinz (Erlangen). Er konnte nachweisen, daß Pfefferminzöl die Leberzellen, ohne sie zu schädigen, zur gesteigerten Galleproduktion anregt, also ein spezifisches Cholagogum ist, und daß die unter Einwirkung des Olzum Menth. piper. produzierte Galle Gallensteine,



wenigstens Lezithinsteine, zur Erweichung bringt. Wenn auch nicht zu erwarten ist, daß größere, namentlich Kalksteine, durch die Pfefferminzöl-Galle zur Auflösung gebracht werden, so wird doch sicher Erweichung und Zerfall begünstigt werden und durch die gesteigerte Gallenflut Steine bzw. Trümmer leichter durch den Choledochus hindurchgespült. Und in der Tat hat sich Pfefferminzöl in Form der von der Chem. Fabrik Dr. Deiglmayr in München hergestellten Cholaktol-Tabletten (jede enthält 0,0125 g Ol. Menth. piper.) bei Cholelithiasis bestens bewährt. Bei einsetzendem Anfall gebe man etwa 12 Stück (3 mal täglich 4 Stück = 0,15 g Ol. Menth.) und in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen periodenweise durch einige Wochen hindurch täglich 6 Stück (= 0,075 g Ol. Menth.).  
(Therap. Halbmhft. 1920 Nr. 13.)

#### b) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Gonorrhoebehandlung mit Gonocystol.** Von Dr. M. Steiner (Duisburg). Gonosan ist in letzter Zeit teuer geworden. Seit einigen Monaten hat Verf. ein neues internes Antigonorrhöikum „Gonocystol“, hergestellt von E. Tosse & Co., Laboratorium für chemisch-medizinische Präparate, Hamburg 22, verordnet. Hier handelt es sich um relativ kleine Perlen mit Keratinüberzug. Die Perlen kommen nicht im Magen, sondern erst im Dünndarm zur Lösung. Dadurch wird das so lästige Aufstoßen, das vorkommende Erbrechen und die beobachteten Durchfälle vermieden. Gonocystol besteht aus dem Milchsäureester des Santalols in Verbindung mit einem Perextraktivprodukt aus Kawa. Die Qualität des Sandelholzöles ist vorzüglich, das reinste ostindische Produkt wird der Esterifizierung unterworfen und dadurch noch verträglicher gemacht. Regelmäßige Harnproben haben in keinem Falle Nierenreizungen entdecken lassen. Es scheint, daß gerade der Spaltungsprozeß, der im Darm nach Einnahme von Gonocystol vor sich geht — Spaltung des Milchsäureesters des Santalols durch den alkalischen Darmsaft in Santalol und in Spuren freier Milchsäure —, den Patienten besonders zugute kommt. Ein weiterer Vorzug ist, daß der keratinierte Ueberzug der nur kleinen Pillen einen aromatischen Geruch hat, der den so vielen Patienten so unerträglichen Geschmack des Ol. Ligni Santali ganz zu verdecken vermag. Der so lästige Sandelholzgeruch, der sich sonst auch der Expektationsluft des Patienten überträgt, fällt hier fort. Vergleicht man die Preise — zurzeit ein nicht unwesentlicher Punkt — so stellt sich heraus, daß Gonocystol noch erschwinglich ist, was von vielen ähnlichen, auch guten Präparaten nicht gesagt werden kann. Verf. will hier nur das vorzügliche Santyl-Knoll erwähnen, das jetzt

wirklich nur noch in der Praxis aurea verordnet werden kann. Verf. will die Kollegen, die jetzt genügend Material zur Verordnung von Gonocystol haben, zu einem Versuch mit diesem Präparat ermuntern, denn dieses genügt allen Anforderungen, die man an ein internes Antigonorrhöikum stellen kann. Es besitzt in ausgesprochenem Grade sedative und anästhetische Wirkungen. Ob es auch anaphrodisische Eigenschaften besitzt, die man nach der Zusammensetzung wohl annehmen dürfte, weiß Verf. aus eigener Erfahrung nicht. (M. Kl. 1920 Nr. 31.)

**Eine neue Bubotherapie bei Ulcus molle.** Von Otto Nast (Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg). Ein für alle Stadien des Bubo geeignetes Mittel fand Verf. im Yatren, von dem er 5proz. Lösung injizierte. Die Resultate waren folgende: Bei Bubonen, die kurz vor dem Durchbrechen (mindestens bis hühnereigroße standen zur Verfügung), spritzte Verf. direkt vom entzündlichen Rand in den Bubo mit so viel 5proz. Yatrenlösung ein, (nicht über 10 ccm, gewöhnlich 5—7), daß eine mäßig starke Spannung die Schmerzhaftigkeit noch steigerte. Ein steriler Heftpflasterverband an der Einstichstelle deckt diese, Bettruhe des Patienten und lokale Behandlung der Ulcera molliä. Die Schmerzen schwinden nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, Temperatur steigt noch an, fällt aber langsam zur Norm in den nächsten Tagen ab. Am nächsten Tag ist der Bubo etwas eingesunken, die rote bis blaurote Verfärbung einer mehr bräunlichen Farbe gewichen, manchmal schilfert die Haut etwas darüber, am nächsten Tag Stichinzision und Ausdrücken des Sekretes. Steriler Heftpflasterverband. In den nächstfolgenden Tagen entleert sich nur noch blutig-eitriges und blutigseröses Sekret, das in 5—10 Tagen versiegt. Die Haut legt sich an; der Bubo ist geheilt. Dieselben günstigen Resultate haben die kleinen Bubonen ergeben, die schon eine gewisse Abgrenzung des Entzündungsprozesses zeigten, nur daß dabei das Heilresultat rascher einzutreten pflegte (3—5 Tage). Ueber Bubonen, die noch im Entstehen waren und eingespritzt wurden, sind zur Zeit noch verhältnismäßig geringe Erfahrungen da. Es hat sich aber dabei herausgestellt, daß zum mindesten die Injektion direkt vom entzündlichen Rande und nicht aus dem gesunden Gewebe heraus (Schrägkanal) zu geschehen hat, da vielfach dabei Sekundärinfektion des Stichkanals zustandekam, deren Ausheilung längere Zeit in Anspruch nahm als die Heilung oder Resorption des Bubos an sich. Bei einem derartigen Falle war trotz Injektion sogar ein ulzeröser Durchbruch nach außen zustande gekommen, der aber unter erneuter Injektion und unter äußerer reiner Yatrenpulver-

behandlung zur Abheilung kam. Eine ganze Anzahl in derartigen Stadien eingespritzte Bubonen wurde in kürzester Zeit resorbiert, doch scheint eine gewisse Zeit für die autoimmunisatorischen Vorgänge des Körpers selbst nötig zu sein, um das spezifische Einwirken des Yatrens zu erreichen. Es ist angenommen worden, daß das Yatren „antifermentativ auf die Bakterien einwirke und dadurch die Schutzkräfte der Leukozyten und des Körpergewebes ohne Gewebsschädigungen ungehindert zur Wirkung kämen“. Verf. möchte annehmen, daß wir beim Yatren in 5proz. NaCl-Lösung im Beginn der Infektion der Drüsen ein noch nicht genügend starkes bakterizides Mittel zur Verfügung haben, durch die Einspritzung aber die Autoimmunisierung des Körpers behindert und verzögert wird, die eingewanderten Streptobazillen von der Einspritzungsstelle fortgedrängt werden und versuchen, sich nach der Peripherie fortzubewegen und dann erst, besonders eben in den oberflächlichen Hautpartien, nur ungenügende Bildungsstätten für Abwehrvorgänge sich gegenüber haben. Bekannt ist aber, daß im entzündlichen venerischen Bubo nur in seltenen Fällen noch Streptobazillen gefunden werden und daß diese rapid in der Drüse und im Eiter zugrundegehen. Dies drückt aber mindestens eine starke Reaktionsfähigkeit des Körpers auf Streptobazillen aus. Diese Reaktion dürfen wir aber mit einem mangelhaft bakterizid wirkenden Mittel keineswegs stören. Dagegen wird aber zweifelsohne das Yatren in 5proz. Lösung nach den heutigen Erfahrungen genügend resorptionsfördernd wirken, um die geeigneten Bubonen zur raschen Ausheilung zu bringen. Es bliebe also von der alten Therapie das bestehen, daß wir den Bubo reifen lassen, konservierend behandeln, solange wir das entzündliche Stadium im Beginn vor uns haben. Durchgebrochene Bubonen und Ulcera mollia hat Verf. schon häufig mit reinem Yatrenpulver und 5- bis 10proz. Lösungen behandelt. Die Resultate sind sehr ermutigend. Für die Therapie follikulärer und sehr in die Tiefe gehender Ulcera mollia scheint sich die Injektion des Grundes zu bewähren, während die reine Pulverbehandlung trotz Freiwerdens von Kohlensäure in statu nascendi, die ebenfalls bakterizide Kraft hat und dem Yatren als günstiges Transportmittel dient, in nicht allen Fällen zur Abtötung der Streptobazillen geführt hat. Was weiter jetzt schon auch bei den nicht geglückten yatrenbehandelten Bubonen allgemein verhindert wurde, ist die Fistelbildung in die Tiefe, die Notwendigkeit der Ausräumung der Drüse und die Spaltung der Stichinzision nach oben und unten. Die Kombination von Lösung und Pulver hat in raschester Weise die Reinigung und Granulation des Geschwürsgrundes bei zerfallenden Bubonen zustandegebracht.

(M. m. W. 1920 Nr. 23.)

## c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Behandlung des fieberhaften Abortes.** Von Dr. A. Heyn (Charité-Frauenklinik, Berlin). Gerade der praktische Arzt wird mehr zur aktiven Therapie neigen, und da ist es von besonderer Wichtigkeit, zu wissen, welche Grenzen diesem Vorgehen gesetzt sind, wenn er nicht mehr Schaden als Nutzen stiften will. Denn das steht fest, nicht bei jedem fieberhaften Abort ist es das Beste, sofort auszuräumen und die retinierten Eiteile, sei es digital oder instrumentell, zu entfernen. Man muß nach den Erhebungen der verschiedenen Autoren und Kliniken annehmen, daß in ungefähr 90% aller von Fieber begleiteten Aborte ein krimineller Eingriff vorausgegangen ist, der zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft geführt hat. Mag dieser Eingriff in einem Hineinspritzen von irgendwelchen Lösungen in das Uteruskavum oder in einer instrumentellen Zerstörung des Eies bestanden haben, in jedem Falle muß man von vornherein mit einem solchen Abtreibungsversuch rechnen und die Möglichkeit einer Nebenverletzung in Betracht ziehen. Das Hauptaugenmerk muß also auf eine etwaige Verletzung oder Perforation des Scheidengewölbes, der Zervix, der Parametrien oder des Uteruskorpus gelegt werden. Läßt sich eine solche Verletzung an irgendeiner Stelle feststellen, so ist allemal eine konservative Behandlung mit Bettruhe, Eisblase und Sekale am Platze, wenn nicht andere Umstände die unverzügliche chirurgische Behandlung in einem Krankenhause angezeigt erscheinen lassen. Solche Fälle werden gewöhnlich durch eine Ausräumung des Eies verschlimmert. Läßt sich eine Nebenverletzung nicht nachweisen, so muß festgestellt werden, ob der bestehende Infektionsprozeß noch auf das Uteruskavum beschränkt ist oder schon über den Uterus auf die Nachbarschaft übergreifen hat. Im letzteren Falle kann die nachträgliche Entleerung der Gebärmutterhöhle dem Weiterschreiten der Infektion keinen Einhalt mehr gebieten. In solchen Fällen wird häufig durch den Eingriff einer Ausräumung, die vielleicht in der Umgebung des Uterus lokalisierte Entzündung zu neuem Aufflammen gebracht und einer allgemeinen Infektion vorgearbeitet. Auch für diese Fälle ist die strikt durchgeführte konservative Behandlung die einzig richtige und vielfach lebensrettende. Etwas anderes ist es, wenn die Infektion auf die Uterushöhle beschränkt ist. In diesen Fällen soll man versuchen, durch eine frühzeitige und möglichst schonende Entleerung des Uteruskavums den Infektionsherd zu beseitigen. Selbst ein gelegentlicher Schüttelfrost, der als Zeichen einer Ausschwemmung von Keimen in die Blutbahn anzusehen ist, bildet keine Gegenindikation für das aktive Vor-

gehen. Häufig pflegt im Anschluß an die Ausräumung noch ein Schüttelfrost aufzutreten, um dann einem absolut fieberlosen Verlauf Platz zu machen, ein Zeichen, daß die Indikationsstellung richtig gewesen und die Infektionsquelle beseitigt worden ist. Natürlich ist es nicht schwer, ein Uebergreifen der Infektion über den Uterus hinaus festzustellen, wenn man eine frische Adnexerkrankung oder weiche, schmerzhaft Adnextumoren findet oder ein Exsudat in einem oder beiden Parametrien oder dem Cavum Douglasi entdeckt, oder wenn sogar eine Peritonitis mit ihren deutlichen klinischen Symptomen besteht. In den schwersten Fällen sind die ausgesprochenen Symptome einer schweren Allgemeininfektion mit kleinem frequenten Puls, beschleunigter Atmung, trockner Zunge und Aufgetriebensein des ganzen Abdomens vorhanden. In allen diesen Fällen besteht heute kein Zweifel mehr hinsichtlich der Therapie. Anders in den zweifelhaften Fällen. Hier schafft oft erst die genaueste Beobachtung und innere Untersuchung Klarheit. Schon wenn eine abnorme Druckempfindlichkeit des Douglas, der Parametrien oder der Adnexe besteht, tut man gut, den Fall ein oder zwei Tage zu beobachten, und man kann dann, wenn die genannten Symptome nachlassen, noch immer aktiv vorgehen und den Uterus entleeren. Oft kann man schon aus der Beschaffenheit des Zervixsekrets auf die Art und Virulenz der Infektion Schlüsse ziehen. Ist das Sekret voluminös und putride stinkend, so kann man meist auf eine Infektion mit verhältnismäßig harmlosen saprophytischen Keimen schließen, während ein dünnflüssiges, geruchloses, oft spärliches Sekret vielfach als Zeichen einer hoch virulenten Streptokokkeninfektion gedeutet werden kann. Immerhin mag es gleich hier erwähnt werden, daß es eine Anzahl von Aborten gibt, bei denen eine derart profuse Blutung besteht, daß der Arzt ohne Rücksichtnahme auf den klinischen Befund sich zur Entleerung des Uterus entschließen muß, um eine momentane Lebensgefahr zu beseitigen. Daß solche Frauen, die dann oft abnorm ausgeblutet sind, schon infolge ihrer geringen körperlichen Reaktionsfähigkeit den Folgen ihrer Infektion ausgesetzt sind, liegt auf der Hand. Und auch die strengsten Anhänger einer bakteriologischen Indikationsstellung geben zu, daß hier der konservative Standpunkt nicht aufrechterhalten werden kann. Die Zahl dieser Fälle wird auf ungefähr 10 % aller fieberhaften Aborte veranschlagt. Was nun die Ausräumung des Uterus selbst anbetrifft, so gilt es vor allem, die Entleerung möglichst schonend vorzunehmen. Und um es gleich vorwegzunehmen, möchte Verf. die Ausräumung des Abortes vom 2. bis etwa zur Mitte des 4. Monats von denen der späteren Stadien trennen. Eine Berechtigung dazu liegt insofern vor, als die Aborte der zweiten Gruppe

nur digital und auf keinen Fall mit Abortlöffel und Kürette ausgeräumt werden sollten. Betreffs der Uteri vom 2. bis Anfang des 4. Monats gehen die Ansichten noch immer auseinander. Die einen verlangen stets die digitale Ausräumung, während die anderen die instrumentelle Entleerung bevorzugen. Verf. glaubt auch hier individualisieren zu müssen. Ist der Uterus nur mäßig vergrößert, kann es sich nur um Eireste handeln, und ist die Rigidität der Zervix dem Eingehen mit dem Finger im Wege, so mag man ruhig in solchen Fällen vorsichtig mit dem Winter-schen Abortlöffel und einer stumpfen, breiten Kürette vorgehen. In allen anderen Fällen ist die digitale Entfernung zurückgebliebener und an der Uteruswand haftender Eiteile vorzuziehen und event. eine vorsichtige Ausschabung mit einer breiten stumpfen Kürette anzuschließen. Das Hauptgewicht ist allemal auf eine vorsichtige und sachdienliche Erweiterung des Muttermundes zu legen. Ist bei Aborten der ersten 2—4 Monate der Muntermund geschlossen und die Portio nur wenig aufgelockert, so ist die bruske Erweiterung der Zervix mit den Hegarschen Metaldilatatoren zu werfen, die ohne mehr oder weniger große Einrisse selten zum Ziele führt, sondern in solchen Fällen soll die Erweiterung durch Einlegen eines oder besser mehrerer Laminariastifte angestrebt werden. Nach 24 Stunden läßt sich dann gewöhnlich die Zervix durch Metaldilatatoren bequem auf Fingerdurchgängigkeit bringen. Handelt es sich um Aborte der späteren Monate, so führt auch diese Behandlung noch nicht zum Ziel. In diesen Fällen läßt sich die Erweiterung gewöhnlich nur durch Einlegen eines kleinen Metreurynters event. nach Vorbehandlung mit Laminariastiften oder durch feste Gazetamponade der Zervix und der Scheide erreichen. Und gerade hier wird man dann häufig erleben, daß durch die angeregten Wehen das Ei in toto spontan ausgestoßen wird, was gewiß die schonendste Entleerung der Gebärmutter bedeutet. Daß eine Narkose der Frau in den meisten Fällen eine schonende Ausräumung des Uterus sehr erleichtert, braucht an dieser Stelle kaum hervorgehoben zu werden. Sind alle Eireste entfernt und ist die Gebärmutterhöhle leer, so kann man den Uterus durch ein- oder mehrmalige intramuskuläre Sekalegaben zur festen Kontraktion veranlassen. Damit ist dann der Eingriff beendet. Eine nennenswerte Nachblutung ist nicht zu befürchten, wenn der Uterus vollständig entleert ist. Daher soll auch die Tamponade der Gebärmutterhöhle im Anschluß an die Ausräumung unterbleiben, um nicht Stauungen in dem infizierten Wandgewebe Vor-schub zu leisten. Eine gewisse Sekretion ist physiologisch und wirkt nur therapeutisch, indem die im Uterus enthaltenen Keime ausgeschwemmt werden. Die von vielen Seiten vorgeschlagene

desinfizierende Nachbehandlung der Gebärmutterhöhle, wie das Auswischen mit Jodtinktur, Terpentinöl, Kollargol oder ähnlichem, oder desinfizierende Spülungen werden in der hiesigen Klinik gar nicht angewandt. Ihr Wert ist auf jeden Fall sehr gering, da die in das Gewebe eingedrungenen Bakterien durch solche Manipulationen sicher nicht erreicht werden. Glaubt man nicht ohne Spülungen auskommen zu können, so verwendet man am besten ganz indifferente heiße Spüllösungen oder Alkohol, deren Wärme (ca. 50 °) den Uterus zu Kontraktionen anregt. Verf. verzichtet schon seit Jahren auch auf diese Spülungen bei Aborten, wenn auch eine grob mechanische Säuberung der Gebärmutterhöhle anerkannt werden soll. Auf keinen Fall soll man, wenn in den darauffolgenden Tagen das Fieber nicht sinkt, noch einmal die Austastung oder die Kürettage wiederholen, von der Ansicht ausgehend, daß doch vielleicht noch kleine Eirestchen in dem Uterus zurückgeblieben sein könnten. Ein solcher Eingriff verschlimmert regelmäßig den Zustand der Kranken, ohne ihr im Kampfe mit der Infektion nützen zu können.

(Ther. Halbmhft. 1920 Nr. 3.)

**Vaginaltampon mit Glaskugelnkern.** Darüber schreibt Dr. Putz (Meran): „Wenn der bisher übliche Wattetampon, in Glycerin getaucht, sich vollzog, so konnte man sich überzeugen, daß bestenfalls nur die äußerste oberflächliche Glycerinschicht mit der Schleimhaut des Scheidengewölbes oder mit der erodierten Portion in innigem Kontakt gelangen konnte. Die übrigen Zweidrittel der Glycerinmenge waren bereits gegen das Tamponzentrum gesogen und dort also unwirksam vergeudet, erst recht, sobald die Scheidenwand den Tampon zusammenpreßte. Aus dieser technischen und Sparüberlegung wickelte ich in die Mitte des Tampons eine kleine Glaskugel von ca.  $1\frac{1}{2}$  cm Durchmesser — dieselben, wie sie bei den ‚Kracherln‘ den Verschuß bilden —, so daß nun das aufgesogene Glycerin nicht mehr nutzlos sich in das Tamponzentrum einziehen konnte, sondern durch den Glaskugeldruck in der Watterindenschicht oberflächlich gehalten blieb. Die Glaskugel spreizt die Watteschicht an die Vaginalwände an. Diese mir irgendwo begegnete Tamponart versuchte ich nun mehrere Wochen auch bei sensiblen Adnexkranken. Nie wurde über Druckschmerz geklagt. Der Tampon saß fest, wenn er für Multipare nicht zu dünn umwattet wird, so daß er während Defäkation sich nicht rührt. — Da dieser ‚Glaskugeltampon‘ sich mir gut bewährt, wage ich ruhig, denselben als eine Verbesserung zur Nachprüfung zu empfehlen. (Kugel durch Auskochen immer neu benützbar.)“

(M. m. W. 1920 Nr. 41.)

**Ueber Uterustamponade mit nichtentfetteter Watte.** Von Dr. W. Barfurth, Frauenarzt (Hamburg). Die guten Erfolge, welche E. Sachs (Königsberg) mit nichtentfetteter Watte als Tamponadematerial bei schwer stillbaren Blutungen erzielte, veranlaßten Verf., die Methode seinem Vorschlag gemäß bei Uterusblutungen anzuwenden. Um zusammenhängende Tamponadestreifen zu erhalten, wurde die nichtentfettete Watte in  $\frac{1}{8}$  cm dicker Schicht in einem Gaseschlauch durch sich kreuzende Zickzacknähte fixiert, die fertige Binde sterilisiert und in Pappbüchsen keimfrei verpackt. Für die Blutungen bei Abort wurde eine 5 cm breite, für Entbindungen eine 10 cm breite, 5 m lange Binde verwandt. (Die Binden wurden nach Angaben des Verf.s von der Firma Lüscher & Bömper, Fahr i. Rheinland hergestellt und sind dort vorrätig.) Bei der Anwendung konnte Verf. die von E. Sachs gemachten Beobachtungen in vollem Umfang bestätigen. Hartnäckige Blutungen standen sogleich, und es kam nicht, wie es bei den bisher üblichen Gazetamponaden häufig der Fall ist, zu einem Nachsickern des Blutes. Einer der ersten Fälle der Anwendung war ein voller Erfolg für die neue Tamponade. Bei einem Abort im 3. Monat, kompliziert mit Myom, kam es bei der Ausräumung zu heftigster Blutung, die Verf. zwang, mit einer gerade zur Verfügung stehenden Vioformgazebinde zu tamponieren. Nach Durchtränkung der Gaze rieselte das Blut in unverminderter Menge aus dem Uterus. Die Tamponade mußte wieder entfernt werden und wurde nun durch eine herbeigeschaffte Binde mit nichtentfetteter Watte ersetzt. Das Resultat war ein sofortiges Stehen der Blutung. Bei der Entfernung der Tamponade nach 24 Stunden zeigte sich das Material noch vollkommen elastisch, nur die umhüllende Gaze war streckenweise mit Blut getränkt. Verf. hat seitdem alle Tamponaden mit nichtentfetteter Watte ausgeführt und keinen Mißerfolg beobachtet, sie erscheint daher gerade für den Geburtshelfer äußerst empfehlenswert, wie sie in Fällen von großem Blutverlust weitere Blutungen verhindert und dem Arzt ahnungsvolle Unruhe nach der Tamponade erspart. Eine Imprägnierung mit antiseptischen Stoffen erscheint Verf. überflüssig. Die geringe Fähigkeit, sich vollzusaugen, verringert die Gefahr der Infektion. Die Elastizität der Tamponade wirkt günstig auf den Tonus der Uterusmuskulatur, so daß die Tamponade mit nichtentfetteter Watte als das Mittel erscheint, welches allen Anforderungen gerecht wird.

(M. m. W. 1920 Nr. 34.)

**Styptysat, ein neues Uterinum.** Von Dr. Hans Oppenheim (Berlin-Steglitz). Verf. hat dies neue Mittel bei Uterusblutungen aller Art: nach Geburten und Aborten, bei Placenta praevia und



Atonie, in Fällen von polypöser Endometritis und ovarieller Uterus-hyperämie angewandt und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle seine Erwartungen erfüllt gesehen; besonders wirkungsvoll und empfehlenswert aber erscheint das Styptysat bei profuser Menstruation (Menorrhagia dysmenorrhoeica), wo Verf. stets von dem vorzüglichen Erfolg überrascht war. Angenehm ist auch der Umstand, daß das Präparat infolge genauer Dosierung gleichmäßige Wirkungen hervorzubringen imstande ist, so daß bei Auswahl geeigneter Fälle mit sicherem Effekt gerechnet werden kann. Verf. kann also „Styptysat Bürger“ als zuverlässiges Hämostyptikum bei allen Geburtsblutungen, soweit sie nicht operativ anzugreifen sind, empfehlen. (M. Kl. 1920 Nr. 35.)

### Neue Bücher.

**J. Schaffer.** Vorlesungen über Histologie und Histognese. Leipzig, W. Engelmann. Preis: M. 28. Das Werk ist zunächst erstaunlich billig (über 500 Seiten und 589 zum Teil farbige Abbildungen im Text und auf 12 lithogr. Tafeln), es ist aber außerdem auch gut und dazu geeignet, mit dem großen Stoffgebiet bekannt zu machen wie nicht viele der vorhandenen Lehrbücher, wozu die gewählte Form der Vorlesungen nicht wenig beiträgt. Vielfach geht die Darstellung über das rein Lehrbuchmäßige hinaus und bringt neue Beobachtungen und Auffassungen.

**A. J. Cemach.** Diagnostik innerer Krankheiten in Tabellenform. Verlag von J. F. Lehmann in München. Preis: M. 15. Dies Buch ist bereits in der Aertzewelt vorteilhaft bekannt, wie 2 vergriffene Auflagen (Titel bisher: „Differential-diagnostische Tabellen“) beweisen; die 3. Auflage ist vom Verf. in mannigfacher Weise verbessert und vermehrt worden und wird namentlich von jüngeren Aerzten mit großem Vorteil benützt werden, da das Buch besonders in schwierigen differential-diagnostischen Fragen rasch orientiert und ein übersichtliches Bild aller in Betracht kommenden Punkte gibt.

---

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 halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 4.

Januar 1921

## Aetiologisches.

**Zur Kasuistik traumatischer Tuberkulosen.** Von Dr. H. Lau  
(Aus dem Reservelazarett Nordkaserne in Freiburg i. Br.). Es handelt sich um einen 24jährigen kräftig gebauten und gut ernährten jungen Menschen, dessen Familienanamnese nichts Wesentliches ergibt und der angeblich selbst nie ernsthafter krank gewesen ist. Am 25. 1. 1915 eingezogen, rückte er gegen Ende des Jahres als Infanterist ins Feld und wurde am 16. 2. 1916 wegen Hydrozele des rechten Hodens operiert. 3 Monate später tat er wieder Dienst. Ein Jahr darauf erhielt Patient einen Schlag gegen den rechten Hoden, der ohne weitere Schädigung verlief. Am 16. 2. 1920 meldete sich Patient im Revier krank wegen einer Fistel an der des rechten Seite des Skrotums, die ihm Beschwerden verursachte; er wurde deswegen im Lazarett aufgenommen. Befund: Die inneren Organe, vor allem die Lunge, zeigen keine krankhaften Veränderungen. Am untersten Pol der rechten Skrotalhälfte befindet sich eine von der Hydrozelenoperation herrührende, strangartig verdickte und mit dem rechten Hoden verwachsene Narbe. Etwas oberhalb dieser zwei weitere kleinere Narben, die ebenfalls stark verdickt sind und etwas Eiter aus einer kleinen Fistelöffnung absondern. Der rechte Nebenhoden ist stark geschwollen. 2. 3. 1920. In Narkose wird der Fistelgang eröffnet und herauspräpariert; er führt zum rechten Nebenhoden. Die pathologische Untersuchung ergibt die Diagnose: Tuberculosis testis. Da mit einem Fortschritt des Prozesses gerechnet werden muß, wird am 24. 3. die Semikastration vorgenommen. Bei dieser zeigt sich, daß nicht nur der ganze rechte Hoden und Nebenhoden mit Tuberkelknötchen, die schon teilweise käsig zerfallen sind, durchsetzt sind, sondern daß auch der rechtsseitige Funiculus spermaticus weit hinauf Tuberkelknötchen aufweist, so daß er hoch oben abgesetzt werden muß. 10. 4.

Die Operationswunde ist zum größten Teil p.p. geheilt; aus zwei kleinen Stellen entleert sich noch wenig Eiter. — Hier handelt es sich um einen anscheinend klinisch vollkommen gesunden Mann. Nach fast 3jährigem Intervall siedelt sich an dem durch ein Trauma geschädigten Ort, der durch die Resistenzverminderung seines Gewebes als ein Locus minoris resistentiae aufzufassen ist, der tuberkulöse Prozeß an. Ganz allmählich beginnt die Erkrankung, nicht akut entzündlich, so daß man auch in Anbetracht des Umstandes, daß der Patient jede sexuelle Infektion negiert, sofort die Diagnose Tuberculosis testis ohne weiteres stellen konnte. Es handelt sich, wenn auch um 2malige traumatische Irritation, so doch jedesmal um leichte Traumen; aber insofern ist der Fall besonders interessant, als es sich beim ersten Trauma um ein artefizielles und im Interesse des Patienten vorgenommenes in Gestalt der Hydrozelenoperation handelt. (D. m. W. 1920 Nr. 36.)

**Primäre Zungenaktinomykose.** Von Prof. K o c k e l (Leipzig). Es handelt sich um einen Herrn in den 40er Jahren, dem im August 1907 eine bohngroße, harte, nahe der Oberfläche sitzende Geschwulst aus der Zunge entfernt worden war. Wegen des Verdachts eines Rezidivs wurde Verf. die Geschwulst vorgelegt, nachdem sie bereits vorher von einem Pathologischen Anatomen untersucht worden war. Dieser hatte die Diagnose auf Sarkom und dementsprechend die Vorhersage bezüglich eines Rückfalls sehr trübe gestellt. Die zuerst angefertigten Präparate machten tatsächlich den Eindruck einer sarkomatösen Neubildung: ein zellreiches, aus ziemlich großen Elementen bestehendes Gewebe war zwischen die Muskelbündel und -fasern der Zunge hineingewuchert, die auseinandergedrängt und vielfach atrophisch erschienen. Das Ganze war wenig begrenzt und ähnelte außerordentlich den bekannten, zu Rezidiven neigenden sarkomatösen Neubildungen der Zunge. Bei Anfertigung einer kurzen Reihe von Schnitten stieß man indessen im Zentrum der Neubildung auf einen etwa erbsengroßen Eiterherd, in dessen Mitte ein kleiner Fremdkörper saß, vermutlich ein Holzteilchen. An einer ganzen Anzahl von Präparaten ließ sich erkennen, daß diesem Holzstückchen eine Aktinomyzedrüse unmittelbar angelagert war. In der Gegend der kleinen Geschwulst zeigte die Zungenoberfläche eine feine, narbige Einziehung mit Verdünnung der Epithelschicht. Mit den eben genannten Befunden entfiel naturgemäß die Diagnose Sarkom, und es war eine Aktinomykose, die sich von einem eingebohrten Fremdkörper aus entwickelt hatte, sichergestellt. Ein Rezidiv ist bei dem Kranken nicht aufgetreten. In dem eben mitgeteilten Falle hat sich nun in ursächlicher Beziehung Folgendes ergeben: Der Er-

krankte hatte, um sich übermäßiges Zigarettenrauchen abzugewöhnen, die Gewohnheit angenommen, Holzzahnstocher zu kauen. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist hierbei ein Teil eines Zahnstochers in die Zunge eingedrungen und hat die Aktinomykose hervorgeufen. Es ist das besonders deshalb interessant, weil der Holzzahnstocher, ähnlich wie das Zündholz, bisher im allgemeinen den Ruf eines keimfreien Gegenstandes genossen hat. Weiter lehrt die Beobachtung, daß Zungenaktinomykose auch beim Menschen in ähnlicher Form, d. h. in Gestalt geschwulstartiger, verhältnismäßig gutartiger, entzündlicher Neubildungen, auftreten kann wie beim Rind und nicht immer von vornherein eine Neigung zu raschem Weitergreifen an den Tag legt. Die mitgeteilte Beobachtung läßt ferner entnehmen, daß man sich bei der Untersuchung derartiger Geschwülste nicht damit begnügen soll, nur wenige Präparate anzufertigen, sondern daß man aus verschiedenen Tiefen der Neubildung Serien- oder Stufenschnitte herstellen soll. Schließlich mahnt der Fall zu einer gewissen Vorsicht beim Gebrauch von Holzzahnstochern. (M. m. W. 1920 Nr. 36.)

### Krankheitsbilder.

**Ueber Eigentümlichkeiten des Herpes zoster (Rezidive, Kombination mit Fazialislähmung, Äquivalente).** Von Dr. Arthur Stern, Nervenarzt in Charlotteburg. J. S., 48 Jahre, verheiratet, Neuropath (mit hereditärer Belastung). Wegen allgemein neurasthenischer Beschwerden seit langem in ärztlicher Behandlung. Obj. 4. 11. 1919: Nervöser Habitus, Sprachüberstürzung, Puls labilität, leichter Halsmuskeltic. Topalgien am Schädel, Abdomen usw. Uebrigens Nervensystem, innere Organe ohne Besonderheit. 6. 11.: Herpes zoster an rechter Gesäßseite. Gibt an, seit vielen Jahren, in der Regel alle 4 Wochen, an Herpeseruptionen am Gesäß, seltener an andern Körperteilen: Lippen, Mundschleimhaut usw. zu leiden. In der Zwischenzeit mehrfach Knötchenbildungen (Drüsen?) an Hals und Nacken ohne gleichzeitigen Herpes. Mitte 12.: Herpeseruption an rechter Gesäßseite. 9. 1. 1920: Kleine Herpeseruption am harten Gaumen links von Mittellinie, mit Schwellung der Halsdrüsen links. 13. 1.: Parese im linken Fazialis. 15. 1.: Fazialislähmung komplett, starke Schmerzen, Temperatur 36,8°. Später: Part. E. A. R. Rascher Rückgang der Lähmung in etwa 6 Wochen Herpes am Gaumen heilt langsam ab. (Patient will ähnliche Affektionen im Mund schon öfter beobachtet haben.) 28. 1.: Herpes zoster an rechter Gesäßseite. 26. 2.: Drüsenschwellung an rechter Halsseite, ähnlich schmerzhaft wie am 9. 1., ohne Zosterbildung. Allgemein nervöse Klagen. (Das gleiche Symptomenbild

wurde noch mehrfach beobachtet.) 3. 3.: Drüsen am Hals verschwunden. Herpes an rechter Gesäßseite, usw. — Dieser Fall ist in mehr als einer Hinsicht bemerkenswert. Der Herpes zoster ist, das steht wohl heute fest, eine akute, spezifische Infektionskrankheit des Nervensystems, die sich klinisch durch Bläschenruption, häufig Neuralgien im Verlauf einer oder mehrerer Nervenwurzeln, Drüsenschwellungen, mitunter Fieber bis 39°, allgemeine Abgeschlagenheit, Lymphozytose des Liquors, anatomisch, soweit bisher nachgewiesen, durch eine hämorrhagische Entzündung in den Spinalganglien oder ihrer Analoga äußert. Nach übereinstimmenden Erfahrungen tritt die Zostererkrankung epidemisch, sogar ansteckend auf. Und aus der Tatsache, daß sie selten bei einem Menschen häufiger als einmal beobachtet wird, hat man auf eine Immunität nach einmaligem Befallensein geschlossen. Zosterrezidive sind nach den Literaturangaben nur vereinzelt beschrieben worden. Nach Blaschko freilich hat bei der geringen Häufigkeit des Herpes zoster ein Mensch kaum Aussicht, 2mal von der Erkrankung befallen zu werden. Der oben beschriebene Fall ist ein seit Jahren periodisch und häufig wiederkehrendes Zosterrezidiv mit meist gleicher Lokalisation an der rechten Gesäßseite, aber auch andere Körpergegenden (Lippen, Mundschleimhaut) befallend. Vor Jahren sah Verf. einen ähnlichen Kranken, der gleichfalls in kurzen Intervallen von einer unangenehmen Zostereruption in der Kreuzgegend befallen wurde. Solche periodischen Zosterbildungen sind selten beobachtet, und für ihre Entstehung wird man nicht umhin können, moderne Immunitätsbegriffe bzw. das Fehlen von Immunstoffen bei solchen Kranken zu Hilfe zu nehmen. (Sonst gehört nach Verf.s Erfahrungen der Herpes zoster zu den Erkrankungen, die häufig ärztlicher Beobachtung entgehen. In Fällen schwerer Neuralgie mit sonst ungeklärter Aetiologie z. B. gelingt die Feststellung eines vorausgegangenen, bis dahin übersehenen Herpes zoster sehr häufig mühelos. Der Kranke selbst sieht die Bläschenbildung häufig als Kunstprodukt der antineuralgischen Therapie an!) An obigem Fall ist in 2. Linie bemerkenswert die Kombination des Herpes mit Fazialislähmung. Sie ist hier in Verbindung mit einer Zostereruption im 2. Trigeminusast der gleichen Seite aufgetreten. Kombination von Herpes im Quintusgebiet und Fazialislähmung ist nach der Literatur in einer Reihe von Fällen beobachtet worden, und zwar sowohl der gleichen, aber auch der anderen Gesichtseite; auch Zoster mit Augenmuskellähmung und Befallensein ganz entfernter motorischer Gebiete ist beschrieben: ein Beweis, daß man bei der Kombination von Herpes N. trigemini und Fazialislähmung nicht unbedingt ein Uebergreifen der Noxe durch Anastomosen, Kontakt oder dergleichen vom Trigeminus auf den Fazialis

anzunehmen braucht, sondern daß die gleiche infektiöse Schädlichkeit sensible und motorische Gebiete in gleicher Weise zu befallen imstande ist. Weist schon diese Tatsache darauf hin, daß die Zosterbildung, d. h. die Hautaffektion, nur ein Symptom der eigentümlichen Infektionskrankheit, des idiopathischen Herpes zoster, darstellt, so ist weiter bekannt, daß diese Zosterbildung (als sogen. deuteropathische Form) häufig genug als sekundäres Symptom aus allen möglichen Anlässen beobachtet wird. Es gehören hierher die Zosterfälle bei Intoxikation mit Arsen, Kohlenoxyd, Morphin, Ergotin, Blei usw., ferner bei Stoffwechselstörungen (Gicht), bei Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Scharlach, Pneumonie, Malaria usw.), ferner bei Tabes, bei Wirbelerkrankungen (Karies, Karzinom) und vor allem bei mechanischen Traumen, die den Nerven oder seine Wurzel treffen. Das Zosterexanthem, die Hautaffektion der als Herpes zoster bezeichneten Erkrankung, ist aber nur als ein rein symptomatisches Gebilde aufzufassen. Es scheint nun, als ob dieses Exanthem gelegentlich bei genuiner Zostererkrankung auch einmal fehlen könnte. Wenigstens deuten hierauf die Knötchen- bzw. Drüsenbildungen, die in dem eingangs berichteten Fall, teils gemeinsam mit Zosterbildung, teils aber auch ohne solche zu beobachten waren. Daß die Drüsenanschwellungen bei Herpes zoster nicht, wie Lesser annimmt, sekundär durch die Aufnahme infektiöser Stoffe von der erkrankten Haut aus, sondern als Ausdruck einer Allgemeininfektion entstehen, dafür scheint auch die kürzlich gemachte Beobachtung bei einem Soldaten zu sprechen, der bei einem typischen Zoster des N. frontalis der rechten Seite Drüsenanschwellungen nicht nur der rechten, sondern auch der gesunden linken Seite aufwies. Verf. meint nun, daß solche Drüsenanschwellungen, wie der eingangs beschriebene Fall lehrt, mit den charakteristischen Allgemeinerscheinungen der Abgeschlagenheit usw., auch ohne charakteristische Herpeseruption als Herpes-„Äquivalente“ auftreten können. Solche Äquivalente, zu denen dann auch die motorischen Lähmungen bei Zostererkrankungen zu rechnen wären, müßten ähnlich wie z. B. eine Scharlachnephritis ohne nachweislich vorausgegangene Scharlacherkrankung aufzufassen sein. Und der Gedanke, daß eine Reihe peripherisch-motorischer, z. B. Fazialislähmungen, die unter dem Bilde einer infektiösen „rheumatischen“ Erkrankung verlaufen, ferner Fälle echter, aber ungeklärter Neuralgie, als solche Zosteräquivalente (ohne Zosterexanthem), d. h. als Erkrankungen auf einheitlicher infektiöser Grundlage vielleicht gleichfalls mit dem anatomischen Sitz in den Spinalganglien oder ihrer Analoga aufzufassen wären, würde, wenn auch weitere Beobachtungen dies bestätigen, mehr als eine bloße Hypothese sein.

(D. m. W. 1920 Nr. 30.)

### **Symptomatologisches.**

**Das Blutharnen bei Grippe.** Von Dr. B. Goldberg (Wildungen). Wenn auch die Harnwege nicht so oft von der Influenza in Mitleidenschaft gezogen werden wie etwa der Magendarmkanal, so beweist doch die Tatsache, daß Verf. allein, im Laufe der 4 Pandemien 1918 bis 1919 freilich, 30 Fälle von Grippe-Blutharnen gesehen hat, daß die Harn Grippe nicht so selten ist wie ihre Beschreibung. Die Sache verlief meistens so: Die Kranken werden von der Grippe befallen, wie alle Welt. Nach einigen Tagen fällt ihnen auf, daß sie alle Augenblicke unter Schmerzen harnen müssen; sie sehen, daß der Harn trübe kommt. Wieder ein paar Tage, und der Urin kommt rot, blutig. Nicht immer geht dem Ausbruch der Hämaturie ein „Blasenkatarrh“, diesem wiederum der Grippeanfall um einige Tage voraus; einige Kranke überfiel Fieber, Harn-drang, Blutharnen gleichzeitig heftig und unvorhergesehen, wie „ein Blitz aus heiterem Himmel“. Das Blut zeigte sich entweder nur am Schluß der Harnentleerung, so zwar, daß der letzte Guß rot war, oder die ganze Harnentleerung von Anfang bis zu Ende war blutig gefärbt; letzteres war seltener. Immer wies die mikroskopische Untersuchung des Urins nach, daß es sich nicht um reine Hämaturie, sondern um Koexistenz von Pyurie handelte. Einmal sah Verf. im Zystoskop während der Blutung, daß es aus dem einen Nierenbecken blutete; im übrigen verboten die heftigen Entzündungserscheinungen eine Zystoskopie, während es noch blutete. Nachher hat Verf. jedoch in etwa 10 Fällen durch Zystoskopie eine diffuse, starke, vorwiegend um die Ostia ureterica lokalisierte Zystitis mit kleinen und großen Erosionen feststellen können. In einigen Fällen war auch deutlich zu sehen, daß die Ureteren Flocken und Bröckchen ausstießen. Daß es sich stets um eine deszendierende, perrenale, hämatogene Pyelozystitis handelte, dafür sprechen außer der Lokalisation noch 2 gewichtige Gründe. Erstens war in keinem der Fälle eine äußere perurethrale Quelle der Urininfektion vorhanden gewesen: alle waren nie berührt. Zweitens bestand in fast allen daraufhin untersuchten Fällen (vor oder nach Ablauf der Blutung) wahre Albuminurie. Ueber die Differentialdiagnose sei nur bemerkt: Wenn typische Grippe den Reigen der Erscheinungen eröffnet und mitten im Fieber das Blutharnen beginnt, sind Irrtümer kaum möglich; aber es gibt auch atypische Influenza mit Pyelozystitis. Alsdann müssen alle sonstigen Ursachen der Hämaturie — besonders Tuberkulose, Tumor, Calculosis — mit den Behelfen der modernen Urologie ausgeschlossen werden. Wichtig ist vor allem, daß das Blutharnen bei Grippe nebst der zugrundeliegenden Entzündung ausheilt, vorausgesetzt,

daß es richtig behandelt wird. Wohl mag das Bluten von selbst sein Ende finden; die Pyelozystitis, die es verursachte, bleibt, sich selbst überlassen, ungeheilt. Die Behandlung ist einfach. Solange das Fieber währt, Schmerzen und Bluten heftig sind, soll Patient das Bett hüten und reichlich warmen Tee trinken. Danach nehme er große Dosen von Salizyl- und Hexamethylentetramin-Präparaten zusammen; Aspirin allein und Urotropin allein nutzen wenig. Salol-Hexamethylentetramin ana 10,0, Ol. menth. pip. gtt. XX. 3 mal täglich  $\frac{1}{2}$  Teelöffel; oder 8—12 Hexaltabletten; oder abwechselnd alle 2 Stunden 1 Urotropin- und 1 Salipyrin-tablette. Instillationen von 10—20 ccm 1—5% iger (wohlgemerkt prozentiger) Albarginlösung alle 2 Tage in die Blase beschließen die Behandlung und vollenden die Heilung. Wenn der Katheterharn frei von Mikroben, frei von Erythrozyten und Leukozyten und frei von Eiweiß ist, darf man den Patienten entlassen. (D. m. W. 1920 Nr. 22.)

**Brütt: Pseudoappendizitis und Pseudoperitonitis bei Grippeerkrankungen.** In einer Reihe von mittelschweren bis schweren Grippefällen konnte das ausgesprochene Bild einer akuten Appendizitis bzw. Peritonitis beobachtet werden. In den Fällen, wo die Lungenerscheinungen in den Hintergrund traten, war die Entscheidung, ob eine echte Appendizitis vorlag, unter Umständen recht schwierig. Als Ursache für diese Erscheinung kommen für einen Teil der Fälle Rektushämatome in Frage, die je nach den Erfahrungen der Pathologen auffallend häufig sich bei der Grippe finden. In den Fällen, wo keine Hämatome nachweisbar sind, handelt es sich wohl um Interkostalneuralgien der Bauchwandnerven infolge gleichzeitiger Grippepleuritis.

(Aerztl. Verein Hamburg, 29. VI. 20.)

### **Kasuistisches.**

**Uebergang eines Falles von Diabetes insipidus in Myxödem.** Von San.-Rat L. Strauß (Biebrich). Ein Junge von 9 Jahren erkrankte an Diabetes insipidus. Die Urinmenge betrug durchschnittlich 7 l pro Tag, der Junge magerte ab und klagte über starken Durst. In der Schule kam er gut vorwärts. Im 13. Jahre ließen Urinmenge und Durst allmählich immer mehr nach, gleichzeitig aber blieb der Junge in der Schule zurück, er wurde unförmlich dick, das Wachstum hörte auf, er war schläfrig, so daß er stets bei der Arbeit einschief. Schließlich bot er im 15. Jahre das Bild des Myxödems, während die Urinmenge normal geworden, der Diabetes insipidus also geheilt war. Er erhielt jetzt Schilddrüsen-tabletten. Die Schläfrigkeit schwand, das Aussehen wurde normaler,



das Wachstum setzte wieder ein, eine Stelle in einem Bureau konnte er gut versehen. Im 20. Jahre führte eine Lungenentzündung den Tod herbei; Sektion wurde nicht gemacht. Wir haben hier also einen Fall von Diabetes insipidus, der unter Zurückgehen des Diabetes in Myxödem überging. Diabetes insipidus und Myxödem sind hier nicht etwa als 2 miteinander in keiner Verbindung stehende Krankheiten anzusehen, sondern das Schwinden der einen Störung steht mit dem Auftreten der anderen in direkter Verbindung. Denn je mehr der Diabetes insipidus zurücktrat, um so mehr trat das Myxödem in Erscheinung. Einen ähnlichen Fall hat Verf. in der Literatur nicht finden können. Wie ist nun dieser Fall zu erklären? Der Diabetes insipidus wird wohl jetzt allgemein als eine Erkrankung aufgefaßt, welche durch einen auf die Pars intermedia der Hypophyse einwirkenden Reiz und dadurch bedingte Ueberfunktion der Pars intermedia entsteht. Als Reiz auf die Pars intermedia können die verschiedensten Dinge wirken. Soluetische Geschwülste oder Veränderungen durch Meningitis basilaris syphilitica, bei denen Diabetes insipidus häufig auftritt, oder andere Geschwülste des Vorderlappens der Hypophyse, solange die Geschwulst auf die Pars intermedia als Reiz wirkt. Und in obigem Falle könnte man annehmen, daß von vornherein die Schilddrüse hypoplastisch war und daß der Vorderlappen der Hypophyse vikariierend für die Schilddrüse eintrat. Der Vorderlappen wurde dadurch hypertrophisch und vergrößert. „Ausfall oder die Einschränkung der Funktion der Schilddrüse haben eine Hypertrophie der Hypophyse zur Folge, eine durch Hyperplasie der Drüsenzellen bedingte Volumsvergrößerung des Hypophysenvorderlappens.“ (Biedl.) Der vergrößerte Vorderlappen der Hypophyse wirkte dann als Reiz auf die Pars intermedia und verursachte so den Diabetes insipidus. Dann aber atrophierte der übermäßig in Anspruch genommene Vorderlappen, jetzt fiel der Reiz immer mehr weg, und damit ging der Diabetes insipidus zurück, aber es erschien immer deutlicher das Myxödem, welches durch den vikariierend eintretenden Vorderlappen der Hypophyse bis dahin verhütet war. „Das harmonische Wechselspiel innerer Drüsen macht es wahrscheinlich, daß die Funktionsstörung einer endokrinen Drüse auch solche anderer nach sich zieht. Es ist anzunehmen, daß zunächst kompensatorische Ausschläge in positiver Richtung hier erfolgen, später dann negative als Erschöpfungsfolgen.“ (Brugsch.) „Daß Hypophyse und Schilddrüse in innigen Wechselbeziehungen stehen, beweisen noch folgende Angaben aus der Literatur: „Es wäre heute anzunehmen, daß sich Thyreoidea und Hypophyse in gleichem Sinne beeinflussen.“ (Kocher.) „Zunahme der Hypophyse oft bis auf das Doppelte

nach Thyreoidektomie.“ (Brugsch.) Die Hypophyse wurde in einigen Fällen von Myxödem vergrößert nachgewiesen. (Scholz.) Beteiligung der Hypophyse im Sinne einer Unterfunktion bei Basedow. (Hofstätter.) Wir würden also aus obigem Falle folgende Schlüsse ziehen können: Schilddrüse und Hypophyse beeinflussen sich in gleichem Sinne. Ausfall oder die Einschränkung der Funktion der Schilddrüse haben eine Hypertrophie und Vergrößerung des Hypophysenvorderlappens zur Folge. Der vergrößerte Vorderlappen der Hypophyse kann durch Druck und dadurch ausgeübten Reiz auf die Pars intermedia Diabetes insipidus hervorrufen.

(D. m. W. 1920 Nr. 34.)

**Pleuraempyem mit Diphtheriebazillen.** Von Dr. Waldemar Goldschmidt (Aus der I. chirurgischen Universitätsklinik in Wien). R. P., 3 jähriges Mädchen, wurde uns am 23. 4. 1920 von der Kinderklinik unter der Diagnose: Pneumonie, Empyem der linken Pleurahöhle, zwecks Operation zugeführt. Ein Auszug aus der dortigen Krankengeschichte erwähnt, daß eitriger, dickflüssiger Ausfluß aus der Nase den Verdacht auf Nasendiphtherie erweckte, dem Kinde wurden deshalb am 9. 4. 1920 2000 AE-Serum eingespritzt, obwohl der bakteriologische Befund (bakterioskopisch und kulturell) negativ war und blieb. Am 14. 4. setzte eine linksseitige Lungenentzündung ein, welche am 16. 4. zur vollkommenen Verdichtung des linken Unterlappens führte. Am 20. 4. Pleuritis, am 23. 4. ergab die Probepunktion reichlich dünnflüssigen Eiter. Bei der Uebernahme Temperatur 37,5, Puls 140, Pat. in elendem Zustande. Punktion mit dem Troikart im 8. linken Interkostalraum hinten und Anbringung einer Heberdrainage nach Bülau. Das Kind erholt sich nicht mehr und stirbt nach 36 Stunden. Die bakteriologische Untersuchung des Empyemeters ergibt im Ausstrich Streptokokken und Stäbchen vom Typus Diphtherie, kulturell Diphtheriebazillen. Das gleichzeitige Vorkommen von Streptokokken und Löffler-Stäbchen gehört zu den geläufigen Erfahrungen. Hervorzuheben ist nur das Vorhandensein von echten Diphtheriebazillen im Empyemeter, zumal im Nasensekret trotz des dringlichen Verdachtes der Beweis ihrer Anwesenheit nicht erbracht werden konnte.

(W. kl. W. 1920 Nr. 38.)

**Riß im Scheidengewölbe intra coitum 6 Wochen post partum.** Von Dr. Voltolini (Naumburg a. B.). Am 22. 11. v. J. wurde Verf. nachts zu der Ehefrau des Maurers J. in Ch. gerufen, bei der, wie die Hebamme sagen ließ, eine lebensgefährliche Blutung aufgetreten wäre; um eine Entbindung handele es sich nicht. Verf. fand die 38 jährige Frau fast pulslos mit kühlen Extremitäten, tiefgelagertem

Kopf, die Bettunterlagen blutdurchtränkt, auch vor dem Bett eine Blutlache. Die Hebamme berichtete, daß Frau J. vor 6 Wochen normal entbunden habe, daß inzwischen keinerlei Störungen aufgetreten wären, und daß sie soeben eiligst gerufen sei, weil aus ihr völlig unbekanntem Ursachen eine enorme Blutung aufgetreten wäre; sie habe diese durch Ausstopfung der Scheide mit Watte- kugeln notdürftig zu stillen versucht. Da diese inzwischen völlig durchblutet waren, entfernte Verf. sie, um sich vor allem über die Ursache der Blutung zu orientieren, immer in der Annahme, daß es sich um eine mit der vorausgegangenen Entbindung irgend- wie zusammenhängende Blutung aus der Gebärmutter handelte. Er fand jedoch diese fest kontrahiert, den Muttermund geschlossen, im hinteren Scheidengewölbe aber einen weitklaffenden Riß, durch den der Finger in eine mit Blutgerinnseln ausgefüllte Höhle kam, aus der es stark blutete. Nach Freilegung der Scheide drainierte Verf. sofort die blutende Stelle fest mit Jodoformgaze, ebenso die ganze Scheide und wartete vorläufig ab, um, falls die Blutung nicht zum Stillstand käme, den Riß freizulegen und zu nähen. Dies wurde jedoch nicht nötig, und der Riß heilte sogar ohne Eiterung. Ueber die Entstehung der Blutung ergab sich Folgendes: Der Ehemann hatte plenus alkoholi an der heftig widerstrebenden Frau den Koitus forciert, diese hatte dabei plötzlich einen inten- siven Schmerz im Leibe gefühlt, und gleich darauf ergoß sich zur Ueberraschung des ernüchterten Ehemannes eine starke Blutung aus den Geschlechtsteilen. — Die Erklärung des Vorganges kann nur die sein, daß bei der immerhin älteren Frau durch die 6 Wochen vorher erfolgte Entbindung Zervix und Scheidengewölbe noch auf- gelockert und nachgiebig waren und die normale Elastizität noch nicht wiedererlangt hatten, daß durch die Widerstandsbewegungen der Frau, die sich intra coitum aufzurichten versuchte, die Scheiden- wände eine außergewöhnliche Spannung annahmen, und daß da- durch die Scheide im Scheidengewölbe rupturierte. Vielleicht hatte auch außerdem eine 3 Jahre vorher erfolgte Entbindung hierfür prädisponierende Momente irgendwelcher Art hinterlassen.

(Ther. d. Gegenw. Sept. 1920.)

### Diagnostisches.

**Zur Diagnostik der Zahnneuralgien.** Von Geh. San.-Rat Dr. H. Kron (Berlin). Kranke Zähne sind nicht selten die Ursache einer Trigemimusneuralgie. Aber die Frage, ob diese im gegebenen Falle von ihnen herrührt, ist nicht immer leicht zu beantworten. Der Schmerz braucht gar nicht an den Zähnen selbst empfunden zu werden, oder es werden unrichtige bezeichnet. Dann legen

die psychogenen Schmerzen der Diagnose Fallstricke, besonders wenn die Zähne nicht einwandfrei sind. Man sollte sich nun vor Irrtümern dadurch schützen können, daß man, von gewissen Ausnahmen abgesehen, die von vornherein einen dentalen Ursprung ausschließen, in jedem Fall von Trigeminusneuralgie auch eine Zahn- und Kieferuntersuchung vornehmen läßt. Das ist gewiß zu empfehlen. Aber die gewöhnlichen Methoden decken nicht immer die schuldige Quelle auf, und das Röntgenverfahren belehrt uns wohl über Neubildungen an den Wurzeln (Granulome, Zementhypertrophie), Wurzelreste (nach Extraktionen), Kalkeinlagerungen in der Pulpa (Dentikel), Zysten, Sklerose der Kieferknochen, retinierte Zähne u. a., was Neuralgien hervorrufen kann; bei ihrer häufigsten Ursache, der Pulpaentzündung, versagt sie. Wenden wir uns zunächst zu den Fällen, in denen die Neuralgie an ihren Ursprungsstätten, den Zähnen, nicht gefühlt wird. Hier schien ein fester Halt zu winken, als Head in den 90er Jahren seine Lehre bekannt gab. Bei Erkrankungen innerer Organe sollten sich auf der Haut abgegrenzte, überempfindliche Zonen mit Maximalpunkten ausbilden. In letztere sollte der Kranke seine Schmerzen verlegen. Auch für die Zähne wurden solche Zonen beschrieben. Bei der Nachprüfung der Angaben Heads sollte man allerdings daran denken, daß er selbst ein gesetzmäßiges Auftreten seiner Zonen nicht annimmt. Während einer Neuralgie könne eine Zone mehr oder weniger empfindlich sein. Die Hyperästhesie entwickle sich aber erst, wenn die Neuralgie mehrere Stunden gedauert habe. Ist dann aber eine weitere Ausbreitung des Schmerzes eingetreten, so verwischen sich die ursprünglichen Grenzen. Es kommt also auch auf die Zeit an, in der die Untersuchung vorgenommen wird. Verf. hat diese Weisungen berücksichtigt, es ist aber nur zu einem Teile gelungen, die Angaben Heads zu bestätigen. Eine hyperästhetische Zone hat Verf. bei dentalen Trigeminusneuralgien nicht gefunden, wohl aber einige den Maximalpunkten ähnliche Stellen, die als Sitz der Schmerzen bezeichnet wurden. Da ist in erster Linie der Ohrschmerz zu nennen. Er verbindet sich oft mit einem Schmerz in der Schläfe, der auch, aber seltener, allein auftritt. Diese Neuralgie sollte immer die Aufmerksamkeit auf die beiden vorderen unteren Molaren, besonders den zweiten, lenken, wenn ein Ohrleiden auszuschließen ist. Der Reflex spielt sich hier in den Endausbreitungen des Nervus auriculotemporalis ab. Head bezieht den Ohrschmerz auch auf die beiden genannten Zähne. Er erwähnt aber den Schläfenschmerz für diese Fälle nicht, hält ihn vielmehr für den 2. oberen Prämolaren bereit. Verf. hat diesen Schmerz allein gelegentlich auch bei Erkrankung der oberen Weisheitszähne angetroffen. Bestätigen kann er da-

gegen den Schmerz „im Schlund“ und unterhalb des Unterkieferwinkels bei Störungen an den unteren Weisheitszähnen. In einem Fall bahnte er den Weg zur Diagnose. Der Kranke hatte längere Zeit über einen heftigen Schmerz in der Höhe des Scheitels, etwa  $\frac{1}{2}$  cm von der Mittellinie, geklagt. Beim Befragen ergab sich, daß zu Anfang auch ein geringeres Schmerzgefühl unter dem Unterkieferwinkel bestanden hatte. Der Ort entsprach ungefähr dem Maximalpunkt der oberen Laryngealzone Head's. Dadurch wurde der Verdacht auf den unteren Weisheitszahn gelenkt, der eine Goldkrone trug, aber nie geschmerzt hatte. Nach ihrer Entfernung fand sich eine stark eiternde Höhle. Der Zahn wurde extrahiert, und unmittelbar darauf verschwand der Scheitelschmerz. Es gibt also gewisse reflektorische Beziehungen zwischen Zähnen und anderen Bezirken des Trigeminus und auch zu den Nn. occipitales und bei weiterer Ausbreitung zu noch entlegeneren Distrikten, sie spielen sich aber im allgemeinen nicht in dem von Head gezeichneten Schema ab. Selbstverständlich würde auch da, wo wir einen dentalen Ursprung der Neuralgie voraussetzen, nur eine genaue zahnärztliche Untersuchung die Entscheidung zu treffen haben. Wir stoßen dabei nicht selten auf Widerstand beim Kranken, der an die Zähne zunächst nicht glauben will, besonders wenn der Schmerz von seiner Ursprungsstätte so weit entfernt liegt, wie der Ohrschlächenschmerz. Versagen die gewöhnlichen Methoden und ist der Verdacht dringend, so wird man sich nicht scheuen, eine noch so gut liegende Füllung anzubohren oder eine Metallkrone zu entfernen, um die Pulpa zu untersuchen. Nicht jeder kranke Zahn braucht also zu schmerzen, aber auch nicht jeder schmerzende Zahn ist krank. Können wir dort kranke Zähne übersehen, so laufen wir hier Gefahr, gesunde zu opfern. Solche Lage wird besonders durch die psychogenen Schmerzen geschaffen. Die Kranken drängen zu operativen Maßnahmen. Ist aber die Extraktion eines bestimmt als Ausgang des Leidens bezeichneten Zahnes vorgenommen (leicht wird sich der konservativ geschulte Zahnarzt dazu nicht entschließen), so wird schon wieder auf den nächsten Zahn hingewiesen. Man lasse sich aber dadurch nicht gleich zur Diagnose „Hysterie“ verleiten. Es gibt Fälle, in denen sich die Kranken nur irren. Der andere Zahn ist wirklich der schuldige, obwohl er es in seinem Aeußern nicht verrät. Die psychogenen Schmerzen sind im allgemeinen recht charakteristisch. Sie sind von geringerer Stärke als die anderen dentalen Schmerzen, sie werden schon von einem nur mäßigen echten sinnlichen Schmerz überboten, verraten auch dadurch ihre Eigenart, daß sie eine unverhältnismäßige Rückwirkung auf das Gemüt und die Leistungsfähigkeit ausüben. Sie haben nicht den wellenförmigen Charakter

und das Auftreten in Anfällen, sind anhaltend und binden sich nicht an anatomisch begrenzte Nervengebiete, strahlen vielmehr nach allen möglichen Richtungen hin aus, wechseln den Ort, gehen von einer Gesichtshälfte auf die andere über, befallen auch wohl beide zugleich. Die Kranken vermeiden keine Gesichtsbewegung, haben durch Kauen manchmal sogar Erleichterung. Sie fühlen und drücken oft mit den Fingern im Munde und an den Zähnen herum und sind durch seelische Einflüsse von ihren Beschwerden abzulenken. Anders die reflektierten Schmerzen. Sie tragen ganz das Gepräge der Neuralgie, der An- und Abstieg ihrer Kurve ist aber mehr oder weniger allmählich, ihr Gipfel stumpf, im Gegensatz zu der genuinen Trigeminusneuralgie, die steil anhebt, ebenso jäh wieder fällt und einen spitzzackigen Scheitel trägt. Zwischen den Anfällen liegen Pausen. Sie sind aber bei den reflektierten Neuralgien kürzer, fehlen auch wohl ganz. Bestimmte Distrikte der Nerven und die Einseitigkeit des Auftretens werden von beiden Formen innegehalten. Die dentale Neuralgie bindet sich aber bei längerem Bestehen nicht an die anfänglichen Grenzen. Sie strahlt vielmehr, wie wir gesehen haben, auch in andere Nervengebiete aus. Die schweren Zustände der genuinen Trigeminusneuralgie, in denen die Kranken ängstlich bemüht sind, jede Gesichtsbewegung, auch das Kauen zu vermeiden — ruft doch selbst die Berührung der Barthaare oder leichtes Streichen der Haut einen Anfall hervor —, rühren nie von den Zähnen her. Aber es gibt Abstufungen, die Schwierigkeiten machen können. Zu beachten ist hier, daß genuine Trigeminusneuralgien bei jugendlichen Individuen höchst selten, im kindlichen Alter wohl nie vorkommen. Für den dentalen Ursprung der Schmerzen spricht es aus leicht ersichtlichem Grunde wieder, daß sie aufflackern oder sich verstärken, wenn der Kranke sich niederlegt. Daß wir bei der Ergründung der Quelle einer in den Zähnen gefühlten Neuralgie auch an die exzentrischen, die menstruellen, die toxischen (unter den „Bromismen“ spielt auch „Zahnreißen“ eine gelegentliche Rolle), die diabetischen (sie bevorzugen den 3. Ast und sind oft doppelseitig), die Malaria-Neuralgien u. a. zu denken haben, bedarf keiner Betonung.

(D. m. W. 1920 Nr. 19.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Die Chloroformbetäubung des praktischen Arztes.** Von Geh. San.-Rat Dr. Hermann Frank (Berlin). „In der Lehre von der Allgemeinbetäubung sind die Bemühungen um die zweckmäßigste Anwendungsform ihrer Mittel im Einklang mit ihrer

wissenschaftlichen Begründung zu einem gewissen Abschluß gekommen. In dem Wettstreit zwischen Chloroform und Aether scheint dabei der letztere den Vorrang gewonnen zu haben. Wieviel hierbei auf die größere Bequemlichkeit in seinem Gebrauch, welcher die angespannte Beobachtung des Pulses zur Ueberwachung der Herzkraft ersparen soll, kommt, mag dahingestellt sein, namentlich für diejenigen, welche für alle üblen Ereignisse nicht so sehr die Unzulänglichkeit und die mangelhafte Aufmerksamkeit des Betäubenden, als vielmehr das „Gift“ in erster Linie verantwortlich machen möchten. Die großen Anstalten haben die peinlich genau tropfenförmig mischenden und verabreichenden Einrichtungen aufgestellt, deren Handhabung die Kunst des Betäubens zu verflachen und das Gefühl der eignen Verantwortlichkeit abzustumpfen droht. Die Ruhighaltung der aufgeregten Patienten besorgen Fesselungen, für welche die Preisbücher der Instrumentenmacher immer sinnreichere Vorrichtungen aufführen. Der praktische Arzt im Getriebe des täglichen Lebens hat für die, wie es scheint, im allgemeinen von ihm bevorzugte Chloroformbetäubung kaum etwas für sich gewonnen. Die alte Esmarchsche Maske auf das Gesicht gedrückt, nach einem schwachen Anlauf tropfenförmiger Anwendung zu eigener Beruhigung, dann in der Ungeduld der raschen Arbeit möglichst vollgegossen, und zum Ersatz für kunstvolle Fesselung einige handfeste Nachbarn zu Hilfe gerufen, welche im Ringkampf mit dem tobenden Patienten ihn und sich erschöpfen, das ist wohl noch heute das allgemein übliche Verfahren — draußen, fern vom wohlgeordneten und reichbedienten Krankenanstaltsbetriebe. Und doch, wie wenig gehört dazu, um dies häufig so unerfreuliche Bild vollkommen umzugestalten, wenn man sich nur einmal klarmacht, was eigentlich diese ungeheure Aufregung hervorruft, um ihr zu begegnen, noch mehr, um die Chloroformbetäubung einer ihrer Hauptgefahren zu entkleiden und ihre unangenehmen Nachwehen abzuschwächen. Denn, sehen wir ab von der ihm als Gift wirklich von vornherein innewohnenden „inneren“ Gefahr, liegt eine im allgemeinen viel zu gering eingeschätzte „äußere“ Gefahrenquelle in der Ueberspannung der Herzkraft durch die gewaltige Nerven- und Muskelarbeit in der Aufregungsspanne. Den ersten Anstoß für sie gibt das Erstickungsgefühl — und daran ist schuld eine falsche Atmung —, dazu kommt dann die rauschartige Wirkung des Betäubungsmittels, welches triebartig den Drang auslöst, gegen jeden Zwang anzukämpfen und sich allen Hemmungen zu entziehen. Wenn aber nach dem bekannten griechischen Anfangsunterrichtssatz „der Rausch ein kleiner Wahnsinn“ ist, wie verträgt sich dann das übliche Festhalten und Niederzwingen mit der ersten Forderung der heutigen Irrenheil-

kunde, welche dem Rasenden jeden Reiz aus dem Wege zu räumen lehrt? Muß nicht jede Fesselung wie die längst in die Rumpelkammer verwiesene, verpönte Zwangsjacke wirken? — Um einen möglichst ruhigen Verlauf der Betäubung herbeizuführen, ergeben sich also 2 Bedingungen: Herstellung der richtigen Atmung und Ausschaltung jeglichen vermeidbaren Reizes während der Einleitungsspanne. Wie soll dem Patienten die richtige Atmung beigebracht werden? Die übliche, womöglich bei schon aufgelegter Maske gegebene Aufforderung „tief einzuatmen“ ist verkehrt. Denn der zu Betäubende soll mithelfen nicht bei der Einatmung, sondern bei der Ausatmung. Bekanntlich ist die Einatmung ein Vorgang, den die  $\text{CO}_2$ -Anhäufung im Blut automatisch auslöst, während die Ausatmung einem solchen primären Zwange nicht unterworfen ist. Sie kann so lange ausbleiben oder zurückgehalten werden, bis das durch  $\text{CO}_2$ -Anhäufung bedingte Einatmungsbedürfnis die dazu notwendige vorangehende Lungenentleerung erzwingt, aber in dieser Phase spricht der Wille in erster Linie bestimmend zur Regulierung im fördernden oder hemmenden Sinne mit. Will man also, um den zur Aufnahme des Chloroforms in das Blut möglichst günstigen Atmungsrythmus herzustellen, die willkürliche Atemtätigkeit zu Hilfe rufen, so ist es richtiger, alles Gewicht auf eine möglichst ergiebige Ausatmung zu legen, um Raum in der Lunge zu schaffen. Die Einatmung kommt ja dann von selbst nach. Den Patienten selber aber einzulernen auf die richtige eigene Betätigung, ist um so nötiger, weil er in dem Zustand der Verwirrung, in der ungewohnten Lage und in der ersten Zeit der Betäubung sich möglichst ungeschickt zu gebärden pflegt. Wirklich sieht man auch häufig genug, wie er folgsam auf die Weisung, tief einzuatmen, unter Vernachlässigung der nicht von selbst sich verstehenden Ausatmung, Einatmung auf Einatmung setzt, bis der Brustkorb in die äußerste Einatmungsstellung gerät, über welche hinaus ihn hinwegzubringen, er sich vergeblich bemüht. Das ist der Zeitpunkt, wo die entstehende Unruhe ihn zu den ersten Abwehrbewegungen verführt. Da aber die Patienten in ihrer Verängstigung umständlichen theoretischen Auseinandersetzungen kaum zu folgen verstehen, so soll man es ihnen lieber praktisch vormachen. Man stellt sich vor sie hin und zeigt ihnen die richtige Ausatmung, die aber nicht in dem gewöhnlichen ruhigen Auslassen der Luft bestehen soll, sondern in dem „Ausstoßen“ der gesamten zum Gaswechsel verfügbaren Binnenluft, wobei man sich also nicht mit der einfachen Bauchatmung begnügt, sondern den Brustkorb in die äußerste Ausatemungsstellung hinabzieht. Diese Vorübung wird freilich am besten vorgenommen, bevor die Empfänglichkeit der Patienten für alle guten Lehren angesichts der sonstigen Vor-



bereitungen zur Operation und durch die vorgelegte Maske beeinträchtigt ist. Erst wenn auf diese Weise die Atmung richtig in Gang gekommen ist, schleicht man sich nach bekannter Vorschrift in die Betäubung ein, indem man die Maske erst ganz allmählich aus der Entfernung her der Nase nähert und den Patienten an den Chloroformdunst gewöhnt. Und es ist nun ganz bezeichnend, wie die eindringlich gestellte „Aufgabe“ der richtigen Ausatmung seine Gedankenwelt so in Anspruch nimmt, daß sein Bewußtsein von all den peinigenden Eindrücken vor der Operation abgelenkt wird und er diese Atmungsart, häufig in lächerlich übertriebener, aber doch zweckfördernder Gestalt, in die eigentliche Betäubungsspanne fortsetzt. Derselbe günstige Einfluß zeigt sich auch alsbald in der Einwirkung auf den Puls. Vorher in der Aufregung klein und unregelmäßig, wird er in der wachsenden Betäubung trotz des Herzgiftes zunächst voller und ruhiger. Die 2. Forderung, Ausschaltung möglichst jeglichen vermeidbaren Reizes, erfüllen wir, indem wir grundsätzlich jede, auch die leiseste Berührung des Patienten, vor allem am Oberkörper und an den Armen, vermeiden und auch den Hilfskräften das Anfassen streng verbieten. Wir begeben uns damit allerdings während einer gewissen Zeit der Möglichkeit, den Puls an der Speichenader zu überwachen, auch die vom Anfänger mit solcher Vorliebe geübte Prüfung des Hornhautreflexes fällt weg, indessen ist in dieser Zeitspanne das Urteil über die Herzkraft durch das ganze Aussehen, das Verhalten der Gewebsspannung im Gesicht, die Färbung der Lippen, den Pupillenstand so sicher gegeben, daß man des Pulsfühlers — immer in dieser Zeitspanne! — sehr wohl entraten kann. Natürlich ist eins nicht zu umgehen, der Patient darf nicht vom Lager turnen, und diese eine, nicht zu vermeidende Festlegung besorgt am besten ein möglichst bei abgelenkter Aufmerksamkeit um die Mitte der Oberschenkel ganz eng angelegtes, straff angezogenes Tuch oder ein Riemen, welcher den Unterkörper an das Lager schlingt. Es ist erstaunlich, wie wenig der Patient sich eines solchen Zwanges bewußt wird, vermutlich, weil dieses Festhalten der Beine unter den gewöhnlichen Umständen des täglichen Lebens etwas so Ungewöhnliches darstellt, daß das getrübt Bewußtsein sich darüber gar nicht klar wird und es in seine Berechnung aufnimmt. Er zupft wohl hin und wieder an dem Band, läßt aber seine Hände bald davon, und seine Gedanken werden nur insoweit nach dieser Richtung hin abgelenkt, daß er z. B. in seine daneben befindliche Hosentasche fährt, sich mit der Geldtasche beschäftigt und dergleichen, aber den eigentlichen Zusammenhang dieses Anreizes als Hemmung mit seiner augenblicklichen Lage nicht erfäßt. Aeüßerst empfindlich ist er dagegen für jede

Berührung des Oberkörpers, des Gesichtes, der Arme, welche durchaus vermieden werden soll. Die Hauptschwierigkeit besteht dabei in der Handhabung der Maske, welche auch das Gesicht nicht berühren soll. Sie soll möglichst unauffällig der Nase zugeführt werden, am besten vom Kinn her, unter Vermeidung des Gesichtsfeldes. Auch hier ist bezeichnend, wie der Patient traumhaft wohl den vom Gesicht her wirkenden Reiz als etwas Fremdartiges fühlt, sich über das Wesen desselben und der Maske als Vermittlerin aber nicht klar wird. Er starrt mit weitgeöffneten Augen über sie weg, spricht auf die Umstehenden ein, greift auch nach dem Gesicht zu, aber es ist weniger die Maske, die in seinen Bewußtseinskreis eintritt, als daß er z. B. seinen Schnurrbart zwirbelt, weil dies ihm eine viel vertrautere Bewegung ist. Vorwiegend äußert sich seine Gegenwehr gegen den ihm fremden Zustand im allgemeinen, indem er mit den Armen um sich schlägt, mit dem Oberkörper sich vom Lager aufrichtet, nach den Seiten wendet und dergleichen. Und nun gehört dazu die Geschicklichkeit des Betäubenden, immer wieder auszuweichen, die Maske ihm nicht in die Hand geraten zu lassen, aber sofort mit ihr bald vor, bald hinter den Armen, von oben, von hinten her zurückzukehren, soweit die vor dem Gesicht herumfahrende Hand das Feld freigibt. Das Spiel der Maske erinnert an die lästige Fliege, welche dem Ruhesuchenden immer wieder zur Nasenspitze zurückkehrt, wenn sie von dort verjagt ist. Um die Hand vom Gesicht fortzulocken, kann man im Notfall durch Schmerzerregung an anderer Stelle, Kneifen der Brustwarze. Ziehen an den Haaren, sich Spielraum schaffen. Hat er die Maske doch in die Hände bekommen, so versucht man nicht erst, sie ihm aus der Hand zu winden, sondern benutzt eine zweite, stets vorbereitet zu haltende Maske, bis er die erste von selbst fallen läßt. Es ist auch ganz überflüssig, darauf zu dringen, daß er die Augen geschlossen hält, im Gegenteil, auch dieser Zwang oder ihr Zudecken ist für ihn ein Reiz mehr. Er sieht oder erkennt die Maske zum Schluß ja doch nicht, und das Umsichsehenkönnen ist im gewissen Sinne eine Beruhigung für ihn. Deswegen eignet sich für diese Art der Betäubung ganz besonders die Kochersche Maske, welche — aus anderen Gründen — die Augen frei läßt. Es kostet eine gewisse Selbstüberwindung, der Versuchung zu widerstehen und dem nach allen Seiten sich windenden, sich aufrichtenden, herumfuchtelnden Patienten nicht in den Arm zu fallen, ihn frei gewähren und sich austoben zu lassen. Aber erstaunlich rasch beruhigt sich der Patient unter diesen Verhältnissen, sinkt langsam auf das Lager zurück, um in tiefen Schlaf hinüberzugleiten, unerschöpft — wie auch der Arzt —, denn die von ihm gewaltsam angewendete

Muskelkraft kämpft nicht gegen Widerstände an, sondern zerfällt gewissermaßen in sich selbst. Und dem entspricht natürlich auch die geringe Inanspruchnahme des Nervensystems und der Herzkraft. Unter den vorbeschriebenen Verhältnissen kann von einer tropfenförmigen Verabreichung des Chloroforms nicht die Rede sein. Alles kommt darauf an, daß der Patient möglichst rasch und ohne Unterbrechung über die Aufregungsspanne hinweggebracht wird. Und dazu ist, zumal die Maske doch nicht gleichmäßig über dem Gesicht gehalten werden kann, immer ihre volle Durchtränkung nötig. Bei besonders erregten Patienten wird auch die zweite vorrätig gehaltene Maske zweckmäßigerweise gebrauchsfertig chloroformbeladen bereitliegen müssen. Und hier erhebt sich wohl der Haupteinwand gegen ein solches Verfahren. Die Menge des eingeatmeten Chloroforms mit seiner Gefahr ist unberechenbar, und man kann den Verbrauch wohl auch wirklich Verschwendung nennen. Gewiß! Indessen mit welchem Verfahren, und mögen die dazu verwendeten Einrichtungen noch so sinnreich — aber auch wieder kostspielig! — erdacht sein, haben wir es in der Hand, nicht die an die Lungen herangebrachte, sondern innerhalb der Alveolen in das Blut aufgenommene Chloroformmenge abzuwägen und danach ihre Giftwirkung abzustufen? Wissen wir doch, daß in der in den Alveolen stockenden Luft Chloroform aufgespeichert liegt, das alle Berechnungen aus der tropfenförmig zuwachsenden Menge über den Haufen wirft und dann bei der unter Umständen notwendig werden den künstlichen Atmung erst recht das Blut auf einmal übersättigen kann. Sorgen wir mit der oben geschilderten richtigen Atmungsweise nur dafür, daß neben dem Chloroform stets die genügende Menge freier Luft in die Lungen eintritt, die übrige aber weggeschafft wird, so bleibt die Frage offen, worin die größere Gefahr beruht: ob, um über dies Stadium hinwegzukommen, bei diesem natürlichen Gaswechsel während der kürzeren Einleitungsspanne nicht weniger Chloroformaufnahme in die Lungen nötig ist (wieviel von dem Aufgegossenen geht wirklich dabei ungebraucht in die Luft?) als bei jenem Verfahren, wo während des länger sich hinziehenden Vorstadiums mit der Zeit zwar die Gesamtmenge des verbrauchten Chloroforms vielleicht wirklich immer noch geringer ist, der Gaswechsel im Blut aber durch die gewaltige Muskel-tätigkeit und die sich aus dieser ergebenden Giftstoffe in anderer Weise belastet wird. Aber unser Verfahren soll ja auch nur für die Einleitungsspanne gelten, für die Fortführung der Betäubung mag jedes andere Verfahren, tropfenförmig, Ersatz des Chloroforms durch Aether oder sonst etwas an seine Stelle treten. Natürlich soll hier nicht Stellung genommen werden gegen die wissenschaftlich und praktisch wohlbegründeten sonst üblichen Verfahren,

die in den großen Krankenanstalten fast überall Bürgerrecht erworben haben. Hier handelt es sich ausdrücklich um den Notbehelf des praktischen Arztes, der kleineren Ambulatorien, wo eine Betäubung rasch und ohne immer bereitstehende Hilfsmittel gebraucht wird. Gewissermaßen als Probe auf die Rechnung mag das Befinden des Patienten nach dem Erwachen gelten. Ich habe durchaus den Eindruck, als ob es schneller erfolge; die Patienten finden sich trotz des größeren Chloroformverbrauches ungewöhnlich rasch nachher zurecht, was für die Sprechstundenpraxis seine Bedeutung hat, und auch das Gefühl der Müdigkeit und Zerschlagenheit mit den nachfolgenden Kopfschmerzen kommt kaum auf. Rechnet man noch hinzu, daß das Erstickungsgefühl eigentlich vollkommen abgeht und das Hinübergleiten in den Schlafzustand wohltuender empfunden wird, so wird man es begreiflich finden, wenn Patienten, welche Gelegenheit hatten, mehrfache Betäubungsarten kennen zu lernen, mit diesem besonders zufrieden waren. Von der Annehmlichkeit für den Chloroformierenden selbst, dessen Muskelkraft sich nicht mit der des Patienten zu messen braucht, gar nicht zu reden. Einige Worte noch über die Magenerscheinungen. Das Erbrechen gehört eigentlich in die hier behandelte Einleitungsperiode der Betäubung nicht hinein. Es tritt in der Zeit auf, wo der Patient aus der größeren Tiefe der Betäubung rückläufig sich dem Erwachen nähert, und kann bei geschickter Ausführung, welche die Betäubung immer in gleichmäßig richtiger Höhe hält, bei jedem Verfahren vermieden werden. Indessen scheint mir das oben geschilderte Verfahren auch eine geringere Behelligung der Magennerven während und nach der Betäubung mit sich zu bringen.“  
(M. Kl. 1920 Nr. 22.)

**Pathologie und Therapie der Tintenstiftverletzungen.** Von S. Erdheim (Wien). Verf. berichtet über 21 selbst beobachtete Tintenstiftverletzungen. Bei Tintenstiftverletzungen tritt nie eine Einhüllung der abgebrochenen Spitze ein. Die kleine Stichwunde heilt nicht zu; es entwickelt sich eine kleine Fistel, aus der sich eine dunkelviolette, seröse, manchmal trübe Flüssigkeit entleert. Auch wenn jetzt die Wunde inzidiert und der Tintenstiftrest extrahiert wird, kommt es nicht zur Heilung, sondern es entsteht ein Geschwür mit violetterm Boden und Rändern, aus dem sich längere Zeit nekrotische Gewebsetzen abstoßen. Es entwickelt sich ein wie mit einem Locheisen ausgestanztes torpides Geschwür; erst nach Abstoßung aller nekrotischen, violett verfärbten Gewebsetzen — was oft mehrere Wochen in Anspruch nimmt — tritt Heilung ein. Die Ursache des auffallenden, protrahierten Verlaufes dieser Verletzungen ist eine Nekrose um den Tintenstift, die alle

Gewebe in der Nähe des Stiftes betrifft. Die Tintenstiftverletzungen verlaufen gewöhnlich fast ohne Eiterung. Die Ursache dieser schweren Nekrose und des relativ aseptischen Verlaufes ist der Farbstoff des Tintenstiftes, das schon lange als starkes Antiseptikum bekannte Methylviolett. Therapeutisch muß möglichst bald der Stiftrest und alles verfärbte Gewebe exzidiert werden; unter günstigen Verhältnissen kann die Wunde dann durch die Naht geschlossen werden. Experimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß die violetten und schwarzen Tintenstifte die schädlichsten sind. (Arch. f. klin. Chir. 113 H. 4. — D. m. W. 1920 Nr. 37.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Die chemotherapeutische Behandlung der Grippe.** Von Dr. Alfred Alexander (Berlin). Seit langer Zeit behandelt Verf. alle Grippefälle so, daß er den Patienten zuerst 2 stündlich bis zur Wirkung — meistens genügen 2—3 — Kalomel 0,3 mit Pulv. rad. Rhei 0,5 Gaben, sodann Salypirin 0,75 mit 0,25 Coffein. natr.-benz. 2 mal mit heißen Getränken gibt, um einen starken Schweiß herbeizuführen. Außerdem gibt er dann am Abend und am nächsten Morgen 0,25 Eucupin. bas. Eine häufigere Wiederholung der Verabreichung des Eucupins ist in den meisten Fällen nicht nötig. Sollte am folgenden Tage noch einmal Temperatur auftreten, läßt Verf. nochmals schwitzen und erzielt in den meisten Fällen eine schnelle Entfieberung und Freibleiben von Komplikationen. In den Fällen, in denen schon Komplikationen bestehen, wie Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Erscheinungen von seiten des Nervensystems oder Magen-Darmkanals, wird mit einer energischen chemotherapeutischen Behandlung eingegriffen. Neben der symptomatischen Behandlung erhalten die Kranken Eucupin oder Optochin, und zwar je nachdem, ob im Auswurf oder im Abstrich des gereinigten Rachens Strepto- oder Diplokokken im Vordergrund stehen. Bei der Streptokokkeninfektion erhalten die Kranken in 5 stündigen Abständen 0,25 Eucupin. bas. In den meisten Fällen kann man schon am 2. Tage auf 4 Dosen, sodann weiter zurückgehen. Meist genügen bis zur vollständigen, meist lytischen Entfieberung 4—4,5 g Eucupin. Mehr als 5,25 Eucupin hat Verf. nie anwenden müssen. Bei Diplokokkeninfektion verordnet er 0,2 Optochin. bas. in 5 stündigen Abständen bei strengster Milch-Schleimdiät und geht auch hier, wie beim Eucupin, mit den Mengen langsam zurück. Patienten mit Magenübersäuerung erhalten daneben noch Alkalien. Die Höchstmenge des Optochins, die Verf. nie überschreitet, beträgt 4 g. Komplikationen von seiten der Augen hat er bei dieser vorsichtigen Dosierung nie gesehen; ob so auch eine vorhandene

Idiosynkrasie vermieden werden kann, kann Verf. nicht entscheiden; doch möchte er erwähnen, daß er Patienten, die angaben, daß sie Chinin nicht vertragen hätten, auch die Chininderivate nicht gibt. Erwähnen möchte er die auffallende Erscheinung, daß bei Verabreichung der Morgenrothschen Mittel die nervösen Erscheinungen, die Neuralgien, die Unruhe bei Enzephalitis sowie der Hustenreiz auffallend schnell nachließen. Auch die gefürchteten Störungen des vasomotorischen Systems, die ja nach den neueren Beobachtungen die Ursache des Versagens des Herzens bei dieser schweren Infektion sind, bleiben aus, ebenso wie die langanhaltenden, schweren postgrippösen Anämien. In neuester Zeit hat Verf. nun, veranlaßt durch die Erfolge, die er bei der von Rosenstein inaugurierten Empyembehandlung mittels intrapleuraler Vuzininjektionen gesehen hat, intramuskuläre Vuzineinspritzungen bei den schweren Komplikationen angewandt. Enzephalitis mit Erscheinungen von Schlafsucht und Nervenstörungen hat er mit diesen nach Lumbalpunktion behandelt. Nach anfänglichem starken Temperaturanstieg gehen in 24—48 Stunden die Erscheinungen so zurück, daß die Kranken wieder vollständig klar sind und die Erregungszustände schwinden. In einem Falle, in dem leichte Fazialisparese bestand, war diese nach 5 Tagen geschwunden. Bei beginnenden eitrig-serösen Exsudaten und Empyemen sowie bei einer chronischen zentralen, seit ca. 5 Monaten fiebernden Grippepneumonie hat Verf. mit gutem Erfolge das Vuzin intramuskulär angewandt, in ersteren Fällen nach Entleerung des Exsudates bzw. des Eiters. Die Reaktion, die sich zuerst in höherem Fieber sowie in Schmerzen und umschriebenem Oedem an der Einstichstelle zeigt, geht schnell zurück, die Entfieberung tritt meist lytisch in 2—3 Tagen ein, der Hustenreiz schwindet. Das Vuzin wird in einer Lösung von 0,4 : 200 Aq. bidestillata mit 0,75 Novokain (ohne Kochsalzzusatz) an der Außenseite des Oberschenkels tief intramuskulär langsam eingespritzt. Abgesehen von den schon erwähnten lokalen, schnell vorübergehenden Druckschmerzerscheinungen, dem lokalen Oedem und einem dann noch einige Tage anhaltenden, dumpfen, leicht schmerzenden Fremdkörpergefühl an der Einspritzungsstelle, sind irgendwelche Nebenerscheinungen nicht zu beobachten. (D. m. W. 1920 Nr. 35.)

In einem Falle von **Maul- und Klauenseuche beim Menschen** hatte Dr. G. Kröncke (Einbeck) mit einer intravenösen Injektion von Silbersalvarsan sehr guten Erfolg. (M. m. W. 1920 Nr. 30.)

**Die Allgemeininfektion mit Milzbrandbazillen** konnte Dr. Baumann (Krankenhaus Wattwil) in einem sehr schweren Milz-

brandfalle in eklatanter Weise bekämpfen durch 2 intravenöse Injektionen von Methylenblausilber (Argochrom) à 0,2 (die 2. Injektion nach 2 Tagen). Pat. lag bereits in extremis, der Umschwung trat sofort nach der 1. Injektion ein, und es erfolgte allmähliche Genesung. (Schweiz. mediz. Wchbl. 1920 Nr. 41.)

**Magenspülungen bei keuchhustenkranken Kindern.** Von Margarete Wilhelm (Krankenhaus Westend, Berlin). „Eine unangenehme Komplikation, die besonders den ganz jungen und zart entwickelten Säuglingen und Kindern gefährlich werden kann, ist eine starke und anhaltende Appetitlosigkeit. Die Nahrungsaufnahme kann dabei so weit heruntergehen, daß Gewicht und Kräfte in bedrohlicher Weise abnehmen. In solchen Fällen fühlten wir uns veranlaßt, zur Sondenfütterung unsere Zuflucht zu nehmen, und machten dabei die Beobachtung, daß, nachdem die Sonde in den Magen eingeführt war, große Mengen glasigen Schleims und stagnierender übelriechender Milchreste aus dem Magen heraufstiegen. Dies brachte uns auf den Gedanken, in solchen Fällen durch Spülung den Magen systematisch von seinem krankhaften Inhalte zu befreien und erst dann Nahrung zu reichen, bezw. mit der Sonde zu füttern. Diese Maßnahme hatte den überraschenden Erfolg, daß die Kinder oft schon die nächste Mahlzeit mit gutem Appetit zu sich nahmen. Bei sehr heruntergekommenen Kindern bedurfte es oft nur einiger Wiederholungen der Spülung und Sondenfütterung, um die Trinklust wieder anzuregen. Wir haben die Magenspülungen dann auch bei größeren neuropathischen Kindern angewendet, die bei jedem Hustenanfall erbrechen. Bei solchen kann der erziehliche Effekt einer derartigen Maßnahme von Nutzen sein. Es konnte eine Spülung nach dem Erbrechen, vielleicht noch eine zweite, genügen, um die Kinder vom gewohnheitsmäßigen Erbrechen zu heilen. Die Magenspülung wurde mit körperwarmem Karlsbader Mühlbrunnen oder physiologischer Kochsalzlösung mittels einer etwa 5 mm im Lumen starken, weichen Gummisonde vorgenommen, die bei 25—30 cm Länge markiert war. Säuglinge legt man zum Spülen am besten horizontal, den Kopf etwas zur Seite geneigt, größere Kinder werden im Sitzen gespült. Man führt die Sonde unter Leitung des Zeigefingers ein. Löst die Einführung der Sonde einen Hustenanfall aus, so zieht man sie zurück und führt sie nach Beendigung des Anfalls wieder ein. Es wird so lange gespült, bis das Wasser klar zurückkommt, alsdann kann gleich eine Mahlzeit gegeben werden. Lungenkomplikationen brauchen keine absolute Gegenindikation darzustellen. (Ther. Hlbmht. 1920 Nr. 16.)



**Ueber das Cadechol.** Von Privatdozent Dr. Nonnenbruch (Aus der medizinischen Klinik Würzburg). Im Cadechol ist das Choleinsäureprinzip nutzbar gemacht, um eine rasche Resorption des peroral verabreichten Kampfers zu erzielen. Der Kampfer ist im Cadechol an Desoxycholsäure zu einer Kampfercholeinsäure gebunden. Diese Verbindung ist in Wasser unlöslich und passiert den Magen ohne jede Störung und macht nie die Reizungen im Magen, die bei reinen Kampfergaben beobachtet wurden. Im Darm bildet sich das lösliche Natriumsalz. Es ist nach den Untersuchungen von Wieland und Sorge wahrscheinlich, daß diese Bindung des Kampfers an Desoxycholsäure den gewöhnlichen Weg darstellt, auf dem per os verabreichtes Kampferpulver zur Resorption gelangt, nur ist es bei Verabreichung des gewöhnlichen Kampferpulvers dann immer noch fraglich, ob gerade die nötigen Mengen von Desoxycholaten zur Verfügung stehen. Das Cadechol führt den Kampfer gleich in einer Form zu, in die er sonst erst — wahrscheinlich mit großen Verlusten — im Darm übergeführt werden müßte, um resorbiert werden zu können, und stellt so die zweckmäßigste Verabreichung des Kampfers per os dar. Die von der Firma Böhringer, Ingelheim, in Handel gebrachten Cadechol-tabletten enthalten pro Tablette 0,1 g Kampfercholeinsäure, die ihrerseits wieder 15% Kampfer enthält. Dosis 6—20 Tabl. p. d. Verf. hat das Cadechol vielfach an Stelle der früheren Kampferpulver und auch an Stelle von Kampferinjektionen verwendet und damit eine gute Kampferwirkung erreicht. Es kommt nicht so sehr bei den akuten wie vielmehr bei den anhaltenden, sich langsam entwickelnden Zuständen von Kreislaufschwäche in Betracht, so besonders bei den Zuständen von Herz- und Gefäßschwäche im Verlaufe von Infektionskrankheiten oder auch von primären Herzerkrankungen. Hier hat es vor der subkutanen Kampferinjektion den Vorteil der schonenden peroralen Verabreichung und vor dem gewöhnlichen Kampferpulver den der intensiveren Wirksamkeit und besseren Bekömmlichkeit. Das Cadechol vermag das Indikationsgebiet der subkutanen Kampfergabe immer mehr auf die akuten Zustände von Kreislaufschwäche und Kollaps einzuschränken, wo eine möglichst rasche Wirkung nötig ist. Es ist geeignet, dem Kampfer, insbesondere auch bei leichteren Zuständen von Kreislaufschwäche, zu seinem Rechte zu verhelfen, ohne das Odium der Kampferspritze zu haben. (M. m. W. 1920 Nr. 29.)

**Arsamon.** Von Dr. Wilhelm Kaufmann (Aus der Lungenheilstätte Beelitz [Mark] der LVA. Berlin). In letzter Zeit ist ein Mittel in den Handel gebracht worden, das keine der unangenehmen Nebenerscheinungen anderer Arsenpräparate aufzuweisen scheint,

das „Arsamon“ (hergestellt von der Chemischen Fabrik von Heyden). Verf. hat 100 Frauen mit Arsamon gespritzt und kann nur dasselbe versichern wie v. Hayek: Die Injektion ist reiz- und schmerzlos, es traten nicht die geringsten Beschwerden oder Schwellungen in der Umgebung der Injektionsstelle auf, und es waren außer in einem einzigen Fall niemals subkutane Infiltrationen nachweisbar. Das Arsamon ist frei von toxischen Nebenwirkungen und erzeugt auch keinen Knoblauchgeruch in Atemluft, Schweiß oder Harn. Das Arsamon ist eine sterile Lösung von monomethylarsensaurem Natrium in kleinen Phiole, deren Inhalt 1 ccm einer 5%igen Lösung von Natr. monomethylarsenicum beträgt, fertig zur Injektion. Die Indikationen sind bekannt, nämlich Hautkrankheiten, kachektische Zustände, Neurasthenie, Chlorose, Malaria usw. Verf. hat täglich eine Injektion verabreicht, und zwar an 20 aufeinanderfolgenden Tagen, und ist nur bei ganz besonders elenden und blutarmen Frauen bis auf 30 Spritzen gestiegen. Von der Injektion abwechselnd in Ober- und Unterarm ist er bald abgekommen, weil er merkte, daß die Einspritzungen in die Brust unterhalb Klavikula zwischen 1. und 2. Vorderrippe abwechselnd rechts und links für die Patientinnen weitaus angenehmer waren und fast absolut schmerzlos ausgeführt werden konnten. Wie bei allen neuen, ungewohnten Mitteln, insbesondere wo es sich um Spritzkuren handelt, so entschlossen sich auch hier die Frauen anfänglich meist nur ungern und erst nach längerem Zureden zur Arsamonkur. Doch schon nach kurzer Zeit änderte sich dieses Bild ganz erheblich. Die Frauen merkten sehr bald, wie sie sich wohler fühlten und wie vor allem ihr Appetit zunahm, so daß dann fast täglich Patientinnen zu Verf. kamen, die um eine Arsamonkur baten. Verf. konnte fast bei allen Frauen, die er mit Arsamon behandelte, eine ganz ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens, Steigerung des Appetits, Gewichtszunahme und besseres, frischeres Aussehen, unter gleichzeitigem Verschwinden oder zum mindesten erheblicher Milderung anderer als Begleiterscheinung auftretender Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Zittern in den Beinen, Schwindelgefühl, Herzbeschwerden usw. feststellen. Nur bei 5 Frauen war der Erfolg in dieser Hinsicht nicht ganz so in die Augen springend und erfreulich, doch kann man auch hier von einer Besserung in mäßigen Grenzen sprechen. Die durchschnittliche Zunahme des Körpergewichtes betrug 3,7 kg. Hand in Hand damit ging natürlich, was ja vor allem interessierte, eine in manchen Fällen ziemlich erhebliche Steigerung des Hämoglobingehaltes und auch zum Teil der Erythrozytenzahl. Es ist naturgemäß sehr schwer festzustellen, inwieweit dieser therapeutische Erfolg auf die Ruhe, gute Pflege und kräftige Kost usw. zurückzuführen oder als eine Arsamon-

wirkung anzusprechen ist; immerhin glaubt Verf. das Arsamon als wertvolle Beihilfe der allgemeinen hygienisch-diätetischen Behandlung anzusprechen und seine Erfolge als ziemlich günstig bezeichnen zu dürfen. So betrug die durchschnittliche Zunahme des Hämoglobingehaltes = 6,6%. Selbst in Anbetracht, daß seine Resultate nicht ganz so günstig sind wie die v. Hayeks, der eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 5,4 kg und eine durchschnittliche Steigerung des Hämoglobingehaltes um 9% gefunden hat, glaubt Verf. dennoch, das Arsamon bei allen schweren Anämien und kachektischen Zuständen, insbesondere in Begleitung der Tuberkulose, als wertvolles therapeutisches Hilfsmittel, wegen seiner leichten, schmerz- und reizlosen Anwendungsweise, bei gleichzeitigem Fehlen schädlicher Nebenwirkungen, insbesondere auch dem praktischen Arzt bestens empfehlen zu können.

(D. m. W. 1920 Nr. 30.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Zur Behandlung der Hydroa aestivalis. Ein Beitrag zur Kalziumtherapie.** Von Dr. G. Wiedemann (Rathenow). Die Hydroa aestivalis bildet mit ihrem alljährlich wiederkehrenden, stark juckenden und entstellenden Exanthem eine außerordentlich lästige Erkrankung. Sie ist um so unangenehmer, als wir kein Mittel kennen, welches den Krankheitsprozeß direkt beeinflusst, und wir uns darauf beschränken müssen, die schädigenden Lichtstrahlen durch gefärbte Schleier und Salben von der Haut fernzuhalten. Auch in dem vom Verf. beobachteten Fall waren jahrelange Behandlungsversuche erfolglos gewesen. Bei der Erfolglosigkeit der gewöhnlichen Behandlung machte Verf. einen Versuch mit intravenöser Kalziumzufuhr und gab 10 ccm Afenil (Chlorkalzium-Harnstoff) intravenös. Abgesehen von einem vorübergehenden Hitzegefühl, wurde die Injektion beschwerdelos vertragen. Insbesondere wurde weder von dieser noch von anderen mit Afenil behandelten Kranken über das von Leschke nach Injektion reiner Chlorkalziumlösungen beobachtete Durstgefühl geklagt. Etwa 12 Stunden nach der Injektion waren die subjektiven Beschwerden, insbesondere das quälende Jucken, behoben, und Pat. hatte die erste ruhige Nacht. Nach 3 Tagen hatten sich die Hautveränderungen bis auf einige kleine, gerötete Stellen an beiden Daumen zurückgebildet, die gleichfalls nach einigen Tagen verschwanden. Die mit der Promptheit eines Experimentes eingetretene Reaktion der Hydroa aestivalis auf die Kalziumzufuhr entspricht dem Verhalten gewisser Formen von Urtikaria, Asthma und Heufieber. Es liegt nahe, aus dem Verhalten der Hydroa gegen Kalzium auch bei dieser Erkrankung eine

analoge Disposition der Gefäßwände zu exsudativen Vorgängen anzunehmen, nur daß hier an Stelle nervöser Reize und endogener oder exogener Giftstoffe das physikalische Agens der aktinischen Lichtstrahlen als auslösendes Moment wirkt. Da sich die Reaktion in manchen Fällen auch auf bedeckte, dem Licht nicht ausgesetzte Körperteile ausdehnt, ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß an den freiliegenden Hautstellen durch die Einwirkung des Lichtes zuerst toxische Stoffe gebildet werden und daß diese erst sekundär die Hautveränderungen hervorrufen, und zwar je nachdem sie am Orte der Lichteinwirkung festgehalten oder durch den Kreislauf im Körper verbreitet werden, nur am Orte der Belichtung oder auch an anderen Hautstellen. Weitere Versuche bei entsprechenden Fällen dürften bei der Gefahrlosigkeit der Afe nilinjektionen angebracht sein. (D. m. W. 1920 Nr. 34.)

**Ueber Mercedan.** Von Dr. Jacoby (Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg). Das paranukleinsäure Hg-Natrium wird von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. als „Mercedan“ in den Handel gebracht, und zwar einmal in Lösungen, in Ampullen von 1 ccm Inhalt in 25% iger Lösung, so daß jeder Kubikzentimeter 0,025 g Hg enthält. Es ist eine wasserhelle Flüssigkeit von saurer Reaktion. Zweitens werden von der Fabrik auch Mercedantabletten zum inneren Gebrauch hergestellt. Sie enthalten eine Tannatverbindung des paranukleinsäuren Quecksilbers, um die Reizwirkung auf die Darmschleimhaut möglichst herabzusetzen. Die Tabletten, à 0,6 g = 0,01 Hg mit Kakao hergestellt, sind geruch- und geschmacklos. Die Tanninverbindung löst sich in verdünnten Säuren, also auch im Magen, nicht, ist jedoch in  $\frac{1}{10}$  Normalnatronlauge löslich, fällt aber beim Ansäuern wieder aus. Behandelt wurden mit diesem Präparat in den letzten Jahren 273 Patienten, und zwar anfangs zunächst allein, um die Wirksamkeit kontrollieren zu können, später dann in Kombination mit Salvarsan. Die Injektionen wurden teils täglich, teils in 2 tägigen Abständen intraglütäal vorgenommen. Nur wenige Patienten klagten über geringe Schmerzen, im übrigen wurden die Einspritzungen schmerzlos und gut vertragen. Irgendwelche lokale Reaktionserscheinungen hat Verf. nie beobachtet, auch sonst keinerlei Störungen, höchstens traten bei den Versuchen, die Dosis noch zu steigern, leichte Hg-Intoxikationserscheinungen auf, die nach dem Zurückgehen auf die angegebene Dosis sofort wieder verschwanden. Die klinischen Erscheinungen gingen prompt zurück, wie wir das bei der Verwendung von löslichen Quecksilberpräparaten gewohnt sind: Verf. hatte den Eindruck, daß sie zum Teil sogar schneller zurückgingen. Jedenfalls ist die Wirksamkeit des Mercedans derjenigen unserer besten Hg-Präparate vollkommen

ebenbürtig. Von den Tabletten wurden 3 mal täglich 1—3 Stück gegeben. Bei dieser Verwendung wurden keinerlei Verdauungsstörungen, besonders keine Durchfälle, beobachtet. Letztere stellten sich erst bei größeren Dosen ein. In einem Fall beobachtete Verf. eine leichte Reizerscheinung der Niere, die jedoch sehr bald wieder verschwand, sonst hat Verf. keinerlei unangenehme Nebenerscheinung bei dem Gebrauch der Tabletten beobachtet. Die klinischen Erscheinungen gingen naturgemäß bei dieser stomachalen Anwendung nicht ganz so schnell zurück, was sich ohne Zwang dadurch erklärt, daß das Quecksilber doch nicht ganz voll zur Resorption kommt, sondern daß immer etwas verloren geht, obwohl die Resorption im allgemeinen sehr gut ist. Das paranukleinsäure Tannat steht jedenfalls an der Spitze der zum inneren Gebrauch bestimmten Mittel. (B. kl. W. 1920 Nr. 32.)

**Erfahrungen mit Novasurol.** Von Dr. Levy-Lenz, Spezialarzt in Berlin. Auf eine Einspritzung von 1 ccm der gebräuchlichsten Dosis berechnet, enthält

Argulan 0,0187 g Hg  
 Asterol 0,0069 g  
 Embarin 0,03 g  
 Enesol 0,012 g (und etwas Arsen)  
 Injectio Hirsch 0,00854 g  
 Novasurol 0,0339 g  
 Sarhysol 0,0106 g (und  $3\frac{3}{4}$  mmg Arsen).

Von den innerlich einzunehmenden Präparaten enthält eine Tablette:

Mergal 0,0115 g  
 Merjodin 0,00215 g  
 Merlusan 0,0158 g Quecksilber.

Aus dieser Tabelle erhellt, daß das Novasurol den weitaus stärksten Quecksilbergehalt hat. Verf. hat dieses Präparat nun in mehreren tausend Einspritzungen versucht und gefunden, daß es von allen den genannten Präparaten aber auch dasjenige ist, das am relativ schmerzlosesten vertragen wird. Ein gewisser Druck, Schwere an der Injektionsstelle, läßt sich nie ganz vermeiden, ist aber anderen Präparaten gegenüber verschwindend gering. Wenn die Patienten sich bewegen, verschwindet diese Erscheinung meist innerhalb einer halben Stunde. Natürlich gibt es auch Patienten, die Novasurol nicht vertragen, sei es, daß sie zu große Schmerzen zu haben angeben, sei es, daß sie Hg-Vergiftungserscheinungen bekommen. Diese Leute vertragen dann gewöhnlich überhaupt gar kein Hg, welches Präparat man ihnen auch gibt, sie bekommen stets ihre Erscheinungen. Die Anwendung des Novasuroles gestaltet

sich überaus einfach. Bei oft über 40 Einspritzungen am Tage hat Verf. noch nie einen Abszeß oder ähnliches gesehen. An eine in einer 1 promilligen Sublimatlösung aufgehobenen 1 ccm-Glasp spritze kommt eine ca. 3 cm lange dünne Kanüle, die sonst in einer Petrischale aufgehoben wird, in welcher sich eine Formaldehydtablette befindet. Ein Wattebausch wird mit einer verdünnten Lysoformlösung getränkt, die Nadel einmal abgerieben, die Novasurollösung aus der Ampulle aspiriert und die Injektionsstelle mit demselben Wattebausch gereinigt; dann wird rasch injiziert, die Nadel noch einmal abgewischt, und der Vorfall ist beendet. Als Injektionsstelle verwendet man am besten den Schnittpunkt folgender zweier Linien:

1. Eine Horizontallinie durch das obere Ende der Analfalte.
2. Eine Parallele 2 Finger breit außerhalb einer Senkrechten durch den leicht fühlbaren äußeren Rand des Kreuzbandes.

Man braucht aber in der Wahl des Punktes nicht allzu ängstlich zu sein. Eine rasche Injektion in den äußeren oberen Quadranten ist als Injektionsregel ausreichend. Ueber die Wirkung des Novasurols, ebenso wie über die der anderen Hg-Präparate, läßt sich aus den Erfahrungen an den Patienten selbst wenig sagen, denn es gilt wohl heute für einen Kunstfehler, einen Patienten allein mit Hg ohne Zunahme von Salvarsan — falls nicht hierfür eine besondere Kontraindikation vorliegt — zu behandeln. Ist man aber überhaupt der Ansicht, daß Hg ein gutes Antisyphilitikum ist, so wird man auch das Novasurol bei seinem hohen Hg-Gehalt als ein wirksames Antisyphilitikum ansprechen müssen.

(Ther. Hlbmhft. 1920 Nr. 14.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Terpentinölinjektionen bei der Behandlung entzündlicher Adnextumoren.** Von Dr. Julius Sonnenfeld (Berlin). Die Art der Behandlung mit dieser Methode ist die denkbar einfachste, so daß sie jeder praktische Arzt vornehmen kann: Alle 4 bis 5 Tage werden 0,5 ccm einer 20%igen Terpentin-Olivenöllösung (10,0 Ol. Terebinth. depurat. 40,0 Ol. Olivar.) 2 Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes in der hinteren Axillarlinie mit einer langen Pravazkanüle möglichst senkrecht bis auf den Knochen eingespritzt. Es ist Wert darauf zu legen, möglichst senkrecht und tief zu injizieren, andernfalls treten gelegentlich leichte lokale Reizungen auf. Größere Mengen des Oels zu injizieren, ist zwecklos, eine Steigerung der Wirkung tritt dadurch nicht ein; desgleichen hält Verf. die von Karo empfohlene Beimengung des Eukupins zur Herabsetzung des Schmerzes bei der Injektion oder Novokainzusatz

für überflüssig, da bei richtiger Technik keine nennenswerte Schmerzhaftigkeit nach der Injektion eintritt. Wie oben schon erwähnt, kommt alles darauf an, durch senkrechte tiefe Injektion das Terpentinöl möglichst tief zu deponieren. In diesem Falle aber kommen weder Schmerzen noch lokale Reizungen noch Infiltrate zustande. Die Zahl der Injektionen betrug 6—10; es ist ratsam, nicht zu früh mit der Behandlung abzubrechen, sondern nach Schwinden der subjektiven und objektiven Symptome noch 2 Spritzen zu geben. In seinen ersten Fällen, in denen Verf. das unterließ, beobachtete er Rezidive. Um ein einwandfreies Urteil über den Erfolg der Methode zu haben, wurde — abgesehen von Bettruhe bei den ganz frischen Fällen — neben den Injektionen keinerlei andere Behandlung vorgenommen. Die Injektionen sind indiziert in allen Fällen von gonorrhoeischen und nichtgonorrhoeischen Adnexentzündungen und Adnextumoren. Je früher injiziert wird, desto besser die Wirkung, desto schneller der Heilerfolg. Die Wirkung ist oft geradezu überraschend: starke Schmerzen, wie sie bei frischen Adnexerkrankungen infolge peritonealer Reizung trotz Bettruhe oft in hohem Grade bestehen, lassen schon nach 1 Tage erheblich nach. Eine suggestive Wirkung der Spritzen kann Verf. ausschließen: Wurde zur Kontrolle statt Terpentinöl Kochsalzlösung injiziert, so trat wieder Schmerzhaftigkeit ein. Auch das Allgemeinbefinden wird außerordentlich günstig beeinflusst, bisweilen so, daß die Patienten sich schon nach wenigen Tagen gesund fühlen und weitere Behandlung für überflüssig erklären. Nicht minder erstaunlich ist die Wirkung bei den subakuten und chronischen Fällen mit oft faustgroßen beiderseitigen Tumoren: die Geschwülste gehen in wenigen Wochen zurück, und zwar bis zur Restitutio ad integrum, wenn sie nicht zu alt sind; aber auch bei ganz alten schweren Adnexbefunden mit festen breiten Verwachsungen tritt Wohlbefinden und Schrumpfung der Tumoren in viel kürzerer Zeit ein als bei allen anderen konservativen Maßnahmen. Bestehendes Fieber ist keine Kontraindikation für die Injektion, meist fällt das Fieber schon nach der 1. oder 2. Injektion ab. Fieber infolge der Injektion hat Verf. nie beobachtet. Inwieweit eine gleichzeitig bestehende Gonorrhoe durch die Injektionen beeinflusst wurde, vermag Verf. nicht mit Sicherheit zu sagen, da er in diesen Fällen stets gleichzeitig eine Trockenbehandlung der Scheide mit Lenicet-Bolus vornahm und die günstige Wirkung vielleicht auch auf diese Behandlung zurückzuführen war. Verf. möchte bei dieser Gelegenheit erwähnen, daß er der Trockenbehandlung der Scheide bei jeder Gonorrhoe den Vorzug gibt gegenüber jeder anderen medikamentösen Beeinflussung durch Spülungen. Die so oft bei Adnexentzündungen bestehenden unregelmäßigen Blutungen wurden



durch die Injektionen auch meist günstig beeinflußt, indessen nicht regelmäßig, wie von anderen Autoren berichtet wird. Die Verschiedenheit in diesen Resultaten liegt vielleicht an der Verschiedenheit des Krankenmaterials. Die Kranken der Großstadt zeigen in den letzten 5 Jahren infolge der durch den Krieg herbeigeführten mangelhaften Ernährung und der damit zusammenhängenden Stoffwechselstörungen viel Unregelmäßigkeiten in der Stärke und Häufigkeit der Blutungen. In letzter Zeit hat Verf. mit Terpichin gleich gute Resultate erzielt, das man intraglütäal an jeder Stelle der Nates einspritzen kann, ohne jede Schmerzhaftigkeit und ohne Infiltrationen, so daß Terpichin (sterilisierte Ampullen aus dem Chem. Institut von Dr. L. Oestreich, Berlin) der einfachen Terpentinöl-lösung bei weitem vorzuziehen ist. (B. kl. W. 1920 Nr. 30.)

**Thigenol in der Gynäkologie.** Von Dr. E. Keibel (Berlin-Wilmersdorf). Der Hauptsache nach bestand das Krankenmaterial in chronischen und subakuten Affektionen des inneren und äußeren Genitalapparates und in Nachbehandlung nach Unterleibsoperationen, welche Verf. erfolgreich der Thigenolbehandlung unterwarf. Gleich Trebing konnte er stets die analgetische, antiphlogistische, antiseptische und resorbierende Wirkung des Thigenols feststellen. Infolge seiner leichten Löslichkeit in Wasser, Glycerin, verdünntem Alkohol und leichten Mischbarkeit mit allen Fetten sind der Anwendung des Thigenols recht weite Grenzen gesteckt. Bei ganz frischen wie schon im Abheilen begriffenen und auch chronischen Erkrankungen bedient Verf. sich mit Vorliebe des 10—20%igen Thigenolglyzerins, welches mittels Wattetampon in 1—2 tägigen Intervallen eingeführt wird, über Nacht liegen bleibt und am Morgen von der Patientin selbst entfernt wird. Als das Glycerin zu fehlen anfangt, hat Verf. einfache Thigenol-Wasservermischungen verwendet, in diesem Falle aber bis zu 30%igen Lösungen. Unter dieser Behandlung hat er nach kurzer Zeit eine auffallende Besserung gesehen, selbst wenn sich die hartnäckigen Entzündungen der inneren Genitalien auf das Beckenbauchfell, auf das Beckenbindegewebe und die Adnexe erstreckten. Statt der Tampons können bei schmerzhaften Adnexerkrankungen 10%ige Thigenol-Ovules Verwendung finden. Bewährt haben sich auch Vaginal-Suppositorien nach folgender Formel:

Rp.	Thigenol	0,3
	Pantopon	0,02
	Extr. Belladonn.	0,01
	Ol. Cacao ad	2,0
	M. f. Supp. vag.	

D. S. 2 St. tgl. in die Scheide einzuführen. Gleichzeitige Sitzbäder von Thigenol 20--40 g auf ein Seifenbad erhöhen die Wirkung. Diese Ovules bewährten sich auch bei schmerzhaften Endo- und Parametritiden. Fälle von Retroflexio uteri fixata, die mit heftigen Kreuzschmerzen verbunden waren, ließen sich ebenfalls durch die Thigenolbehandlung günstig beeinflussen. Schon nach kurzer Zeit lassen die Schmerzen nach, und etwaige entzündliche Adnextumoren schrumpfen zusammen. In vielen Fällen von Fluor albus, besonders solchen, die durch Erosionen der Portio oder durch Zervikalkatarrhe bedingt waren, konnte Verf. oft durch konsequente Thigenoltherapie erhebliche Besserung und in den meisten Fällen Heilung erzielen. Hier ist es zweckmäßig, mit Irrigationen und Tamponierung abzuwechseln. Zur Irrigation ließ Verf. 1—3 Kaffeelöffel voll Thigenol purum auf 1 Liter Wasser oder  $\frac{1}{2}$  % iges Lysolwasser nehmen. Der bei starkem Fluor auftretende oder durch sonstige ätiologische Faktoren bedingte, Arzt und Patienten oft zur Verzweiflung bringende Pruritus vulvae kann oft in kurzer Zeit durch die Thigenolbehandlung zum Verschwinden gebracht werden. Diese juckreizstillende Wirkung des Thigenols verdient ganz besonders hervorgehoben zu werden. Falk empfiehlt zu diesem Zwecke Einpinseln der Vulva mit Thigenolglyzerin. Verf. hat aber gefunden, daß in besonders hartnäckigen Fällen das Einpinseln von purem Thigenol vorzuziehen ist. Beim Pruritus vulvae im Klimakterium und auf nervöser Grundlage ist neben der lokalen Behandlung auch die interne Behandlung mit Ovarialpräparaten bzw. Brompräparaten zu berücksichtigen.

(Klin.-ther. Mschr. 1920 Nr. 11/12.)

#### e) Augen- und Ohrenkrankheiten.

**Ueber Milchinjektionen bei Retinitis, besonders der albuminurischen.** Von Prof. L. Heine (Aus der Universitäts-Augenklinik Kiel). Die gute, oft ausgezeichnete Wirkung der subkutanen Milchinjektionen bei Erkrankung des vorderen Augenabschnittes veranlaßten Verf., solche auch bei Erkrankungen der Aderhaut und Netzhaut zu erproben, zumal die Art der Wirkung hauptsächlich in einer die Aufsaugung anregenden Tätigkeit zu bestehen scheint. Der Prototyp einer nichtinfektiösen, also dieser Wirkungsart vielleicht besonders zugänglichen Erkrankung scheint die albuminurische Retinitis zu sein. Das traurige Schicksal solcher Patienten, die einige Wochen oder Monate vor dem Exitus letalis noch der Erblindung verfallen, fordert ja geradezu einen Versuch heraus. Rechnet man optimistisch, d. h. betrachtet man das Aufhalten des Visusverfalls als günstige Milchwirkung, so wurden von

17 Augen 15 günstig beeinflußt. Rechnet man nur die wirklichen Besserungen der Sehschärfe, so erhält man die Zahl 11, während 4 keine Besserung, aber Stillstand, 2 weiteren Verfall beobachten ließen. Auch eine Reihe von infektiösen Retinitiden bzw. Chorioitiden sind bereits mit Milchinjektionen behandelt worden. Auch hier sind die Primärresultate oft überraschend, wengleich Rezidive nicht selten sind. Da die Retina nur ein vorgelagerter Gehirnteil ist, so lag die Hoffnung nahe, durch die Milchinjektionen auch die zerebralen Symptome Nierenkranker günstig zu beeinflussen. Mehrmals war dies auch in ausgesprochener Weise der Fall. Es soll aber nicht verschwiegen werden, daß empfindliche Patienten nach den Injektionen bisweilen über starke örtliche Schmerzen und erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens klagen. Dinge, die vielleicht z. T. durch die relativ große Menge der Injektionsflüssigkeit bedingt sind. In dieser Hinsicht wäre ein konzentriertes Ersatzmittel wünschenswert, wie sie jetzt mehrfach in den Handel gebracht werden. Wo die Milch selbst vertragen wird, würde Verf. diese immerhin bevorzugen, da sie in den Augen der Patienten als reines Naturprodukt erhebliche Vorteile gegenüber „Arzneien“ hat. Selbst bei stärkeren Beschwerden genieren sie sich, über die Wirkung von 5—10 ccm Milch zu klagen.

(M. m. W. 1920 Nr. 43.)

**Choleval als Prophylaktikum gegen die Blennorrhoe der Neugeborenen.** Von Dr. Hermann Koltonski (Aus der Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau). Wir haben in dem Choleval ein wirksames Prophylaktikum gegen die Blennorrhoe. Die Anwendungsweise desselben besteht in Einträufelung eines Tropfens einer 1%igen Lösung in jedes Auge nach vorangegangenen Bad. Es verdient vor dem Arg. nitr. den Vorzug wegen der fehlenden Reizerscheinungen, insbesondere auch bei Ueberdosierung und wegen seines wesentlich geringeren Preises ( $\frac{1}{15}$  des Arg. nitr.-Preises).

(B. kl. W. 1920 Nr. 40.)

---

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 halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 5.

Februar 1921

## Aetiologisches.

**Ein Fall von Dermatitis durch Spargelsaft.** Von San.-Rat Dr. Brenning (Berlin). Daß der allgemein wohl für völlig indifferent gehaltene Saft des Spargels gelegentlich Hautausschläge hervorrufen kann, dürfte wenig bekannt sein. Nach Lewin ruft nicht nur der Genuß von Erdbeeren, Himbeeren, Krebsen, Zimt, Pomeranzenschalen, Anis, sondern auch das Zubereiten rohen Spargels bei gewissen Menschen nervöse Symptome und Ohnmachten, Uebelkeit, Erbrechen, Koliken, Durchfälle, Augenentzündungen, Niesen oder Schnupfen, Augentränen, Husten, Dyspnoe und Asthma oder Hautausschläge hervor. Nach Genuß eines Spargels, der an einem feuchten Orte aufbewahrt war, trat eine Purpura auf. Nach Vermeidung der Schädlichkeit verschwand die Krankheit, um sofort wiederzukehren, nachdem wiederum von dem Spargel etwas aufgenommen war. Manche Menschen sind so empfindlich gegen Spargel, daß sie schon beim Berühren der rohen Pflanze Nebenwirkungen bekommen. Jedenfalls scheinen Hautausschläge nach Spargel zu den Seltenheiten zu gehören. Daher dürfte der folgende Fall, den Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, vielleicht von Interesse sein. Eine 24jährige Arbeiterin war in einem Großbetriebe beschäftigt, in welchem zentnerweise Spargel verarbeitet wurde. Bereits 8 Jahre übte sie dort ihre Tätigkeit, die vorzugsweise im Spargelschälen bestand, aus, ohne jemals einen Hautausschlag oder sonstige Erscheinungen danach bemerkt zu haben. In diesem Jahre nun trat plötzlich eines Tages auf der Volarseite des linken Vorderarmes, also auf der Stelle, an welcher beim Schälen des Spargels der Saft des letzteren herabläuft, ein lebhaftes Brennen auf, und die Haut begann sich dasselbst alsbald zu röten und mit kleinen Knötchen zu bedecken. Nach Aussetzen des Spargelschälens heilte diese Dermatitis im Verlaufe einer Woche wieder spontan ab. Dieser Vorgang wieder-

holte sich noch zweimal in der gleichen Weise. Als der Ausschlag auch das dritte Mal verschwunden war, rieb die Kranke absichtlich mit Spargelschalen ihren Arm an derselben Stelle ein, wo bisher dreimal der Ausschlag aufgetreten war, um zu sehen, ob dieser sich auch jetzt wieder einstellen würde, und hatte die Genugtuung, daß ihre Bemühung von Erfolg gekrönt war. Weitere Versuche dieser Art mußten unterbleiben, weil inzwischen die Spargelzeit zu Ende war. Vielleicht sind derartige Fälle von Dermatitis durch Spargelsaft gar nicht so selten, kommen jedoch wegen des leichten Verlaufes nicht zur Beobachtung und Behandlung durch einen Arzt. (Derm. Wschr. 1920 Nr. 42.)

**Diabetes und Syphilis.** Von Simmonds. Unter 300 Diabetessektionen fanden sich 20 Fälle, in denen eine Syphilisinfection vorlag. Von diesen 20 Fällen boten 17 Veränderungen am Pankreas, die nichts mit Syphilis zu tun haben und bei nichtsyphilitischen Diabetikern oft angetroffen werden — Adipositas pancreatis, Atrophie und Induration der Drüse. Nur in 3 der Fälle fand sich eine schwere schwierige Atrophie des Organs mit Residuen entzündlicher Vorgänge und starken peripankreatischen Verwachsungen. Nach Ausschluß anderer Aetiologie wird für diese 3 Fälle die konstatierte Syphilis als Ursache der zu Diabetes führenden Pankreasschädigung angenommen. Nur in 1 0/0 der seziierten 300 Diabetesfälle konnte der Diabetes als Folge der Syphilis bezeichnet werden. (Hamburg, Aerztlicher Verein, 1. 6. 1920.)

### Diagnostisches.

**Auskultation des Schlüsselbeines.** Beitrag zu den Täuschungen bei der Lungenuntersuchung. Von Prof. Wilhelm Hildebrandt (Freiburg i. Br.). Wenn man das Hörrohr auf das Schulterende der Schlüsselbeine aufsetzt, so hört man recht häufig, auch bei völlig gesunden Lungen, ziemlich lautes, hauchendes Atmen. Die gleiche Erscheinung findet sich dann über dem ganzen Schlüsselbein, nur ist wegen der Form des Schlüsselbeines die Auskultation hier viel schwieriger, zumal die gebräuchlichen Stethoskope viel zu umfangreich sind, als daß sie auf der Schlüsselbeinkante deckenden Anschluß finden könnten. Findet aber das Stethoskop auf der Haut keinen deckenden Anschluß, so ergibt sich bekanntermaßen als Täuschung ein falsches „Bronchialatmen“, welches in der gleichen Weise entsteht wie das „Meeresrauschen“ in Muscheln. In ähnlicher Weise, wie das Schlüsselbein das Atmungsgeräusch der Luftröhre fortleiten und dadurch zu Täuschungen Anlaß geben kann, scheint auch ein stark verkalkter Knorpel der

ersten Rippe wirken zu können. In den Fällen, die Verf. im Auge hat, war die Fortleitung hauchenden Atmungsgeräusches bei gesunder Lunge eine rein örtliche. Es ist Verf. wohlbekannt, daß ein abnorm lautes, auch wohl durch die besonderen Form- und Größenverhältnisse des Nasenrachenraumes resonanzverstärktes, hauchendes Atmungsgeräusch einen großen Teil der Thoraxoberfläche auskultatorisch beherrschen kann; auch die Form des Bronchialatmens bei nicht verdichtetem Lungengewebe, welche bei Erweiterung und mangelndem respiratorischen Spiel der Bronchien zur Beobachtung kommt, scheidet als Täuschungsquelle für das „Schlüsselbeinatmen“ aus. Kröpfe mit und ohne Druck auf die Luftröhre sind keine Vorbedingung für das Auftreten von „Schlüsselbeinatmen“. Die Nutzanwendung ist klar. Wie beim Beklopfen, so legt Verf. auch beim Behorchen Wert darauf, zu wissen, ob er sich über Knochen oder Muskeln befindet; Bronchialatmen über knöchernen Teilen prüft er besonders sorgfältig nach mit Rücksicht auf die anderen Fortleitungsbedingungen. In Ausnahmefällen hörte Verf. das „Schlüsselbeinatmen“ noch an den äußeren oberen Teilen der Oberarme. (M. m. W. 1920 Nr. 43.)

**Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule bei Erkrankungen der Lungenhilusdrüsen.** Von Dr. Adolf Edelmann und Dr. Karl Hitzenberger (Aus der I. medizinischen Universitätsklinik in Wien). Bei akut und subakut entzündlichen Schwellungen der Lungenhilusdrüsen (initiale Tuberkulose, Pneumonie, Keuchhusten, Bronchitis acuta) findet man die von E. Neißer (1901) und J. Petruschky (1903) für Bronchialdrüsentuberkulose angegebene Klopfempfindlichkeit der Brustwirbeldornen zwischen dem zweiten und dem siebenten. Während das Symptom bei der Tuberkulose ein mindestens durch lange Zeit konstanter Befund ist, verschwindet es bei den übrigen angeführten Erkrankungen rasch nach Abheilung des Grundleidens. Durch Röntgenuntersuchungen wurde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, welche die Klopfempfindlichkeit aufwiesen, eine Vergrößerung des Hilusschattens gefunden. Die Klopfempfindlichkeit ist nach der Verff. Erfahrungen eines der verlässlichsten Symptome bei akuten und subakuten Erkrankungen der Hilusdrüsen, insbesondere bei Tuberkulose. Es verdient daher eine größere Würdigung als bisher.

(M. Kl. 1920 Nr. 39.)

**Zur Tuberkelbazillenfärbung** schreibt Dr. H. Schultetigges (Heilstätte Rheinland in Honnef a. Rh.): „Zahlreiche neuere Färbemethoden haben, teils weil sie für den praktischen Gebrauch zu umständlich waren, teils weil sie keine besonderen

Vorzüge boten, die alte Ziehl-Neelsensche Tuberkelbazillenfärbung nicht zu verdrängen vermocht. Wir sind von dem alten Verfahren abgekommen, seitdem die Tuberkelbazillenfärbung nach Konrich bekannt wurde. Wir wenden seitdem nach Konrich die Entfärbung mit 10 %igem Natriumsulfit mit bestem Erfolge an. Als bestes Gegenfärbungsmittel erwies sich dabei die Pikrinsäure, die ja zuerst von K. Spengler in die Färbetechnik der Tuberkelbazillen eingeführt wurde. Sie wird in einer konzentrierten wäßrigen Lösung angewandt, so daß in hiesiger Heilstätte jetzt bei Färbung der Tuberkelbazillen folgendermaßen vorgegangen wird:

1. Färben  $\frac{1}{2}$ —2 Minuten mit heißem (oder 24 Stunden mit kaltem) Karbolfuchsin.
2. Abspülen mit Wasser.
3. Entfärben mit 10 %iger wäßriger Natriumsulfitlösung. (Die Lösung muß alle 2—3 Tage erneuert werden.)
4. Abspülen mit Wasser.
5. Gegenfärben mit wäßriger, konzentrierter Lösung von Acidum picronitricum 5—10 Sekunden.

Die Vorteile dieses Verfahrens sind folgendé: Die Präparate zeigen eine ausgezeichnete Durchsichtigkeit. Die leuchtend roten Tuberkelbazillen heben sich scharf von dem hellgelben Hintergrund ab und sind selbst in dickeren Präparaten bei leichtem Hin- und Herbewegen der Mikrometerschraube deutlich sichtbar. Immer wieder sahen wir in diesen Präparaten wesentlich, oft überraschend mehr Bazillen als in nach Ziehl-Neelsen gefärbten Abklatschpräparaten. Ja, in vielen Fällen fanden wir nach obiger Methode noch Bazillen, wo nach Ziehl-Neelsen keine festzustellen waren. Ferner ist das Verfahren außerordentlich einfach und billig (Alkoholersparnis!). Die wäßrige Pikrinsäurelösung — die früheren Verfahren bedienten sich einer alkoholischen — ist sehr sparsam im Gebrauch. Wir konnten dieselbe Lösung über 2 Monate verwenden, ehe sie gewechselt zu werden brauchte. Endlich zeigen die mit wäßriger Pikrinsäurelösung (bei vorheriger Entfärbung mit Natriumsulfit), im Vergleich zu denen mit alkoholischer Lösung nachgefärbten, Präparate eine klarere Durchsicht. Letztere haben oft ein eigentümlich gequollenes Aussehen. Konrich empfiehlt die Nachfärbung mit Malachitgrün. Zwar stand uns das Malachitgrün nicht zur Verfügung, aber die Gegenfärbung mit Smaragdgrün und Brillantgrün schien uns keinerlei Vorzüge vor dem Methylenblau zu bieten. Ein Nachteil unserer Methode ist, daß sich die Zellstruktur nicht recht hervorhebt. Antiforminpräparate färben sich schlecht mit der Pikrinsäure. Jedoch ist die oben beschriebene Methode so scharf, daß die Anreicherung mit Antiformin kaum bessere Resultate gibt.“

(D. m. W. 1920 Nr. 44.)



## Krankheitsbilder.

**Scharlach bei Neugeborenen und Säuglingen.** Von Privatdozent Dr. G. Dorner (Aus der medizinischen Universitätsklinik in Leipzig). Bei der Häufigkeit des puerperalen Scharlachs ist eine sehr auffallende Tatsache, daß die Säuglinge im allgemeinen der Scharlachinfektion gegenüber als immun angesehen werden. So z. B. sagt Rominger: Alle Kinder, die jünger als 6 Monate waren, blieben von Scharlach verschont. Zweifellos ist die Frage, ob Säuglinge von schwerem Scharlach ergriffen werden können, sehr wichtig mit Rücksicht darauf, ob es bei gutem Befinden der Mutter angebracht ist, dem Säugling weiter die Brust zu reichen oder ihn abzusetzen. Sehr häufig wird ja allerdings bei schwerem Zustand der Mutter diese Frage nicht weiter erörtert zu werden brauchen, zumal auch während lange dauerndem Fieber die Milchsekretion zu versiegen pflegt. Aber gerade in der heutigen Zeit ist es für die Kinder doch durchaus nicht gleichgültig, ob sie mit Ersatzmitteln oder mit Muttermilch weitergenährt werden können. Salge vertritt den Standpunkt, daß eine an Scharlach erkrankte Mutter ihr Kind weiterstillen könne. Ebenso ließ Buffet Dellmas den Säugling von der scharlachkranken Mutter weiterstillen. Zwar mußte er zeitweise noch andere Nahrung reichen, da die Milchsekretion bedeutend nachließ, aber später stellte sich die volle Milchsekretion wieder ein, und das Kind blieb vollkommen wohl. Auch Bohn ist der Ansicht, daß man Müttern, welche stillen, ruhig die Pflege ihrer älteren, an Scharlach erkrankten Kinder anvertrauen könnte, da Kinder im ersten Lebensjahr sehr geringe Disposition für Scharlach zeigen. Dagegen behauptet Boxall, daß, wenn man Kinder von scharlachkranken Müttern weitersäugen ließe, die Neugeborenen leicht Scharlach bekommen könnten. Ueber das Vorkommen von Scharlach im Säuglingsalter gehen die Statistiken auseinander. Rolly hat unter 1400 Fällen an der Leipziger Medizinischen Klinik keinmal Scharlach bei Kindern unter einem Jahr beobachtet. Fehr schreibt, daß im Säuglingsalter der Scharlach sehr selten sei und daß einige Statistiken, nach denen er ebenso oft wie im zweiten und dritten Lebensjahre vorkommen sollte, auf Irrtümern beruhten, indem das Erythema neonatorum oft mit Scharlach verwechselt worden sei; so gebe z. B. die Baseler Statistik viel zu hohe Werte. Er selbst beobachtete einige Male bei Kindern von 3—6 Monaten leichten Scharlach. Jochmann erwähnt die Scharlachinfektion bei Säuglingen besonders. Er hat 9 mal Scharlach bei Säuglingen beobachtet, und zwar erkrankten die Brustkinder 3—7 Tage nach der Mutter mit leichter Rötung im Halse, am weichen Gaumen, Himbeer-

zunge, Fiebersteigerungen und bisweilen Exanthem. Die Krankheit verlief aber meist abortiv, und nie hat er schwerere Komplikationen oder Todesfälle gesehen. Das Exanthem fehlte häufig, dann zeigte die spätere lamellöse Abschuppung, daß es sich auch bei den Säuglingen um Scharlach gehandelt hatte. Als frühestes Alter, in dem Scharlach im allgemeinen bei Säuglingen gesehen wurde, wird der 4. Monat angegeben. Allan sah Scharlach bei einem 3 wöchigen Kinde. Ueber intrauterine Infektionen berichtet Bohn, ohne einzelne Beispiele anzuführen. Ebenso sah Boxall Kinder, die während einer Scharlacherkrankung der Mutter geboren wurden, diese teilweise mit Scharlach behaftet zur Welt kommen. In den letzten Jahren kamen in die Leipziger medizinische Klinik mehrfach scharlachkranke Wöchnerinnen und stillende Mütter mit ihren Kindern zur Aufnahme, und bei einzelnen der Wöchnerinnen war die Scharlachinfektion so leicht, daß man die Brust den Kindern weiterreichen ließ. Es decken sich die Beobachtungen mit denjenigen Jochmanns, daß Säuglinge in den ersten Monaten entweder immun gegen Scharlach sind (denn auch die an foudroyantem Scharlach erkrankte Mutter steckte ihr Kind nicht an), oder, wenn sie ihn bekommen, er so leicht verläuft, daß er nur bei genauester Beobachtung entdeckt werden kann. Verf. ist daher auf Grund seines Materials und der in der Literatur mitgeteilten Fälle der Ansicht, daß man ohne Bedenken die Säuglinge bei der erkrankten Mutter belassen kann und, wenn es der Zustand der Mutter erlaubt, ihnen die Darreichung der Brust weitergestatten sollte. Ob bei dem von ihm beobachteten Kinde die Ansteckung dadurch erleichtert wurde, daß sich an der Brust der Mutter Schrunden ausgebildet hatten, ist wohl möglich, aber nicht sicher zu sagen. Derartige Schrunden treten besonders leicht beim Versiegen der Milchsekretion auf, wurden in jenem Falle wahrscheinlich auch noch begünstigt durch das ausgeprägte Scharlachexanthem, durch welches ja die Haut in erheblichem Maße verändert wird und zu Abschilferungen neigt. Auch von anderen Autoren ist das Auftreten von Wunden an der Brustwarze und das Nachlassen der Milchsekretion besonders hervorgehoben worden. Die Tatsache, daß ein 7 tägiges Kind doch Scharlach, wenn auch nur in ganz leichter Form bekommen kann, fordert auf, gerade bei Säuglingen, die von scharlachkranken Müttern gestillt werden, auf spätere Schuppung an Händen und Füßen besonders zu achten, zumal das Exanthem bei ihnen entweder gar nicht auftritt oder leicht übersehen werden kann, da ja die meisten Säuglinge an sich eine sehr rote Hautfarbe und zarte Haut haben. Wichtig ist auch mit Rücksicht auf die spätere Uebertragungsmöglichkeit des Scharlachs durch den Säugling, daß die Abschuppung bei ihm

häufig sehr lange dauert, es findet sich damit der auch sonst aufgestellte Satz bestätigt, daß gerade bei leichtem Scharlach und bei Scharlach ohne Exanthem die Schuppung oft viel später eintritt und anhaltender ist als bei solchem mit ausgesprochenem Exanthem. Der puerperale Scharlach tritt nach Boxall fast immer innerhalb der ersten Wochen des Puerperiums ein, und von Verlaufseigentümlichkeiten werden hervorgehoben: das Fehlen von Angina, die stark übelriechenden Lochien, leichte Empfindlichkeit des Uterus. Keiner der vom Verf. beobachteten Fälle bot derartigen spezifischen Verlauf. Bei sämtlichen war Angina in sehr ausgeprägtem Maße vorhanden. Die Prognose der Scarlatina puerperalis gilt im allgemeinen als sehr ernst. Bei zweien der von Verf. beobachteten Frauen war der Verlauf ganz leicht, nur bei einer erfolgte der Tod trotz Salvarsan und Antistreptokokkenserum am 6. Tage der Erkrankung. Eine sehr günstige Mortalitätsziffer hatte Boxall, der von 16 Fällen mit puerperalem Scharlach nur 2 verlor; über ähnliche günstige Zahlen berichten andere. (D. m. W. 1920 Nr. 27.)

**Die Cluniitis superior.** Von S. K. Thoden van Velzen (Joachimsthal). Bekanntlich verlaufen über die Crista iliaca die Nn. clunium sup. Sie liegen an der äußeren Seite der Beckenschaukel. Vielfach kommen Patienten und klagen über Schmerzen in der Gegend des oberen äußeren Teiles der Regio glutaea. Die Schmerzen sind sehr intensiv, neuralgisch. Druck auf die Gegend zwischen der Spina iliaca post. sup. und anterior an der Crista iliaca ist sehr schmerzhaft. Bekanntlich kommt auch Rheumatismus in dieser Gegend vor; namentlich dort, wo der Glutaeus med. sich ansetzt. Die Cluniitis kommt häufig vor; der Schmerz geht mitunter sogar bis zum Trochanter major den superfiziellen Nerven entlang. Von Ichias kann keine Rede sein, da der Ischias tiefer und weiter peripher liegt. So wie es Supraorbitalneuralgien gibt, so müssen wir auch Clunialneuralgien annehmen. Die Supraorbitalnerven gehen ebenso über eine Knochenkante hinweg wie die Clunialnerven. Die Schmerzen bei Supraorbitalneuralgien sind am größten in der Nähe der Margo orbitalis, die Schmerzen bei den Clunialneuralgien sind am größten an der Margo ossis ilei, d. h. an der Crista iliaca. (Neur. Zbl. 1920 Nr. 17.)

### Kasuistisches.

**Ueber Periostitis rheumatica acuta** berichtet Kreisarzt Dr. Rob. Lehmann (Hilfsarbeiter bei der Regierung in Düsseldorf): „Anfang Februar 1918 litten zunächst meine Kinder, danach, etwa Mitte Februar, meine Frau an einer Angina, die mit den in der

Arztfamilie auch in Abwesenheit des Mannes richtig verwandten Mitteln behandelt wurde. Nach wenigen Tagen von ihrer Angina nach ihrer Ansicht genesen, machte meine Frau eine Fahrt von zweimal  $1\frac{1}{2}$  stündiger Dauer in einer stark stoßenden, menschengefüllten Kleinbahn. Abends spürte sie Schmerzen im linken Knie, die sie auf die gezwungen steife Haltung des dafür empfindlichen Beines zurückführte. An diesem Bein war sie nämlich vor 26 Jahren von Helferich wegen einer Osteomyelitis femoris operiert und war dabei vorn in der Mitte des Oberschenkels ein etwa 3 cm langer Sequester entfernt worden. Damals waren die Abszesse bis hart an das periartikuläre (Knie-) Gewebe gegangen, bis wohin auch die beiden langen seitlichen Inzisionsnarben reichen. — Im Anschluß an die genannte Fahrt wurde Patientin wegen Schwellung des Kniegelenks, starker Schmerzen und Fieber bettlägerig. Auf eine diesbezügliche Nachricht konnte ich von der Westfront, wo ich mich damals befand, auf wenige Tage nach Hause kommen und fand einen Zustand, den ich mit dem konsultierten Arzt zusammen zunächst geneigt war als ein Rezidiv der früheren Osteomyelitis aufzufassen. Der klinische Befund war: Temperaturen zwischen  $38^{\circ}$  und  $39^{\circ}$ , starke Abgeschlagenheit, Schmerzen bei Bewegungen und ohne solche, Unmöglichkeit, das linke Bein im Liegen ganz gestreckt zu halten, teigige Schwellung der Haut der unteren Oberschenkelhälfte und des Kniegelenks, Schwellung der Gelenkkapsel, kein nachweislicher Erguß. Dicht unterhalb der Narbe der Sequestrotomie vorn am Oberschenkel war durch die teigige Haut eine halbhühnereigroße Verdickung an der Vorderseite des Oberschenkelknochens abtastbar. Es entstand natürlich die Frage der sofortigen Einlieferung ins Krankenhaus zwecks Operation. Auf meinen Vorschlag einigten wir uns auf einen vorläufigen Versuch der Behandlung mit Aspirin in hohen Dosen, ausgedehnter Bierscher Stauung und Jodkalisalbe, eine Behandlung, die nach 6 wöchigem Kranklager das Aufstehen gestattete und Schwellung und Knochentumor nach Monaten zum Verschwinden brachte. — Auf der Rückreise zur Front verbrachte ich eine Nacht im eiskalten Eisenbahnabteil und saß gleich danach am anderen Tage bei strömendem Regen und erheblicher Kälte viele Stunden zu Pferde. Wenige Tage darauf lag ich mit typischem akuten Gelenkrheumatismus danieder. — Nach Beginn und Verlauf in meiner Familie und der doch sicher als übertragen anzunehmenden, unter disponierenden Einflüssen bei mir zum Ausbruch gekommenen Erkrankung hat es sich ohne Frage bei meiner Frau um eine akute rheumatische Periostitis gehandelt, die sich eine alte Operationsstelle zur Niederlassung gewählt hat, an die als an einen Locus minoris resistentiae zu glauben wir uns eigentlich schon völlig entwöhnt hatten.“ (D. m. W. 1920 Nr. 35.)

**Metastatische Paranephritis nach Grippe** beobachtete Dr. W. Boecker (Lüdenscheid). Es gilt bei der Paranephritis als Regel, daß die Infektion auf einer Durchwanderung von Bakterien durch die Wand des Nierenbeckens erfolgt. Da der Urin im vorliegenden Falle bei mehrfacher Untersuchung stets normal befunden wurde, ist dieser Weg wohl auszuschließen und die Annahme berechtigt, daß auf dem Blutwege eine Verschleppung von Keimen erfolgt ist. (M. m. W. 1920 Nr. 40.)

**Schwarzes Colostrum.** Von J. Hagemann (Aus der gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin). Frau S., 37 Jahre alt, Mutter starb 56jährig an Unterleibskrebs. Außerdem war sie sehr nervös, bekam mitunter Anfälle, sodaß sie zeitweilig Aufnahme in einer Anstalt finden mußte. Der Vater, auch nervös, starb 72 Jahre alt an Leberkrebs. Patientin machte als Kind Masern, Scharlach und Keuchhusten durch. Außerdem will sie bis zu ihrem 8. Lebensjahre bei Witterungswechsel sehr leicht erkältet gewesen sein, vornehmlich unter Husten und Halsentzündung zu leiden gehabt haben. Mit 13 Jahren die erste Regel, die unregelmäßig blieb. Vom 17. Jahre ab hatte sie Schmerzen im Unterleib. Mit 19 Jahren Partus; Patientin hat nicht genährt. Auch nach der Entbindung hatte sie stets Schmerzen im Unterleib. Vor 12 Jahren hat sie eine Lues akquiriert. Von einem Primäraffekt ist ihr nichts bekannt. Damals Schmierkur, ebenso ein Jahr später. Vor 4 Jahren Hg-Injektionen. Vor 10 Jahren hat sie wahrscheinlich abortiert. Nach ihren Angaben blutete sie damals sehr heftig und länger als die Norm — auch seien Stücke abgegangen. Es fand keine Ausräumung und keine Ausschabung statt. Seit 6 Jahren bemerkt Patientin schwarzgrüne Absonderung der linken Brust, seit einem Jahr auch solche der rechten Brust, aber in geringerem Maße. Status bei der Aufnahme: Kräftig gebaute, mäßig genährte Frau von gesundem Aussehen. Keine Naevi, keine Pigmentierungen, keine Exantheme, Oedem und Varizen. An der linken Brust eine Narbe, die von einer Verbrennung herzurühren scheint. Patientin vermag darüber keinerlei Auskunft zu geben. Lungen und Herz ohne Besonderheiten. Augenhintergrund normal. Patellarreflexe +, Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz, sind nicht entrundet. Babinski —. Gynäkologischer Befund: Uterus ist sinistroponiert durch eine große Masse, die die ganze rechte Beckenhälfte einnimmt und nach dem Abdomen geht. Nach einiger Behandlungsdauer hatte Patientin folgenden gynäkologischen Befund: Uterus steht vorn. Beide Anhänge sind geschwollen und schmerzhaft. Aus beiden Brustwarzen entleert sich auf Druck schwarzgrünes Colostrum, links stärker als rechts. — Woher kommt

die schwarzgrüne Verfärbung des Colostrums? Die genauere Untersuchung des eigenartigen Sekrets war erschwert durch die geringe Menge. Eine Ursache für die Schwarzgrünfärbung konnte nicht ermittelt werden. Das Sekret erstarrte ziemlich schnell zu einer grün-braunen, durchscheinenden, gallertartigen Masse. Es besteht weder Melanurie noch Alkaptonurie. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ausschließlich Colostrumkörperchen mit bräunlicher Tinktion, die leicht vergrößert waren. Rote Blutkörperchen oder Reste derselben wurden nicht gefunden. Ebenso war die Häminprobe negativ. Bei bakteriologischer Untersuchung erwies sich das Sekret als vollkommen steril. Eine spektroskopische Untersuchung war bei der geringen Menge des Materials nicht möglich. Mit Sicherheit auszuschließen ist eine maligne Neubildung, zumal Patientin schon seit 6 Jahren die abnormen Absonderungen beobachtet und keinerlei Veränderung an der Brust wahrgenommen hat. Auszuschließen als Ursache ist auch die Narbe an der linken Mamma. Warum soll erst nach 30 Jahren diese zu Pigmentablagerungen Anlaß geben, und warum auch die rechte Brust davon befallen sein? Auszuschließen sind auch Pigmentierungen infolge von Medikamenten. Ausschließen möchte Verf. als Aetiologie die Hysterie, die Simons in einem ähnlichen Falle als Ursache angenommen hat. Eine Hysterie liegt nicht vor. Man könnte an eine Persistenz der in der Schwangerschaft gefundenen Pigmentzellen, die Unger als pigmentbeladene Mastzellen auffaßt, denken, oder an eine Pigmentierung infolge der Lues. Zu denken wäre auch noch an eine Pigmentanomalie infolge des Ovarialleidens. Denn häufig findet man bei Frauen, die mit derartigen Leiden behaftet sind, Chloasma. Warum sollte sich nicht einmal die Pigmentanomalie nur auf das Colostrum bzw. die sezernierende Brustdrüse beschränken? M. Semon hat einen Fall von einseitigem schwarzen Colostrum beschrieben, bei dem, angeblich, keine Lues vorlag. Doch auch die pigmentbeladenen Mastzellen möchte Verf. ausschließen, da die letzte Gravidität bereits vor 10 Jahren bestand, das dunkel gefärbte Colostrum aber erst seit 6 Jahren auftritt. Verf. möchte annehmen, daß die Lues, die eine besondere Neigung zur Pigmentbildung zeigt, wie das Ovarialleiden die Ursachen der Pigmentanomalie sind. (M. Kl. 1920 Nr. 35.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Enzympräparate für die Wundbehandlung.** Von Dr. Ernst Hahn und Dr. Emil Lenk. Im Folgenden berichten Verff. über die Wundbehandlung mit Enzympräparaten, die aus Pankreas

gewonnen wurden. Bei diesen Substanzen handelt es sich um die Verwertung von Fermenten in ihren Gesamteigenschaften als eiweiß-, zucker- und fettabbauende Substanzen, die bis jetzt gar nicht oder nur in ganz geringem Maße in der Therapie Eingang fanden. Es sei nur daran erinnert, daß die zahlreiche Enzyme enthaltenden Milchsäfte verschiedener tropischer Pflanzen, wie Carica Papaya zur Lösung von Kruppmembranen längere Zeit benutzt wurden. Diese Enzympräparate kamen wegen ihres jeweils verschiedenen Gehaltes an Enzymen in Vergessenheit, da man zu jener Zeit noch über keine exakte Methode verfügte, Enzymkonzentrationen quantitativ zu verfolgen. Bei den jetzigen Enzympräparaten handelt es sich jedoch um stets genau dosierbare und ausgewertete Fermente. Die Enzympräparate wurden bei folgenden Krankheiten angewendet: 1. bei eitrigen Entzündungen des Unterhautzellgewebes, 2. bei zum Teil eitrigen Verbrennungen zweiten Grades, 3. bei Furunkulosen, 4. bei eiternden Verwundungen nach Schußverletzungen, 5. bei schwer heilenden Fisteln, 6. bei nässenden Ekzemen, 7. bei Panaritien. Die Enzympräparate standen in Form von Salben, Pudern und wasserlöslichen Substanzen von verschiedener Konzentration zur Verfügung<sup>1)</sup>. Die Salben wurden in 1—3 mm Dicke aufgetragen, die Puder so verwendet, daß die Wunde gerade nicht mehr sichtbar war. Die Wundbehandlung mit Enzympräparaten zeigt zahlreiche Vorzüge vor anderen im Handel befindlichen Salben usw. Wohl am auffallendsten ist das schnelle Verschwinden des Eiters, der durch das Enzym rasch verdaut wird. Die Granulation setzt sofort ein, die Heilungstendenz ist sehr gut. In zahlreichen Fällen wurden schwer heilende oder lange bestehende Wunden, bei denen alle möglichen Mittel versucht wurden, mit Enzympräparaten behandelt. Besonders bezeichnend ist die Wirkung bei Furunkulose, wobei oft bemerkt wurde, daß man das langwierige, mehrere Tage dauernde Aufweichen mit essigsaurer Tonerde, Alkohol usw. erspart; man bemerkt eine rasche Abnahme der Geschwulst und damit ein schnelles Nachlassen der Schmerzhaftigkeit. In 1—2 Tagen ist die Eiterung und Infiltration vorbei. Trotzdem alle Patienten ihrem Berufe nachgingen, ist dennoch eine so schnelle Heilung erfolgt, wie sie mit anderen Mitteln wohl kaum zu erzielen wäre. (M. Kl. 1920 Nr. 47.)

**Der Weckapparat, ein billiger Verbandstoffsterilisator.**  
Von San.-Rat Dr. B. Fervers (Mühlheim b. Koblenz). Man läßt

<sup>1)</sup> Die Präparate werden von der Chemischen Fabrik Röhm & Haas in Darmstadt hergestellt und kommen unter dem Namen Wundsalbe Dr. Röhm (Ung. enzymi comp.) und Wundstreupulver Dr. Röhm (Pulv. enzymi insp.) in den Handel.



an dem Einsatz das mittlere Rohr entfernen, die Glasdeckelschließer unter das Einsatzsieb löten und ebenso einen Haken an die innere Seite des Deckels. Daran hängt man einen Tuchsack, der mit kleineren Säckchen mit Gaze, Mänteln, Tüchern usw. gefüllt ist. Der Kessel wird zirka 3 Finger breit mit Wasser gefüllt, das Einsatzsieb hineingesetzt und mit dem Deckel so geschlossen, daß der Tuchsack frei schwebend im Kesselraum hängt, ohne die Wände oder das Einsatzsieb zu berühren. (Eine noch vorhandene Schimmelbuschtrommel kann natürlich statt des Tuchsackes Verwendung finden, indem man sie entsprechend an den Deckelhaken hängt oder direkt auf das Einsatzsieb stellt.) Der Apparat wird so fertiggemacht auf den Küchenherd gesetzt und dort 1—2 Stunden nach dem Thermometer auf 100° gehalten, worauf das Verbandzeug einwandfrei steril ist. (M. Kl. 1920 Nr. 43.)

**Tebelon bei chirurgischer Tuberkulose** ist nach den Erfahrungen von Dr. W. Baensch (Chirurg. Universitätsklinik Halle) nicht unbedingt als spezifisch heilwirkendes Mittel zu betrachten, wenn es auch die Behandlungsdauer bei Kindern — nur solche wurden behandelt — zu verkürzen scheint (wenn daneben die übliche sonstige Therapie geübt wird). Es wurden alle 3 Tage 1 ccm subkutan (Gesäß) injiziert, wobei keinerlei Nebenwirkungen beobachtet wurden. (M. m. W. 1920 Nr. 35.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Luminal und Epilepsie.** Von San.-Rat Dr. Franz Brühl (St. Valentinus-Haus, Hospital für weibliche Fallsüchtige, in Kiedrich). Verf. verordnet Luminal bei Epilepsie seit 1914 in ausgedehnter Weise. Jede neu aufgenommene Kranke erhält, nachdem sie bis zur Feststellung der Epilepsie ohne Medikament geblieben ist, nach Eintritt der Anfälle abends 0,1 Luminal. Bei Kranken, welche auf Luminal überhaupt reagieren, tritt die Wirkung meist schon bald ein. Der Erfolg besteht in Abnahme der Frequenz der Anfälle bis zu monatelangem Aussetzen, in Milderung der Heftigkeit der Anfälle bis zur Umwandlung in Abwesenheiten. Bei vielen Kranken bleibt die Wirkung aus oder bleibt gering. In diesen Fällen gibt Verf. auch morgens 0,1 Luminal. Nur in wenigen Fällen gibt er 0,3 pro die — morgens 0,1 und abends 0,2 —; 0,3 pro dosi gibt er nur vorübergehend bei gehäuften Anfällen; im Status bekommen die Kranken subkutan 0,4 Luminalnatrium, wenn nötig 2 mal am Tage. Selbstverständlich ist in letzterem Falle Luminal nicht die einzige Therapie. Für die Fälle, die nicht reagieren, bleibt Brom das alte Mittel. 0,1 Luminal hat Verf. jahrelang jeden Tag gegeben, ohne daß Schädigungen für den Kranken ein-

traten. Exantheme hat er nicht gesehen; dasselbe war der Fall bei monatelangem täglichen Nehmen von 0,2 Luminal. Eine Kranke, die 8 Wochen lang täglich 0,3 Luminal bekam, klagte über Kopfschmerzen und wurde schwindelig. Bei Zurückgehen auf 0,2 pro die schwanden die Erscheinungen, Eiweiß war nicht im Urin. Daß nicht alle Epileptiker auf Luminal in günstigem Sinne reagieren, ist bei der Verschiedenartigkeit der Aetiologie der Krämpfe selbstverständlich. Auch Verf. möchte bemerken, daß nach seinen Erfahrungen Fälle von intra partum entstandener traumatischer Epilepsie auf Luminal nicht reagieren. Andere Traumen konnte Verf. nicht beobachten. Ob man sonst die Krampfkranken von vorneherein bestimmen kann, wie sie sich gegen Luminal verhalten, weiß Verf. nicht. Auf die epileptische Demenz hat Luminal insofern Einfluß, als durch Verminderung der Anfälle der blödsinnige Epileptiker geistig wieder regsamer wird. Der zur Inaktivität übergetretene Epileptiker wird wieder aktiv. (M. m. W. 1920 Nr. 34.)

**Zur Behandlung des Kopfschmerzes.** Von Dr. Heermann (Cassel). Der chronische Kopfschmerz wird bekanntlich oft durch Myalgie der Muskulatur der Schläfe, des Nackens, des Halses, der Brust, des Rückens und (selten) der Arme und Beine erzeugt. Die Ursprungsstelle ist dort, wo Druck eine Empfindung bis in den Kopf ausstrahlen läßt. Sind mehrere Druckschmerzstellen vorhanden, so werden entweder alle zugleich behandelt oder nacheinander, die vom Kopf entferntesten als die ersten. Wenn das Ueberstreichen dieser Stellen mit der Hand Schmerz auslöst, besteht die Behandlung zunächst im einfachen Aufkleben von gewöhnlichem Heftpflaster. In kurzer Zeit wird der Schmerz so weit verschwinden, daß andere Behandlung folgen kann. Wenn, wie gewöhnlich, leichte Massage dieser fast immer mehr oder weniger geschwollenen, nach neueren Forschungen gequollenen Muskelpartien ein Gefühl der Erleichterung hervorruft, so wird auch hier Heftpflaster aufgeklebt (z. B. am Rücken, beide Seiten des Rückgrates entlang), zugleich aber dieser Einfluß des Heftpflasters durch Tragen eines Kissens bzw. mehrerer Kissen von 1—4 cm Dicke verstärkt, welche mit elastischem Material (Wolle, Watte, Filz, Gummischwammabfällen, Flicker, zerknüllten Leder- und Papierstücken, Heu oder dgl.) gefüllt sind. Diese Kissen, aufgelegt, aufgebunden oder auf dem Hemde angesteckt, wirken durch den gleichmäßigen sanften Druck, welcher von außen durch die Kleidung erzeugt wird, niemals aber unangenehm empfunden werden darf. Sie sind im allgemeinen gleichmäßig dick; nur im Nacken am Kopfansatz des Kukkularis und Sternokleidomastoideus ist darauf zu achten, daß das Kissen oder ein entsprechender Woll-

Wattebausch seitlich dicker als in der Mitte gut in die Vertiefungen eindrückt. Bei richtig angelegtem Druck müssen die Schmerzen beseitigt oder wenigstens gelindert sein. Er bleibt liegen nach Bedarf und äußeren Umständen, wenn möglich, den ganzen Tag, sonst wenigstens 10 Minuten täglich. Diese Anwendung von Heftpflaster und elastischen Kissen heilt häufig ganz allein jahrelang bestehende Beschwerden, verbessert aber auf jeden Fall die Erfolge anderweitiger Behandlung mit Massage, Wärme, Vibration, Influenzstrom, Kataphorese usw. in einem Grade, welcher in keinem Verhältnis zu der Einfachheit des Verfahrens steht.

(D. m. W. 1920 Nr. 33.)

**Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Trivalins.** Von San.-Rat Dr. W. Maaß (Berlin-Schlachtensee). Verf. hat Gelegenheit gehabt, das Trivalin im Kurhaus Hubertus mehrfach zu verwenden. Dem Charakter des Kurhauses entsprechend, handelt es sich meist um Fälle von Nerven- und inneren Leiden, Erregungs- und Angstzuständen, Neuralgien, tabischen Schmerzen, ferner um kolikartige Zustände, asthmatische Anfälle, paroxysmale Tachykardien und vor allem Morphiumentziehungskuren. Nach seinen Erfahrungen möchte Verf. sich dem Urteil derjenigen anschließen, welche die relative Unschädlichkeit des Mittels betonen, vorausgesetzt, daß die verabreichte Menge 0,015 pro dosi, 0,05 pro die nicht übersteigt. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die der Gebrauch des Morphins und anderer analoger Mittel zumeist mit sich bringt, hat Verf., die Verabreichung analoger Mengen vorausgesetzt, beim Trivalin niemals beobachtet. Auch ist eine Angewöhnung an das Mittel in dem Sinne, daß bei längerem Gebrauch die Dosen gesteigert werden müssen, und in dem Maße, daß das Medikament dem Kranken verhältnismäßig schnell zum Bedürfnis wird — eine dem Kokainismus ähnliche Erscheinung —, von Verf. niemals beobachtet worden. Da es auch die psychischen Funktionen verhältnismäßig weniger beeinflußt als Morphin und analoge Narkotika, so lassen diese Erfahrungen das Trivalin als Ersatz des Morphins durchaus geeignet erscheinen. Die Patienten, bei denen das Mittel im Kurhaus Hubertus angewandt wurde, geben fast einstimmig an, daß sie frei von Uebelkeit und Erbrechen sowie von Eingenommensein des Sensoriums geblieben sind und daß die erhoffte Schmerzstillung oder seelische Beruhigung prompt erfolgte. Besonders gute Erfahrungen hat Verf. mit dem Mittel bei Morphiumentziehungskuren gemacht, wo es von vornherein als Ersatzmittel gegeben werden kann und zum Zweck der Ueberwindung der schweren Abstinenzerscheinungen vortreffliche Dienste leistet. Die Leichtlöslichkeit des Mittels in Wasser, die durch seine Zu-

sammensetzung bedingte Schmerzlosigkeit der Injektion und das Fehlen von kumulativen Wirkungen machen das Präparat nach dieser Richtung hin besonders verwendbar. Da es die psychischen Funktionen nur wenig erregt, so ist es bei Entziehungskuren sehr geeignet. Gerade der Umstand, daß schon bei Beginn der Kur nicht, wie bei anderen sogen. Entziehungs- und Ersatzmitteln, meist höhere Dosen gegeben zu werden brauchen, ist ein nicht zu unterschätzender Vorzug des Trivalins bei den Entziehungskuren. Bei Beginn der Kur wird nur morgens eine Morphininjektion in täglich rasch absteigender Dosis gemacht und je nach der Individualität und Schwere des Falles 2- oder mehrmals Trivalin in 1%iger Lösung gegeben, das zugleich mit der absteigenden Morphinosis reduziert wird. Nach etwa 8—14 Tagen ist das Morphin vollkommen fortzulassen, und man kann dann in weiteren 8—14 Tagen damit rechnen, auch mit dem Trivalin, dessen Dosis allmählich eingeschränkt worden ist, vollständig aufhören zu können. Während der Kur wird auf die Diätetik nach den bekannten Grundsätzen, psychotherapeutische Beeinflussung und auf sorgfältige Durchführung der hydrotherapeutischen Maßnahmen (Fichtennadelbäder, Packungen, Umschläge usw.) Wert gelegt. Zur Vermeidung von Erregungszuständen und zur Bekämpfung von Schlaflosigkeit wird daneben noch am besten Bromural in Dosen von 0,3—0,6 g gegeben. So hat sich Trivalin zweifellos als ein sehr brauchbares Mittel bewährt. Voraussetzung bleibt dabei natürlich, daß die Dosierung des Mittels sorgfältig reguliert und ärztlich überwacht wird. Daß bei großen Dosen und häufiger Verwendung ebenso wie beim Morphin, Kokain und anderen Narkotika auch beim Trivalin eine Angewöhnung mit allen schweren Folgezuständen entstehen kann, steht außer Zweifel. Diese Eigenschaft kann man aber einer sehr großen Reihe von Medikamenten und nicht bloß den Narkotika nachsagen. Es handelt sich vielmehr darum, zu entscheiden, ob dem Trivalin bei analoger Dosierung gegenüber analogen Narkotika, in erster Linie dem Morphin, Vorzüge zuzusprechen sind. Nach seinen Erfahrungen möchte Verf. diese Frage ganz entschieden bejahen. (D. m. W. 1920 Nr. 32.)

**Duploferrin**, ein neues Eisenpräparat, hat Dr. Margarete Levy an der I. Mediz. Universitätsklinik angewandt. Das Präparat (Firma Joh. A. Wülfig), eine Eisennukleinat-Natriumzitat-Albumose, erwies sich als wirksam (3 mal täglich 3 Tabletten à 0,0065 g Eisen und 0,005 g Nuklein), wohlschmeckend und sehr gut verträglich, so daß es auch z. B. bei posthämorrhagischen Anämien nach Ulcus ventriculi gegeben werden konnte.

(Zbl. f. inn. Med. 1920 Nr. 34.)

**Zur subkutanen Arsenmedikation.** Von O. Nast und W. Griesbach (Aus dem Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg). Unter den zahlreichen uns heute zur subkutanen Arsen-therapie zur Verfügung stehenden Mitteln hat sich in weit über 1000 Einzelinjektionen das von Heyden in den Handel gebrachte Arsamon (Natr. monomethylarsenic.) ausgezeichnet bewährt. Im Gegensatz zum meistgebrauchten kakodylsauren Natrium haben sich niemals unangenehme Nebenwirkungen (wie Knoblauchgeruch, Appetitstörungen, Durchfall, Kopfschmerzen) trotz intensivster Kuren (tägliche Injektion bis zur Gesamtzahl von 30) gezeigt. Die subkutane ebenso wie die intramuskuläre Injektion ist absolut schmerzfrei, Infiltrate wurden nicht beobachtet. Dazu kommt, daß es gelingt, mit dem Arsamon so große Mengen Arsen einzuführen, wie mit keinem anderen der gebräuchlichen Arsenpräparate (1 ccm entspricht 0,0135 g Arsen). Als Anwendungsgebiete kommen vor allem frische und alte Fälle von Psoriasis in Betracht. Frische Psoriasis reagierte unter geringer gleichzeitiger Salbenbehandlung in vielen Fällen überraschend gut, aber auch bei älteren Fällen schien das Mittel wirksam zu sein. Der Lichen ruber planus eignet sich vortrefflich für das hochprozentige Arsenpräparat. Bei sekundärer Anämie und Chlorose wurde erfreuliche Zunahme des Hämoglobingehalts (nach 20 Spritzen bis zu 25 %) gesehen, ein Fall von Pseudoleukämie zeigte auffallend starken Rückgang der Drüsenpakete und Besserung des Allgemeinbefindens. Auch als Roborans ist das Arsamon sehr brauchbar. Daß die Wirkung oft erst einige Zeit nach dem Aussetzen des Präparats eintritt, ist in der Arsenmedikation überhaupt geläufig und auch beim Arsamon der Fall. Nach 4—8 wöchiger Pause kann man mit einer zweiten Kur von 20—30 Spritzen gefahrlos beginnen. Das in sterilen Ampullen in den Handel kommende Präparat scheint demnach für die Praxis sehr empfehlenswert. (M. Kl. 1920 Nr. 35.)

**Koagulen bei Hämophilie.** Von Dr. Hamm, Ohrenarzt (Braunschweig). 1. Herr X., 32 Jahre alt, leidet an ererbter Hämophilie, ist deshalb zum Militärdienst nicht ausgehoben. Vor 2 Jahren Zahnextraktion, die Wunde blutete 5 Wochen, bis durch feste Tamponade die Blutung zum Stillstand kam. Konsultiert Verf. jetzt wegen Schluckschmerzen. Die Untersuchung ergibt Schwellung der rechten Mandel, an deren vorderer Seite ein Geschwür ohne Belag von etwa Linsengröße ist. Patient ist sehr besorgt wegen einer Blutung. Therapie: Gurgeln. Am nächsten Tage leichte Blutung. Darauf starkes Aetzen des Geschwürs mit reiner Chromsäure, so daß ein dicker gelber Aetzschorf entsteht. Trotzdem blutet es weiter, die Blutung durchbricht im Laufe der nächsten Stunden

den Aetzschorf, Patient verliert im Laufe des Tages viel Blut. Am nächsten Morgen ist an Stelle des Ulkus ein dickes Blutgerinnsel, außerdem an anderen Stellen in Mund und Rachen Blutspuren. Sofort subkutan Einspritzung von 1 g Koagulen. Im Laufe des Tages läßt die Blutung erheblich nach, am nächsten Morgen an der Mandel noch ein dickes Blutgerinnsel, sonst nirgends. Nochmals Einspritzen von  $\frac{1}{2}$  g Koagulen; im Laufe des Tages hört die Blutung auf. Am nächsten Morgen nur noch ein dünnes Blutgerinnsel an der Mandel; nochmals Einspritzen von  $\frac{1}{2}$  g Koagulen. Eine Blutung ist nicht wieder eingetreten, doch wurde zur Vorsicht nach 8 Tagen nochmals  $\frac{1}{2}$  g Koagulen eingespritzt. Seit 5 Monaten keine Blutung wieder vorgekommen.

2. Mädchen von 7 Jahren, erster Fall von Hämophilie in der Familie. Vor 3 Jahren von anderer Seite Entfernung der Rachenmandel; die Hämophilie war damals noch nicht bekannt. Bei der Operation soll sich das Kind fast verblutet haben, die Stiche der Spritze am Arm, jedenfalls Kampfeinspritzungen, hätten sehr lange und heftig geblutet. Der Arzt machte die Mutter auf die Gefährlichkeit der Erkrankung aufmerksam und empfahl reichlichen Genuß von Gelatine. Das Kind soll jetzt immer zahlreiche grüne und blaue Beulen an Armen und Beinen haben, ohne von deren Vorhandensein etwas zu wissen. Vor einem Jahr wurde Verf. das Kind wegen eines Ohrenleidens zugeführt. Es bestand Mittelohreiterung, mittelgroße zentrale Durchlöcherung des Trommelfells, an dessen hinterem Rande ein pendelnder Polyp sitzt. Beim Ausspritzen reißt sich der Polyp los, es entsteht eine starke Blutung. Feste Tamponade des Gehörgangs. Die Blutung dauerte 5 Tage, die Tamponade mußte mehrere Male gewechselt werden. Nach 5 Tagen Aufhören der Blutung; die Mittelohreiterung heilte auch, die Perforation des Trommelfells kam zu völligem Verschuß. Seit einigen Tagen wieder Ohrenscherzen. Bei der Untersuchung entsteht infolge Unruhe des Kindes durch das Ohrspekulum eine leichte Hautabschürfung im äußeren Gehörgang, die sofort blutet. Das Trommelfell ist sehr stark entzündet, die hintere Hälfte stark vorgewölbt, gelbliches Exsudat durchschimmernd. Also eine akute Mittelohreiterung mit reichlicher Eiterbildung. Die Eiteransammlung mußte möglichst schnell beseitigt werden. Was nun tun bei der Hämophilie? Verf. machte sofort die Parazentese des Trommelfells; es entleert sich Eiter, die Wunde blutet sofort etwas stärker als normal. In unmittelbarem Anschluß hieran Einspritzen von  $\frac{1}{2}$  g Koagulen subkutan; dann lockere Tamponade des äußeren Gehörgangs. Eine nennenswerte Blutung ist überhaupt nicht eingetreten; am nächsten Tage starke Eiterabsonderung, Blut ist im äußeren Gehörgang nicht vorhanden. Es wurde zur Vorsicht nochmals  $\frac{1}{2}$  g

Koagulen eingespritzt, ebenso nach 8 Tagen. Die Mittelohreiterung wurde auf gewohnte Weise behandelt und ist allmählich ausgeheilt.

Bei der letzten ausgedehnten Grippeepidemie, bei der bekanntlich sehr viel Nasenbluten vorkam, konnte Verf. in 2 Fällen, die jeder örtlichen Behandlung widerstanden, durch subkutane Einspritzungen von Koagulen die Blutung zum Stillstand bringen und den Patienten die unangenehme und durchaus nicht harmlose (Otitis media) Belocquesche Nasentamponade ersparen. Vielleicht würde es sich empfehlen, wenn ein Arzt in die unangenehme Lage kommt, einen Bluter operieren zu müssen (Panaritium, Karbunkel usw.), einen Tag vorher, falls möglich, oder einige Stunden vorher eine starke Dosis von Koagulen subkutan einzuspritzen; möglicherweise wäre diese Vorsichtsmaßregel überhaupt bei an und für sich sehr blutigen Operationen (z. B. Entfernung der Prostata) angebracht. Irgendwelchen Schaden hat Verf. von den Einspritzungen nicht gesehen. (M. m. W. 1920 Nr. 31.)

**Ueber unsere Erfahrungen mit Verodigen (Gitalin).** Von Dr. Alfred Maisel (Aus der medizinischen Klinik Erlangen). Neben den gewöhnlichen Wirkungen der Digitaliskörper werden auf Grund der Mitteilungen von Straub und Kehl in dem Prospekt der herstellenden Firma folgende besondere Vorteile des Verodigens gegenüber der Digitaldroge angeführt: Wasserlöslichkeit, gute Haltbarkeit des Präparates und somit die Möglichkeit einer stets gleichmäßigen Dosierung, geringe Irritierung des Verdauungskanales, leichte und schnelle Resorbierbarkeit, die einer Anwendung per Injektion fast gleichkommt, und schließlich ein mittlerer Grad von Kumulationsvermögen. Verf. hat nun das Präparat vom rein klinischen Standpunkte aus einer Prüfung an 32 Patienten unterzogen. Die Kranken wurden dabei unter die gleichen Bedingungen gebracht wie bei Digitaliskuren (Bettruhe, diätetische Maßnahmen). Es wurden nicht nur Patienten mit leichteren und schwereren Kreislaufstörungen für die Behandlung ausgewählt, sondern Verf. hat das Mittel bei allen Erkrankungen verwendet, bei denen wir eine Digitaliswirkung wünschen (Nierenerkrankungen, Pneumonien, Asthma). Ausgehend von der Angabe, daß eine Tablette, die 0,8 mg Gitalin enthält, ungefähr 0,1 Digitalis entspricht, ist Verf. bis zu Gaben von 1—3—5 Tabletten pro die gegangen. Unangenehme Erscheinungen von seiten des Verdauungstraktus hat Verf. ebenso häufig beobachtet wie bei der Verwendung von titrierten Digitalisblättern. Bei mehreren Fällen ist das Erbrechen schon nach den ersten Gaben eingetreten, also früher, als das gewöhnlich bei der Verabreichung von pulverisierten Fol. Digitalis der Fall ist. Einige Patienten haben dann später bei einer erneuten



Digitaliskur die Digitalis als Pulver gut vertragen bis zur gewünschten Wirkung. Die therapeutische Digitaliswirkung ist bei allen Fällen eher langsamer und in geringerem Grade eingetreten, als Verf. es bei den Fol. Digitalis gewöhnlich beobachtete. Insbesondere blieb die Wirkung auf die Diurese meist gering, zum Teil überhaupt aus. Zur Kontrolle hat Verf. bei Patienten, bei denen eine periodische Digitaliskur durchgeführt wurde, zu den verschiedenen Kuren abwechselnd die Folia Digitalis titrata und Verodigen verwendet. Bei diesem Verfahren kann man am leichtesten die Fehlerquellen der Beobachtung der Arzneiwirkungen vermeiden, die in Besserungen oder Verschlechterungen aus anderen Ursachen ihren Grund haben. Verf. beobachtete auf die Digitalis hin stets eine günstigere Wirkung sowohl was die Beeinflussung der Irregularität betrifft als auch die Besserung der Pulsfrequenz, des Blutdrucks und der Diurese. Bei Patienten, die auf Verodigen bald mit Erbrechen reagierten, hat Verf. Versuche mit Verabreichung per Klysma gemacht. Die Lösung wurde jedesmal unter den nötigen Kautelen (Vermeidung von Hitze, die das Gitalin teilweise zerstört) mit den von der Firma zur Verfügung gestellten Verodigenpulvern bereitet und später eine von der Firma selbst hergestellte haltbare Lösung verwendet. Die Wirkung blieb aber in diesen Fällen vollständig aus. Nach Verf.s Erfahrungen ist die Anwendung der titrierten Fol. Digitalis in Pulverform per os und als Suppositorien oder als Infus per Klysma immer noch als die zuverlässigste Form der Digitalismedikation zu betrachten. Das Gitalin scheint sowohl in bezug auf die Hauptwirkung als auch auf die Nebenwirkung der Droge mindestens keinen Vorteil vorzuzuhaben. Insbesondere was die die Digitalisbehandlung so oft störenden Nebenerscheinungen anbelangt, schien das Verodigen eher ungünstiger zu wirken. Bei der bekannten individuellen Verschiedenheit der Empfindlichkeit gegen Digitalispräparate soll ein endgültiges Urteil noch nicht abgegeben werden.

(M. m. W. 1920 Nr. 28.)

Die **Amalahpräparate**, schon von anderer Seite als expektorierendes Mittel empfohlen, hat auch San.-Rat Dr. Cramer (Berlin-Zehlendorf) als recht wirksam, bequem zu nehmende Expektorantia schätzen gelernt, die auch eine günstige Wirkung auf Magen und Appetit entfalten. Amalah, 50% Centaurea cergethefolia, 20% Eryngium tricuspdatum, 3% Herba Polygalae, 5% Drosera rotundifolia, 7% Lichen islandicus, 10% Herba Absynthii, 5% Flores Chamomillae enthaltend, wird in den Handel gebracht (Dr. Eder & Co., Berlin) als Tee, Extrakt, Tabletten und (für Kinder) als Pulver.

(Med. Kl. 1920 Nr. 32.)

**Die Einwirkung roher Zwiebel auf die Magenverdauung** untersuchte Dr. Eberhard Wilbrand (Physiologisches Institut der Universität Hamburg) und fand:

Roh genossene Zwiebel verzögert

1. die Verdauung bedeutend, während sie gleichzeitig
2. die Azidität des Magensaftes erhöht;
3. bewirkt sie eine vermehrte Sekretion der Verdauungssäfte, welche sich längere Zeit hindurch auf großer Höhe hält;
4. die Wirkung der rohen Zwiebel erfolgt vom Darm aus;
5. 1 bis 4 empfiehlt die roh genossene Zwiebel als Vorbeugungsmittel gegen Cholera-, Typhus- und Ruhrinfektion,

da ja bekanntlich die Magensäure das Haupthemmnis für Spaltpilze bildet, die auf dem Wege des Magendarmkanals in den Körper eindringen. Daß die Zwiebel andererseits auf bereits bestehende Darmkrankungen einen heilenden Einfluß ausüben muß, wird uns ohne weiteres klar, wenn wir bedenken, daß dank ihrer Wirkung die Speisen den Magen erst in gut verdaulichem Zustande verlassen, so daß der Darm geschont wird, weil vermieden wird, daß unverdaut in den Darm gelangte Speisen durch ihre Zersetzung den bereits bestehenden Katarrh verschlimmern. Die aziditätserhöhende Wirkung der rohen Zwiebel empfiehlt ihre Darreichung an Personen, welche an Herabsetzung der Azidität des Magensaftes leiden. Umgekehrt würden wir ihre Anwendung bei bestehender Hyperazidität vermeiden. Um kurz darauf einzugehen, wie man am besten Zwiebel verabreicht, so ist zu bemerken, daß es ziemlich gleichgültig ist, ob sie als Butterbrotbelag, oder zwischen Kartoffelmus, Quark oder dergleichen genossen wird; nur auf den Umstand ist zu achten, daß unsere Frucht roh verabreicht wird, da sie in gekochtem oder gebratenem Zustande ihre Wirkung verliert.

(M. m. W. 1920 Nr. 41.)

**Ueber die Behandlung der Oxyuren mit „Butolan“.** Von Prof. Schüle (Freiburg i. Br.). Verf. hatte keine Gelegenheit, das Mittel an einem größern Material zu prüfen; die wenigen „ver zweifelten“ Fälle aber, bei denen er das Mittel anwandte, haben in kurzer Zeit einen solch raschen und gründlichen Erfolg gezeigt, daß Verf. die Freigabe des Mittels aufs lebhafteste begrüßt. Er glaubt, daß wenn irgendein Anthelminthicum es verdient, gründlich nachgeprüft zu werden, das Butolan in allererster Linie in Frage kommen muß. Unangenehme Nebenwirkungen, besonders auf den Magen, hat er auch bei sehr empfindlichen Kindern nicht beobachtet.

(M. Kl. 1920 Nr. 36.)

## c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Formalinäther bei hartnäckiger Intertrigo** erwies sich Dr. K. Behm (Universitäts-Kinderklinik Freiburg) als recht gutes Heilmittel. Die Anwendung des Formalinäthers geschieht in vorsichtiger Weise so, daß der Arzt etwa in 2—3 Sprechstunden mit stärkerer Lösung betupft, was oft schon neben der gleich zu besprechenden übrigen Behandlung genügt. Rp. 5(—10)proz. wäßrige Formalinlösung und Aether sulf. aa. D.S. feuergefährlich! Aeußerlich, zum Betupfen. Der Mutter gibt man eine schwächere Konzentration in die Hand, damit sie nicht schadet, wenn sie im Uebereifer häufiger betupft, als verordnet ist, und weil durch Aetherverdunstung sich die Lösung im Gebrauch konzentriert. Reizerscheinungen, bestehend in stärkerer Rötung, treten immer auf, sie sind abhängig von der Stärke der Lösung und der Hautempfindlichkeit und können bis zu 24 Stunden dauern. Stärkere, sofort nach dem Betupfen einsetzende Sekretion geht schon nach wenigen Stunden zurück. Solange noch Reizerscheinungen bestehen, darf nicht betupft werden. Nach dem Abklingen des Reizes warte man noch einen Tag. Bildet sich die Intertrigo zurück, so warte man noch, bis wieder ein Stillstand des Heilungsvorganges eintritt, im anderen Falle betupfe man sofort noch einmal. Hierbei beachte man mit besonderer Sorgfalt die randständigen Knötchen und Bläschen; sie beeinflußt der Formalinäther in viel stärkerem Maße als der Höllenstein. Dabei spielt eine Rolle, daß durch das Stillhalten des Kindes während des Betupfens die Genauigkeit der Anwendung ermöglicht wird. Allein das Schreien des Kindes beim Silbernitritpinseln mag manche Mutter von der Ausführung überhaupt abhalten oder doch die Sorgfalt beeinträchtigen. Die desinfizierende, auch härtende Wirkung des Formalins wird aber gerade an diesen Stellen des beginnenden Ekzems mit den dazwischenliegenden großen Flächen gesunder Haut durch den Aether gehoben, der durch seine entfettende Eigenschaft eine größere Wirksamkeit des Formalins ermöglicht. Nach dem Betupfen mit Fomalinäther pudert man am besten mit Vasenol oder Diachylon oder auch mit anderen Pudern. Besonders häufiges Trockenlegen des Säuglings ist nicht notwendig. Doch soll nach Darmentleerungen die Gefäßgegend gründlich gewaschen werden mit zartem Trockenwischen oder Tupfen der Haut (nicht reiben!). Die besten Erfolge erzielt man, wenn der Formalinäther nur durch den Arzt angewendet wird, da eben schon einmalige Anwendung energisch wirkt und oft günstiger als unangebrachte mehrmalige. Einer Mutter verschreibe man neben der oben erwähnten geringeren Konzentration aa 15,0, damit sie sicher nicht zuviel verbraucht und damit schadet. (M. m. W. 1920 Nr. 41.)

**Neue therapeutische Erfahrungen mit Combustin.** Darüber schreibt Geh. Med.-Rat Dr. Schröder (Charlottenburg): „Angeregt durch die Veröffentlichungen des Oberarztes Dr. Spiegel in der Med. Kl. 1916 Nr. 45, des Herrn Dr. Henseler-Berlin und anderer Kollegen über das von F. Winter jr., Chem. Fabrik Fährbrücke in Sachsen, in den Handel gebrachte Combustin, habe ich mich entschlossen, dieses Mittel in meiner Praxis in einschlägigen Fällen von Hauterkrankungen aller Art, bei Verbrennungen, bei Erfrierungen, bei chronischen Unterschenkelgeschwüren u. dgl. anzuwenden. Das Combustin stellt eine gleichmäßige, weißlichgelbe, schwach nach Perubalsam riechende Salbe bzw. Paste dar, die nach Angabe des Herstellers Album.-Bismut-Zinkverbindungen mit Amylum sowie Perubalsam und Borsäure nach einem besonderen Verfahren in sich vereint. Meine therapeutischen Erfahrungen decken sich vollkommen mit denjenigen der genannten Herren Kollegen. Ich hebe noch besonders hervor, daß ich mit Combustin in mehreren von mir behandelten Fällen von chronischen Unterschenkelgeschwüren, die allen anderen Behandlungsmethoden bisher Trotz geboten hatten, geradezu überraschende Heilerfolge erzielte. Das auf großen Wundflächen in dicker Schicht aufgetragene Combustin wurde von meinen Patienten als äußerst angenehm kühlend und schmerzstillend empfunden und deshalb von den Patienten gerne angewandt. Auch bei Erfrierungen und Verbrennungen aller Grade wirkt das Combustin kühlend, schmerzlindernd und heilend, wenn es täglich dick auf die erkrankte Haut aufgetragen wird. Ich ließ die Wundfläche vorher mit Alkohol oder Benzin möglichst reinigen. Zur Anwendung bei Ekzemen des Gesichtes, der Ohren und der Hände, also an sichtbaren Körperstellen, ließ ich das Combustin noch mit geringen Mengen von Zinnober vermischen, um es hautfarben zu gestalten und ihm damit die entstellende Eigenschaft zu benehmen. Ich habe nun das Combustin auch mit bestem Erfolge bei Pruritus ani et vulvae, wie er häufig bei Diabetikern auftritt, angewandt. Es benahm den Patienten den als sehr lästig empfundenen Juckreiz. Das Combustin bewährte sich ferner bei Hämorrhoiden, die große Beschwerden machten und die durch kein anderes Mittel beseitigt werden konnten. Es vertrieb nicht nur die Beschwerden, sondern brachte auch in kurzer Zeit Heilung der eiternden Hämorrhoidal-knoten zustande. Die Anwendungsweise war folgende: Nach jeder Defäkation wurde der After mittels in kaltes Wasser, dem etwas Alkohol zugesetzt war, getauchten Schwammes gründlich gereinigt und dann das Combustin dick aufgetragen. Die Patienten empfangen bald Linderung ihrer Beschwerden. Auch bei dem mit Oxyuriasis verbundenen Juckreiz hatte das Combustin schöne Er-

folge. Die bisher angewandte graue Salbe hatte die Patienten nicht von den überaus lästigen Beschwerden befreien können. Nach Waschungen des Afters und der Analfalte mit schwacher Sublimat- oder Lysollösung und Einreiben von Combustin in den After und seine Umgebung ließ der Juckreiz nach. Zwar wurden die austretenden Würmer nicht abgetötet, doch wurden sie durch das Combustin in ihrer Beweglichkeit beschränkt, ballten sich zusammen und konnten mit einem in schwache Sublimatlösung getauchten Wattebausch leicht entfernt werden. Gleichzeitig wurde damit eine leichte Reinfektion und eine Uebertragung auf die Umgebung verhindert. Bei meinem kürzlichen Aufenthalt auf dem Lande hatte ich Gelegenheit, das Combustin bei Euterentzündung der Kühe anzuwenden. Die Entzündung ging sehr bald zurück; es kam nicht zur Abszedierung, und die Milchfähigkeit der Kühe blieb erhalten. Ich glaube nach diesen Erfahrungen annehmen zu dürfen, daß das Combustin sich auch bei Mastitiden der Frauen bewähren wird.“}

(M. m. W. 1920 Nr. 47.)

**Ueber Sublimatsalvarsan-Injektion (Linser) bei Lues.** Von Dr. Holzhäuser (Braunschweig). Zusammenfassung: Sublimatsalvarsan nach Linser ist eine Kombination beider Mittel, die bei einfacher Handhabung gute Resultate zeitigt. Die Anwendungsweise ist wert, in weiteren Kreisen bekannt zu werden, da sie namentlich die schmerzlose Anwendung von Hg und Salvarsan ermöglicht. Die Resultate in bezug auf die Einwirkung auf die Lues können denen der getrennt kombinierten Behandlung und denen des Silbersalvarsans an die Seite gestellt werden. Eine öftere Wiederholung der Kur ist aber auch bei dieser Behandlung notwendig, wie überhaupt die Syphilis immer noch mit mehreren Kuren im Laufe der Jahre auch trotz negativer Wa.R. behandelt werden sollte. Verf. läßt in etwa 5—6 ccm bidest. Wasser — Linser gibt an, man könne auch gewöhnliches Leitungswasser nehmen, doch zieht Verf. bidest. Wasser vor — das Neosalvarsan sich auflösen. Er beginnt mit 0,2 und steigt bei Frauen bis 0,3, bei Männern bis 0,40 der Altsalvarsandosis, oder gleichbedeutend 0,3—0,45—0,6 Neosalvarsan, bezeichnet mit Dosierung römisch II, III bezw. IV. Von der Sublimatlösung läßt Verf. immer eine 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>ige Lösung anfertigen. Nachdem er das gelöste Neosalvarsan in die Spritze aufgezogen hat, füllt er etwas von der 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>igen Sublimatlösung in sein Schälchen und zieht nun in die Spritze das Quantum Sublimat, das er anwenden will. Er beginnt sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit 0,01 Sublimat — etwas mehr schadet nichts — und steigt in 2—3 mal bei Frauen auf die Dosis von 0,03, bei Männern auf 0,05. Bei manchen Fällen

muß man etwas unter dieser Dosis bleiben, jedoch ist das Minimum für Frauen 0,02, bei Männern 0,03. Die Verbindung von Sublimat und Salvarsan gibt sofort eine schmutzig graugrüne Verbindung, die man unbeschadet einspritzen kann, selbstverständlich intravenös, nachdem man sie vorher gehörig in der Spritze gemischt hat. Verf. hat bisher keinerlei Nebenwirkungen gesehen. Die syphilitischen Erscheinungen verschwinden prompt und schnell. Der Wassermann wird negativ. Die Behandlung ist gut ambulant durchzuführen. Im ganzen gibt Verf. 10—12 Spritzen, jede Spritze in einem Zwischenraum von 3—4 Tagen.

(D. m. W. 1920 Nr. 44.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Ist die Blutung beim Abort eine Indikation zur sofortigen Entleerung des Uterus?** Von Dr. Hans Neu (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Frankfurt a. M.).

1. In der gesamten Literatur sind nur 2 Fälle bekannt geworden, in denen ein Verblutungstod beim Abort beobachtet wurde. Von diesen beiden Fällen ist einer nicht gesichert. Im Vergleich zu den ungeheuren Abortziffern, bei denen nichts von Verblutung berichtet wurde, ist diese Mortalität gleich 0% zu erachten.

2. Die Mortalität und Morbidität stark ausgebluteter Frauen in Kliniken mit aktiver Behandlungsweise ist nicht ohne weiteres dem großen Blutverlust zuzuschreiben. Die aktive Behandlung von Streptokokkenaborten birgt in sich die größere Gefahr für die Patientin.

3. Die Mortalität und Morbidität durch Verblutung am Material der Frankfurter Klinik 1909—1920 beträgt 0% (Gesamtzahl der klinisch behandelten Aborte im Zeitraum 1909—1920 = 3950).

4. Die Blutung beim Abort ist mühelos durch richtige Scheidentamponade zu stillen. Die Scheidentamponade ist unschädlich. Sie versetzt uns in die Lage, ohne die Gefahr einer Schädigung der Patientin durch Blutverlust, zu warten, bis die bakteriologische Untersuchung des Uterussekretes die sichere Ausschaltung von Streptokokkenträgerinnen ermöglicht.

5. Die Scheidentamponade kann ohne Gefahr auf 15% aller in Behandlung kommenden Fälle beschränkt werden.

Wir können somit in der Gefahr der Verblutung beim Abort keine Indikation erblicken, die konservative Therapie zugunsten der aktiven Behandlungsmethode der Streptokokkenaborte aufzugeben.

(M. m. W. 1920 Nr. 47.)

**Ueber eine neue Methode der Behandlung klimakterischer Beschwerden und verwandter Zustände.** Von Dr. Kurt Kayser

(Berlin-Wilmersdorf). In den letzten Monaten hat Verf. bei einer Reihe von Patientinnen mit klimakterischen Ausfallserscheinungen typischer Art eine Kalktherapie mit dem von der Chem. Fabrik Gehe & Co., A.-G., Dresden, hergestellten Präparate „Transannon“ eingeleitet. Das Transannon enthält als wesentliche Bestandteile etwa 10 % besonders vorbereitetes Kalzium, 1 % Magnesium, etwa 3 % einer Ichthyolverbindung, 2,5 % eines pflanzlichen Abführmittels. Diese Kombination bezweckt, durch den Kalk die spezifische Einwirkung auf den gesteigerten Sympathikotonus, durch die Ichthyolverbindung die Erzielung einer Erhöhung der resorptionssteigernden bzw. exsudationshemmenden Wirkung des Kalziums und durch das Laxans die Ableitung der abdominellen Kongestionen. Verf. ging nun in der Weise vor, daß er 8 Tage vor Beginn der zyklisch wiederkehrenden Beschwerden für die Dauer von 2 Wochen 3 mal täglich 2 Perlen nehmen ließ, darauf für 1 Woche  $3 \times 1$  und dann wieder für 2 Wochen  $3 \times 2$  Perlen. Nach Ablauf dieser insgesamt auf 5 Wochen bemessenen Kur, die zwei Ausfallsperioden in sich schließt, waren die störenden Erscheinungen, wie Wallungen, Schweiß, Kopfschmerzen und Stuhlverstopfungen regelmäßig fast gänzlich geschwunden. Nebenerscheinungen (von gelegentlich etwas zu starker Laxierwirkung abgesehen) wurden nicht beobachtet. Das Transannon scheint also die erwünschte Wirkung zu erzielen. Indessen, Verf. ist sich wohl bewußt, daß die große Mehrzahl der klimakterischen Beschwerden rein subjektiver Natur ist und daß dabei die Suggestion ebenso wie andere unkontrollierbare äußere Einflüsse eine Rolle spielen können. Deshalb hat er sich in neuerer Zeit bemüht zu versuchen, eine objektive Unterlage für die Wirksamkeit der Transannonkur zu gewinnen. Adler hatte festgestellt, daß Patientinnen mit hypoplastischen oder operativ entfernten Ovarien eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Adrenalin (Suprarenin) besitzen. Nun ist von Löwi gezeigt worden, daß beim normalen Menschen Adrenalininstillation ins Auge ohne Einfluß auf die Pupillenweite bleibt, während bei Fehlen der sympathischen Hemmungen (z. B. beim Hyperthyreoidismus) nach Einträufelung von Adrenalin in den Konjunktivalsack eine Mydriasis auftritt. Im Anschluß an diese und ähnliche Beobachtungen hat Adler bei Frauen mit aufgehobener Ovarialfunktion 2 mal je 3 Tropfen einer 1 prom. Adrenalinlösung im Abstand von 5 Minuten eingeträufelt und „bei der Mehrzahl der untersuchten Fälle nach 15—30 Minuten stärkere oder geringere, immer jedoch mit freiem Auge konstatierbare Mydriasis auftreten sehen“, während die Kontrollfälle reaktionslos blieben. Am Tier konnte weiterhin Schrank zeigen, daß die von Chiari und Fröhlich an Katzenaugen



durch Kalkentziehung nachgewiesene Adrenalinempfindlichkeit verringert und die Erweiterung der Pupille verzögert wird durch gleichzeitige Anwendung von Chlorkalzium. Damit ist die Möglichkeit zur objektiven Prüfung der Wirksamkeit des Transannon im Klimakterium gegeben und Verf. hat sich so, unabhängig von den subjektiven Angaben der Kranken, vom Erfolge der eingeschlagenen Therapie überzeugen können. Es steht zu erwarten, daß auch bei anderen Krankheitserscheinungen, bei denen es sich um ein passageres Aufhören der Ovarialtätigkeit handelt, die Transannontherapie mit Erfolg anwendbar ist. Verf. denkt hier, neben der Tetania gravidarum, für die ja der Wert der Kalkdarreichung, bereits gezeigt ist, vor allem an die sogen. Schwangerschaftstoxikosen: Hyperemesis gravidarum, Eklampsie und Schwangerschaftsnier. Mit Untersuchungen nach dieser Richtung hin ist Verf. zurzeit noch beschäftigt. (B. kl. W. 1920 Nr. 36.)

#### e) Ohrenkrankheiten.

**Bewährte Rezepte für die Behandlung der Erkrankungen des äußeren Ohres nach Dr. Maier (Frankfurt a. M.).**

1. Salizylsalbenkompressen bei Ekzem der Ohrmuschel:

Rp. Acid. salicyl. 3,0  
 Vasel. flav. ad 30,0  
 M. f. ungt.

2. Borzinkpuder bei Ohrekzem:

Rp. Zinc. oxyd.  
 Acid. bor. subt. pulv.  
 Amyli āā ad 100,0  
 M. D. S. Streupuder.

3. Pinsellösung bei Ohrekzem:

Rp. Kal. permang. 5,0  
 Aqu. dest. ad 50,0  
 D. S. Zur Pinselung der erkrankten Stellen.

4. Salbe zur Nachbehandlung des Ohrekzems:

Rp. Kal. permang. 2,5  
 Tumenol-Ammon. 5,0  
 Flor. zinc.  
 Bismut. subnitr. āā 2,5  
 Ungt. lenient.  
 Ungt. simpl. āā ad 50,0  
 M. f. ungt.

5. Bei chronischem Ekzema squamosum wird der Borzinkpuder (siehe Rezept 2) mit wenig Wasser zu einem Brei angerührt und auf die erkrankte Stelle mit einem Spatel mäßig dick aufgelegt; darüber trockener steriler Verband.

## 6. Teerzubereitungen bei chronischem Ekzem:

a) Rp.	Anthrasol	1,0
	Hydrarg. praec. alb.	1,5
	Vasel. flav. ad	50,0
	M. f. ungt.	

b) Rp.	Hydrarg. praec. alb.	2,0
	Liqu. carb. deterg. angl. gtt. XX	
	Vasel. flav. ad	60,0
	M. f. ungt.	

## 7. Salbe zur Behandlung des Ohrfurunkels:

Rp.	Kal. permang.	2,5
	Ungt. hydrarg. praec. alb. ad	50,0
	M. f. ungt.	

## 8. Vakzine bei Ohrfurunkel:

Rp. Staphylosan (Sächsisches Serumwerk Dresden).  
Leukogen (Höchster Farbwerke) Serie 1—3.  
Opsonogen-Wright (Hilgenhaus Güstrow).

Injektion in steigenden Dosen. Ampullen sind gebrauchsfertig.  
Meistens 2—3 Serien zu je 6 Einspritzungen, diese subkutan, jeden 2. Tag.

Ohrtropfen bei Otomykosis (auch zur Tränkung von Gaze-  
einlagen in den Gehörgang):

9. Rp.	Hydrargyr. bichlorat.	0,1
	Spirit. vin. ad	50,0
10. Rp.	Acid. salicyl.	1,0
	Spirit. vin. ad	50,0

(Ther. Hlbmhft. 1920 Nr. 18.)

## Verschiedenes.

**Bemerkenswerte Befunde bei Ertrinkungstod.** Von Gerichts-  
arzt Dr. Döllner (Duisburg). Beim Vergleich von 179 eigenen  
Befunden an Wasserleichen und der zugänglichen Literatur fand  
Verf. an den Lungen von drei Obduzierten typische Eigenarten,  
welche noch nicht beschrieben sind. Ein etwa 55jähriger un-  
bekannter Mann wurde tot im Rhein aufgefunden. Da sich an  
der Leiche auch noch Verletzungsspuren fanden, wurde die Leichen-  
öffnung angeordnet. Neben mehreren Hautschrammen zeigte die  
Bauchwand unmittelbar unter dem Schwertfortsatz, 3 cm links  
von der Mittellinie, eine Durchtrennung, 5 cm lang, in der Mitte  
bis 2,5 cm breit, mit abgerundeten Winkeln und scharfen, glatten,  
durchbluteten Rändern, über dem Bauchfell blind endigend, dieses  
nicht verletzend. Dies konnte also die Todesursache nicht sein,  
war während des Lebens entstanden und läßt sich ebensogut

als fremde Gewalteinwirkung erklären, wie auch als Folge eines Sturzes gegen einen spitzen oder scharfkantigen Gegenstand oder Anschlag gegen einen solchen während des Treibens im Wasser. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fiel auf, daß beide Lungen am Unterrand der 6. Rippe standen. Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigten sich beide Lungen in ganzer Ausdehnung mit der Umgebung (Brustwand, Herzbeutel, Mittelfell, Zwerchfell und innere Brustdrüse) so derb verwachsen, daß sie sich nur unter Gewebsverlusten loslösen ließen. Auch die beiden Vorränder der Lungen, die sich in ganzer Länge berührten, waren untereinander verwachsen und bedeckten den Herzbeutel ganz. Beim Umdrehen der Leiche waren 50 ccm leichtgraue Flüssigkeit ohne Blasen ausgeflossen. Einige Kubikzentimeter gleicher Art fanden sich im Kehlkopf. Die Luftröhre war mit dieser Flüssigkeit ausgefüllt bis in einzelne Verzweigungen zweiten Grades hinein. Die feineren Luftröhrenäste waren leer. Beide Lungen erwiesen sich in allen Teilen von unzähligen stecknadelkopf- bis erbsengroßen Tuberkelknoten — zum Teil verkäst — durchsetzt. Der Verdauungsapparat war aufs höchste geschrumpft (der Dickdarm stellenweise kleinfingerdick!) und enthielt keine Spuren von Nahrung oder Kot. Der Mann war also Phthisiker, der in den letzten Tagen vor dem Tod keinerlei Nahrung mehr zu sich genommen hatte. Wie aber ist der Befund der Atmungsorgane der im Wasser gefundenen Leiche zu erklären? Der Atmungsraum war durch die ausgedehnte Tuberkulose sehr beschränkt; die Bewegungsfähigkeit der Lungen durch die selten stark ausgedehnten Verwachsungen auch ganz erheblich behindert. Also war der Atmungstypus des Mannes ein sehr oberflächlicher. Es genügte auch ein geringer und nur kurz wirkender Abschluß der Atmungsöffnung, um den gestörten Gasaustausch völlig aufzuheben. Ist nun der Mann lebend ins Wasser gekommen, so genügte bei ihm ein Atemzug, um genügend Wasser in die oberen Atemwege zu bringen, welches mechanisch den Zutritt weiterer Luft — wahrscheinlich auch weiteren Wassers — abschloß und bei der ohnehin vorhandenen Kohlensäurestauung zu Bewußtlosigkeit und Lähmung des Atmungszentrums führte. Daher sind weitere Atemzüge nicht mehr erfolgt, das Wasser also nicht in die feineren Verzweigungen der Luftröhre gezogen worden und auch die Untermischung mit Luft und dadurch die Blasen- bzw. Schaumbildung nicht zustande gekommen. Der Tod ist also in diesem Falle nicht wie sonst bei Ertrinkungen durch Eindringen des Wassers in die feineren Luftröhrenäste, sondern infolge grob mechanischen Abschlusses der Hauptluftröhre durch eine stehende Wassersäule erfolgt. Der schwerkranke Mann hat anscheinend in den letzten Lebenstagen keinerlei Nahrung und

Pflege gehabt und daher den Tod in den Wellen gesucht; dabei mögen ihm die eingangs geschilderten Verletzungen zugestoßen sein, während die Herzaktion noch im Gange war. — Den direkt gegenteiligen Befund boten die Leichen zweier Mädchen. Die erstere, einem kräftig gebauten Mädchen — unbekannt — von etwa 22 Jahren zugehörend, zeigte vollständig gesunde Organe, keinerlei Spuren einer äußeren Gewalteinwirkung. Die Lungen füllten den eröffneten Brustkorb wie ausgegossen aus. Ihre Farbe war hellgrau-grün, die Konsistenz zähteigig. Sie ließen sich auf der Unterfläche aufstellen und blieben wie eine Moulage stehen. Die Luftröhre und all ihre Aeste bis in die feinsten Verzweigungen hinein war mit feinblasigem, weißem Schaum völlig ausgefüllt. Vor dem Munde stand ein vorgewölbtes Kissen aus weißem, feinblasigem Schaum mit einem leichtbräunlichen Hauch über dem höchsten Teil (Schaumpilz); Mundhöhle und Kehlkopf waren von gleichem Schaum ausgefüllt. Das Gutachten lautete, die Person ist durch Ertrinken zu Tode gekommen, d. h. sie ist lebend ins Wasser gekommen (letzterer Zusatz auf ausdrückliches Befragen des Richters). Ueber die Frage nach fremdem Verschulden oder Selbstmord konnte die bestimmte gutachtliche Aeüßerung nicht abgegeben werden. Der Fall ist unaufgeklärt geblieben. — Im ähnlich gelagerten zweiten Falle kam die Leiche eines sehr kräftigen Mädchens, 23 Jahre alt, mit gesunden Organen, im fünften Schwangerschaftsmonat stehend, zur Obduktion. Hier fanden sich Würgspuren am Halse, ein flacher Bluterguß von Handtellergröße unter der Kopfschwarte, Schaumpilz ohne bräunlichen Hauch vor dem Mund. Die Mundhöhle und der Kehlkopf mit weißem, feinblasigem Schaum ausgefüllt. Das Zwerchfell stand beiderseits im fünften Zwischenrippenraum. Bei Eröffnung der Brusthöhle sanken die Lungen nicht zurück, berührten sich mit den Vorderrändern und ließen vom Herzbeutel höchstens ein Sechstel frei. Die Farbe der Lungen war hellgrau, an den Vorder- und Unterrändern mit überragenden, helleren Feldern, ihre Konsistenz war zähteigig. Auf die Unterfläche gesetzt, blieben sie aufrecht stehen — ebenfalls wie eine Moulage. Auf Durchschnitten trat keine Flüssigkeit aus: die Luftröhre und ihre Aeste war bis in die feinsten Endigungen hinein mit weißem, feinblasigem Schaum ausgefüllt. Das Gutachten lautete, daß die Verstorbene lebend ins Wasser gekommen und ihr Tod durch Ertrinken erfolgt ist. Die Würgspuren und der Bluterguß auf dem Kopf bekunden, daß fremde Gewalt eingewirkt hat. Die mit der Leiche konfrontierten Beschuldigten gestanden denn auch, daß sie das Mädchen plötzlich überfallen, mit dem Kopf auf den Boden gestoßen und dann ins Wasser geworfen hätten. Der eine war der Schwängerer, der andere dessen Bruder. Das Typische

an diesen beiden Lungen war demnach ihre helle Farbe, die eigenartige Konsistenz, die kein Ballotement fühlen ließ, sondern das Gefühl wie weicher Kautschuk ergab, und vor allem die Fähigkeit der Lungen, unter voller Beibehaltung der Form aufrecht stehen zu bleiben. Die Ursache für alle Erscheinungen ist ja eindeutig in der innigen Ausfüllung der Atmungskanäle bis in ihre Endigungen hinein mit feinblasigem Schaum zu suchen. Verf. möchte daher für diesen ganz typischen Befund die Bezeichnung „Schaumlunge“ vorschlagen. Die Deutung des geschilderten Lungenbefundes kann auf keine Schwierigkeit stoßen: die intensive Bildung feinsten Schaumes und die Aspiration bis in die feinsten Verzweigungen der Atmungsröhren ist erzeugt durch sehr kräftige und rasch wiederholte Atmungsstöße, welche in den Röhren die Atmungsluft mit dem eingeatmeten Wasser innig vermischen — also ein Beweis, daß der Verstorbene im Wasser noch sehr energisch geatmet hat — im Gegensatze zu dem erstgeschilderten Phthisiker, bei dem eine Schaumbildung überhaupt nicht zustande kam. Es liegt aber auch die Vermutung nahe, daß zur Bildung so reichlichen und feinen Schaumes, der den Lungen sogar die Stehfähigkeit verleiht, ein mehrmaliges Emportauschen aus dem Wasser und erneute Aufnahme von Luft gehört. Auf jeden Fall ist die „Schaumlunge“ der Beweis, daß deren Träger lebend ins Wasser gekommen ist und zu sehr kräftigen, gehäuften Atemzügen imstande war. (Aerztl. Sachverstd.-Ztg. 1920 Nr. 20.)

Ueber Leibmassage im Stehen sagt Prof. Dr. Willem Smitt, Direktor der Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage (Dresden): „Im Gegensatze zu der sonst allgemein üblichen Art, die Leibmassage im Liegen und mit angezogenen Knien, um eine mögliche Entspannung der Bauchmuskulatur dabei zu haben, auszuführen, mache ich sehr häufig die Leibmassage in stehender Haltung des Kranken. Mir kommt es in solchen Fällen nicht darauf an, die inneren Teile mit meinen Handgriffen zu treffen, sondern ich will gerade die Bauchdecken massieren. Ich setze mich dazu vor den vor mir stehenden Kranken, lasse ihn sich mit dem unteren Teile des Rückens an ein Gerät — Wolm — anlehnen und mit dem oberen Teile des Rückens und mit dem Kopfe etwas nach hinten überstrecken. Auf diese Weise spannt sich die Bauchwand vorzüglich an, und ich kann nun mit meiner Massage, die in diesen Fällen nur aus Reibungen und Streichen besteht, die Bauchdecken überall behandeln, und zwar ohne daß ich trotz starken Druckes Gefahr laufe, die inneren Organe zu treffen. Auf diese Weise behandle ich, je nach dem Falle, entweder nur die Ansätze der Bauchdecken an den unteren

Rippenrändern, oder an den Darmbeinen, oder an dem Schambeine, oder ich massiere die Gegend der Mm. recti oder die der übrigen Bauchmuskeln, oder aber ich muß hintereinander mehrere der genannten Stellen massieren. Ausschlaggebend für mein Handeln sind natürlich die Beschwerden des Kranken und der erhobene, objektive Befund. Um mit letzterem zu beginnen, so kommen für die Leibmassage im Stehen alle die Fälle in Betracht, bei denen die geklagten Beschwerden auf Störungen der Bauchdecken zurückzuführen sind. Daß derartige Störungen verhältnismäßig oft vorkommen, haben die neueren Forschungen mit Sicherheit ergeben. Diejenigen durch Narben, z. B. nach einer Operation, sind ja leicht verständlich, aber häufiger als durch Narben sind die Störungen bedingt durch einen abnormen Zustand der Bauchmuskeln und der darüber befindlichen Weichteile. Welche pathologisch-anatomischen Vorgänge dabei vorliegen, ist noch nicht völlig geklärt, die Meinungen gehen darüber noch sehr auseinander. Sicher ist nur, daß sich in solchen Fällen die zu behandelnden Stellen besonders hart anfühlen, härter als das benachbarte Gewebe, und daß sie oft schon auf leisen Druck, noch mehr aber bei jedem stärkeren außerordentlich empfindlich sind. Die Kranken zucken sofort zusammen, wenn man eine solche Stelle trifft, während sie bei gleicher Behandlung der unmittelbar benachbarten nicht die Miene verziehen und auf die Frage angeben, daß sie lediglich den Druck, aber keinen Schmerz verspüren. Ich finde einen derartigen Befund sehr häufig bei Kranken, die ihre Bauchdecken in irgendeiner Weise, z. B. durch zu enge Kleidung, gedrückt haben, ferner bei Leuten mit allgemeinen rheumatischen Beschwerden (Muskelrheumatismus) und bei solchen mit Verdauungs- oder sonstigen Stoffwechselstörungen. Charakteristisch ist, daß die Kranken dabei nur in Ausnahmefällen über Schmerzen gerade in den Bauchdecken selbst klagen. Ihre Beschwerden sind gewöhnlich ganz anderer Art, sie geben an, sie hätten Herz- oder Atemnot, oder Druck auf der Brust, oder Magenschmerzen, oder Gallenstein- oder Blinddarmschmerzen, oder Schmerzen beim Unwohlsein usw. Durch die fortgesetzte, täglich gewöhnlich einmal vorgenommene Massage dieser harten, auf Druck empfindlichen Stellen verliert sich oft recht schnell zuerst die Druckschmerzhaftigkeit und zum Teil dann auch die Härte. Oftmals bleibt aber auch die Härte mehr oder weniger bestehen. Die Beschwerden der Kranken sind jedoch zusammen mit der erreichten Empfindungslosigkeit der behandelten Stellen, manchmal sogar schon vor der erzielten Schmerzlosigkeit auf Druck verschwunden. Leicht können diese Zustände Veranlassung geben zu diagnostischen Irrtümern, zur irrümlichen Annahme der Erkrankung eines inneren Organes. In allen solchen Fällen muß natürlich zunächst eine

genaue Untersuchung der inneren Organe vorgenommen werden. Ergibt dieselbe keine Gegenanzeigen und lassen sich an den Bauchdecken dann die obenerwähnten Erscheinungen feststellen, so mache ich den Versuch mit der Leibmassage im Stehen, und überraschend oft kann ich dann damit die Kranken von ihren Beschwerden befreien. Abgesehen von meinen Beobachtungen an Kranken habe ich solche in mannigfacher Weise an mir selbst anstellen können. Damit ist auch die Art und Weise angegeben, wie ich feststelle, ob für gewisse Beschwerden eines Kranken das abnorme Verhalten der Bauchdecken in Betracht kommt. Nach vorgenommener Untersuchung der inneren Organe, natürlich unter Zuhilfenahme aller Untersuchungsmittel, untersuche ich dann die Bauchdecken auch im Stehen. Sind sie der Sitz der Beschwerden, so sind sie in dieser Stellung druckschmerzhaft, während sie vorher beim Liegen und bei schlaffem Leibe trotz tiefsten Eindrucks oft absolut unempfindlich oder nur sehr wenig empfindlich waren. So habe ich gleichzeitig in der Leibmassage im Stehen ein differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Ich wende die Leibmassage im Stehen seit etwa 8 Jahren an und empfehle sie der Nachprüfung.“

(M. m. W. 1920 Nr. 33.)

### Neue Bücher.

**Reichs-Medizinal-Kalender 1921.** Herausgegeben von Geh. San.-R. Prof. Dr. Schwalbe. Verlag G. Thieme, Leipzig. Während der Personalteil der mißlichen wirtschaftlichen Verhältnisse wegen auch in diesem Jahre nicht erscheinen konnte, liegt das Taschenbuch mit den Beiheften wieder vor, wie gewöhnlich, nach verschiedenen Richtungen hin verbessert und mit vermehrtem Inhalt. Abschnitte wie „Serum- und Vakzinetherapie“ von Prof. U. Friedemann und „Strahlentherapie“ von St.-A. Dr. Strauss werden sicherlich freudig begrüßt werden. Taschenbuch und Beihefte bieten bei weitem mehr als jeder andere Kalender, so daß die Beliebtheit und weite Verbreitung des „Börner“ durchaus begründet ist.

---

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 halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 6.

März 1921

## Aetiologisches.

**Akute Dermatitis, hervorgerufen durch Tragen eines neuen Bergstockes.** Von Dr. Kall (Nürnberg). „Am 21. August kaufte ich mir einen neuen Bergstock, der mit einem braunen Lack oder Firnis überzogen war, und benutzte denselben bei einem 5 stündigen, nicht anstrengenden Marsche, meist mit der rechten Hand. Schon in der folgenden Nacht trat heftiger Juckreiz zumal im rechten Handteller auf. Am folgenden Tage traten unter starkem Jucken zahlreiche stecknadelkopfgroße, tief in der Epidermis liegende, klare Bläschen in dem rechten Handteller und der Beugeseite der Finger auf, vereinzelt kleine Bläschen auch im linken Handteller. Das Bild glich durchaus der bekannten Dyshidrosis. Dies war auch zunächst meine Diagnose. Merkwürdig war, daß nur die Beugeseite befallen war, die rechte Hand viel stärker als die linke, ferner daß die seitlichen Partien der Finger und die Streckseite völlig frei waren. In den folgenden 2 Tagen kam es unter starken entzündlichen Erscheinungen und heftigen Schmerzen zu einem Konfluieren der Bläschen. Es bildeten sich im Handteller und der Grund- und Mittelphalange der Finger zahlreiche pfennig- bis dreimarkstückgroße Blasen, die mit wäßrigem, sich allmählich trübendem Inhalt prall gefüllt waren. In dem Handteller der linken Hand traten nur Blasen von etwa Pfennigstückgröße auf. Es kam nun auch zu leichter, reaktiver Schwellung des rechten Handrückens. Am 3. Tage hatte die Endzündung ihren Höhepunkt erreicht. Es fiel nun die scharfe Begrenzung der Dermatitis auf. Das Handgelenk und proximale Drittel der Hohlhand, ebenso die Fingerspitzen waren von dem Ausschlag völlig freigeblieben, ebenso die seitlichen Partien der Finger und der Handrücken. Damit war die Diagnose gesichert. Nur die Teile der Hohlhand waren erkrankt, die mit dem Stock längere Zeit in Berührung gewesen waren. Die linke Hand, die den Stock nur kurze

Zeit getragen hatte, war sehr viel weniger befallen. Betonen möchte ich noch, daß ich nicht an Hyperhidrosis leide. Es handelte sich also um einen hautreizenden Lack oder Firnis, mit dem der Bergstock bestrichen war, ein weiterer Beitrag zur Gefährlichkeit gewisser Ersatzstoffe unserer heutigen Industrie. — Nachdem die Blasen von einem zugezogenen Kollegen mit der Schere eröffnet waren, gingen die entzündlichen Erscheinungen unter Borsäure- und Salizyl-Resorzinumschlägen bald zurück, und es kam zu völliger Schälung der erkrankten Hautpartien. Nicht ganz leicht zu entscheiden ist die Frage, ob es sich um einen Unfall handelte. Die Versicherungsgesellschaft lehnte den Unfall ab, da ein „plötzliches Ereignis“ nicht vorlag.“ (M. m. W. 1920 Nr. 46.)

**Zur Uebertragung der Bartflechte.** Von Dr. Veilchenblau (Arnstein). Gegenüber der weit verbreiteten Annahme, daß Messer und Pinsel die Hauptüberträger der Trichophytie darstellen, eine Annahme, die sich besonders in den amtlichen Anweisungen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Bartflechte findet, möchte Verf. zwei einwandfreie Beobachtungen mitteilen, die auf einen recht häufigen Modus der Uebertragung hinweisen. 1. Ein Herr, im Besitze seines eigenen Rasierzeuges, wollte sich einmal vom Friseur rasieren lassen, nahm Messer, Pinsel, Seife usw. mit und ging zum Friseur. Am übernächsten Tage entdeckte Verf. an seinem Hals fünf gleichzeitig „aufgegangene“ Trichophytieherde; diese befanden sich alle auf der Vorderseite, wo das Rasiertuch des Friseurs zwischen Kragen und Hals hineingestopft war. 2. Die Mutter dieses Herrn erkrankte wenige Wochen nach dieser Ansteckung an Grippe mit Lungenentzündung, sie bekam Brustwickel. Hierzu wurde nun eines Tages ein Handtuch benutzt, das ihr Sohn vorher in Gebrauch hatte. Es war wie üblich mit der übrigen Wäsche gewaschen worden. Wenige Tage später entdeckte Verf. an ihrem Rücken mehrere frische Trichophytieherde. — Diese Beobachtungen weisen auf die Uebertragung durch die Rasiertücher hin. Die Behörden gehen nun von der Annahme aus, daß ein Rasiertuch nur einmal benutzt wird; das entspricht in der heutigen Zeit kaum den Tatsachen. Aber zugleich zeigt die Beobachtung, daß die gewöhnliche Wäsche — wie lange die Wäsche gekocht wurde, konnte Verf. nicht erfahren, nur daß sie gekocht wurde, wurde versichert — auch nicht immer genügende Abtötung gewährleistet. Es ist deshalb vorzuschlagen, neben Dauerdesinfektion von Messer und Pinsel, der Sauberhaltung der Hände, die Verwendung von Papiertüchern einzuführen, die einmal benutzt, vernichtet werden. Diese Maßnahme dürfte am zuverlässigsten sein. (D. m. W. 1920 Nr. 52.)

**Die Ursache der Kurzsichtigkeit.** Von Dr. Georg Hirsch, Augenarzt (Halberstadt).

1. Der anatomische Befund an stark kurzsichtigen Augäpfeln ergibt eine Atrophie der hintern Hälfte der Augenwandung durch eine bisher unbekannte Erkrankung.

2. Der klinische Befund zeigt bei ausgesprochener Kurzsichtigkeit Aderhauterkrankungen, die sich nicht wesentlich unterscheiden von anderen Aderhautentzündungen, die man neuerdings als tuberkulöse erkannt und erfolgreich mit Tuberkulin behandelt hat.

3. Die Tuberkulinreaktion ist bei progressiver Kurzsichtigkeit positiv, Behandlung mit Tuberkulin führt zur Besserung der Sehschärfe.

4. Gibt es wohl keine Erkrankung neben der Tuberkulose, welche ebenso häufig vorkäme wie die Myopie.

Daß das Tuberkulotoxin nicht etwa allein am Auge so außerordentlich häufig als Krankheitsursache auftritt, gedenkt Verf. demnächst zu beweisen. Es scheint ihm überhaupt die häufigste Krankheitsursache zu bilden.

(Wschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges 1920 Nr. 9.)

### **Krankheitsbilder.**

**Ueber chronische Grippe.** Von Prof. Dr. G. Treupel (Aus der Medizinischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.). Der Verlauf der beiden letzten Grippeepidemien und die über viele Monate sich erstreckende Beobachtung der Fälle hat gezeigt, daß man neben der akuten Form der die Lungen befallenden Grippe auch eine chronische unterscheiden muß. Es ist von vielen Seiten darauf hingewiesen worden, daß aus der akuten Form der Grippe mit ihren Nachschüben und Rückfällen sich ein Dauerzustand auf den Lungen ausbilden kann, der, in bezug auf den Befund über den Lungen und die begleitenden Allgemeinerscheinungen, die größte Ähnlichkeit mit der Tuberkulose gewinnt. Da die nach Grippe dauernd bleibenden Lungenveränderungen nicht nur in den unteren, seitlichen und vorderen Partien der Lungen, sondern nicht ganz so selten in den Oberlappen und in den Lungenspitzen gefunden werden, da ferner manche Allgemeinerscheinungen, wie die langdauernden erhöhten Temperaturen, die Nachtschweiße, das Auftreten von elastischen Fasern oder schon makroskopisch sichtbare Beimengungen von Blut im Auswurf — also alles Zeichen, die bis jetzt als mitcharakteristisch für Tuberkulose galten —, auch in diesen Fällen vorkommen können, so erhellt daraus ohne weiteres die große praktische Bedeutung dieser Fälle. Verf. hält die stetige Kontrolle der physi-

kalischen Lungenbefunde durch das Röntgenbild für wichtig. Allerdings kann nur die engste Zusammenarbeit des Kliniklers mit dem Röntgenologen, die fortwährende, genaue Vergleichung der klinischen und röntgenologischen Befunde und ihre kritische Bewertung die Diagnose erleichtern und fördern. Schon bei der beginnenden bronchopneumonischen Infiltration des Lungengewebes — zu einer Zeit, wo sonst noch keine klinischen Erscheinungen vorhanden zu sein brauchen — und ebenso nach dem Ablauf der pneumonischen Erscheinungen zu einer Zeit, wo sich die Patienten schon verhältnismäßig beschwerdefrei fühlen, lassen sich auf der Röntgenplatte Schatten erkennen. Gleichzeitig erscheint die „Hiluszeichnung“ verstärkt, und es treten die sog. „Stränge“ mehr und mehr deutlich hervor. Verf. glaubt, daß diese Befunde im Röntgenbild der starken Blutüberfüllung der Lunge entsprechen, eine Annahme, die sowohl für den Beginn als auch für den Ablauf der lokalen Erkrankung durchaus berechtigt ist. Finden sich doch pathologisch-anatomisch neben der Bronchiolitis pralles Oedem und blutig durchtränktes Gewebe, Kapillarstauung und blutige Ausfüllung der Alveolargruppen usw. Während aber in der Mehrzahl der Fälle diese Bilder nach kurzer oder längerer Zeit restlos wieder verschwinden, bleiben in den chronischen Fällen teils kleine oder größere fleckige, teils bandartige Verdichtungen zurück. Es sind das die Folgen der starken Bindegewebsneubildung bei den interstitiellen Prozessen. Durch diese knotigen, fleckigen Verdichtungen, die pleuritischen Abschattungen und die Stränge können der Tuberkulose sehr ähnliche Bilder entstehen. Beschattungen im Röntgenbilde, die sich nicht an die Lappengrenzen halten, mit über viele Wochen sich hinziehendem Fieber, das öfters deutliche Remissionen erkennen läßt, oder bei wochenlangen subfebrilen Temperaturen gelegentliche Steigerungen bis  $40^{\circ}$  und mehr aufweist, deuten auf oft ganz umschriebene Eiterherde hin, die sich interlobär in den Septen und in den Interstitien oder Bronchien befinden. Ob sich vielleicht auch die von H. Strauß berichteten Fälle von eigenartigen Restbefunden nach Grippepneumonie so erklären, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hat eine aus der Hisschen Klinik von Schilling mitgeteilte Beobachtung als Ursache der protrahierten Lungenverdichtungen eine fingerstarke, in die Tiefe zwischen die Septen reichende kleine Abszeßhöhle mit einigen Kubikzentimetern Eiter ergeben, die im Anschluß an eine interlobäre Pleuritis entstanden war. Solche Beobachtungen leiten hinüber zu den Fällen chronischer Grippe, bei denen elastische Fasern im Auswurf gefunden werden. Man muß hier kleine und kleinste Einschmelzungsherde vermuten, die der Röntgenaufnahme vollständig entgehen können. Wie lange unter Umständen ein

solcher Eiterherd nahezu symptomelos vorhanden sein kann, hat folgender, im Verlauf der letzten Grippeepidemie beobachtete Fall gezeigt. Bei einer 62jährigen Frau, die mit den typischen akuten Grippeerscheinungen ins Spital eingeliefert wurde und in deren Auswurf weder Pneumokokken noch Influenzabazillen oder Tuberkelbazillen nachweisbar waren und die vor 28 Jahren eine linksseitige „Lungen-Rippenfellentzündung“ durchgemacht hatte, fand sich eine sehr massive Dämpfung links hinten neben der Wirbelsäule von der Mitte der Skapula abwärts mit Bronchialatmen. Das Mediastinum war, besonders in den oberen Teilen, nach links verlagert und die linke Lungenspitze verkürzt. Die anfänglichen mäßigen Temperaturen gingen in den ersten 6 Tagen vollständig zurück, und es bestand in den weiteren 3 Wochen des Krankenhausaufenthaltes keinerlei Fieber mehr. Verf. nahm mit Rücksicht auf diesen Befund eine dicke Pleuraschwarte an und vermutete, vielleicht in der Tiefe, einen alten Herd. Die am 12. Tage des Krankenhausaufenthaltes, nachdem also die Patientin schon vollkommen fieberfrei geworden war, vorgenommene Punktion ergab zunächst eine knochenharte, sehr dicke Pleuraschwarte und entleerte aus einer Tiefe von 6—7 cm etwa 60 ccm bräunlichgelben, mäßig dickflüssigen Eiter. Die bakteriologische Untersuchung dieses alten, stark detritushaltigen Eiters hatte nach jeder Richtung ein negatives Resultat. Die 4 Tage später vorgenommene Röntgenaufnahme zeigte bei starker Beschattung über der ganzen linken Lunge einen tiefen, unregelmäßig begrenzten Schatten links unten und neben dem Herzen einen „für Lungenabszeß verdächtigen Schatten“ mit Luftblase. Da die Patientin während der weiteren Beobachtung beschwerdefrei blieb und von weiteren Eingriffen nichts wissen wollte, wurde sie nach einigen Wochen als „geheilt“ entlassen. Wir dürfen also in diesem Falle annehmen, daß der Eiterherd im Anschluß an die vor 28 Jahren überstandene Lungen-Rippenfellentzündung entstanden war und daß dieser durch ausgedehnte Lungenschrumpfung fest verkapselte und ruhiggestellte Herd beschwerdelos von der Patientin getragen wurde. — Bei der chronischen Grippe hört man über den verdichteten Lungenpartien für lange Zeit „Rasselgeräusche“. Sie können auch für einige Zeit verschwinden und unvermittelt wieder auftreten. An sich ist es ja nicht verwunderlich, daß bei der chronischen Bronchitis und Bronchiolitis in dem durch Verwachsungen und Indurationen verhältnismäßig starren Lungengewebe diese Geräusche so persistent sind. Verf. möchte aber bei dieser Gelegenheit auf Geräusche hinweisen, die wir in den Grippefällen, ebenso wie in gewissen Fällen von Tuberkulose, recht häufig wahrnehmen. Diese Geräusche sind den Rasselgeräuschen so äh-

lich, daß sie fast immer mit ihnen verwechselt werden. Sie entstehen aber gar nicht in den Bronchien oder Bronchiolen, sondern in dem serös durchtränkten Gewebe der Pleuren. Sie sind also pleuritischen Geräuschen gleich zu bewerten. Sie können als „Knistern“, „Schleifen“ oder „Knattern“ wahrgenommen werden. — Verf. steht auf dem Standpunkt wie Curschmann, Hildebrandt u. a., daß der Einfluß der Grippe auf die Tuberkulose der Lunge nicht groß ist. Chronische Grippe und Lungentuberkulose können natürlich auch nebeneinander vorkommen. Die Unterscheidung von chronischer Grippe und Lungentuberkulose ist aber außerordentlich schwierig, ja bisweilen wohl ganz unmöglich. Daß sie da, wo sie gelingt, praktisch von der größten Bedeutung für den Betroffenen sein kann, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden. In differentialdiagnostischer Hinsicht ist vielleicht wichtig, daß bei der Grippe das Herz- und Gefäßsystem viel früher und in weit höherem Grad in Mitleidenschaft gezogen wird, als das gemeinhin bei der Lungentuberkulose der Fall zu sein pflegt. Verf. hat schon in einer früheren Arbeit auf das eigentümliche Verhalten des Pulses, die Gefäßentspannung und den niedrigen Blutdruck hingewiesen und sie als eine Folge der toxischen Schädigung durch den Grippeerreger aufgefaßt. Für Hildebrandt steht die ursächliche Bedeutung des Pfeiffer-Bazillus auch für die Grippe fest. Er faßt demgemäß unter den Begriff der chronischen Grippe die Gesamtheit jener monatelangen Erkrankungen, für die die Influenzabazillen ursächlich in Frage kommen. Jedenfalls ist, wie wir gesehen haben, der Begriff der chronischen Grippe berechtigt, ja notwendig, gerade weil das Krankheitsbild klinisch und röntgenologisch mit gewissen Formen der Tuberkulose die größte Aehnlichkeit hat. (D. m. W. 1920 Nr. 42.)

**Ueber Pseudoappendizitis**, insbesondere über das Krankheitsbild des nervösen Darmspasmus urteilt E. Liek (Danzig) auf Grund von 120 eigenen Fällen, von denen  $\frac{1}{5}$  bereits entwurmt zu ihm kamen. Das Fortbestehen der Beschwerden, die Wirkung nur der jeweils neuesten Behandlungsart, das Ueberwiegen jugendlicher Frauen der bemittelten Kreise, der Mangel eines regelmäßigen objektiven Befundes, von Störungen des Pulses und der Temperatur bringen ihn zu der Ueberzeugung, daß hier funktionelle und nicht organische Störungen vorliegen. Es handelt sich um Darmspasmen. Der mundwärts des Krampfes gelegene Darmteil ist gebläht und imponiert als Geschwulst, der Druckschmerz ist stets geringer als das Schmerzgefühl, häufig auch auf der anderen Seite vorhanden. Disponierend wirken nervöse Reize, namentlich des Geschlechtslebens, Kaffee und Tabak. Neben Allgemeinbehandlung ist Atropin, seltener Papaverin wirksam. (Mitt. Grenzgeb. 32 H. 2.)

### Kasuistisches.

**Ein Fall von Encephalitis haemorrhagica bei Dysenterie.**  
 Von Dr. S. Buttenwieser (Aus der Medizinischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.). Die hämorrhagische Enzephalitis ist unter dem Bilde der Encephalitis lethargica verlaufen. Da dieses Jahr an vielen Orten und auch in Frankfurt gehäufte Fälle von Encephalitis lethargica, die wohl als Grippeenzephalitis aufzufassen ist, auftraten, könnte man daran denken, daß es sich vielleicht um eine zufällige Kombination einer Dysenterie mit einer Grippeenzephalitis handele. Diese Annahme scheint jedoch nicht sehr wahrscheinlich, da die Epidemie von Grippeenzephalitis hier schon seit mehreren Monaten fast vollständig abgeklungen ist. Verf. glaubt vielmehr, daß bei genauer klinischer und anatomischer Untersuchung auch bei der Ruhr Schädigungen des Gehirns in Form einer Enzephalitis durch das Ruhrtoxin in Analogie zu den übrigen Infektionskrankheiten auch bei Erwachsenen öfters festgestellt werden dürften. (M. m. W. 1920 Nr. 51.)

**Ein Fall von Starbildung als Folge von Hungerödem.**  
 Von Dr. Max A. Fischer (Aus der Deutschen Universitäts-Augenklinik in Prag). Bei dem Fehlen aller Krankheitserscheinungen am Augapfel selbst und sonstigen Allgemein- oder Stoffwechselerkrankungen, ebenso Fehlen von nachweisbaren Störungen endokriner Drüsen, mußte die Starbildung als Folge des Hungerödems aufgefaßt werden. Das rasche Fortschreiten der Linsentrübung erinnert ebenso wie die morphologische Beschaffenheit der Linse an den Zuckerstar jugendlicher Individuen. Es müßte nur noch die Frage diskutiert werden, ob die Starbildung in Zusammenhang zu bringen sei mit der Beschäftigung des Kranken. Derselbe hatte seit zehn Jahren bei intensiver Hitze gearbeitet, da er als Eisenwerker größtenteils mit glühendem Eisenmaterial zu tun hatte (er ist jetzt 30 Jahre alt). Wie sich aber aus der Durchsicht der Literatur ergibt, ist, außer bei Glasbläsern, bei denen offenbar neben der ganz enormen Hitze auch die von der Glasschmelze ausströmenden ultravioletten Strahlen an der Starentwicklung mindestens mitschuldig sind, bisher noch niemals bei Eisenarbeitern oder überhaupt in der Glühhitze arbeitenden Individuen Starbildung beobachtet worden. Als aber die genaue Untersuchung der allgemeinen Hautdecke auch an während der Arbeit von Kleidern bedeckten Stellen Pigmentationen nachwies und Prof. Kreibich die gesamte Pigmentierung als sicher kachektischen Ursprungs erklärte, mußte dieser Zusammenhang mit der Arbeit als ätiologisches Moment ausgeschaltet werden. Es ist



natürlich nicht ganz unmöglich, daß aber dennoch die strahlende Hitze bei dem durch das Hungèrödem disponierten Individuum zur Starentwicklung beigetragen haben könnte. Aber auch hiergegen sprach die von dem Glasbläserstar vollständig verschiedene Beschaffenheit der Linse. (M. Kl. 1920 Nr. 36.)

**Nierenkarbunkel.** Von Dr. Barth (Danzig). Israel hat früher 2 Fälle von metastatischer Niereneiterung beschrieben, die er als Nierenkarbunkel bezeichnet. Verf. hat im Laufe der Jahre 4 ähnliche Fälle beobachtet. Es handelt sich hier um eine solitäre Staphylokokkeneiterung der Niere, eingeschleppt von einem Furunkel oder Karbunkel der äußeren Haut oder von andern entfernteren Eiterherden, wie sie die bekannte Ursache der mit paranephritischen Eiterung einhergehenden Rindenabszesse der Niere bilden. Während aber diese nach der operativen Behandlung auszuheilen pflegen, ist das hier nicht der Fall. Es handelt sich vielmehr um einen in der Kontinuität fortschreitenden, wenig zur Einschmelzung neigenden Eiterungsprozeß von ausgesprochen geschwulstartigem Charakter. Für die Behandlung kommt nach der ganzen Eigenart des Prozesses nur die Exzision des Krankheitsherdes in Frage, also die Nierenresektion oder die Nephrektomie. Verf. hat einmal die Resektion, dreimal die Nephrektomie vorgenommen. (Arch. f. kl. Chir. 114 H. 2.)

### Diagnostisches.

**Ein einfaches Mittel zur Aufklärung unsicherer und unklarer Auskultationsbefunde.** Von Dr. G. A. Roemer (Stuttgart). Durch Benützung eines geeigneten Phonendoskopmodells (am besten eines Modells, dessen Ohrschläuche mit beweglichen Zapfen im Membranhalter stecken, sog. Mikrophonendoskope) wird es möglich, mit 2 Phonendoskopen zugleich zu auskultieren. Dabei wird von jedem Phonendoskop ein Schlauch zum Ohr geleitet und die 2. Oeffnung jedes Phonendoskops mit der Fingerkuppe des betreffenden Zeigefingers verschlossen. (Es ist wichtig, daß sowohl diese Oeffnung gut verschlossen wird, wie, daß das Ohrstück des Schlauches fest im Gehörgang sitzt: nur so besteht ein geschlossenes pneumatisches System, in dem die leiseste Schall-schwingung, die die Zelluloidmembran trifft, auf das Trommelfell übertragen wird. Sobald aber irgendwo Luft entweichen kann, wird der fortgeleitete Schall abgeschwächt.) Bei der gleichzeitigen Anwendung von 2 Phonendoskopen ist es nun möglich, alle Schallerscheinungen über dem Thorax und dem Abdomen stereognostisch wahrzunehmen: Stereoauskultation. Die beiden Phonendoskope

werden dabei in einer Entfernung von etwa 5 cm nebeneinander aufgesetzt: sofort wird wahrgenommen, ob die Schallerscheinung, ein Geräusch z. B., in der Muskulatur (Muskelgeräusche) oder unmittelbar unter dem Muskel-Rippengürtel (pleuritische Geräusche) oder in der Tiefe liegt (Hilusaffektionen, pneumonische oder tuberkulöse Herde), oder ob es etwa fernher von der Trachea stammt (Larynxstenosen oder Verbiegungen der Trachea). Sind 2 aus verschiedener Entfernung kommende Geräusche nebeneinander vorhanden, die vorher bei einfacher Auskultation nicht getrennt werden konnten, so werden sie nun deutlich trennbar (z. B. pneumonische Herde oder pleuritische Reizungen bei gleichzeitiger diphtherischer Larynxstenose, deren Lärm sich über die ganze Lunge ausbreitet). Besonders wertvoll ist diese „Stereoauskultation“ im Bereich der Lingula pulmonis, wo Affektionen der Pleura, der Lingula pulmonis und des Perikards sich wesentlich leichter und sicherer differentialdiagnostisch unterscheiden lassen als mit einfacher Auskultation. Notwendig und durch nichts zu ersetzen ist sie in manchen Fällen, bei denen vor Anlegung eines künstlichen Pneumothorax entschieden werden muß, wie weit die „gesunde“ Lunge selbständig und normal atmet. Bei sehr tiefliegenden Lungenaaffektionen empfiehlt es sich, die Distanz beider Phonendoskope weiter zu wählen (Prinzip des Scherenfernrohrs). Neben dieser Möglichkeit stereognostischer Wahrnehmung bietet die Auskultation mit 2 Phonendoskopen noch folgende Vorteile: A. Beide Lungen können gleichzeitig abgehört und so in ihrer Tätigkeit verglichen werden, wobei Differenzen im Einstreichen der Atemluft und Differenzen der Schallstärke des Atemgeräusches festgestellt werden können: Vergleichende Auskultation. B. Werden die beiden Phonendoskope in der Richtung des Verlaufs eines Bronchus — das eine, zentral, in Hilusgegend, das andere, peripher, über dem Alveolargebiet — aufgesetzt, so lassen sich damit die funktionellen Verhältnisse dieses Bronchus verfolgen: Einstreichen und Ausstreichen der Atemluft, Verschiebung von Sekretmassen innerhalb des Bronchus und dergl.: Bronchusauskultation. Das Vorhandensein einer Kaverne markiert sich besonders dadurch, daß das Exspirium über der Kaverne lauter ist, als zentral am Hilus; normalerweise und bei einfachen Katarrhen ist umgekehrt das Exspirium am Hilus lauter. C. Am Herzen kann durch Aufsetzen des einen Phonendoskops an der Herzspitze, des anderen über den Auskultationsstellen der Basis die Tätigkeit der Klappen und das Durchströmen des Blutes besser überprüft werden als mit einfacher Auskultation. Pathologische Veränderungen treten im allgemeinen dabei schärfer hervor. — In Fällen, wo wegen besonderer Verhältnisse an der Herzspitze mit einfacher Auskultation nicht ohne weiteres ent-

schieden werden kann, ob ein Geräusch präsys- to- lisch, systo- lisch, oder an der Herz- basis oder einer anderen Stelle, an der der Rhyth- mus der Herz- aktion klar zu erkennen ist, entsteht, kann in vielen Fällen die Entscheidung klar gefällt werden, ebenso umgekehrt bei mangelnder Klarheit über die Natur eines Geräusches an der Herz- spitze. Aus allen diesen Gründen kann die Auskultation mit 2 Phonendoskopen, die „doppelte Auskultation“, den Kollegen nur wärmstens empfohlen werden. Notwendig ist eine vorhergehende Gehörprüfung mit der Taschenuhr: ob ihr Ticken auf beiden Ohren in gleichweiter Entfernung eben noch gehört werden kann. Frei- lich darf nicht übersehen werden, daß anfangs eine gewisse Zeit der Uebung erforderlich ist, bis die verschiedenen Gehöreindrücke auf beiden Ohren richtig verwertet werden können: das Kind muß auch erst die Verwertung seiner stereognostischen Seheindrücke lernen. Die anfängliche Mühe wird sich aber reichlich belohnt finden.

(M. m. W. 1920 Nr. 25.)

**Der urethrale Probetampon.** Von Dr. H. Kritzler (Uni- vers.-Frauenklinik Gießen). S ä n g e r hat in seinen zwei charak- teristischen Fällen darauf aufmerksam gemacht, daß die Umgegend der Harnröhrenmündung (paraurethrale Gänge) und die Urethra selbst als primäre Infektionsherde ganz besonders scharf geprüft werden müssen, um die gonorrhoeische Infektion möglichst früh- zeitig in einem verhältnismäßig harmlosen Stadium zu erkennen und durch Behandlung der urethralen und paraurethralen Lokali- sation weiteres Aufsteigen der Erkrankung mit ihren verhängnis- vollen Folgen zu verhüten. Diese die weibliche Gonorrhoe auf den relativ gutartigen Typ der Urethritis gonorrhoeica anterior des Mannes zurückführende, möglichst frühzeitige Erfassung des Trippers der Frau erscheint ganz außerordentlich bemerkenswert und be- deutungsvoll. Verf. möchte deshalb ein Hilfsmittel angeben, das die Diagnose der Harnröhreninfektion erleichtert. Die übliche Art der Sekretentnahme mit der Platinöse oder dem Platinlöffel läßt anscheinend oft im Stich, sonst wäre gewiß schon früher und öfter und eindringlicher in der gynäkologischen Literatur das Fahnden nach der so wichtigen latenten, inzipienten urethralen Infektion betont worden. Verf. möchte vorschlagen, ähnlich dem Schulzeschen Probetampon, einen stiftförmigen Wattetampon in die Harnröhre einzulegen. Die Herstellung solcher Wattestifte von der Harnröhre entsprechendem Kaliber dürfte keine Schwierigkeiten machen, da ähnliche Watteröllchen schon lange von den Zahn- ärzten zum Speichelaufsaugen und zum Einlegen in die bukkalen und sublingualen Paralveolarräume benutzt werden. Ein leichtes oberflächliches Leimen wie bei den zahnärztlichen Tampons wird

bei einem Urethralwattestäbchen besser unterbleiben. Die Länge von  $2\frac{1}{2}$ —3 cm genügt; der aus der Harnröhre herausreichende Teil wird am besten kugelförmig vergrößert und mit einem Faden versehen, so daß ein Hineinrutschen in die Harnröhre vermieden werden kann. Diesen Tampon kann man beliebig lange Zeit in der Harnröhre lassen; er belädt sich während dieser Zeit durch Aufsaugen reichlich mit Harnröhrensekret, das man dann leicht zur mikroskopischen Untersuchung benutzen kann. Es ist ohne weitere Worte klar, daß auf diese Weise die Gonorrhoeidiagnose in der Urethra außerordentlich verschärft wird. Besonders wichtig erscheint dies für die Diagnose fast symptomlos verlaufender Fälle, für die Prüfung des Erfolges der Behandlung, sowie für solche Patienten, die trotz der ärztlichen Anweisung zu trügerischen Zwecken kurz vor der Sekretentnahme durch Urinlassen die Harnröhre von Sekret reinspülen. Die erfahrungsgemäß bekannten Täuschungsversuche der Prostituierten werden durch 3—4 stündiges Einlegen solcher Probetampons wesentlich herabgemindert werden können. Vor dem Einlegen wird zweckmäßig katheterisiert. Die Achenbachsche Verbandmittelfabrik (Frankfurt a. M.) bringt entsprechende Tampons in zwei verschiedenen Größen auf den Markt, und zwar in 100-Packung (nicht keimfrei) und in 6-Packung (keimfrei) unter der Bezeichnung „Urethraltampons“.

(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 49.)

### **Toxikologisches.**

**Ueber die schädlichen Wirkungen des Schlafmittels Nirvanol.** Von Dr. E. Reye (Oberarzt am Eppendorfer Krankenhaus in Hamburg). Schon vor etwa 2 Jahren hat Majerus, der sich besonders eingehend mit dem Nirvanol beschäftigt hat, auf die Gefahren des Mittels nachdrücklichst hingewiesen. Seine wichtigsten Feststellungen sind folgende: Die kumulierende Wirkung des Nirvanols zeigt sich namentlich bei alten Leuten und Arteriosklerotikern. Fiebernden, Herz- und Nierenkranken soll man es nicht geben. Ueberempfindlichkeit gegen Nirvanol scheint verbreiteter als gegen andere Schlafmittel. Meist erst nach 6—7 maliger Darreichung oft hochfieberhafte Haut- und Schleimhautausschläge, sowie Oedeme, in einem letal verlaufenden Falle außerdem eine schwere hämorrhagische Nephritis. Nirvanol soll nur dann angewandt werden, wenn harmlosere Schlafmittel versagt haben, aber nur unter sorgfältigster klinischer Kontrolle. Außer diesen Beobachtungen von Majerus hat Verf. in den gelesensten Wochenschriften allein aus dem Jahre 1919 nicht weniger als 11 Abhandlungen gefunden, die sich mit den Schädlichkeiten des Nirvanols (dabei

ein weiterer Todesfall an Nierenblutung!) befassen. Trotzdem wird das Nirvanol von zahlreichen Praktikern und Spezialärzten weiter verordnet. Verf. selbst hat das Nirvanol niemals angewandt, weil ihm seine Schattenseiten aus der Literatur bekannt waren. Um erneut vor diesem Mittel zu warnen, möchte er kurz über 3 Fälle von Nirvanolvergiftung berichten, die er in den letzten Monaten beobachten konnte und die von Kollegen, die das Nirvanol verordnet hatten, nicht als solche erkannt waren.

Fall 1. 41jährige Dame, am 15. 10. 19 wegen eitriger Pelveoperitonitis operiert. In der Rekonyaleszenz erhielt die Patientin am 20., 22., 25. und 27. 11. je 0,5 g Nirvanol, also im ganzen 2,0 g. Am 28. 11. mit Temperatur bis 39,6° unter schwer gestörtem Allgemeinbefinden im Gesicht beginnendes, masernartiges, stark juckendes Exanthem. Auffallende blaurote Gedunsenheit des Gesichtes, starke Reizung der Konjunktiven, Sekretion aus der Nase, Brennen im Munde und im Rachen, Jucken in den Gehörgängen, Sekretion aus der Scheide. Dabei Drüsenschwellungen am Hals, Nacken und in der Inguinalbeuge. Das Fieber hält 7 Tage an. Der Ausschlag verblaßt langsam unter feiner Abschilferung. Aber noch heute,  $\frac{1}{4}$  Jahr später, leidet die Patientin unter einem Spannungsgefühl im Gesicht und neigt zu einer ihr sehr unangenehmen, bald diffusen, bald fleckigen Rötung der Nase und Wangen.

Fall 2. 32jähriger Kaufmann in spezialistischer Behandlung wegen eines parasitären Hautausschlages im Gesicht. In der Zeit vom 10. bis 20. 2. 20 im ganzen 8 Tabletten Nirvanol à 0,3, zusammen 2,4 g. Am 26. 2. unter höchst unangenehmen Sensationen Fieber bis 39,3°, Gedunsenheit des Gesichtes, Rötung der Schleimhäute. Es wurde zunächst Grippe angenommen. Aber am nächsten Tage unter Anstieg des Fiebers auf 40° ein masernartiger Ausschlag, der sich vom Gesicht nach unten über den ganzen Körper verbreitete. Das Fieber hielt 8 Tage an, die Drüsenschwellung ging langsam zurück.

Fall 3. 29 jährige Psychopathin erkrankte Anfang November 1919 in einem Sanatorium unter den gleichen Erscheinungen wie Fall 1 und 2. Die Aetiologie des fieberhaften Exanthems blieb lange unerkannt. Besondere Beteiligung der Schleimhäute. Ende Dezember 1919 bestand noch eine schwere Konjunktivitis, rechteitige Mittelohreiterung, nässendes Ekzem beider Gehörgänge, stark sezernierende, ungemein quälende Vulvovaginitis, ausge dehntes Ekzem in der Genital- und Analgegend. Im Laufe des Januar 1920 bildete sich eine immer mehr zunehmende, im höchsten Maße entstellende, feinfleckige Pigmentierung der Haut am Halse und Oberkörper aus, die noch heute unverändert besteht.

Es handelt sich also bei der Nirvanolvergiftung keineswegs um eine harmlose Erkrankung, vielmehr können bei Anwendung des Mittels schwere akute und chronische Schädigungen vorkommen.  
(M. m. W. 1920 Nr. 39.)

**Die Behandlung der Vergiftungen.** Von Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin). Die Adsorptionstherapie der Vergiftungen ist ein Beispiel dafür, daß ausgezeichnete Heilmethoden im Laufe der Zeiten auftauchen und wieder verschwinden können. Die Anwendung des Kohlepulvers war schon im klassischen Altertum bekannt und ist im Anfang des vorigen Jahrhunderts wieder aufgelebt. Der Apotheker Thouéry hat im Jahre 1830, um ihre Wirksamkeit zu demonstrieren, ein ganzes Gramm Strychnin mit 15 g Kohlepulver eingenommen und ist ganz gesund geblieben. Trotz dieses Beispiels ist die Kohletherapie der Vergiftungen bei den Aerzten ganz in Vergessenheit geraten, und kein neueres Lehrbuch der Intoxikationen spricht von ihr. Sie wurde erst zu neuem Leben erweckt durch den Prager Pharmakologen Wiechowski und seine Mitarbeiter Adler und Starkenstein, denen sich in Deutschland Lichtwitz zugesellt hat. Wiechowski berichtete im Jahre 1909, daß die verschiedensten Giftstoffe, wenn sie an Tierkohle adsorbiert beigebracht werden, ihre Giftwirkung verloren haben. Man kann auf diese Weise mehrfach tödliche Dosen schwerer Gifte ohne Wirkung per os einführen. Wiechowski hat verschiedene Adsorbentien in bezug auf ihre giftbindende Kraft verglichen, insbesondere den gepulverten weißen Ton (Bolus alba) und mehrere Arten von Kohlepulver, und er hat festgestellt, daß ein durch Verkohlen von Blut gewonnenes Kohlepulver am wirksamsten kristallinische und kolloide Substanzen adsorbiert. Er hat auch gezeigt, daß die Adsorption im tierischen Organismus teilweise anderen Gesetzen gehorcht als im Reagenzglas, indem im Magen und Darm adsorbierte Gifte noch nachträglich zur Resorption gebracht werden können. Obwohl die Blutkohle am stärksten das adsorbierte Gift zurückhält, ist es doch zweckmäßig, zugleich mit dem Kohlepulver ein Abführmittel zu reichen, um den Aufenthalt des adsorbierten Giftes im Darm möglichst abzukürzen. Die salinischen Abführmittel, z. B. Bitterwasser oder Manganium sulfuricum, sind hierzu am meisten geeignet, weil sie zugleich den Darminhalt verdünnen und auf diese Weise die Adsorption noch besonders befördern. Adler hat im Jahre 1914 über 30 Fälle von Vergiftung berichtet, welche durch Kohletherapie sämtlich zur Genesung gekommen sind. Darunter waren sieben Phosphorvergiftungen, drei Vergiftungen mit Morphinum, je zwei mit Sublimat, chlorsaurem Kali, Lysol, je eine mit Arsen, Veronal + Pantopon, Absinth, Kalium-

bichromat. 22 der behandelten Fälle waren so schwer, daß die Vergifteten ohne die Kohletherapie kaum am Leben geblieben wären. Seit den Veröffentlichungen der Prager Forscher ist die Kohletherapie der Vergiftungen vom Verf. regelmäßig angewendet worden. Jedem Kranken, der mit Vergiftungssymptomen spätestens zwölf Stunden nach geschehener Tat eingeliefert wird, wird der Magen gründlich ausgespült, wenn nicht etwa peritonitische Reizerscheinungen auf drohende Perforation des Magens hinweisen. In allen Fällen, mit Ausnahme nachgewiesener Säure- oder Laugevergiftung (in diesen wird Magnesia usta bzw. verdünnte Essig- und Zitronensäure angewandt), werden nach der Magenausspülung zwei Eßlöffel Kohlepulver mit 30 g Magnesium sulfuricum in den Magen eingegossen. Ist es für die Magenspülung zu spät, so wird sofort die Kohle-Magnesiummischung, in einem halben Liter Wasser aufgerührt, eingegeben oder durch den Schlauch eingeführt. Das Kohlepräparat, welches zu diesem Zweck vorrätig gehalten wird, ist Carbo animalis Merck. Verf. ist in der glücklichen Lage, berichten zu können, daß er seit Einführung dieser Therapie von etwa 25 schweren Vergiftungsfällen mit Sublimat, Arsen, Lysol, Phosphor, Zyankali nicht einen einzigen verloren hat. Er empfiehlt dringend, sich diese Behandlungsmethode der Vergiftungen zu eigen zu machen. Man braucht kein anderes Antidot neben Carbo animalis mehr anzuwenden. Verf. braucht nicht besonders hinzuzufügen, daß neben und nach der Ausspülung und Kohletherapie die Allgemeinbehandlung des Kranken, insbesondere die Exzitation des Herzens, nicht vernachlässigt werden darf. Zum Schluß will Verf. darauf aufmerksam machen, daß die Tierkohle als adsorbierendes Mittel noch weit ausgedehnter Anwendung fähig ist. Sie vermag auch die im Darmkanal gebildeten Gifte bei Speisevergiftungen (Fleisch, Fisch, Pilze usw.), sowie bei Enteritis, Ruhr und Cholera zu binden und ist deshalb neben der Abführtherapie ein unschätzbare Heilmittel bei akuten schweren Durchfallkrankheiten geworden. Um sich desselben mit Nutzen zu bedienen, muß man freilich bedenken, daß es nur wirken kann, solange die Krankheitsgifte sich noch innerhalb des Darmrohrs befinden, ehe sie vom Körper aufgesaugt sind. Wirkliche Triumphe feiert die Kohletherapie nur im Frühstadium, wenn mindestens 20—30 g Kohle in den ersten Tagen der Infektion bzw. Intoxikation zugeführt werden. Zur ursächlichen Frühbehandlung aller Magen- und Darmvergiftungen, mag es sich um fertig zugeführte oder im Magendarmkanal entstandene Gifte handeln, rät Verf. nach anfänglicher Anwendung von Laxantien von der Kohletherapie umfassenden Gebrauch zu machen.

(Ther. d. Gegenw. Okt. 1920.)



## Therapeutisches.

### a) Innere Krankheiten.

**Untersuchungen über die Schutzwirkung des Behringschen Diphtherieschutzmittels T. A. in der Praxis.** Von Dr. Walter Bieber (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Marburg). Verf. stellte fest, daß die mit dem Behringschen T. A. in größerem Umfange im Regierungsbezirk Magdeburg 1913 vorgenommenen Schutzimpfungen zwar nicht einen absoluten, aber doch nachweislich erfreulich wirksamen Schutz gegen Diphtherieerkrankung herbeiführten. Die gewonnenen Untersuchungsergebnisse ermutigen durchaus zu umfangreicher Anwendung des Mittels in diphtheriegefährdeten Gegenden. (D. m. W. 1920 Nr. 43.)

**Intravenöse Sublimatbehandlung der Grippe** (1 ccm einer 10% igen Lösung) empfiehlt Dr. Kurt Käding (Aus der I. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck-Hamburg). Auch bei schweren Influenzapneumonien übte sie eine günstige Wirkung aus. Frühzeitig injizieren! Event. Injektion zu wiederholen! (Med. Kl. 1920 Nr. 43.)

**Ueber die Behandlung der Angina Plaut-Vincent mit Salizylsäure** (10% mit Alkohol und Glycerin  $\bar{a}\bar{a}$ ) berichtet Dr. Walther Bennigson (Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin). Er hat hintereinander 10 Fälle von Angina Plaut-Vincent auf diese Art behandelt; in 8 Fällen gelang es in 2—3 Tagen, in 2 Fällen in 5 Tagen, bei täglich 2 maliger Pinselung hintereinander die Angina zur Abheilung zu bringen. Durch diese Erfolge ermutigt, hat er auch mehrere Fälle von Stomatitis aphthosa mit Salizylsäure behandelt. Bei dem schubweisen Auftreten neuer Aphthen brauchte er natürlich einige Tage mehr bis zur Abheilung. Jedenfalls waren die einzelnen mit Salizylsäure behandelten Eruptionen jedesmal nach spätestens 48 Stunden abgeheilt. (Derm. Wschr. 1920 Nr. 44.)

**Anästhesin als entzündungswidriges Mittel.** Von Geh. San.-Rat Dr. P. Gast (Berlin). Bei einem Falle von Stomatitis und Glossitis, bei dem die stark geschwollene Zunge das Sprechen und Schlucken aufs äußerste behinderte, trat in wenigen Minuten erstaunliche Besserung der Beschwerden durch Anwendung von Anästhesin ein. Ein halbes Gramm wurde in einem Eßlöffel Olivenöl verrührt und zum Bepinseln der Zunge verwendet. Der Rest wurde allmählich verschluckt. Der Erfolg war ein nachhaltiger. (Ther. d. Gegenw. Nov. 1920.)

**Versuche mit Dijodyl.** Von Dr. Sakheim (Städt. Krankenhaus Neukölln). Dijodyl ist ein von der Firma I. D. Riedel Aktiengesellschaft Berlin-Britz seit mehreren Jahren in den Handel gebrachtes organisches Jodpräparat, das nach genauen Untersuchungen dem Jodkalium als sehr nahestehend befunden worden ist. Das Präparat enthält 46,2% Jod und wird in Tabletten zu 0,3 oder in gefärbten Gelatine kapseln zu 0,3 Dijodyl hergestellt. Verf. hat Dijodyl in der Hauptsache auf einer Frauen-Lungen- und Nervenstation gegeben und hat es niemals aus äußeren Gründen absetzen müssen, vor allem hörte er niemals Klagen über schlechten Geschmack und Widerwillen gegen das Medikament, da ja das Dijodyl, in der Gelatine kapsel genommen, geschmacklos ist, auch kein Aufstoßen verursacht, weil es erst im Dünndarm zerlegt wird. Nur zweimal klagten Patientinnen über Magenschmerzen, die aber nach Darreichung des Dijodyls in einer anders gefärbten Kapsel nicht wieder auftraten, also wohl funktionell bedingt waren. Während der ganzen Zeit hat Verf. weder Jodschnupfen noch Jodakne beobachtet, auch nicht während einer Zeit, wo er das Mittel in höheren Dosen (bis zu dreimal 5 Kapseln = dreimal 1,5 täglich) als gewöhnlich gab. Den im allgemeinen in verhältnismäßig kurzer Beobachtungszeit schwer erkennbaren Joderfolg erzielte Verf. besonders bei Darreichung von Dijodyl an tuberkulöse Frauen im ersten Stadium der Krankheit, um Sputum zur mikroskopischen Untersuchung zu bekommen. Fast immer hatte er nach zweitägiger Darreichung von dreimal 0,3 Dijodyl Erfolg. Ferner gab er das Präparat bei chronischer Pneumonie, Lungenabszessen, Pleuraergüssen und Asthma bronchiale mit gutem Erfolg. Bei Tabes dorsalis, Arteriosklerosis und Lues cerebri unterstützte es in wirksamer Weise die sonst übliche Therapie, so daß Verf. das Präparat zur Weiteruntersuchung nur empfehlen kann.

(Ther. d. Gegenw. Okt. 1920.)

**Bei Lungenblutungen** machte Dr. K. Z e h n e r. (Deutsches Haus Agra) sehr gute Erfahrungen mit 20%igem Ol. camphoratum.

(Zschr. f. Tbk. 32 H. 5.)

**Intravenöse Einspritzungen von Calcium chloratum in der Behandlung der Blutungen und Durchfälle.** Von Dr. Wilhelm Neumann (Baden-Baden). Einer der schönsten Fortschritte in der Behandlung der Blutungen ist die Anwendung des Kalkes. Dieses Mineral wird in den verschiedensten Formen bei Lungenblutungen schon seit geraumer Zeit verordnet, besonders als Calcium lacticum und Calcium chloratum. Aber die Wirkung der Darreichung durch den Mund läßt oft zu wünschen übrig; auch

löst der schlechte Geschmack der zumeist angewandten Salze oft den Widerstand der Kranken gegen das Einnehmen aus. Darum dürfte es nützlich sein, wiederholt darauf hinzuweisen, daß die eben geschilderten Nachteile wegfallen, wenn man den gelösten Kalk intravenös verabfolgt. Das geschieht am zweckmäßigsten vermittelt einer 10%igen sterilen Lösung von Calcium chloratum, die jeder Apotheker (auch in Ampullen) herstellt. Was die Blutungen angeht, so ist vor allem die Lungenblutung das Gebiet, auf dem die intravenöse Kalkeinspritzung sehr erwünschte Erfolge aufzuweisen vermag. Die Wirkung des Kalziums ist nicht so flüchtig wie die des oft verwendeten Kochsalzes, und sie geht anscheinend auch tiefer. 2—3 mal täglich 5—10 ccm der 10%igen Lösung in die Kubitalvene eingespritzt, bringt die Blutung in der Mehrzahl der Fälle innerhalb der ersten 24 Stunden dauernd zum Stehen. Läßt man den blutenden (fieberfreien!) Kranken in Verbindung mit der Kalkeinspritzung vorsichtig aufstehen, so ist die Hämoptoe meist schnell überwunden, ohne die schlimmen Folgen langdauernder und immer wieder rückfälliger Blutungen zu hinterlassen. Man sieht bei dieser Behandlungsweise oft genug, daß selbst nach ziemlich schweren Lungenblutungen schon 24 Stunden nach dem ersten Anfälle keine Spur von Blutbeimengung mehr im Auswurf zu sehen ist. Alte erfahrene Phthisiker erklären ihrem Arzte, daß noch niemals eine Blutung so leicht, harmlos und ohne schlimme Folgen vorübergegangen sei. Aehnliche gute Wirkungen beobachtet man nach intravenöser Einverleibung des Kalkes auch bei anderen Blutungen, die auf parenchymatöser Grundlage beruhen: und wir nehmen an, daß ein großer Teil der inneren Blutungen zu dieser Gruppe gehören. Nierenschädigungen sind nicht zu befürchten. Befriedigende Erfolge kann man durch die intravenösen Kalkeinspritzungen bei chronischen und u. U. auch bei akuten Durchfällen erzielen. Hier ist es besonders die Darmtuberkulose, deren günstige Beeinflussung den meist schwer leidenden Kranken Befreiung von den lästigsten Symptomen bringt, nämlich von dem häufigen Stuhlrange und den Durchfällen. Auch bei anderen Formen von Durchfällen, z. B. bei der Ruhr, kann die intravenöse Einspritzung von Calcium chloratum erfolgreich sein. Und zwar nicht bloß symptomatisch, sondern auch, indem sie das Grundleiden günstig beeinflusst. Das ist verständlich, wenn wir uns daran erinnern, daß der Kalk neben seinen sympathikusdämpfenden Eigenschaften auch noch entzündungs- und sekretionshemmend, sowie gefäßabdichtend wirkt. Die Durchfälle verringern sich an Zahl; bald sind sie nicht mehr blutig. Für die Technik der Einspritzung ist es wichtig, daß kein Tropfen der Calciumchloratum-Lösung neben die Vene in das Gewebe dringt. Außer

heftigen Schmerzen kann es dann auch noch Nekrosen geben. Ist das Unglück doch einmal geschehen, so helfen am besten sofort angewandte heiße, feuchte Umschläge auf die Einspritzungsstelle. Die MBK.-Firmen haben sich bereit erklärt, Ampullen mit 5 und 10 ccm 10%iger Lösung von Calcium chloratum crist. pur. unter ihre Amphiolen aufzunehmen und vorrätig zu halten. Es bietet also für den Arzt keine Schwierigkeiten mehr, immer für die intravenöse Einverleibung von Kalk gewappnet zu sein.

(M. m. W. 1920 Nr. 45.)

**Nierendekapsulation und Nephritis.** Von Dr. Wilhelm Karo (Berlin). Zusammenfassend möchte Verf. folgende Leitsätze aufstellen. Die von Edebohls inaugurierte Nierendekapsulation ist ein nicht lebensgefährlicher Eingriff, der auch in schwersten Fällen von Nephritis versucht werden darf. Die Operation ist indiziert in nichtkomplizierten Fällen von chronischem Morbus Brightii, wenn die interne Therapie sich als machtlos erwiesen hat. Die Operation ist unter allen Umständen geboten bei schweren urämischen Anfällen, bedingt durch Anurie. Hier wirkt die Operation direkt lebensrettend. Weiterhin ist die Operation geboten in den Fällen von Nephritis dolorosa und von hämorrhagischer Nephritis. Hier genügt meist die Dekapsulation einer Niere, in allen anderen Fällen ist die doppelseitige Dekapsulation vorzuziehen. Die Operation wird zweckmäßig in Aethernarkose ausgeführt.

(M. m. W. 1920 Nr. 42.)

**Das Chloralhydrat in der Therapie der Herz- und Gefäßkrankheiten.** Von Dr. A. Glaus. Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei Schlaflosigkeit der Herz- und Gefäßkranken unsere gebräuchlichen Schlafmittel, wie Veronal, Luminal, Adalin, Bromural, Sulfonal usw., oft keine oder nur eine sehr unbefriedigende Wirkung entfalten, ja in manchen Fällen das Unbehagen der Patienten sogar noch vermehren. In solchen Fällen erfreuen sich von jeher und mit Recht die Opiumpräparate einer allgemeinen Beliebtheit. Ein Mittel, welches ebenfalls bei vielen dieser Kranken sehr gute Dienste leistet, und welches von den praktischen Aerzten in diesem Sinne noch sehr wenig bekannt zu sein scheint, ist außerdem noch das Chloralhydrat. Dasselbe wird in der Privatklinik von Prof. Jaquet in geeigneten Fällen, insbesondere bei solchen, bei welchen die Schlaflosigkeit mit erhöhtem Blutdruck einhergeht, bereits seit vielen Jahren mit bestem Erfolge angewendet. Durch mißverständene Tatsachen aus der experimentellen Pharmakologie kam die Klinik dazu, die Anwendungsweise des Chloralhydrats bei Herz- und Gefäßkrankheiten bisher derartig zu verklausulieren,

daß das Mittel in den weitesten ärztlichen Kreisen als für diese Krankheiten geradezu kontraindiziert galt. Tatsächlich aber ergibt sich für das Mittel ein dreifacher therapeutischer Indikationsbereich: 1. als Hypnotikum, 2. als druckherabsetzendes, gefäß-erweiterndes Mittel, 3. als Diuretikum. In der Privatklinik von Prof. Jaquet gehört das Chloralhydrat seit Jahren mit unter die bewährten Mittel in der Behandlung der Herz- und Gefäßkrankheiten. In zahlreichen Fällen wurde dasselbe, zum Teil während Jahren, regelmäßig verabfolgt. Bei genügender Vorsicht in der Verordnung des Mittels und bei sorgfältiger Beobachtung der Kranken haben sich die Bedenken als übertrieben herausgestellt, und bei hinreichender Strenge in der Indikationsstellung wurden keine nachteiligen Folgen des Chloralhydrats auf den Kreislauf oder das Herz je beobachtet. Die Hauptindikation lieferten Patienten mit Arteriosklerose oder mit genuiner Schrumpfniere, verbunden mit Herzhypertrophie, erhöhtem Blutdruck und Asthma cardiale. Die allgemein beruhigende und zugleich blutdruckherabsetzende Wirkung wurde in diesen Fällen durch kein anderes Mittel auch nur annähernd erreicht. Aber auch bei anderen mit allgemeiner Erregtheit und Schlaflosigkeit einhergehenden Herzkrankheiten erwies sich das Chloralhydrat als ein überlegenes Schlafmittel. Auch seine diuretische Wirkung konnte in zahlreichen Fällen festgestellt werden. Die gewöhnlich verabreichte Dosis schwankte zwischen 1,0 und 2,5 g. Bei oraler Medikation wurden die Chloralkristalle in 20,0 g Wasser gelöst, dem als Korrigens noch 10,0 g Syrup. cort. aurantii beigefügt wurden. Wegen der lokal stark reizenden Wirkung auf die Magenschleimhaut hat sich, namentlich bei längere Zeit fortgesetzter Verabreichung, die rektale Applikation in einem kleinen Wasser- oder noch besser Kleisterklistier von 30,0 g als noch vorteilhafter erwiesen. Was die diuretische Wirkung des Chloralhydrats anbelangt, so verfügt Verf. über eine ganze Reihe von Fällen, bei welchen die Urinmenge, die trotz Digitalis-Diuretin-Darreichung nicht mehr als 6—700 g in 24 Stunden betrug, nach Einnahme von Chloral auf 10—14 bis 1600 g anstieg. Was nun die blutdruckherabsetzende Wirkung in den angewandten kleinen Dosen anbelangt, so ist dieselbe durchaus nicht konstant, und in den Fällen, in welchen sie festgestellt werden konnte, hält sie sich in mäßigen Grenzen, meistens übersteigt sie 10—15 mm Hg nicht; aber selbst auch wenn keine Wirkung auf den Blutdruck festgestellt werden konnte, so blieb die beruhigende Wirkung, namentlich auf die Dyspnoe, nicht aus. Wenn auch nach den verwendeten kleinen Dosen einige Patienten nur wenige Stunden schliefen, so konnten sie doch ruhig im Bett liegen bleiben und

waren frei von Atemnot. Wie aus zitierten Beispielen hervorgeht, hielt das Vorhandensein einer mäßigen Herzinsuffizienz mit Erscheinungen von Stauung auf den Lungen und mit Leberschwellung nicht von der Anwendung des Chloralhydrats ab. Bei schweren Graden von Herzinsuffizienz dürfte indessen Vorsicht am Platze sein und das Chloral als nicht geeignet erscheinen. Wenn Verf. mit dem Mittel bisher keine schlechten Erfahrungen gemacht hat, so dürfte das wohl neben den kleinen angewandten Dosen der Vorsicht zuzuschreiben sein, mit welcher die für die Chloraltherapie geeigneten Fälle ausgewählt wurden unter Ausschluß jeder hochgradigen Insuffizienz des Herzmuskels.

(Schweiz. m. W. 1920 Nr. 38.)

**Untersuchungen zur Therapie der perniziösen Anämie.** Von Dr. Leo Hollaender (Aus der I. internen Klinik der Ungarischen Universität in Budapest). In 3 Fällen konnte Vf. das Leiden günstig beeinflussen durch kombinierte Kollargol- und Arsenbehandlung. Verf. gab das Kollargol, wenn nicht etwaige Hindernisse bestanden, intravenös. War dies nicht möglich (z. B. nicht entsprechende Venen), so wandte er Unguentum colloïdale Créde in Form von 10% iger Salbe an. Die letztere in Dosen von 3 g, womöglich täglich immer an einer anderen Stelle des Körpers appliziert, derart, wie das bei den Quecksilberinjektionskuren gebräuchlich ist. Zur intravenösen Verabreichung benutzte Verf. eine 10% ige Argentum-colloïdale-Lösung. Das Silber deponiert sich rascher und besser in der Leber, in der Milz und im Knochenmark, als das kolloide Jodsilber. Zu der zu injizierenden Flüssigkeit gebe man die isotonische Kochsalzlösung erst unmittelbar vor der Injektion, weil dies später zur Verklebung des Silbers führt. Die Flüssigkeit soll womöglich von rein brauner Farbe sein, ins Grüne spielende Farbe zeigt Fällung. Nach Voigt ist der Silbergehalt der Milz und des Knochenmarks nach Kolloid-Silberinjektionen größer, wenn wir mehrere kleinere, als wenn wir eine große Injektion anwenden. Verf. gab Injektionen von 5 ccm täglich durch 18—20 Tage ohne jede unangenehme Nebenwirkung, und es ist nicht zweifelhaft, daß auch eine längere Anwendung gänzlich unschädlich ist.

(B. Kl. W. 1920 Nr. 42),

#### b) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Zur Behandlung der Alopecia areata.** Von Dr. Bibergeil. Wenngleich die Behandlung der Alopecia areata mittels Höhengonnenbestrahlung im allgemeinen recht günstige Erfolge zeitigt, ist doch wohl die Erfahrung ganz allgemein, daß die Bestrahlungen

über eine recht lange Zeit fortgesetzt werden müssen, bis die kahlen Flecke völlig verschwunden sind. Es lag daher nahe, ein kombiniertes Verfahren anzuwenden, indem neben den Bestrahlungen mittels der Quarzlampe regelmäßig das von Zuntz (Berlin) empfohlene Humagsolan innerlich verabreicht wird. Verf. ist bisher in einer Anzahl von Fällen in dieser Weise vorgegangen. Das Humagsolan wurde täglich 3 mal zu 2 Pillen nach den Mahlzeiten gereicht, ohne daß Beschwerden von seiten des Digestionsapparates aufgetreten wären. Die Höhensonnenbestrahlungen wurden nach der allgemein üblichen Technik appliziert. Die Erfolge dieser kombinierten Behandlung müssen als glänzend bezeichnet werden. Nicht nur fällt bei dem Heilergebnis die relative Abkürzung des Heilverfahrens ins Gewicht, sondern das Haarwachstum ist besonders beim weiblichen Geschlecht überaus üppig. Sind erst einmal die vorher völlig kahlen Teile der Kopfhaut mit kleinen Härchen bedeckt, so dauert es gar nicht lange, bis ausgezeichnet entwickelte Haare in ganzen Strähnen die ursprünglich haarlosen Partien des Schädels decken. Die mit der gleichzeitigen Verabfolgung von Höhensonnenbestrahlung und Humagsolan bei der Alopecia areata erzielten Erfolge sind so gute, daß es zweckmäßig erscheint, diese Behandlungsmethode ganz allgemein bei der genannten Affektion zu verwenden. Bei dieser Gelegenheit sei darauf aufmerksam gemacht, daß es vielleicht verlohnt, die syphilitische Alopezie erfolgreich zu bekämpfen durch gleichzeitige anti-luetische Behandlung und Humagsolanverabfolgung einerseits, durch Bestrahlungen mit der Quarzlampe anderseits.

(D. m. W. 1920 Nr. 47.)

**Klinische und pharmakologische Beobachtungen bei intra-venöser Kalkzufuhr (Afenil).** Von B. Spiethoff und Hans Wiesenack (Aus der Universitäts-Hautklinik in Jena). Zusammenfassung: Sehr günstig waren die Erfolge bei Urtikaria, Strophulus, flüchtigen Oedemen und Erythemen, Pruritus cum Urticaria, Rosacea cum Acne, Pernionen, Menorrhagien, menstruellen Schmerzen, häufigen Menses. Kein Erfolg war zu verzeichnen bei Prurigo Hebrae, Urticaria pigmentosa, Urticaria cum pigmentatione, Psoriasis, Dermatitis Duhring, reinem Pruritus, Akroasphyxie. Mit großer Vorsicht — häufig Verschlimmerung — ist Kalk bei Ekzemen anzuwenden. Bei der Bekämpfung allgemeiner Ueberempfindlichkeitserscheinungen wirkt Afenil in therapeutischer Hinsicht besser und zuverlässiger als in prophylaktischer. Hautüberempfindlichkeit gegen chemische, physikalische Einflüsse kann durch Afenil herabgesetzt werden. Große Vorsicht ist bei Tuberkulose geboten, bei Syphilis ist das Mittel ohne Einfluß auf die



**Infektion.** Afeñilvorbehandlung erhöht die Toleranz gegen chemische Toxine. Afeñil verlangsamt und verringert die Resorption vom Magendarmkanal aus. Dosierung und Technik: Jeden 3.—5. Tag eine Injektion von 10 ccm intravenös, durchschnittlich 8, im Bedarfsfalle auch wesentlich mehr. Die Spritzen sollen für andere differente Stoffe, z. B. Salvarsan, unter keinen Umständen benutzt werden, da diese differenten Medikamente unter diesen Umständen eigentümliche Nebenerscheinungen auslösen können, wie das beim Salvarsan hier beobachtet ist. Das starke Hitzegefühl der Patienten während der Injektionen kann durch sehr langsames Einfließenlassen ganz ausgeschaltet werden. (D. m. W. 1920 Nr. 44.)

**Die Behandlung der Furunkulose mit Röntgenstrahlen.**  
 Von Dr. Hans Th. Schreus (Aus der Strahlenabteilung der Universitäts-Hautklinik in Bonn). Was bisher über die Behandlung der Furunkulose mit Röntgenstrahlen bekannt ist, bezieht sich lediglich auf die Bestrahlung und günstige Beeinflussung des einzelnen Furunkels, nicht aber auf die Wirkung auf die Furunkulose überhaupt. Nur H. E. Schmidt erwähnt einmal ausdrücklich, daß er lokale Rezidivfreiheit in einer bestrahlten Achselhöhle beobachtet hat, wobei er als Ursache die entstehende Pigmentierung ansah, ähnlich wie Rollier bei einer eingeschleppten Varizellenepidemie nur die Patienten an Varizellen erkranken sah, deren Haut nicht pigmentiert war. Verf.s Erfahrungen haben nun gezeigt, daß die Rezidivfreiheit nicht nur lokal, sondern allgemein ist und daß sie auf immunisatorischen Vorgängen beruhen muß. Im folgenden seien die Erfahrungen kurz niedergelegt und zur Nachprüfung empfohlen. Was zunächst die lokale Wirkung der Röntgenstrahlen auf den einzelnen Furunkel betrifft, so ist sie verschieden je nach dem Stadium, in dem man die Bestrahlung appliziert. Man kann wohl vier Zeiten unterscheiden: den beginnenden, den in Entwicklung begriffenen, den gereiften und den abheilenden Furunkel. Was den eben beginnenden, lediglich als schmerzhaftes, in der Tiefe gelegenes Infiltrat imponierenden Furunkel betrifft, so scheint es nicht möglich zu sein, ihn durch eine Bestrahlung an der Weiterentwicklung zu verhindern. — Den im darauffolgenden Entwicklungsstadium begriffenen Furunkel zu bestrahlen, hält Verf. nicht für nützlicher als die Anwendung anderer bewährter Mittel, wie Hitze usw. Man sieht kaum eine Abkürzung des Verlaufes, ja manchmal recht unangenehme Exazerbationen der Entzündung und der Schmerzen. In diesen beiden Stadien der Entwicklung ist also die Bestrahlung zum mindesten nicht vorteilhaft, vielleicht sogar kontraindiziert. Die eigentliche

Domäne der Röntgenwirkung beginnt erst, wenn das Stadium der Reife eingetreten ist, was je nach Größe nach 6—8 tägigem Bestehen der Fall zu sein pflegt. Jetzt wirkt eine Bestrahlung oft geradezu überraschend. Faustgroße Infiltrate schmelzen manchmal in wenigen Stunden unter Aufhören der oft aufs Höchste gesteigerten Schmerzen ein, verwandeln sich in einen schlaffen, eitergefüllten Sack und können mühelos durch Stichinzision oder auch spontan entleert werden. Danach tritt dann schnelle Heilung ein. Ebenso beschleunigend auf die Heilung wirkt die Bestrahlung im letzten Stadium, wenn es sich schon um durchgebrochene oder inzidierte Furunkel handelt. Auch hier geht der Prozeß unter zunächst gesteigerter Sekretion schnell der natürlichen Vernarbung entgegen. Ueber die Wirkung auf den einzelnen Furunkel hinaus hat aber nun die Bestrahlung eine Einwirkung auf die ganze Furunkulose, und diese Einwirkung erscheint um so wichtiger, als wir tatsächlich auch nach Einführung der Vakzinetherapie bisher kein Mittel besitzen, das sofort und ohne langwierige Behandlung das Ausbleiben von Rezidiven verbürgt. Diejenigen Kranken nämlich, deren Furunkel mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, bekamen mit nur zwei Ausnahmen kein Furunkelrezidiv mehr, selbst dann nicht, wenn es sich um ausgesprochene, langbestehende Furunkulose handelte. Gerade diese letzteren Fälle beweisen den Wert der Bestrahlung gegenüber anderen Methoden einschließlich der Vakzinetherapie. Es ist ja bekannt, daß letztere oft zahlreicher Injektionen bedarf, bevor unter immer leichteren Rezidiven definitive Heilung eintritt. Ja Verf. verfügt über Fälle, wo der Erfolg überhaupt ausblieb und trotzdem nach einer einzigen Bestrahlung die Furunkulose dauernd definitiv geheilt war. Es ist anzunehmen, daß durch die Bestrahlung ein besonderer Vorgang im Körper ausgelöst wird. Mancherlei, besonders in einem Falle das Auftreten von kleineren Rezidiven, die nicht mehr ganz zur Entwicklung kamen, erinnert an immunisatorische Vorgänge, wie wir sie ja auch bei der Vakzinetherapie zu sehen gewöhnt sind. In der Tat ist der Gedankengang, daß es sich um Bildung eines Immunzustandes handeln könne, vom Verf. experimentell zu stützen gesucht worden. Diese Versuche sind zwar noch nicht abgeschlossen, ergeben aber schon jetzt Stützpunkte für diese Auffassung. Verf. gab im allgemeinen 15 X durch 4 mm Aluminium gefilterter harter Strahlung, nach Sabouraud gemessen, unter Abdeckung der weiteren Umgebung. Nur bei hochgradig entzündeten und infolgedessen stark sensiblen Furunkeln und Karbunkeln gab er 10 X, eine Dosis, die vielleicht doch nicht in allen Fällen genügt. Es kommt ja darauf an, möglichst zahlreiche Leukozyten im ganzen

Infiltrat zum Zerfall zu bringen, wozu bei großen Furunkeln die Durchstrahlung einer ziemlich dicken Gewebsschicht erforderlich ist. Eine Wiederholung der Bestrahlung auf den einzelnen Furunkel hat Verf. in keinem Falle gemacht und hält sie für überflüssig. — Weiterhin hat Verf. aus den angedeuteten theoretischen Ueberlegungen die Konsequenz gezogen, daß es bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Furunkel nicht notwendig ist, jeden einzelnen zu bestrahlen, sondern daß die Immunisierung des Körpers schon von einem Furunkel aus eintritt. Die klinischen Beobachtungen haben dies bestätigt. Auch die Reife des Furunkels, vom ersten Anfangsstadium abgesehen, ist für den Erfolg von untergeordneter Bedeutung; selbst inzidierte Furunkel machen keine Ausnahme. Nach Möglichkeit hat Verf. jedoch die Bestrahlung immer auf der Höhe der Entwicklung vorgenommen, weil dann auch die Einwirkung auf den Verlauf des jeweils vorhandenen Furunkels am günstigsten ist. (M. m. W. 1920 Nr. 41.)

**Funktionsprüfungen der Niere bei Salvarsanbehandlung.**  
 Von Dr. Herbert Colman und Dr. Walter Kron (Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin). Zusammenfassend können Verff. aus ihren bisherigen Erfahrungen nachstehende praktische Folgerungen ziehen: „Vor Einleitung der Salvarsantherapie ist Erhebung einer genauen Vorgeschichte notwendig. Insbesondere muß nach etwa früher durchgemachten Infektions- bzw. Nierenkrankheiten oder Metallvergiftungen gefahndet werden. Mindestens in diesen Fällen, besser in allen, ist vor Beginn der Salvarsankur die Arbeitskraft der Niere festzustellen und dementsprechend die Form der Anwendung und Dosierung zu bestimmen, und zwar jede einzelne Dosis je nach dem Maße der augenblicklichen Arbeitsfähigkeit der Niere. Die Urinuntersuchung auf Eiweiß und Sediment genügt auf keinen Fall. Selbst die Tagesausscheidungs menge gibt nur einen ungefähren Anhaltspunkt, da der in den ersten vier Stunden zurückgehaltene Urin später noch ausgeschwemmt werden kann, trotzdem die Nieren funktionell geschädigt sind. Wir sind uns darüber im klaren, daß der Praktiker die immerhin umständlichen Nierenfunktionsprüfungen in dieser Form kaum ausführen kann. Auf jeden Fall aber muß er sich bewußt sein, daß oft ohne Eiweißausscheidung eine funktionelle Nierenstörung vorliegen kann. Jedes Abweichen vom Normalen im Verhalten des Patienten muß eine Mahnung zu recht vorsichtiger Auswahl und Dosierung des therapeutischen Mittels sein, um nicht die Niere zu überlasten und damit ihre Toleranzgrenze zu überschreiten.“

(Derm. Wschr. 1920 Nr. 51.)

## c) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Zur Behandlung des Schwangerschaftserbrechens und der Eklampsie mit Ovoglandol.** Von Dr. Karl Everke (Aus der Frauenklinik der Krankenanstalt zu Bremen). Was zunächst die Technik angeht, so wurde stets mit großen Anfangsdosen begonnen, 3 Phiolen (à 1 ccm Ovoglandol) wurden intramuskulär eingespritzt. In den meisten Fällen genügte diese einmalige Injektion nicht, es mußten an den folgenden Tagen nochmals je 2 und später noch je 1 ccm injiziert werden. Bei 24 Fällen von Hyperemesis konnte bei 5 Patienten kein Erfolg gezeitigt werden. Trotz zahlreicher und hoher Ovoglandoldosen hörte das Erbrechen nicht auf; die Kranken wurden weiter elend, nahmen an Gewicht ab, kurz, von irgendeiner Besserung in ihrem Befinden konnte keine Rede sein. Bei einigen wenigen Fällen von Schwangerschaftserbrechen hörte nach mehrmaligen Ovoglandoldosen das Erbrechen auf, die Patienten klagten jedoch noch zeitweise über Brechreiz und Uebelkeit, namentlich morgens. Bei 13 weiteren Fällen endlich kann man die Erfolge als durchaus glänzend bezeichnen. Bei einzelnen hörte schon nach der ersten Injektion von 3 Phiolen das Erbrechen auf, bei einigen mußte noch später ein oder mehrere Male injiziert werden, aber das Endresultat war jedenfalls ein vollständiges Sistieren des Erbrechens und auch der Uebelkeit. Fast immer hörte das Erbrechen und Würgen wenigstens eine Zeitlang auf; kam es von neuem, so wurde es mit weiteren Ovoglandolgaben fast stets zurückgehalten. Auch die Eklampsie wurde mit Ovoglandol behandelt, und zwar ebenfalls mit guten Erfolgen. Es stehen hier 6 Fälle zur Verfügung, von denen freilich eine Frau nach 5 Tagen infolge Pneumonie ad exitum kam. In den anderen 5 Fällen waren die Endresultate durchweg gut; die eklamptischen Anfälle sistierten bald, und die Frauen konnten sämtlich als geheilt entlassen werden. Das Ovoglandol wurde auch in hohen Anfangsdosen gegeben in Verbindung mit Luminal-Natrium und Chloralhydrat, und zwar durchweg nach beifolgendem Schema, wie es von Hofbauer angegeben ist: Sofort bei der Aufnahme: 3 Phiolen Ovoglandol à 1 ccm subkutan, 0,4 Luminal-Natrium intramuskulär, 2,0 Chloralhydrat p. Klysma, später alle 4 Stunden 0,4 Lum.-Natr. und 1 ccm Ovoglandol. Diese Therapie wurde fortgesetzt, bis die Anfälle geschwunden waren. Nebenher wurde immer noch ein Aderlaß von ca. 400 ccm Blut vorgenommen.

(Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 42.)

**Trypaflavin bei septischen Aborten.** Von Dr. A. Mahlo (Hamburg). Seit einem halben Jahre verwendet Verf. bei allen

septischen Aborten Trypaflavin intravenös. Seine Erfahrungen waren über Erwarten gut. Er hat nach 2—3 Spritzen von 0,025/5 ccm Abfall des Fiebers, Nachlassen der Schüttelfröste regelmäßig gesehen. Das Anwendungsgebiet hat er in der Folgezeit erweitert. Er spritzt jetzt bei jedem Abort, der verdächtig riecht, gleich im Anschlusse an die Ausräumung mit der Kurette eine Ampulle Trypaflavin ein. Seitdem er dies macht, er spricht von einer Erfahrung von etwa 20 Fällen, hat er keinen septischen Abort mehr gesehen. Seines Erachtens gehören in die Tasche eines jeden Arztes, der viel mit Abortausräumungen zu tun hat, eine 10-ccm-Spritze und Trypaflavinampullen.

(Ther. d. Gegenw. Nov. 1920.)

**Karbolsäure gegen wunde Brustwarzen.** Darüber schreibt Dr. H. H. Schmidt. Die von Lewin in Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde gemachten Ausführungen über den Wert der Karbolsäure bei der Behandlung wunder Brustwarzen haben leider bei den praktischen Aerzten nicht die verdiente Beachtung gefunden. A. a. O. heißt es: ‚Die hartnäckigen Erosionen, Fissuren, kleinen Geschwüre usw. weichen unter Umschlägen mit einer 5%igen, lau temperierten Karbolsäure, die alle 2—3 Stunden erneuert werden, in wenigen Tagen. Vor dem Anlegen des Kindes muß die Brust sorgfältig gereinigt werden. Bei dieser Behandlung werden alle durch die wunde Stelle freigelegten Mündungen der feinsten Lymphgefäße durch die Karbolsäure geätzt, von ihr durchdrungen und somit nicht nur die durch den kindlichen Mund, sondern auch durch die Hände anderer Personen auf die wunde Brustwarze übertragenen, vermehrungsfähigen Keime zerstört und dadurch die Entzündung der Brustdrüse selbst verhütet.‘ Dazu kommt dann noch die von Lewin bereits vorher erwähnte, allgemein bekannte anästhesierende Eigenschaft der Karbolsäure: sie bewirkt, daß die Stillende um die vorgeschriebene Anwendung der Umschläge eifrig bemüht ist.“

(M. m. W. 1920 Nr. 47.)

**Die Behandlung infektiöser Scheidenerkrankungen mit Jodtinktur.** Von Dr. Leop. Froriep (Halberstadt). Anwendungsweise ist sehr einfach: Säuberung der Scheide mit trockenem Wattetupfer, Einstellung der Portio im Spekulum mit besonderer Säuberung dieser sowie des Orifiziums, und möglichste Entfernung lästiger Schleimpfröpfe. Alsdann armiert man einen Sondenstab mit einem kleinfingerdicken und -langen Wattebausch nicht zu fest, um ihn ergiebig genug mit Jodtinktur durchtränken zu können. Mit dem so ausgerüsteten Ende führt man die Sonde unter Leitung des Spiegels in das hintere Scheidengewölbe ein. Nach Entfernung

des Spiegels wischt man zunächst dieses, dann die übrige Scheide gründlichst mit dem Wattebausch aus, so daß man annehmen kann, daß jede Stelle mit Jodtinktur bestrichen worden ist. Die Ueberwischung der Vula macht den Beschluß. Es ist sehr darauf zu achten, daß die Jodtinktur nicht nach hinten über den Damm abfließt, da das Jod besonders bei fetten Personen in der Rima leicht Aetzungen hervorruft. Am besten fängt man den Ueberschuß mit einem auf den Damm gelegten Wattebäuschchen auf, jedenfalls ist er sorgfältig zu beseitigen. Die Weiterbehandlung besteht in Spülung täglich 2 mal mit einer antiseptischen reizlosen Flüssigkeit. Verf. möchte betonen, daß die Behandlung bei empfindlichen Personen einen starken brennenden Schmerz auslöst, und es empfehlenswert ist, die Patientin vorher darauf aufmerksam zu machen. Die Schmerzen sind nach etwa 1—2 Stunden völlig geschwunden, höchstens besteht noch ein geringes Brennen für einige Stunden. Zuweilen beobachtet man am 2. Tage eine geringe Schwellung der Schleimhaut, die am 3. Tage geschwunden ist. Die Folge der Aetzung ist die Abstoßung einer zarten nekrotischen Membran, die mit der Spülflüssigkeit die Scheide verläßt. Sind bei der Kontrolle nach einigen Tagen noch eitriger Ausfluß oder, wie bei der Colpitis granularis, noch geschwollene Papillen vorhanden, so kann man die Aetzung gegebenenfalls ein oder mehrere Male wiederholen. Verf. hat die dargelegte Behandlungsmethode bei jeder Art infektiöser Kolpitis, insbesondere bei der jetzt so häufigen gonorrhöischen, durchgeführt und ist mit den Resultaten durchaus zufrieden. Gerade bei der letzteren wirkt sie auffallend günstig, selbst in den schwersten Formen, natürlich nur auf die Scheide beschränkt. Zu warnen ist entschieden davor, bei der Urethritis sein Heil damit zu versuchen. Die danach einsetzende Schwellung der Schleimhaut verschließt die Harnröhre derart, daß man ohne Katheterismus nicht auskommt; letzterer ist jedenfalls zur Verhütung einer noch nicht vorhandenen Blaseninfektion zu vermeiden. Außerdem ist die Einführung eines Jodstäbchens zwecklos, da die eingeführte Jodtinktur ihren Weg in die vielen Buchten nicht findet, ganz abgesehen von der ungeheuren Ueberreizung der zarten Harnröhrenschleimhaut. Die Behandlung der akuten infektiösen Zervixkatarrhe mit Jodtinktur hat Verf. bis jetzt stets vermieden, da er sie eher für schädlich als nützlich ansieht. Berechtigt ist der Einwand, daß die schmerzhafteste Behandlung die Patientin abhalten wird, sich noch ein zweitesmal derselben zu unterziehen, indessen haben die vom Ausfluß gequälten nur den einen Gedanken, möglichst bald von ihrem Leiden befreit zu werden, und zwar auf dem kürzesten Wege.

(M. m. W. 1920 Nr. 42.)

## Apparate und Instrumente.

**Ein technisches Hilfsmittel für Silbersalvarsaninjektionen.**  
 Von Dr. A. Stühmer (Aus der Universitäts-Hautklinik Freiburg i. Br.). Die dunkle, undurchsichtige Lösung des Silbersalvarsans bedingt einige technische Unbequemlichkeiten, welche Verf. zu beseitigen bemüht war. Es ist bei der kaffeebraunen Farbe der SS-Lösungen nicht wie beim Neosalvarsan möglich, durch einfaches Anziehen des Spritzenstempels sich von der richtigen, freien Lage der Nadel in der Vene zu überzeugen. Sicherlich wird der Geübte dennoch es im Gefühl haben, ob beim Anziehen der Spritze das Blut leicht folgt, aber die bei den durchsichtigen Salvarsanpräparaten so angenehme Kontrolle durch das Auge wird doch besonders von dem Anfänger vielfach schmerzlich vermißt. Als einziges Hilfsmittel kommt nur das vorübergehende Absetzen der Spritze von der Kanüle in Betracht. Dabei ist jedoch eine peinliche Beschmutzung des Armes mit austropfendem Blute nicht zu vermeiden. Um dieser aus dem Wege zu gehen und dadurch der ganzen Operation die Eleganz der früheren Salvarsaninjektionen wiederzugeben, hat Verf. die Kanüle, welche er früher bei Schreiber verwendete, so umgestaltet, daß unter dem bajonettförmig nach oben aufgebogenen Mundstück eine kleine, flache, viereckige Schale als Tropfenfänger angebracht wurde. Dieser Tropfenfänger ist so eingerichtet, daß er auch bei stärkerem Venendruck alle austretenden Tropfen sicher abfängt und trotzdem das Ansetzen auch der größeren Rekordspritzen von 30 ccm Inhalt nicht hindert. Gleichzeitig wurde die bei der Schreiberschen Kanüle zuweilen für die Reinigung hinderliche, scharf geknickte Zickzacklinie durch eine sanfte und gleichmäßige S-Krümmung ersetzt. Das Instrumentchen wurde so für seinen Zweck noch brauchbarer und stellt jetzt mit der sehr handlichen 30 ccm Rekordspritze eine große Erleichterung für die Silbersalvarsaninjektion dar. Ebenfalls mit der Undurchsichtigkeit der SS-Lösung hängt die Schwierigkeit zusammen, in der angesetzten Flüssigkeit etwa verbleibende, unvollständig gelöste Teilchen und Fremdkörper zu erkennen. Hier half sich Verf. so, daß er ein Lösungsgefäß herstellen ließ, welches graduiert und mit Ausguß und eingeschliffenem Stopfen versehen wurde. Das Wasser wird bis zur Marke 30 eingefüllt, das Pulver vorsichtig auf die Flüssigkeitsoberfläche aufgeschüttet und nun unter Verschuß die zuweilen längere Zeit in Anspruch nehmende spontane Lösung ohne Schütteln abgewartet. Ist alles SS von der Oberfläche verschwunden, so wird, ohne zu schütteln oder auch nur zu schwenken, die Lösung vorsichtig in die Rekordspritze eingeschüttet. Dabei wird nach dem Herausziehen des Spritzenstempels die Rekord-



spritze an ihrem Mundstück durch ein kleines, handliches Verschlußstück abgeschlossen. Wird dieses Einschütten mit der nötigen Vorsicht gemacht, so bleiben alle etwa unvollkommen gelösten Bestandteile in der Kröpfung des Lösungsgefäßes zurück. So zubereitete Lösungen haben viel seltener vasomotorische Erscheinungen im Gefolge. Verf. führt diese zum Teil auf unvollkommene Lösung des Präparates zurück. Auch für intravenöse Kollargolinjektionen dürfte sich diese Technik sehr empfehlen, da hier die Erfordernisse ungefähr die gleichen sind. Kanüle mit Tropfenfänger, 30 ccm Rekordspritze und graduiertes Lösungsgefäß werden mit dem Rekordspritzenverschlußstück von der Firma Nosch, Freiburg, Kaiserstraße, in den Handel gebracht. Die Firma hat daraus ein handliches „Besteck für intravenöse Injektion undurchsichtiger Lösungen“ zusammengestellt. (M. m. W. 1919 Nr. 43.)

**Steril-Gläschen nach Hinz-Thim.** Der hohe Preis der in Ampullen eingeschmolzenen sterilen Infektionsflüssigkeiten läßt eine einfache Vorrichtung zur sterilen Aufbewahrung und Entnahme von Lösungen wünschenswert erscheinen. Eine solche ist das Steril-Gläschen nach Hinz-Thim, das von B. Braun (Melsungen) hergestellt wird. Es besteht aus einer kugelförmigen Flasche, einem Stöpsel mit Steigrohr, dessen Mundstück dem Ansatz der Rekordspritze angepaßt ist, und einer Verschlußkappe. Nach Sterilisierung im Wasserbad kann der Spritzenansatz in das Mundstück des Steigrohrs eingesetzt und das Medikament aufgesogen werden. Eine sinnreiche Anordnung schließt dabei die Möglichkeit einer Infektion des Flascheninhalts aus. Der Preis des Fläschchens von 30 ccm Inhalt ist 8,75 Mk., steigend bis 16,65 Mk. bei 250 ccm Inhalt. (W. m. W. 1920 Nr. 49.)

**Eine neue Staubbinde.** Von Dr. G. Baller (Aus der medizinischen Poliklinik Marburg). Der kleine Apparat<sup>1)</sup> hat sich Verf. bei der intravenösen Applikation von Arzneien bestens bewährt. Er besteht aus einem gewöhnlichen Stoffbande, welches um das abzustauende Glied herumgelegt wird und dessen Verkürzung dadurch erfolgt, daß es über einer von der Flügelschraube aus drehbaren Rolle aufgewickelt wird. Das Zahnrad und die Sperrvorrichtung halten die Binde in jeder Lage fest, so daß ihre Spannung von Zahn zu Zahn in feinsten Weise regulierbar ist. Der Knopf ist das Ende eines kleinen Hebels, welcher mit der Zahnradsperrung in Verbindung steht. Ein leichter Fingerdruck auf ihn löst die Sperrung aus, wodurch die Rolle abläuft und

<sup>1)</sup> Lieferung durch Firma B. Braun in Melsungen.

sich die Binde automatisch lockert. Eine Erschütterung des Gliedes ist bei der kleinen Manipulation ausgeschlossen, die Gefahr des Herausgleitens der Hohnadel aus der Vene wird vermieden, die Injektionstherapie im allgemeinen erleichtert. In der Chirurgie ersetzt die Binde bei Armoperationen in Blutleere den Esmarchschen Schlauch. Vermöge ihrer feinen Einstellbarkeit ermöglicht sie es, die Abschnürung des Gliedes so abzustufen, daß der Puls gerade zum Verschwinden gebracht wird. Eine Strangulierung von Nerven mit nachfolgenden Lähmungserscheinungen wird also mit Sicherheit vermieden. Ein weiteres Anwendungsgebiet für die Binde liegt in der Stauung nach Bier. Gedacht ist der Apparat jedoch hauptsächlich für die intravenöse Injektion von Arzneien, da er hierbei den Arzt zugleich von jeder Assistenz befreit, die zumal dem Praktiker meist nicht zur Verfügung steht und oft nicht einmal erwünscht ist. (Ther. Hlbnhf. 1920 Nr. 23.)

### **Verschiedenes.**

**Schäfer: Ueber intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen.**  
 Unter 680 Sektionen von Neugeborenen der Berliner Universitätsfrauenklinik aus der Zeit vom 1. Oktober 1910 bis 1. Juli 1920 fanden sich 140 mal intrakranielle Blutungen, die nach Größe und Sitz als Todesursache angesehen wurden. Am häufigsten waren die supratentoriellen Blutungen (114 Fälle). 9 mal fanden sich infratentorielle Hämatome und 17 mal beide Arten gleichzeitig. Blutungen in die Ventrikel fanden sich niemals, Kleinhirnbrutungen wurden 7 mal beobachtet, 2 mal Blutungen in den Wirbelkanal bzw. in die Häute des Rückenmarks. Die überwiegende Mehrzahl waren Blutergüsse im Bereiche des Großhirns. Unter den 140 intrakraniellen Blutungen wurde die Ursache in 81 Fällen in Tentoriumrissen, 3 mal in Falzrissen, 7 mal in Tentorium- und Falzrissen, 8 mal in Frakturen der Schädelknochen, 7 mal in Tentoriumrissen kombiniert mit Frakturen und 2 mal mit Verschiebung der Schädelknochen, 2 mal in Sinusrupturen, 1 mal in Lockerung der Hinterhauptsschuppe, 2 mal in Knochenverschiebungen, 1 mal in Gefäßzerreißung gefunden. 26 mal wurde in der Schädelhöhle Blut gefunden, ohne daß es gelang, den Grund oder den Ursprung der Blutung festzustellen. Als Ursache von intrakraniellen Blutungen der verschiedensten Arten müssen hauptsächlich schwere operative Eingriffe angesehen werden, insbesondere schwere Zangen (12 mal) und schwere Extraktionen bei Beckenendlage (17 mal). Weiterhin kommen in Frage hochgradige Knochenverschiebungen bei engen Becken, Stauung im kindlichen Schädel (besonders beim Nabelschnurvorfalle, vielleicht auch bei Eklampsie), Gefäßschädigungen

bei Lues. 60 mal fand eine operative Entbindung statt; 56 mal waren die Kinder ohne Kunsthilfe spontan geboren worden (einschließlich enge Becken). Besonders hervorgehoben werden muß das Vorkommen von Tentoriumrissen bei Frühgeburten. Die Ursache liegt bei diesen weichen Schädeln wohl in der großen Verschieblichkeit der Schädelknochen und in der leichteren Zerreißlichkeit der feineren Gefäße. Ein Teil der Kinder (31,9 %) wurde totgeboren, in den ersten 24 Stunden starben 20,4 %, in den ersten 3 Tagen 31,1 %. Kein Kind hat länger als 14 Tage gelebt. Lebendgeborene Kinder, die auffallend blaß sind, tief und schnappend atmen und hell und durchdringend schreien, müssen den Verdacht auf eine intrakranielle Blutung erwecken. Treten nebenbei noch Krämpfe auf, so wird die Diagnose gesichert. Gewöhnlich gehen solche Kinder unter Fiebersteigerung oder mit Auftreten von Untertemperaturen bald zugrunde. Nur in seltenen Fällen bleiben sie am Leben (Gefahr der geistigen Defekte). Eine gewisse Zahl der intrakraniellen Blutungen läßt sich durch Einschränkung schwerer operativer Maßnahmen vermeiden. Insbesondere sind schwere hohe Zangen möglichst einzuschränken. Bei Beckenendlagen ist anstatt eines forcierten Veit-Smellieschen Handgriffes die Zange am nachfolgenden Kopf als schonenderer Eingriff anzuwenden.

(Berlin, Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. 25. 6. 20.)

**Die Befestigung des Verweilkatheters durch Naht.** Von Prof. Dr. Ferd. Schultze, chir. Oberarzt am St. Vincenz-Hospital in Duisburg. Die bisherigen Fixiermethoden des Verweilkatheters, welche gerade in der letzten Zeit von den verschiedenen Autoren in dieser oder jener Form mitgeteilt wurden, gipfeln darin, daß der Katheter in irgendeiner Weise durch den Verband fixiert wird. Es handelt sich stets um einen Verband, welcher den Katheter fesselt. Die Methoden haben wohl kaum ihre Aufgabe voll und ganz erfüllt und immer wieder zu Klagen Veranlassung gegeben. Verf. hat nun seit einiger Zeit die Fixation des Katheters in der einfachsten Weise durch eine Naht vorgenommen und dadurch eine absolute sichere und ruhige Lagerung erreicht. Die Technik ist folgende: Nach Einführung des Katheters wird am Uebergang des Penis zum Skrotum eine Naht angelegt. Man sticht durch Urethra und Katheter und knotet über einen kleinen Tupferrest, welcher mit Mastix fixiert wird. Der Zustand ist dauernd, und Störungen unterlaufen nicht. Nur resultiert nach Entfernung des Katheters an der Nahtstelle für kurze Zeit eine Fistel, welche sich nach einigen Tagen spontan schließt. Die ruhige Lage des Katheters wird besonders von den Patienten, welche vorher mit den üblichen Fixationsmethoden behandelt wurden, sehr angenehm

empfundene Nachteile von der vorübergehenden Fistel wurden nicht beobachtet.  
(Zbl. f. Chir. 1920 Nr. 37.)

J. Dorn (Bonn): **Chronische, nicht spezifische Epididymitis.** Hauptsächlich kommen Staphylokokken als Erreger in Betracht, welche den Nebenhoden nicht auf dem Blutwege metastatisch, sondern deszendierend von der entzündeten Blase oder hinteren Urethra aus infizieren. Differentialdiagnose von Tuberkulose schwierig, nur durch exakte Urinuntersuchung auf Bakterien und durch Probeexzision und histologische Untersuchung möglich.

(Bruns Beitr. 120 H. 1.)

Aron: **Trinkkuren bei der Behandlung der Nierenkrankungen im Kindesalter.** Die Pyelozystitis ist der Therapie sehr gut zugänglich. Die Durchspülung der Niere ist das Wichtigste. Man läßt größere Mengen von Mineralbrunnen trinken. Durch diese guten Erfolge veranlaßt, wurden Trinkkuren auch bei der Glomerulonephritis versucht. Vortragender konnte in 4 Fällen, die seit vielen Wochen schon jeder Therapie getrotzt hatten, gute und schnelle Erfolge erzielen. Dagegen sind keine oder keine nachweisbaren Erfolge bei der chronischen Form der Nierenentzündung zu erzielen. Es wird  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Liter Helenen-, Martha-, Fürstensteiner-Grundquelle neben salzfreier Kost verordnet.

(Med. Sekt. d. Schles. Gesellsch. f. vaterl. Kultur Breslau, 7. XI. 19.)

**Notiz.** Das bekannte Buch des Herausgebers dieser Monatschrift: „**Diagnostische Winke für die tägliche Praxis**“ (Verlag S. Karger, Berlin), dessen 1. Auflage seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren vergriffen war, ist jetzt in 2. Auflage erschienen.

---

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

# Excerpta medica.

Er erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M. 10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 7.

April 1921

## Aetiologisches.

**Impetigo-Nephritis.** Von Prof. Dr. Hans Kohn (Berlin). Vor einigen Jahren lenkte Eichhorst die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von ernster Nierenentzündung bei der so häufigen, aber immer als völlig harmlos betrachteten Hautkrankheit Impetigo, ein Vorkommnis, das ihm bis dahin weder in der eigenen Praxis noch in der Literatur begegnet war. Erst nach Abfassung seiner Arbeit fand er ohne weitere Inhaltsangabe die Titel von zwei ähnlichen Mitteilungen in der ausländischen Literatur. Und seitdem findet sich nur noch eine einzige weitere Nachricht über diese seltene Komplikation der Impetigo, und zwar von F. Maier, der mehrere Fälle dieser Art gesehen, die gleich den Eichhorstschen zum Teil recht schwer, selbst tödlich verlaufen waren. Doch ist Maiers, ohne Kenntnis der Eichhorstschen Arbeit erschienene Mitteilung so summarisch, daß sich Näheres daraus nicht entnehmen läßt, namentlich nicht über einen Punkt, der mehr noch als die Seltenheit der Komplikation Verf. veranlaßt, einen einzelnen von ihm beobachteten Fall kurz mitzuteilen und zu besprechen. Damit reiht sich ein weiterer Fall von Impetigo-Nephritis den 3 Fällen Eichhorsts und den 7 Fällen Maiers an. Dieser Umstand der Seltenheit würde Verf. aber noch nicht zu seiner Mitteilung veranlassen; vielmehr möchte er versuchen, etwas zur Erklärung des Zustandekommens der in Rede stehenden seltenen Komplikationen damit beizutragen. Muß es nicht auffallend erscheinen, daß sich bei einer so weit verbreiteten und namentlich in den letzten Jahren besonders häufig auftretenden Erkrankung zwar nur so ungemein selten eine Nephritis findet, daß sie aber, wenn sie sich einstellt (wenigstens bei zweien der Beobachter, Eichhorst und Maier), sogleich gehäuft erscheint? Da muß sich doch, wenn man nicht eine besondere Art von Impetigo oder eine besonders schwere Form der Infektion annehmen will, der Gedanke aufdrängen, daß noch

ein besonderes Moment im Spiele sein muß, das bei der an und für sich so harmlosen Impetigo einer Nierenentzündung den Boden bereitet, und daß dieses Moment ein übertragbares ist. Sieht man daraufhin die bisher mitgeteilten Fälle an, so findet sich, wie in des Verf., so in einem der 3 Eichhorstschen Beobachtungen, also in 2 von 4 Fällen von Impetigo-Nephritis — die Maierschen können hier, da jede nähere Angabe fehlt, trotz ihrer sonstigen Bedeutung nicht mitgezählt werden —, gleichzeitig eine Infektion mit Diphtherie (nicht bloß Bazillenträgeri). Und wenn man nun bedenkt, daß die Eichhorstschen Patienten Geschwister waren und vor der Verlegung ins Krankenhaus in einem Zimmer geschlafen hatten, so ist die Möglichkeit, fast möchte man sagen, die Wahrscheinlichkeit gegeben, daß auch bei den nicht nachweislich an Diphtherie Erkrankten dennoch sich deren Erreger angesiedelt hatten. Ob im Nasenrachenraum oder in den Hautgeschwüren, — leichte Diphtherieinfektionen werden bekanntlich häufig übersehen und können in den anderen Eichhorstschen Fällen der Aufmerksamkeit um so leichter entgangen sein, als das diphtheriekranken Kind das zuletzt aufgenommene gewesen war. Doch auch ohne diese, mit allem schuldigen Respekt gewagte „Unterstellung“ ist das Verhältnis von 2 Diphtherieinfektionen unter 4 näher beschriebenen Fällen von Impetigo-Nephritis so auffällig, daß es angesichts der großen Häufigkeit von Impetigo und der anscheinend so großen Seltenheit von gleichzeitiger Nephritis wohl als nicht allzu weit hergeholt erscheinen mag, das oben postulierte Infektionsmoment in einer Diphtherie zu finden und in der gleichzeitigen Infektion mit Diphtherie eine der Bedingungen zu sehen, unter denen bei der sonst so harmlosen Impetigo eine Nephritis sich entwickeln kann. Verf. weiß wohl, die Nierenerkrankung bei Diphtherie ist für gewöhnlich leichten Grades, befällt nur das sezernierende Parenchym, während in seinem, in zwei Eichhorstschen und mehreren Maierschen Fällen eine Glomerulonephritis sich gefunden hatte. Und da letztere Erkrankung charakteristisch für eine Infektion mit Streptokokken ist und diese jetzt wohl von den meisten Dermato-Bakteriologen für die Erreger des Impetigo angesehen werden, so läge es zunächst gewißlich näher, in diesen Streptokokken auch die Erreger der Nephritis zu erblicken; aber dann bleibt sowohl die große Seltenheit einer Nephritis bei der so häufigen Streptokokkeninfektion der Impetigo wie ihr gehäuftes Auftreten, wenn es einmal zur Beobachtung gelangt, ohne jegliche Erklärung. Nach einer solchen Erklärung hatte auch schon Eichhorst selbst gesucht, und er war geneigt, dafür eine familiäre Schwäche der Nieren anzunehmen, während ihm eine besondere Pathogenität der Streptokokken unwahrscheinlich schien, da die Impetigo in seinen Fällen

selbst keineswegs besonders schwer gewesen war. Aber Verf. will scheinen, daß, nachdem nun einmal die gleichzeitige Diphtherieinfektion relativ häufig beobachtet worden ist, die Hypothese einer Mischinfektion die näherliegende und auch die in ärztlich praktischer Hinsicht aussichtsvollere ist. Dabei muß es späterer Beobachtung — und sie wird sich, wenn erst einmal darauf geachtet wird, vielleicht doch häufiger als bisher ermöglichen lassen — vorbehalten bleiben, die Größe der Rollen näher zu bestimmen, die dabei einerseits den Diphtheriebazillen und andererseits den Streptokokken im Spiel der Angriffskräfte zukommt. Man wird dann vielleicht in den Diphtheriebazillen ähnlich wie bei der Rachendiphtherie nur die Schrittmacher für die Streptokokken sehen und in einer milderer Form der Impetigo-Streptokokken den Grund dafür aufdecken, daß es bei unserer Erkrankung nicht wie bei der Invasion von Streptokokken aus dem Rachen zu allgemeiner Sepsis kommt, dafür jedoch zuweilen zu einer Nephritis schweren Grades, zu deren Ausbildung bei der Sepsis nicht immer Zeit verbleibt, bei der einfachen Rachendiphtherie ohne Superinfektion mit Streptokokken kein Grund gegeben ist. Doch muß Verf. einer andern Möglichkeit noch gedenken. Unna erwähnt, 3 Fälle von Impetigo gesehen zu haben, die septisch wurden und zugrunde gingen. Wenn dies wirklich unkomplizierte Impetigofälle waren — es fehlen genauere Angaben; 2 sah er kurz vor dem Tode, 1 gar erst auf dem Sektionstisch, und er trennt sie ausdrücklich von der Imp. vulgaris, für die er einen besonderen staphylokokkenartigen Erreger annimmt, ab und hält sie für streptogen —, so würden sie zeigen, daß die Erreger dieser Krankheit doch zuweilen in größeren Mengen in das Körperinnere eindringen, und dann könnte man sich denken, daß sie gelegentlich auch einmal nicht zu allgemeiner Sepsis, sondern nur zu Nephritis führen. Die obige Häufung der Fälle, wenn man bei so wenigen dies Wort gebrauchen darf, könnte man sich dann mit dem Genius epidemicus, also einer besonderen nephropathogenen Form der Infektionserreger, einigermaßen wohl zurechtlegen. Ob aber die Unnaschen Fälle wirklich hierher gehören, ist ungewiß; jedenfalls fanden sich bei ihnen auch in der Haut besonders schwere Erkrankungen, wovon in den beschriebenen „Nierenfällen“ nichts erwähnt wird. (B. kl. W. 192 Nr. 2.)

### Krankheitsbilder.

**Darmgrippe.** Von Dr. Alfred Alexander in Berlin. Seitdem die Grippe bei uns wieder aufgetreten ist, sind im Laufe der letzten 2 Jahre „typische“ Krankheitsbilder der Allgemeinerkrankung und der lokalisierten Erkrankungen an den Luftwegen und dem Nerven-



system beschrieben, soweit Verf. aber die Literatur übersehen kann, die Störungen des Magen-Darmkanals fast stets nur mit kurzen Worten abgetan worden. Kommt dies einesteils daher, daß eine gesonderte Erkrankung des Darms bei der Grippe bzw. ein besonderes Hervortreten der Krankheitssymptome an diesen Organen bisher kaum in den Vordergrund trat, so muß es andererseits damit erklärt werden, daß, wie Verf. schon 1918 im Felde zu beobachten Gelegenheit hatte, Darmstörungen, die bei Grippe auftraten, von dem größten Teil der Kollegen als nicht zum Krankheitsbild gehörig, sondern als zufällige Begleiterkrankung angesehen wurden. Schon 1918 hat Verf. selbst in einer Zusammenstellung über fast 800 Fälle von Grippe darauf aufmerksam gemacht, daß 20% der Grippefälle mit Darmstörungen verliefen. Nun ist aber in den letzten Wochen ein ganz eigenartiges Bild der Grippe aufgetreten, das Verf. speziell als Darmgrippe bezeichnen möchte und das ihm auch die Annahme bestätigt hat, daß die bei der Grippe zur Beobachtung kommenden Darmstörungen wirklich als Erscheinungen dieser Krankheit selbst aufzufassen sind. Das Bild selbst stellt sich folgendermaßen dar: Unter mehr oder weniger hohem Fieber, meist mit mäßigem Schüttelfrost und starkem Unwohlseinsgefühl, treten Durchfälle auf, denen in den meisten Fällen bald Erbrechen folgt. Die Durchfälle wiederholen sich bis 12-, ja 20 mal in 24 Stunden, wobei die Patienten fast immer über starke Tenesmen klagen. Die zuerst reichlich voluminösen Durchfälle werden immer weniger, so daß schließlich unter Schmerzen und Spasmen nur noch kotig gefärbter Schleim, hie und da mit etwas Blut untermischt, entleert wird. Es bestehen starke Schmerzen im Leib, besonders in der oberen Bauchgegend; auch fällt die hochgradige Ueberempfindlichkeit der Bauchdecken auf Berührung auf. Die Kranken, die meist plötzlich in der Nacht mit diesen Durchfällen erwachen, geben an, 1—2, häufig aber schon bis zu 8 Tagen vorher sich matt und abgeschlagen gefühlt zu haben. Das Fieber übersteigt am 1. Tage selten 38,5°, kann aber an den folgenden Tagen bis zu 40° und darüber steigen. Die Kranken machen den Eindruck großer Prostration, klagen über stark ziehende Schmerzen in Armen und Beinen, besonders in der Oberschenkelmuskulatur und im Rücken. Besonders auffallend sind Druckbeschwerden und Fremdkörpergefühl in der Speiseröhre, vor allem in der Gegend des Mageneingangs, sowie ein sich in kurzen Abständen häufig wiederholendes lautes Aufstoßen, das wohl stundenweise pausieren kann, aber in den nächsten Tagen immer wiederkehrt. Die Untersuchung des Leibes ergibt starken Meteorismus, besonders in der linken Flexur sowie im Bereiche des Querkolons und der Ileoözökalgend. Das Zwerchfell ist hochgetrieben, am Colon descendens

starke Spasmen; in der Ampulle, die fast stets leer ist, ist die Schleimhaut stark gerötet und aufgelockert. Das Erbrochene enthält viel Schleim, die Säure ist herabgesetzt. Neben diesen lokalen Erscheinungen treten von Anfang an Schmerz und Druck in den Augen, leichte Konjunktivitis und neuralgische Schmerzen auf, wobei es auffallend ist, daß die Kopfschmerzen, welche als Ausstrahlung von der Gegend hinter dem Ohr sowie über der Stirn angegeben werden, im Laufe der nächsten Tage bis zur Un-erträglichkeit sich steigern. Deutlich ist stets eine scharf um-grenzte Rötung des weichen Gaumens mit leichter Schwellung und Rötung der Uvula und der Gaumenbögen festzustellen. Ob-wohl die Tenesmen bestehen bleiben, tritt eine mehr oder minder starke Obstipation in den nächsten Tagen auf. Die Leibscherzen bleiben bestehen, können sich sogar durch die zunehmenden Spasmen zu starken Koliken verdichten. In der größten Anzahl der Fälle kann man vom 2. Tage ab eine geringe Vergrößerung der Milz feststellen, häufig auch der Leber. In letzterem Falle findet man eine leicht subikterische Verfärbung der Haut und Kon-junktiven. In einem Teil der Erkrankungen tritt ausgesprochener Ikterus mit acholischen Stühlen auf. In diesen Fällen ist die Leber, besonders aber die deutlich stark gefüllte Gallenblase, stark druck-schmerzhaft. Der Ikterus läuft meist in 2—3 Wochen ab. Kom-plikationen von seiten der Bronchien und Lungen sind in diesen Fällen selten zu beobachten, wohl aber stärkere Beschwerden von seiten der Halsorgane und Hustenreiz. Mehr in den Vordergrund treten, wie schon erwähnt, Komplikationen von seiten des Nerven-systems; besonders sind es die hochschmerzhaften Neuralgien; starke Rückenschmerzen mit teilweise ausgesprochener Interkostal-neuralgie machen manchen Kranken das Liegen zur Qual. Diese Schmerzen, die sowohl in der unteren Thoraxapertur als auch im Bereich der Nackenmuskulatur besonders in Erscheinung treten, sind zum Teil wohl bedingt durch die Anstrengung des Aufstoßens, zum Teil aber auch Intoxikationserscheinungen des Grippevirus oder Autointoxikationsstörung. Der Vagus zeigt starke Affizierung, und sind hierauf sowohl die Pulsverlangsamung auch bei nicht ikterischen Fällen zurückzuführen, sowie die Darmspasmen, der Zwerchfellkrampf und andere, leichtere Gefäßstörungen. In 2 Fällen, die Verf. früher zu sehen Gelegenheit hatte und die zur Obduktion kamen, fand sich im Darm eine starke Hyperämie in allen Partien. Besonders hyperämisch war und kleine Petechien zeigten der Oesophagus, der Magen, die Ampulle und das Colon descendens. In dem einen Fall, der auch Ikterus hatte, war die Papille stark verdickt und zeigte eine große submuköse Blutung. Die Gallen-blase war stark gefüllt, die Schleimhaut verdickt und aufgelockert,

die Leber vergrößert, mit normaler Zeichnung, die Milz vergrößert und weich. Diese Schwellungen und Blutungen im Magen-Darmkanal erklären wohl auch leicht die ganzen Erscheinungen des Krankheitsbildes, soweit sie nicht durch die Vagusstörung bedingt sind. Die Behandlung besteht darin, so schnell wie möglich die *Materia peccans* aus dem Darm zu entfernen, was durch kräftige Abführmittel, sodann aber durch in den ersten Tagen täglich zu wiederholende Kamillenteeinläufe zu erfolgen hat. In den leichteren Fällen genügen Antipyretika zur Behebung aller Krankheitserscheinungen. Bei den schwereren, höher fieberhaften, länger dauernden Fällen ist es notwendig, daneben stärkere Mittel, wie Urotropin oder das Eucupin bas. in Dosen von 0,25 bei 4 maliger Verabreichung 2 Tage lang zu geben. Gegen die Spasmen und Vagusstörungen ist frühzeitig Atropin anzuwenden. Bei frühzeitiger subkutaner Einverleibung derselben kann es gelingen, die Krankheit zu kupieren. Die Dauer der Krankheit schwankt zwischen 3 Tagen und mehreren Wochen. Die Gefahr bei länger dauernder Krankheit liegt darin, daß schwerere Nervenstörungen auftreten; so sah Verf. in einem Fall eine Enzephalomyelitis mit Blasen- und Mastdarmstörung sowie vollständiger Anästhesie unterhalb des Nabels. Aber auch in den Fällen, wo es nicht gerade zu dieser schwersten Komplikation kommt, sind sehr häufig eine mehr oder minder ausgesprochene Nackensteifigkeit sowie leichte Störungen und Schmerzhaftigkeit der Augenmuskulbewegungen zu beobachten. Die seit einigen Wochen gehäuft auftretenden, länger dauernden Darmstörungen, die wir erst verschleppt, d. h. nicht im akuten Stadium zu Gesicht bekommen, sind zum großen Teil sicher auf diese Grippeinfektion zurückzuführen. Verf. möchte deswegen darauf hinweisen, daß gerade diese Kranken fast immer über Sensationen, Druck, Trockenheit und Schmerzempfindlichkeit im Oesophagus und am Mageneingang, daß sie über Schmerzen in der linken Nierengegend und meist auch in der Gegend unterhalb des Herzens klagen, Erscheinungen, die auf den Zwerchfellhochstand und den Meteorismus zurückzuführen sind, sowie über oft wiederkehrende Uebelkeit, schlechten Geschmack und Appetitlosigkeit. Bei all diesen Patienten kann man auch noch nach Wochen am weichen Gaumen die früher beschriebene abgegrenzte, wenn auch schon wieder abgeblaßte Rötung mit den kleinen, stecknadelkopfgroßen, glashellen Erhabenheiten finden, die darauf schließen lassen, daß zum mindesten vor nicht allzu langer Zeit eine Grippe vorgelegen haben muß.

Als Zusatz zu vorstehendem Aufsatz schreibt Prof. Dr. J. Schwalbe: „Daß die Darmgrippe auch abortiv, abweichend

von den Erfahrungen Alexanders, verlaufen kann, habe ich in folgendem Fall erlebt. Eine in unserer Familie vorübergehend anwesende 21jährige Dänin klagte nachmittags über Kopfschmerzen und suchte deshalb abends frühzeitiger als gewöhnlich ihr Bett auf. Nach unruhiger Nacht erwachte sie morgens um 6 Uhr mit Erbrechen und Durchfall; die flüssige Darmentleerung wiederholte sich 4 mal im Zwischenraum von 2 Stunden, von da ab nicht mehr. Temperatur 37,8°. Eine Indigestion als Ursache war ausgeschlossen. Zunge feucht, nicht belegt. Appetitlosigkeit. Katarrhalische Erscheinungen in den Lungen und den oberen Luftwegen nicht vorhanden. Gegen Abend stieg die Temperatur auf 39,7°, Puls 118, leichte Zyanose, Delirien, lebhaftes Jaktationen und choreiforme Bewegungen. Therapie: Eisblase und Aspirin. Nachts starker Schweiß, die Temperatur sinkt ab. Am anderen Morgen 37,3, mittags 36,9°. Wie sehr es sich trotz der nur 2tägigen Krankheitsdauer um eine schwerere Infektion gehandelt hat, bewies auch der Umstand, daß die kräftig veranlagte Patientin 1 $\frac{1}{2}$  Wochen, davon 5 Tage im Bett, brauchte, um sich zu erholen.“

(D. m. W. 1921 Nr. 6.)

#### **Eine typische Form der Brustentzündung im Wochenbett.**

Von P. Mathes (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Innsbruck). Sie tritt in den ersten 2 Wochen nach der Geburt mit hohem Fieber, manchmal mit Schüttelfrost, jedoch mit geringen Schmerzen ohne Vorboten fast plötzlich in ganzer Stärke auf. Die erkrankte Brust ist im ganzen etwas vergrößert und stärker gespannt; die Haut ist im Bereich eines verschieden breiten Sektors düsterrot, die Hautporen sind tief, die Felerung der Haut sehr deutlich, gegen die gesunde Haut ist die Grenze unscharf, an der Spitze des Sektors sitzt gewöhnlich eine mit einer Borke bedeckte Rhagade. Der ganze Prozeß bleibt auf die Haut beschränkt, niemals hat Verf. daraus eine echte Mastitis entstehen gesehen — in 2 bis 3 Tagen ist die Entzündung ebenso rasch verschwunden, als sie aufgetreten ist. Das Typische liegt in der sektorenförmigen Ausdehnung der Entzündung, das Wesentliche liegt darin, daß es sich um eine von einer meist sichtbaren Rhagade ausgehende, auf die Haut beschränkt bleibende Entzündung handelt, die rasch auftritt und rasch wieder verfliegt, und von Erysipel in Form und Verlauf ganz verschieden ist. Kausale Therapie gibt es natürlich nicht, feuchtwarme Umschläge erleichtern die meist geringen Beschwerden, das Stillgeschäft braucht nicht unterbrochen zu werden.

(M. m. W. 1921 Nr. 1.)

## Diagnostisches.

**Die Schwierigkeiten der Tuberkulosediagnose im Kindesalter.** Darüber schreibt Otto Bossert (Aus der Universitätsklinik in Breslau): „Die Diagnose der kindlichen Tuberkulose ist in vielen Fällen ebenso schwer wie verantwortungsvoll. Wer nicht über eine große Erfahrung verfügt, überwertet leicht bei einem vorliegenden physikalischen Befund die Tuberkulinreaktion und das Röntgenbild, gar nicht zu reden von den vielen unrichtigen Diagnosen, die ihre Entstehung einer Irreführung durch einen schlechten Ernährungszustand, asthenischen Habitus und dergleichen mehr verdanken. Es soll in den folgenden Ausführungen nicht ganz allgemein die Frage der Diagnose der Kindertuberkulose in Angriff genommen werden, sondern wir möchten gerne die Erfahrungen wiedergeben, die wir uns nach längerer Beschäftigung mit der Materie erworben haben. Vor allem andern möchten wir den Grundsatz betonen, in zweifelhaften Fällen alle zu Gebote stehenden Hilfsmittel zur Erhärtung der Diagnose in Anwendung zu bringen. Wir werden sehen, daß selbst dann noch die endgültige Entscheidung, ob Tuberkulose oder nicht, auf harte Schwierigkeiten stößt. Beginnen wir mit den Auskultationsbefunden. Wir wollen in diesem Zusammenhang nicht auf die allgemein bekannten Auskultationsphänomene bei der Tuberkulose eingehen, sondern wir möchten erneut auf eine Erscheinung hinweisen, die im Kindesalter gar nicht so selten ist und die häufig zu Verwechslungen Anlaß gibt. Es handelt sich um bestimmte Rasselgeräusche, die an umschriebener Stelle, namentlich wohl bei den Bronchiektasen bzw. Bronchialektasien im Anschluß an Influenzaerkrankungen entstehen und die wir in dieser Zeitschrift eingehend gewürdigt haben. Diese Geräusche sind von mittelblasigem Charakter, klingend, und ihr Ton liegt höher, als man ihn sonst beim Auskultieren zu hören gewohnt ist. Sie sind dem Geknatter eines Maschinengewehres nicht unähnlich, weshalb wir das Phänomen kurz als ‚Maschinengewehrgeknatter‘ bezeichnen wollen. Wir haben uns des öfteren davon überzeugt, daß der Kenner dieses auffallenden Befundes ohne weiteres die richtige Diagnose zu stellen in der Lage ist. Daß es bei Unerfahrenen anders sein kann, hat uns wieder einmal eine Beobachtung aus jüngster Zeit gelehrt: Ein 5jähriges Mädchen wird von seiner Mutter zum Arzt gebracht, weil es seit längerer Zeit einen hartnäckigen Husten hat und schlecht aussieht. Der Arzt stellt einen rechtseitigen Unterlappenbefund — nach unserer nachfolgenden Untersuchung typisches Maschinengewehrgeknatter — fest und schlägt den verzweifelten Eltern des einzigen Kindes eine Tuberkulinkur vor. Da die Mutter

auf die Behandlung nicht eingehen will, bringt sie uns das Kind zur Untersuchung. Wir erfahren aus der Anamnese, daß die Eltern und das Kind vor mehreren Wochen eine schwere Grippe durchgemacht haben, durchleuchten das Kind, ohne nur den geringsten Befund entdecken zu können, und finden im Sputum eine Reinkultur von Influenzabazillen. Ueber den physikalischen Befund haben wir uns schon oben geäußert. Nach gründlicher Inhalationsbehandlung und Jodkalimedikation sind die Erscheinungen völlig geschwunden. Doch sei dabei bemerkt, daß die Geräusche trotz intensiver Behandlung nicht immer so schnell verschwinden, sondern oft recht hartnäckig sind. Wahrscheinlich kommt es hierbei auf den Entwicklungsgrad der pathologisch-anatomischen Veränderungen an den Bronchialverzweigungen besonders an. Wer viel Kinder zu untersuchen Gelegenheit hat, der weiß, daß die Spitzentuberkulose bei Kindern bis ungefähr zu den Entwicklungsjahren eine Seltenheit ist. Diese dem Kinderarzt geläufige Tatsache ist viel zu wenig in weitere Kreise eingedrungen, denn immer und immer wieder bekommt man Kinder zu Gesicht, die als lungenspitzenkrank für Kinderheilstätten oder sonstige Fürsorgemaßnahmen vorgeschlagen werden. Meist sind es solche Kinder, bei denen über dem rechten Oberlappen das Atemgeräusch etwas verlängert und verschärft ist, und zwar kommt dies in der Hauptsache im Interskapularraum hinten rechts von der Wirbelsäule zum Ausdruck. Dies rührt bekanntlich daher, daß der rechte eparterielle Bronchus, der in den rechten Oberlappen eintritt, kürzer und etwas weiter als der linke ist, der zugleich etwas gebogen verläuft, über sich den Bogen der Aorta hinwegtreten läßt und einen geraden Abgang hat. Auf diese Weise wird das im Bronchus entstehende Atemgeräusch dem Ohr nähergebracht. Daß aber unter Umständen auch in der rechten Infraklavikulargrube rechts vom Sternum, oft bis hinein in die Mohrenheimsche Grube, ein Atemgeräusch von gleichem Charakter hörbar ist, scheint im allgemeinen unbekannt zu sein. Auch in den Lehrbüchern fehlt ein bestimmter Hinweis darauf. Wir haben bei einem Material von vielen hundert Kindern in einer Lungenfürsorgestelle für Kinder unser Augenmerk darauf gerichtet und haben bei 25 Kindern diesen Befund in ausgesprochener Form erheben können. Vorwiegend zarte, muskelschwache Kinder repräsentieren diesen Typ, die weder auskultatorisch noch perkutorisch sonst einen Befund aufgewiesen haben. Wir haben versucht, einheitliche Gesichtspunkte für seine Beurteilung zu gewinnen, und möchten sie, ohne ihre Bedeutung für das Phänomen restlos anzuerkennen, hier aufzählen. Wie schon gesagt, sind es in der Hauptsache magere, asthenische Kinder, bei denen fast durchweg die rechte Unterschlüsselbeingrube tiefer eingesunken ist als die

linke. Läßt man die Kinder tief einatmen, so verstreicht die linke Infraklavikulargrube viel deutlicher als die rechte. Vielleicht ist diese Variation in der Unterschlüsselbeingrubenentwicklung doch nicht ganz unbeteiligt an dem Zustandekommen des fraglichen Auskultationsphänomens. Selbstverständlich basiert unsere Ansicht über diese Befunde auf genauester Untersuchung und mehrjähriger, periodisch unternommener Kontrolle mit den Röntgenstrahlen. Im Hinblick auf die Lehre eines Klinikers wie Grancher, die Heubner in seinem Lehrbuch zitiert, daß in der ersten Etappe der Tuberkuloseerkrankung das Inspirium bei der vergleichenden Auskultation beider Thoraxhälften über der Supra- und namentlich der Infraklavikulargrube einen anderen Charakter darbiete als über der andern, ist unsere Beobachtung nicht unwesentlich. Daß hinter solchen Befunden sich eine beginnende spezifische Erkrankung verbergen kann, soll keineswegs bestritten werden. Daß es nicht unbedingt der Fall sein muß, geht aus dem Gesagten hervor. Aber auch mit dem Röntgenapparat ist das Problem der kindlichen Tuberkulose noch nicht gelöst, und selbst für den Geübten ist oft die Auslegung eines Durchleuchtungsbefundes oder eines Röntgenbildes äußerst schwierig. Und hier ist es wiederum die Grippe, die uns in der Deutung vor schwierige Aufgaben stellt. Wir haben verschiedene solche Fälle erlebt, bei denen wir auf Grund unseres Untersuchungsergebnisses mit der Diagnose im Zweifel gewesen sind und uns nach dem Röntgenbild zur Diagnose Tuberkulose entschlossen haben. Und wir haben uns geirrt und sind durch den Verlauf und die weiteren Durchleuchtungen eines Besseren belehrt worden. Ein kurzer Bericht einer solchen Beobachtung soll hier eingefügt werden.

Ursula F., 3 $\frac{1}{2}$  Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und wird im Januar 1918 in die Klinik gebracht, weil sie seit einigen Wochen kurz atmet, viel hustet und wenig ißt. Das Mädchen ist recht zart und blaß, macht einen kranken Eindruck, ist mäßig dyspnoisch und hustet ziemlich viel. Rechts vorne unterhalb der Klavikel findet sich eine relative Dämpfung, über der ausgesprochenes Bronchialatmen zu hören ist. Über beiden Lungen hört man reichliche grob- und mittelblasige Rasselgeräusche, die Temperatur beträgt 37,7°, die Pirquetsche Reaktion fällt zu wiederholten Malen negativ aus, was bei dem schlechten Allgemeinzustand des Kindes nicht allzu hoch bewertet wird, eine Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbazillen ergibt ein negatives Resultat — auf Influenzabazillen ist zu der Zeit noch nicht ausdrücklich gefahndet worden —, und bei der Durchleuchtung finden sich, vom rechten Hilus ausgehend, ein apfelgroßer, ziemlich intensiver Schatten, sowie kleinere Herde am linken Hilus. Ein 14 Tage darauf angefertigtes Röntgen-



bild bestätigt den Durchleuchtungsbefund in vollem Umfang, der Schatten ist nur nicht mehr ganz so intensiv, die diffuse Bronchitis ist geschwunden, über dem rechten Lungenherd ist neben dem Bronchialatmen, das weniger deutlich ist, mittelblasiges Rasseln zu hören, das uns wahrscheinlich nach unseren, während der Influenzaperiode gesammelten Erfahrungen bedeutungsvoller erschienen wäre. Mitte März ist der Befund fast unverändert, sowohl klinisch wie röntgenologisch, das Kind sieht recht schlecht aus. Anfang April wird es wieder vorgestellt, es hustet weniger, sieht besser aus, über dem rechten Oberlappen ist das Atemgeräusch zwar noch etwas verschärft, aber nirgendwo mehr Rasseln zu hören. Der Schatten hat sich aufgehellt, und wie unter einem Schleier ist der Bronchialbaum mit drei erbsengroßen Drüsenschatten in dem betroffenen Bezirk sichtbar. Am 31. Mai kommt die Kleine erst wieder zu uns, da sie vor 14 Tagen an Masern zu Hause erkrankt ist. Sie sieht recht leidlich aus, wiegt nunmehr 12 kg, hustet aber etwas mehr, man hört vereinzelte feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen. Bei der Durchleuchtung ist der Schleier vollkommen geschwunden, man sieht als einziges drei linsengroße Drüsenschatten rechts vom Hilus, die erst bei tiefem Inspirium deutlich hervortreten. Ein Jahr später kommt das Mädchen wieder wegen einer Bronchitis in Behandlung, als Durchleuchtungsbefund ist etwas vermehrte Hiluszeichnung rechts notiert. Im Mai dieses Jahres bringt die Mutter das Kind wieder zu uns, weil es stark hustet und schlecht aussieht. In der Tat ist das Mädchen recht mager und blaß, sein Gewicht hat sich nicht vermehrt. Rechts hinten von der Spina scapulae nach abwärts ist der Perkussionsschall leicht verkürzt, das Expirium leicht bronchial, im Inspirium ist deutliches Maschinengewehrgeknatter zu hören. Auf der linken Seite ist derselbe Befund, aber viel weniger ausgesprochen. Die Tuberkulinreaktion ist negativ, im Röntgenbild ist am rechten Hilus wiederum eine deutliche Schattenbildung, aber weniger ausgedehnt als seiner Zeit, die linke Lunge ist bis auf einen ganz kleinen Hilusschatten frei. Im Sputum sind massenhaft Influenzabazillen. — Ganz ähnlich ist es dem 10jährigen Mädchen Elfriede Sch. ergangen, das eine linksseitige Bronchialdrüsentuberkulose mit skrofulöser Tuberkulinreaktion hatte, an die sich nach unsrer damaligen Auffassung eine spezifische Infiltration angeschlossen hat ohne bazillären Befund. Wir haben das Kind vor zwei Jahren für eine spezifische Behandlung in Aussicht genommen, in der Annahme eine Tuberkulose vor uns zu haben. Wir haben jedoch damals davon Abstand genommen, weil der Prozeß für zu ungünstig gehalten worden ist. Im Juni dieses Jahres haben wir das Kind wiedergesehen, es ist in der Zwischenzeit

nicht behandelt worden und ist gesund und munter, und von der Oberlappeninfiltration ist keine Spur mehr nachweisbar. Offenbar ist seinerzeit zu der Bronchialdrüsentuberkulose eine unspezifische Lungenerkrankung hinzugekommen.

Derlei Ueberraschungen müssen den kritischen Arzt dazu auffordern, sich bei der Beurteilung des Erfolges jedweder Therapie auf sichere Grundlagen zu stützen. Wir sehen, welche Schwierigkeiten selbst dem mit der Diagnose der Kindertuberkulose einigermaßen Vertrauten erwachsen können. Recht häufig hat uns in zweifelhaften Fällen eine Methode wertvoll unterstützt, die auch infolge ihrer Einfachheit besonders brauchbar ist, nämlich die Zählung der weißen Blutkörperchen im Blut. Wir haben systematisch an mehr als hundert Fällen Zählungen vorgenommen und setzen es auch heute noch in der Klinik fort. Dagegen haben wir uns von dem Nutzen der Differentialzählung bei Kindern nicht überzeugen können, was durch die physiologische Inkonstanz der einzelnen Zelltypen in den verschiedenen Lebensaltern sich ohne weiteres erklären läßt. Zahlen von 8—10 000 Zellen und darunter, zumal bei bestehendem Fieber, sprechen fast gesetzmäßig für einen spezifischen Prozeß, während die zwischen 10 und 12 000 uns weniger sagen können. Steigen die Zellen über 12 000, so kann man im großen ganzen den tuberkulösen Charakter der Erkrankung ablehnen. Nur ist eins zu bedenken, daß irgendwelche Komplikationen, wie Anginen, Otitiden und dergleichen, natürlich das Bild verwischen können. Wir haben auch die Methode zur Abgrenzung chronischer Lungenerkrankungen nach Influenza angewandt und haben damit praktisch recht brauchbare Resultate erzielt. Ja, es ist zu erwähnen, daß wir neben anderen richtunggebenden Faktoren durch die Leukozytenzählung auf dieses Krankheitsbild aufmerksam gemacht worden sind.

Ein 12jähriges Mädchen ist zu uns in die Sprechstunde gebracht worden, das seit einigen Wochen gehustet und gefiebert und stark abgenommen hat. Das Kind ist auffallend blaß und mager, leicht zyanotisch und dyspnoisch, die Temperatur beträgt 37,6. Der rechte Mittel- und Unterlappen ist relativ gedämpft, darüber hört man klingendes, mittelblasiges Rasseln. Ueber den übrigen Lungenpartien sind grobe bronchitische Geräusche festzustellen. Im Röntgenbild ist neben dem Hilus rechts ein handbreiter, wenig intensiver Schatten mit deutlichem Durchscheinen der Brochialbaumzeichnung sichtbar, die übrigen Organe sind gesund. Die intrakutane Tuberkulinreaktion fällt positiv aus, die Zahl der Leukozyten beträgt 19 000, was uns sofort stutzig macht,

trotz lebhaften Verdachts auf Tuberkulose. Der weitere Verlauf und vor allem die Sputumuntersuchung gibt unserer Skepsis Recht, denn bei einer Reihe von Untersuchungen werden jedesmal Reinkulturen von Influenzabazillen gefunden, während Kochsche Bazillen anhaltend fehlen. Wir haben das Kind heute noch in Beobachtung, und es hat sich bei ihm eine schwere Bronchiektasenbildung an die damalige Erkrankung angeschlossen.

Aber nicht allein auf lungenkranke Kinder haben wir uns mit unserer Zählung beschränkt, sondern wir haben sie dazu auf andere tuberkuloseverdächtige Affektionen ausgedehnt. Wir möchten nicht unterlassen, wengleich wir uns in dieser Abhandlung im wesentlichen auf die Lugen-tuberkulose beschränken, auch in dieser Beziehung für die Leistung der Methode einen Beweis zu bringen.

Ein 2jähriger Knabe wird wegen multipler ‚Skrofuloderme‘ in die Klinik gebracht und wird für eine spezifische Therapie vorgeschlagen. Die ‚Skrofuloderme‘ sind haselnuß- bis kleinapfelgroß, liegen in der Haut, sind nicht schmerzhaft, die Haut darüber ist absolut blaß, kurzum es wird von keiner Seite an der richtigen Diagnose gezweifelt. Das Kind fiebert dauernd sehr hoch, ohne daß ein richtiger Grund für die Temperatur gefunden werden kann. Die Tuberkulinreaktion ist zweifelhaft, die Zahl der Leukozyten beträgt 24 000. Daraufhin angelegte Blutkulturen ergeben einwandfrei Staphylokokken, man entschließt sich zur Punktion der ‚Skrofuloderme‘, und es finden sich in allen massenhaft Staphylokokken. Es sind also in dieser Form sehr selten auftretende metastatische Staphylokokkenabszesse gewesen, die natürlich unserem ärztlichen Handeln eine ganz andere Richtung gegeben haben. Vogt hat schon früher darauf hingewiesen, daß unspezifische Lungenerkrankungen im Kindesalter viel häufiger vorkommen, als man zunächst annehmen sollte, und wir können diese Ansicht nur bestätigen nach den Erfahrungen der letzten Jahre, in denen uns die Ausläufer der Grippe so viele wichtige Beobachtungen geliefert haben und noch liefern. Deshalb ist eine strenge Prüfung nicht ganz eindeutiger Fälle am Platze. Wer sorgfältig Sputum untersucht, wird überrascht sein, wie häufig er auch im Kindesalter bei fraglichen, oft eben erst physikalisch nachweisbaren Lungenaffektionen Tuberkelbazillen findet. Erst wenn diese mit Sicherheit fehlen, sollen wir in eine Erwägung der differentialdiagnostisch wichtigen Fragen eintreten, die wir im Vorstehenden erörtert haben. Dann werden wir weniger leicht Gefahr laufen, in der einen oder anderen Richtung eine falsche Diagnose zu stellen.“

(D. m. W. 1920 Nr. 48.)

### **Prognostisches.**

**Die fröhsyphilitische Erkrankung des Nervus octavus und deren Bedeutung für die Prognose einer Abortivkur der Lues.** Von F. Kobrak (Berlin). Nach der Erfahrung zahlreicher Syphilitologen soll der seronegative (negative Wassermannsche Reaktion) Primäraffekt durch eine Kur heilen, die deshalb als Abortivkur bezeichnet wurde. Erfahrungen von Meirowski-Lewen sprechen gegen die absolute Zuverlässigkeit dieser Abortivkuren. Diese Autoren berichten über sechs recht schwere Allgemeinerscheinungen, zum Teil Neurorezidive, die sich trotz der eben charakterisierten Abortivkur eingestellt haben. Ist es schon a priori nicht recht einzusehen, warum gerade die Wassermannsche Serumreaktion bzw. deren Eintritt eine Grenzphase im Verlaufe der syphilitischen Infektion bedeuten soll, ist ja festgestellt, daß in einzelnen Fällen die Sachs-Georgische Serumreaktion der Wassermannschen an Feinheit überlegen ist und, ist es doch nicht ausgeschlossen, daß uns die Zukunft noch feinere Serumreaktionen bringen wird, so lehnen Meirowski-Lewen ein scharfe Trennung in eine Vor- und Nach-Wassermannperiode auf Grund ihrer praktischen Erfahrungen ab. Durch regelmäßige Untersuchungen an über 100 Syphilitikern konnte Verf. zeigen, daß es offenbar gelegentlich Fälle gibt, in denen die Wassermannsche Reaktion noch negativ ist, während sich am Nervus octavus bereits leichte Schädigungen nachweisen lassen, die man mit großer Wahrscheinlichkeit auf die syphilitische Infektion zurückführen kann. Ohne sich als Nichtsyphilitologe in spezielle syphilitologische Streitfragen einmischen zu wollen, möchte Verf. nur nochmals auf die Bedeutung otologischer Untersuchungen frischer Syphilisfälle hinweisen. Wenn er seinerzeit auf die prinzipielle Untersuchung aller frisch syphilitisch Infizierten durch den Ohrenarzt verzichten zu können glaubte, so möchte er doch im Hinblick auf die Befunde von Meirowski-Lewen die grundsätzliche otologische Untersuchung der frischen Syphilitiker zum mindesten für jene Fälle dringend empfehlen, in denen auf Grund einer negativen Wassermannschen Reaktion die Bedingungen für eine „Abortivkur“ vorzuliegen scheinen. Der Nerv ist ein ungemein feiner Indikator, daher es durchaus nicht ausgeschlossen ist, daß hier und da sich wassermann-negative Fälle finden werden, deren Eignung für eine Abortivkur hinfällig wird durch den Nachweis, daß der Nervus octavus nicht mehr unversehrt ist. Als Mindestforderung möchte Verf. im Hinblick auf die Erfahrungen von Meirowski-Lewen den Schlußsatz aus einer früheren Arbeit wiederholen: „Vor Einleitung einer Abortivkur wäre es ratsam, außer den beiden Blutuntersuchungsmethoden (Wassermann und

Sachs-Georgi) auch eine genaue funktionelle Prüfung des Nervus octavus vorzunehmen.“ (M. Kl. 1921 Nr. 5.)

**Die Erwerbsbehinderung bei Ulnarislähmung.** Von Dr. Engelen (Düsseldorf). Die Ulnarislähmung bedingt eine schwere Schädigung der Hand. Ein kräftiges Greifen und Festhalten ist bei Ulnarislähmung unmöglich, weil die Fingergrundphalangen nicht kräftig gebeugt werden können und der Daumen nicht kräftig adduziert werden kann. Die anderen Funktionen des Daumens sind unversehrt, und mit den gebeugten Endgliedern der Finger ist ein unkräftiges Greifen möglich. Man muß also bei der Beurteilung auf Berufserfordernisse weitgehende Rücksicht nehmen. Ein kriegsverletzter Friseur mit Ulnarislähmung der linken Hand gab an, er sei in seiner Verdienstmöglichkeit in keinem Grade behindert. Diese Ansicht ist natürlich falsch; jeder der zur Arbeit seine Hände irgendwie benutzen muß, ist bei Ulnarislähmung einer Hand in seiner Erwerbsfähigkeit behindert. In manchen rein geistigen Berufen ist die praktische Einbuße an Erwerbsfähigkeit fast gleich Null bei Läsion der linken Hand, z. B. bei einem Rechtsanwalt. Ein Chirurg dagegen oder ein Klavierskünstler ist für seinen Beruf völlig untauglich. Man muß also in jedem Falle bei der Abschätzung die Anforderungen der beruflichen Tätigkeit in allen Einzelheiten abwägen. Für den Arbeiter möge als allgemeiner Anhaltspunkt folgende Erwägung dienen. Der glatte Verlust der Arbeitshand ist einer Erwerbsbeschränkung von 70% gleichzusetzen, für den Verlust der linken Hand werden 60% angenommen. Da bei Ulnarislähmung dem Daumen und den Fingern ein beachtenswerter Funktionsrest verblieben ist, so kann man eine Herabsetzung obiger Sätze um 20% annehmen. Es wäre also bei einem Arbeiter als Durchschnitt der Erwerbsbehinderung bei rechtseitiger Ulnarislähmung 50% anzunehmen, bei linkseitiger 40%. (Ärztl. Sachverstd.-Ztg. 1920 Nr. 9.)

**Die Prognose der Säuglingspyelitis für das spätere Leben.** Von Dr. E. Rhonheimer (Zürich). Die Prognose der Säuglingspyelitis quoad valetudinem completam ist eine sehr günstige, entgegen den Erfahrungen bei der Pyelitis älterer Kinder und Erwachsener. Nur in den ersten Monaten nach der Erkrankung besteht noch die Gefahr von Rezidiven. Die bei Kindern, namentlich Mädchen, welche im späteren Kindesalter an Pyelitis erkrankten, nach Jahren immer wiederkehrenden Rezidive konnte Verf. nach der Säuglingspyelitis nicht beobachten. Da diese Erkrankungen in der Kindheit somit nicht rezidivieren, so ist auch nicht anzunehmen, daß sie zur Zeit der Krisen des weiblichen

Lebens (Menstruation, Schwangerschaft oder Geburt) zu Komplikationen Anlaß geben. Die Beantwortung der Frage, ob bei den Pyelitiden größerer Mädchen eine solche Gefahr besteht, bleibt weiteren Beobachtungen vorbehalten. Der pathologische Urinbefund (Albumen, Leukozyten, Bakterien und Epithelzellen) kann noch 1 Jahr lang nach der akuten Erkrankung weiter bestehen, ohne daß deshalb die Kinder noch krank zu nennen sind, oder daß eine besondere Gefahr zu Rezidiven bestände.

(Schweiz. Korr.-Bl. 1919 Nr. 51.)

### Toxikologisches.

**Vergiftung mit Kartoffelmehl.** Von Georg Rosenfeld (Breslau). Vor etwa einem Monat sah Verf. eine Familie, in der 4 Personen unter Erbrechen und Durchfall erkrankt waren. Es handelte sich offensichtlich um eine Vergiftung, und als vergiftender Stoff kam nach Lage der Dinge nur Kartoffelmehl in Frage, das schon vor einiger Zeit ein einziges Mal benutzt worden war und bei den 2 Personen, die davon gegessen hatten, etwas Uebelkeit erzeugt hatte. Damals konnten aber auch andere Speisen schuld sein. Das Kartoffelmehl ist ungewöhnlich schön und einladend, und eben das macht es verdächtig. Es enthält Chlorbaryum, wie aus der Fällung mit  $H_2SO_4$ , die in verdünnten Säuren unlöslich ist, hervorgeht. Herr Dr. Lürich, der Direktor des städtischen chemischen Untersuchungsamtes, hat Verf. mitgeteilt, daß er in diesem Jahre schon 3 mal im Kartoffelmehl Baryum als Ursache gleicher Vergiftungserscheinungen gesehen hat. Es ist sehr merkwürdig, daß nach der Entdeckung des Baryums Hufeland und andere es als ungiftig und heilend bezeichneten. Tödliche Vergiftungen wurden durch die Beimischung von Arsen erklärt. In der Tat ist Baryum aber ein schweres Herz-, Nerven-, Magendarmgift, das in der Menge von 4 g an tödlich wirken kann und in den von Bary gesammelten Fällen in 69 % tödlich gewesen ist. Das schwefelsaure Baryum ist völlig unlöslich und unschädlich, alle anderen Salze aber mit organischen oder anorganischen Säuren sind schwere Gifte. Der Körper versucht durch Erbrechen und Durchfall geringere Dosen zu beseitigen, was oft Erfolg hat. Das einzige Heilmittel dürfte neben Magenwaschungen und Herzmitteln Natrium und Magnesium sulfuricum sein, mit denen schwefelsaures Baryt entsteht. Damit man das aber gibt, muß man erst auf den Gedanken der Baryumvergiftung kommen. Herr Direktor Lürich berichtete nun, daß alle Vergiftungen durch barythaltiges Kartoffelmehl erfolgt seien: es handelte sich um Kartoffelmehl, das zur Wäscheappretur verwendet werden soll und — wahrscheinlich zu

einer Art Denaturierung, schwerlich zur Gewichtsvermehrung bei der geringen Menge — mit Baryum versetzt sei. Auch in obigem Falle war das Kartoffelmehl aus einer Seifenhandlung bezogen worden und seines besonders schönen Aussehens wegen zum Backen benutzt worden. Alle 4 Personen sind glücklicherweise genesen, eine nach mehrtägigen gastrointestinalen Erscheinungen. (B. kl. W. 1921 Nr. 5.)

**Todesfälle nach Strophanthin-Einspritzungen.** Von L. Rahn (München). Todesfälle bis 14 Stunden nach der Injektion können noch auf Rechnung der Strophanthin-Injektion gesetzt werden. Intravenöse Strophanthintherapie ist bei Pericarditis adhaesiva, bei Syphilis des Herzens und der Kranzgefäße und bei chronischer Nephritis mit Blutdruckerhöhung nicht ratsam. Gewisse Patienten zeigen Ueberempfindlichkeit gegen Digitalis und Strophanthin. Herzunregelmäßigkeiten wie Bigeminie bilden eine Kontraindikation für die intravenöse Strophanthinanwendung. Die meisten Strophanthintodesfälle sind auf die kumulierende Wirkung des Präparats zu beziehen. Erfahrungen über die Anwendung des Strophanthins bei akuten Infektionskrankheiten fehlen. Von Rahn wird es abgelehnt, das Strophanthin außerhalb des Krankenhauses zu benutzen.

(D. Arch. f. klin. Med. 133 Heft 1/2.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Metallfolien in der praktischen Chirurgie.** Von Dr. Gretscl (Hamburg). Die einer Wunde unmittelbar anliegende Schicht eines Verbandes muß folgende Eigenschaften haben: 1. Sie muß die Wundfläche vor Verunreinigung und Infektion von außen und vor Austrocknung wie Sekretstauung schützen. 2. Sie muß sich der Wundfläche leicht anschmiegen, ohne daß sie vom Wundfleisch durchwachsen wird. 3. Sie muß unzersetzlich, ungiftig und leicht sterilisierbar sein. Bisher war Mull „der Verbandstoff“. Er schützte die Wunde vor Verunreinigung und Infektion von außen, aber er trocknete die Wunde aus und regte dadurch zu vermehrter Sekretion an. Die Wundsekrete verklebten mit seinen Maschen und erzeugten nun Sekretstauung. Er schmiegte sich der Wundfläche leicht an, aber wurde leicht vom Wundfleisch durchwachsen. Er war leicht sterilisierbar und ungiftig, aber wurde aufgefasert. — Der Feldchirurg stand bei Mullverbänden, die etwas länger liegen geblieben waren, meist vor den Trümmern einer Wundheilung. Oft war dieses die Ursache von schwereren Leiden, die zu Operationen



zwangen. Auch die vorsichtigste Lösung eines eingetrockneten Mullverbandes verursachte dem Verwundeten sehr große Schmerzen in der Wunde und dadurch reflektorisch aktive Hyperämie infolge mechanischen Reizes, was wieder neben größeren und kleineren Blutungen vermehrte Wundabsonderung auslöste. Chlor, Vuzin, Phenolkampfer usw. wurden gegen diese unangenehmen Zufälle empfohlen. Andere mögen bessere Resultate von diesen Behandlungsarten gesehen haben. Verf. nahm im traurigen Herbst 1918 den Eindruck mit in die Heimat, daß unsere Verbandtechnik dringend der Reform bedürftig sei, wenn sie nicht die operative Technik paralysieren sollte. Durch einen Zufall wurde er auf die Folien von Zinn und Aluminium aufmerksam. Er legte sie in eine 1%ige Sagrotan- oder Lysollösung und benutzte sie, nachdem er sie in physiologischer steriler Kochsalzlösung abgespült hatte, um die Wunden damit auszutapezieren. Die Ablösung des Verbandes auch bei zerklüfteten und buchtigen Wunden war schmerzlos, weil die Folie nicht vom Wundfleisch durchwachsen war. Etwaige Sekretverhaltungen hatten die Folie gesprengt und waren vom darübergelegenen Verbands aufgesogen worden, ohne daß dieser mit der Wundfläche verklebte; denn die Folie bildete eine Isolierschicht. Eine Verunreinigung der Wunde von der umgebenden äußeren Haut konnte nicht stattgefunden haben, denn die auf die äußere Haut etwas übergreifende Folie hatte sich der Haut so eng angeschmiegt, daß sie nicht ohne leichte Gewalt abzustreifen war. Die Wundfläche sah frisch und mattglänzend aus. Bröckel, die von der Folie beim Ablösen in der Wunde zurückgeblieben waren, ließen sich durch Spülung mit sterilem Wasser leicht entfernen. Bei dieser Verbandtechnik hatte Verf. immer sehr dankbare Kranke; denn 1. war der Verbandwechsel auch an empfindlichen Körperteilen schmerzlos; 2. wurde die Heilungsperiode um  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{8}$  der sonst üblichen Zeit abgekürzt und 3. war die Narbenbildung infolge der geringeren Reizung der Wundfläche sehr viel geringer; dies hatte besondere Wichtigkeit bei kosmetischen Eingriffen. Freie Transplantate und Lappen heilten überraschend gut ein. Bekanntlich ist die Tamponade einer Höhlenwunde und die Entfernung der Dochte oder Drains für den Kranken nicht nur schmerzhaft, sondern wegen der Gefahr der Druckusur kleinerer oder größerer Gefäße (Luftembolie bei Halsvenen!) nicht ungefährlich. Verf. hat im Laufe seiner chirurgischen Tätigkeit peinliche oder ernste Unfälle erlebt. Seitdem er die harten Drainröhren, die Gummirohre, die Zigarettdrains usw. vermeidet und dafür Dochte von Metallfolien, die turbinenartig gedreht sind, verwendet, sind Unfälle nicht vorgekommen. Wenn es möglich ist, läßt Verf. die Kranken

selbst ihre Foliendrainage herausziehen. Freiliegende Gefäße zeigten nie die Zeichen des Dekubitalgeschwürs. Mit gutem Gewissen kann Verf. den praktischen Aerzten diese Verbandtechnik mit Zinn oder der wesentlich billigeren Aluminiumfolie bei frischen Verletzungen oder bei infektiösen chirurgischen Erkrankungen empfehlen.  
(D. m. W. 1920 Nr. 50.)

**Ratanhiasalbe als Ueberhäutungsmittel.** Von Dr. Arnold Fried (Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Wilhelminenspitals in Wien). Zusammenfassend ergibt sich, daß die Ratanhiasalbe rasch und in einfacher Anwendungsform zur Ueberhäutung granulierender Wunden führt und auch bei solchen Wunden, die wenig Heilungstendenz zeigen, Granulationsbildung und Epithelproliferation hervorzurufen imstande ist. Die beiden Komponenten des Ratanhiaextraktes, die adstringierende der Ratanhiagerbsäure und die keratoplastische des Ratanhiarots, wirken vereint im gleichen Sinne wie die gebräuchlichen organischen und anorganischen Adstringentien und die organischen Farbstoffe, denen aber der Nachteil gesonderter alternierender Applikation anhaftet.

Die Verschreibung erfolgt in der Form:

Extract. Ratanhiaë	10,0
Thymol.	0,5
Vaselin.	100,0,

die Applikation in Form des Salbenflecks, der 2 mal täglich dick bestrichen, der Wunde aufgelegt wird. Gerade der häufige Verbandwechsel hat sich bei den torpiden Unterschenkelgeschwüren gut bewährt; man hat dabei den Eindruck, als ob das Ulkus die Substanz aufsaugen würde, so rasch zeigen sich die ersten Veränderungen, die die Granulationsbildung einleiten. Nach kurzer Zeit schon kann man die ersten Epithelinseln und ein Vorwachsen des Randepithels sehen. Eine Schädigung der Granulationen durch den häufigen Verbandwechsel wurde niemals beobachtet, dieselben halten sich vielmehr in den entsprechenden Grenzen und können gelegentlich einmal, wenn sie sich über das Hautniveau erheben, mit dem Lapisstift verschorft werden. Bei rein granulierenden Wunden hat sich seltenerer Verbandwechsel (2—3 mal wöchentlich) als ausreichend erwiesen. Die Indikation zur Anwendung der Salbe ist mit ihrer Zusammensetzung gegeben. Bei akzidentellen und operativen Wunden in Heilung per secundam, bei Unterschenkelgeschwüren verschiedenster Aetiologie, bei Brandwunden usw. hat sie, seit mehr als 2 Jahren angewendet, sich durchaus bewährt.  
(Derm. W. 1921 Nr. 1.)

## b) Innere Krankheiten.

**Zur Ruhrbehandlung mit Antidysten.** Von San.-Rat Dr. M. D. Köhler (Hainstein-Eisenach). Antidysten ist ein Präparat, das aus einer Mischung von Cort. Simar., Cort. Granat., Rad. ligni Campechu besteht. Naturgemäß muß die Diät eine leichte sein. Zu vermeiden sind nur Rotwein und Heidelbeeren, da hierdurch die Wirksamkeit des Antidystens abgeschwächt wird. Bei einer vor einigen Wochen in einer Ortschaft in der Nähe von Eisenach ausgebrochenen Ruhrepidemie, die, wie einwandfrei festgestellt, durch einen aus französischer Gefangenschaft heimgekehrten Eingesessenen eingeschleppt wurde und als Krankheitserreger den Shiga-Kruse-Ruhrbazillus ergab, kam das Antidysten zur allgemeinen Anwendung mit dem Erfolg, daß die Epidemie schnell zum Stehen gebracht wurde und keine weiteren Todesfälle vorkamen. Hin und wieder ist von Kollegen der Einwand gemacht worden, daß ein Patient das Antidysten erbrochen hätte. Dieses darf nicht Wunder nehmen, da es sich ja sehr oft um magen- und darmgeschwächte Patienten handelt, die kaum noch Milch oder Haferschleim bei sich behalten können. Für gewöhnlich kann man diesem Uebelstande abhelfen, indem man sofort nach dem Erbrechen einen zweiten Löffel gibt, der dann meistens vertragen wird. So brach von 35 Patienten, die Antidysten bei der hiesigen Epidemie bekamen, nur einer, ein sehr schwächlicher Knabe von ungefähr 5 Jahren, an dessen Aufkommen die Mutter schon gezweifelt hatte, die Medizin wieder aus, den zweiten Löffel behielt er ohne jede Störung bei sich und wurde in kurzer Zeit geheilt. In vereinzelten Fällen aber, in denen es sich vielleicht um eine Idiosynkrasie gegen Bitterstoffe handelt, kann man erfolgreich das Antidysten in Form von Bleibeklistieren verabreichen, indem man einen Eßlöffel Antidysten mit zwei Löffeln Haferschleim oder einer anderen schleimigen Substanz mischt, bei Kindern naturgemäß ein entsprechend kleineres Quantum. Je nach der Zeit des Verbleibens im Darm muß der Einlauf wiederholt werden; ein Einlauf von 10 Minuten erzielt schon eine sichtliche Besserung. Bei Einhaltung dieser Modifikation ist Verf. überzeugt, daß bei allen Ruhr- und ruhrähnlichen Fällen das Antidysten einen Heilerfolg erzielen wird. (M. Kl. 1920 Nr. 44.)

**Diathermiebehandlung der Pertussis.** Von Dr. Karl Kleinschmidt (Linz). Die hervorragende Wirksamkeit der Hochfrequenzströme bei verschiedenen Reizzuständen des Nervensystems — wie Chorea —, sowie auch deren krampflindernde Wirkung, besonders bei Asthma, veranlaßten Verf., auch bei Pertussis Versuche einer Einwirkung der Hochfrequenzströme (Diathermie) auf diese zu machen. Er bediente sich dabei zweier Elektroden, deren

eine, zirka 5 : 10 cm, als indifferente zwischen den Schulterblättern des Patienten befestigt wurde, während eine zweite, ellipsenförmige 6 : 4 cm, vorn gegen den Kehlkopf mit der Hand angepreßt gehalten wird. Als Elektroden benützt Verf. dünnes Bleiblech, mit mehreren Lagen Flanell überzogen, mit Kochsalzlösung durchfeuchtet. Die Stromstärke wählt er nach dem Alter des Kindes zwischen 0,3 bis 0,5 Ampère (Veifa-Diathermieapparat mit Doppelfunkensstrecke, Spannung VIII), in der Dauer von 5 Minuten beginnend, bis zu 15 Minuten bei größeren Kindern, nach und nach ansteigend. Die Erfahrung, die Verf. nun aus einer größeren Versuchsreihe gewinnen konnte, ergibt Folgendes: 1. Das Alter des Kindes spielt keine Rolle; das jüngste Kind war  $\frac{3}{4}$  Jahr alt, so daß an eine Suggestivwirkung nicht gedacht werden kann. 2. Es ist gleichgültig, in welchem Stadium die Pertussis zur Behandlung kommt. Bei frischen Erkrankungen kommt es auf die ersten Sitzungen hin zu einem raschen Ansteigen der Anzahl der Anfälle als auch der Heftigkeit, es kommt zu einem durch die Behandlung vorzeitig herbeigeführten Stadium convulsivum mit all seinen charakteristischen Merkmalen. Dieses flaut jedoch sehr rasch ab, so daß nach 10—12 Sitzungen das Stadium convulsivum als beendet betrachtet werden kann. Bei Patienten, welche im Stadium convulsivum zur Behandlung kommen, beginnt meist sofort, ohne vorherige Azerbation, ein Abflauen des konvulsiven Stadiums, und zwar, wie es auch beim natürlichen, unbeeinflußten Verlaufe der Pertussis meist der Fall ist, nehmen die Anfälle vorerst bei Nacht an Häufigkeit und Heftigkeit ab, es stellt sich als charakteristische Diathermiwirkung ein ruhiger, tiefer Schlaf ein, dann hört das Erbrechen nach den Anfällen bei Tag auf, und schließlich verliert auch der Husten, der dann nur mehr tagsüber selten auftritt, gänzlich den Charakter des Pertussis, der Patient ist rasch über das konvulsive Stadium hinweggeführt worden, meistens in 10 Sitzungen, pro Tag eine Sitzung. — Beim letzten Patienten, dem 9 Monate alten Kinde, wendete Verf. täglich vormittags und nachmittags je eine Sitzung in der Dauer von 5 bis 10 Minuten an und hatte auch nach 10 Sitzungen, also hier sogar innerhalb 5 Tagen, den vollen Erfolg erzielt. Es ist natürlich einleuchtend, daß durch den so bedeutend abgekürzten Verlauf der Pertussis die Kinder nicht so herunterkommen, so daß es sich wohl verlohnen wird, das Verfahren auch klinisch nachzuprüfen.

(M. Kl. 1920 Nr. 47.)

**Ueber den Einfluß des Höhenklimas auf das Blutbild.** Von Dr. L. Meyer (Aus der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg). Zusammenfassend ergibt sich aus 2 Tabellen folgendes:

1. Die in unserer Höhenlage erzielten Zunahmen des Hämoglobingehaltes von 21,5 Teilstrichen stehen den in Davos beobachteten von 18,9 bis 20,6 Teilstrichen nicht nach, obwohl unter den untersuchten Kindern sich nicht wenige Fälle von schwerer Knochen- und Lungentuberkulose befinden. Auch die Zahl der roten Blutkörperchen zeigt durchschnittlich eine beträchtliche Vermehrung. Daß sie nicht so auffallend ist wie die Zunahme des Hämoglobingehaltes, darf nicht besonders wundernehmen, da es sich in all unseren Fällen um sekundäre Anämien handelt, bei denen die Verminderung der Erythrozyten hinter der des Hämoglobingehaltes zurückzubleiben pflegt.

2. Wie schon Peters bei seinen Untersuchungen fand, sehen auch wir, daß die Sonnenbestrahlung nicht der ausschlaggebende Faktor des Einflusses ist, den das Höhenklima auf die blutbildenden Organe ausübt. Denn wir finden Zunahmen des Hämoglobingehaltes von 25—30 Teilstrichen bei einer Sonnenscheindauer von nur 155—175 Stunden, andererseits aber bei 240 Sonnenstunden keine oder nur geringe Zunahme des Hämoglobingehaltes. Und entsprechend verhält es sich mit der Erythrozytenzahl.

3. Eine Heilstätte in Höhenlage ist auch in sonnenarmen Zeiten einer solchen im Tiefland erheblich überlegen, allein durch ihren günstigen Einfluß auf die Anämie, als der gewöhnlichen Begleiterscheinung der Tuberkulose. (M. m. W. 1920 Nr. 46.)

**Kalktherapie und Kalk-Appeton.** Darüber schreibt Dr. Richard Jacobson (Berlin): „Zu den in letzter Zeit bereits zahlreich vorhandenen, mehr oder weniger erfolgreichen Kalkpräparaten kam im September 1919 ein neues, das mir von der Chemischen Fabrik Höckert & Michalowsky (Neukölln) zur Nachprüfung zur Verfügung gestellt wurde. Das Präparat, das neben seinem Kalkgehalt wesentliche Vorteile vor den bisher bestehenden Präparaten haben sollte, wird von der Firma als eine Kombination von ferrialbuminsaurem Kalk, Magnesium peroxyd. und Calcium lacto-phosphoricum bezeichnet und führt den Namen Kalk-Appeton. Es kommt in Tabletten à 0,6 g von leicht süßlichem, nicht unangenehmem Geschmack in den Handel, von denen 3 mal täglich 2 Stück nach dem Essen zu nehmen sind. Die Tabletten haben vor anderen Kalktabletten den Vorteil, daß sie schnell in Flüssigkeiten zerfallen, also im ganzen genommen werden können und nicht im Munde zergehen müssen. Ein besonderer Anreiz, dieses neue Kalkpräparat zu erproben, lag für mich darin, daß die Ferrialbuminsäure an sich eine leicht verdauliche Eisen-Eiweißverbindung mit 6% Eisengehalt darstellt und als solche schon eine wesentliche Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes bewirkt.“

Eine Verkuppelung mit Kalk mußte logischerweise weitere erhebliche Steigerung der Effekte bewirken. Dazu kommt noch, daß die wissenschaftlich als notwendig anerkannte Beigabe von Magnesia, die in fast allen Kalkpräparaten vorhanden ist, bei dem neuen Kalk-Appeton in Form von Magnesium peroxyd geschah, so daß bei der Spaltung des Präparates im Magen durch den sich bildenden Sauerstoff eine fäulniswidrige, antifermentative Wirkung zur Entfaltung kommen kann. Ich halte dies für eine sehr glückliche Zusammensetzung, da außerdem durch die Sauerstoffwirkung die Sekretionsvorgänge im Magen-Darmkanal günstig beeinflußt werden und einer durch reichliche Kalkgabe etwa entstehenden Obstipation vorgebeugt wird bzw. eine bestehende chronische Obstipation gleichfalls durch Kalk-Appeton günstig beeinflußt werden kann. Meine Versuche mit diesem neuen Kalkpräparat, die sich über 9 Monate erstrecken, habe ich in etwa 150 Krankheitsfällen gemacht, und zwar im wesentlichen bei folgenden Erkrankungen: 1. Blutkrankheiten mit allgemeiner Schwäche und Unterernährung, 2. Nervenkrankheiten, 3. Lungenkrankheiten, 4. Rachitis, 5. Skrofulose und exsudative Diathese. In der weitaus größten Anzahl meiner Fälle ist das Präparat gern genommen worden und hat niemals unangenehme Nebenerscheinungen gezeigt. Das Ergebnis meiner Untersuchungen war, daß das Kalk-Appeton, was den Kalkwert anbelangt, etwa dieselbe Stelle einnimmt wie das Kalzan, das ich früher vielfach mit Erfolg angewandt habe. Ein Vorteil liegt in der Verkuppelung mit der Ferrialbuminsäure und in der leichten Bekömmlichkeit des Präparates. Das Auffallendste in der Wirkung war die durchweg vorhandene starke Anregung des Appetits, die zum subjektiven Wohlbefinden wesentlich beitrug, und die schon nach kurzer Zeit einsetzende Hebung des Allgemeinbefindens sowie eine vermehrte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Aus diesen Effekten resultierte in den meisten Fällen nach kurzer Zeit eine erhebliche Gewichtszunahme. Selbst wenn also das Mittel sonst in bezug auf Kalkwirkungen keine Fortschritte darstellt, so ist es allein als Roborans und Tonikum so wertvoll, daß seine Anwendung in geeigneten Fällen durchaus wünschenswert erscheint. Das Mittel würde meines Erachtens an Wert noch gewinnen, wenn in einer zweiten Form noch eine Kombination mit Arsen für Fälle exzessiver Erschöpfung und Abmagerung, wie sie bei der Kriegsernährung nicht selten sind, ermöglicht wäre, so daß von einer weiteren Medikation Abstand genommen werden könnte. Auch wäre eine Darstellung des Mittels in flüssiger Form als Sirup in manchen Fällen geeigneter als die Tablettenform, doch sind dieses wohl Schwierigkeiten, die durch den Rohstoffmangel erklärlich sind. Im ganzen kann gesagt werden, daß das Mittel nicht nur den anderen

Kalkpräparaten als ebenbürtig zur Seite gestellt werden kann, sondern infolge seiner oben ausgeführten Ueberlegenheit in vielen Fällen vorzuziehen ist. Eine Nachprüfung besonders an klinischem Material erscheint mir deshalb wünschenswert.“

(M. Kl. 1920 Nr. 40.)

**Ueber „Telo-Tees“.** Von Dr. Nieveling (Lippspringe). Eine beachtenswerte Neuerung stellen die von der Firma Apotheker Tenge & H. Loer, chem.-pharm. Werke, in Paderborn hergestellten und in den Handel gebrachten sogenannten „Telo-Tees“ dar. In diesen Tees ist das Prinzip, die Heilwirkung der medizinisch wirksamen Kräuter durch den Zusatz geeigneter chemischer Arzneimittel zu erhöhen, in vollkommener Weise gelöst. Durch die innige Verbindung von heilkräftigen Kräutern mit wirksamen chemischen Heilmitteln wird die Wirkung verstärkt. Das Verfahren zur Herstellung der „Telo-Tees“ ist gekennzeichnet dadurch, daß den Heilkräutermischungen besonders leicht in Wasser quellbare gelatinierende Substanzen beigefügt sind, die sich nach einem bestimmten Verfahren in genau dosierbarer Weise mit medizinisch wirksamen Substanzen imbibieren lassen. Der „Telo-Tee“ wird nun hergestellt als Asthmatee, als Brust-, Lungen- und Hustentee als Blasen- und Nierentee und als Rheumatismustee, und zwar jeweils in der Form, daß die seit alters her gegen die Krankheiten als heilkräftig geschätzten Kräuter mit den für diese Krankheiten als wirksam bekannten chemischen Arzneikörpern in genau dosierbarer Weise imbibierte werden, so daß der Patient, wenn er nach der Gebrauchsanweisung einnimmt, mit dem Tee zu gleicher Zeit die Menge des chemischen Arzneikörpers einnimmt, die der Arzt in einer Gabe verordnet. Selbstverständlich kann der Arzt diese Gabe einfach dadurch erhöhen, daß er die Menge des zu verordnenden Telo-Tees erhöht. Die beigefügten Mengen medizinisch wirksamer Substanzen sind im allgemeinen gering, so daß selbst bei monatelangem Gebrauche ein Schaden nicht entstehen kann. Was nun die verschiedenen Formen der bisher im Handel zu habenden Telo-Tees anbetrifft, so besteht der Asthma-Telo-Tee aus asthmolytischen Kräutern in Verbindung mit Kalziumsalzen und Kalium sulfogajacolicum. Als Kräuter sind verwandt: Herb. Equiset., Rhiz. Gramin., Lich. Islandic., Herb. Polygon., Fol. Farfar. Telo-Tee als Blasen- und Nierentee setzt sich zusammen aus harn-treibenden und desinfizierenden Kräutern und gleichwirkenden Arzneimitteln. Als Kräuter sind verwandt: Fol. Uvae ursi, Rad. Petroselin., Bacc. Juniper., Herb. Hyperic., Herb. Herniar., Fol. Betulae. Als Arzneimittel: Hexamethylentetraminverbindungen. Telo-Tee als Brust-, Lungen- und Hustentee setzt sich zusammen



aus expektorierenden, balsamischen Kräutern, wie: Fol. Farfar., Herb. Polygon., Herb. Marubii, Herb. Centaur., Herb. Equiset., Rhiz. Gramin., Herb. Millefol. Als Arzneimittel: Das Kreosotpräparat Kalium sulfogujacolicum und Calcium lacticum. Telo-Tee als Rheumatismustee setzt sich zusammen aus schweißtreibenden Kräutern, wie: Flor. Sambuci, Fol. Jaborand., Flor. Tiliae. Als Arzneimittel: Salicylsäureverbindungen. (Med. Kl. 1920 Nr. 43.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Zur Behandlung des Haarausfalles mit „Humagsolan“.** Von Dr. Erwin Pulay (Wien). „Ich habe bisher niemals nach 2 Monaten ein solch intensives Längenwachstum der Haare beobachten können, trotz ausgiebigster Lokaltherapie, als in diesen Fällen bei Zuhilfenahme des Humagsolans. Dagegen konnte ich in keinem Fall durch Humagsolan allein den Haarausfall kupieren, noch den Haarwuchs anregen. Es scheint, als käme dem Humagsolan bloß für daß Längen- und Dickenwachstum der Haare Bedeutung zu. Diese Beobachtungen stimmen im wesentlichen mit denen von Blaschko in Berlin erhobenen überein und sprechen dem Humagsolan für das Zustandekommen des Effektes wohl eine integrierende Bedeutung zu, aber bloß im Sinne eines die übrige Therapie unterstützenden Faktors. Was die Dosierung des Humagsolans anlangt, so ließ ich in der Regel 3 mal 3 Pillen nehmen, mußte aber in 2 Fällen wegen Magenbeschwerden davon absehen, und durch langsam steigende Dosen mit einer Pille täglich beginnend, konnte ich auch in diesen Fällen die Dosis von 9 Pillen erreichen. Eine Patientin zeigte auffallende Diarrhöen nach jeder Einnahme und versicherte mir, niemals zuvor ein so ausgezeichnetes Purgens gehabt zu haben, wiewohl sie stets an chronischer Obstipation leidet. Auf Grund der von mir gemachten Beobachtungen möchte ich doch meinen, daß wir der lokalen Therapie keineswegs entraten können, da wir durch sie allein die Ernährungsverhältnisse der Haare lokal zu beeinflussen in der Lage sind. Wo uns dies nicht gelingt, so konnten wir den Haarausfall durch allgemein therapeutische Maßnahmen, sei es durch sedative Medikationen oder Gefäßtonika oder durch kausale Behandlung kupieren. Weiter konnten wir durch lokale Therapie ein Nachwachsen der Haare anregen, aber um den gesamten Wachstumsprozeß zu beschleunigen, glauben wir im Humagsolan ein nach dieser Richtung hin wirkendes und die Therapie unterstützendes Mittel wohl zu besitzen. Die Idee, aus der Zuntz das Humagsolan entstehen ließ, ist jedenfalls fruchtbringend, wenn auch nicht neu. Daß das Humagsolan nur einen der vielen gangbaren Wege darstellt, ist

sehr wahrscheinlich, denn es erscheint mir der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß wir im Humagsolan bloß einen Spezialfall einer weiteren, biologisch tieferen, nach dieser Richtung hinizielenden Therapie zu erblicken haben: ich meine nämlich die Lehre von den Vitaminen. Es steht außer Frage, daß wir den Hornstoffwechsel durch allgemeine Ernährungsverhältnisse beeinflussen können. Andererseits wissen wir, daß die verschiedenen Nahrungsstoffe in verschiedenem Maße uns Hornsubstanzen zuführen. So z. B. enthalten die Tomaten und Wrucken unter anderen besonders reichlich Hornsubstanzen. Somit erscheint mir dieses ganze Problem der Ernährung der Haare nach dieser Richtung hin zu rücken und die Verabreichung des Keratins in einer für den Organismus zukömmlichen Form, wie es ja im Humagsolan vorliegt, bloß als „accessory factor“ im Sinne Kasimir Funks von Bedeutung zu sein. Im gleichen Sinne sprechen die Beobachtungen vom Ausfall der Hörner und der Hufe bei Pellagra und das Einsetzen eines gesteigerten Haarausfalls, wenn zu Zeiten, wie im März, April, September, wo de norma ein stärkerer Haarausfall beim Menschen besteht, analog der wiederkehrenden Erneuerung der Hautbedeckung an Tieren mangelnde Ernährungsverhältnisse bestehen (vorwiegend Mangel an Zufuhr von Fett). Betont muß aber noch werden, daß wir Aussicht auf therapeutischen Erfolg in jedem Fall nur so lange haben, als die Haarpapille nicht verödet ist, solange lebensfähige Haarwurzeln vorhanden sind. Zusammenfassung: Ueberblicken wir die hier gewonnenen Resultate, so gelangen wir zu dem Schluß, daß der Haarausfall lediglich ein Symptom darstellt, welches durch die verschiedensten Ursachen ausgelöst werden kann. Die Therapie des Haarausfalls hat sich daher in erster Linie mit der Aufdeckung der den Haarausfall bedingenden Ursachen zu beschäftigen und diese zu beseitigen und kann nur dann Erfolg haben, wenn der Fall klinisch gut analysiert wurde. Dem Humagsolan kommt bloß für den Haarnachwuchs, also der zweiten Phase unserer therapeutischen Maßnahmen, Bedeutung zu. Es beschleunigt das Längen- und Dickenwachstum der Haare und unterstützt wertvoll die unbedingt notwendige lokale Therapie. Das Humagsolan stellt einen Ernährungsfaktor (eine Wachstumssubstanz) vielleicht im Sinne eines Vitamins dar. Eine Universalmittel gegen Haarausfall gibt es nicht und kann es nicht geben.“ (M. Kl. 1910 Nr. 48.)

**Die Dumexsalbe und ihre Heilwirkung.** Von Dr. Schlichtegroll (Nürnberg). Im Laboratorium Miros von Dr. Seyler (Berlin) wird ein Präparat unter dem Namen Dumexsalbe hergestellt, das ein ausgezeichnetes Heilmittel für die Behandlung auch des hart-

näckigsten Ulcus cruris bedeutet. Die Bestandteile der Salbe, vor allem Campher japon., das den jetzt so teuren Kampferwein ersetzt, haben eine Komposition entstehen lassen, die an Reizlosigkeit, Geschmeidigkeit und Schmerzlinderung geradezu einzig dasteht. Verf. hat bei verschiedenartigen Erkrankungen die Dumexsalbe angewandt, und auch bei Verbrennungen, Ekzemen, Dekubitus recht gute Heilerfolge erzielt. Besondere Anerkennung muß er der Dumexsalbe bei Behandlung der Ulcera cruris aussprechen. Er hatte sie in zahlreichen Fällen mit einem Erfolge angewandt, der die Erwartungen weit übertraf. Eine individuelle ärztliche Behandlung bietet dabei die unerläßliche Grundlage. Bei sehr empfindlichen Patienten, besonders Blondinen mit zarter Haut, wo infolge des Kampfergehaltes Jucken auftrat, und bei denen Verf. die reizlose Dumexsalbe „Neutral“ anwandte, schwanden alle Beschwerden. Die Salbe zeichnet sich bei den stetig steigenden Preisen der Fettsalben durch relativ mäßige Preislage aus und eignet sich sehr für Kassenbehandlungen. Auch bei nässenden Ekzemen, die erfahrungsgemäß viel Geduld und lange Behandlung erfordern, hat sie sich bewährt. Empfehlenswert ist für die ersten 8—10 Tage Hochlagerung der erkrankten Extremität, noch besser einige Tage absolute Bettruhe. Eine Reihe von Heilerfolgen, die auch bei Hämorrhoidalknotenbehandlung und Brandwunden zu beobachten waren, ist ein Beweis von der Güte der Dumexsalbe, die Verf. zur Nachprüfung bei geeigneten Fällen empfehlen kann.

(M. Kl. 1920 Nr. 45.)

Ueber ein durch Röntgenlicht geheiltes Ulcus phagedaenicum. Von Dr. H. Perl (Frankfurt a. M.). Am 17. 4. 1920 wurde der 28 Jahre alte Patient zur spezialärztlichen Behandlung überwiesen. Befund: Dicht oberhalb der Kranzfurche des Penis ein etwa bohngroßes, sich etwas hart anfühlendes, stark eiterndes Geschwür mit unterminierten Rändern, welches in der Mitte eine offenbar durch Konfluenz zweier Geschwüre entstandene Einschnürung zeigt. In der rechten Leistenbeuge einige erbsengroße, ziemlich harte, nicht schmerzende Drüsen. Der Nachweis von Spirochäten im Dunkelfeld gelingt nicht. WR negativ. Es wird eine Salvarsankur eingeleitet, das Glied lokal mit heißen Bädern und Dermatol behandelt, außerdem das Geschwür mit der elektrischen Glühschlinge energisch geätzt. Nach 3 Tagen keine Aenderung. Von da ab wird das Geschwür neben der obigen Behandlung täglich mit Karbolsäure geätzt. Am 14. 5. hat Patient 1,45 Silbersalvarsan i. g. erhalten. Die Kur wird nicht weiter fortgesetzt, da es zweifelhaft erscheint, ob wirklich eine Mischinfektion mit Lues vorliegt. Das Geschwür zeigt nicht die geringste Besserung,

die Eiterabsonderung ist außerordentlich stark. Am 10. 6. wird das Geschwür geröntgt und gleichzeitig die lokale Behandlung mit Ausnahme der Gliedbäder eingestellt (Dosierung:  $\frac{1}{8}$  Erythemdosis ohne Filter). Nach 3 Tagen hat die Eiterabsonderung bereits nachgelassen. Am 19. 6. wird nochmals dieselbe Röntgendosis verabfolgt. In weiteren 8 Tagen hat die Eiterbildung völlig aufgehört, der Geschwürsgrund sieht sauber aus. Darauf wird das Geschwür mit Schwarzsalbe nachbehandelt. Am 30. 7. ist es unter Narbenbildung völlig abgeheilt. WR am 18. 8. negativ. Die Röntgenbehandlung hat also in diesem Falle die Eiterbildung, die auf chemische Mittel nicht reagierte, in 14 Tagen zum Stillstand gebracht. Es liegt daher der Gedanke nahe, bei hartnäckigen Fällen von *Ulcus phagedaenicum* die Röntgenbehandlung frühzeitig zu versuchen. (Derm. W. 1920 Nr. 46.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

**Ueber das Einführen der Milchglasspekula.** Von Prof. E. Sachs (Berlin). Das Einführen der röhrenförmigen Spekula wird allgemein so ausgeführt, daß die linke Hand die Labien spreizt, „während die andere mit dem unteren Rand des Spekulum die hintere Kommissur der Vulva so weit nach hinten drückt, bis der obere Spekulumrand unter den Urethralwulst kommt“ (Martin). „Frenulum und Dammgebilde besitzen nur eine sehr geringe Empfindlichkeit und lassen sich weit ausdehnen, während die unmittelbar der Symphyse angeheftete vordere Vaginalwand mit der Klitoris und dem Harnröhrenwulst sehr empfindlich ist“ (Hofmeier). Haupterfordernis ist es beim Einführen, die Gegend der Harnröhre und der Klitoris zu vermeiden. Bei weiter Scheide gelingt dies leicht. In anderen Fällen läßt sich bei der altgewohnten Art der Spekulum Einführung die Berührung des Urethralwulstes nicht sicher vermeiden. Das macht erstens Schmerzen und bedeutet außerdem bei infektiöser Urethritis die Gefahr einer Verschleppung infektiösen Inhalts in die Scheide und in die Nähe des Uterus. Hauptsächlich um das Einführen schmerzloser zu gestalten, hat Verf. seit vielen Jahren eine andere Art der Einführung angewandt und dabei immer wieder gesehen, daß man dabei, ohne Schmerzen zu verursachen, eine größere Nummer des Spekulum verwenden kann, als bei der sonst üblichen Methode. Das Prinzip ist, daß man das Spekulum nicht unter Herabdrängen des Dammes auf die hintere Scheidenwand drückend einführt, wobei sich eine schmerzhaft Spannung der Klitorisschenkel oder eine direkte Dehnung derselben, bei enger Scheide auch direkter Druck auf die Harnröhrenmündung nicht stets vermeiden läßt, sondern so,

daß man das Spekulum mit dem längeren abgeschrägten Ende zuerst von oben her unter die Klitorisschenkel und die Harnröhrenmündung schiebt. Dabei liegen die Nagelglieder eines oder zweier Finger der linken Hand, je nach der Weite der Scheide, in dieser und drängen die hintere Kommissur stark herab. Dann senkt man die das Spekulum führende rechte Hand im Bogen herab und schiebt dabei das kürzere Ende des Spekulums an den in der Scheide liegenden Fingern vorbei. Im allgemeinen gebraucht Verf. ein Spekulum erst nach beendeter innerer Untersuchung. Danach läßt er den oder die untersuchenden Finger in der Vagina liegen, nimmt mit der freien rechten Hand das einzuführende Spekulum, dreht die linke Hand um  $180^{\circ}$  so, daß die Vola dammwärts schaut, und drückt mit dem eingeführten Finger die Kommissur herab. Vorteile dieser Methode, an die man sich schnell gewöhnt, sind 1. sichere Vermeidung der empfindlichen Urethralgegend, und dadurch Vermeidung von Schmerzen, aber auch Vermeidung der Verschleppung von Urethralkeimen in die Scheide, und 2. die Möglichkeit der Einführung etwas größerer Spekula, was besonders bei Nulliparen von Wert ist; man kann nämlich mit vorsichtig mittels des oder der Finger auf die hintere Kommissur ausgeführtem Druck diese weit besser und mehr herabdrängen, als mit dem Spekulum selbst. Das sich an der hinteren Kommissur vorbeidrängende Spekulum macht hier viel weniger Schmerzen, als ein an der Urethralgegend sich vorbeizwängendes. Die praktische Erfahrung zeigt, daß besonders bei enger Scheide den Kranken Schmerzen erspart werden. Kranke, denen schon einmal ein Spekulum eingeführt war, wundern sich gewöhnlich darüber, daß das Einführen des anscheinend größeren Spekulums so schmerzlos möglich ist. (Zbl. f. Gyn. 1920 Nr. 50.)

**Ueber die Anwendung von Thlaspan als Ersatz für Secale cornutum.** Von Dr. Schneider (Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen). Worauf die Wirkung der Bursa pastoris auf den Uterus beruht, ist noch unklar. Vielleicht sind es die senfhaltigen ätherischen Oele. Wie im Mutterkorn findet sich auch in der Bursa pastoris ein hoher Oelgehalt. Unter verschiedenen Namen, wie Bursal, Styptural liquid., Thlaspan, kommen zurzeit die alkoholischen und wäßrigen Auszüge der Bursa pastoris als Hämostyptikum in den Handel. Verf. hat das von der Firma Denzel in Tübingen unter dem Namen Thlaspan gewonnene Präparat der Bursa pastoris bei 52 Frauen mit gutem Erfolg angewandt. Für die Versuche benutzt er zunächst die Subinvolutio uteri im Wochenbett. Dabei sah er nach Anwendung des Mittels die Rückbildung des Uterus gute Fortschritte machen und die blutigen Ausflüsse

sistieren. Die Anwendungsweise bestand dabei in der größeren Hälfte der Fälle in intramuskulärer Injektion (1 ccm), etwa in einem Viertel der Fälle in Verabreichung von Tropfen per os (3 mal täglich 20—30 Tropfen) und endlich in Kombination der beiden Verfahren. Bei der Injektion kam Verf. sehr oft mit einer Spritze aus, in einigen Fällen war Wiederholung nötig, und zwar täglich eine Spritze bis zu 4 Spritzen im ganzen. Irgendwelche ernsteren Nachteile nach der intramuskulären Injektion sah Verf. nicht. Er beobachtete freilich vereinzelt vorübergehend eine leichte Rötung und Infiltration im Injektionsgebiet, die aber ohne Nachwirkungen bald nachließen. Per os wurde das Mittel gern genommen ohne irgendwelche nachteilige Folgen für den Magendarmkanal. Mit Ausnahme von einem Fall trat der gewünschte Erfolg im Wochenbett immer ein. Am wirksamsten erwies sich aber doch die intramuskuläre Injektion. Nach diesen guten Ergebnissen im Wochenbett ist Verf. neuerdings dazu übergegangen, Thlaspan auch bei atonischen Nachblutungen post partum zu geben, und zwar in Form der intramuskulären Injektion. Die Erfahrungen sind hier noch gering, aber bisher doch recht befriedigend.

(M. m. W. 1920 Nr. 50.)

**Chinin als Wehenmittel in der Abortbehandlung.** Von Dr. K. Seggelke (Aus der gynäkologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona). Es wurde die Wirksamkeit des Chinins als Wehenmittel nachgeprüft in denjenigen Fällen von Aborten, bei denen es wegen anhaltender starker Blutung, wegen hohen Fiebers oder wegen interkurrierender Erkrankung sich darum handelte, eine möglichst schnelle Entleerung des Uterus zu erzielen. Die Ueberlegung war die, daß die Wirksamkeit eines Wehenmittels um so höher zu bewerten ist, je geringer die Reizbarkeit der Uterusmuskulatur ist und je ungünstiger die Voraussetzungen für die spontane Ablösung der Plazenta sind. Verwandt wurde in allen Fällen die 5%ige Lösung: Chinin in Form des Chininum hydrochloricum, als Lösungsmittel destilliertes Wasser. Man bereitet die zu applizierende sterile Dosis am besten jedesmal frisch, indem man 1,0 Chininum hydrochloricum mit 20 ccm destillierten Wassers in einem Reagenzglas oder Glaskolben aufkocht. Das Chinin löst sich ohne jeden Zusatz leicht. Von dieser angefertigten Lösung gibt man je 10 ccm mit 0,5 Chinin intravenös und intramuskulär (kombinierte Injektion). Auf Grund der Beobachtungen läßt sich über die Art der Chininwirkung zusammenfassend Folgendes sagen: Chinin ist nicht imstande, beim völlig ruhenden graviden Uterus Wehen hervorzurufen; es ist also kein Abtreibungsmittel im landläufigem Sinne. In hervorragendem Maße wehenverstärkend aber

wirkt Chinin nach Beginn des Abortes bei nachlassender oder erloschener Wehentätigkeit. Hier entfaltet das Chinin in jedem Stadium des Abortes und in jedem Schwangerschaftsmonat seine Hauptwirksamkeit; die Wirkung imponiert oft wegen der Schnelligkeit des Eintritts; oft kommt es zu überraschenden zeitlichen Kraftleistungen des Uterus, die oft nach Stunden zur Ausstoßung von Föt und Plazenta oder zur Ausstoßung des Föts allein führen. Dagegen ist es bei inkompletten Aborten in keinem Falle gelungen, durch kombinierte Chinininjektion die Plazentar- oder Eireste zur Ausstoßung zu bringen. Dauernde nachteilige Folgen für die Patientinnen hat Verf. nach den lege artis ausgeführten Chinininjektionen nicht beobachtet. Die nach den intravenösen Injektionen oft rasch auftretenden Beschwerden, wie Uebelkeit, Erbrechen, Ohrensausen und Taubheitsgefühl, gingen nach mehr oder weniger langer Dauer restlos vorüber; und auch diese vorübergehenden Beschwerden lassen sich auf ein Minimum reduzieren, wenn man sich bemüht, die intravenösen Injektionen möglichst langsam auszuführen. Davon, daß subkutane Chinininjektionen, wie berichtet wird, starke Schmerzen und leicht Nekrosen verursachen, konnte sich Verf. einmal wider Willen überzeugen, als beim Zurückziehen der Nadel nach intramuskulärer Injektion ein kleiner Rest Chininlösung unbeabsichtigt subkutan deponiert wurde; es entstand in diesem Falle unter nicht unerheblichen Schmerzen eine etwa markgroße trockene Hautnekrose. Eine lange Nadel und tiefes Einstechen, besonders bei stark entwickeltem subkutanen Fettgewebe, schützt vor dieser Unannehmlichkeit; so hat Verf. denn auch bei den intramuskulären Injektionen ähnliche Komplikationen nie auftreten gesehen.

(Ther. Hlbmht. 1921 Nr. 1.)

### Neue Bücher.

**E. Graetzer.** Diagnostische Winke für die tägliche Praxis. 2. Aufl. Berlin, S. Karger. In der „D. m. W. 1921 Nr. 4“ sagt Reckzeh über das Buch: „Die wichtigsten Atypien in der Symptomatologie und dem Verlauf der häufigsten Krankheitsfälle kurz zusammenzufassen und systematisch zu ordnen, war der Zweck des vorliegenden, namentlich für jüngere praktische Aerzte geschriebenen Hilfsbuches. Der Verfasser hat sich dieser Aufgabe sehr geschickt entledigt und der Darstellung atypischer Krankheitsfälle kurz die typischen Kardinalsymptome hinzugefügt sowie die differentialdiagnostisch wichtigen Krankheiten angeführt. Das Büchlein wird auch in der neuen Auflage dem Praktiker willkommen sein.“

In der „W. kl. W. 1921 Nr. 3“ heißt es: „Aufzählung der typi-



schen Erscheinungen der Krankheiten, hauptsächlich jedoch der atypischen Bilder, mit denen es die Praxis vornehmlich zu tun hat. Demnach sehr empfehlenswertes Nachschlagebüchlein.“

**E. Kraft.** Analytisches Diagnostikum. 3. Aufl. Leipzig, J. A. Barth. Preis: Mark 64.—. Das beliebte Werk ist wesentlich ergänzt und den neuesten Forschungen entsprechend umgearbeitet worden. Neu aufgenommen wurden: Kolloide, Funktionsprüfung der Nieren, Konjunktivalsekret, Stickstoff-, Raststickstoff-, Eiweiß- und Zuckerbestimmungen im Blut, Viskosität desselben, Sachs-Georgische Reaktion, Blutbild bei Infektionskrankheiten und manches andere. Sehr viele, teils farbige Abbildungen ergänzen aufs beste den Text, und auch hier bringt die 3. Auflage Neues; diese wird sicherlich wieder ihren Weg machen und sich viele neue Freunde gewinnen.

**H. Fehlinger.** Das Geschlechtsleben der Naturvölker. Leipzig 1921, C. Kabitzsch. Preis: Mark 15.—. Sehr interessante, durch Illustrationen ergänzte Berichte über Schamgefühl, Werbesitten, Ehe, Geburt, Kindesabtreibung, Zeugung, Verunstaltungen der Geschlechtsorgane usw. Für die Mußestunden des Arztes sehr empfehlenswerte Lektüre.

**J. Mackenzie.** Krankheitszeichen und ihre Auslegung. 4. Aufl. Leipzig 1921, C. Kabitzsch. Preis: Mark 20.—. Das unter den Aerzten sehr verbreitete Werk sollte auch von denen angeschafft werden, die es noch nicht besitzen. Es bringt so ungemein vieles, was zu wissen für die Praxis von größter Wichtigkeit ist, daß die Anschaffungskosten — die übrigens auffallend gering sind — sich reichlich bezahlt machen.

---

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 halbjährlich  
M. 10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 8.

Mai 1921

## Bier als Heilmittel.

Von San.-Rat Dr. E. Graetzer.

Zu den Dingen, die ich als Arzt während des Krieges und in der Nachkriegszeit schmerzlich vermißte, gehörte auch das Bier, das ich nicht nur als Genußmittel, sondern auch als Heilmittel stets geschätzt habe. Wohl fehlte uns das „Bier“ auch in jenen Zeiten nie; aber es war so beschaffen, daß wir es für unsere Zwecke nicht gebrauchen konnten. Heute hat es wieder seine alte Güte, und da es manche Kollegen nicht als „Heilmittel“ benutzen, scheint es mir zweckmäßig, meine Erfahrungen mitzuteilen. Ich schätze Bier als:

1. **Roborans.** Bei Chlorose, Anämie, Schwäche-, Entkräftungs- und Abmagerungszuständen (nach Blutungen, Operationen, schweren Krankheiten, im Wochenbett usw.) habe ich oft genug Kulmbacher, Münchener oder ein anderes gutes Bier mit bestem Erfolge verordnet. Es leistete hier mindestens das Gleiche wie ein edler, reiner Wein. Und wer kann einen solchen heute erschwingen? Was man unter der stolzen Etikette „Medizinalwein“ in der Regel, selbst wenn man die höchsten Preise zahlt, geliefert bekommt, wird ja den meisten Kollegen bekannt sein.

Man darf sich freilich nicht damit begnügen, den Kranken zu sagen, sie sollten „fleißig Bier trinken“, sondern man muß genau, rationell dosierte, individualisierende Verordnungen geben, d. h. das Bier durchaus als Medikament ansehen und es wie ein solches oder wie einen Brunnen „verschreiben“. Bei Männern wird man meist mit  $\frac{1}{2}$  Liter, 2—4 mal täglich, auskommen, bei Frauen mit  $\frac{1}{4}$  Liter; weinglasweise gereicht, kann man es unbedenklich größeren Kindern geben.

2. **Stimulans.** In kleinen Dosen übt kräftiges Bier auch nach dieser Richtung hin die beste Wirkung aus, selbstverständlich

nur bei Personen, die an den Biergenuß nicht gewöhnt sind, z. B. bei überarbeiteten, neurasthenischen Frauen. Ein Gläschen Bier wirkt hier oft Wunder in bezug auf Hebung der Stimmung und Arbeitskraft. Auch bei akuten fieberhaften Erkrankungen (Grippe, Bronchitis, Pneumonie, Diphtherie, Erysipel usw.) besitzen wir im Bier ein recht brauchbares Stimulans, das, gelegentlich der Durststillung statt der üblichen Limonaden gegeben, an Wirksamkeit den Weinen nicht nachsteht. Bei schwerer Herzschwäche allerdings werden wir diese (Champagner, Südweine) nicht entbehren können.

3. Hypnotikum. Es ist in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten Verminderung der Toleranz gegenüber Medikamenten festgestellt worden, und namentlich Schlafmittel haben auffallend oft, selbst in nicht besonders hohen Dosen, toxische Wirkung ausgeübt. Um so erfreulicher ist es, daß wir im Bier ein harmloses Schlafmittel besitzen, dessen Wirksamkeit als solches ich in zahlreichen Fällen beobachten konnte. Auch hier sind es natürlich die Frauen, die, weil nicht an Alkoholika gewöhnt, auf Bier gewöhnlich recht gut reagieren. Manche wissen vorher genau, daß, wenn sie sich am Tage übermüdet haben, oder wenn sie Aufregung oder Kummer gehabt haben, in der Nacht sie der Schlaf flieht. Trinken sie vor dem Zubettgehen 1—2 Gläser kräftigen Bieres, dann folgt in der Regel darauf ein erquickender Schlaf. Aber auch in Perioden anhaltender Agrypnie kann ich warm empfehlen, wenigstens ab und zu statt des sonst verordneten Hypnotikums Bier zu verschreiben; wenn dadurch auf ersteres wieder besser reagiert und wenigstens ab und zu statt der Arznei ein harmloses „Hausmittel“ gegeben wird, so ist damit schon viel gewonnen. Daß auch in solchen Fällen Bier meist volle hypnotische Wirkung ausübt, dafür habe ich zahlreiche Beweise.

Ich selbst möchte also das Bier in der Praxis nicht gern wieder missen und möchte den Kollegen, die es noch nicht als Therapeutikum versucht haben, dringend empfehlen, es bei den genannten Fällen anzuwenden.

### **Aetiologisches.**

**Ueber die Beziehungen der perniziösen Anämie zum Magenkarzinom.** Von Theodor Brandes (Aus der medizinischen Abteilung des Landeskrankenhauses zu Braunschweig). Es werden 4 Fälle von sicherer perniziöser Anämie mitgeteilt, bei denen bei der Autopsie ein Magenkarzinom gefunden wurde. Eine sichere Entscheidung, ob die perniziöse Anämie oder das Karzinom die primäre Erkrankung war, kann nicht gegeben werden. 2 Fälle sprechen vielleicht dafür, daß die perniziöse Anämie die Entstehung

des Karzinoms begünstigt hat, die anderen beiden Fälle dafür, daß das Karzinom seinerseits die Entwicklung der perniziösen Anämie bewirkt hat. Bei perniziöser Anämie sollte auf das genaueste nach einem Karzinom, insbesondere des Magens, gefahndet werden.  
(M. Kl. 1921 Nr. 7.)

**Primäraffekte der behaarten Kopfhaut und ihr Infektionsmodus.** Von Dr. W. Fischer (Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin). Soweit sich bei den Infektionen an der behaarten Kopfhaut seit 1896 nähere Angaben finden, wurde die Uebertragung 6 mal auf die Benutzung von Kämmen, 4 mal auf Küsse und 3 mal auf Bisse zurückgeführt. Es würde sich also in den meisten Fällen um direkte Uebertragungen handeln; 2 mal konnte nachgewiesen werden, daß die Haarpflegegeräte von Syphilitikern benutzt worden waren. Auch in einem Fall des Verf. liegt der Verdacht nahe, daß die Ansteckung durch eine Verletzung bei Gelegenheit des Haarscherens stattgefunden hat. Jedenfalls stimmen die zeitlichen Angaben des Patienten mit den klinischen und serologischen Befunden in dieser Hinsicht überein. Uebertragungen mittels infektiösen Speichels, wie sie durch Kuß, Biß, Anspeien, Auslecken von Wunden, Weiterrauchen fremder Zigarren, bei Tätowierungen und Massage usw. vorkommen, bedürfen keiner näheren Erklärung, da sich die Erreger dabei in einem feuchten Medium befinden und ihre Wirksamkeit ungeschwächt entfalten können. Nun finden sich in der Literatur aber auch vereinzelte Beobachtungen, wo die Infektion auf Papiergeld, Billets, ferner auf die Benutzung von Bleistiften, welche vorher Syphilitiker im Munde gehabt hatten, u. a. zurückgeführt wurde. Ebenso wie bei den erwähnten Haarpflegeinstrumenten muß also hier auch das bereits trocken gewordene infektiöse Sekret noch seine Virulenz behalten haben. Man hat früher angenommen, daß eingetrocknete Spirochäten dauernd ihre Beweglichkeit und damit auch ihre Infektiosität verlieren, und war daher geneigt, solche Uebertragung in das Reich der Fabel zu weisen oder zum mindesten sehr skeptisch zu beurteilen. Noch nicht abgeschlossene Versuche scheinen aber zu ergeben, daß Spirochäten durch Eintrocknung nicht vollständig abgetötet werden; man kann daher wohl auch voraussetzen, daß solche Exemplare in ihrer Virulenz keine wesentliche Einbuße erlitten haben. Diese Befunde wären eine wesentliche Stütze für die Annahme, daß bei und von Syphilitikern benutzte Gegenstände und Instrumente, wenn auf ihnen Spirochäten haften, auch nach einem relativ längeren Zeitintervall zu Vermittlern einerluetischen Infektion werden können. Die notwendigen hygienischen Forderungen ergeben sich daraus von selbst.  
(B. kl. W. 1920 Nr. 51.)

### Diagnostisches.

Die „Nabelverziehung“ bei *Ulcus ventriculi* und anderen Abdominalaffektionen. Von Prof. Dr. Hermann Schlesinger (Aus der III. medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien). Mit Recht betrachtet man bei peripylorischem Ulkus die Rektusspannung als wichtiges, diagnostisch wertvolles Zeichen. Namentlich die einseitige Rektusanspannung hat viel Beachtung gefunden; auf ihre Anwesenheit wird bei der Röntgenuntersuchung regelmäßig gefahndet. Die Rektuskontraktion erfolgt reflektorisch bei der Palpation der erkrankten Gegend und ist der *Défense musculaire* gleichzustellen, welche man schon lange bei entzündlichen Abdominalaffektionen kennt. Der Rektusspannung schließen sich Kontraktionen benachbarter Teile der breiten Bauchmuskeln an. Verf. will der Einfachheit halber im Folgenden nur von der Rektusspannung sprechen, wenn auch ein größerer Anteil der muskulären Bauchwand beteiligt ist. Eine Differenz der Rektuskontraktion weist auf den Sitz der Erkrankung hin. Bisweilen ist der Unterschied auf den ersten Griff hin erkennbar, nicht selten aber ist die Differenz der Rektusrigidität beider Seiten weit unerheblicher und erst nach wiederholtem, vergleichendem Betasten festzustellen. Ein, wie es scheint, bisher nicht beachtetes Symptom kann dann in manchen Fällen die Entscheidung erleichtern: Läßt man den gerade, nicht auf dem Rücken liegenden Kranken wie zum Stuhlgang pressen, so bemerkt man häufig eine charakteristische Dislokation des Nabels. Letzterer steigt in der Regel nach aufwärts, wenn der Gesunde preßt; besteht aber eine differente Rektus-, bzw. Bauchdeckeninnervation, so macht der Nabel im Beginn der allgemeinen Bauchdeckenspannung auch eine seitliche Verschiebung mit, welche sich nach wenigen Sekunden ausgleicht. Die transitorische „seitliche Nabelverziehung“ (so möchte Verf. diese Erscheinung bezeichnen) erfolgt nach der kranken Seite hin, weil die stärker angespannte Bauchmuskulatur die Dislokation herbeiführt. Am leichtesten läßt sich der Vorgang erkennen, wenn der Untersucher am Fußende des Bettes steht. Das Ausmaß der Dislokation wechselt in den einzelnen Fällen nicht unerheblich; manchmal ist sie nur angedeutet, bei anderen Untersuchten beträgt die Seitwärtswanderung mehrere Zentimeter (bis zu 4 cm und darüber). Die Ueberinnervation des Rektus und der benachbarten Bauchmuskulatur findet man als Schutz- und Abwehrerscheinung besonders bei Erkrankungen rechtseitig gelegener Gebilde der Bauchhöhle, wie Pylorus, Duodenum, Gallenblase. Relativ selten ist ein Magengeschwür so situiert, daß eine Ueberinnervation des linken Rektus sich ausbildet. Das Zeichen klingt

ab oder verschwindet, wenn die schmerzhaften Zeichen des Prozesses erlöschen. Das Bestehen der Nabelverziehung zeigt an, daß die Erkrankung noch nicht als geheilt zu betrachten ist, selbst wenn andere Krankheitszeichen fehlen. Druckempfindlichkeit des Abdomens ist nicht immer eine Begleiterscheinung der Nabelverziehung. Letztere ist also als ein empfindliches Zeichen zu betrachten, welches für die Erkennung des Sitzes des Leidens und des Krankheitsstadiums verwertet werden kann. Oppenheim hat als erster in einer vorzüglichen Arbeit den diagnostischen Wert der Nabelverziehung für die Erkennung der Bauchmuskellähmungen gewürdigt. Seither wird regelmäßig auf dieses Zeichen bei der Untersuchung von Spinalerkrankungen geachtet. Verf. habe wiederholt das Symptom voll ausgebildet bei verschiedenen Affektionen des Rückenmarks (Tumoren, Lues, Heine-Medinsche Erkrankung) beobachten können. Lähmungen der Bauchmuskeln, bzw. der ihnen zugehörigen Nerven ziehen ein Ueberwiegen der Muskeln der gesunden Seite nach sich. Die Nabeldislokation erfolgt daher bei der Lähmung nach der gesunden Seite hin, bei schmerzhaften Affektionen der Oberbauchgegend ohne Lähmung hingegen nach der kranken Seite. Ist eine Lähmung vorhanden, so pflegt die Verziehung zu persistieren, solange die Bauchdecken angespannt sind, bei bloßer Ueberinnervation ohne Lähmung ist die Verziehung oft nur von geringer Dauer und im Beginne der Bauchdecken-spannung erkennbar. Aehnlich wie bei Lähmungen hat Verf. bisweilen bei reflektorischer Rektusspannung, bzw. Mitanspannung benachbarter Bauchmuskeln eine ausgesprochene Abflachung der Bauchwand auf der Seite der stärker angespannten und eine Vorwölbung auf der Seite der schwächer innervierten Bauchdecken gesehen. Die Nabelverziehung hat er besonders deutlich in Fällen von Magen- und Duodenalulkus, dann bei Cholelithiatikern beobachtet. Gelegentlich wird man sie auch bei anderen schmerzhaften Abdominalaffektionen zu erwarten haben. Nach Verf. Schätzung dürfte etwa ein Viertel der Fälle von Ulcus peripyloricum mit Schmerzsymptomen das Zeichen darbieten. Bei Cholelithiatikern hat er das Symptom nur zur Zeit von Anfällen oder kurz nachher, aber nicht im schmerzfreien Intervall beobachtet.

(W. Kl. W. 1921 Nr. 1.)

**Ueber die Pyramidonprobe zum Nachweis okkultur Blutungen** schreibt Dr. Heinz Arons (Aus der Inneren Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde in Berlin): „Für die Untersuchung des Stuhles auf okkulte Blutungen ist zurzeit die Benzidinprobe die am meisten gebrauchte. Sie wird an den meisten Stellen nach der seinerzeit im Straußschen Laboratorium ausgearbeiteten Modi-

fikation von Schlesinger und Holst ausgeführt. Trotz ihrer anerkannten Bewährtheit gibt es aber doch zuweilen Situationen, in welchen auch andere Methoden erwünscht sein können. Dies kann einerseits eines unklaren Befundes wegen, andererseits da der Fall sein, wo aus äußeren Gründen ein einwandfreies Benzidin nicht zur Verfügung steht. Infolgedessen interessieren auch jetzt noch neue Methoden, wenn diese in der Ausführung einfach und in ihrer Leistungsfähigkeit der Benzidinprobe gleichwertig sind. Als eine solche Probe glaube ich auf Grund von Untersuchungen, die ich auf Veranlassung von Herrn Geh.-Rat Strauß ausgeführt habe, die von Thevenon und Rolland angegebene Pyramidonprobe hier besonders empfehlen zu dürfen. Diese Methode, welche von den genannten Autoren zum Nachweis von Blut im Stuhlgang, im Urin sowie in anderen Körperflüssigkeiten benutzt wurde, besteht darin, daß eine Stuhlaufschwemmung bzw. ein an Menge gleiches Quantum Urin, Magensaft oder einer anderen zu untersuchenden, auf Blutbeimengung verdächtigen Flüssigkeit angesäuert und mit der gleichen Menge einer gesättigten alkoholischen Pyramidonlösung versetzt wird. Als Oxydationsmittel dient dabei Wasserstoffsperoxyd. Zur Anstellung der Methode dienen drei von der Apotheke fertig zu beziehende, wie die Autoren angeben, haltbare Flüssigkeiten:

1. eine gesättigte alkoholische Flüssigkeit, Rp.: Pyramidon 2,5, Spir. vini (90 %) 50,0;
2. eine 50 %ige Essigsäure, Rp.: Acid. acet. glaciale 10,0, Aqua dest. ad 20,0;
3. eine officinelle 3 %ige Wasserstoffsperoxydlösung.

Nach den Angaben der Autoren verfährt man — soweit die Stuhluntersuchung in Frage kommt — im einzelnen folgendermaßen: Ein linsengroßes Stück Stuhl wird in 3—4 ccm Aqua dest. verrieben. Alsdann wird die Flüssigkeit dekantiert und mit wenig (8 Tropfen) Essigsäureverdünnung versetzt. Nun setzt man die gleiche Menge der Pyramidonlösung hinzu und fügt 6—8 Tropfen  $H_2O_2$  zu. Bei positivem Ausfall tritt beim Schütteln des Röhrchens eine violette Färbung auf, bis zu deren Entstehen allerdings einige Minuten verstreichen können. Da sich nach Angabe der Autoren die vorstehende Methode bei einem Vergleich mit der Phenolphthaleinmethode als zuverlässig erwiesen hat, so habe ich meine eigenen Nachprüfungen auf einen Vergleich mit der Benzidinprobe beschränkt, und zwar in der auf eine Benutzung stets gleicher in Reaktion tretender Mengen abzielenden Ausführungsform, in welcher die letztere seit einiger Zeit auf Veranlassung von Herrn Geh.-Rat Strauß in unserem Laboratorium ausgeführt wird. Dieselbe ist folgende: Es wird ein etwa linsengroßes Stück



Stuhl in 4 ccm destilliertem Wasser verrieben. Dann wird eine Benzidintablette der Firma Goedicke in 2 ccm Eisessig gelöst und zu dieser Eisessig-Benzidinlösung 4 ccm  $H_2O_2$  hinzugesetzt. Nun taucht man ein Glas- oder Holzstäbchen erst in die Stuhlaufschwemmung und dann in das Benzidin-Wasserstoffsperoxydgemisch ein, und zwar wird dies bei negativem Ausfall 2—3 mal wiederholt, bis sich im Benzidin-Wasserstoffsperoxydröhrchen eine grünblaue Färbung zeigt. Zur Abmessung der geforderten Flüssigkeitsmengen haben wir uns 2 Röhrchen geeicht, und zwar eins zu 2, das andere zu 4 ccm. Diese beiden Röhrchen werden lediglich zur Abmessung der Flüssigkeiten verwandt, während die Mischung in anderen Röhrchen stattfindet. Bei unseren Vergleichsuntersuchungen verfahren wir nun so, daß wir bei jeder auf okkulte Blutungen zu untersuchenden Substanz die Pyramidon- und die Benzidinprobe nebeneinander anstellten. Zu diesem Zweck stellten wir uns von den betreffenden Materialien gleiche Verdünnungen in der Weise her, daß wir 1 g des zu untersuchenden Stuhls mit 9 g eines sicher blutfreien Stuhls in der Reibschale gründlich verrieben. Erwies sich diese Verdünnung bei Anstellung beider Proben noch als bluthaltig, so wurde auf gleiche Weise eine Verdünnung 1 : 100 und, wenn nötig, 1 : 1000 hergestellt. Beim Urin und Magensaft wurden die Verdünnungen 1 : 10, 1 : 100, 1 : 1000 durch Zusatz von Urin bzw. Magensaft hergestellt. Das von uns in der beschriebenen Weise verglichene Material bestand aus 20 Stühlen, 10 Urinen und 8 Magensäften. Außerdem stellten wir uns auch noch Blutverdünnungen mit destilliertem Wasser dar, indem wir von einer Lösung ausgingen, bei der auf 10 ccm Wasser 2 Tropfen Blut kamen. Die Ergebnisse unserer Stuhluntersuchungen bei diesem Vorgehen zeigten eine fast vollkommene Gleichwertigkeit beider Methoden. Eine Differenz wurde bei den Stuhlverdünnungen nicht festgestellt. Auch bei den Urin- und Magensaftverdünnungen zeigte sich eine gleiche Empfindlichkeit beider Proben. Nur 2 mal war eine Differenz bei den Verdünnungen insofern festzustellen, als einmal die Pyramidonprobe noch schwach, aber deutlich positiv war, während die Benzidinprobe ein fragliches Ergebnis gezeigt hatte, und das andere Mal bei einer Verdünnung des Magensaftes auf 1 : 1000 die Benzidinprobe negativ ausfiel, während die Pyramidonprobe noch als fraglich bezeichnet werden mußte. Auch die Blutverdünnungen zeigten noch bei einer Verdünnung der Stammlösung (2 Tropfen Blut auf 10 ccm Aqua dest.) auf 0,004 : 10 eine Kongruenz beider Proben in positivem Sinne, während die nächstfolgende 10fache Verdünnung bei beiden Proben ein negatives Ergebnis zeigte. Bei den die Flüssigkeiten betreffenden Vergleichsuntersuchungen war die Benzidinprobe dabei in der Weise benutzt

worden, daß das Benzidin-Wasserstoffsperoxydgemisch direkt in die zu untersuchende Substanz eingetragen wurde. Nach all dem darf auch nach unserer Erfahrung die Pyramidonprobe als eine in bezug auf Leistungsfähigkeit der Benzidinprobe ungefähr gleichwertige und in der Ausführung sehr einfache und wegen der überall leichten Beschaffung und guten Haltbarkeit aller in Betracht kommenden Reagentien recht bequeme Methode empfohlen werden.“  
(D. m. W. 1921 Nr. 7.)

### Symptomatologisches.

**Entzündliche Phimose und „Harnröhrenkatarrh“ als Frühsymptome der Syphilis.** Von Dr. E. Pfister. Meyer hat auf zwei in den Lehrbüchern und der Literatur nur wenig gewürdigte Symptome der Syphilis hingewiesen: den „Harnröhrenkatarrh“ und die Phimose, welche für eine larvierte Lues die Initialsymptome vorstellen können und, wenn unerkant geblieben, oft Zeitverlust mit sich bringen, wenn erst die Sekundärsymptome die Sachlage klären müssen; ist doch heute gerade die Frühbehandlung der Syphilis ein Grundgesetz der Behandlung geworden, wenn möglich die Abortivkur. In diesen Zeilen möchte Verf. nur die Meyerschen Ansichten unterstützen; denn gar nicht selten ist zu beobachten, daß eine nicht gonorrhöische Urethritis, die also als Urethritis simplex imponieren könnte, oder eine entzündliche Phimose, welche das Zurückziehen der Vorhaut und die Besichtigung der Eichel auf Geschwüre, Erosionen, Bläschen u. s. f. und Sekretentnahme nicht mehr gestattet wegen der Schwellung, die Diagnose nicht sofort ermöglichen. Schwellung der Leistendrüsen ist meist dabei vorhanden, aber es bleibt unsicher, ob sie nicht schon früher dagewesen ist aus irgendeinem anderen Grunde; und schließlich kann wohl jeder entzündliche Prozeß am Gliede eine Lymphdrüenschwellung in der Nachbarschaft gelegentlich hervorrufen. Die Phimose kann eine primäre, d. h. angeborene, oder eine sekundäre, d. h. erst durch den entzündlichen Prozeß hervorgerufene sein; für den Patienten und die Beurteilung des Falles macht dies wohl meist keinen Unterschied. Die Wassermannreaktion fällt zu dieser Zeit oft noch negativ aus. Immerhin ist gelegentlich trotz der Schwellung eine indurierte, scharf umränderte Stelle durchzufühlen und für die Diagnose verwertbar. Aber besonders hinweisen möchte Verf. auf den Nachweis *Spirochaete pallida* in dem Sekrete, indem es manchmal, allerdings anscheinend nicht oft, gelingt, neben allhand Mischbakterien die Syphilisspirochäte zu finden, auch neben der oft sehr zahlreichen *Spirochäte refringens* deutlich als *Pallida* erkennbar. Die Hoffmannsche Regel, daß die *Spirochaete pallida*

in Sekretpräparaten nur dann diagnostiziert werden darf, wenn außer dem Typus Pallida keine abweichenden Spirochätenformen vorhanden sind, wäre damit allerdings durchbrochen. Ob sie aber durchaus für alle Fälle gültig ist? Verf. hat wenigstens das Postulat der mindestens 8—10 regelmäßigen, steilen Windungen in mehreren Fällen erfüllt gesehen, welche auch noch gröbere Formen von Spirochäten daneben zeigten, und erwies der Verlauf, in erster Linie der Wassermannreaktion, die Richtigkeit der hieraus erfolgten Diagnose: Solchen Zweifeln dürfte man allerdings durch die Hoffmannsche Drüsenpunktion enthoben werden, wenn auch sie die Pallida ergibt. Eine Spaltung der Phimose bei Verdacht auf Ulkus möchte Verf. ebensowenig empfehlen wie Meyer, wegen des zu erwartenden Uebertrittes der Spirochäten in die eröffneten Lymphbahnen. H. Eichhorst sagt: „Bei Phimose und Balano-Posthitis muß man erst diese Veränderungen durch kalte Umschläge und Einspritzungen in die Vorhaut heben, bevor man eines Ulkus ansichtig wird.“ Gewiß war das für dazumal richtig; aber bei dem heutigen Standpunkte, wo die Salvarsantherapie möglichst zeitig einzusetzen hat, würde damit mehr oder weniger Zeit verloren. Verf. konnte die Persistenz solcher Phimosen wenigstens gelegentlich beobachten, selbst bei bereits vorgeschrittener Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber; sie kann also jedenfalls sehr hartnäckig sein. Für die vermeintlichen Harnröhrkartarrhe als den Ausdruck eines intraurethralen Schankers eignet sich besonders das von Fackenheim angegebene, einem Tubus für diese Zwecke vorzuziehende Spekulum, eine einfache Modifikation des Fränkel-schen Nasenspekulums. Da solche Schanker am vordersten Teile der Harnröhre sich zu entwickeln pflegen, so erscheinen die 4 cm langen Branchen des kürzeren Modelles wohl geeignet zur Besichtigung dieser Partie. Bei Schwellung des Orific. extern. läßt es sich besser einführen als ein Rohr.

(Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1921 Nr. 1.)

**Ueber Pleuritis diaphragmatica als erste Erscheinung der Grippe unter dem Bilde der Perforationsperitonitis.** Von Dr. J. Neumann und Dr. H. Zoepffel (Aus dem Krankenhause Hamburg-Barmbeck). Unter den mannigfachen Erscheinungsformen der Grippe sind die Bilder scheinbarer oder wirklicher peritonealer Reizung nicht selten, so die meist einseitige mäßige Bauchdecken-spannung und Druckempfindlichkeit bei beginnender Pneumonie, die akute Appendizitis, Cholezystitis und Peritonitis bei Grippe. Geläufig ist auch das Bild der Pleuritis diaphragmatica, bekannt die gelegentliche Schwierigkeit der Abgrenzung einer gewöhnlichen Pneumonie von einer Appendizitis im Kindesalter, bekannt ebenso,

daß eine solche Pneumonie oder Pleuritis die schwersten abdominalen Erscheinungen machen, unter Umständen sogar ein perforiertes Magen- oder Duodenalulkus vortäuschen kann. In den meisten derartigen Fällen wird man bei genauer Untersuchung schließlich die richtige Diagnose stellen können, und speziell für die Unterscheidung einer beginnenden Pneumonie von der Perforation eines Duodenalulkus hat Melchior bestimmte Merkmale angegeben: Auf die Pneumonie soll hinweisen die Höhe der Temperatur ( $40^{\circ}$  und darüber) bei relativ kräftigem Puls, die lebhaftete Rötung des Gesichtes, die vorwiegend abdominale Atmung, der auffallende Kontrast der lebhaften Bauchschmerzen gegenüber dem negativen objektiven Befund, namentlich hinsichtlich einer ausgesprochenen *Défense musculaire*. Verff. sahen nun aber im Laufe der Grippe-epidemien dieser Jahre mehrere Fälle, die so völlig unter dem Bilde schwerster Perforationsperitonitis verliefen, daß alle diese differential-diagnostischen Anhaltspunkte nicht verfangen. Erst die bei dem ersten, fälschlich laparotomierten Patienten gewonnenen Erfahrungen konnten Verff. bestimmen, in den folgenden Fällen vorsichtig tastend eine abwartende Behandlung einzuschlagen. Die erste dieser Beobachtungen betraf einen 39 jährigen Mann, der am 5. Januar 1919 nachmittags aufgenommen wurde. Er war aus voller Gesundheit am Morgen des gleichen Tages 2 Uhr — wie er genau angab — mit heftigen Leibscherzen plötzlich erkrankt, später kamen Schmerzen in der linken Halsseite hinzu, Erbrechen trat nicht auf, dagegen einmal Durchfall. Das Krankheitsbild wurde völlig beherrscht von den abdominalen Erscheinungen: der Bauch war leicht eingezogen, brethart gespannt, schon bei leisester Berührung äußerst druckempfindlich, vor allem in der Oberbauchgegend. Die Atmung war oberflächlich, anstoßend, beschleunigt und erfolgte unter möglicher Ausschaltung der abdominalen Atmung. Die Beine wurden an den Leib gezogen gehalten. Der Patient machte im ganzen einen äußerst leidenden und schwerkranken Eindruck. Dabei war der Puls kaum beschleunigt (84) und ziemlich kräftig, die Temperatur nur wenig erhöht ( $37,5^{\circ}$ ), das Gesicht leicht gerötet. Am Herz, speziell aber auch an den Lungen, war nichts Krankhaftes nachzuweisen. Verff. hätten also bis in alle Einzelheiten das typische Bild eines perforierten Magenulkus vor sich gehabt, wenn nicht noch ein Befund vorhanden gewesen wäre, der in das Bild nicht einzufügen war, nämlich eine bedeutende, äußerst druckempfindliche Schwellung der linkseitigen Halslymphdrüsen, die sogar zu einer leichten Verdrängung der Trachea nach rechts geführt hatte. Die bedeckende Haut war heiß und gerötet, ihre Venen sichtbar erweitert. Verff. hatten damals derartige Fälle bei Grippe noch nicht beobachtet, die Er-

scheinungen von seiten des Abdomens wiesen so augenscheinlich auf eine Perforationsperitonitis hin, der Krankheitszustand war ein so schwerer, daß sie glaubten, der abwartenden Behandlung die Laparotomie vorziehen zu sollen. Sie wurde sofort vorgenommen, ergab aber keine Spur einer krankhaften Veränderung in der Bauchhöhle. Der weitere Verlauf brachte dann bald die Klärung der Sachlage: Es traten über den Unterlappen beider Lungen intensive pneumonische Herde auf unter Anstieg der Temperatur und des Pulses, unter Auftreten von Zyanose und eines starken Herpes labialis. Dann traten schnell beiderseits trüb-seröse Exsudate auf, in denen sich hämolytische Streptokokken nachweisen ließen, der Allgemeinzustand machte einen schwer septischen Eindruck unter fortschreitender Abnahme der Herzkraft bei jetzt unregelmäßigem, ungleichmäßigem, weichem und beschleunigtem Puls. Am 13. Tage nach Beginn der Erkrankung trat der Tod ein. Die peritonitischen Erscheinungen waren zurückgegangen mit dem Deutlichwerden der doppelseitigen Pneumonie, die Halsdrüenschwellung hatte sich mehr nach der Supraklavikulargrube hingezogen, war aber an Umfang und Schmerzhaftigkeit geringer geworden. Die Sektion ergab außer den zu erwartenden pneumonischen und pleuritischen Veränderungen der Lungen als auffallendstes Ergebnis eine schwere Vereiterung der Halslymphdrüsen links, der mediastinalen und retroperitonealen Lymphdrüsen bis hinunter zum linken Psoas unter Bildung ausgedehnter und zahlreicher, konfluierender Eiterhöhlen, die wohl durch das Peritoneum hindurchschimmerten, dieses aber nirgends durchbrochen hatten, wie denn auch jetzt keine Peritonitis nachweisbar war. Als Nebebefund fand sich noch eine ulzeröse Endokarditis der Aortenklappen und der Trikuspidalis, eine septische Milz und trübe Schwellung der Nieren. — Bei der nachträglichen Beurteilung läßt sich nun wohl sagen, daß die schwere Entzündung der linkseitigen Halsdrüsen auf den richtigen Weg hätte weisen können, nachdem derartige Erscheinungen bei Grippe auch anderwärts beobachtet worden sind. Aber Verff. glauben doch, daß angesichts der außergewöhnlichen Verlaufsart und Schwere des Falles der diagnostische Irrtum, der zur Operation führte, verzeihlich ist, zumal es der erste derartige Fall war, der Verff. begegnete. Denn die oben angeführten Merkmale Melchior's, welche die Unterscheidung einer Pneumonie von der Perforation eines Duodenalulkus ermöglichen sollen, trafen — wohl infolge der Eigenart der Grippepneumonie — sämtlich nicht zu: die Temperatur war nicht stark erhöht, das Gesicht war wenig gerötet, die Atmung war nicht abdominal, vor allem fehlte der Kontrast zwischen subjektiven Beschwerden von seiten des Abdomens und dem objektiven Be-

funde, es bestand im Gegenteil heftige Druckempfindlichkeit und brettharte Bauchdeckenspannung. Was die Erklärung des auffallenden Krankheitsbildes anbelangt, so sind die eine Perforationsperitonitis vortäuschenden Erscheinungen von seiten des Abdomens wohl zurückzuführen auf das beiderseits gleichzeitige Auftreten einer äußerst akuten und schweren Pleuritis diaphragmatica. Daß die Entzündung der retroperitonealen Lymphdrüsen dabei eine Rolle gespielt hätte, ist nicht anzunehmen. Es hätten dann doch wohl die peritonitischen Erscheinungen mit weiterem Fortschreiten der Drüsenentzündung zur Eiterung zunehmen müssen, statt abzunehmen, während der Rückgang der initialen peritonitischen Symptome der Pleuritis diaphragmatica bei Manifestwerden der Pneumonie den gewöhnlichen Verlauf darstellt. Belehrt durch diese Erfahrung, gelang es Verff. weiterhin in mehreren Fällen, die bei der ersten Untersuchung das typische Bild eines perforierten Magengeschwürs boten, die richtige Diagnose einer Grippekompli- kation zu stellen. So wurde z. B. ein 52jähriger Mann, der früher bereits wegen Magenleidens in ärztlicher Behandlung gestanden hatte, mit höchst bedrohlichen Symptomen eingeliefert: plötzlich aufgetretene, heftige Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen, Stuhl- und Blähungsverhaltung, brettharte Spannung im Epigastrium, kostale Atmung und mäßige Temperaturerhöhung. Erst die Beobachtung einer leichten Zyanose des Gesichts und eine mäßige Rachenrötung legten den Verdacht einer Grippe nahe und rechtfertigten ein weiteres Zuwarten. Bereits am nächsten Tage war über beiden Unterlappen verschärftes Atmen nachweisbar, und schließlich entwickelte sich unter Rückgang der peritonealen Reizsymptome das deutliche Bild einer doppelseitigen pneumonischen Infiltration der Unterlappen. Nicht immer brauchen jedoch die peritonealen Reizsymptome die Vorläufer einer später manifest werdenden Lungen- oder Pleuraerkrankung zu sein, wie der folgende Fall zeigt. Ein 28jähriger Kutscher war am 23. August 1920 ganz plötzlich mit heftigen Schmerzen im Oberbauch erkrankt, die so heftig waren, daß er nur ganz zusammengekrümmt still im Bett liegen konnte, und daß jede Bewegung zur Verstärkung der Schmerzen Anlaß gab. Der schwere Allgemeinzustand, die brettharte Spannung des Epigastriums, die kostale Atmung bei fehlenden Symptomen einer pulmonalen oder pleuralen Erkrankung, die Verhaltung von Stuhl und Winden, die mäßige Temperatursteigerung bis  $38,7^{\circ}$  und die geringe Vermehrung der Leukozyten (7400) ließen in Anbetracht der Anamnese in erster Linie an ein perforiertes Ulcus ventriculi denken. Da aber in diesem Falle eine geringe Zyanose des Gesichts und eine leichte Rötung des Rachens die Erinnerung an die früheren Beobachtungen erweckte, stellten

Verff. die Diagnose einer Pleuritis diaphragmatica bei Grippe und sahen von einer Operation ab. Der weitere Verlauf bestätigte die Diagnose. Das Fieber klang in einigen Tagen ab, die peritonealen Reizerscheinungen verschwanden. Dafür stellten sich starker trachealer Hustenreiz, Bruststiche und allgemeine Abgeschlagenheit ein, ohne daß aber weitere bronchitische, pneumonische oder pleuritische Symptome nachgefolgt wären. Nach 3 Wochen wurde der Patient geheilt entlassen. Die Beobachtungen zeigen also deutlich, daß eine Grippe mit einer Pleuritis diaphragmatica beginnen und dadurch das ausgesprochene Bild einer Magengeschwürperforation vortäuschen kann. Denkt man in solchen Fällen auch an die Möglichkeit einer Grippe, so lenken die leichte Zyanose des Gesichts und die Rachenröte auf die richtige Spur, nicht aber die Melchiorischen Differentialmomente (Temperaturerhöhung, abdominale Atmung, Divergenz zwischen den lebhaften Bauchschmerzen und dem negativen abdominellen Befunde). Die richtige Diagnose erspart natürlich dem Patienten die Laparotomie, die auf den ersten Blick bei den alarmierenden Perforations-symptomen notwendig erscheint. (M. Kl. 1920 Nr. 45.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Die Anwendung von Pepsinsalzsäure zur Beseitigung von Narbenzug.** Von Dr. Schübler (Aus der orthopädischen Heilanstalt von Sanitätsrat Dr. G a u g e l e in Zwickau). Verff. wendete Salben und Dunstumschläge in der von P a t z s c h k e angegebenen Stärke an (10 % Pepsin, 1 % Salzsäure, dazu 1 % Karbolsäure). Die Salbe wurde täglich zweimal in die Narben eingerieben, ein Verband wurde darüber nicht angelegt. Die Dunstumschläge wurden nur nachts gemacht, und zwar nur an solchen Körperteilen, an denen sie sich leicht anbringen ließen, also hauptsächlich an den Händen, wo die ganze Hand in den Verband hineingenommen wurde. Die Verletzten empfinden jedoch die Anwendung von Salbe subjektiv angenehmer. Von Einspritzungen unter die Haut wurde zunächst Abstand genommen, und zwar hauptsächlich deshalb, weil die meisten Verletzten von vornherein eine Abneigung gegen Einspritzungen haben, dann aber auch, weil Verff. auch ohnedem zum Ziele gekommen ist. Entzündungserscheinungen der Haut, von denen P a t z s c h k e spricht, konnte Verff. nicht beobachten; er hat allerdings von vornherein in den meisten Fällen statt Salzsäure Borsäure verwendet. Gleichzeitig wurden die Verletzten selbstverständlich auch mit Gymnastik, Wärmeanwendung und Massage behandelt. Im ganzen wurden bisher 11 Fälle behandelt,



und zwar unterschiedslos Narben aller Art. Die flächenhaften Narben verloren ihr glänzendes, abschilferndes Aussehen. Die Narbe am Stumpf eines Oberschenkels, die fest dem Knochen aufsaß und Neigung zum Aufbrechen zeigte, wurde rasch weich und fast etwas runzlig, faltig. Sie lag dem Knochen nicht mehr so derb an, schilferte weniger ab und ist seit langer Zeit, obwohl der Verletzte erst seitdem seine Prothese tragen kann, nicht wieder aufgebrochen. Ähnliches zeigten flächenhafte Narben nach Verbrennungen, darunter eine, die fast den ganzen Oberarm betraf und den Vorderarm in starke Beugstellung gezogen hatte. Diese Beugstellung bewirkte ein Strang, der schwimnhautähnlich sich in der Ellenbeuge ausspannte. Dieser Strang wurde weich, fühlte sich binnen kurzem genau so an wie eine emporgeschobene Hautfalte, und nach einer Behandlung von 8 Wochen ließ sich der Arm fast bis zur Norm strecken. Besonders häufig kommen diese strangartigen Verwachsungen an den Händen vor, wo die Finger krallenartig zusammengezogen werden. Auch in solchen Fällen trat eine Besserung ein. Verhärtungen und Verdickungen unter der Haut, z. B. bei Brüchen von Fingergliedern oder der Mittelhandknochen, blieben unbeeinflusst. Vielleicht wären solche Fälle eher einer Besserung durch Einspritzung des Gemisches zugänglich. Von großer Wichtigkeit jedoch für den Erfolg ist das Alter der Narben. Es scheint, daß durch Pepsinsalzsäure die Ueberhäutung der Wunden verzögert wird. Die Granulationen bekommen ein schlaffes Aussehen, sondern stark ab. Setzt man mit der Behandlung aus und verwendet die sonst gebräuchlichen Mittel, am besten unter gleichzeitigem Aussetzen der Uebungsbehandlung, so tritt meist rasch die Ueberhäutung ein. Das Gleiche scheint bei wiederaufgesprungenen Narben der Fall zu sein. Andererseits ist es wohl selbstverständlich, daß man mit dem Beginn der Behandlung nicht zu lange warten soll, da sonst die Bindegewebsfasern zu zahlreich und zu hart geworden sind. Schon ältere Narben geben nur wenig mehr nach, wenngleich auch sie weicher und einer Dehnung zugänglich werden. Die Anwendung des Gemisches muß über längere Zeit fortgesetzt werden, da das Pepsin seine Wirkung erst allmählich entfaltet. Verf. hat nach ungefähr 10—14 Tagen bei frischen Narben eine deutliche Wirkung feststellen können, trotzdem aber hat er die Behandlung mehrere Wochen durchgeführt. Bei schon derberen Verwachsungen dauert es entsprechend länger, bis eine Besserung eintritt. Nach Verf.s Erfahrungen ist es daher zu empfehlen, alle größeren und vor allem störenden Narben, sowie sie vollkommen überhäutet sind, mit einer Salbe oder mit Dunstumschlägen von Pepsinsalzsäure zu behandeln. Die mechanische Nachbehandlung wird dann viel bessere Ergebnisse liefern.

(M. m. W. 1921 Nr. 3.)

**Das Patellarfenster, ein kleiner Handgriff zur Verhütung von Kniegelenkversteifungen infolge Gipsverbandes.** Von St.-A. Dr. W. Haubenreisser (Chir. Univers.-Klinik in Leipzig). Bei allen Verbänden der unteren Extremität, durch die das Kniegelenk mit fixiert wird, ist schon seit Jahren auf Anordnung von Geh.-Rat Payr vor dem völligen Festwerden des angelegten Gipsverbandes über der Kniescheibe ein Fenster ausgeschnitten worden, wodurch eine passive und auch aktive Bewegung derselben im Verband ermöglicht wird. Die Patienten werden dann angehalten, zunächst fleißig passiv, und nach einiger Uebung geht es auch sehr gut aktiv, die Kniescheibe zu bewegen. „Der Quadriceps ist“ — Payr weist darauf hin — „der einzige große Muskel an unseren Gliedmaßen, der auch ohne Bewegung des ihm zugehörigen Gelenkes erhebliche Verkürzungswerte bei durch den Willensimpuls bedingter Aktivierung besitzt.“ Besonders möchte Verf. betonen, daß dies nicht etwa nur für Verbände in Streckstellung des Kniegelenkes gilt, sondern ebenso für solche in leichter Beugstellung. Auch da ist noch bis zu einem Winkel von 25—30° ein deutliches „Patellarspiel“ möglich. Auf die Wirkung des durch das Patellarfenster ermöglichten Muskelspiels des Quadriceps führt Verf. es zurück, daß an der Klinik in keinem Falle, auch bei sehr lange liegenden Gipsverbänden, myogene oder fibröse Versteifungen des Kniegelenks erlebt wurden. Eine nur kurze Zeit währende Massage der Oberschenkelmuskulatur und des Kniegelenks nach Entfernung des Verbandes gibt meist in 3—4 Tagen dem Gelenk die volle Bewegungsfreiheit zurück. In genau diesem Sinne wird bei jeder Mobilisation des Kniegelenkes schon im ersten Wundverband ein ausgiebiges Fenster für die Bewegung der Kniescheibe freigelassen. (Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 8.)

**Pyrenol als Mittel zur Bekämpfung der postoperativen Bronchitis und Bronchopneumonie.** Von Dr. Wilhelm Graef, Krankenhausarzt des neuen Krankenhauses der Diakonissenanstalt Neuendettelsau. Das Präparat ist ein Kombinationspräparat, und dies ist sein besonderer Vorzug. Nach den Angaben der Fabrik (Chem. Fabrik Goedecke & Co., Leipzig und Berlin) stellt es ein Schmelzprodukt von Siambenzoesäure und Thymol (2%) mit gleichen Teilen von Natriumbenzoat und Natriumsalizylat dar. Es wird ihm sowohl expektorierend solvierende wie gleichzeitig sedative Wirkung zugeschrieben, dabei zeigt es beträchtliche antifebrile und bakterizide sowie außerdem herzstimulierende Eigenschaften. Verf. hat das Präparat bei einer kleinen Grippeepidemie mit vorwiegend bronchitischen und bronchopneumonischen Erscheinungen in zahlreichen, auch schweren Fällen, besonders bei Kindern und älteren Leuten verwendet und war außerordentlich zufrieden mit

der sichtlich prompten Wirkung. Daraufhin ging er dazu über, postoperative Bronchitiden und Bronchopneumonien damit zu behandeln, und war hier ebenfalls von der Wirkung sehr befriedigt. Husten und Auswurf wurden sofort loser, der Hustenreiz ließ nach, Neubildung von Sekret wurde nach anfänglicher Steigerung des Auswurfs offenbar vermindert. Die Temperaturen wurden sofort deutlich herabgedrückt, die Entfieberung erfolgte langsam, so daß der Schweißausbruch nur gering war und Kollaps vermieden wurde. Gleichzeitig zeigte sich, daß das Herz ohne Darreichung anderer stimulierender Mittel sich kräftigte bzw. kräftig blieb. Die Einwirkung auf das Herz ließ sich in einem Falle besonders auffallend nachweisen bei einer seit Jahren herzleidenden Dame mit Grippebronchitis. Hier war infolge des Fiebers ein stark beschleunigter, sehr weicher und irregulärer Puls vorhanden, der auf Pyrenol sehr rasch langsamer, kräftiger und regelmäßig wurde, ohne daß andere Herzmittel gegeben wurden. Wenn Verf. auch nicht über ein größeres Material verfügt, so hat er doch den Eindruck, daß bei rechtzeitiger Verwendung des Mittels bei postoperativer Bronchitis der Ausbruch einer Bronchopneumonie zum mindesten eingeschränkt, eine schon vorhandene Pneumonie günstig beeinflußt wird. Ein weiterer Vorteil des Mittels ist der, daß es unschädlich ist und vom Magen gut vertragen wird. Man gibt es entweder in Tabletten zu 0,5 3—6 mal täglich 1—2 Stück oder, wie Verf. es wegen des etwas vordringlichen Thymolgeschmacks bevorzugt, als Mixtur. Rp. Pyrenoli 6—10/180. Sir. Rub. Idaeii 20.

M.D.S. 3—6 mal tägl. 1 Eßlöffel.

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 8.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Ueber Grippebehandlung mit „Grippeimpfstoff Kalle“.**  
 Von Dr. Cornils (Aus der medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Lübeck). Soweit sich aus dem Erfolg der 7 behandelten Grippepneumoniefälle Schlüsse ziehen lassen, ist anzunehmen, daß die intravenöse Injektion von 0,2 „Grippeimpfstoff Kalle“ bei Grippe und Grippepneumonie rasch und sicher zum Ziel führt. Dabei mag dahingestellt bleiben, ob die Wirkung eine spezifische ist, ob also die Pfeifferschen Influenzabazillen als Erreger der epidemischen Grippe anzusehen sind. Jedenfalls übt GIK. auf andere akute Lungenerkrankungen anscheinend keinen heilenden Einfluß aus. Zur Vermeidung des lästigen Schüttelfrostes hat sich bei Beginn desselben das Aufsetzen eines Schwitzkastens durchaus bewährt, desgleichen vor und während des Fieberanstiegs und -abfalls die reichliche Verabfolgung von Exzitantien.

(M. m. W. 1920 Nr. 50.)

**Erfahrungen mit Heilners Knorpelextrakt „Sanarthrit“.** Von Priv.-Doz. Prof. Dr. Erich Sonntag (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Leipzig). Wenn bei der geringen Zahl von behandelten Fällen ein Schluß erlaubt ist, so wäre folgender zu ziehen: Bei subakutem Gelenkrheumatismus erfolgt in einigen Fällen Heilung unter Sanarthritinjektionen, wobei allerdings nicht behauptet werden kann, daß der Erfolg lediglich dem Sanarthrit zuzuschreiben ist und ohne dieses nicht eingetreten wäre; immerhin besteht der Eindruck, daß die Heilung durch das Sanarthrit angebahnt oder beschleunigt ist. Bei Arthritis deformans genu erfolgte in über 50% der Fälle eine bemerkenswerte Besserung für längere Zeit in den Beschwerden, wobei allerdings über den Dauererfolg noch nicht geurteilt werden kann. Bezüglich der Methodik haben sich im allgemeinen die Heilnerschen Vorschriften wohl bewährt. Die Injektion soll intravenös erfolgen; subkutane Applikation erscheint zu wenig wirksam und schmerzhaft. Als Dosis ist recht bald 1 ccm Stärke II zu erreichen und diese Dosis nötigenfalls, d. h. bei mehrfach ungenügender Reaktion, zu steigern auf das  $1\frac{1}{2}$ —2fache oder mehr. Auch ist eventuell eine andere Sendung zu verwenden, wenn Reaktionen ausbleiben, da nach eigenen und fremden Beobachtungen bemerkenswerte Verschiedenheiten einzelner Sendungen vorzukommen scheinen. Die Zahl der Injektionen soll allermindestens 3, in der Regel nicht unter 7—8 und gegebenenfalls, d. h. bei noch nicht genügender Wirkung oder bei Rückfall, 15 und mehr betragen. Einige starke Reaktionen zu erzielen, erscheint in der Regel zweckmäßig. Die Zwischenpausen zwischen den einzelnen Spritzen sollen im allgemeinen je nach Reaktionsstärke  $\frac{1}{2}$ —1 Woche betragen. Gleichzeitig erscheint eine Behandlung mit anderen, speziell physikalischen Mitteln ratsam, um die eventuell durch Sanarthrit angebahnte Heilung, speziell auch Schmerzlosigkeit und Abschwellung sowie die psychische Beeinflussung zur Erziehung der Funktionsverbesserung, auszunutzen. (M. m. W. 1921 Nr. 9.)

**Die Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Diphthosan.** Von Dr. Hans Langer (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit). Das nach den Untersuchungen des Verf. gegenüber Diphtheriebazillen sehr wirksame Flavizid, in Pastillenform als „Diphthosan“ hergestellt und zu Spülungen benutzt, hat sich vortrefflich bewährt. Die Spülungen haben das Ziel, eine Berieselung der Nasenrachenschleimhaut in ganzem Umfange zu erreichen. Die benutzte Technik ist außerordentlich einfach: Bei

leicht zurückgebogenem Kopf wird abwechselnd in die rechte und in die linke Nasenöffnung Diphthosanlösung in der Verdünnung 1:5000 eingeflößt; man bedient sich am einfachsten einer Pipette oder einer Nasendusche. Die Lösung fließt ohne Druck durch die Nase in den hinteren Nasenrachenraum und berieselt die Rachenschleimhaut ausgiebig. Bei Erwachsenen läßt Verf. bei jeder Spülung mindestens 10 ccm durch jede Nasenöffnung einfließen, bei Kindern entsprechend weniger, bei Säuglingen bis zu 1 ccm. Der Erfolg der Behandlung hängt nicht nur von der Sorgfalt ab, mit der die einzelne Nasenspülung vorgenommen wird, sondern davon, daß sie in kurzen Abständen wiederholt wird. Durch die Spülungen wird das Gewebe der lymphatischen Organe allmählich aufgelockert und damit die bisweilen tief in den Buchten der Tonsillen sitzenden Bakterien an die Oberfläche gebracht und der Desinfektionswirkung ausgesetzt. Deswegen läßt Verf. mindestens 1 mal stündlich die Spülung vornehmen. Bisweilen genügt es auch, weniger häufig spülen zu lassen. Die Patienten lernen schnell, die kleine Prozedur sich selbst auszuführen. Das Verfahren stößt nicht einmal bei empfindlichen Patienten auf Widerstand, da es, wenn nur erst die erste Scheu überwunden ist, ohne jede unangenehme Empfindung ertragen wird. Wenn man namentlich bei Beginn der Behandlung oder in hartnäckigen Fällen die Spülungen noch öfter (3 mal stündlich) anwendet, so verstärkt man natürlich die Aussicht auf schnellen Erfolg. Man kann die Spülflüssigkeit ausspeien lassen, doch ist es völlig unbedenklich, wenn, was bei Säuglingen z. B. nicht zu vermeiden ist, selbst größere Mengen verschluckt werden. Irgendwelche Störungen im Verdauungsablauf werden nicht beobachtet. Die Spülungen sind sinngemäß durch Gurgeln mit Diphthosan zu ergänzen. Die Erfolge, die Verf. mit diesem Berieselungsverfahren erzielt hat, sind sehr befriedigend. Verf. hat eine größere Zahl von Bazillenträgern im Säuglingsalter, bei denen die Bazillen bekanntlich vorzugsweise in der Nase sitzen, so behandelt, ferner ältere Kinder und Erwachsene, teils Rekonvaleszenten, teils gesunde Bazillenträger. Es gelang fast ausnahmslos, das Verschwinden der Bazillen innerhalb einiger Tage (in wenigen hartnäckigen Fällen innerhalb 1 bis 2 Wochen) zu erzielen, was eine außerordentliche Beschleunigung der Behandlung gegenüber unseren sonstigen Erfahrungen bedeutet. Die Diphthosapastillen werden von der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation hergestellt. Die leicht löslichen Pastillen enthalten 0,1 g Flavizid (versüßt). Eine Pastille in 500 ccm Wasser gelöst liefert die Gebrauchslösung in der Verdünnung von 1:5000. (Ther. Hlbnhft. 1920 Nr. 20.)

**Ueber Milzbestrahlung bei Hämophilie.** Von Dr. Hans Neuffer (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Tübingen).

1. Die Milzbestrahlung ist bei hämophilen Blutungen ein wertvolles therapeutisches Instrument. Von einschneidendem Erfolg aber ist sie wahrscheinlich bloß bei Hämophilen mit nicht allzuhoher Blutgerinnungsverzögerung.

2. Die Beschleunigung der Blutgerinnung findet durch den weitgehenden Zerfall von Lympho- und Leukozyten in der Milz eine zureichende Erklärung. Es wird dadurch nach heutigen Anschauungen reichlich gerinnungsbeschleunigendes Ferment oder Thrombokinase frei.

3. Der Erfolg ist deshalb auch wohl nur ein vorübergehender, die Hämophilie als solche wird nicht beeinflusst.

4. Ueber das Wesen der Hämophilie geben auch die Beobachtungen der Milzbestrahlungen keine entscheidende Klärung. Die Erfolge lassen sich sowohl nach der alten Theorie erklären, die auch Schloessmann annimmt und die das Thrombin durch die Einwirkung der Thrombokinase entstehen läßt, als auch nach der Klingerschen Anschauung, bei der durch verschiedene sog. Aktivatoren höhere Eiweißverbindungen zu Thrombin abgebaut werden. Der Blutzellenverfall würde also eine Vermehrung der Aktivatoren des Thrombins bedeuten und in seiner Wirkung der Zufuhr stark proteolytisch wirkender Stoffe entsprechen.

(M. m. W. 1921 Nr. 2.)

**Zur Therapie der Magenblutungen.** Von D. R. Decker jr. (Sanatorium in München). Was hat man bei schweren Magenblutungen zu tun? Für die erste Hilfeleistung ist eine genaue Lokalisation der Blutungen nicht unbedingt notwendig, denn die Therapie hat sich auf eine rein symptomatische zu beschränken, lokales Eingreifen ist weder erforderlich, noch angezeigt, da man heute, im Gegensatz zu früher, während einer starken Magenblutung eine Operation unter keinen Umständen ausführen soll. Strengste Bett-ruhe, und zwar unter peinlichster Einhaltung der Rückenlage, ist das erste Erfordernis. Es empfiehlt sich, eine Eisblase auf die Magengrube aufzulegen, und zwar deshalb, um mit dazu beizutragen, daß der Kranke ruhig auf dem Rücken liegen bleibt; daß die Eisblase auf die Blutung selbst einen günstigen Einfluß ausübt, erscheint fraglich, denn in der Tiefe wird durch die Kälte kaum eine Zusammenziehung der Gefäßwandung erreicht werden. In Fällen schwerer Unruhe ist unter allen Umständen von Narkotikis in kleinen Dosen Gebrauch zu machen, selbst wenn der Zustand des Herzens dies unter anderen Umständen verbieten würde, denn

durch Hin- und Herwälzen des Kranken oder gar durch ruckartige Bewegungen kann ein eben gebildeter Thrombus sich lösen, und die Folge ist eine erneute schwere Blutung. Mit der Ruhestellung allein ist es aber bei schweren Blutungen nicht getan. Wir müssen unter allen Umständen durch Förderung der Thrombenbildung mittels geeigneter Medikamente die Blutung zum Stillstand zu bringen versuchen. Von der inneren Gabe solcher Mittel sehen wir ab, denn alle Medikamente, wie Plumbum acetic., Eisenchlorid, Wismut usw., bleiben so gut wie wirkungslos, wenigstens bei starken Blutungen. In der Gelatine haben wir ein Mittel, das wohl am meisten mit dazu geeignet ist, die Gerinnbarkeit des Blutes und damit die Thrombenbildung zu fördern. Es wirkt am sichersten subkutan, und zwar in der Form von 1 Ampulle (40 ccm) Gelatina sterilisata Merck. Verstärkt wird die Wirkung der Gelatine noch dadurch, daß man sie mit Kalziumchlorid kombiniert; diese Verbindung ist unter dem Namen Kalzine im Handel. Neben der verstärkten Wirkung hat Kalzine noch den Vorteil, daß 1 Ampulle mit 10 ccm Inhalt einer solchen mit 40 ccm reiner Gelatine in der Wirkung mindestens gleichzustellen ist, eine Dosis, die für den Kranken weit weniger schmerzhaft ist. Weiter fördern wir die Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch intravenöse Gabe einer hypertonen Kochsalzlösung mit und ohne Kalziumchlorid; die gebräuchliche Form sind 5 ccm einer 10%igen NaCl-Lösung (mit 0,5 Kalziumchlorid). Ist die Blutung durch eine einmalige Gabe dieser Medikamente noch nicht zum Stillstand gekommen, so kann dieselbe am nächsten Tage wiederholt werden. Von herzanregenden Mitteln soll man, wenn irgend möglich, Abstand nehmen, da durch die dadurch bedingte Erhöhung des Blutdruckes einer neuen Blutung Vorschub geleistet wird. Empfehlenswert dagegen sind Kochsalztropfklistiere und subkutane Kochsalzinfusionen, um einerseits gegen den oft quälenden Durst anzukämpfen, andererseits dem Körper doch einen gewissen Ersatz für das verloren gegangene Blut zu geben. Am raschesten und sichersten wird der Blutverlust durch intravenöse Bluttransfusion wieder ausgeglichen, von deren oft lebensrettendem Einfluß bei schweren Blutungen Verf. sich in den verschiedensten Fällen hat überzeugen können. Einer besonderen Behandlung bedürfen die Fälle von Blutungen, die zu Stauungserscheinungen im Magen führen, sei es durch organische Stenose oder durch Pylorusspasmus. Der Magen füllt sich immer mehr mit Blut und mit Magensaft; hierdurch wird eine starke Unruhe des Magens bedingt, Uebelkeit, saures bzw. fauliges Aufstoßen und bisweilen Erbrechen großer Mengen zurückgehaltener Flüssigkeit belästigen den Kranken außerordentlich. Nach landläufiger Ansicht ist es in Fällen von Magenblutungen kontraindiziert, eine



Magenspülung vorzunehmen, von der Voraussetzung ausgehend, daß durch den mechanischen Reiz der Ausspülung ein schon in Bildung begriffener Thrombus weggespült werden könne. Wenn man aber bedenkt, daß durch das ständige Aufstoßen und Würgen oder gar durch den Akt des Erbrechens, der infolge der hochgradigen Füllung des Magens schließlich eintreten muß, die Gefahr des Fortreißen des Thrombus eine noch viel größere ist, wenn man auf der anderen Seite berücksichtigt, daß der Inhalt des Magens einen starken mechanischen Reiz (infolge der fast stets vorhandenen Hypersekretion und Hyperazidität) auf das Geschwür ausübt, dann kann man sich der Ansicht nicht verschließen, daß eine Magenspülung in solchen Fällen nur günstig wirken kann. Verf. hat deshalb seit vielen Jahren in den Fällen von Magenblutungen, die durch Stauungserscheinungen kompliziert waren, die Indikation zur Magenausspülung für gegeben erachtet und danach gehandelt. Verf. kann die beruhigende Versicherung geben, daß er mit einer Magenspülung nie eine Verschlimmerung hervorgerufen hat, im Gegenteil, er erreichte nicht nur eine Besserung des subjektiven Befindens, sondern auch fast ausnahmslos einen Stillstand der Blutung. Nur gebraucht er die Vorsicht, stets mit kleinen Mengen Wassers zu spülen, um nicht durch zu große Mengen einen abnorm starken Druck auf die Magenwandung auszuüben und dadurch die Gefahr einer Perforation heraufzubeschwören. Zur Spülung benützt er abgestandenes Wasser, nicht Eiswasser, wie es seinerzeit Ewald und Minkowski empfohlen haben, denn von dem Eiswasser verspricht er sich keinen wesentlich günstigen Einfluß auf die Blutung, er erblickt vielmehr in dem Eiswasser infolge seines thermischen Reizes eine Schädigung der Magenschleimhaut. Im Anschluß an die Spülung kann man noch 1 g Koagulen, in 10 ccm Wasser aufgelöst, durch den Trichter in den Magen geben, um auf diese Weise noch direkt auf die Magenblutung einzuwirken. In den meisten Fällen schwerer und schwerster Blutungen gelingt es so, den lebensbedrohenden Erscheinungen Herr zu werden, es sei denn, daß eine größere Arterie angefressen ist, wo natürlich jede therapeutische Maßnahme versagen muß. (M. m. W. 1920 Nr. 40.)

**Die Trypaflavin-Therapie bei der Stomatitis.** Von San.-Rat Dr. B. Fervers. Als direktes Spezifikum wirkt das neue Antiseptikum „Trypaflavin“. Mit seiner Anwendung kann man sowohl bei den ersten Anfängen einer Stomatitis bzw. Gingivitis beginnen, als auch bei ernstlichen, chronischen Formen, wobei es mehr leistet wie *Argentum nitricum*. Da es absolut ungiftig und nicht ätzend ist, hat es außer dem Schönheitsfehler, der ziemlich

intensiven Gelbfärbung und des etwas bitteren Geschmacks, keine Nachteile und wird vom Patienten gern gebraucht. Während bei leichteren Fällen die „Trypaflavin-Tabletten“ genügen, aber doch durch die Notwendigkeit der häufigen Anwendung sowohl teuer als auch lästig sind, hält Verf. für die einfachste und beste Form der Anwendung die „Trypaflavin-Gaze“, und zwar genügt bei leichteren Fällen ein mehrmaliges Abreiben des entzündeten Zahnfleisches mit der Gaze zur völligen, sehr raschen Abheilung. Schwere, mehr ulzeröse Formen behandelt Verf. so, daß er dem Patienten mehrere 9—12 cm lange und 2 cm breite Trypaflavingazestreifen zurechtschneidet, die er sich dann jeden Abend vor dem Schlafengehen selbst zwischen Lippen und Zahnfleisch — in das Cavum oris — schiebt; den bei der Stomatitis ulcerosa ist ja in der Regel das ganze Zahnfleisch erkrankt, dazu sehr häufig noch der Zungenrund und die angrenzenden Partien. Schon nach zirka viertelstündigem Liegen können die Gazestreifen wieder entfernt werden, worauf erst am andern Tage die Zähne zu putzen bzw. der Mund auszuspülen ist. Selbst Monate alte Stomatitiden sah Verf. unter dieser Behandlung schon nach einwöchiger Anwendung ohne Rezidiv abheilen. (M. Kl. 1920 Nr. 41.)

**Ueber ein neues Chinaextrakt: Extractum Chinae „Dr. Schmitz“.** Von E. Büchmann, Oberapotheker am Kreiskrankenhaus in Berlin-Reinickendorf. Drei untersuchte Proben ergaben 5,56%, 5,23% und 5,71% Chinaalkaloide. Die Angaben des Prospektes über den Gehalt an wirksamen Substanzen bestehen also zu Recht. Auch konnte Alkohol in dem neuen Präparat chemisch nicht nachgewiesen werden. Außer zur Verordnung in Spezialpackung eignet sich Extractum Chinae „Dr. Schmitz“ auch als Zusatz zu anderen Arzneimitteln nach folgenden Vorschriften:

Rp. Extract. Chinae „Dr. Schmitz“ 5,0  
Vin. Pepsin ad 200,0

Rp. Extract. Chinae „Dr. Schmitz“ 5,0  
Mixtur. Pepsin. F. M. ad 200,0.

Wo es auf sparsame Verordnungsweise ankommt, kann das Mittel auch an Stelle des Dekoktes in Form einer Schüttelmixtur verschrieben werden, dies um so mehr, als bei der Bereitung einer Chinarindenabkochung nach dem Deutschen Arzneibuch kaum die Hälfte der vorhandenen Chinaalkaloide zur Extraktion gelangt. Bei Verwendung von Extractum Chinae „Dr. Schmitz“ nach der Vorschrift:

Rp. Extract. Chinae „Dr. Schmitz“ 5—10 g  
Sirup. simpl. 20,0  
Aq. dest. ad 200,0

ist der Arzt stets in der Lage, die Dosis genau nach Wunsch zu wählen. Es bietet somit das neue Präparat in der Verordnung mancherlei Vorzüge. (D. m. W. 1921 Nr. 2.)

**Dialacetin, ein neues Kombinationspräparat des Dials.** Von Priv.-Doz. Dr. H. Hirschfeld (Berlin). Wie auch die meisten anderen gewöhnlichen Schlafmittel, versagt das Dial in solchen Fällen, in denen die Schlaflosigkeit durch Schmerzen bedingt ist. Gewöhnlich kombiniert man in solchen Fällen mit den Schlafmitteln Antipyretika und Antineuralgika. Die Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel stellt jetzt unter dem Namen „Dialacetin“ eine Kombination her von Diallylbarbitursäure (Dial) und p-Azetaminophenolallyläther, einer chemischen Verbindung, die sich vom Phenazetin dadurch unterscheidet, daß die Aethylgruppe durch den Allylrest ersetzt ist. Jede Tablette enthält 0,25 g p-Azetaminophenolallyläther und 0,1 g Diallylbarbitursäure (Dial). Im Dialacetin wird die klinisch erprobte hypnotische Wirkung des Dials auf das zweckmäßigste ergänzt durch den analgetischen Effekt des p-Azetaminophenolallyläthers, der, wie Tierversuche zeigten, das Eintreten des Schlafes fördert und seine Tiefe verstärkt. Durch die Kombination der beiden genannten Komponenten potenzieren sich im Sinne des Bürgischen Gesetzes die sedativen Wirkungen. Ueberdies hat das Dialacetin durch die Vereinigung gegenüber seinen Komponenten auch an Wirkungsbreite gewonnen: wirksame Gabe und toxische Dosis liegen weiter auseinander. Die antipyretische Wirkung erwies sich infolge der Substituierung der Aethylgruppe im Phenazetin durch den ungesättigten Allylrest als beträchtlich gesteigert. Verf. hat das Dialacetin in über 50 Fällen von Schlaflosigkeit angewandt. Zunächst ergab eine Reihe von Versuchen bei gewöhnlicher neurasthenischer Schlaflosigkeit ohne besondere Komplikationen, daß die Stärke der Wirkung der des Dials überlegen zu sein scheint, da es sich auch in der gewöhnlichen Verabreichung in der Dosis von einer Tablette selbst in hartnäckigen Fällen oft als wirksam erwies. Hervorheben möchte Verf., daß auch die doppelte Dosis, die sich mehrere Male als nötig erwies, keinerlei Schläfrigkeit und Benommenheit am anderen Tage zurückließ. Vorwiegend aber verabreichte Verf. Dialacetin bei solchen Fällen, wo die Schlaflosigkeit mit Schmerzen kombiniert bzw. durch solche bedingt war, wie bei Gesichtsneuralgien, akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Tabes und akuten Infektionskrankheiten, und konnte sich auch hier von seiner ausgezeichneten Wirksamkeit überzeugen.

(Ther. d. Gegenw., Dezember 1920.)

**Biorisierte Säuglingsmilch.** Von Dr. Georg Stern (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Rostock). Zwischen roher und gekochter Milch bestehen weitgehende Unterschiede bezüglich ihres biologischen Verhaltens. Abgesehen von den bakteriellen Verschiedenheiten, sind es gewisse Fermente, die in der rohen Milch vorhanden sind, aber durch den Kochprozeß zerstört werden, und gerade ihnen wird von vielen Seiten eine wichtige Rolle bei der Ernährung des Säuglings zugeschrieben. Nun gab auf der Naturforscherversammlung zu Münster im Jahre 1912 Dr. Lobeck ein neues, von ihm erfundenes Verfahren bekannt, das in einer gewissermaßen blitzartigen Erhitzung der Milch in Dampfform auf  $74^{\circ}$  C und unmittelbar nachfolgenden Abkühlung auf  $4^{\circ}$  C in besonderen Apparaten unter Luftabschluß besteht. Dabei sollen die Keime, vor allem die pathogenen, abgetötet werden. Lediglich einige besonders resistente, wie Heusporen und dergleichen, die aber ohne Bedeutung für den Säuglingsorganismus seien, überständen den Prozeß. Andererseits bleibe jedoch der Charakter der Rohmilch völlig unverändert, da weder eine Gerinnung der Eiweißstoffe noch eine Schädigung der biologischen und chemischen Eigenschaften eintrete, wie es beim Pasteurisieren oder Sterilisieren der Fall sei. Kehren wir nun wieder zu den Fermenten zurück. Sie, die wir sonst nur in roher Milch finden, überdauern den mit dem Biorisieren verbundenen Erhitzungsprozeß, so daß wir es also bei der diesem Verfahren unterworfenen Milch gewissermaßen mit einem Mittelding zwischen roher und gekochter Milch zu tun haben. Aus Untersuchungen ging hervor, daß das Biorisationsverfahren eine sehr problematische Errungenschaft ist. Irgendwelche besonders günstigen Wirkungen der biorisierten Milch auf den Organismus machten sich in keiner Weise bemerkbar, weiterhin zeigte der hohe Keimgehalt der gelieferten Milch, daß auch die biorisierte Milch für Kontaktinfektionen und unpflegliche Behandlung sehr empfänglich ist. Heben wir noch hervor, daß der maschinelle Biorisationsprozeß sie erheblich verteuert, so ist auch aus sozialen Gründen ein allgemeinerer Verbrauch derselben nicht angezeigt. Eine möglichst hygienisch gewonnene Kuhmilch, bei der allerdings die Asepsis beim Melker und der sauber gehaltenen Kuh anfängt und die Milch auf ihrem Wege bis zur Aufnahme durch den Säugling begleitet, ist nach wie vor das Ideal der artfremden Säuglingsmilch. (M. Kl. 1920 Nr. 51.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Die Behandlung des Ulcus cruris mit hochprozentigen Kochsalzlösungen.** Von Fritz Kraus (Bremische Staats-Irren-

anstalt Ellen-Bremen). Die guten Heilungsergebnisse, die Verf. im Felde mit hochprozentigen Kochsalzlösungen (8 oder 10% nach dem Vorschlag von Stieda) erzielt hatte, veranlaßten ihn vor einiger Zeit, diese Behandlungsmethode auch beim Ulcus cruris einmal zu versuchen. Der Erfolg war überraschend. Die Ulcera cruris heilten auf feuchte Verbände mit 10%iger Kochsalzlösung sehr schnell ab. Die Behandlung wurde folgendermaßen gehandhabt: Nach sorgfältiger Abspülung des Geschwürs mit 10%iger Kochsalzlösung wurde ein feuchter Verband mit derselben Lösung jeden Morgen angelegt. Abends wurde nach Entfernung der Binde und des Zellstoffes die auf dem Geschwür liegende Mullkompressen neu mit 10%iger Kochsalzlösung angefeuchtet. Das Geschwür verkleinerte sich sehr schnell, die reichlich sich entwickelnden Granulationen wurden alle 2—3 Tage mit dem Höllensteinstift geätzt. Nach etwa 10 Tagen waren auch größere Geschwüre abgeheilt. Die Geschwürstelle wurde dann noch etwa 10 Tage lang etwa 2 mal wöchentlich mit 4%iger Borsalbe bestrichen und ein Schutzverband darüber angelegt. Bis jetzt hat Verf. nur ein Rezidiv gesehen, daß dadurch entstand, daß die Kranke heimlich den Schutzverband entfernte und an der Narbe herumkratzte. Neben der schnellen Heilung bietet die Behandlung des Ulcus cruris mit 10%iger Kochsalzlösung auch noch andere Vorteile:

1. Die Lösung ist leicht herstellbar und unbegrenzt haltbar.
2. Die Behandlungsmethode ist sehr billig, was man von den sonst üblichen Methoden, wie Zinkleimverbänden usw., zurzeit nicht sagen kann.
3. Die Bettwäsche wird durch die 10%ige Kochsalzlösung fast gar nicht angegriffen.
4. Die Haut wird in der Umgebung des Ulkus vor der Mazeration bewahrt, wie sie durch Anwendung von essigsaurer Tonerde und Salben bisweilen hervorgerufen wird.

(M. m. W. 1920 Nr. 50.)

**Granugen-Paste (Knoll).** Von Dr. Dieterich (Mannheim). 1916 hatte Verf. als Chirurg in einem Lazarett über Erfahrungen mit dem von Prof. Rost (Heidelberg) eingeführten Granugenol berichtet und dabei meist die Wirkung an Knochenfisteln beobachtet. Seit Friedensschluß verwendet er daneben die Granugen-Paste bei Weichteilerkrankungen. Unterschenkelgeschwüre sind ein Hauptgebiet. Nässende Geschwüre trocknen unter Granugen-Paste sehr schnell ab und epithelisieren. Natürlich muß man Unterschiede machen. Bei torpiden, seit Jahren in schwer veränderter Umgebung bestehenden Geschwüren ist Granugen-Paste auch machtlos. Epitheldefekte bei frischen Verletzungen heilen in ganz kurzer

Zeit aus. Auch bei nässenden Ekzemen in der Umgebung von eiternden Wunden leistet die Paste Glänzendes, ebenso bei Frostschädigungen der Haut. Zum Schlusse möchte Verf. erwähnen, daß sie sich bei der Behandlung tuberkulöser Hauterkrankungen bewährt hat. Dem Arzt, der viel mit den erwähnten Krankheiten zu tun hat, wird die Granugen-Paste bald ein unentbehrliches Hilfsmittel sein. Dabei bleiben die Vorzüge des Wundöles „Granugenol“ für tiefere Defekte, Knochenhöhlen, bei Tuberkulose und Osteomyelitis, Schußverletzungen usw. bestehen, das vermöge seiner Leichtflüssigkeit in die Buchten leicht eindringt und rasche Granulationsbildung anregt. Das Granugenol, der integrierende Bestandteil der Granugen-Paste, ist ein unter therapeutischen Gesichtspunkten in bestimmtem Umfange gereinigtes Mineralöl ausgesuchter Herkunft, dem unter Befreiung von schädlich wirkenden Bestandteilen ein biologisch garantierter Gehalt an ungesättigt hydrierten Kohlenwasserstoffen belassen wurde. Die Granugen-Paste enthält 50% indifferente Zinkpudermasse und 50% obigen Granugenols, das nur zuvor mit etwas Paraffin und Lanolin unter Wahrung der von Prof. Rost gut geheißenen Granuliervalenzen auch den physikalischen Ansprüchen an eine Paste angepaßt wurde. Sie ist also kein Geheimmittel. (M. m. W. 1920 Nr. 51.)

**Ueber ein neues Schwefelpräparat.** Von Dr. Siegfried Levi (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.). Bewährt hat sich das xanthogensaure Natron zunächst bei Pediculosis capitis. Verf. hat es in wäßriger 2%iger Lösung in 25 bis 30 Fällen angewendet und nach 3 Kappen waren sowohl Läuse wie Nissen getötet. Es ist dies von um so größerer Wichtigkeit, weil zurzeit ein wirklich einwandfreies Mittel gegen Kopfläuse zu entsprechendem Preis nicht leicht zu beschaffen ist. Sabadillsamen bekamen wir hauptsächlich aus Rußland. Das Veratrin wird zwar auch bei uns gewonnen, und zwar aus dem Wurzelstoff von Veratrum album, der weißen Nießwurz; jedoch ist die Ausbeute so gering, daß sich die Anpflanzung kaum mehr lohnt und das Mittel dementsprechend nicht billig ist. Sublimatessig, den Verf. in 0,3%iger Lösung angewendet hat, hat vielfach Ekzeme der Kopfhaut verursacht, die ihrerseits wieder einer langen Nachbehandlung bedurften. Petroleum ist in seiner Zusammensetzung nicht gleichmäßig und reizt ebenfalls. Auch brauchte Verf. meist von Sublimatessig sowohl wie von Petroleum mehr als 3, vielfach 6 Kappen; bis Läuse und Nissen getötet waren. Das xanthogensaure Natron hat nie gereizt; in 2 Fällen war es gegenüber Sublimatessig und Petroleum das einzige Mittel, das überhaupt Erfolg hatte. Weiter wurden 12 Fälle von Furunkulose

mit dem Präparat behandelt, und zwar waren es sowohl Schweißdrüsenfurunkel (Escherichsche Schweißdrüsenabszesse bei Kindern) wie Talgdrüsenfurunkel. Verf. verwendete es dabei sowohl in 1%iger Lösung als Umschläge wie auch im Bad (bei Kindern 50—75, bei Erwachsenen 100—150 g auf ein Bad). Intoxikationen hat er nie gesehen. Dagegen gingen die Infiltrate schon nach wenigen Umschlägen bzw. Bädern zurück, um schließlich in relativ kurzer Zeit vollständig abzuheilen. 2 Fälle von Neurodermitis wurden durch Bäderbehandlung mit xanthogensaurem Natrium (100—150 g auf ein Bad) in etwas über 1 Woche gebessert. Bei dem einen Fall erlebte Verf. allerdings sehr schnell ein Rezidiv. Bei Psoriasis, bei der er das Mittel als 2—3%ige Salbe angewendet hat, war der Erfolg wechselnd und zweifelhaft; in 3 Fällen verschwand die Schuppung und das Infiltrat gut und verhältnismäßig rasch, in anderen Fällen wieder sah er keinen Erfolg. Auch bei Trichophytie, sowohl bei der oberflächlichen wie bei der tiefen, waren die Resultate der Behandlung nicht eindeutig. Verf. wendete bei deren Behandlung das xanthogensaure Natrium bzw. Kalium in 1‰iger bis 1%iger Lösung an. Bei oberflächlicher Trichophytie sah er in 3 Fällen Besserung, ebenso gingen in 4 Fällen von 11 bei tiefer Trichophytie die Infiltrate deutlich zurück. Bei den übrigen 7 Fällen sah er kaum einen Erfolg, bzw. es mußte wegen Dermatitis das Mittel ausgesetzt werden. Akne vulgaris wurde in 3 Fällen gut beeinflusst (Anwendung von 1%iger wäßriger Lösung und im Bad). Bei der Behandlung der Skabies konnte Verf. leider keine dauernden Erfolge mit seinem Präparat verzeichnen. Ein Nachteil des Mittels, der scharfe zwiebelartige Geruch, konnte durch Zusatz von 5% Benzaldehydspiritus weitgehend gedämpft werden. Der zurzeit noch ziemlich hohe Preis des Mittels würde bei der Herstellung im großen seine weitgehendere Verwendung nicht in Frage stellen. Das xanthogensaure Natrium wird von der Fabrik Cassella (Frankfurt a. M.) unter dem Namen „Prosulfan-Cassella“ in den Handel gebracht.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 2.)

**Die Behandlung der Tabes und Gehirnlues mit Dijodyl.**  
Von Dr. Walther Weigeldt (Aus der Medizinischen Universitätsklinik in Leipzig). Das Dijodyl ist als ein sehr brauchbares Jodpräparat zu bezeichnen. An Wirksamkeit steht es in Dosen von 1,5 bis 1,8 pro die 4—5 g Jodkali nicht nach, übertrifft es aber an Bekömmlichkeit weitgehend. Bei Tabes und Lues cerebri konnte mit ausschließlicher Dijodylbehandlung in 6 Fällen während zweier Jahre ein stationärer Verlauf erzielt werden.

(D. m. W. 1921 Nr. 1.)



**Partielles Ausbleiben eines papulopustulösen Syphilides nach heißen Bädern mit Kal. hypermangan.** Von Dr. F. Weinbrenner (Koblenz). Der Patient hatte einen harten Schanker mit entzündlicher Phimose. Diese wurde ihm dorsal gespalten, und zur schnelleren Reinigung der Geschwürsflächen hatte er durch eine Reihe von Tagen morgens und abends Sitzbäder mit Kal. hypermangan. bekommen, so heiß als er sie vertragen konnte. Ein paar Tage später trat ein papulopustulöses Syphilid auf, das ausblieb soweit, als der Patient im Bade gesessen hatte. Die Photographie zeigt die Grenze in Nabelhöhe, auf den Oberschenkeln verläuft sie schief, entsprechend dem Eintauchen in die Sitzbadewanne. Eine spezifische Behandlung hatte bis zu dieser Zeit nicht stattgefunden. Aus dem Ausbleiben des Exanthems darf man mindestens auf eine starke Entwicklungshemmung, wenn nicht Abtötung der Spirochäten in den gebadeten Partien schließen. Die Beobachtung kann vielleicht einen Fingerzeig geben für die Anwendung heißer Bäder mit oder ohne Medikamentenzusatz bei Behandlung hartnäckiger Sklerosen zur Unterstützung der spezifischen Therapie, und anregen zu Versuchen, ob solche heiße Bäder prophylaktisch verwertet werden können. Durch Tierexperimente wäre festzustellen, ob und nach welcher Zeit es noch gelingt, eine gesetzte Infektion wieder aufzuheben. Wenn dies möglich ist, könnte man mit solchen Bädern vielleicht noch helfen, wenn man mit der äußeren Desinfektion schon zu spät kommt.

(M. m. W. 1920 Nr. 51.)

### **Apparate und Instrumente.**

**Die Bettsitzstütze.** Von Dr. V. E. Mertens (München). Sehr oft ist es nötig, Kranke im Bett in halbsitzender Stellung zu erhalten. Abgesehen von den unhandlichen Betten, deren Liegefläche sich vielfach knicken läßt, gab es bisher nur Vorrichtungen, die entweder ihren Zweck gar nicht erfüllten oder von den Kranken eine Muskelleistung verlangten (Fußklotz), zu der die geringen Kräfte nicht oder nur für ganz kurze Zeit ausreichten. Eine einfache Vorrichtung, die billigen Anforderungen genügt, hat sich Verf. in etwa 6jähriger Benutzung im Krankenhaus bewährt. Es handelt sich um einen 70 cm langen, 15 cm hohen Rahmen, der an jedem Ende einen rechtwinklig zu ihm gestellten, 35 cm langen Bügel trägt. Nachdem der Kranke in die gewünschte halbsitzende Stellung gebracht ist, wird ihm der Rahmen quer ins Bett unter die Knie geschoben. Zwischen den Rahmen und die Oberschenkel wird eine hohe Polsterrolle gelegt. Der herabrutschende Kranke

drückt nun die Rolle gegen den Rahmen, der nicht ausweichen kann, weil er mit einem oder zwei Gurten, die an je einem Bügelende angreifen, am Kopfende des Bettes befestigt ist. Veränderung der Gurtlänge ermöglicht es, die Sitzstütze im Bett zu verschieben und so den Kranken steiler oder flacher zu legen. Das Verwendungsgebiet der Sitzstütze ist sehr ausgedehnt. Ueberall da, wo durch Aufrichtung des Oberkörpers geholfen werden kann, leistet die Sitzstütze Vorzügliches, einerlei, ob es sich um chirurgische oder innere Leiden handelt, um Herzranke, Pneumoniker, Nierenleidende, frisch Operierte (z. B. nach Rippenresektionen, Kropfentfernung) mit kranken oder gefährdeten Lungen usw. Auch andere Ziele können mit der Sitzstütze verfolgt werden. Der Kranke kann z. B. überhaupt das Bedürfnis haben, höher zu liegen, etwa beim Essen, Lesen oder Schreiben. Eine Kranke, die die Sitzstütze von einem früheren Krankenlager kannte, verlangte sie mit der Begründung: „Wenn ich den ‚Zaun‘ habe, liege ich still; ohne ihn bewege ich mich zuviel und habe dann Schmerzen.“ Andererseits kann es von Vorteil sein, daß der Kranke trotz der Stütze Füße und Knie bewegen kann, ohne seinen Sitz zu gefährden. Die Polster sollen nicht hart sein, sondern etwas nachgeben, was deshalb erwünscht ist, weil dann der kalte, obere Rand der Stütze etwas überhöht wird. Die Rollen lassen sich auch auf vielfache Weise behelfsmäßig herstellen. Man braucht z. B. nur eine Decke fest um ein Kissen zu wickeln oder eine Decke allein zusammenzurollen, deren Ende dann vorteilhaft fußwärts über die Stütze hängt. Da am Bett keinerlei Aenderungen gemacht zu werden brauchen, kann die Sitzstütze in eisernen und hölzernen Betten verwendet werden. Sie eignet sich deshalb auch für die Krankenpflege im Hause, wo sie besonders willkommen sein sollte, weil dort häufiges Zurechtlegen des Kranken meist mehr Schwierigkeiten macht als im Krankenhaus. Die Sitzstütze könnte aus beliebigem Stoff hergestellt werden, doch wird sie nur aus Metall gefertigt. Erstens ist sie so unbegrenzt haltbar. Holz könnte immerhin einmal brechen und die dadurch verursachte plötzliche Erschütterung für den Kranken böse Folgen haben. Zweitens vermeidet man durch den einfachen Metallbau jedes Geräusch, während bei einer Holzstütze Knarren nie mit Sicherheit auszuschalten wäre. Ferner läßt sich die Metallstütze besser sauber halten. Aus diesem Grunde ist es auch geboten, das Polster nicht an der Stütze zu befestigen. Das befestigte Polster würde außerdem sehr schnell einseitig eingelegen werden. Würde man es um eine Rahmenstange herummontieren, so würde auch die Sicherheit des Sitzes hinfällig werden. Die Sitzstütze ist in der Münchener chirurgischen Klinik in Gebrauch und bewährt sich auch da vollauf. Die Her-

stellung des Gerätes geschieht durch die Firma C. Stiefenhofer, München, Karlsplatz, in 2 Ausführungen: in einem Stück starr oder mit einklappbaren Bügeln, was die Aufbewahrung erleichtert.  
(M. m. W. 1921 Nr. 4).

**Eine neue Art aseptischer Tascheninstrumente.** Von Dr. Fritz Frank, (Heppenheim). Das sowohl im Operationssaal wie in der ambulanten Praxis bisher weitaus am meisten gebräuchliche Mittel, die Dampf- und Heißwassersterilisation der Instrumente, wird jetzt durch den Mangel an Heizmitteln (Kohlen, Gas, Spiritus) allmählich, namentlich in der Haus- und Landpraxis, sehr erschwert. Unter diesen Umständen kommen die von Dr. Lilienstein, Bad-Nauheim, angegebenen „Aseptika-Instrumente“<sup>1)</sup> einem sicher von vielen Kollegen empfundenen Bedürfnis entgegen. Es handelt sich dabei um Instrumente, die steril und gebrauchsfertig mitzuführen sind und somit den Arzt von Heiz- und Sterilisationseinrichtungen unabhängig machen. Den Alkohol gebraucht man im Sprechzimmer und Operationssaal schon seit langem als Desinfektionsmittel und zur Aufbewahrung von sterilen Instrumenten. Für die ambulante Praxis ist er bisher noch kaum zur Verwendung gekommen. Das wird wohl erst ermöglicht durch das von Lilienstein eingeführte Prinzip, den Alkoholbehälter zu einem Teil (Griff) eines sterilen Tascheninstruments zu machen. Der zu gebrauchende Teil, z. B. die Klinge des Messers, die Nadel der Spritze, taucht hierbei vollkommen in den Alkohol ein, während das Instrument nicht in Gebrauch ist oder transportiert wird, und zwar derart, daß ein Verdunsten oder Luftzutritt ausgeschlossen ist. Für den Gebrauch wird die Klinge usw. aus dem Behälter herausgenommen und auf diesen, der als Griff dient, aufgeschraubt. Der große Vorteil, den der Alkohol bietet, besteht darin, daß die Instrumente, besonders auch stählerne, blank bleiben, nicht verderben, nicht rosten und vor allem, daß sie ständig steril und gebrauchsfertig sind. Selbst Klingen, die versuchsweise 4 Monate in 80% igem Alkohol gelegt wurden, zeigten keine Spur von Rost oder Trübung der Politur. Es genügt vollkommen, wenn der Alkohol, je nach Inanspruchnahme des Instruments, alle paar Wochen einmal erneuert wird. Verf. konnte in seiner Praxis die Angaben von Lilienstein vollständig bestätigen, daß der Verbrauch von Alkohol hierbei äußerst gering ist (pro Füllung 3 ccm). Am besten ist natürlich absoluter Alkohol, indessen genügt auch 80—90% iger. Bei kleinen operativen Eingriffen bedarf der Arzt also in Zukunft, außer mechanischer Reinigung und Jodpinselung des Operations-

<sup>1)</sup> Fabrikant B. B. Cassel, Frankfurt a. M.

feldes, keinerlei Vorbereitung mehr, und Verf. sieht in dem neuen Verfahren einen tatsächlichen und wichtigen Fortschritt auf dem Gebiet der Instrumentenkunde. (D. m. W. 1920 Nr. 33.)

### Verschiedenes.

Ueber anästhesierende Wirkung des Kaffees schreibt San.-Rat Dr. Br. Alexander (Bad Reichenhall): „Gelegentlich eines rezidivierenden Nasennebenhöhlenkatarrhs versuchte ich nach anfänglichen Instillationen von 5%iger Kokainlösung Kaffeeinfus. Ich goß mir mittels Nasenschiffchen ca. 5 ccm 10%igen Kaffeeinfuses in die Nase und ließ es erst nach 1 Minute zum andern Nasenloch auslaufen. Die Sensibilität der Nasenschleimhaut wurde vor, 15 und 30 Minuten nach dem Versuch geprüft, indem ich eine Nasensonde bis zum Nasenrachen einführte. Im Verlaufe des letzten Jahres stellte ich viele derartige Versuche an. Die Sensibilität erwies sich nach dem Versuch immer herabgesetzt, und zwar entsprach die Minderung dem nach Anwendung einer 1%igen Kokainlösung eintretenden Effekt. Nach einem Augenbade mit Kaffeeinfus erwies sich die Sensibilität der Konjunktiva und Kornea bei Prüfung mit dem Sondenknopf auch herabgesetzt. Ich stellte nun gleiche Sensibilitätsprüfungen vor, 15 und 30 Minuten nach Genuß einer Tasse 10%igen Kaffeeinfuses bester Qualität an. Danach war die Sensibilität in der Nase ebenso herabgesetzt, wie nach lokaler Anwendung. Nach gleichzeitiger lokaler und innerlicher Anwendung war die Herabsetzung der Sensibilität noch größer. Um zu entscheiden, ob diese Wirkungen nur dem Koffein zuzuschreiben sind, wendete ich lokal konzentrierte Koffeinsolution und innerlich 0,2 Koffein an — bekam dasselbe oder annähernd gleiches Resultat. Diese Beobachtungen veranlaßten mich, noch mit anderen Medikamenten Versuche anzustellen. Ich will vorläufig nur erwähnen, daß Coffein. natr. salicyl. solut. concentr. lokal die Sensibilität mehr herabsetzt als Koffein, und daß nach Genuß mäßiger Mengen Alkohol und auch nach Injektion von 2 ccm Ol. camphor. forte die Sensibilität erhöht zu sein schien. Die Versuche mußten in Intervallen angestellt werden, weil die Sensibilität in der Nase ebenso wie im Kehlkopf durch häufiges Sondieren bekanntlich herabgesetzt wird. Die Sensibilitätsschwankungen sind bei Anwendung der genannten Mittel so gering, die Möglichkeit der Autosuggestion so groß, daß ein sicheres Urteil nur aus einer großen Zahl von Selbstversuchen durch Aerzte gewonnen werden könnte. Dazu wollte ich mit dieser kurzen Mitteilung auffordern.“ (D. m. W. 1921 Nr. 10.)

## Neue Bücher.

Die **Breitenstein'schen Repetitorien** (Leipzig, J. A. Barth) haben verdientermaßen so große Verbreitung, daß immer wieder neue Auflagen erscheinen müssen. Heute liegt uns eine größere Anzahl derselben vor: Nr. 1: Repetitorium der Inneren Medizin (8. Auflage, Preis: Mk. 19.—), Nr. 13 a: Repetitorium der Chirurgie (Allgemeine), Nr. 14 b: Repetitorium der Frakturen und Luxationen, Nr. 23: Repetitorium der Allgemeinen Pathologie (3. Auflage, Preis: Mk. 4.50), Nr. 41: Repetitorium der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie (3. Auflage, Preis: Mk. 20.—), Nr. 44: Repetitorium der Topographischen Anatomie (4. Auflage, Preis: Mk. 11.—), Nr. 47 a: Repetitorium der Hygiene (4. Auflage, Preis: Mk. 6.85), Nr. 72: Arzt und Bakteriologisches Untersuchungsamt (Preis: Mk. 7.—).

Ferner sind bei der Redaktion eingelaufen (Besprechung vorbehalten):

- F. Segesser**, Das Fasten als Heilmethode (Dresden, E. Pahl, Preis: Mk. 3.50).
- H. Schall**, Diagnostik und Ernährungsbehandlung der Zuckerkrankheit (Leipzig, C. Kabitzsch, Preis: Mk. 14.—).
- J. Borntraeger**, Preußische Gebührenordnung (ebenda, Preis: Mk. 9.—).
- A. Sopp**, Gesundheits- und zeitgemäße Ernährung (ebenda, Preis: Mk. 6.—).
- E. Ebstein**, Der Geruch in der klinischen Diagnostik (Würzburger Abhandlungen, ebenda, Preis: Mk. 4.50).
- O. Hagedorn**, Die chirurgische Tuberkulose (ebenda).
- L. Ascher**, Die Unregelmäßigkeit des Herzschlags (Haupt, Bern).

---

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

# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 9.

Juni 1921

## Ueber Holzspatel bei Halsuntersuchungen.

Von San.-R. Dr. C. Goldmann (Breslau).

Vor dem Kriege hatte ich mir für wenig Geld 1000 Holzspatel, ich glaube von Evens & Pistor, angeschafft, die, in einen vernickelten Griff hineingeschoben, sich sauber und bequem verwenden ließen für alle Racheninspektionen, Pinselungen, Spiegelung. Nach Gebrauch wurden sie verbrannt. Jetzt, nach dem Kriege, fand ich noch einen erheblichen Teil davon vor. Der vernickelte, sonst übliche Spatel hätte in dem reichlich teuren Alkohol desinfiziert oder durch Auskochen im Gaskocher aseptisch gemacht werden müssen. Beides ist kostspielig und zeitraubend, der Holzspatel bleibt stets sauber und sofort verwendbar. Da aber Holz inzwischen auch sehr im Preise anzog, 100 Spatel schon 4,25 Mk. kosten, gebe ich jedem Halskranken seinen Spatel mit, den er ja zur Sicherheit mit seinem Namen durch Einritzen kenntlich machen kann, und beauftrage ihn, denselben selbst stets sauber zur Sprechstunde mitzubringen bzw. zur häuslichen Untersuchung bereit zu halten. Diese kleine Ersparnis dürfte wohl jedem beschäftigten Praktiker eine Entlastung der Ausgaben und der Arbeit bringen.

## Aetiologisches.

Ueber den zunehmenden Phagedänismus. Prof. Dr. A. Buschke, Dirigierender Arzt der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin, weist darauf hin, daß er bereits in mehreren Sitzungen der Berliner Dermatologischen Gesellschaft mitgeteilt hat, daß er in letzter Zeit eine verhältnismäßig große Zahl phagedänischer Erkrankungen beobachtet hat, zu denen er die Plaut-Vincentische Angina, Noma und ähnliche Affektionen der Mundschleimhaut, phagedänische Ulzera der Genital- und Para-

genitalregion und anderer Hautstellen rechnet. Die Affektionen, welche an den Genitalien am häufigsten sind, verlaufen zum Teil gutartig, zum Teil mit sehr schweren Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber, und endigten in 3 Fällen (eine progrediente, den ganzen Penis zerstörende, eine am Oberschenkel einer Frau lokalisierte und eine die Mundschleimhaut betreffende Affektion) mit dem Tode. Mikroskopisch fand Verf. auch immer die fuso-spirilläre Symbiose, daneben aber in 3 Fällen den von Matzenauer als ätiologisch angewiesenen Bazillus. Diphtheriebazillen, die er jetzt in Genitalaffektionen anderer Art häufiger findet, ließen sich nie nachweisen. Die bakteriologische Blutuntersuchung — auch in septisch erscheinenden Fällen — verlief negativ, auch in einem Falle, der nach der Heilung der Lokalaffektion noch hoch fieberte. Ob die fusiformen Bazillen und Spirillen, die man doch auch — wenn auch selten — in unschuldigen Mund- und Genitalaffektionen findet, wirklich ätiologisch in Betracht kommen, ist Verf. zweifelhaft; vielleicht können sie bei der durch die Ernährung bedingten konstitutionellen Schwäche wirksam werden, vielleicht liegt aber auch ein invisibles, unbekanntes Kontagium zugrunde. Dabei erwähnt Verf. als bemerkenswert, daß nie — wie bei *Ulcus molle* — eine Autoübertragung beobachtet wurde. Therapeutisch hat am besten eine energische Lokalbehandlung mit Kampferwein, Aqua chlorata, Sublimat, Cuprum sulfuricum, Jodoform, eventuell Abtragung und Ustion genützt. Neosalvarsan schien in einem Falle die Heilung bewirkt zu haben. Allein alle 3 Todesfälle waren auch damit behandelt. Jedenfalls ist ein Versuch mit dieser Allgemeintherapie berechtigt, trotzdem Verf. keinen Zusammenhang mit Lues feststellen konnte.

(D. m. W. 1921 Nr. 13.)

**Abakterielle Urethritis und Prostatitis nach Erkältung.** Von Dr. F. Weinbrenner. Abakterielle Urethritis im Sinne Barlows, d. h., daß niemals eine Gonorrhoe bestanden haben darf, kommt vor bei solchen, die infolge von Erkältung an Katarrhen der Luftwege leiden, besonders bei denen, die zu solchen Katarrhen neigen. Die Urethritiden nach Erkältung werden gewöhnlich nur gefunden bei solchen, die ihr Genitale genau beobachten, weil sie eine Ansteckung befürchten, oder sie werden zufällig entdeckt, weil die Urethritis und bei Männern die regelmäßig damit verbundene Prostatitis gar keine oder kaum nennenswerte subjektive Störungen verursacht. Immer muß das Prostatasekret mikroskopisch untersucht werden, auch wenn es makroskopisch gesund erscheint; oft ist es schon makroskopisch krankhaft verändert. Die Prostata kann bei der Palpation unverändert erscheinen oder sich teigig



anfühlen, oder auch ein- oder beiderseitig geschwollen erscheinen. Eine Behandlung ist nicht angebracht. Diese Urethritis ist dem Schnupfen gleichzustellen, gegen den es auch noch keine spezifische Behandlung gibt. Bei länger anhaltender Schwellung der Prostata ist eventuell eine Massage zu versuchen; im allgemeinen schwindet die Erkrankung bald von selbst, während in Fällen, die zum Chronischwerden neigen, die Behandlung gewöhnlich nur vorübergehende Erfolge erzielt.

(Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilk. Bonn, 18. 10. 20.)

### Krankheitsbilder.

**Ueber nichttuberkulöse Lungenspitzenkatarrhe.** Von G. Liebermeister (Düren). „Jeder von uns hat wohl schon öfters Fälle beobachtet, bei denen der klinische Befund und die Vorgeschichte eine Lungenspitzen tuberkulose annehmen ließ, der Verlauf einen aber an dieser Diagnose irre machte. In den wenigsten derartigen Fällen ist man in der Lage, mit voller Sicherheit zu entscheiden, ob es sich wirklich um Tuberkulose gehandelt hat oder nicht. Sichere Angaben aus der Literatur sind nur sehr spärlich. Bei Staehelin (Hb. d. inn. M. II S. 555) finde ich die Bemerkung, daß akute Bronchitiden, z. B. nach Influenza, sich auch an den Spitzen lokalisieren können. Krönig hat die Lungenspitzenatelektase bei jugendlichen Individuen mit behinderter Nasenatmung beschrieben und nimmt nach Allgemeinbefund und Verlauf an, daß es sich dabei nicht um Tuberkulose gehandelt hat. Külb's hat ebenfalls Fälle von rezidivierender, in der Spitze lokalisierter Bronchitis beschrieben; auch bei ihnen ist, da Sektionsbefunde fehlen, Tuberkulose nicht mit Sicherheit auszuschließen. Köhler berichtet dagegen über zwei Sektionsbefunde von Fällen mit ausgesprochenen katarrhalischen Geräuschen über den Spitzen ohne Tuberkulose. F. Müller beschreibt einen Fall von lokaler, chronischer Streptokokkenpneumonie einer Lungenspitze, die intra vitam eine Tuberkulose vorgetäuscht hatte. Litzner (M. m. W. 1913 S. 2452) berichtet über 3 Spitzenkatarrhe, von denen 2 sicher nicht tuberkulös waren. Mich selbst interessiert die Frage schon seit meiner ersten Assistentenzeit, als ich in dieser Richtung eine Fehldiagnose gestellt hatte. Auf die Phthisikerbaracke der Leipziger Medizinischen Klinik wurde mir im Winter 1902/03 ein Fall eingeliefert mit schwerer Hämoptoë. Die Hämoptoë kam zunächst zum Stehen, wiederholte sich aber nach 3 Tagen und führte zum Exitus. Die am liegenden Patienten vorgenommene Untersuchung ergab ausgesprochene Dämpfung über der rechten Lungenspitze mit massenhaften fein- bis mittelblasigen Rasselgeräuschen. Ich

schrieb als klinische Diagnose auf: ‚Tuberkulose der rechten Lungenspitze, Hämoptoë.‘ Die Autopsie ergab ein etwa walnußgroßes Aortenaneurysma, das in den rechten Oberlappenbronchus perforiert war; keine Tuberkulose. Das aspirierte Blut hatte einen Katarrh der rechten Lungenspitze vorgetäuscht. Ein anderer Fall kam wegen angeblich vorgeschrittener Lungentuberkulose auf die gleiche Station. Allgemeinzustand und Lungenbefund sprachen durchaus für diese Diagnose, dagegen wurde in dem sehr reichlich abgedonderten Sputum nie ein Tuberkelbazillus gefunden. Wir nahmen damals an, daß es sich um einen Lungentumor handle; die Autopsie ergab Lungenlues. Ich habe seither manchen Fall von Spitzenkatarrh beobachtet, bei dem ich nach dem klinischen Verlauf eine tuberkulöse Aetiologie für unwahrscheinlich hielt, ohne sie exakt ausschließen zu können. Seit Kriegsschluß habe ich mich mit dieser Frage eingehender beschäftigt. Eine große Anzahl Patienten suchte meine Hilfe auf wegen ‚verschleppter Grippe‘. Ich habe grundsätzlich in jedem Fall das Sputum untersucht und konnte bei einer Reihe von Fällen, deren klinischer Befund und Lokalisation einer Tuberkulose nicht wahrscheinlich erscheinen ließ, feststellen, daß es sich um frische offene Tuberkulosen handelte. Bei einem anderen Teil der Fälle schien der klinische Befund für Spitzentuberkulose charakteristisch zu sein, Tuberkelbazillen fehlten aber im Auswurf. Einige von diesen Fällen litten an mehr oder weniger starker Hämoptoë, die zum Teil von uns im Krankenhaus beobachtet wurde. Ich verfüge über einen charakteristischen Sektionsbefund: Frau Sch., ins Krankenhaus aufgenommen am 9. 1., gestorben am 13. 1. 1919: Paratyphus B, Hämoptoë (ca. 300 ccm im Krankenhaus beobachtet), Spitzenbronchopneumonie. Da in dem reichlich abgedonderten Sputum bei mehrfacher genauer Untersuchung nach Antiformin-anreicherung nie ein Tuberkelbazillus gefunden wurde, habe ich trotz der schweren Hämoptoë klinisch keine Tuberkulose, sondern eine Grippe-Bronchopneumonie angenommen. Die Autopsie hat diese Annahme bestätigt; die eingehende mikroskopische Untersuchung ließ nirgends etwas von Tuberkulose feststellen. — Ferner habe ich 14 Fälle klinisch genau beobachtet, bei denen der Befund teils anderen Aerzten, teils mir eine Spitzentuberkulose sehr wahrscheinlich erscheinen ließ. Im Auswurf fanden sich keine Tuberkelbazillen, Pirquet-Reaktion war negativ, und Tuberkulineinspritzungen in diagnostischen Dosen von 0,1 bis 10 mg gaben keine Reaktion. Bei 7 dieser Fälle wurde auch bei weiterer Steigerung der Dosen bis zur Höhe von 200 mg Alttuberkulin, bis 2000 mg Bazillenemulsion keine Reaktion erzielt. Ich glaube bei diesen Fällen die tuberkulöse Aetiologie mit ziemlicher Sicherheit aus-

schließen zu können. Ich halte sie für durch Grippe bedingte Spitzenbronchitiden und -bronchopneumonien. Alle 14 Fälle sind ausgeheilt; bei einigen von ihnen war der Spitzenbefund recht hartnäckig und bestand mehrere Wochen, bis er endlich restlos verschwand. Wenn wir bedenken, wie außerordentlich oft man bei Erwachsenen positive Tuberkulinreaktionen findet, so stellen diese Spitzenaffektionen mit fehlender Tuberkulinreaktion doch ein recht häufiges Vorkommnis dar, mit dem man praktisch entschieden zu rechnen hat. Vielleicht handelt es sich auch bei manchen glänzenden Heilerfolgen mit dem Friedmannschen Mittel um solche nichtspezifische Lungenspitzenkatarrhe, um so mehr, als sich ja das Friedmannsche Mittel mit Tuberkulineinspritzungen nicht verträgt. Bei der großen Häufigkeit positiver Tuberkulinreaktionen müssen wir aber auch an die Möglichkeit denken, daß unter den allgemein und mit Fieber reagierenden Fällen mit positivem Spitzenbefund solche sind, bei denen der Spitzenbefund mit der nachgewiesenen tuberkulösen Infektion nicht im Zusammenhang steht. Für eine Erkrankung am rechten Lungenhilus konnte ich dieses Verhalten feststellen: Andreas B., wegen Tuberkulose der rechten Ulna operiert, reagiert auf Tausendstel Milligramme Alt-tuberkulin stark. Der Junge wurde auf die Innere Station verlegt wegen plötzlich auftretender unregelmäßiger hektischer Temperaturen. Am rechten Lungenhilus handtellergröße Dämpfung, an entsprechender Stelle im Röntgenbild intensiver Schatten; Bronchialatmen, zahlreiche klingende Geräusche. Massenhaftes eitriges Sputum, in dem bei häufiger Untersuchung mit Antiformin nie ein Tuberkelbazillus gefunden wurde. Am 22. 7. 1919 Anlage eines Pneumothorax, nach der dritten Nachfüllung vollständig fieberfrei, nach der sechsten Nachfüllung im Lungenstumpf keine Verdichtung mehr; ohne weitere Nachfüllung gutes Allgemeinbefinden und dauerndes Fehlen von Lungenerscheinungen. Fast reaktionslose ambulante Fortsetzung der Tuberkulinkur. — Ich deute den Fall so, daß bei einem tuberkulös Infizierten ein Grippe-Lungenabszeß aufgetreten und verhältnismäßig rasch abgeheilt ist. Wenn die Lungenerkrankung in der Nähe des Hilus tuberkulöser Natur gewesen wäre, so hätte man in dem massenhaften Sputum bei häufiger Untersuchung Tuberkelbazillen finden müssen. Die angeführten Fälle legen nahe, besonders in der jetzigen, durch Grippe komplizierten Zeit, möglichst exakte ätiologische Diagnosen zu stellen, damit tuberkulöse Erkrankungen möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden und bei Nichttuberkulösen nicht die Diagnose der Tuberkulose gestellt wird.“

(D. m. W. 1921 Nr. 10.)

**Die perniziöse Anämie im Greisenalter.** Von Prof. Hans Curschmann (Aus der Medizinischen Poliklinik zu Rostock). Perniziöse Anämie ist im Greisenalter nicht selten. Oft verbirgt sie sich unter der Maske des senilen Marasmus und der Herzinsuffizienz. Man untersuche bei jeder senilen Glossodynie das Blut auf Biermersche Anämie! Sie ist nicht selten, genau wie die des mittleren Alters, einer energischen Arsenbehandlung zugänglich, durch die weitgehende, heilungsähnliche und lange Remissionen erzielt werden können. (M. m. W. 1921 Nr. 6.)

**Zur Frage der Parasyphilis.** Von Lünenborg (München-Gladbach). In der D. m. W. 1920 Nr. 46 berichtet Prof. Dr. Stern über luesähnliche Erkrankungen, die er auf Infektion mit Mund- bzw. Balanitisspirochäten zurückführt und die er als Parasyphilis bezeichnet. Zur Klärung der Frage ist es vielleicht nicht ohne Nutzen, wenn Verf. kurz über Beobachtungen berichtet, die er seit den letzten Kriegsjahren machte und die ihn auf denselben Gedanken brachten. Er sah nämlich in den letzten Jahren zahlreiche Fälle von kraterförmigen, schmierig belegten Mandelgeschwüren, die große Aehnlichkeit mit einem zerfallenen Gumma hatten; einzelne waren auch mit Diphtherie zu verwechseln und zum Teil schon von anderer Seite vergeblich mit Diphtherieserum behandelt worden. In früheren Jahren sah Verf. solche Ulzera viel seltener und hielt sie, trotz Leugnens einer geschlechtlichen Infektion seitens der Patienten, für Lues und behandelte sie dementsprechend, und zwar mit Erfolg. Bei der Häufung der Fälle in den letzten Jahren und bei dem Leugnen einer geschlechtlichen Infektion auch seitens intelligenter Leute kam er auf den Gedanken, es könne sich um eine Infektion durch Mundspirochäten handeln, die bei den traurigen Ernährungsverhältnissen unserer Bevölkerung einen günstigeren Boden für ihr Wachstum gefunden hätten. Hierin wurde er bestärkt durch das bei einzelnen Patienten gleichzeitige Vorhandensein von schmierig belegten Ulzerationen der Wangenschleimhaut und ausgedehnter Gingivitis. Die Ulzerationen waren meistens schon längere Zeit mit Gurgelungen usw. vergeblich behandelt worden. Auf Hydrarg. bijodat. 0,1, Kal. jod. 10,0 zu 300,0 Aq. dest. gingen die Ulzerationen rasch zurück und verschwanden spurlos. Es handelte sich immer um jugendliche Patienten von 15—30 Jahren. Da Verf. die Erfahrung gemacht hat, daß neuerdings wirklich syphilitisch infizierte Personen viel weniger als früher geneigt sind, beim Arzte ihre Krankheit zu leugnen (was wohl auf die Aufklärung über die bösen Folgen derselben zurückzuführen ist, die jetzt in immer weitere Kreise gedungen ist), so ist er zu der Ueberzeugung gekommen, daß es

sich in den beschriebenen Fällen um die von Stern treffend mit Parasyphilis bezeichnete Krankheit gehandelt hat.

(D. m. W. 1921 Nr. 14.)

### Kasuistisches.

**Fall von pseudomembranöser Oesophagitis.** Von K. Lederer (Deutsches Pathol.-Anatom. Institut in Prag). Pat. ein von einer grippekranken Mutter geborener,  $1\frac{1}{3}$  Monate alter Säugling. Der Fall zeigte neben einer Gastroenterokolitis und einer Influenza-bronchopneumonie eine pseudomembranöse, und zwar verschorfende Oesophagitis, worin große Mengen von *Bacterium influenzae* und *Streptococcus mucosus* nachgewiesen wurden, in geringerer Menge und ungleichmäßig auch ein gramnegatives Stäbchen, augenscheinlich den Fusiformen zugehörig. Pseudomembranöse Oesophagitis ist vor allem bei Verätzungen bekannt, findet sich aber zuweilen auch bei verschiedenen Infektionskrankheiten, so bei Scharlach, seltener bei Diphtherie. Da eine Verätzung sowohl klinisch als auch anatomisch ausgeschlossen werden konnte, wurde die Oesophagitis mit Rücksicht auf den bakteriologischen und histologischen Befund als eine mykotische angesprochen. Genetisch handelt es sich dabei nach dem histologischen Befund um eine von der Schleimhautoberfläche ausgegangene Infektion und nicht um eine hämatogene, an die wegen des Befundes von Kokken in Gefäßen der verschorften Schleimhaut zunächst auch gedacht werden mußte. Ob eine primäre Mischinfektion mit den gefundenen Bakterien vorlag oder aber eine sekundäre Infektion, konnte nicht mit Sicherheit entschieden werden. Doch würde die Tatsache, daß ein Fall von Influenzaösophagitis nicht bekannt wurde, dafür sprechen, daß das Influenzabakterium als primärer Erreger der Oesophagitis auch im vorliegenden Falle kaum in Betracht kam. Der Umstand, daß das Kind vorher einen Soor hatte, könnte daran denken lassen, daß auch im Oesophagus Soor vorhanden und damit die Grundlage gegeben war für die nachträgliche Mykose, die zur Oesophagitis necroticans führte. Das *Bacterium influenzae* der Oesophagitis entstammt zweifellos der Bronchopneumonie des Kindes, in der es massenhaft und so gut wie ausschließlich gefunden wurde, der Streptokokkus und das fusiforme Bakterium wahrscheinlich der Mundhöhle des Kindes, wo bekanntlich beide Formen als Saprophyten beobachtet werden. Grampositive längliche Kokken zu zweit waren übrigens bei der Mutter des Kindes mikroskopisch im Exsudat der Pneumonie nachgewiesen worden. Bemerkenswert ist im vorliegenden Falle die Aetiologie der Oesophagitis. Wenn wir von den fusiformen Bakterien absehen, die

im Verdauungstrakt als Ursache entzündlicher Prozesse öfter gefunden werden, so müssen *Bacterium influenzae* und *Streptococcus mucosus* sicherlich zu den seltenen Erregern von Veränderungen des Verdauungstraktes gezählt werden. Erwähnenswert sind hier die Befunde von *Bacterium influenzae* in einem periappendizitischen Abszeß durch Adrian und in einem peripankreatischen Abszeß durch Klieneberger, sowie im Eiter von Gallenblasenempyemen. Daß das *Bacterium influenzae* auch bei pseudomembranösen Entzündungen gefunden wird, konnte während der letzten Grippeepidemie in einer Reihe von Fällen beobachtet werden, doch handelt es sich auch hier immer um Mischinfektionen, häufig mit Angehörigen der Gattung *Streptokokkus* und *Staphylokokkus*. Betroffen waren von diesen Veränderungen die oberen Luftwege, vor allem Trachea und Bronchien. Daß *Streptococcus mucosus* auch im Verdauungstrakt oder von ihm aus entzündliche Prozesse hervorrufen kann, ist bekannt. So berichtet Schottmüller über eine akute Peritonitis nach Perforation des Oesophagus bei spastischer Oesophagusstenose mit *Streptococcus mucosus* im peritonitischen Exsudat und im Blute des Patienten. Und der Enterokokkus, den Lewkowitz in drei Fällen von Ruhr gefunden hat, wird von Schottmüller als *Streptococcus mucosus* angesprochen. Der hier mitgeteilte Fall ergänzt die Reihe jener Fälle, in denen das Influenzabakterium, ebenfalls zumeist in Mischinfektion mit anderen Mikroorganismen, in pseudomembranösen Entzündungen gefunden wurde, und stellt insofern ein Novum dar, als die Lokalisation der Influenza im Oesophagus bisher noch nicht erwähnt erscheint. (M. Kl. 1920 Nr. 44.)

**Leistendrüsenerweiterung als Folge von Ulcus molle-Aetzung mit Karbolsäure.** Von San.-Rat Dr. Brenning, Abteilungsarzt am Ost-Krankenhaus in Berlin. Die von Neißer eingeführte Behandlung des Ulcus molle mit reiner Karbolsäure hat bekanntlich in vielen Fällen eine ausgezeichnete Wirkung, indem schmierig belegte, schlecht heilende Geschwüre sich dadurch reinigen und oft auffallend schnell überhäuten. Verf. hat wiederholt gesehen, daß Ulzera, welche wochenlang trotz aller therapeutischen Maßnahmen unverändert fortbestanden, nach nur einige Male vorgenommener Aetzung mit Karbolsäure schon nach wenigen Tagen vollständig geheilt waren. Leider scheint aber diese Behandlungsweise in manchen Fällen eine recht unerwünschte Nebenwirkung hervorzurufen. Schon vor einer Reihe von Jahren wurde von autoritativer Seite darauf hingewiesen, daß unter gewissen Umständen diese Aetzung des Ulcus molle mit Karbolsäure das Zustandekommen eines Bubo direkt begünstigt. Verf. hat seitdem

viele Hunderte von *Ulcera mollia* behandelt, von denen eine große Anzahl zunächst keinerlei Komplikationen von seiten der Leisten- drüsen aufwies, bei denen aber im Laufe der Behandlung, mochte diese nun stationär oder ambulant erfolgt sein, sowohl nach Aetzung mit Karbolsäure oder Jodtinktur als auch ohne jede Aetzung unter der sonst üblichen Lokaltherapie ein Bubo zur Entwicklung gelangte. Es ist natürlich auch hierbei außerordentlich schwer, wenn nicht ganz unmöglich, mit Sicherheit zu entscheiden, ob es sich bei dieser Bubobildung um ein *post hoc* oder ein *propter hoc* gehandelt hat. Immerhin gaben aber doch verschiedene Fälle, bei denen unmittelbar nach einer Karbolsäure- ätzung ein Bubo entstanden war, zu Bedenken Anlaß, so daß Verf. lange Zeit hindurch statt der Karbolsäure nur Jodtinktur anwandte. In letzter Zeit hat Verf. nun einen Fall beobachtet, welcher kaum einen Zweifel darüber aufkommen lassen dürfte, daß hier die Karbolsäureätzung die Bildung des Bubo verursacht hat. Verf. hat hier die mindestens sehr auffallende Tatsache vor sich, daß ein Kranker mit einem Ulkus etwa zehn bis zwölf Wochen herum- lief und täglich seiner Arbeit nachging, ohne daß eine Kompli- kation seitens der Leistendrüsen eintrat, daß sich dagegen bei ihm zwei Tage nach einer Aetzung des Geschwürs mit Karbol- säure eine Leistendrüsenvereiterung entwickelte, trotzdem das Geschwür nur noch stecknadelkopfgroß war und kaum noch sezer- nierte. Wie könnte man sich nun diesen Vorgang erklären? Nach Beobachtungen Aßmays reagieren ganz frische Ulzera nicht auf die Karbolsäureätzung mit Bubobildung, ebensowenig alte, torpide Ulzera. Wenn jedoch der Entzündungsprozeß anfängt in die Tiefe zu gehen und sich noch kein regelrechter Granulationswall in der Tiefe um das Ulkus herum gebildet hat, ist die Gefahr der Weiter- verbreitung des Virus auf dem Wege der Lymphbahnen am größten. Um diese Zeit tritt auch vielfach eine Schwellung des dorsalen Lymphgefäßes in Erscheinung. Wenn nun in diesem Stadium das Geschwür mit Karbolsäure geätzt wird, so ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß hierbei durch Arrosion der Lymph- gefäße eine größere Menge des Virus, soweit es nicht durch die Karbolsäure zerstört wurde, plötzlich in die Lymphbahnen hinein- gelangt und zu den Leistendrüsen weiterbefördert wird. Ohne Zweifel muß man aber auch bei der Bubobildung eine gewisse Disposition annehmen. Denn sonst wäre es kaum zu erklären, weshalb einerseits ausgedehnte, tiefe, mit rapider Gewebsein- schmelzung verlaufende Geschwüre, welche mit oder ohne Aetz- ungen wochenlang bestehen, nicht zur Bubobildung führen, wäh- rend andererseits bei ganz unscheinbaren Geschwüren, die kaum mehr als einfache Erosionen darstellen, schon nach wenigen Tagen



mit oder ohne Therapie ein Bubo entsteht. Wahrscheinlich spielen hier verschieden starke Virulenz der Ducreyschen Bazillen und vielleicht anderer, gleichzeitig vorhandener Bakterien, ferner örtliche Momente, wie Sitz des Ulkus in der Nähe größerer Lymphgefäße, eine ausschlaggebende Rolle. (Derm. Wschr. 1921 Nr. 6.)

### Diagnostisches.

**Zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose.** Von Dr. Friedrich Wilhelm Strauch (Halle a. S.). Nach Verf.s Erfahrungen beherrscht heutigentags die Dyspepsie im weitesten Sinne des Wortes das Bild der beginnenden Tuberkulose im Kindesalter. Appetitlosigkeit, Ekel vor gewissen Speisen, unbestimmtes Druck- oder Völlegefühl bei leerem oder kaum gefülltem Magen, Brechreiz oder Erbrechen, diarrhöische Stuhlentleerungen mit alternierender Obstipation sind die hauptsächlichsten individuell geprägten Erscheinungen, unter denen der kindliche Organismus zuerst am augenfälligsten leidet. Bei Kindern, die vom Lande stammen, sind solche Magendarmstörungen besonders oft tuberkuloseverdächtig. Symptome von seiten der Atmungsorgane können lange Zeit völlig fehlen. Daß anfallsweiser hohlklingender Husten auch beim Kinde nicht selten auf entzündliche Veränderungen im Nasenrachenraum, namentlich der Seitenstränge, und nicht immer auf Entzündungen der tieferen Luftwege zurückzuführen ist, wird bisweilen außer acht gelassen. Keuchhustenartiger Husten, wie er als Spätfolge eines regelrechten Keuchhustens, als Rezidiv oder nervös bedingt vorkommt, ist oftmals veranlaßt durch Drüenschwellungen an den Lungenwurzeln. Ob es sich hierbei um Folgezustände nach schwerer Bronchitis oder Bronchopneumonie handelt, oder eine primäre tuberkulöse Drüsenerkrankung vorliegt, entscheidet mitunter erst eine längere Beobachtung. Die Differentialdiagnose: Influenzafolge oder Tuberkulose ist oftmals geraume Zeit unmöglich, weil das klinische Bild der beiden Krankheiten täuschend ähnliche Züge aufweisen kann, wenn auch die Rekonvaleszenz nach Grippe meist im Kindesalter nicht so langwierig wie beim Erwachsenen zu sein pflegt. Mastdarmtemperaturen bis 37,3° dürften im frühen Kindesalter der Norm entsprechen; bei höherer Temperatur ist auf das sorgfältigste der Ursache nachzugehen. Erkrankungen der Gaumenmandeln, kleinste, keine Beschwerden verursachende Eiterpföpfchen, die bei gewöhnlicher Besichtigung des Rachens leicht übersehen und erst bei kräftigerem Auseinanderziehen der seitlichen Gaumenwände mit dem Spatel nachweisbar werden, sind ungemein häufig die Quelle für Temperaturerhöhung. Daß bei Dyspepsie, bei Mittelohr- und

Blasenkatarrhen, die im übrigen ganz symptomlos verlaufen können, höhere Temperaturen beobachtet werden, ist ebenso geläufig wie die bisweilen schwierige Differentialdiagnose: Appendizitis oder Pneumonie im Kindesalter. Geringe, öfters periodisch auftretende, nur bei dreistündlichen Messungen nachzuweisende Temperatursteigerungen können neben schlechtem Aussehen, Blutarmut und leichter Ermüdbarkeit lange Zeit hindurch das einzige Symptom einer Bronchialdrüsentuberkulose sein; bei sehr unterernährten Kindern sah Verf. mitunter Fälle von Bronchialdrüsentuberkulose, die ohne jede Fiebersteigerung prognostisch besonders ungünstig waren, weil die Lungen oft schnell miterkrankten. Mit der Annahme eines nervösen Fiebers, womit sich Eltern oft trösten wollen, sei man vorsichtig, wenn auch bei vasomotorischen Kindern nach großen seelischen Erregungen oder sehr ausgiebigen körperlichen Bewegungen ohne infektiöse Ursache einmal die Beobachtung erhöhter Körpertemperaturen gemacht wird. Bei ihrer zentralen Lage sind pathologische Veränderungen der Bronchialdrüsen durch Perkussion und Auskultation nur ausnahmsweise festzustellen. Das Symptom der Bronchophonie der Wirbelsäure (im Bereiche des ersten bis fünften Brustwirbels), das d'Espinesche Zeichen, dürfte allein manchmal einen gewissen diagnostischen Anhaltspunkt bieten. Der negative Ausfall der v. Pirquetschen Tuberkulinreaktion beweist im frühesten Kindesalter fast stets Freisein von Tuberkulose. Da aber die positive Reaktion die Anwesenheit eines tuberkulösen Herdes im Körper überhaupt anzeigt, und für den Praktiker der springende Punkt darin besteht, eine latente (inaktive) von einer klinisch behandlungsbedürftigen (aktiven) Tuberkulose zu trennen, ist der diagnostische Wert selbst im ersten Lebensjahrzent auch nur ein bedingter, ganz abgesehen davon, daß in der Privatpraxis nicht selten der Anstellung der an sich völlig unbedenklichen Reaktion Widerstand entgegengesetzt wird. Oftmals vermag allein die Röntgenuntersuchung diagnostisch Klarheit zu bringen; aber die Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose stößt nicht selten auf große Schwierigkeiten. Der technisch möglichst einwandfreien Röntgenaufnahme der Brustorgane, die nicht zu feine Einzelheiten zur Darstellung bringen soll, muß fast stets eine Durchleuchtung auch im schrägen Durchmesser vorausgehen, um während der Atmung die normalerweise vorhandene, vaskulär und bronchial bedingte Schattierung der Hilusgegend studieren und gegen pathologische Prozesse in Drüsen und Lunge abgrenzen zu können. Je jünger ein Kind, um so größer der diagnostische Wert des Nachweises scharf umrissener Drüsenschatten. Geringgradige Drüsen-schwellungen an den Lungenwurzeln sind bei jedem älteren Kinde, etwa vom achten Lebensjahre ab, festzustellen, namentlich bei

lymphatisch-skrofulöser Konstitution, bei chronischen Entzündungen der Luftwege (adenoide Vegetationen, Tracheitis, Bronchitis), dann als fast regelmäßige, oft dauernde Folge nach lobärer oder Bronchopneumonie. Im Zusammenhalt mit den gesamten sonstigen anamnestischen und klinischen Daten ist mitunter aus der Intensität und scharfen Konturierung größerer Bronchialdrüsenschatten die Diagnose auf tuberkulös erkrankte Drüsen im Sinne der Verkäsung oder Verkalkung zu stellen, wobei beim Großstadtkinde auch an anthrakotische Drüsen zu denken ist. Der Nachweis tuberkulöser Herde im zentralen Lungengewebe ist kaum mit Sicherheit zu erbringen. Diagnostisch bedeutungsvoll sind perilymphatische und peribronchitische Stränge, die vom Hilus zu den Spitzen, namentlich zum linken Ohrlappen hinziehen, obgleich bisweilen bei chronischer Bronchitis und Stauungslunge infolge Herzfehler oder Herzmuskelerkrankung wohl auf reine Bindegewebshyperplasie zurückzuführende, bandartige Stränge beobachtet werden, bei denen der Tuberkelbazillus ätiologisch nicht im Spiele zu sein braucht. Hieraus geht hervor, wie schwierig im allgemeinen und wie verschiedenen im speziellen die Deutung eines Falles sein kann, je nach den Auslegungsprinzipien der verschiedenen Untersucher. Auf geringe Veränderungen gibt man am besten nicht viel. Je zweifelhafter man bei der Beurteilung einer Röntgenplatte ist, um so vorsichtiger sei man mit Aeüßerungen zu den Eltern, um nicht ein Kind „lungenkrank“ zu stempeln, ein Urteil, das bisweilen für seine ganze Zukunft verhängnisvoll werden kann. Eine häufigere Kontrolle ist hier ratsam. Ist ein Fall diagnostisch nicht völlig sicherzustellen, bringt der weitere Krankheitsverlauf keine wesentliche Klärung, so ist nach etwa  $\frac{1}{2}$  oder  $\frac{3}{4}$  Jahr eine nochmalige Röntgenuntersuchung angezeigt. Bronchopneumonische Herde oder sekundäre Drüsenschwellungen am Hilus werden sich dann öfters zurückgebildet haben, durch Tuberkulose bedingte, fortschreitende Gewebsveränderungen röntgenoskopisch als solche zu erkennen sein. Es kann nicht dringend genug verlangt werden, daß der Arzt, etwa von einem Röntgenologen unterstützt, den Röntgenbefund selbst kritisch in die Gesamtbeobachtung einzureihen lernt, will er sich möglichst vor Fehldiagnosen schützen. Bei der beträchtlichen Zunahme der Tuberkulose ist ihrer häufigsten Form im Kindesalter, der Bronchialdrüsentuberkulose, größte Bedeutung beizumessen. Bei früh- und rechtzeitiger Erkennung und Behandlung (eiweiß- und fettreiche Ernährung, Lebertran-, Freiliegekuren im Höhenklima oder zu Hause, Höhensonnenbestrahlung, Solbäder, Schmierseifeneinreibungen, Kalk-, Jod-, Eisen- und Arsenpräparate) kommt die Erkrankung in der überwiegenden Zahl der Fälle zur klinischen Ausheilung. Anamnestisch ist neben Tuberkulose in

der Aszendenz besonderer Wert auf hartnäckige anämische und dyspeptische Zustände, wie auf Bronchialkatarrhe mit keuchhustenartigen Anfällen zu legen. Längere Zeit durchgeführte dreistündliche Temperaturmessungen sind aus diagnostischen Gründen erforderlich. Andere Ursachen, auf die vielleicht Temperatursteigerungen zurückzuführen wären (Nasenrachenraum, Mittelohr, Blase), sind aufs sorgfältigste auszuschließen. Perkussion und Auskultation der Brustorgane, sowie die v. Pirquetsche Tuberkulinreaktion lassen oft ganz im Stich. Eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Durchleuchtung und Aufnahme) vermag beim Nachweis intensiver scharfer Drüsenschatten in der Hilusgegend die Diagnose wesentlich zu stützen. Trotz genauester Untersuchung unter Heranziehung aller uns zu Gebote stehender Hilfsmittel wird man aber manchmal nicht über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hinauskommen.

(M. Kl. 1920 Nr. 52.)

### **Toxikologisches.**

**Ein Fall von Saccharinvergiftung.** Von Dr. Karl Grundfest (Böhmisch-Leipa). Im Oktober v. J. erschien ein 45 Jahre alter Patient. Sein Gesicht war gedunsen, die Augenlider angeschwollen, die Bindehaut der Lider und namentlich der Augäpfel stark geschwellt (Chemosis). Der Pat. klagte über lästiges Gefühl von Kratzen und Brennen im Halse (in der Kehlkopfgegend). Die Temperatur war normal, die Rachen- und Kehlkopfschleimhaut zeigten nichts Besonderes, die Stimme war nicht heiser. Im Harn kein Albumin. Der Pat. hatte seit langer Zeit keinerlei Medikamente zu sich genommen, verwendete jedoch seit 3 Tagen zum ersten Male Saccharin zum Süßen des Kaffees, und seither waren auch die beschriebenen Erscheinungen in steigender Intensität aufgetreten. Auf Weglassen des Saccharins schwanden die geschilderten Symptome in kürzester Zeit. Als der Pat. nach einigen Tagen versuchsweise nur drei Kaffeelöffel eines mit Saccharin gesüßten Kaffees zu sich nahm, trat sofort wieder das bekannte Kratzen im Halse auf. Es kann somit keinem Zweifel unterliegen, daß das obige Symptomenbild durch Saccharin hervorgerufen wurde, und daß es sich, wie der zweite Versuch des Pat. zeigte, um eine hochgradige Idiosynkrasie gegen dieses Mittel handelte. Dieser Fall scheint deshalb mitteilenswert, weil Verf. trotz der fast allgemeinen Verwendung des Saccharins in den letzten Jahren sonst keinen Fall von typischer Intoxikation sah; lediglich teilte hier und da ein Pat. mit, daß er Saccharin nicht vertrage, er bekomme nach dessen Gebrauch Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit, ohne daß Verf. jedoch objektiv irgend etwas beobachten konnte.

(Zbl. f. inn. Med. 1921 Nr. 12.)

Tobbe (Düsseldorf), **Vaselinölvergiftung bei einem Säugling.** Bei einem Säugling mit Dermatitis exfoliativa traten bald nach der Einreibung von Zinköl, das 10% Vaselinöl enthielt, Zyanose, Kollaps, Krämpfe ein. Da das Vaselinöl als Petroleumderivat die hämatopoëtischen Organe schädigt, so wurde mit gutem Erfolge der Versuch einer intravenösen Bluttransfusion gemacht. (Arch. f. Kindhkl. 68 H. 1/2.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Zur unblutigen Behandlung der Phimose.** Von Dr. L. Dub (Allg. Krankenhaus in Prag). Die nicht entzündliche Phimose der Erwachsenen kann auf einer angeborenen Entwicklungsstörung beruhen. Eine Art ist dadurch gekennzeichnet, daß die Bindegewebsschicht zwischen dem äußeren und inneren Epithelüberzuge der Vorhaut atrophiert. Dann schnürt der dünne, häufig membranöse Rand den erigierten Penis ein und behindert oft dadurch, daß er die Mündung der Urethra bedeckt, die Harn- und Spermaentleerung. Dehnungen des Vorhautsackes mit einem ganzen Komplex von somatischen und nervösen Erscheinungen kann die Folge sein. Die Fälle dieser Art überweist Verf. ausnahmslos dem Chirurgen. Bei einem anderen Typus finden wir bei genügend entwickelter Vorhaut einen schnürenden Ring vor. So bei der hypertrophischen Phimose, die durch übermäßige Zellproduktion entstanden, leicht an der Rüsselform der Vorhaut kenntlich ist. Ebenso bleibt oft nach den oben erwähnten entzündlichen Prozessen, besonders wenn sie mit starkem Oedem auftraten, eine ringförmige Einschnürung zurück, die durch die bindegewebige Schrumpfung der befallenen Lamelle entsteht. Das gleiche Resultat können auch oft wiederkehrende kleine Verletzungen verursachen. Bei allen diesen Fällen, die durch einen schnürenden Ring bei genügend entwickelter Vorhaut charakterisiert sind, versucht Verf. die unblutige Dehnung. Diese wird erreicht durch Verwendung quellbarer Substanzen oder durch Gebrauch eigens hierfür angegebener Instrumente. Verf. führt 2 cm lange, etwa zündholzdick geschnittene Preßschwämme mit Jodoformgaze umwickelt in den Präputialsack ein; ebenso werden entsprechende Laminaria-stifte verwendet. Ein Versuch mit diesen Mitteln ist wegen der schonenden Behandlung immer angezeigt. Sieht er nach 3 Tagen trotz Erneuerung der Stäbchen noch nicht den gewünschten Erfolg, so geht er zur instrumentellen Dehnung über. Die zu diesem Zwecke gebrauchten Apparate haben meist die Form eines mehrteiligen Spekulum, dessen Branchen durch Hebel oder Schrauben-

wirkung voneinander entfernt werden. So beschreibt Orlipski, der sich nach Wenzels Vorgang zuerst mit einer anatomischen Pinzette den Weg bahnte, ein nach Art eines Nasenspekulums konstruiertes Instrument. Simon gibt ein solches an, das den Harnröhrendilatatorien ähnelt. Verf. benutzt den von Matzenauer erfundenen Apparat, den er am geeignetsten gefunden hat. Das Instrument besteht aus vier in Gelenken beweglichen Lamellen, die durch eine Schraube auseinandergetrieben werden, und ist ganz aus Aluminium angefertigt. Es wird mit zusammengelegten Branchen eingeführt und dann so weit geöffnet, daß es von selbst hält. Infolge seiner Kleinheit kann es stundenlang getragen werden. (M. Kl. 1921 Nr. 5.)

**Ueber Anwendung von Eucupinum bihydrochloricum in der ambulanten Praxis.** Von Dr. Oppenheimer (Frankenberg a. d. Eder). Verf. wandte Eucupin in  $\frac{1}{2}\%$  Lösung mit  $\frac{1}{2}\%$  Novokainzusatz an bei einem 6jährigen Knaben mit einer Entzündung der rechten Axillardrüsen. Der Befund bot das gewöhnliche Bild — leistenartige, harte Infiltration, Rötung und Schmerzhaftigkeit, starke Bewegungsbeschränkung im Heben des Armes, keine Fluktuation. — Von obiger Lösung spritzte er zweimal 10 ccm um und unter die entzündlichen Partien, bis das Gewebe anämisch wurde, quaddelförmig, wie zur Anästhesierung. Beide Injektionen wurden gut ohne Temperatursteigerung vertragen, der Novokainzusatz machte sie trotz der höheren Empfindlichkeit des entzündlichen Gewebes fast schmerzlos. Nach der zweiten Injektion bildete sich auf dem Gipfel der Schwellung eine Oeffnung, aus der sich Eiter entleerte. In diese Oeffnung injizierte Verf. noch einmal Eucupin in ölicher Lösung, im übrigen ließ er feuchte Verbände machen. Nach ganz kurzer Zeit bestand bedeutende Erleichterung beim Armheben, nach 10 Tagen entließ er den Patienten aus seiner Behandlung. Einen Furunkel des Unterarmes brachte Verf. mit zwei Injektionen derselben Lösung zur Abheilung. Die Injektion in die Sehnenscheide bei einem Panaritium versuchte Verf. einmal, schritt aber dann zur Inzision, weil er der Technik, gerade in die Sehnenscheide zu kommen, nicht ganz sicher war, er hat dann Panaritien immer eröffnet. Bei einem Erysipel des Gesichtes versuchte er ein Weiterschreiten zu verhindern, indem er die Grenzen der Rötung durch einen Wall der Eucupinlösung vom Gesunden trennte, einen nennenswerten Erfolg hat er nicht damit erzielt. Bei einem 12jährigen Mädchen war durch ein Trauma eine eitrige Kniegelenksentzündung entstanden. Verf. aspirierte dreimal Eiter und injizierte ebensoviel Eucupin in die Gelenkhöhle. Die Untersuchung des Eiters im Hygienischen Institut Marburg hatte reich-

lich Staphylo- und Streptokokken ergeben. Da Fieber eintrat bis 40° und die Behandlung in einem 6 km entfernten Orte zu schwierig war, überwies Verf. das Mädchen der Chirurgischen Klinik Marburg. Bei der Entlassung teilte die Klinik mit: Der Eiter sei steril gewesen, man denke an tuberkulöse Gonitis und habe das Kind konservativ behandelt. Das Kind ist noch heute nach 1 $\frac{1}{4}$  Jahren gesund. Der letzte Fall beweist, daß Eucupin die gewöhnlichen Eitererreger abtöten kann. Die Eucupin-Behandlung hat hier eine operative Eröffnung des Kniegelenks unnötig gemacht. Bei dem Jungen mit der Drüsenvereiterung glaubt Verf. eine schnellere Heilung erzielt zu haben. Die Zeit, bis man durch feuchte Verbände Fluktuation erzielt, ist für den Kranken lästig und beschwerlich, außerdem aber wäre man vielleicht zu mehreren Inzisionen gezwungen gewesen. Gerade für messerscheue Kranke oder aus kosmetischen Gründen wird Eucupin eine wertvolle Bereicherung sein.

(M. Kl. 1921 Nr. 8.)

**Erfahrungen über Cycloform als Wundheilmittel.** Von Dr. Richard Steiner (Aus der II. Chirurgischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien). Verf. hat das Cycloform an dem reichen Material der Ambulanz in Pulver und Salbenform verschiedentlich angewendet. Zur Behandlung kamen hauptsächlich Paronychien, Panaritien, Furunkel, Mastitiden usw., operative Eingriffe, welche trotz der angewandten örtlichen Betäubung mit Chloräthyl oder Novokain einen ziemlich bedeutenden postoperativen Schmerz verursachen. Die Einführung eines in Cycloformpulver getauchten Streifens in die Inzisionsöffnung bzw. Wundhöhle beseitigte diesen Schmerz, und die operierten Patienten waren durch 12—36 Stunden nach der Operation, also nahezu bis zum nächsten Verbandwechsel, fast vollkommen schmerzfrei, ein Umstand, der wohl in praxi zur Genüge die anästhesierende Wirkung bezeugt. Auch die Anwendung von Cycloformpulver bei schmerzhaften Unterschenkelgeschwüren sowie nach Zahnextraktionen bei bestehender Periostitis war immer von schmerzlindernder Wirkung gefolgt. Geradezu unschätzbare Dienste leistete das Cycloform bei Behandlung von stark eiternden, übel riechenden Wunden durch seine sekretionshemmenden Eigenschaften. Es gelang einmal, eine eitrig-eitrige, spontan perforierte Mastitis, welche einen zirka handtellergroßen, ungefähr 3 cm tiefen, schmierig belegten Nekroseherd zur Folge hatte, durch zweimalige Behandlung mit Cycloform in eine vollkommen trockene, rein granulierende Wundhöhle zu verwandeln. Ebenso reinigten sich überraschend schnell schmierig belegte, sonst jeder Behandlung trotzende Unterschenkelgeschwüre unter Behandlung mit Cycloformpulver und



**Umschlägen mit Burowscher Lösung.** Bei Hautverbrennungen, Analfissuren, Pruritus ani, entzündlichen Hämorrhoidalknoten bewährte sich die mit Hamamelisextrakt versetzte Cycloformpaste auf das allerbeste als schmerzstillendes Mittel. Wenn Verf. zum Schluß bemerkt, daß er bei Anwendung von Cycloform niemals trotz hoher Gaben Vergiftungserscheinungen, Reizwirkungen und Ekzem der umgebenden Haut gesehen hat, so kann er wohl behaupten, daß dieses Medikament den Forderungen für ein brauchbares Wundheilmittel fast vollkommen entspricht.

(W. m. W. 1920 Nr. 51.)

### b) Innere Krankheiten.

**Zur Behandlung der Grippe.** Von Dr. Wolff (Wiesbaden) Verf. verwendet Calcium chloratum und gibt dazu Dionin in folgender nach einer früheren, von anderer Seite gekommenen Formel:

Liqu. Ammonii anisati 5,0  
 Calcii chlorati crystallisati Merck 13,0  
 Dionin 0,20  
 Decoct. e Rad. Seneg. 13 : 250  
 Syrup. aur. cortic. ad 300,00

M. D. S. 3 stündlich 1 Eßlöffel.

Hier ist dem Gedanken, den Schnupfen mit Kalzium und Dionin zu behandeln, Rechnung getragen. Verf. hat mit dieser Verordnung noch in allen Fällen von beginnender Grippe bei Erwachsenen und in entsprechend kleinerer Dosis bei Kindern seiner Bekannten — denn er ist Syphilidologe und nicht allgemeiner Praktiker — so gute Erfolge gesehen, daß er sie empfehlen kann.

(D. m. W. 1921 Nr. 5.)

**Erfahrungen mit Supersan.** Von San.-Rat Dr. Siebelt (Bad Flinsberg). Behandelt wurden 8 Kranke mit Grippe, darunter 3 mit beiderseitiger Lungenentzündung. 2 zeitig in Behandlung gekommene Kranke heilten mit je 3 Gaben von 1,0 rasch aus; 4 erforderten 6, 2 je 8 Einspritzungen; nur einmal war die Unterstützung der Herzkraft mit Digalen notwendig. Die Heilung war durchweg eine vollkommene, wobei allerdings zu bemerken ist, daß es sich mit einer Ausnahme um kräftige, jugendliche Personen handelte. Bei 2 Keuchhustenkindern von 10 Jahren bzw. 10 Monaten kam es innerhalb einer Woche zu überraschend schnellem Abnehmen und Verschwinden der Anfälle. 5 Kranke mit zum Teil monatelang bestehendem, hartnäckigstem Bronchialkatarrh ohne Tuberkuloseverdacht, im Alter von 38 bis 53 Jahren, erhielten je 5—7 Einspritzungen, welche 4 mal rasch Besse-

rung durch Lösung des zähen und spärlichen Auswurfes brachten. In einem Falle mußte nach 5 Einspritzungen wegen großer Schmerzhaftigkeit und Infiltration der Stichstellen ausgesetzt werden. Bei den mit erheblicher lymphatischer Konstitution behafteten Kranken dürfte eine Art Idiosynkrasie vorgelegen haben. Ganz ähnlich verliefen die wenigen Fälle mit tuberkulösem Lungenkatarrh. Allerdings erforderten sie stets etwa 12 Einspritzungen, ehe ein deutlicher Erfolg eintrat. Von 2 Kranken wird Verf. berichtet, daß er nach 6 Monaten noch anhält. Endlich sei noch auf 2 Fälle von Bronchialasthma hingewiesen, bei denen sich nach 1—2 Einspritzungen von 1,0 der Anfall jedesmal rasch bessert, um dann länger oder kürzere Zeit auszusetzen. Auch die kleine Zahl Beobachtungen mit Supersan läßt erkennen, daß es in der Behandlung von Lungenkranken katarrhalischer Art, unter anderem als Unterstützungsmittel der Behelfe eines Kuraufenthaltes, eine sehr erfreuliche Rolle spielen kann. Allen ist das eine gemeinsam, daß stets eine rasche Lösung des bestehenden Katarrhs eintrat, gleichviel welches seine Ursache war. Die damit einhergehende Besserung des Allgemeinbefindens ist nicht zu unterschätzen. Daß dabei ein Einfluß auf etwaige infektiöse Vorgänge wie bei Tuberkulose, Keuchhusten und Grippe stattfände, ist nicht anzunehmen. Es ist ja aber auch schon viel gewonnen, am Supersan ein Mittel zu besitzen, welches mit bequemer Anwendung, im allgemeinen guter Verträglichkeit eine rasche, günstige Wirkung auf die quälenden Begleiterscheinungen verbindet. (M. Kl. 1921 Nr. 7.)

**Azetylnirvanol, ein anscheinend atoxisches und zuverlässiges Nirvanolderivat.** Von Dr. Michalke (Aus der Landesirrenanstalt zu Eberswalde). Vor ca. einem halben Jahre wurde Verf. von der Firma v. Heyden gebeten, seine Versuche mit einem neuen Präparat, einer Essigsäureverbindung des Nirvanols zu wiederholen (chemisch: Azetylphenyläthylhydantoin). Er ging mit der gleichen Skepsis an die Sache heran, wie bei Kalziumnirvanol, war aber gleich von Anfang an angenehm enttäuscht. Die gleichen Versuchspatienten, die die kleinsten Dosen Nirvanol und Kalziumnirvanol früher nicht vertragen hatten, reagierten weder mit Fieber noch mit Exanthenen auf das neue Präparat Azetylnirvanol; es trat nur die erstrebte Schlafwirkung bzw. Beruhigung bei erregten Kranken ein. Nach Zustellung größerer Mengen wurde das Mittel allgemein in der Anstalt an etwa 200 Patienten auf der Frauen- seite durch 3 Monate hindurch erprobt, und zwar wurden 0,3—0,9 pro dosi und 0,6—1,8 pro die verabreicht. Es trat in der ganzen Zeit bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wieder ein einziger Fall von unangenehmen Nebenwirkungen zutage; Fieber bzw.

Exantheme wurden überhaupt nie wieder danach gesehen, und auch das bei einzelnen Kranken früher nach längerer Nirvanolverabreichung beobachtete Benommenheitsgefühl mit taumelndem Gang war nach Azetylnirvanol nicht wahrnehmbar; auch sonst wurde eine kumulative Wirkung trotz 10—12 tägiger Verabreichung nie bemerkt, so daß das anfängliche Mißtrauen gegen das Mittel allmählich gänzlich schwand und dasselbe an Stelle des alten Nirvanols gern und häufig von den Kollegen verordnet wurde, die alle die gleichen günstigen Erfahrungen machten. Die Dosierung des Mittels war allgemein die oben angegebene, zu höheren Dosen hat Verf. bis jetzt nicht gegriffen. Bei leichter Agrypnie und bei nicht Geisteskranken dürften einmalige Dosen von 0,3 völlig genügen. Damit scheint, wenn diese günstigen Ergebnisse allgemein von anderer Seite bestätigt werden, die Nirvanolfrage, die in letzter Zeit recht brennend geworden war — es bestand seitens der chemischen Industrie die Absicht, das Nirvanol ganz aus dem Handel zu ziehen —, gelöst und endlich ein Schlaf- und Beruhigungsmittel gefunden zu sein, das allen Anforderungen des praktischen Arztes wie des Psychiaters gerecht zu werden verspricht. Das Mittel dürfte wohl bald im Handel erscheinen, so daß jedem Gelegenheit gegeben ist, sich von den guten Eigenschaften des Azetylnirvanols im Vergleich zum Originalnirvanol zu überzeugen.

(M. m. W. 1921 Nr. 10.)

**Die Abführmittelfrage in der Nervenpraxis.** Von Dr. H. Kress, Facharzt f. Nervenleiden und Psychiatrie in Rostock. „Bei den asthenischen oder spastischen Obstipationen der Nervösen, bei den durch Liegekuren quasi physiologisch oder nutritiv oder medikamentös bedingten hartnäckigen Stuhlträgheiten der nervösen, psychisch-nervösen Erkrankungsformen und der Aufbrauchkrankheiten ist die Wahl des Abführmittels eine besonders schwierige. Denn hier gibt es weit weniger Regeln und viel mehr Ueberraschungen als in den übrigen Gebieten der angewandten Medizin. Auf der Suche nach einem Laxans mit genauer Dosierbarkeit mit geringstem Risiko bei größtmöglicher Wirkungssicherheit hat sich mir — ich habe in 21 Jahren klinischer Bettbehandlung obiger Krankheiten während ihrer schweren Stadien alle Drogen und Reinsubstanzen aus dem Gesichtswinkel der erwähnten neurologischen und psychiatrischen Notwendigkeiten erprobt — seit Jahren weitaus am besten das Aperitol „Riedel“ bewährt. Bei vorsichtiger Verabreichung komme ich stets mit relativ kleinen Dosen aus, erreiche dauernde Verträglichkeit und sichere Wirkung, ohne Gewöhnung. Aber das Wichtigste in der Nervenpraxis ist die besondere Qualifikation des Aperitols durch die Kombination der aperi-

tiven Phenolphthaleineigenschaft mit der darmsedativen Wirkung der Baldriansäuregruppe (lähmender Effekt auf das Zentralnervensystem). So vermeide ich stärkere Erschütterungen des gesamten überempfindlichen, abnorm stark ausschlagenden Nervensystems durch einen zu drastischen Anstoß vom Darm her in einer bis heute denkbar vollkommensten Weise. Ist man jedoch bei Liegekuren auf reizlose Diät, Opiate und vielleicht auch noch auf Hypnotika angewiesen, so empfehle ich, angesichts dieser vier obstipierenden Faktoren, nicht mit zu großen Aperitilmengen eine spontane Entleerung zu erzwingen, sondern sich mit der schonenden Vorbereitung des Stuhles zu begnügen und des Abends,  $\frac{1}{2}$  bis 1 Stunde vor der Abendmahlzeit, mit einem Wassereinlauf die Entleerung zu erwirken. Auch letzterer verlangt bei Nervösen besondere Vorsicht: Geringer Wasserdruck, allmähliche Temperatursenkung, psychische Ablenkung.“  
(Neur. Zbl. 1921 Nr. 1.)

**Zur Behandlung der Flatulenz mit Egestogen.** Von San.-Rat Dr. Paul Korb (Aus dem Diakonissenkrankenhaus „Bethanien“ in Liegnitz). Da in jüngster Zeit die Pharmakologen zu der Ansicht neigen, daß das Phenolphthalein für innerliche Zwecke nur mit Vorsicht zu verwenden sei, hat die Fabrik das Phenolphthalein durch 4 % Magnesiumkarbonat ersetzt, um auf diese Weise die retardierende Wirkung des Kalziumkarbonats zu paralysieren. Die neue Zusammensetzung des Mittels erscheint recht günstig und seine Anwendung vielleicht doppelt angezeigt, weil seine Kalkkomponente außer ihrer reinen Darmwirkung gleichzeitig einem Kalkmangel des Körpers Abhilfe leisten kann. Verf. hat das Präparat im Laufe von mehreren Monaten schätzen gelernt als ein Mittel, das neben seiner energischen Wirkung bei saurer Gärung des Darminhalts mit quälenden Gasauftreibungen der Därme, gleichzeitig bei Dickdarmkatarrh, Darmspasmen und anderen Neurosen des Darmes eine deutliche Heilwirkung zeigte. Verf. möchte es hier als ohne Belang dahingestellt sein lassen, welcher der angegebenen Bestandteile für diesen Heileffekt am meisten in Frage kommt, da die einzelnen Bestandteile in ihrer Wirkung seit langem bekannt sind und nur die Zusammensetzung in dieser bekömmlichen Form etwas Neues darstellt. Die Zahl seiner Fälle beträgt etwa 30, wovon die meisten, wenigstens solange sie das Mittel nahmen, beschwerdefrei blieben. Rückfälle waren bei Fortbestehen der Schädlichkeiten selbstverständlich, aber meist schneller und leichter zu beheben. Verf. hat das Mittel in allen einschlägigen Fällen verordnet und ist mit dem Erfolge meist sehr zufrieden gewesen. Eine Beeinträchtigung des Appetits und eine Obstipation hat er kaum beobachtet, hatte im Gegenteil eher den Eindruck,

daß das Mittel appetitanregend wirkt. Egestogen leistet als rein symptomatisches Mittel gute Dienste in allen Fällen, in denen der Darminhalt durch Gärungsprozesse saure Reaktion zeigt, wo abnorme Gasansammlungen des Darmes Beschwerden verursachen und wo Reizzustände des Darmes in seinen verschiedenen Abschnitten durch ungeeignete Ernährung eingetreten sind. Daneben wird der Kalzium-Magnesiumgehalt zur Besserung des Ernährungszustandes des Körpers dienlich sein. Daß es nur unter besonders günstigen Verhältnissen zu Dauerheilungen durch Egestogen kommt, versteht sich aus dem Vorangegangenen von selbst. Aber dies ist auch nicht notwendig, da der Patient schon zufrieden ist, daß er ein Mittel hat, der unangenehmen Flatulenz vorzubeugen.

(M. Kl. 1921 Nr. 6.)

**Zur hausärztlichen Behandlung des Bronchialasthmas.** Dr. Karl Jaffe (Lam, bayer. Wald) möchte mitteilen, daß er mit Vasotonin recht gute Erfolge bei Bronchialasthma gesehen hat. Seine Erfahrungen über Vasotonin sind zwar noch zu gering, um ein abschließendes Urteil über seine Verwendbarkeit zu fällen, immerhin kann er sagen, daß er einige zweifelsfreie Fälle von starker Besserung (monatelangem Ausbleiben der Anfälle nach vorherigen, fast allnächtlichen Anfällen) des Bronchialasthmas nach Vasotoninapplikation gesehen hat. Er gibt in Abständen von 5 bis 6 Tagen 2—3 Ampullen Vasotonin intravenös, dann 2—3 Wochen lang Vasotonintabletten, sowie bei stockender Expektoration Jodkali.

(M. m. W. 1921 Nr. 13.)

**Zur Behandlung der Angina pectoris.** Von G. Boehm (Aus der II. medizinischen Klinik München). „In meiner Mitteilung über Cadechol konnte ich über günstige Resultate der Cadecholbehandlung bei Patienten mit Angina pectoris berichten. In der Zwischenzeit habe ich, der Anregung der Fröhlich-Pollakschen Arbeit folgend, Cadechol mit Papaverin kombiniert, da diese Autoren im Experiment beobachtet hatten, daß die unter Kampfer festgestellte Verbesserung des Koronarkreislaufes durch Kombination des Kampfers mit Papaverin noch gesteigert wurde. Ich verabreichte bei Patienten mit Angina pectoris Tabletten aus 0,1 Cadechol und 0,03 Papaverin<sup>1)</sup> und konnte in allen Fällen einen wesentlichen Rückgang der stenokardischen Anfälle beobachten. In der Mehrzahl der Fälle verschwanden selbst bei Patienten mit sehr gehäuften und heftigen Anfällen nach einigen Tagen der Behandlung die Anfälle vollständig und traten auch unter Bedingungen nicht mehr

<sup>1)</sup> Diese Kombination wird von der Firma C. H. Boehringer Sohn, Nieder-  
ingelheim a. Rh., unter dem Namen Perichol in den Handel gebracht.

auf, die sonst regelmäßig heftige Stenokardie ausgelöst hatten. Es befinden sich unter meinen Fällen solche, die auf die übliche Angina pectoris-Behandlung nur noch wenig reagierten und mit Hilfe von Amylnitrit und Nitroglyzerin nur unbefriedigende Besserung zeigten. Nur in ganz vereinzelt Fällen mußte die Pericholbehandlung bei eventuell auftretenden Anfällen durch Gaben von Nitroglyzerin unterstützt werden. Selbst in diesen Fällen machten die Patienten die Angabe, daß die Anfälle während der Pericholbehandlung sehr viel milder auftraten. Als Dosis bewährte sich mir am besten 3 mal täglich eine Pericholtablette nach dem Essen.“

(M. m. W. 1921 Nr. 4.)

**Zur medikamentösen Therapie der Herzkrankheiten. Ein neues Mittel zur Ausschaltung von Resorptionsstörungen und Reizungen der Verdauungswege.** Von Prof. Dr. E. Fuld (Berlin). Das Digistrophan (Goedecke), Kombination des Trockenextrakts von Digitalisblättern mit dem Extrakt von Strophanthussamen, hat sich gut bewährt, nur störten Nebenwirkungen auf den Magendarmkanal. Verf. fügte deshalb der Hülle der Dragées ein Anästhetikum (Kokain mit etwas Menthol) hinzu, wodurch die Reizwirkung auf den Magen ausgeschaltet, der Würg- und Brechreflex beseitigt und der Darm beruhigt wird. Das Präparat wird in einer Dosis von 3 mal täglich 1—2 Dragées dargereicht. Jede Dragée entspricht 0,05 Digitalis und 0,025 Strophanthus. Demnach beträgt die wirksame Dosis jeder Dragée 0,075 g. Auf die Medikation Digistrophan wird fortan nur dieses hier skizzierte Präparat dispensiert werden.

(M. Kl. 1921 Nr. 4.)

**Optarson (Kombination von Solarson und Strychnin)** ist nach Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin) ein empfehlenswertes Präparat zum Zwecke der Euphorisierung, Vasokonstriktion und Herzkraftigung (Schwächezustände des Nervensystems, nervöse Herzbeschwerden).

(Ther. d. Gegenw. 1921 Nr. 3.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Zur Bäderbehandlung des Ekzems.** In der Abhandlung von Dr. L. Kleinschmidt (Aus der Städtischen Hautklinik in Essen) heißt es: „Was nun aber auch bei der Entstehung und Ausbreitung des Ekzems die Hauptsache sein mag, immer erscheint es wünschenswert, die Bakterientoxine, ausgeschiedene Flüssigkeit, abgestoßenen Epidermisschichten und sekundäre Auflagerungen nach Möglichkeit zu entfernen, und zu diesem Zweck ist ein Bad das zweckdienlichste Mittel. Könnte man die häufig schädigende Wirkung des Wassers

beheben und außerdem noch die in der Therapie des Ekzems bekannten Medikamente, soweit sie sich in Wasser lösen oder suspendieren lassen, dem Bade hinzufügen, so wäre ein großer therapeutischer Erfolg zu erzielen. Klingmüller versuchte bei der Ekzemtherapie zunächst die stark alkalisch reagierenden Sekrete durch saure Bäder zu neutralisieren und benutzte hierzu Essigsäurebäder in Verdünnung von 1:6000 bis 1:2000. Er fand hierin ein ausgezeichnetes Mittel, um Entzündungen und starke Reizungen bei akuten ekzematösen Erkrankungen und anderen Dermatitiden zu mildern oder gar zu heilen. Durch Kombination mit dem in der Ekzemtherapie hochgeschätzten Teer versuchte er die günstige Wirkung der sauren Bäder noch zu erhöhen. Nun gelingt es aber mit Hilfe alkalischer Medien, die Teerpräparate mit Wasser mischbar zu machen. Klingmüller veranlaßte deshalb die chemische Fabrik Dr. Noerdlinger-Flörsheim, sich mit der Herstellung eines geeigneten Präparates zur Bereitung saurer Teerbäder zu beschäftigen, die nach langen Versuchen unter dem Namen Balnazid ein zweckentsprechendes Mittel in den Handel gebracht hat. Balnazid wird durch einen komplizierten Oxydationsvorgang, verbunden mit einer Ueberführung unlöslicher Bestandteile in wasserlösliche Verbindungen, aus bestimmten sauren Destillaten des Buchenholzteers gewonnen. Es ist eine in Wasser leicht lösliche Flüssigkeit von saurem Charakter, schwachem, aromatischem Geruch und schwarzer Farbe. Für Badezwecke wird Balnazid in Literflaschen in den Handel gebracht; zur bequemen Abmessung sind die Flaschen mit einer Einteilung versehen. Jeder Teilstrich entspricht 50 ccm. Man gießt zum Gebrauch, während die Wanne vollläuft, einem Vollbade 100 ccm zu, bei Kinder- oder Teilbädern entsprechend weniger. Auch bei längerem Gebrauch werden die Wannen von diesem Teerpräparat kaum angegriffen. Wir verwenden in unserer Klinik das Balnazid als Badesatz seit 6 Jahren dauernd mit bestem Erfolg, so daß uns das Präparat unentbehrlich geworden ist. Die mit einem ganz akuten Ekzem oder einer universellen Dermatitis behafteten Patienten, die bei ihrer am ganzen Körper nässenden, geröteten und durch sekundäre Auflagerungen beschmutzten Haut, mit ihren starken Oedemen und ihrem unerträglichen Juckreiz einen bejammernswerten Eindruck machen, kommen ganz schematisch auch ohne besondere ärztliche Anordnung gleich nach der Aufnahme in ein kühles Balnazidbad von etwa 30° und 10 Minuten Dauer. Sie werden dann schnell abgetupft, zu Bett gebracht und in ein mit Puder eingestreutes Laken gehüllt. Das geronnene Exsudat, die Krusten, die gelockerte Epidermis, die abgestoßenen Schuppen, Reste einer Salbenbehandlung und der Schmutz sind von der Haut entfernt; die Oberhaut selbst schrumpft zusammen, die Hyperämie,



die entzündliche Hautschwellung, das Nässen und Jucken läßt nach; der üble Geruch, unter dem die Patienten sehr zu leiden haben, verschwindet völlig. Nach wenigen Bädern und abwechselnder Puderbehandlung ist das Ekzem trocken und reizlos geworden. Auch die Uebelkeit und die starke Störung des Allgemeinbefindens, die bei universellen Ekzemen und Dermatitis, vor allem z. B. bei Salvarsandermatitis, fast immer zu beobachten sind, gehen meist rasch zurück und machen einem Wohlbefinden Platz. Die Kranken wünschen immer wieder ein Balnazidbad, und gerade das Verlangen des Ekzemkranken, der, durch trübe Erfahrungen belehrt, meist weiß, was ihm zuträglich, ist in der Therapie ein guter Indikator für die Zweckmäßigkeit der Behandlung. Hinzu kommt noch, daß bei dieser uns bereits zum Schema gewordenen Art der Behandlung der akuten Ekzeme das tastende Ausprobieren der verträglichen Medikamente fortfällt, und daß die sonst üblichen großen feuchten Verbände, die für den Kranken viele Unbequemlichkeiten im Gefolge haben und eine Menge Mühe und Kosten verursachen, überflüssig sind, so daß die Behandlung wesentlich erleichtert und verbilligt wird. Wir haben beobachtet, daß gerade die kurzen, kühlen Balnazidbäder vor allem auf den Juckreiz den günstigsten Einfluß ausüben. Erkältungskrankheiten, die bei dem geschädigten Wärmeregulierungsapparat der ekzemkranken Haut häufiger zu erwarten wären, haben wir bei sachgemäßer Wartung nie beobachtet. Ueber die Frage, ob warmes oder kaltes Bad, entscheidet aber letzten Endes das Behaglichkeitsgefühl des Patienten; warme Bäder kann man entsprechend länger ausdehnen. Ein weiterer Vorteil dieser Behandlung ist noch der, daß sich die Haut an die Teerbehandlung gewöhnt hat und die weitere Applikation von hochprozentigen Teerpasten und Salben meist reizlos verträgt. Bei lokalen akuten Ekzemen an Armen und Beinen verfahren wir mit lokalen Teerbädern in der gleichen Weise; bei Ekzemen des Gesichts verordnen wir Balnazidaufschläge mit bestem Erfolg. Besonders günstig sind unsere Erfahrungen bei nässendem Ekzem der behaarten Kopfhaut: Jucken, Nässen und Rötung lassen bald nach, und unter weiterer Teerbehandlung, die ja bekanntlich auf dem Kopfe besonders gut vertragen wird, heilt die Erkrankung meist rasch ab. Subakute Ekzeme erfordern nach unseren Erfahrungen meistens protrahiertere Bäder, um eine Lockerung der Hautschichten zu erzielen; auch darf man bei diesen Ekzemen nicht so schematisch verfahren, wie oben angegeben; sieht man doch gelegentlich Reizungen, Trockenheit, Sprödigkeit und Jucken auf den bis da gesunden Hautpartien. Nach unseren reichlichen Erfahrungen sehen wir in den Balnazidbädern eine wertvolle Bereicherung der Behandlungsmethoden Ekzemkranker.“

(Derm. Wschr. 1920 Nr. 47.)

**Erfahrungen mit „Staphar“.** Von Dr. Ferdinand Rosenberger (Hamburg) (Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin). Durch ein von ihm erdachtes Mästungsverfahren gelang es Strubell, eine Vakzine herzustellen, die einen relativ hohen Prozentsatz von Lipoiden aufweist, wodurch der Eiweißbestandteil in seiner toxischen Wirkung stark herabgemindert wird. Dieses Präparat, von Strubell „Staphar“ genannt, hatte Verf. erprobt und kann über nachstehende Erfahrungen berichten. Was zunächst Dosierung und Anwendungsweise betrifft, so begann Verf. bei den ersten behandelten Patienten mit 0,4 ccm; er stieg jedoch späterhin mit der Anfangsdosis auf 0,6 ccm. Nach 2—3 Tagen applizierte er die um 0,2 ccm vermehrte Dosis, um nach einem weiteren gleichen Intervall 1,0 ccm zu injizieren, welche Menge er, je nach Bedarf, noch ein bis mehrere Male wiederholte; eine höhere Dosierung war nur in Ausnahmefällen notwendig. Die Injektionen wurden zuerst intramuskulär und späterhin, da hin und wieder über Schmerzen an der Einssichstelle geklagt wurde, subkutan gemacht. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß Injektionen an der Brust oder zwischen den Schulterblättern besser vertragen wurden als solche an den Extremitäten. Nach seinen Erfahrungen bleibt es sich hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit gleich, ob das Mittel in der Nähe der in Frage kommenden Affektionen oder an einer anderen Körperstelle deponiert wird. Beeinflußt durch die Mitteilungen von Strubell und die späteren Veröffentlichungen von Krebs und Galewsky, hat Verf. das Präparat in erster Linie bei Furunkeln und Furunkulosen angewandt. Seine Beobachtungen erstrecken sich hierbei auf rund 60 Fälle; die Erfolge waren überraschend günstig. Bei einzelnstehenden Furunkeln trat meist schon nach 2—3 Injektionen Heilung ein; handelte es sich jedoch um schon länger bestehende, hartnäckig rezidivierende Furunkulosen, so war wohl meist die doppelte Anzahl von Injektionen nötig. Verf. möchte einen Fall herausgreifen, der besondere Würdigung verdient. Es handelt sich um eine 18jährige Arbeiterin, die seit einem Jahr an Furunkulose der Nates und der Nabelgegend litt. Bis jetzt waren Hefekuren, Höhensonnenbestrahlungen und Opsonogen ohne jeden Erfolg angewandt worden. Verf. injizierte der Patientin im Abstände von je 3 Tagen 0,6, 0,8 und zweimal 1,0 ccm Staphar, und es trat eine vollständige Heilung der noch bestehenden Furunkel ein. Die bisher arbeitsunfähige Kranke konnte ihrem Erwerb wieder nachgehen. Es ist selbstverständlich, daß sowohl hier wie in den anderen Fällen die Allgemeintherapie durch eine lokale unterstützt wurde; der Vorwurf, daß der erzielte therapeutische Effekt der letzteren zuzuschreiben sei, kann nicht er-

hoben werden, denn jeder, der die Chronizität der Furunkulose kennt, wird die Erfolglosigkeit der auch mit peinlichster Sorgfalt ausgeführten örtlichen Maßnahmen bestätigen. Verf. hat das Präparat weiterhin bei Impetigo simplex, bei Unterschenkelgeschwüren und bei Pyodermien infolge bestehender Ekzeme angewandt, und es hat sich auch hier voll bewährt; dies gilt natürlich mit der selbstverständlichen Einschränkung, daß durch die Vakzinetherapie nur die Hauteiterungen beseitigt wurden. Eine weitere Beeinflussung des von Pyodermien befreiten Ekzems sowie der gereinigten Unterschenkelgeschwüre durch Staphar konnte Verf. nicht beobachten. Es wurde fernerhin bei drei an Folliculitis decalvans leidenden Patienten die Vakzinetherapie versucht. Zwei Fälle, die wenige und kleine Herde zeigten, konnten zur Heilung gebracht werden; ein dritter Patient, der seit zirka einem Jahr an obiger Erkrankung litt, wies, nach anfänglichen Erfolgen, trotz 2—3 maliger wöchentlicher Immunisierung mit 1,5 ccm keine nennenswerte Besserung auf. Bei Acne vulgaris hat die Staphartherapie zu keinerlei Erfolg verholfen. Was unerwünschte Nebenerscheinungen anbetrifft, so hat Verf. Störungen des Allgemeinbefindens nie beobachten können; hingegen wurden hin und wieder Klagen über nicht unerhebliche, manchmal 1—2 Tage andauernde Schmerzen an den Einstichstellen laut.

(D. m. W. 1920 Nr. 49.)

**Zehn Jahre Abortivbehandlung der Syphilis.** Von Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht (Aus der deutschen dermatologischen Klinik in Prag).

1. Die Abortivbehandlung der Syphilis soll bei sichergestellter Diagnose so bald als möglich beginnen und besteht aus 3—3 $\frac{1}{2}$  g Neosalvarsan und 15 Kalomelinjektionen (zu 0,05). Bei seropositiver Primärsyphilis empfiehlt sich Wiederholung der Kur, bei günstigem Sitz Exzision des Primäraffektes.

2. Die Nachuntersuchungen sollen im ersten Jahre allmonatlich, in den folgenden zwei Jahren mindestens vierteljährlich vorgenommen werden; sie sollen auch nach einer der empfindlicheren Methoden negativ ausfallen.

3. Die Rezidive treten meist innerhalb von 9 Monaten nach Abschluß der Behandlung auf und sind bei genügender Behandlung und Nachuntersuchung Seltenheiten. Nach unzureichender Behandlung kann man öfter Auftreten schwerer Formen sehen. Ungenügende Salvarsanbehandlung fördert das Entstehen von Neurorezidiven.

4. Bleibt ein abortiv behandelter Fall mindestens 9 Monate nach Abschluß der Behandlung bei stets negativer WR symptom-

los, dann ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein Dauererfolg zu erwarten.

5. Die Heilung der Syphilis kann bei negativem Ausfall der provokatorischen Salvarsaninjektion auf Blut und Liquor angenommen werden, wenn bei mindestens dreijähriger regelrechter Beobachtung nie ein Rezidiv oder positive WR auftrat. Den Beweis für die Möglichkeit einer Abortivheilung erbringen zahlreiche Reinfektionen.

6. Die Heiratserlaubnis darf frühestens 3 Jahre nach Abschluß der Behandlung und dauernder Symptomlosigkeit erteilt werden; bei ungenügenden Nachuntersuchungen sollten 5 Jahre als Frist angenommen werden. Frau und Kinder sind von Zeit zu Zeit einer Untersuchung zuzuführen. (Derm. Wschr. 1921 Nr. 5.)

**Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen.** Von Priv.-Doz. Dr. P. W. Siegel (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen). „Auf Grund dieser Erfahrungen müssen wir uns auf den Standpunkt stellen, daß von einer spezifischen Wirkung des Kollargols oder von einer dominierenden Bedeutung der Kollargoltherapie bei der weiblichen Gonorrhoe, wie das getan worden ist, nicht gesprochen werden kann. Wir müssen darin Sommer, Stümpke und Brauns vollkommen beistimmen.“ „Wir halten uns daher berechtigt, die intravenöse Kollargolinjektion als alleinige wie als kombinierte Gabe bei jeder Form der weiblichen Gonorrhoe ausnahmslos zu verwerfen.“

(D. m. W. 1921 Nr. 10.)

**Zur Gonorrhoeoprophylaxe** empfiehlt Prof. Dr. E. Finger (Wien) 2%ige Cholevalstäbchen der Firma Merck, die den Anforderungen, welche man an solch ein Prophylaktikum stellen muß, zu entsprechen scheinen. (M. m. W. 1921 Nr. 1.)

#### d) Augen- und Ohrenkrankheiten.

**Ueber die Verwendung des Ibol's für Ohr und Nase.** Von Priv.-Doz. Dr. Burchardt (Potsdam). Mit dem vorgenannten Präparat der Firma Merck hat Verf. seit einem Jahre zahlreiche Versuche gemacht, um festzustellen, für welche besonderen Indikationen das Ibol verwendbar ist. Es handelt sich um ein neuartiges Mittel, ein Jodkohlenbolus mit 5% metallischem Jod, ferner animalischer Kohle und sterilem, weißem Bolus. Das Jod ist jedoch nicht beigemischt, sondern von der Kohle absorbiert, von welcher es bei Berührung mit den alkalischen Gewebssäften langsam abgegeben wird und seine desinfizierende Wirkung entfaltet. Wo auch immer

Jod mit Wasser und oxydierbarer organischer Substanz in **Be-**rührung kommt, vollzieht sich nachstehende Reaktion  $H_2O + 2 J = 2 HJ + O$ . Der Sauerstoff in statu nascendi wird von **der** organischen Substanz (Eiweißkörper, Eiter, Blut) **aufgenommen** und die entstehende Jodwasserstoffsäure (HJ) von den **alkalischen** Gewebssäften zu NaJ verbunden. Damit ist die Reaktion **beendet**, denn das gebildete Jodnatrium hat auf den Desinfektionsprozeß keinen weiteren Einfluß mehr. Denn nur durch die sehr **energische** Oxydation des Bakterienprotoplasmas werden die Bakterien **zum** Absterben gebracht. Da nun aber in dem Ibol durch die **lang-**same Abspaltung immer neue Jodmengen in Reaktion treten, so wird eine bakterizide Dauerwirkung erreicht. Der Effekt der **Keim-**abtötung ist ein ganz anderer, als wenn man z. B. eine **flüssige** Jodlösung verwendet, die nur eine momentane Wirkung **ausübt**, weil die gesamte Jodmenge alsbald vom Gewebe als NaJ **gebunden** wäre. Auf Grund dieser chemischen Eigenschaften hat Verf. das Ibol bei chronischer Otitis media mit großem Defekt des **Trommel-**fells in vielen Fällen angewendet; es kam darauf an, ein **des-**infizierendes und desodorierendes, fein zerstäubbares **Pulver** zu haben, welches mit dem Sekret keine Klumpen oder **Borken** bildet. Nach der üblichen Reinigung und Austrocknung des **Mittelohrs** wurde Ibol mit dem Kabierskeschen Pulverbläser **fein** verteilt in das Ohr eingeblasen; diese Behandlung wurde **täg-**lich wiederholt. Auch bei längerer Verwendung des Ibols trat **nie-**mals eine unerwünschte Reizung der Schleimhaut oder des **Gehör-**ganges ein; im Gegenteil hatte Verf. stets den Eindruck, daß das **Pulver** eine beruhigende Einwirkung auf die Schleimhaut **hatte**. Borken- oder Klumpenbildung trat niemals auf, die **Kohle** sieht man am folgenden Tage im Sekret in feinsten **Verteilung**. Die **desodorierende** Wirkung wurde von den Patienten **angenehm** empfunden. Daß eine Heilung einer durch Knochenkaries **be-**dingten Otorrhoe durch Ibol erreicht werden kann, ist ja **natur-**gemäß ausgeschlossen. Mit gleich gutem Erfolge hat Verf. Ibol bei der **Nachbehandlung** von Operationen in der Nase **gebraucht**; auch hier trat keine Reizung der Schleimhaut auf, die **Schorfbildung** wurde günstig beeinflußt. Auf Grund dieser Erfahrungen kann **Verf.** Ibol für die genannten Zwecke unbedingt **empfehlen**.

(D. M. W. 1921 Nr. 3.)

### **Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe der Erwachsenen.**

H. Heine mann und K. Wilke (Aus dem Zentralhospital Petoemboekan) schreiben darüber: „Die Blennorrhoe der Erwachsenen bei primitiven Völkern stellt an den Therapeuten ganz besondere **An-**forderungen. Der Eingeborene versucht nur allzugern, mit alt-

gewohnten Volksmitteln in die Behandlung einzugreifen. Bei der Blennorrhoe wird als Volksmittel die Waschung des Auges mit Eigenurin angewandt, ein verhängnisvolles Beginnen, da es der Konjunktiva immer von neuem Infektionserreger zuführt. Trotz sachgemäßer klinischer Behandlung (Protargolinstillationen — 10 proz. — und 2 stündlich wiederholte Spülungen mit verdünnter Lösung von Kalium permang.) erlebten wir eine Reihe von Komplikationen von seiten der Kornea. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der unkomplizierten Blennorrhoe der Erwachsenen betrug etwa 6 Wochen. Wir begannen nun die Proteinkörpertherapie neben der lokalen Therapie auch bei der Blennorrhoe der Erwachsenen. Zuerst verwandten wir in 2 Fällen Milchinjektionen, dann gaben wir in 9 Fällen Caseosan. Sowohl die Milch- wie die Caseosanjektionen — neben der bisher geübten lokalen Therapie — zeitigten überraschende Erfolge. Bei keinem Falle dieser Reihe trat eine Komplikation auf. Schon im Anschluß an die erste Injektion ging Schwellung und Sekretion schnell zurück. Während früher bei der nur lokalen Behandlung die Periode der Arbeitsunfähigkeit etwa 6 Wochen dauerte, war in den Fällen mit Proteinkörpertherapie die Periode der Arbeitsunfähigkeit auf 3 Wochen beschränkt. Diese fortlaufende Reihe von günstig verlaufenden Fällen erscheint uns kein Zufall, und es erscheint der Mühe wert, schon diese kleine Zahl von Fällen bekanntzugeben. Da bei der vergleichenden Prüfung von Milch- und Caseosanjektionen bei anderen Krankheitszuständen das Caseosan sich als überlegen erwies, so ziehen wir es auch bei der Blennorrhoe vor. Bei allen unseren Fällen kamen wir mit 2—4 intramuskulären Injektionen von 0,5 ccm bis 1 ccm Caseosan aus. Auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen möchten wir unser Urteil dahin abgeben: Wir erachten es für einen Fehler, bei der hier vorkommenden Blennorrhoe die Proteinkörpertherapie zu unterlassen. Caseosan erwies sich als ausgezeichnetes Präparat zur Herbeiführung einer zellulären Leistungssteigerung zur Abwehr der gonorrhöischen Infektion des Auges.“

(M. m. W. 1921 Nr. 5.)

**Der heutige Stand der Frage der nichtoperativen Starbehandlung.** Von Dr. Werner Bab (Aus der Augenpoliklinik von Geh. Rat Prof. Dr. Silex, Berlin).

1. Es gibt keine nichtoperative Behandlungsart des grauen Stars, die bei rechtzeitiger Anwendung eine Gewähr dafür bietet, daß das Leiden geheilt oder doch im Fortschreiten gehemmt wird.

2. Die vielfach mitgeteilten Erfolge medikamentöser Behandlungsarten des grauen Stars gehen, soweit sie wissenschaftlich geprüft sind, nicht über das Maß der Besserung der auch ohne

jede Beeinflussung ähnlich verlaufenden Starfälle hinaus. Es handelt sich hierbei um Besserungen der Sehschärfe und Aufhellung der Trübungen, die im Verlaufe des Altersstars infolge Stationärbleibens auf verschieden lange Zeit, Aenderungen des Brechungszustandes usw., sehr häufig zu beobachten sind.

(Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1921 Nr. 3.)

### Verschiedenes.

**Ueber Antikonzipientien** schreibt Dr. Julius Frankenstein (Berlin-Schöneberg): „Wir haben zweierlei Arten von Mitteln, flüssige und feste. Zu den ersteren gehören — nächst den oft genug verspäteten Spülungen, die vernunftgemäß ante coitum stattfinden sollten — die Semoritabletten, die Sicherheitsovale, die Schwämmchen, insoweit sie mit Desinfizientien getränkt sind, und das kolossale Heer angeblich in der Vagina löslicher Tabletten mit allen möglichen medikamentösen Zusätzen. Sie alle können uns nur ein Lächeln abnötigen, wenn wir bedenken, daß die natürliche Form des Koitus, bei der das Orificium penis den Muttermund berührt und in den Zervikalkanal direkt ejakuliert, sie alle ad absurdum führt. Interessant ist es immerhin zu erfahren, daß solche Mittel, wie z. B. Patentex, trotz all ihrer Haltlosigkeit, wenn auch nicht dem Publikum, so doch den Fabrikanten enormen Nutzen bringen. Die lange Dauer des Schmelzens der Tabletten und Ovale, sowie der aus ihrer Lösung entstehende schmierige Zustand der Vaginalschleimhaut vervollständigen das üble Bild. Auf dem Gebiete der mechanischen Vorbeugung treten in den Vordergrund durch ihre massenhafte Verbreitung die Erzeugnisse der Gummifabriken. Von Mensingas Okklusivpessar bis auf die neuesten Modelle haftet ihnen allen ein schwer ins Gewicht fallender Fehler an, die Unsicherheit selbst nach jahrelangem, scheinbar sicherem Schutz. Außerdem wird ihnen von beiden Seiten, von den Aerzten wie vom Publikum, die Verhinderung des Sekretabflusses bei gutem Sitzen und bei schlechtem außer der Gefahr der Nutzlosigkeit die durch Hin- und Herschieben sich einstellende Reizung der Scheidenschleimhaut bis zu schwer heilbarem, nicht unbedenklichem Ausfluß vorgeworfen. Und wie leicht ist das Verutschen! Uebrigens ist es nicht unmöglich, daß der Gummi als Material eine individuell schädliche Rolle spielt. Ueber das halbe Dutzend von Zervikalstiftformen, wie Obstavit, Sterilett u. a. werden die Kollegen mit mir aus unseren Journalen (besonders D. m. W. fast jeder der letzten Jahrgänge) genug Verdammungsurteile vernommen haben. Und wie sollte denn auch nicht das immer



häufiger werdende Vorkommen des Uteruskarzinoms bei der rasenden Zunahme der Anwendung von Stiften auch auf diese als Ursache zurückgeführt werden können. Wird doch der Lippenkrebs nahe am Mundwinkel bekanntlich auf die dort hängende Pfeife bei Rauchern geschoben. Günstigere Beurteilung den Stiften gegenüber verdienen die Portiokappen. Leider wirken sie durch das ärztlicherseits (u. a. Kappa [Wien]) bevorzugte System der engen Anpassung bei ihrer zylindrischen Form mit dem oberen Rand einschnürend und im ganzen als Schröpfkopf, d. h. sie erzeugen eine zunehmende Hyperämie der Portio, die zu übermäßigen Blutungen während der Menses führt, ja oft genug selbst unregelmäßige Blutverluste verursacht bzw. Menses in verkürzten Intervallen. Und schließlich muß noch ihr Hauptfehler erwähnt werden, den wir vom Publikum immer wieder zu hören bekommen: sie haben keinen Abfluß für uterine Sekrete und verschulden dadurch oft einen entsetzlichen Geruch und Erosionen am Muttermund, von dem sie ohnehin bei ihrer leichten Ansaugung durch die oft notwendige, bruske Ablösung die schützende Epitheldecke stellenweise mit abreißen. Allen diesen Uebelständen weicht meines Wissens bisher nur ein einziger technischer Mutterschutz aus, der von der Firma „Hygibe“<sup>1)</sup> in den Handel gebracht wird. Diese in Silber und schwer versilbert gefertigte Kappe vermeidet durch ihre glatte Arbeit und annähernd abgestumpft kegelförmige, der Portio angepaßte Form alle Gelegenheit zu Verletzungen bei der leichten Einführung und Entfernung. Als praktisch dürfte sich auch der wulstige, runde Hals erweisen, mit dem sich die Kappe öffnet, weil er im vorderen und hinteren Scheidengewölbe Halt gewinnt, während des Lagerns nicht drückt und das Herausholen des Schutzes leicht macht. Und last not least: sie hat den vom Publikum und uns ersehnten Abfluß in Form einer leicht zu öffnenden und sicher schließenden Bodenklappe. Da meine Erfahrungen mit diesem Schutzmittel in den bisherigen 6 Monaten stets gut waren, nehme ich keinen Anstand, die Kollegen zur Nachprüfung aufzufordern.“ (D. m. W. 1921 Nr. 9.)

**Ueber die Desinfektion des tuberkulösen Auswurfs.** Von P. Uhlenhuth, K. W. Jötten und E. Hailer (Aus der Bakteriologischen Abteilung des Reichsgesundheitsamts in Berlin-Dahlem und dem Hygienischen Institut der Universität Leipzig). Verff. fanden, daß Alkali-Lysol (Schülke & Mayr, Hamburg) und Parol, ein anderes aus Alkali und Kresol bestehendes Präparat (Fabrik Dr. Raschig, Ludwigshafen), wenn sie in 50% iger Lösung 4 Stun-

<sup>1)</sup> Sphinx-Hygibe, Berlin SO, Oranienstr. 188.

den einwirken, die Tuberkelbazillen im Sputum vollkommen abtöten. Parol ist in Wasser leicht und klar löslich, die Lösung ist fast geruchlos; beide Eigenschaften hat es vor dem Alkali-Lysol voraus, andererseits dürfte es sich im Preise wesentlich höher stellen. Es kostet das Kilogramm flüssiges Parol in kleinen Mengen bezogen etwa 40 M., während das Kilogramm Alkali-Lysol 12,75 M. kostet. Andererseits haben Verff. festgestellt, daß von den Kranken der Geruch des Alkali-Lysols gar nicht so unangenehm empfunden wird. Auch hat der Geruch den Vorteil, daß er die Fliegen abhält. Die Giftigkeit der Verdünnungen dieser Präparate ist gering, jedenfalls mit der des Sublimats nicht zu vergleichen. In einer größeren Versuchsreihe konnten Verff. sich davon überzeugen, daß innerhalb 12 Stunden meist nicht über 75—100 ccm Sputum ausgeworfen werden. Man wird also meist mit 200 ccm Flüssigkeit auskommen und immer mit einer Abtötung der Tuberkelbazillen 4 Stunden nach der letzten Sputumzugabe rechnen können, wovon Verff. sich in vielen derartigen praktischen Versuchen am Krankenbett haben überzeugen können. Hygienisch am einwandfreiesten ist es, wenn der Patient gleich am Krankenbett seinen Auswurf in die Desinfektionsflüssigkeit entleert.

(M. Kl. 1921 Nr. 10.)

**Psychosen bei Grippe.** Auf Grund von 24 in der Kieler Klinik beobachteten und 85 aus der Literatur gesammelten Fällen kommt Runge zu der Ansicht, daß die Grippe diejenige Infektionskrankheit ist, die am häufigsten psychische Störungen hervorzurufen vermag. Von den Erkrankten ist ein großer Prozentsatz erblich belastet. Je schwerer die Grippe war, um so schwerer war in der Regel auch die Geistesstörung, die bei der letzten Epidemie häufiger im Fieberstadium, bei den früheren nach dem Abklingen des Fiebers auftrat. Obschon es spezifische Grippepsychosen nicht gibt, sind die deliranten und amentiaartige Symptombilder am häufigsten, auch herrscht eine stark depressive Affektlage vor. Während die Prognose im allgemeinen günstig ist, wurde sie bei der letzten Epidemie durch das Auftreten der schweren Krankheitsbilder im febrilen Stadium getrübt.

(Arch. f. Psych. 62 H. 1/2.)

---

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

# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 10.

Juli 1921

## Aetiologisches.

Zum Kapitel der Hautentzündung durch Ersatzmittel schreibt Dr. A. Markus (München): „Von verschiedenen Firmen werden jetzt Damen-Regenhüte in den Handel gebracht, welche vollkommen oder teilweise aus einem Gummiersatzstoff gearbeitet sind. Ich hatte schon verschiedentlich Gelegenheit, darauf zurückzuführende Hautentzündungen zu beobachten, welche sich sogar über die ganze Kopfhaut und das Gesicht ausgebreitet hatten und oft mit starken ödematösen, erschreckend aussehenden Schwellungen verliefen und zum Teil auch auf die Haut des Halses, der Brust und des Nackens übergegriffen hatten. Da diese Stoffe einen eigentümlich starken Geruch haben, kann die Nase schon beim Einkauf als Warner den Frauen dienen und dem Arzt die Diagnose erleichtern. Die Geschäfte würden gut daran tun, diese meistens von Fabriken in den Handel gebrachten fertigen Hüte den Fabrikanten zurückzugeben, da sie für den Schaden verantwortlich gemacht werden können, der den Kunden daraus erwächst. Die Behandlung besteht auch in der Anwendung von feuchten Umschlägen und Puder und nach Abklingen der entzündlichen Erscheinungen von indifferenten Salben.“  
(M. m. W. 1921 Nr. 18.)

**Erfrierung beider Unterschenkel.** Von Th. Kölliker (Leipzig). „In kurzer Zeit habe ich bei zwei jungen Damen eine Erkrankung beobachtet, die ich auf die gegenwärtige Mode — kurze Röcke und sehr dünne, seidene Strümpfe — zurückführe. Es handelt sich um eine lokale Erfrierung mit dauernder Hyperämie, Schmerzen und Jucken der unteren Hälfte beider Unterschenkel, und zwar genau in der Ausdehnung, in der die Unterschenkel der Kälte ausgesetzt sind, also vom Kleidersaum zum Stiefelschaft. Als Behandlung empfiehlt sich, abgesehen von geeigneter Bekleidung,

Massage und leichter Druckverband mit Idealbinde. Voraussichtlich ist diese lokale Erfrierung schon wiederholt beobachtet, aber vielleicht in ihrer Entstehung nicht gedeutet worden.“

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 16.)

**Die Sterblichkeit an Keuchhusten.** Von Prof. Dr. F. Reiche (Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbeck). Es ergibt die Analyse von Verf.s Material eine von den Todesursachen der anderen Kinderkrankheiten völlig abweichende Struktur der Sterblichkeit: durch eine während des Keuchhustens aufgeflamnte Tuberkulose sind von allen Sterbefällen nicht weniger als 24,2 % und ein Viertel von diesen durch deren miliare Form bedingt; weitere 13,6 % fielen einer schweren, für den Tod verantwortlichen Zweitinfektion (mit Influenza, Diphtherie, Pneumonia crouposa) zur Last, während die beiden infektiösen Meningitiden durch hämolytische Staphylokokken und Streptokokken wohl am ehesten als echte, von den Lungenalterationen ausgegangene Komplikationen der Tussis convulsiva anzusprechen sind. Jedenfalls ist — mit 37,8 % — über ein Drittel aller Todesfälle der Keuchhustenabteilung nicht für Pertussis zu buchen. Hervorgehoben sei des weiteren die — 14 % betragende — Häufigkeit, mit der eine schwere Rachitis oder lymphatische Diathese als begünstigendes letales Moment bei dieser Krankheit nachgewiesen wurde.

(M. Kl. 1921 Nr. 2.)

**Ischias und Spina bifida occulta.** Von F. Gudzent (Berlin). In dem 1. Fall handelt es sich um eine 33 Jahre alte Patientin, die bis zu ihrer Verheiratung vollkommen gesund gewesen ist. Vor 9 Jahren, nach dem ersten Wochenbett, traten Schmerzen im linken Bein auf, die von dem Arzt als Ischias bezeichnet wurden und sich nicht besserten. Im zweiten Wochenbett gesellten sich hierzu Schmerzen gleicher Art auch im andern Bein. Trotz aller sachgemäßen Therapie verschlechterte sich der Zustand von Jahr zu Jahr, so daß Patientin vor 1 Jahr nur noch am Stock gehen konnte. Eine schwere Grippe vor  $\frac{3}{4}$  Jahren führte zu weiteren schmerzhaften Anschwellungen in den Fuß- und Kniegelenken. Ein Badeaufenthalt im vorigen Sommer brachte eine geringe Besserung, der aber bald wieder eine Verschlechterung folgte. Die Schmerzen konnten in keiner Weise durch die restlos angewandten Ischiasmittel beeinflußt werden. Verf. fand bei der Untersuchung der Patientin Ende Oktober v. J. beiderseits das typische Ischias-symptom. Auffallend schmerzhaft war der Druck auf den letzten Lendenwirbel und einige merkwürdige Veränderungen an den Füßen und Gelenken. Die Sehnen des Musculus extensor hallucis longus

erschieden beiderseits verkürzt und bedingten dadurch Extension der großen Zehen. Auch die anderen Zehen erschienen extendiert, so daß man den Eindruck einer leichten Krall- oder Klauenfußstellung hatte. Bewegung in den Sprunggelenken und Druck auf diese Gelenke wird schmerzhaft empfunden, links mehr als rechts. Auch die Malleolen und die Achillessehnen sind auf Druck schmerzhaft. Beiderseits gummiartige Schwellungen der Patella, im übrigen Hüftgelenk und Kniegelenk frei. Die Reflexe erwiesen sich ohne Besonderheiten, dagegen fanden sich an beiden Beinen bestimmter Hautnerven Zonen teilweise herabgesetzter, teilweise gesteigerter Berührungs- und Schmerzempfindung. Die übrigen Organe, auch Schilddrüse, Hypophysis, sowie Blutbild ließen keine Veränderung erkennen. Während der Beobachtungszeit in der Klinik konnten häufig Temperatursteigerungen von  $\frac{2}{10}$ — $\frac{5}{10}$ ° beobachtet werden, ohne daß sich eine erkennbare Ursache auffinden ließ. Die Röntgenaufnahme der Kreuzbeingegend und Lendenwirbelsäule ergab nun eine große Spalte im 5. Lendenwirbel. Dieser Befund machte die Annahme einer Spina bifida occulta wahrscheinlich und den Mißerfolg aller bisherigen Therapie begreiflich. Auf Rat von Geheimrat Bier unterzog sich die Patientin einer Operation, bei der sich folgender Befund ergab: Nach Freilegung des obersten Teiles des Kreuzbeins und des untersten der Lendenwirbelsäule erscheint ein Loch im oberen Teil des Kreuzbeines im 5. Lendenwirbel und auch z. T. noch im 4. Lendenwirbel. Aus dem Loch wölbt sich eine beinahe walnußgroße bräunliche Blase prall hervor. Diese Blase läßt sich in den Rückratskanal hineinschieben. Bei genauer Nachforschung erweist sich auch der 4. Lendenwirbel als gespalten. Der Spalt ist aber durch eine dicke Bindegewebshaut geschlossen. Durch Knochenplastik wurde die Spalte gedeckt. Ueber den Verlauf der Operation läßt sich heute noch nichts Sicheres sagen. Dieser Beobachtung kann Verf. eine zweite hinzufügen, bei der Verf. als Ursache einer bestehenden Ischias viel leichteren Grades ebenfalls eine Spaltbildung des 5. Lendenwirbels annehmen kann. Wie das Röntgenbild zeigte, war die Spaltbildung in diesem Falle bedeutend geringer. Es handelt sich um einen jungen ehemaligen Offizier, der erst nach etwa 3jähriger Kriegszeit eine Ischias bekam und trotz vielseitiger Bemühungen von seinen Beschwerden nicht befreit werden konnte. Erst nach seinem Uebertritt in das Zivilleben stellte sich ein erträglicher Zustand ein, doch war ihm das Sitzen auf dem Kontorschemel dauernd unmöglich. Auch Bemühungen, ihn von der Ischias zu befreien, blieben erfolglos. Die nun vorgenommene Röntgenaufnahme klärte die Ursache dieser vergeblichen Bemühungen auf. Patient konnte sich zu einer Operation nicht entschließen und gibt jetzt nach  $\frac{3}{4}$  Jahren an, daß die

Schmerzen, die überhaupt nur beim Sitzen unangenehm waren wesentlich geringer geworden seien. Inzwischen sind an der Klinik zwei weitere ähnliche Fälle beobachtet. Beide Patienten leiden seit einiger Zeit an neuralgischen Schmerzen im Ischiasgebiet. Die körperliche Untersuchung ergab einen vollkommen normalen Befund, es bestanden auch keine typischen Druckpunkte, so daß die Beschwerden rein subjektiv waren. In beiden Fällen ließ sich ein kleiner Spalt im 5. Lendenwirbel feststellen. Daß eine Spina bifida occulta allerlei Krankheitserscheinungen machen kann, ist ja bekannt. Ganz abgesehen davon, daß sie mit anderen Entwicklungsanomalien, wie Syndaktylie, Schwimmbildung, vergesellschaftlich auftreten kann, sind Sensibilitätsstörungen, Anomalien der Haut- und Sehnenreflexe, Sphinkterenschwäche, Deformitäten des Fußgerüsts, trophische und vasomotorische Störungen beschrieben. Der hier beobachtete Symptomenkomplex fand sich aber nirgends erwähnt. Auffällig ist, daß die Spaltbildung erst im späteren Lebensalter und dann offenbar erst beim Hinzutreten gewisser für das Ischiadikusgebiet schädlicher Einflüsse, Krankheitserscheinungen macht. Solche Schädigungen können bedingt sein durch Gravidität oder durch Erkältungen, Ueberanstrengungen usw. Nach Bier sind es häufig auch meist gutartige Geschwulstbildungen an den Häuten des freiliegenden Rückenmarkes. Dadurch wird das Auftreten von Krankheitserscheinungen, trotz angeborener Spaltbildung, im späteren Lebensalter verständlich und auch die Annahme sehr wahrscheinlich, daß eine Spina bifida occulta sehr viel häufiger vorkommen muß, als man jetzt glaubt. Es dürfte sich deshalb empfehlen, in allen Fällen von Ischias oder ischiasähnlichen Erkrankungen, zumal dann, wenn die bekannten therapeutischen Mittel nicht zum Ziele führen, nach Spaltbildungen im unteren Teil der Wirbelsäule oder des Kreuzbeines zu fahnden.

(B. kl. W. 1921 Nr. 11.)

### **Krankheitsbilder.**

**Singultusepidemien.** Von Dr. S. Loeb, Nervenarzt (München-Gladbach). Aus den Lehrbüchern der Inneren Medizin erfährt man, daß der Singultus im ganzen selten vorkommt und zentral bedingt ist. Er kommt z. B. vor bei Apoplexien, Halsmarkerkrankungen. Bei Pleuritis, Perikarditis, Mediastinitis, Aneurysma aortae denkt man sich ihn ausgelöst durch peripherische Reizung des N. phrenicus. Reizzustände des Verdauungs- oder Genitaltraktus können auch reflektorisch Singultus auslösen. Bei Kindern wird er häufiger nach Gemütsbewegungen (Lachen und Weinen) beobachtet. Bei Hysterischen wird er nicht selten sehr hartnäckig inszeniert.

Als direkte Folge einer Entzündung der Zwerchfellserosa kann Verf. ihn sich nicht vorstellen. Die Auslösung geschieht wohl stets reflektorisch über ein zentral gelegenes Zentrum. Im Endstadium von Syringomyelie kommt Singultus vor, hierbei ist er allerdings auch schon primär beobachtet worden. Ueber gehäuftes Auftreten berichtet K. Engel aus Budapest, er habe dort in der letzten Januar- und ersten Februarwoche 1919 14 Fälle gesehen und von Kollegen über viele ähnliche Fälle gehört. In der gleichen Zeit sah S. Frankl ähnliche Fälle von Schlucksen. F. v. Szontágh schildert die Krankheit als Selbstbeobachter. Gautier sah während der Enzephalitisepidemie ziemlich häufig auch epidemischen Singultus. Er betrachtet die Erkrankung als eine besondere Form der Encephalitis lethargica mit Beteiligung des Phrenikus. 6 Fälle von schwerem Singultus sah Bittorf im Anschluß an leichten Schnupfen (Grippe). Die Anschauungen der einzelnen Autoren über die Aetiologie gehen noch weit auseinander. Bittorf hält eine psychogene Entstehung für völlig ausgeschlossen; am wahrscheinlichsten ist ihm eine infektiöse Phrenikusreizung peripherisch oder zentral, also ähnlich wie Gautier. Auch Frankl spricht sich gegen eine ideogene oder psychogene Aetiologie aus, er nimmt eher eine chemische oder andere neurogene auslösende Ursache an, nach deren Aufhören das Schlucksen psychisch perseveriert. Auch Szontágh bejaht den Zusammenhang zwischen Influenza und Singultus. Er denkt an eine Toxinwirkung, welche gleich dem Apomorphin das Schluckszentrum zu reizen imstande ist. Man könne daher das epidemische Schlucksen als ein Aequivalent der toxinischen Form der epidemischen Influenza betrachten, ähnlich wie die Chorea ein rheumatisches Aequivalent ist. Im Gegensatz hierzu hebt Engel hervor, daß keiner seiner Kranken an der gleichzeitigen schweren Influenza erkrankt war. Uebereinstimmend wird berichtet, daß ausschließlich Männer im Alter von 20—55 Jahren befallen werden. Die Zustände dauerten 2—14 Tage, dazwischen wurden Pausen von  $\frac{1}{2}$ —12 Stunden beobachtet. Häufig waren die Patienten am Schlafen und an der Nahrungsaufnahme behindert. Mehrfach wurden auch andere Begleiterscheinungen festgestellt, wie Schwindel, Kopfschmerz, Schwitzen, Reizbarkeit, Druckgefühl im oberen Bauchteil. Verf. selbst beobachtete im November und Dezember 1920 3 Fälle.

I. T. C., 50jähriger Fabrikant, stand wegen einer schmerzhaften Muskelerkrankung in Behandlung, erkältete sich heftig auf einer Reise. Im Anschluß an diese Erkältung trat am 19. 11. ein 3 Tage anhaltender Singultus auf, der ohne Therapie so plötzlich wieder wegblieb, wie er gekommen war.

II. K. F., 29jähriger Kunstmalers, kam von auswärts, fühlte sich vorher ganz wohl, erkrankte am 28. 12. 1920; sein Vetter hier



hatte dieselbe Krankheit 8 Tage vorher, er wußte aber nichts davon. Beide Patienten hatten Ruhepausen von einigen Stunden, waren aber auch nachts davon geplagt. Dauer 4 Tage.

III. Selbstbeobachtung, Rezidiv. Nachdem Verf. im vorigen Jahre  $2\frac{1}{2}$  Tage denselben Singultus hatte, litt er Ende November wieder 3 Tage fast ununterbrochen daran. Nachts hatte er völlige Ruhe. Geringfügige Erkältung war vorangegangen. Durch scharfe Ablenkung konnte er sich mitunter für einige Minuten von dem Reflex befreien. Allgemeinbefinden gar nicht gestört. Allerdings wird man nach stundenlanger Ausübung etwas ungeduldig, auch leicht matt.

Bei Patient II gelang es Verf. auch durch Ablenkung in der Sprechstunde, den Singultus zu beseitigen. Zu Hause ging es aber wieder von neuem los, hörte dann spontan auf. Sedativa waren anscheinend auch ohne Einfluß. Jödicke und Rhet y empfehlen, beide Beine des Patienten im Knie- und Hüftgelenk ad maximum zu beugen; der Arzt soll dabei kräftig gegen den Leib drücken. Verf. kann sich einen anderen als einen suggestiven Erfolg hiervon nicht vorstellen. Pönitz' Behandlung geht von der Darwinschen Beobachtung aus, daß der bewußte Wunsch, eine Reflexhandlung auszuführen, die Ausführung zuweilen hemmt oder unterdrückt. Darwin wettete z. B. mit jungen Leuten, daß sie trotz Schnupftabak nicht nießen würden, und gewann die Wette, obwohl die Leute sehnlichst zu nießen wünschten. Durch Auslösung eines Erwartungsreflexes kann man also eine Reflexhandlung unterdrücken. Pönitz versprach also seinem Patienten eine Geldbelohnung, wenn er gleich noch mal schluckste, und will hiermit Erfolg gehabt haben. Bei hartnäckigem Singultus chronicus (wohl hystericus) führten Rappoport nach Bendersky erfolgreich Magenspülungen mit warmem Wasser (29°) jeden 2. oder 3. Tag durch. Von Volksmitteln seien noch genannt Erschrecken, Fixieren einer Messerscheide, Atemanhalten, Eiswasser schlucken. Verf. hält die Aetiologie des Singultus epidemicus noch für ungeklärt. Viel für sich hat die Szontághsche Hypothese; damit könnte man das zeitliche Zusammentreffen von Influenzaepidemie und Singultus-epidemie erklären. Motorische Reizerscheinungen komplizierterer Art sind uns bei Enzephalitiden, die doch wohl auch in einem Zusammenhang mit der Grippe stehen, nicht fremd. Ganz ungeklärt erscheint allerdings noch die Bedeutung der Individualität des Kranken (warum werden nur Männer von 20—55 Jahren befallen?). Daß nicht nur somatische Veränderungen, sondern auch psychische Einflüsse, wenn nicht bei Beginn, so mindestens im Verlauf, von Bedeutung sind, erscheint nach den Beobachtungen sicherstehend, und zwar neigt Verf. zu der von Frankl vertretenen An-

sicht, daß eine psychische Perseveration den motorischen Komplex in unbekannter Weise festhält, vergleichbar dem Mechanismus, wie man sich psychomotorische Erscheinungen bei Kriegsneurosen fixiert vorstellt. Hierfür scheint Verf. die suggestive therapeutische Beeinflussung zu sprechen. (D. m. W. 1921 Nr. 9.)

**Ueber Rotlaufinfektion beim Menschen.** Von Dr. Alfred Salinger (Schnackenburg a. d. Elbe). „Im folgenden möchte ich über eine eigenartige Infektion der Haut, welche ich in den letzten Monaten gehäuft beobachtet habe, berichten. Viele Einwohner meines ländlichen Praxisbezirks erschienen in meiner Sprechstunde mit ‚schlimmen Fingern‘, und ich konnte folgenden Befund erheben: Die Haut eines oder mehrerer Finger war wenig oder gar nicht geschwollen und in charakteristischer Weise entweder diffus oder fleckig, teils rot, teils blau verfärbt. Diese blaue Farbe war ähnlich der durch Kontusion entstandenen und so eigentümlich, daß man alle diese Krankheitsfälle als zusammenhängend unbedingt erkennen mußte. Die sonstigen Entzündungserscheinungen waren auffallend gering, und meist schnitt die Verfärbung gegen die Umgebung ziemlich scharf ab. Ueber Schmerzen wurde nicht geklagt, ebensowenig war der Allgemeinzustand beeinträchtigt. Die eigenartige Entzündung kroch sehr langsam in den oberflächlichen Schichten der Haut weiter, ging oft noch etwas auf den Arm über oder nahm in manchen Fällen hier ihren Anfang. In zirka 8—14 Tagen im Durchschnitt war die Erkrankung abgelaufen, und außer einer geringen Steifigkeit der befallenen Glieder, die aber allmählich auch schwand, war nichts mehr zu bemerken. Die Entzündung hatte offensichtlich Aehnlichkeit mit dem Erysipel insofern, als sie auch wie dieses scharf gegen die noch gesunde Umgebung abschnitt, unterschied sich jedoch wesentlich von der Rose erstens durch den Mangel an Allgemeinerscheinungen, zweitens durch ihre auffallend langsame und sehr beschränkte Ausbreitung, und drittens besonders durch die eigenartige und für das geübte Auge nicht zu verkennende blaue Verfärbung. Die Erkrankung war so eigentümlich, daß ich zunächst keine Diagnose stellen konnte. Schließlich erfuhr ich von einem Patienten, daß er einige Tage vor Beginn der Entzündung ein an Rotlauf erkranktes Schwein geschlachtet hatte. Alle Patienten, welche nachher mit dieser Affektion in meine Behandlung kamen, bejahten meine Frage, ob sie ein rotlaufkrankes Tier geschlachtet hätten, sofort. Aus einer Familie konsultierten mich zuerst die beiden Ehegatten, und dann am anderen Tage ihr Hausschlachter; alle drei hatten zusammen ein an Rotlauf erkranktes Schwein geschlachtet. Offenbar hatten sich alle diese Menschen mit Schweinerotlauf in-

fiziert; die Infektion hatte stattgefunden durch eine Schrunde oder Wunde, die die Personen an den Fingern hatten, und die ich auch in allen Fällen da, wo die Entzündung angefangen hatte, nachweisen konnte. Da in meinem Praxisbezirk in den letzten Jahren sehr viele Schweine an Rotlauf erkrankt waren, war auch das Material, das ich sehen konnte, reichhaltig. Immer waren es dieselben Erscheinungen, immer nahmen sie denselben Verlauf. Therapeutisch erwiesen sich feuchte Verbände mit 2% igem Resorzinwasser scheinbar als wirksam.“ (M. Kl. 1921 Nr. 15.)

### Kasuistisches.

**Ein Fall von doppelseitigem Herpes zoster occipitalis.** Von Dr. Walter Treuherz (Aus der vormals Prof. Lassarschen Klinik in Berlin). Am 30. 12. 1920 erschien der Pat. M. in der Poliklinik und gab folgende Vorgeschichte an: Vor 4 Tagen ziehende Schmerzen am Hinterkopfe, besonders rechts. Einige Tage nach Auftreten der Schmerzen zeigten sich in der Höhe des Wirbels einige Bläschen mit wasserklarem Inhalt. Bald stellten sich auch links starke Schmerzen ein, denen am Tage der Untersuchung eine Bläschengruppe folgte. Befund: Auf dem Hinterkopfe, rechts, in Höhe des Wirbels, scharf mit der Mittellinie abschließend, eine Gruppe von Bläschen auf geröteter Haut, die gelblichgrünen Inhalt haben. Unterhalb dieses Herdes findet sich ein kleinerer; etwa zwei Querfinger breit weiter nach rechts noch eine Gruppe von Bläschen, die ein wagerecht liegendes, nach oben offenes Halboval bildet; ein vierter Herd in Höhe der Eminentia occipitalis externa rechts, etwa 2—3 cm von der Mittellinie entfernt. Links befindet sich eine Gruppe von Pusteln, die, völlig mit der Mittellinie abschließend, etwa in Höhe des oberen Ohrrandes auf geröteter Unterlage stehen. Hinter dem linken Ohr befindet sich eine etwa fünfmarkstückgroße, diffus gerötete Stelle. Lymphdrüsen beiderseits angeschwollen, nicht druckschmerzhaft. Urin eiweiß- und zuckerfrei. Therapie: Sol. Natr. salicyl. 8,0—200,0. Der Verlauf der Erkrankung war sehr milde und führte innerhalb drei Wochen zu vollständiger Heilung. Als Pat. sich fünf Tage später vorstellte, waren die am Wirbel befindlichen Bläschen im Eintrocknen begriffen, neue zeigten sich nicht mehr; die Schmerzen hielten aber immer noch an. Es wurde überdies noch Applikation trockener Wärme verordnet, die einen sehr günstigen Einfluß auf die Schmerzen ausübte. Am 17. 1. 1921 war nur noch ein Rest der Bläschenruption am Wirbel zu erkennen, alle anderen Herde sind verschwunden. Pat. klagte nur noch über Kopfschmerzen, er gab an, vorher nie Kopfschmerzen gehabt zu haben, und führte

sie auf den Herpes zurück. — Der Fall dürfte eine Erkrankung des 3. bzw. 2. Zervikalnerven (aus diesen entspringen der N. occipitalis minor, N. occipitalis major und N. auricularis magnus) darstellen, welche den gesamten Hinterkopf sensibel versorgen, bzw. die dorthin gehörigen Intervertebralganglien.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 12.)

**Skarlatinöses Exanthem nach Quarzlampe Licht (künstlicher Höhensonne).** Von Dr. Hans Gustav Austgen (Aus der Lungenheilstätte Beclitz der LVA. in Berlin). Patient, 18 Jahre alt, hatte als Kind Masern und Diphtherie, wahrscheinlich auch Scharlach. Früher nie Hautkrankheiten gehabt, auch in der Familie keine vorgekommen. Patient gibt an, daß er schon früher immer leicht errötet sei und oft ein brennendes Gefühl in den Wangen habe. Auch sei er in der Sonne stets leicht braun geworden, und die Pigmentierung habe immer lange angehalten. Status: Grazil gebaut, blonder Typus. Haut ist zart, dünn und etwas durchscheinend. Keine Dermographie. Lungen: Geringe spezifische Spitzenaffektion beiderseits. Patient wird zum ersten Male gegen 11 Uhr vormittags mit künstlicher Höhensonne bestrahlt. Je eine Quarzlampe vorn und hinten im Abstand von 70 cm. Bestrahlungsdauer 3 Minuten. Körper bis zu den Hüften entblößt. Sofort bei Beginn der Bestrahlung stellt sich ein Gefühl der Hautwärme ein, sonst bemerkt weder der Patient noch die aufsichtführende Schwester irgend etwas Besonderes. Abends um  $\frac{1}{2}$  11 Uhr, beim Zubettgehen, zeigten sich auf der Brust kleine, etwa stecknadelkopfgroße, flammenrote Pünktchen in einer Ausdehnung von etwa 2 Handflächen. Am anderen Morgen fanden sich am Halse und hinter beiden Ohren mehrere etwa zehnpfennigstückgroße rote Flecke, leicht konfluierend. Die Rötung auf der Brust breitete sich dann weiter nach unten aus, bis zur Nabelgegend. Im Laufe des Tages stellte sich Hautjucken der geröteten Stellen ein, wogegen abends Zinkpuder verordnet wurde. Trotzdem wurde der Juckreiz immer stärker, so daß Patient während der Nacht nicht schlafen konnte. Die geröteten Hautpartien fühlten sich heiß an. Auf Druck verschwand die Rötung momentweise. Dann verbreitete sich das Exanthem weiter abwärts bis zu den Füßen, ebenso griff es auf die Arme über, wobei die Streckseiten der Unterarme frei blieben. Gleichzeitig ließen Jucken und Brennen auf der Brust etwas nach. Die Gesichtspartien um Mund und Nase herum waren von der Affektion freigeblieben. Am übernächsten Tage (der Bestrahlung) begann die Rötung in der Reihenfolge des Auftretens zu verschwinden, und es trat eine großlamellige Schuppung auf. Nach einigen Tagen waren alle Erscheinungen ohne weitere Behandlung verschwunden. —

Bemerken möchte Verf. noch, daß Patient schon mehrere Wochen in der Heilstätte war, als die Erscheinung auftrat, und hier keinerlei Medikamente bekam, so daß ein Arzneiexanthem ausgeschlossen werden kann. Da Patient ferner auch nicht die geringsten Halserscheinungen und keine Temperatursteigerung hatte und auch das Allgemeinbefinden, abgesehen von dem Juckreiz und der dadurch bedingten Schlaflosigkeit, in keiner Weise gestört war, kann es sich auch nicht um einen jener leichteren Scharlachfälle gehandelt haben. Worauf die Erscheinung zurückzuführen ist, ist schwer zu sagen, zumal sie sich bei der 2. Bestrahlung, die nach etwa 14 Tagen erfolgte, in gleicher Weise geschah und ebenfalls 3 Minuten dauerte, nicht wiederholte. (D. m. W. 1921 Nr. 3.)

### **Diagnostisches.**

**Schmerzen in den Morgenstunden bei Nieren- und Uretersteinen.** Von Theodor Bärsony. Bei Ureter- und Nierensteinen treten in einem kleineren Teile der Fälle die Schmerzen in den Morgenstunden auf. Denken wir also bei frühmorgens auftretenden Schmerzen an die Möglichkeit dieser Prozesse und nehmen wir Untersuchungen in dieser Richtung vor!

(W. kl. W. 1921 Nr. 15.)

**Die Perkutanreaktion mit diagnostischem Tuberkulin.** Von Prof. E. Moro (Aus der Heidelberger Kinderklinik). In der ersten Abhandlung über diagnostisches Tuberkulin wurde bereits mitgeteilt, daß an obiger Klinik auch über die Perkutanreaktion, die angesichts der mißlichen Tuberkulinverhältnisse sehr hilfsbedürftig ist, Untersuchungen im Gange sind. Sie haben ergeben, daß die Einreibung mit diagnostischer Tuberkulinsalbe der kutanen Impfung nach Pirquet an Empfindlichkeit nicht nachsteht. Die Resultate deckten sich vollkommen mit jenen der Hauptimpfung. Verf. beobachtete bisher keinen Fall, der auf Einreibung negativ, auf Pirquet hingegen positiv reagierte. Wer die Einreibung in die Haut (Brust oder Bauch) der Impfung vorzieht, kann nunmehr beruhigt diese Methode anwenden. Die Salbe wurde mit dem neuen diagnostischen Tuberkulin (d. T.) hergestellt, und zwar bediente Verf. sich zur weiteren Verstärkung mit Vorteil der Einengung nach Hamburger und Stradner. Während jedoch diese beiden Autoren ihr (Wiener) Tuberkulin bis zur Gewichtskonstanz eindampften, wobei eine zähe, harzähnliche Masse resultierte, durfte sich Verf. mit der Einengung bis zur Hälfte des ursprünglichen Volumens begnügen. Dieses doppelt konzentrierte d. T. wurde hernach mit Lanol. anhydr. im annähernden Verhältnis

von 2 : 1 vermischt. Auch mit der Einreibung von unverdünntem d. T. (2 Tropfen) allein kann man brauchbare Resultate erzielen. Indes hat Verf. beobachtet, daß die Einreibung mit d. T. allein etwas weniger empfindlich ist als die Einreibung mit d. T.-Salbe. Die diagnostische Tuberkulinsalbe wird gleichfalls von E. Merck (Darmstadt) hergestellt. Als Autor der Perkutandiagnostik ist es Verf. daran gelegen, daß das Verfahren möglichst zuverlässig arbeitet. Aus diesem Grunde verwahrt er sich dagegen, daß minderwertige Präparate, wie es zurzeit seitens vieler Apotheken und anderer pharmazeutischer Institute geschieht, unter seinem Namen angefertigt und in Verkehr gebracht werden.

(D. m. W. 1921 Nr. 12.)

### **Toxikologisches.**

**Einige Fälle von Krysolganstomatitis.** Von Dr. Theodor Kohrs (Aus der Universitätshautklinik zu Kiel). Nachdem Meyer in seiner Arbeit über Krysolgan zuerst auf das Auftreten von Dermatitis aufmerksam gemacht und G. W. Unna gleichzeitig einen Fall von Krysolganexanthem eingehend beschrieben hat, haben sich mit zunehmender Anwendung dieses ausgezeichneten Mittels bald die Fälle gemehrt, in denen im Verlauf der Behandlung Exantheme aufgetreten sind. Den Aerzten, die in ausgedehnterem Maße Krysolgan anwenden, ist diese Komplikation wohl mehr oder weniger begegnet. Zu den Seltenheiten gehört es jedoch, daß Stomatitiden auftreten, und da diese Tatsache in weiten Kreisen noch unbekannt ist, also die Möglichkeit des Zusammenhanges der Stomatitis mit der Krysolgangabe nicht genügend in Betracht gezogen wird, wird in solchen Fällen das Mittel unter Umständen weiter gegeben und dadurch erst ein Krankheitsbild hervorgerufen, das sonst harmloser verlaufen wäre. Es ist also wohl berechtigt, wenn außer den bisher von Harlsse und Simon veröffentlichten drei Fällen nochmals durch kurzes Bekanntgeben von weiteren drei Fällen auf das Auftreten von Stomatitiden infolge von Krysolganinjektionen aufmerksam gemacht wird. Simon rät bei der Besprechung seines Falles zur Vorsicht in der Dosierung des Mittels. Verf. möchte sich ihm anschließen, wenn er damit meint, daß vor jeder neuen Injektion nicht nur auf Haut- und Schleimhautentzündungen zu achten ist, sondern auch eine eingehende Urinkontrolle, wie sie von G. W. Unna gefordert wird, stattfindet. Eine Maximaldosis aus dem Auftreten der Exantheme oder Enantheme herausrechnen zu wollen, hält Verf. nicht für richtig. Die Zahl der Patienten ist doch zu groß, die ohne irgendwelche Beschwerden 15—20 Injektionen von je 0,2 intravenös

verträgt, während die Enantheme nach viel geringeren Mengen auftreten können. Verf. möchte sich der Ansicht anschließen, die in dem Bestehen von kariösen Zahnstümpfen, Alveolarpyorrhöen oder in dem Mangel gründlicher Zahn- und Mundpflege nur das auslösende Moment für eine Krysolganstomatitis sieht, ein Moment, das natürlich mit einer gewissen individuell verschiedenen Empfindlichkeit gegen das Medikament zusammentreffen muß. Auf jeden Fall erscheint es praktisch notwendig, daß, ebenso wie vor jeder Quecksilberkur, auch vor jeder Krysolgankur die Zähne gesäubert und in Ordnung gebracht werden und daß während der Kur auf gründliche Mundpflege geachtet wird. (Derm. Wschr. 1921 Nr. 9.)

**Akute Apomorphinvergiftung bei subkutaner Applikation von 0,003 g.** Von Dr. Edgar Seuffer (Aus der Medizinischen Universitätsklinik Rostock). Verf. sah im Anschluß an die Verabreichung der minimalen Dosis von 0,003 g Apomorphin einen schweren Vergiftungszustand, bei dem die erwartete Brechwirkung ausblieb. Die Tatsache, daß die Lösung bereits 10 Wochen alt war und eine deutliche Verfärbung angenommen hatte, ließ natürlich zunächst die Erwägung Platz greifen, daß das Alter der Lösung einen solchen Einfluß auf die Wirkung ausgeübt habe. Der Rest der gebrauchten Lösung zeigte aber keinerlei Abweichung von dem gewohnten chemischen Verhalten der Apomorphinlösungen. Immerhin darf man nach der gemachten Erfahrung nur noch frische, nicht verfärbte Lösungen von Apomorphin verwenden, wenn auch die Literatur von keinem Giftigerwerden der Droge mit zunehmendem Alter berichtet. Aus diesem letzten Grunde sieht sich Verf. vor allen Dingen zur Veröffentlichung des Falles veranlaßt, denn im allgemeinen wird die seltene Notwendigkeit der Verwendung von Apomorphin und die von Kobert geforderte ständige Bereitschaft einer Lösung zur Folge haben, daß der praktische Arzt nur eine ältere Apomorphinlösung zur Hand hat. Ist die Anwendung trotzdem dringend geboten, dann erscheint es ratsam, nur dann von einer älteren Lösung Gebrauch zu machen, wenn man die notwendigen Exzitantien zur Bekämpfung eines ev. Kollapses zur Hand hat. Ist noch Zeit, eine frische Lösung herstellen zu lassen, dann ist einer solchen unbedingt der Vorzug zu geben, wenn man unangenehme Zwischenfälle vermeiden will.

(M. m. W. 1921 Nr. 19.)

**Quecksilbervergiftung von der Vagina ausgehend.** Von Dr. W. Joers (Städt. Krankenhaus Nürnberg). Tödliche Vergiftung durch Einführen einer Tablette (Hydrarg. oxycyanat. oder Sublimat). Man soll solche Tabletten den Patientinnen nicht in die Hand geben!

(M. m. W. 1921 Nr. 18.)



## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Die Bekämpfung schwerer Erregungszustände während der Narkose durch Chloräthyl.** Von Prof. Dr. D. Kulenkampff (Aus dem Krankenstift Zwickau). Eine der merkwürdigsten Tatsachen ist die, daß man während einer Narkose in beliebiger Weise mit den narkotischen Mitteln wechseln und sie kombinieren kann. Durch die Untersuchungen von Bürgi, Overton u. a. ist dies unserem Verständnis näher gerückt: Nicht das Narkotikum als solches hat eine ihm spezifische, lähmende Wirkung, sondern sie alle wirken lähmend auf die Sauerstoffüberträger. Das Narkotikum verhindert, daß die zur Funktion der Ganglienzelle notwendigen Sauerstoffmengen aufgenommen werden können. Dies ist unbeschadet vieler anderer Hypothesen zweifellos bisher die einfachste und klarste Formel; jedenfalls soweit praktische Ziele in Frage kommen. Erfahrungsgemäß wird dies durch kein Narkotikum in so rascher und bei dem gegebenen Einführungsmechanismus durch die Atmung reizloser Weise erzielt wie durch das Chloräthyl! So lag der Gedankengang nahe, das Chloräthyl zu verwenden, wenn man rasche und intensive Wirkungen erzielen will, wie das gelegentlich nötig wird. Es gibt nämlich Narkosen — meist handelt es sich um für Notoperationen ungenügend vorbereitete, kräftige Männer, die sehr aufgereggt oder dem Alkohol Freund sind, oder um hysterische und schwere Neuro- und Psychopathen —, bei denen man Zustände von Erregung erlebt, die man bei der heutigen Narkosetechnik sonst nicht mehr zu sehen gewohnt ist. Auch mit reichlichen Gaben reiner Chloroformdämpfe ist es wenigstens bei der Verwendung des Braunschen Narkoseapparates schwierig, sie in eine tiefe, ruhige Narkose zu bringen. Jedem sind ja diese Zustände bekannt: die Patt. schreien, werfen den Kopf hin und her, trommeln mit den Beinen fast den Operationstisch entzwei, zerren an ihren Handfesseln, drehen das Becken hin und her, heben sich an den Beinhaltern in die Höhe — kurz, es sind ja früher noch mehr wie heute allbekannte Zustände. Dies Bild ändert sich in  $\frac{1}{2}$  bis höchstens 1 Minute, zauberhaft, wenn man bei solchen Zuständen, wie beim Chloräthylrausch, eine reichliche Dosis Chloräthyl gibt. Freilich muß man eine gut tropfende Tube haben, die in fast unzählbarer Tropfenfolge tropft. Auch ist es zweckmäßig, die Konzentration der Dämpfe durch Auflegen der Hand auf die meist reichliche Eisschicht der Gaze zu vergrößern. So werden etwa 100—150—200 und mehr Tropfen Chloräthyl gegeben. Wie mit einem Schlage ist dann plötzlich die Narkose tief: die Patt. beruhigen sich, die ungleichmäßige Atmung wird

ruhig und schnarchend. Das geht so rasch, daß man sehr aufpassen muß, um nur eben dieses Ziel zu erreichen, um dann sofort wieder zur Aether- oder Aetherchloroformnarkose überzugehen. Verf. hält dieses Vorgehen keineswegs für ein harmloses, weil rasch wirkende Mittel immer unberechenbare Gefahren haben müssen. Immerhin scheint es weniger gefährlich zu sein als die Ueberwindung der Erregung durch reichliche und höher dosierte Chloroformgaben. (Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 6.)

**Zur Salbenbehandlung der Hämorrhoiden.** Von Dr. W. v. Noorden, Geh. San.-Rat (Bad Homburg). Nohäsasalbe ist ein wesentlich symptomatisches Mittel. Eine Hämorrhoidalsalbe muß außerordentlich weich und schmiegsam sein, weil der erkrankte Hämorrhoidarier gegen mechanische Reize überempfindlich ist; sie soll frei sein von toxisch wirkenden Bestandteilen, soll desinfizierend und gleichzeitig adstringierend wirken, Schmerz lindern und keine Beschmutzung der Wäsche verursachen. Diesen Anforderungen genügt die von dem Chemisch-Pharmazeutischen Werke Bad Homburg A.-G. hergestellte Nohäsasalbe, welche als Hauptbestandteile Kampferchloral-Menthol in geeigneter Bindung mit Salben Grundlagen in Friedensqualität enthält. Die Anwendung der Nohäsasalbe erfolgt durch täglich mehrfache vorsichtigste Einreibung und kann durch nächtliche Einführung von Suppositorien unterstützt werden. Die Applikation verursacht bei überempfindlichen Patienten im Anfang ganz leichtes Brennen; dem folgt das Gefühl der Kühlung und schnelle Schmerzlinderung. Man kann verschiedene Formen von Hämorrhoiden für Nohäsabehandlung unterscheiden. Die erste Gruppe mit leichten Erscheinungen klagt gemeinhin nur Jucken, Brennen und Fremdkörpergefühl. Gerade in solchen Fällen leistet Nohäsa subjektiv und objektiv Hervorragendes. Es ist vielfach bewiesen, daß der regelmäßige Gebrauch bei Frühsymptomen die Hämorrhoiden auf Jahre oder sogar dauernd beseitigen oder wenigstens deren Verstärkung aufhalten kann, so daß man in solchen Fällen von relativer Heilung sprechen darf. Den Erfolg schiebt Verf. auf die tonisierende Wirkung der Salbe am Afterring. Es wird Ruhe im gereizten Gebiete geschafft, und mechanische Dauerreize hören auf. Wir sehen kleine Randwülste verschwinden, und damit ist die Heilung angebahnt. Die zweite Gruppe umfaßt neben Uebergangsformen vorgeschrittene Fälle. Es machen sich gelegentliche solitäre oder multiple Knotenbildungen mit Einklemmungserscheinungen bemerkbar. Sie gehen gewöhnlich unter allerhand Manipulationen und antiphlogistischer Behandlung oder durch Platzen des Knotens zurück, bis sich das Spiel nach harter Defäkation unliebsam und verstärkt wiederholt. Aus dem akuten Anfall wird

überaus häufig ein chronischer Zustand. Auch in diesen Fällen leistet Nohäsa reizmildernd noch Wesentliches, subjektiv und objektiv. Die Empfindlichkeit des Afters erfordert aber bedeutend vorsichtigeren Einreibung, und oft ist es wegen der Schmerzen kaum möglich, Salbenmasse intraanal einzuführen. Hier tritt kombinierte Salben- und Suppositorienbehandlung in ihr Recht, da es selbst bei hochwalliger, hämorrhoidaler Afteröffnung meist gelingt, Suppositorien einzuführen; zurücksickernde Massen sind wirksam. Die Kranken, welche jede Bewegung auf Unbequemlichkeit und Schmerz am After einstellen mußten, fühlen sich erleichtert und schmerzfrei. Hieran schließt sich eine dritte Gruppe, jene Fälle, welche die Operation gebieterisch verlangen, wie andererseits auch postoperative Zustände. Jene Fälle unterscheiden sich qualitativ von den beiden anderen Gruppen durch Komplikationen, wobei die Schmerzen im Vordergrund stehen; sowie quantitativ durch Ausdehnung venöser Ektasien mit deren Folgen für die Defäkation; Zustände, welche oftmals unvermutet den Hämorrhoidarier befallen und ihn als schwer erkrankten Menschen dem Arzte zuführen. Auch solche Fälle wurden noch mit Nohäsa behandelt, und es ist oft gelungen, qualvolle Stunden bis zur Operation ohne Narkotika erträglich zu machen. Die Defäkations- und Spannungsschmerzen, deren Intensität den Kranken bis zum äußersten treiben können, werden durch die Salbe wesentlich gemildert. Jeder der bekannten Operationsmethoden, mögen sie an sich auch als ideal bezeichnet werden, können postoperative Belästigungen nachfolgen, manchmal erst nach Jahren. Wie in Anfangsstadien, so tritt auch in solchen Fällen die Salbe in ihr Recht. (M. m. W. 1920 Nr. 7.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Behandlung fiebernder Lungentuberkulosen mit Menthol-Eukalyptusöl-Injektionen.** Von Gerty und Karl Cori (Aus dem Ambulatorium des Vereines Kinderambulatorium und Krankenkrippe in Prag). „Seit 15 Jahren wird in unserem Ambulatorium die Alttuberkulinbehandlung durchgeführt. Fiebernde, d. h. Kranke mit mehr als 37,7 Aftertemperatur, behandeln wir nicht mit Tuberkulin, ebenso setzen wir die Tuberkulinbehandlung aus, sobald während derselben Fieber eintritt. Fiebernde Tuberkulose behandeln wir anders und haben seinerzeit die Jod-Guajakol-injektionen nach Cantani, zum Teil mit gutem Erfolge verwendet. Viel wirksamer und sicherer hat sich uns aber die Behandlung mit Menthol-Eukalyptusöl gezeigt, wie sie 1905 Berliner empfohlen hat. Unsere Verschreibung, die sich etwas von der

Berlinerschen unterscheidet, lautet: Jodi puri 0,1, Camphorae 0,5, Mentholi, Olei eucalypti aa 10,0, Olei Ricini 20,0. Wir injizieren 0,5—1,0 ccm intramuskulär zwischen Spina iliaca ant. sup. und Trochanter 2—3 mal wöchentlich. Technisch sei bemerkt, daß es am besten ist, für diese Injektionen eine besondere Spritze zu reservieren, welche ebensowenig wie die Nadel ausgekocht werden darf, was auch nicht nötig ist, da die Flüssigkeit genügend keimhemmend wirkt. Die Injektionen rufen nur zuweilen einen ziehenden Schmerz im Bein hervor, welcher 24 Stunden anhalten kann. Nierenreizungen haben wir nicht beobachtet. Freilich müßte man bei Auftreten von Eiweißharnen die Injektionen sofort aussetzen. Raundnitz sah 2 mal, unmittelbar nach der Injektion, eine wenige Sekunden andauernde, ganz oberflächliche Benommenheit. Die Kranken gaben an, daß sie ein merkwürdiges Gefühl im Kopfe gehabt haben. Daß die Injektionsflüssigkeit in eine kleine Vene eingedrungen wäre, ist möglich, läßt sich aber nicht nachweisen. Wir berichten über 168 Fälle. Die Kranken gehören den armen oder mindestens den schlechtbemittelten Klassen an, welche trotz ihrer Krankheit ihrem Lebensunterhalte nachgehen müssen.“ —

Zusammenfassend sagen Verff.:

1. Mit der Berliner-Mischung lassen sich viele Tuberkulose des II. und III. Stadiums und Kindertuberkulosen entfiebern, so daß sie, meist ohne daß neuerdich Fieber auftritt, einer Alt-tuberkulinkur unterzogen werden können.

2. Die Entfieberung erfolgt lytisch und ohne unangenehme Wirkungen irgendwelcher Art.

3. Bei während einer Tuberkulinkur aufgetretenem, länger-dauerndem Fieber ermöglichen eingeschaltete Berliner-Injektionen durch Herabsetzung desselben eine Fortsetzung der Kur.

4. In allen Fällen, ohne Rücksicht auf die Entfieberungswirkung, werden subjektive Beschwerden, wie Husten, Schmerzen, Nachtschweiß usw., gebessert oder beseitigt.

5. Temperaturerhebungen nach Tuberkulininjektionen beeinflussen den Erfolg des Tuberkulins im II. Stadium der Lungentuberkulose nicht ungünstig, während sie im III. Stadium meist zugleich mit Gewichtsabnahme, Hämoptoe usw. auftreten.

6. Die Entfieberung durch Berliner erfolgt durch Einwirkung auf die Lungenherde als Fieberursache. Diese Ansicht stützen Versuche, die eine Abnahme der Tuberkulinempfindlichkeit der Haut im Laufe der Berliner-Injektion ergaben.

7. Durch parenterale Proteinkörperzufuhr gelingt es für ganz kurze Zeit durch Protoplasmablockierung die Tuberkulinempfindlichkeit der Haut herabzusetzen. (Ther. Hbmh. 1921 Nr. 8.)

**Mohrrübenextrakt bei Säuglingsanämien.** Von Dr. Marga Fronzig (Aus dem Städtischen Säuglingsheim in Breslau). Mohrrübenextrakt Rubio hat sich als wertvolles Heilmittel bei Säuglingsanämien erwiesen. Dosis: 10—25 ccm täglich.

(D. m. W. 1921 Nr. 15.)

**Zur Masernprophylaxe.** Von Prof. Dr. M. Pfaundler (München). Im Einzelfalle besondere Vorkehrungen gegen den Ausbruch der Masernkrankheit zu treffen, mag manchem Arzt überflüssig erscheinen; wird doch von diesem als ziemlich harmlos geltenden Uebel bei uns zulande jedermann früher oder später sicher erteilt! Besagte Harmlosigkeit gilt für gewisse Bedingungen, etwa für jene der Praxis aurea bei Schulkindern. Da erkennt man aber nicht das wahre Gesicht der Krankheit. Tatsächlich sterben an Masern im ganzen nicht weniger Kinder als an Scharlach, sondern oft viel mehr, beispielsweise in Wien von 1907 bis 1910 (ohne besondere Epidemie!) ungefähr so viele, wie an Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten zusammengenommen. Die tödlich endenden Masernfälle betreffen zum weit überwiegenden Teile rachitische Säuglinge und Kleinkinder der Armenbevölkerung. Diese sind die Gefährdeten mit einer Masernletalität von 20—30 Proz. und darüber. Gegen die Einschulungszeit hin sinkt die Letalität auf Bruchteile von Prozenten. Würden unsere Kinder erst im Schulalter von Masern betroffen, dann betrüge bei gleichbleibender Häufigkeit der Krankheit im ganzen die Zahl der Maserntodesfälle nur mehr einen verschwindenden Teil der jetzigen. Solcher Aufschub, nicht aber die dauernde Verhütung der Infektion ist das Ziel einer rationellen öffentlichen Masernprophylaxe, über deren Organisation früher Vorschläge erstattet wurden. Die individuelle Vorbeugung gegen Masern wird sich gleichfalls zweckmäßig auf die oben gekennzeichnete Gruppe der Gefährdeten beschränken. Aufgabe des Arztes bei Einbruch der Infektion in eine Familie ist es also, die Säuglinge und Kleinkinder — zumal wenn sie rachitisch, mit Tuberkulose angesteckt oder sonst wenig widerstandsfähig sind — vor den Folgen des Uebels zu bewahren. In manchen Lehrbüchern ist wohl diese Forderung aufgestellt, aber nicht gesagt, wie man ihr genügen kann. Denn daß die Entfernung der gesunden oder jene der kranken Individuen aus dem Hause „vielfach“ zum Ziele führe, ist ein Irrtum. Verf. ist es jedenfalls noch nicht ein einziges Mal gelungen, nach Feststellung von Masern, sei es auch im Stadium Flindt-Koplikscher Flecken, im Privathause rechtzeitig Geschwister zu isolieren. Die Ansteckung zu verhindern, ist praktisch unmöglich und wird es bei der außergewöhnlich hohen Kontagiosität der Morbillen in den vorexanthematischen Stadien wohl bleiben; aber den Ausbruch der Krankheit bei gefährdeten

Kinder zu verhindern, ist heute mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit möglich. Das Verfahren, das diesem Zwecke dient, ist nach den Beobachtungen von Degkwitz an der Münchener Kinderklinik die intramuskuläre Injektion einer gewissen Menge Masernrekonvaleszentenserums, längstens am 6. Tage nach stattgehabter Ansteckung bzw. nach erstmaligem Kontakte mit einem ansteckungsfähigen Masernkranken. Injiziert man zu wenig, dann erzielt man allenfalls eine Abschwächung und einen Aufschub der Erkrankung, injiziert man aber zu spät, d. i. zwischen dem 7. und dem 11. Tage der Inkubation, dann erzielt man in der Regel nichts. Das Rekonvaleszentenblut wird von einem kräftigen, sonst gesunden, insbesondere von Lues und Tuberkulose freien Masernkranken gewonnen, und zwar tunlichst am 7. bis 9. Tage nach der Entfieberung und nach unkompliziertem Verlauf. Das Rekonvaleszentenserum ist, wenn es unter Phenolzusatz im Vakuum getrocknet wurde, mindestens durch mehrere Monate, aber auch in flüssigem Zustande steril gewonnen und aufbewahrt durch längere Zeit haltbar. Zweckmäßig arbeitet man mit Mischserum von verschiedenen Kranken. Von solchem beträgt die einfache Schutzdosis, die eine „Schutzeinheit“ enthält, nach bisherigen Erfahrungen etwa  $3\frac{1}{2}$ —4 ccm. Diese Dosis genügt bei Injektionen vor dem 5. Tage der Inkubation. Wie lange der durch Injektion von Masernserum verliehene Schutz dauert, steht noch nicht fest und wird vermutlich unter anderem vom Injektionstermin abhängen; jedenfalls handelt es sich um Monate. Spritzt man spät in der Inkubation, etwa am 5. bis 6. Tage, ein, dann dürfte es sich um eine kombinierte passive und aktive Immunisierung handeln, von der erheblich längere Dauer zu gewärtigen ist. Da hierzulande fast alle Erwachsenen einmal im Leben Masern durchgemacht und damit aktive Feiung gegen die Krankheit erlangt haben, liegt es nahe, an Stelle von kindlichem Rekonvaleszentenserum das leichter in erheblicher Menge zu beschaffende Serum eines beliebigen gesunden Erwachsenen zu benutzen. Solches enthält zwar Schutzstoffe, aber nach bisherigen Erhebungen leider nicht in ausreichender Konzentration, um praktisch in Betracht zu kommen, wenn ein zuverlässiger, voller Erfolg erstrebt wird. Hingegen liefern bemerkenswerterweise mit Masern infizierte Kinder, die etwa am 6. Inkubationstage erfolgreich gegen den Ausbruch der Masern geschützt worden sind, ihrerseits ein wirksames Schutzserum. Von irgendwelchen Schädigungen durch das vorgeschlagene Verfahren ist bei vielen hundert bisher mit Masernschutzserum behandelten Kindern nichts bekannt geworden. Auch Serumkrankheit oder anaphylaktische Erscheinungen anderer Art werden stets vermißt, da es sich um arteigenes Eiweiß handelt. Besonders wertvoll

erwies sich das Verfahren für den Anstaltsarzt bei der Bekämpfung von Masern-Hausepidemien in Säuglingsheimen, Krippen und ähnlichen Einrichtungen. (M. m. W. 1921 Nr. 9.)

**Naphthalin als Wurmmittel.** Von Prof. Dr. Kaminer in Berlin. In der sehr wertvollen Arbeit Fühners findet sich der Vorschlag, an Stelle des russischen Santonins, dessen Vorräte in Deutschland erschöpft sind, das Naphthalin zu versuchen. Verf. möchte nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß er vor 4 Jahren bei einem Knaben nach einer von anderer Seite angeordneten Darreichung von einer relativ kleinen Dosis von Naphthalin. puriss. eine schwere Intoxikation mit Exitus letalis beobachten konnte. Ueber unangenehme, unbeabsichtigte Nebenwirkungen des Naphthalins, wie Nephritis, Tenesmus, Hautverfärbung, Erbrechen, ist schon häufiger berichtet worden; über einen Todesfall nur 1 mal vor ungefähr 30 Jahren. Die Individualität des Kranken scheint, worauf schon Lewin aufmerksam macht, für die unbeabsichtigten Wirkungen eine Rolle zu spielen. Trotzdem genügen beide Fälle, um die Anwendung des Naphthalins in der internen Therapie dringend zu widerraten.

**Erwiderung.** Von Prof. Dr. H. Fühner in Königsberg i. Pr. Solange wir keinen vollwertigen, d. h. stark wirksamen und zugleich wenig giftigen, synthetischen Ersatz für das Santonin besitzen, hält Verf. unter den zurzeit gebrauchten Wurmmitteln das von Fürbringer und anderen gegen Oxyuren angewandte Naphthalin in Dezigrammdosen (in Kombination mit geeigneten Abführmitteln, um Resorption zu verhindern) zu Versuchen auch gegen Spulwürmer für empfehlenswert und jedenfalls für viel weniger gefährlich als das in jeder Apotheke feilgebotene Oleum Chenopodii. Ein vereinzelter Vergiftungsfall, von dem Kaminer im Vorstehenden berichtet, sollte vor weiterem vorsichtigem Gebrauch des Naphthalins nicht abhalten, das sich bei früherer klinischer Prüfung selbst in Grammdosen als ungiftig erwies (Penzoldt) oder lediglich Darmstörungen (Durchfälle) verursachte. Im übrigen sollte der Arzt bei Verwendung von Wurmmitteln stets dessen eingedenk sein, daß es bisher und wohl auch in Zukunft kein Mittel gibt, daß nur für Würmer giftig ist. Auch durch Dezigrammdosen von Santonin sind schon tödliche Vergiftungen vorgekommen. (Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1920 Nr. 22.)

**Als bestes kupierendes Mittel gegen beginnenden Schnupfen** hat sich nach H. Koenigsfeld in sehr vielen Fällen, auch bei eigener Erkrankung, die Darreichung von Jod ausgezeichnet bewährt. Man verordnet:



Jod. puriss. 0,1  
 Kal. jodat. 1,0  
 Aq. dest. 10,0.

Gewöhnlich äußert sich ein beginnender Schnupfen zuerst **am** Abend mit vermehrter wässeriger Nasensekretion und Niesen. **Man** gibt dann sofort von der Jodlösung 8 Tr. in einem viertel **Glas** Wasser und läßt ein halbes Glas Wasser nachtrinken. In **den** meisten Fällen kommt der Schnupfen am nächsten Tage **nicht** mehr zum Ausbruch. Sollten die Erscheinungen am nächsten Tage **nicht** vollkommen behoben sein, so gibt man noch 2—3 mal 5—6 Tr. von der Jodlösung in der gleichen Weise. Bestehen **von** Anfang an, was manchmal vorkommt, leichte subfebrile Temperatursteigerungen, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen usw., so ist es zweckmäßig, gleichzeitig mit der ersten Jodgabe 1,5—2,0 g Aspirin zu geben und evtl. die Joddarreichung mehrere Tage fortzusetzen. Von physikalischen Methoden usw. sieht man gewöhnlich keinen Erfolg. (Ther. Hlbmh. 1921 Nr. 9.)

**Zur Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan.**  
 Von Dr. Otto Simmonds (Frankfurt a. M.). „Was lehren meine Fälle in therapeutischer Beziehung? Zunächst läßt sich sagen, daß irgendein unverkennbar auf Silbersalvarsan zu beziehender Erfolg in keinem der Fälle eingetreten ist (1 und 3). Im Falle 2 ist eine deutliche Besserung nach ausgedehnter Fibrolysininkur beobachtet worden; allein es handelt sich hier um eine multiple Sklerose, deren Verlauf vor der Fibrolysinbehandlung bereits Neigung zu Remissionen zeigte, so daß also ein Zusammenhang zwischen Injektionen und Besserung im besten Falle nur vermutet werden darf. Wir haben also heute noch kein Mittel, von dem wir wissen, daß es die multiple Sklerose beeinflußt. Der wissenschaftlichen Forschung steht noch ein dunkles Gebiet offen, in das Licht zu bringen der Parasitologie und der Serologie hoffentlich bald gelingen möge; dann werden sich auch der Therapie neue Möglichkeiten eröffnen, dieser interessanten Krankheit entgegenzutreten, der wir heute noch machtlos gegenüberstehen.“  
 (M. Kl. 1920 Nr. 48.)

Einen Fall von Sonnenstich mit Lumbalpunktion erfolgreich behandelt hat Dr. Rehder (Travemünde). Das seröse zellhaltige Transsudat der Hirnhäute führt anscheinend sehr rasch zum bedrohlichen Hirndruck und zu akuter Lebensgefahr, die mit Sicherheit durch die rechtzeitig ausgeführte Lumbalpunktion beseitigt werden kann. Auch die unter der schädigenden Wirkung der Insolation von den Zellen gebildeten toxischen Abbauprodukte

können auf diese Weise zum Teil wenigstens abgeleitet werden. Wieviel die Lumbalpunktion auch in schwersten Fällen zu leisten vermag, muß weiteren Beobachtungen überlassen bleiben, insbesondere dürfte von Interesse sein, zu erfahren, ob die Lumbalpunktion auch beim Hitzschlag therapeutische Effekte erzielt.

(M. Kl. 1921 Nr. 19.)

c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Ueber Pemphigusbehandlung mit Terpentineinspritzungen.**  
 Von Dr. Gewalt (Aus dem Krankenhaus am Kurfürstendamm in Berlin). 5jähriger Knabe, Mitte Dezember 1919 zunächst an den Unterschenkeln Blasen von Hanfkorn- bis Walnußgröße aufgetreten, Ende des Monats Blasen auch über Oberschenkel und Hals ausgebreitet. Salbenbehandlung, weitere Verschlimmerung. 6 Wochen lang Anfang des Jahres 1920 hohes Fieber (bis 41°), nunmehr Sublimatumschläge, Puder und Kalium-permang.-Bäder, innerlich Arsen. Nach Abklingen des Fiebers Patient wieder aufgestanden. Bestehen des Blasenausschlages bis Anfang Juni, hierauf 3 Wochen ganz weggeblieben. Ende Juni erneuter Blasen-ausschlag. Diesmal die Blasen nicht mehr so groß wie bei dem ersten Ausbruch. Sonst immer gesund. Familienanamnese o. B. Bei der Aufnahme Anfang Juli bot sich folgender Befund dar: Knabe in gutem Ernährungszustand und von kräftigem Körperbau. Innerer Organbefund und Schleimhäute ohne Besonderheit. An den unteren Extremitäten, besonders an den Streckseiten, in der Leistengegend, am Hals und den angrenzenden Partien des Kopfes stehen teils auf normaler, teils geröteter Haut zahlreiche, prallgespannte, mit heller Flüssigkeit gefüllte Blasen von Hanfkorn- bis Fünfpfennigstückgröße. Die Blasen sind zum größten Teil gruppiert angeordnet, wenige stehen vereinzelt. Einzelne Blasen sind geplatzt, und das Korium liegt frei zutage. An solchen Stellen sind auch Krusten und sekundäre Pyodermien. Die Leistendrüsen sind stark geschwollen, besonders links, aber nicht druckschmerzhaft. Die Therapie bestand in Kalium-permang.-Bädern, in denen die neu entstehenden großen Blasen immer wieder eröffnet wurden, und Puderbett. Mit der intraglutäalen Terpentininjektion wurde sofort begonnen, zunächst 0,3 ccm. Nach 3 Tagen wurde die Injektion mit 0,5 ccm wiederholt. Unter der Bäderbehandlung gingen die sekundären Entzündungserscheinungen der Haut bald zurück. Es schossen aber täglich immer wieder neue Blasen auf, die sich nur wenig vergrößerten und ihre einmal eingenommene Größe beibehielten. Nunmehr wurde immer in Abständen von 3 Tagen 0,75 ccm Terpentin injiziert. Nach der 5. Spritze, 12 Tage nach

der 1. Injektion, zeigte sich, daß die Zahl der neu aufschießenden Blasen geringer wurde, sie wurden auch nicht mehr so groß und schlaffer. Nach 16 Tagen wurde mit den täglichen Bädern 4 Tage ausgesetzt und dann nur noch jeden 2. Tag gebadet, da das Baden den Jungen angegriffen hatte. Die Terpentininjektionen wurden in derselben Weise fortgesetzt. Nach der 10. Injektion traten keine neuen Blasen mehr auf (25 Tage nach der 1. Injektion). 2 Tage später stellten sich aber wieder neue Blasen, wenn auch in geringerer Zahl, besonders am Kinn, ein. Bei der 15. Spritze, die letzten beiden enthielten 1 ccm, war der Befund erheblich gebessert. Am Kopf waren alle Blasen abgeheilt und nur noch wenige kleine an den unteren Extremitäten vereinzelt vorhanden. Der Patient, der die letzten beiden Spritzen ambulant erhalten hatte, hat sich leider seitdem nicht wieder vorgestellt, da die Mutter bei dem guten Befund eine Weiterbehandlung nicht mehr für nötig hielt. Nach Mitteilung der Mutter, 6 Wochen nach der letzten Spritze, sollen nur noch ab und zu vereinzelt Blasen entstehen, die aber bald wieder schrumpfen und abheilen. Es wurde also in einem ausgesprochenen Fall von Blaseneruptionen durch intraglutäale Terpentininjektionen eine erhebliche Besserung erzielt. (D. m. W. 1921 Nr. 4.)

**Ueber Catamin, das neue Antiskabiosum.** Dr. C. G. Schirren (Aus der vormals Professor Lassarschen Klinik für Hautkrankheiten in Berlin) schreibt: „So entschlossen wir uns, dem Ersuchen der Berliner Firma J. D. Riedel, die ein neues Antiskabiosum unter dem Namen ‚Catamin‘ hergestellt hat, das die Vorzüge aller bisher bekannten Krätzemittel in sich vereinigen sollte, ohne ihre Nachteile zu besitzen, stattzugeben, und erklärten uns bereit, an einer Reihe aus unserem reichlichen Material ausgewählter Patienten die Wirkung dieses neuen Mittels zu erproben. Nach den Angaben, welche die Firma Herrn Sanitätsrat Dr. M. Friedländer gemacht hat, sind in dem Catamin in der Hauptsache Schwefel, Zinkoxyd und jucklindernde, pflanzliche Stoffe mit Vaseline zu einer geruchlosen, gelblichen Salbe verrieben. In erster Linie suchten wir uns für unsere Zwecke Kinder aus, deren Haut mit Skabieseffloreszenzen förmlich übersät war und sich im Stadium höchster Reizung befand. Hatten wir doch die Erfahrung gemacht, daß gerade auf der so zarten Haut der Kinder die sonst vorzüglichen Antiskabiosa schweres Brennen verursachten, und mußten wir so von dieser Seite vornehmlich mit Klagen und üblen Folgen zu rechnen haben, falls dem Catamin schädliche Eigenschaften innewohnen sollten. Aber auch an Erwachsenen und Kindern, deren Haut weniger in Mitleidenschaft gezogen war, oder die schon anderweitig ohne Er-

folg behandelt waren, wurde die Wirkung erprobt. Angewendet wurde das Catamin in der Weise, daß die Patienten sich am ganzen Körper unter besonderer Berücksichtigung der Prädilektionsstellen (50 g für Kinder, 100 g für Erwachsene) an 3 aufeinanderfolgenden Abenden einrieben, um sich dann am 4. Tage abzuseifen und zu baden unter gleichzeitiger Desinfektion der Wäsche. Stationäre Behandlung wurde nicht verlangt. Der Erfolg war überraschend. Das Jucken hatte bei der Nachschau völlig aufgehört. Die Kinder kratzten sich nach den Angaben der Eltern nicht mehr und schliefen im Gegensatz zu vorher des Abends sofort ein. Über Brennen auf der Haut bei und nach dem Einreiben wurde von keiner Seite geklagt, im Gegenteil, die milde und angenehme Anwendungsart des Catamins wurde von allen lobend hervorgehoben. Unangenehmer Geruch oder schmutzige Verfärbung der Wäsche wurden völlig negiert. Störungen des Allgemeinbefindens wurden in keinem Falle beobachtet. Objektiv erschien die Haut vollkommen glatt und reizlos, nirgends eine Spur von Reizung, die auf das Catamin zurückzuführen war. Die vor der Anwendung des Catamins vorhandene Reizung war zum Teil günstig beeinflußt, jedenfalls in keinem Falle verschlimmert worden. Die vorhandenen Pyodermien und Impetigoblasen waren unbeeinflusst geblieben, sie heilten unter Ung. sulfur. rubr. rein bzw. mit Zinköl ana bald ab. Rezidive traten nirgends in Erscheinung. Auch über das sonst — namentlich nach Gebrauch von Balsam. peruv. und Styrax — so häufige postskabiöse Jucken wurde von keiner Seite Klage geführt. So können wir wohl sagen, daß das Catamin die Voraussetzungen, die wir von einem guten Antiskabiosum verlangen, voll erfüllt. Von unserer Seite kann das Catamin als wertvolle Bereicherung in dem bisherigen Schatz unserer Antiskabiosa nur warm zur reiz- und beschwerdelosen Therapie der Skabies empfohlen werden.“ (Ther. Hlbmht. 1921 Nr. 2.)

**Die konservative Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre ohne Berufsstörung.** Von Dr. Emil Ekstein (Teplitz-Schönau). Elevation des Unterschenkels bis zum beinahe vollständigen Anschwellen desselben. Reinigung des Ulkus mittels Benzin. Bedecken desselben mittels Jodoformgaze, welche dick mit einer 5%igen Borvaseline bestrichen wird. Exakte Bandagierung des Unterschenkels in Elevation vom Metatarsus bis zum Knie mittels Gazebinden, 10 cm breit. Darüber wird in gleicher Ausdehnung ein Kompressivverband mittels 12 cm breiten feuchten Stärkebinden angelegt. Der Unterschenkel bleibt in Elevation, bis der Verband vollständig trocken ist. Die Kranken werden angewiesen, ruhig ihrer gewohnten Beschäftigung nachzugehen

und sich erst wieder vorzustellen, wenn der Verband infolge Durchnässens locker geworden ist und Schmerzen verursacht. Je nach der Größe des Ulkus und der entsprechenden Sekretion tritt dies in verschieden langer Zeit ein. Verf. hat höchstens 3—4 solcher Verbände nötig gehabt, um Ulzera von Handtellergröße, mit kallösen Rändern, die Haut oft bis zur Faszie durchsetzend, glatt zur Heilung zu bringen. Nach erfolgter Heilung wird Bandage mit Trikotschlauchbinden oder Böttgersche Gummistrümpfe (Apolda) empfohlen und strengstens angeordnet, das geheilte Bein ca.  $\frac{1}{4}$  Jahr nur mit Benzin oder Aether zu reinigen. Verf. hat unter den Hunderten von Fällen keinen einzigen gesehen, welcher sich diesem Verfahren gegenüber refraktär gezeigt hätte.

(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 17.)

**Die Vertilgung der Pediculi pubis.** Von Dr. Leo Dub (Aus der Deutschen Dermatologischen Universitätsklinik in Prag). Seit langem sind als Läusemittel die verschiedenen Quecksilbersalben in Gebrauch. Die älteste ist wohl die bekannte graue Salbe. Ihre Anwendung ist jedoch auf stark behaarten Körperstellen nicht ratsam. Das Verschwinden der Pediculi pubis wird durch ein zweimaliges Einreiben der grauen Salbe sicher erreicht, während die weiße Präzipitatsalbe nach Schäffer hierzu nicht genügen dürfte. Auch die Salben, welche  $\beta$ -Naphthol enthalten, wirken prompt gegen die Phthirii. Jedoch ist die Anwendung in jenen Fällen nicht angezeigt, bei denen zahlreiche Kratz- und Rißwunden die Resorption des für die Nieren stark toxischen  $\beta$ -Naphthols befürchten lassen. Der gut wirksame Sublimatalkohol — eine wäßrige Lösung des Sublimats wirkt nicht in gleichem Maße — reizt oft stark und verursacht besonders auf der Skrotalhaut starkes Brennen. Dasselbe gilt in höherem Maße von der Erfrierung der Filzläuse mit Chloräthylsray. Diese Erfahrungen ließen nach einem Mittel suchen, welches einerseits für den Patienten völlig unschädlich ist, andererseits aber das Ungeziefer sicher vertilgt. Als solches Mittel erwies sich die alte Hebrasche Diachylonsalbe ohne Lavendelöl, der Verf. zur Verstärkung ihrer erweichenden Wirkung auf Läuse und Nisse 2% Acidum salicylicum zusetzt. Hierbei zog er in Betracht, daß der Salizylsäure nach Neißer auch eine stark juckstillende Wirkung zukommt, eine Eigenschaft, die sich nach dem Verschwinden der Läuse vorteilhaft geltend macht. Reiben wir diese Salbe in die von Filzläusen befallenen Regionen ein, so sehen wir nach kurzer Zeit, daß die vorher ganz in der Haut vergrabenen Läuse sich von ihrem Lager loslösen und vielfach den Hinterleib in die Luft strecken. Zwei Stunden nach der Einreibung hört meist der Juckreiz auf. Nisse,

die Verf. nach dieser Zeit mit den Haaren abschnitt und mit Salbe noch bedeckt in den Brutschrank stellte, sah er nicht zur Entwicklung kommen. 12 Stunden nach der Einreibung konnte er keine lebende Laus am Körper finden. Die toten wiesen Zeichen von Erweichung auf. Diesen Erfolg schreibt Verf. einerseits der festen Konsistenz der Salbe, anderseits der Bleiwirkung zu. Die vorhandenen Nisse, deren Abstreifung von den Haaren durch die Salbenwirkung erleichtert wird, müssen auf mechanische Weise entfernt werden, falls ein Abrasieren der Haare untunlich ist. Das Rezept ist folgendes:

Rp. Unguent. Diachylon. Hebrae sine Ol. Lavendul. 50,0  
Acid. calicyl. 1,0.  
MDS. Nach Bericht.

Anweisung: Vor dem Schlafengehen die von Filzläusen befallenen Stellen mit der Hälfte der Salbe durch 10 Minuten kräftig einreiben. Nach einer Pause von 10 Minuten dasselbe mit der 2. Salbenhälfte. Dadurch werden die von der Haut losgelösten Läuse neuerdings getroffen. Dann wird über Nacht eine Schwimmhose angezogen. Am anderen Morgen Waschen mit heißem Essigwasser und gründliches Auskämmen der Nisse mit einem Staubkamm. Der ganze Vorgang wird am nächsten Abend und dann 8 Tage später noch einmal wiederholt. Die Salbe kann natürlich auch gegen die Pedikuli in den Zilien angewendet werden. Die unverdächtige Rezeptur und das Vermeiden der Wäschebeschmutzung sind weitere Vorteile. (D. m. W. 1921 Nr. 2.)

**Ueber Nierensperre im Verlauf der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung.** Von Dr. H. Eicke (Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin). Nach den Versuchen am Tier und den Beobachtungen am Menschen kann als erwiesen gelten, daß es unter der Hg-Behandlung zu Funktionsstörungen der Niere kommen kann. Diese kann sich sowohl auf die Wasserausscheidung als auch auf solche körperfremder Stoffe erstrecken und ist unabhängig vom Eiweißgehalt. Der Begriff „Nierensperre“ ist in diesem erweiterten Sinne aufzufassen, wobei zu beachten ist, daß diese durchaus nicht absolut und dauernd zu sein braucht, daß vielmehr in ihrem relativen und temporären Verhalten die Gefahr liegt, übersehen zu werden. Eine im ungünstigen Augenblick gegebene Salvarsaninjektion kann eine bereits geschädigte Arbeitsfähigkeit der Niere weiter so herabsetzen, daß völliges Unvermögen, das Salvarsan auszuschcheiden, mit allen hieraus entstehenden vielseitigen Folgen eintreten kann. (D. m. W. 1921 Nr. 15.)

**Ueber Gonocystol<sup>1)</sup>.** Von Dr. Cl. Grimme (Hamburg). Es ist auf streng wissenschaftlicher Grundlage zusammengestellt und enthält als wirksame Bestandteile den Milchsäureester des Santalols in Verbindung mit hochwertigem, nach patentiertem Perextraktiv-Verfahren gewonnenen Kawaextrakt, welche unter Zusatz anderer harntreibender bzw. anästhesierender Mittel und indifferenter Trägerstoffe in Pillenform gebracht sind. Die Darreichung in Pillenform gewährt den Vorzug, daß das Medikament bedeutend leichter zu nehmen ist als in Gelatine kapseln von 0,3 oder 0,5 g Inhalt. Die Pillen sind mit einem aromatisierten Keratinüberzug versehen. Hierdurch werden folgende Vorzüge erreicht: Der Keratinüberzug schützt die Pillen vor ungewollter Einwirkung des Magensaftes, so daß das Mittel den Magen unverändert passiert. Dadurch fallen die unangenehmen Nebenerscheinungen — schlechter Geruch und Geschmack, Mitteilung an die Expirationsluft — zwangsweise fort. Auch Magenbelästigungen sind ausgeschlossen. Die Lösung der Pillen geht erst im alkalischen Darmsaft des Dünndarmes vor sich, wo auch die Spaltung des Esters in freies Santalol und freie Milchsäure stattfindet. Letztere übt eine ausgesprochene diätetische, verdauungsbefördernde Wirkung aus, wodurch Verdauungsstörungen durch Santalol direkt entgegengearbeitet wird. Die Wirkung des Santalols gleichsam in statu nascendi ist äußerst prompt und gleichmäßig und wird noch durch das hochwertige Kawaextrakt günstig unterstützt. Hiermit sind aber die Vorzüge des Gonocystols noch nicht erschöpft, es muß noch auf eine weitere, nicht hoch genug zu bewertende Eigenschaft hingewiesen werden. Die reizenden Wirkungen des Sandelholzöls sind nicht zum geringsten auf die zu gebende, wirksame hohe Dosis zurückzuführen, sodaß die guten Eigenschaften oftmals direkt illusorisch werden. Die stark erhöhte Wirksamkeit des Santalols durch Veresterung mit Milchsäure gestattet eine beträchtliche Herabsetzung der Dosis, wodurch eine Reizwirkung von vornherein ausgeschlossen ist.

(D. m. W. 1921 Nr. 15.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur **Behandlung der Dysmenorrhoea virginum** schreibt Geh. San.-Rat Dr. G. Schmalfuß (Hamburg): „Jedem Hausarzt begegnen von Zeit zu Zeit die Fälle, in denen er von der Mutter oder dem betreffenden jungen Mädchen selbst um Rat befragt wird wegen bald geringer, bald stärkerer, manchmal unerträglicher Beschwerden, die vor Beginn, in den ersten Tagen oder während

<sup>1)</sup> Firma E. Tosse & Co., Hamburg 22.



der ganzen Zeit der Periode bestehen. Ich möchte hier nur von den schweren und schwersten Fällen sprechen, in denen die jungen Mädchen oft schon seit Monaten oder Jahren alle vier Wochen, nicht selten sogar häufiger, tagelang die heftigsten Leib- und Kreuzschmerzen haben, oft vergesellschaftet mit Erbrechen, quälender Verstopfung, Appetitlosigkeit und schlechtem Allgemeinbefinden, so daß sie meist genötigt sind, stunden- oder tagelang zu Bett zu liegen, und fast stets völlig arbeitsunfähig während dieser Zeit sind. In den meisten Fällen sind schon alle möglichen Kuren (Eisen, Arsen, Bäder usw.) ohne nachhaltigen Erfolg vorgenommen. Das betreffende junge Mädchen kommt physisch und seelisch immer mehr herunter. Ein Teil dieser Fälle wird selbstverständlich durch eine fachärztliche kürzere oder längere gynäkologische Behandlung seine Beschwerden los werden können. Verständlich ist aber der Wunsch der Mutter und der jungen Patientin selbst nach Beseitigung der Beschwerden ohne gynäkologische Untersuchung und ohne gynäkologische Behandlung. Ich habe nun im Laufe der letzten 30 Jahre mit meiner „Klistierkur“ so überraschend gute Dauererfolge gehabt, daß ich glaube, sie bekanntgeben zu sollen. Es mögen 25—30 Fälle sein, die ich mit ihr behandelt habe. In allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, auf den ich noch zu sprechen komme, ist, wenn die Kur durchgeführt wurde, ein voller und, soweit ich feststellen konnte, dauernder Erfolg eingetreten, die Patientinnen waren ihre Schmerzen und Beschwerden los, sie blühten auf, sie waren weiterhin während der Periode voll arbeitsfähig. Meine Unterleibsuntersuchung vor Einleitung der Kur bestand nur in einer Palpation des Unterleibes, um das Bestehen einer Appendizitis, einer Peritonitis oder eines von außen palpablen Tumors auszuschließen. Ich habe stets der Patientin vorher gesagt, daß es sich um eine versuchsweise Behandlung handle, deren Erfolg ich, zumal ich eine genaue Untersuchung der Geschlechtsorgane nicht vornähme, nicht garantieren könne, daß ich bisher aber in ähnlichen Fällen vorzügliche dauernde Erfolge gehabt hätte. (Diese Versicherung gab ich selbstverständlich erst, nachdem ich die ersten Erfolge gehabt hatte.) Die Kur wird folgendermaßen vorgenommen: Die Patientin bekommt täglich, möglichst vormittags, mit dem Irrigator einen Einlauf von gut körperwarmem Wasser ohne Zusatz in Knieellbogen- oder Knieschulterlage. Bei dieser Lage müssen die Oberschenkel senkrecht zur Unterlage stehen, das Kreuz muß den höchsten Punkt bilden, Schulter und Ellbogen müssen möglichst tief gesenkt sein. Beengende Kleidungsstücke müssen entfernt sein. Es muß darauf geachtet werden, daß die Blase vorher entleert wird. Als Klistierrohr wird am besten ein weiches Mastdarmgummirohr mit 0,7—1 cm dicker, runder Spitze

genommen, das Rohr muß gut eingefettet sein und ohne Gewalt 10—25 cm tief in den Mastdarm eingeführt werden. Die Größe des Klistiers soll 2 Liter betragen. An den ersten 2 Tagen gelingt es manchmal nicht, die ganze Menge einlaufen zu lassen, vom 3. Tage an ausnahmslos. Das Wasser soll langsam mit wenig erhöhtem Irrigator (es besteht bei der Lage im Leibe schon ein negativer Druck) innerhalb etwa 15—20 Minuten einlaufen. Bei etwa auftretendem Stuhlgang wird der Zulauf durch Zusammendrücken des Schlauches unterbrochen, bis wieder Ruhe eingetreten ist. Nach beendetem Einlauf bleibt Patientin möglichst noch einige Minuten in Knieellbogenlage liegen und legt sich dann vorsichtig in Seiten- oder Seitenbauchlage und versucht das Klistier noch möglichst lange — 20—25 Minuten — zu halten. Das Klistier soll 6 Wochen lang täglich (auch Sonntags und selbstverständlich auch während der Periode) gegeben werden, dann 6 Wochen lang 3 mal in der Woche, dann noch 3 Wochen lang 2 mal und 3 Wochen lang 1 mal wöchentlich. Bedingung für das Gelingen der Kur ist, daß die Klistiere von einer verständigen und ruhigen Wätterin, Krankenschwester oder Hebamme gegeben werden, die jedesmal mindestens eine Stunde Zeit für die Patientin haben muß, ihr bei etwa auftretender Ungeduld, stärkerem Stuhl drang u. ä. gut zu redet und die auch bei etwa auftretenden unerwarteten Zwischenfällen rechtzeitig unterbricht und dem Arzte Mitteilung macht. (Ich habe keine unangenehmen Zwischenfälle bei der Kur erlebt.) Warnen möchte ich davor, die Kur von Angehörigen machen zu lassen. Der einzige Mißerfolg, den ich hatte, betraf einen Fall, in dem ich mich darauf eingelassen hatte, die Kur von der Mutter vornehmen zu lassen. Regelmäßigkeit und Pünktlichkeit werden erfahrungsgemäß dann nicht erreicht. Ich empfehle, darauf aufmerksam zu machen, daß der Erfolg noch nicht bei der ersten, während der Kur eintretenden Periode erwartet werden darf. Die durch die Kur gesetzten Unbequemlichkeiten sind erheblich geringer, als es so beim Verordnen scheint: besonders nach Ablauf der täglichen Klistiere werden die Patientinnen in ihrem Tun und Lassen kaum noch behindert. Auf eine theoretische Erklärung der auffallenden Wirkung der Kur möchte ich mich nicht einlassen. Es liegt ja nahe, daran zu denken, daß eine bestehende Retroversio oder Retroflexio uteri durch die Kur günstig beeinflußt werden (bei meinem ersten Fall nahm ich nach der Anamnese — Ueberheben nach gefüllter Blase — das Bestehen einer solchen an), daß kurze, verdickte, gespannte oder schmerzhaft Ligamenta sacrouterina oder andere Stränge gedehnt, gleichsam massiert werden. Für einen Teil der Fälle mag das zutreffen, für einen

Teil sicher nicht. Eine günstige Rolle spielt gewiß das Herbeiführen einer regelmäßigen leichten Verdauung. Bemerken möchte ich noch, daß nach Aufhören der Kur nicht etwa Neigung zur Verstopfung eintritt: im Gegenteil war die Verdauung hinterher meist besser als vorher. Ähnliche, in ihren Einzelheiten nach Bedarf modifizierte Klistierkuren habe ich noch bei mancherlei Unterleibskrankheiten verheirateter Frauen angewandt. Auffallend war mir der fast stets sehr günstige Einfluß, den die eine Zeitlang angewandten regelmäßigen großen Klistiere auf das Allgemeinbefinden der Patientinnen hatten.“ (D. m. W. 1921 Nr. 14.)

**Hohlglas pessare.** Von E. O p i t z (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Freiburg i. Br.). Das ständige Steigen der Preise für Gummiwaren hat Verf. vor längerer Zeit veranlaßt, Umschau danach zu halten, ob nicht die Hartgummipessare, die in verschiedener Form vorrätig gehalten werden, durch ein anderes Material ersetzt werden könnten. Die Metallpessare haben ihre Nachteile, die Porzellanpessare sind sehr schwer, ebenso Pessare aus massivem Glas. Da aber das Glas ein ausgezeichnetes reizloses Material für Pessare ist, hat Verf. den Versuch gemacht, aus Hohlglas Pessare herstellen zu lassen. Die Firma Badisch-Thüringische Glasinstrumentenfabrik C. Hülsmann in Freiburg bzw. Arnstadt in Thüringen hat solche in Hodge- und Thomasform hergestellt, die sich in der Klinik im Gebrauch sehr bewährt haben. Eine Befürchtung, daß die Hohlglas pessare beim Tragen zerbrechen könnten, ist nicht nötig. Bisher ist wenigstens kein einziger Fall von Zerbrechen der Pessare bekannt geworden, und es ist auch nicht recht einzusehen, wie es möglich sein sollte, da höchstens bei gröbster Gewalteinwirkung, die zu lebensgefährlichen Verletzungen an und für sich führen würde, ein Zerbrechen erwartet werden kann. Verf. möchte deshalb die Fachgenossen auf diese Hohlglas pessare aufmerksam machen, die sehr leicht sind, sich leicht reinigen lassen, absolut nicht reizen und sich im Preis erheblich niedriger stellen, als Hartgummipessare.

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 16.)

### **Technisches.**

**Eine Erleichterung des Katheterisierens.** Seit Jahren wendet Prof. Dr. F. F r a n k e (Braunschweig) bei schwierigem Katheterismus beim Manne einen kleinen Kunstgriff an, der ihn kaum je im Stiche gelassen hat. Die meisten Schwierigkeiten für die künstliche Ent-

leerung der Harnblase bietet, abgesehen von schweren Verletzungen der Harnröhre, bekanntlich die Hypertrophie der Prostata, und selbst dem geschicktesten Arzt gelingt es hin und wieder nur mit großer Mühe oder gar nicht, das Hindernis zu überwinden, selbst wenn ihm eine genügende Auswahl von Kathetern zur Verfügung steht; beim ungeübten Arzt aber endet der Versuch nicht selten mit der Bahnung eines falschen Weges und der Ueberweisung des Kranken an den Facharzt oder in das Krankenhaus, zumal dann, wenn er, wie es wohl meist beim praktischen Arzte der Fall ist, nicht die verschiedenen Katheter besitzt, durch die der Katheterismus in solchen schwierigen Fällen erleichtert wird. In den meisten Fällen kommt man bei einiger Vorsicht und Geduld mit dem Nélaton-Katheter aus. Geschieht das nicht, so greift man zum Tiemann-Katheter, der einen mit der Spitze nach oben gekrümmten Nélaton darstellt. Noch leichter ist Verf. zum Ziele gekommen mit einem weichen Seidenkatheter mit Mercierscher Krümmung. Weniger befriedigten Verf. die Versuche mit dem Tiemann-Katheter, dessen nach oben gebogene Spitze einen Knopf besitzt. Der Katheterismus wird erleichtert, wenn man sich nicht damit begnügt, den Katheter mit Vaseline oder Oel oder, was besser ist, mit Katheterpurin zu bestreichen, denn dieses kann man durch Zusatz von Hydrargyrum oxycyanatum zu einem antiseptischen Gleitmittel machen<sup>1)</sup>, sondern wenn man vor der Einführung des Katheters in die Harnröhre mit einer Spritze das Gleitmittel in sie einspritzt oder es durch den Katheter einspritzt, nachdem man ihn eine Strecke weit oder bis zu dem Hindernis in der üblichen Weise eingeführt hat. Aber auch bei diesem kleinen Kunstgriff, den gewiß mancher Kollege verwendet, erlebt man Versager. Der von Verf. nun angewandte besteht darin, daß er, nachdem er bis zu dem Hindernis vorgedrungen ist, durch eine andere Person mit einer fest in den Katheter eingesetzten Spritze Katheterpurin durch ihn einspritzen läßt, wobei die linke Hand den Penis um den Katheter etwas fest andrückt, während die rechte ihn weiter schiebt. Das unter starkem Drucke vorwärtsdrängende Gleitmittel öffnet dem Katheter gewissermaßen eine Gasse, und der Katheterismus gelingt auf diese Weise oft spielend leicht.

(Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1921 Nr. 5.)

<sup>1)</sup> Die Zusammensetzung des vom Verf. benutzten Katheterpurins ist folgende:

Traganth.	3,0
Aq. dest.	100,0
Glycerin.	20,0
Hydrarg. oxycyan.	0,25
D. in vitro amplo.	

**Venenpunktion mittels Trokarnadel.** Von Dr. H. Robert (Kiel). Zur Vermeidung der häufigen Versager und unangenehmen Folgen bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen an der Vene mittels der gewöhnlichen Spritzenadeln empfiehlt Verf. prinzipiell eine Vene zwecks Punktion, Injektion oder Infusion nur mit einer Trokarnadel in der auf die Rekordspritze passenden Größe (1 mm Spitzendurchmesser der Trokarröhre) anzugeben. Das Auftreten übler Begleit- oder Folgeerscheinungen bei der üblichen Nadelmethode dürfte darauf zurückzuführen sein, daß alle Nadeln vorn mehr oder weniger stark abgeflacht zugespitzt sind und es deswegen auch, wie die Erfahrung lehrt, bei subtilster Technik passieren kann, daß man die gegenüberliegende Gefäßinnenwand teilweise oder ganz an- oder durchsticht, da man nie sicher darüber sein kann, wo die zungenförmige Spitze der Nadel sitzt, wenn auch das Lumen derselben in dem der Vene liegt; es ist nicht gesagt, daß, wenn anfangs auch Blut kommt, die Nadel auch wirklich dauernd gut „liegt“ und nun nichts mehr passieren kann. Verf. glaubt, daß man bei Anwendung der Trokarnadel quoad venam vor allen Ueberraschungen und Komplikationen sicher ist. Die Trokarnadel ist ein Explorativtrokar, dessen feine Spitze die vordere Oeffnung der Trokarröhre um höchstens 2 mm überragt. Die Technik ist die übliche, nur zieht man, wenn die Nadel in der Vene liegt, den Trokar etwas zurück; ist die Injektion oder Infusion fertig, so zieht man den Trokar ganz heraus; damit nicht allzuviel Blut abfließt — es sei denn eine Punktion beabsichtigt! —, legt man auf die distale Oeffnung der Nadel sofort nach Entfernung des Trokars den desinfizierten Daumen; dann injiziert oder infundiert man. Der Vorteil bei Anwendung dieser Trokarnadel liegt darin, daß ihre proximale, in der Vene liegende Oeffnung kreisrund und stumpf ist, daher eine Verletzung der Intima, wenn überhaupt, nur *vi non arte* möglich ist; ferner braucht man, liegt die Nadel in der Vene, nicht mehr zu fürchten, daß durch ungewollten Anstoß von außen oder unwillkürliche Bewegung des Patienten eine den beabsichtigten Eingriff störende oder unmöglich machende Verschiebung der Nadel eintreten kann; man wird diese immer wieder richtig einstellen können, wenn sie das nicht überhaupt schon von selbst tut. Zur Konservierung der feinen Spitze des Trokars empfiehlt es sich, diese nach Gebrauch etwas in das Lumen der Röhre zurückzuziehen und so aufzubewahren. (D. m. W. 1921 Nr. 12.)

**Eine verbesserte Rekordspritze.** Darüber schreibt Dr. Fischer (Bad Nauheim). „Ende 1920 hat die Spezialfabrik für chirurgische Präzisionsinstrumente Gebr. Montigel, Berlin, unter

- dem Namen ‚Exacta‘ eine neue, verbesserte Rekordspritze in den Handel gebracht. Ich habe die Spritze seit mehreren Wochen im Gebrauch, sie ist sehr präzise gearbeitet, bequem zu handhaben und hat sich mir bei Ausführung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen wie auch bei Punktionen auf das Beste bewährt. Sie unterscheidet sich von den bisher in den Handel gebrachten Injektionsspritzen, insbesondere von der Rekordspritze, vor allem dadurch, daß der Glaszylinder in keiner Weise mit den Metallteilen verlötet ist, derselbe vielmehr vom Arzt, ja von jedem Laien mühelos in kürzester Zeit —  $\frac{1}{2}$  Minute — bei Zylinderbruch ausgewechselt werden kann. Die daraus für den Arzt resultierenden Vorteile liegen auf der Hand. Sie bestehen einmal in einer wesentlichen Verbilligung des Injektionsinstrumentariums — die selbst ausgeführte Reparatur bei Zylinderbruch kostet die Hälfte des Preises der alten Rekordspritze — und dann fällt das lästige Warten auf in Reparatur befindliche Spritzen weg. War man bisher, um nicht in eine unangenehme Lage zu kommen, genötigt, stets eine zweite Rekordspritze bereit zu halten, so genügt bei der ‚Exacta Rekordspritze‘ ein Ersatzzylinder; der Anschaffungspreis der ‚Exacta‘-Spritze ist nicht höher als der der alten Rekordspritze. Ein weiterer großer Vorteil der neuen ‚Exacta‘-Spritze gegenüber der Rekordspritze besteht darin, daß die Möglichkeit, die Spritze nach dem Gebrauch in ihre Einzelbestandteile zu zerlegen und diese gründlich zu reinigen, einen größeren Grad von Asepsis zuläßt, als das bei der alten Rekordspritze, bei der der Glaszylinder mit den Metallteilen verlötet ist, der Fall war. Nur durch eine hervorragende Präzisions- und Qualitätsarbeit ist es möglich, daß die mühelos zusammengesetzte Spritze eine vollkommene Dichtigkeit besitzt, was in der Tat der Fall ist. Der Nickelkolben ist hervorragend dicht eingeschliffen, so daß die ‚Exacta‘-Spritze bei Punktionen eine vorzügliche Saugkraft besitzt und bei Injektionen eine Retention von Flüssigkeit mit Sicherheit vermieden wird. Außerlich macht die gutvernickelte Spritze in ihrer Form und Ausführung einen eleganten Eindruck. Die verbesserte Rekordspritze wird in den Größen für einen Inhalt von 20, 10, 5, 2 und 1 ccm hergestellt.“ (M. m. W. 1921 Nr. 18.)

---

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

# Excerpta medica.

Erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M. 10.— ausschl. Porto

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

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

Verlag von Leopold Voss in Leipzig.

30. Jahrgang

Nr. 11.

August 1921

## Aetiologisches.

**Pseudoappendizitis, hervorgerufen durch Tuberkulose der Mesenteriallymphdrüsen.** Von Dr. Fritz Hollenbach (Aus der Chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses in Hamburg). Die Tuberkulose des Bauchfells ruft im allgemeinen so charakteristische Krankheitserscheinungen hervor, daß sie der Diagnose keine Schwierigkeiten bereitet. Beschränkt sich aber die Tuberkulose auf die mesenterialen Lymphdrüsen, so ist die Diagnose schwierig, außer in den Fällen, in denen die großen Drüsenpakete durch die Bauchdecken hindurch getastet werden können, ein Krankheitsbild, das man als *Tabes mesaraica* bezeichnet hat. Dieses aber sind ja nur Ausnahmefälle. Meistens wird man die Diagnose Mesenteriallymphdrüsentuberkulose nur vermutungsweise stellen können, da die Symptome zu wenig ausgesprochen sind. Je nach der Lage der Lymphome können die mannigfaltigsten Organerkrankungen vorgetäuscht werden. So berichten Keppler und Erkes, daß sie bei Lage im Oberbauch die Symptome eines Magen-Duodenalgeschwürs hervorgerufen hätten. Verf. selbst beobachtete 2 Fälle von Ileus, als deren Ursache Lymphdrüsentuberkulose gefunden wurde. Bei einer Frau von 30 Jahren war eine Dünndarmschlinge an einer isolierten verkästen Mesenterialdrüse adhärent und abgelenkt. Der zweite Fall betraf ein 3jähriges Kind, das über taubeneigroße verkäste Lymphdrüsen im Bereich der Radix mesenterii hatte; von diesen verlief ein bindegewebiger, runder Strang nach der Zökalgegend und hatte den Dünndarm am Uebergang zum Ileum abgeschnürt. Von großer praktischer Bedeutung ist die Tuberkulose der im ileozökalen Winkel gelegenen Drüsen, da diese Affektion sowohl eine akute als auch eine chronische Appendizitis vortäuschen kann. Sodann ist diese Lokalisation die häufigste, was seine Erklärung dadurch findet, daß die Darmtuberkulose mit



Vorliebe das Zökum und Ileum befällt. In keinem der Fälle wurden am zugehörigen Darm Anzeichen von frischen oder abgelaufenen entzündlichen Prozessen wahrgenommen. Dieselbe Beobachtung machte auch Schmieden, der die Erkrankung als alimentär bezeichnet. Die Eintrittspforten können so geringfügige Läsionen der Darmschleimhaut sein, daß sie makroskopisch gar nicht wahrgenommen werden können, außerdem können die Tuberkelbazillen auch vom gesunden Darm resorbiert werden, ohne ihn selbst zu affizieren, die sichtbaren Veränderungen treten vielmehr erst in den mesenterialen Lymphdrüsen auf. Ueber die Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen im ileozökalen Winkel, die unter dem Bild der Appendizitis verliefen, haben Keppler und Erkes, Liek und Schmieden berichtet. Letzterer zieht zur Diagnose das Röntgenbild heran, da die verkalkten Drüsen Schattenbildungen hervorrufen. Vf. hat im letzten Jahre 6 einschlägige Fälle beobachtet, 4 verliefen unter dem Bilde einer akuten, 2 unter dem einer chronischen Appendizitis. Ausnahmslos handelte es sich um jugendliche Individuen. Die chronischen Fälle bieten bezüglich Anamnese und Befund absolut das Bild einer chronischen Appendizitis. Bei dem akuten Verlaufe war das Allgemeinbefinden bei einer Temperatur von 40° verhältnismäßig wenig gestört, es bestand in der Zökalgegend lebhaftere Druckempfindlichkeit, jedoch keine ausgesprochene Bauchdeckenspannung, die Pulsfrequenz war nur mäßig erhöht. Daraus ergibt sich, daß die Höhe der Temperatur zu dem allgemeinen und lokalen Befunde in einem gewissen Gegensatze steht, eine Beobachtung, die man eventuell differentialdiagnostisch in Erwägung ziehen kann. Bei der Laparotomie fanden sich im ileozökalen Mesenterium ausgedehnte Lymphdrüsenanschwellungen, die vereinzelt Walnußgröße erreichten. Neben verkalkten Drüsen wurden im akuten Stadium frische Anschwellungen gefunden. Die Appendix war nicht nennenswert verändert, jedenfalls nicht in dem Maße, daß sie als Ursache der Krankheitserscheinungen in Frage kam. (D. m. W. 1921 Nr. 5.)

**Ueber Streichholzschachteldermitis.** Von Dr. Wilhelm Frei (Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Breslau). Eine Anzahl von Dermatitisen, die hauptsächlich bei erwachsenen Männern beobachtet wurden und bei diesen stets an einem der Hosentasche entsprechenden Hautbezirk des Oberschenkels, häufig außerdem noch an Händen und Gesicht lokalisiert waren, konnte auf die Einwirkung der Reibflächen einer bestimmten Marke von Sicherheitszündhölzern zurückgeführt werden. Die Erkrankung beruhte — ebenso wie analoge Erkrankungen in Dänemark und Schweden — auf einer Ueberempfindlichkeit der Befallenen gegen-

über einer Phosphor-Schwefelverbindung (Phosphoresquisulfid), die während des Krieges und kurze Zeit nach demselben wegen Mangels an rotem Phosphor in dieser Fabrik zur Herstellung der Anstrichmasse Verwendung gefunden hatte. In früherer Zeit, solange das Präparat nur als Zündmittel für die Kuppen der an jeder Fläche entzündbaren Streichhölzer benutzt wurde, scheinen derartige Erkrankungen in der Bevölkerung nicht beobachtet worden zu sein, dagegen sind auch damals schon im gewerblichen Betriebe Hauterkrankungen vorgekommen. Die Wirkung des Phosphoresquisulfids auf die Haut ist nach den Beobachtungen wohl in erster Reihe auf die Entwicklung eines flüchtigen Stoffes, wahrscheinlich noch unbekannter Natur, zurückzuführen.

(M. Kl. 1921 Nr. 1.)

**Ein Fall von perniziöser Anämie mit zahlreichen Askariden.** Von Dr. Jeanette Sakheim (Aus der II. inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Neukölln). Von März bis Mai 1918 wurde ein Fall von perniziöser Anämie beobachtet, bei dem in vivo und autoptisch *Ascaris lumbricoides* in so großer Anzahl gefunden worden ist, daß die Annahme eines ätiologischen Kausalnexus sehr wahrscheinlich ist. Pat. war eine 51jährige Frau.

(Bl. kl. W. 1921 Nr. 21.)

### Krankheitsbilder.

A. Eliasberg und W. Neuland (Berlin). **Die epituberkulöse Infiltration der Lunge bei tuberkulösen Säuglingen und Kindern.** I. Mitteilung. Bei Kindern bis zum dritten Lebensjahr fand sich folgendes Krankheitsbild: Hartnäckiger Husten seit 3—4 Monaten, ohne Auswurf, Blässe, Appetitlosigkeit und Abmagerung, vereinzelt auch Fieber, eine massive Dämpfung eines ganzen Lungenlappens, meist eines Oberlappens. Ueber den gedämpften Bezirk lautes Bronchialatmen, meist ohne Rasselgeräusche. Trotzdem war die Atmung ruhig, im spärlichen Sputum nie Tuberkelbazillen. Pirquetreaktion stets positiv. Häufig äußerlich sichtbare Tuberkuloseherde. Im Röntgenbild intensiver, gleichmäßiger Schatten, der häufig die Lappengrenze überschritt. Hand in Hand mit der allgemeinen Erholung der Kinder schwinden diese Lungenveränderungen, die als schwere tuberkulöse Erkrankung hätten gelten können. Schließlich läßt sich nur ein verbreiteter Mittelschatten, der wahrscheinlich tuberkulösen Drüsen entspricht, nachweisen. In seltenen Fällen bleibt das Infiltrat auch nach 1 $\frac{1}{2}$  Jahren bestehen. Für die chronische Lungenveränderung, die auf dem Boden einer Tuberkulose der Bronchialdrüsen erwächst, wird der Name epituberkulöse Infiltration vorgeschlagen. (Zb. f. Kindhkd. 93 H. 2.)

**Gerhard Düttmann: Schweinerotlauf und Erysipeloid**  
 Der Schweinerotlauf beim Menschen tritt gewöhnlich unter dem Bilde der Backsteinblattern auf. Unter diesen versteht man beim Schweine eine relativ mild verlaufene Infektion, wobei der lokale Hautprozeß mehr im Vordergrund steht. Beim Menschen treten gewöhnlich 2—4 Tage nach der Infektion, die sich immer an kleinen Hautverletzungen anschließt, unter Jucken und Brennen, derbe blaurote, pfennig- bis markstückgroße Erhabenheiten auf. Diese Erhabenheiten pflegen oft rasch wie Urtikaria zu entstehen. In den meisten Fällen gehen diese Erhabenheiten in gewöhnlichen Rotlauf über, indem sich eine Röte peripherwärts schiebt. Diese Röte setzt sich gegen die gesunde Haut stets durch eine deutliche Niveaudifferenz ab. Fieber und erhebliche Störung des Allgemeinbefindens bestehen nicht, wohl aber häufig Lymphangitis und Lymphadenitis. Akute Rotlaufformen, wie Rotlaufseptikämie, und chronische Rotlaufformen, die gewöhnlich unter dem Bilde einer Endokarditis verlaufen und ohne einschlägige Therapie sicher zum Tode führen, sind beim Menschen etwas ungemein Seltenes. Die bakteriologische Untersuchung und Diagnose ist in jedem Falle anzustreben. Am sichersten gelingt es, die Erreger aus exzidierten Hautstückchen zu züchten. Die Exzision ist in Lokalanästhesie auszuführen und gänzlich harmlos. In den angereicherten Schnittpräparaten sind die Rotlaufbazillen oft in reichlicher Menge in den feinen Kapillaren des Koriums nachzuweisen. Das Erysipeloid ist dem Schweinerotlauf sehr ähnlich. Inkubationszeit und klinisches Krankheitsbild stimmen überein. In der Chirurgischen Klinik wurden im vergangenen Jahre 3 Fälle von Schweinerotlauf und 5 Fälle von Erysipeloid genau untersucht. In allen Fällen konnten einwandfrei aus den angereicherten Hautstückchen Rotlaufferreger gezüchtet werden. Bei einem Falle wurden als Nebenbefund auch Schweineseuchenbazillen erhoben. Als Therapie, die in aller kürzester Zeit eine Heilung herbeiführt, werden Injektionen (intramuskulär oder intravenös) vom Rotlaufimmenserum, dem sogenannten Susserin Höchst, und zwar 2 ccm auf je 10 kg Körpergewicht empfohlen. (Gießen, Medizinische Gesellschaft, 19. 1. 1921.)

**Ueber chronische Diphtheritis und Lues.** Von Prof. U. Friedemann (Aus der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin). Im Laufe der letzten Jahre hat Verf. eine Reihe sehr eigenartiger diphtherischer Krankheitsbilder zu beobachten Gelegenheit gehabt. Während sonst die Diphtheritis geradezu als Typus einer akuten Infektionskrankheit angesehen werden kann, zeigen diese Fälle einen ausgesprochen chronischen Verlauf und völlige Resistenz gegen die Diphtherieserumbehandlung.

**Wochen-, monate-, ja selbst jahrelang** sind typische diphtherische **Beläge** mit reichlichem Diphtheriebazillenbefund auf den Tonsillen, dem Zäpfchen oder im Larynx vorhanden. Dabei kann der rein pseudomembranöse Charakter der Beläge erhalten bleiben, während in anderen Fällen die Erkrankung bei längerem Bestehen einen mehr ulzerativen Charakter annimmt. Merkwürdigerweise wird dieses ungewöhnliche Krankheitsbild in den Lehrbüchern nicht erwähnt und dürfte daher wohl den meisten Aerzten unbekannt sein. Es ist aber früher offenbar gelegentlich beobachtet worden. So berichtet Con c e t t i im Jahre 1896 über einen 6jährigen Knaben, der an Larynxkrupp litt und trotz ausgiebiger Serumbehandlung nicht zur Heilung gelangte, so daß noch nach 3 Monaten die Tracheotomie ausgeführt werden mußte. Die Zahl der vom Verf. beobachteten chronischen Diphtheriefälle ist größer, als nach den überaus spärlichen Angaben der Literatur zu erwarten wäre. Im Laufe von etwa 6 Jahren konnte Verf. 10 einschlägige Beobachtungen sammeln. Als chronisch bezeichnet er dabei alle die Erkrankungen, bei denen die Beläge nach 14 Tagen noch unverändert bestehen. Ueber die Dauer des natürlichen Krankheitsverlaufs kann er für die Mehrzahl der Fälle keine Angaben machen, da die Krankheit stets durch therapeutische Eingriffe zur Ausheilung gebracht werden konnte. Ein Teil der Fälle, der erst spät in Behandlung kam, zeigt aber, wie außerordentlich lange sich die Erkrankung bei ungestörtem Verlauf hinziehen kann. Als Beispiel mögen zwei Krankengeschichten dienen, deren eine sich über 5, die andere sogar über 18 Monate erstreckt. Diese beiden Fälle sind nicht nur durch ihren Verlauf bemerkenswert, sondern sie enthalten auch einen deutlichen Hinweis auf die Ursache ihres chronischen Charakters. Der positive Ausfall der Wassermann'schen Reaktion läßt keinen Zweifel, daß die Diphtheritis sich in einem syphilitisch infizierten Organismus entwickelt hat. Bei der Häufigkeit beider Krankheiten genügt diese Tatsache allerdings nicht, um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Lues und dem eigentümlichen Verlauf der Diphtheritis zu behaupten. Wenn aber die monatelang bestehende, gegen die Serumtherapie refraktäre Erkrankung schon nach wenigen Salvarsaninjektionen verschwindet, so läßt dies wohl keinen anderen Schluß zu, als daß die Lues wirklich die Grundlage für das ganze Krankheitsbild abgibt. Besonders bemerkenswert erscheint dabei, daß in beiden Fällen die Erkrankung klinisch durchaus nicht den Charakter einer Mischinfektion, sondern den der reinen diphtheritischen Erkrankung zeigte. Nichts spricht dafür, daß sich an den diphtherisch erkrankten Teilen frische syphilitische Prozesse abgespielt haben. Es ist vielmehr offenbar die durch die Lues geschaffene konstitutionelle Ver-

änderung des Organismus, welche die normalen Heilvorgänge verzögert oder völlig unterdrückt. Diese Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Lues und der chronischen Form der Diphtheritis ist nun durch die weiteren Erfahrungen immer mehr zur Gewißheit geworden. Auch in den übrigen acht Fällen konnte durch den positiven Ausfall der Wa.-R. und den prompten Erfolg der spezifischen antisypilitischen Therapie die syphilitische Aetiology sichergestellt werden. Im übrigen zeigen aber diese Fälle im weiteren klinischen Verlauf ein abweichendes Verhalten. Nachdem die Erkrankung wie eine typische Diphtheritis mit positivem Bazillenfund begonnen und einige Wochen bestanden hat, beginnt nun ein allmählicher Zerfall der diphtherisch veränderten Tonsillen, so daß kraterförmig in die Tiefe gehende Geschwüre entstehen. Diesen destruktiven Charakter kann die Erkrankung auch annehmen, wenn sie nicht auf den Tonsillen lokalisiert ist, wie der folgende Fall zeigt: Ein 37jähriger Beamter wird mit Schnupfen, Halsschmerzen und Schluckbeschwerden eingeliefert. Die Untersuchung des Rachens ergibt Rötung und Schwellung der Tonsillen, einen diphtherischen Belag, der sich auch auf den weichen Gaumen erstreckt. Aus der rechten Nase fließt eitriges Sekret, an den oberen Muscheln Membranen. Die bakteriologische Untersuchung ergibt in der rechten Nasenhälfte und im Rachen Diphtheriebazillen, während die linke Nasenhälfte frei ist. Im Laufe der folgenden Wochen vollziehen sich nun eigentümliche Veränderungen im Krankheitsbild. Die Beläge am weichen Gaumen lösen sich, und dadurch wird ein kreisrundes Loch sichtbar, das den weichen Gaumen perforiert. Ebenso entsteht im Nasenseptum eine Perforation. — Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß sich in diesen zuletzt geschilderten Fällen auf dem Boden des lokalen diphtherischen Infekts gummöse syphilitische Veränderungen entwickelt haben. Während also in den beiden ersten Fällen die Lues nur als konstitutionelles Moment den Ablauf der Diphtheritis verändert hat, schafft offenbar umgekehrt der lokale diphtherische Infekt im syphilitischen Organismus einen Locus minoris resistentiae, in dem nun neben dem Diphtheriebazillus auch die Spirochaete pallida ihre Tätigkeit entfaltet. Es scheint nach den Beobachtungen, als ob dieser letztere Fall stets eintritt, wenn die syphilitische Infektion frischeren Charakters ist. Es dürfte kein Zufall sein, daß in den beiden einzigen Fällen, die den rein diphtherischen Charakter während des ganzen Verlaufs bewahrten, die Lues offenbar auf hereditärem Wege übertragen wurde. In diesem Sinne möchte Verf. auch die von Concetti und Jessen beschriebenen Fälle von chronischer Diphtheritis verwerten. Daß auch hier Lues das ursächliche Moment bildet, ist Verf. nach den Beobachtungen nicht

zweifelhaft, obwohl die Autoren keine Angaben darüber machen, ebensowenig dürfte an der hereditären Natur der Erkrankung bei dem jugendlichen Alter der Patienten zu zweifeln sein. Auch hier findet man also die rein diphtherische Form der Erkrankung bei der Lues hereditaria. Bei der Häufigkeit beider Erkrankungen dürfte es vielleicht auffallend erscheinen, daß die chronische Form der Diphtheritis nicht viel häufiger beobachtet wird. Es liegt dies wohl zum Teil daran, daß die Lues eine Erkrankung der Erwachsenen, die Diphtheritis, wenn auch durchaus nicht ausschließlich, so doch überwiegend eine Kinderkrankheit ist. Es ist aber auch möglich, das unbekannte konstitutionelle Momente hinzukommen müssen, um eine chronische Diphtheritis zu erzeugen. Die Diagnose dürfte bei den rein diphtherischen Formen keine Schwierigkeiten machen. Es könnte höchstens eine Verwechslung mit Soor in Frage kommen, zumal wenn man das Krankheitsbild der chronischen Diphtheritis nicht kennt. Bei einiger Erfahrung ist aber die Unterscheidung nicht schwierig. Hingegen ist die Abgrenzung der ulzerösen Form der chronischen Diphtheritis von rein syphilitischen Prozessen auf Grund des klinischen Befundes nicht ganz einfach. Besonders die Angina specifica kann außerordentlich diphtherieähnlich auftreten. Auf das Vorhandensein anderer sekundärer syphilitischer Manifestationen wird daher stets zu achten sein. Ungeübten könnte auch eine Verwechslung von Plaques muqueuses mit diphtherischen Veränderungen unterlaufen. Die bakteriologische Untersuchung aber wird in allen Fällen erst eine sichere Diagnose ermöglichen. Die praktische Bedeutung der Beobachtungen liegt in der Möglichkeit, diese bisher der Therapie unzugänglichen Fälle in kurzer Zeit zu heilen und dadurch nicht nur die Patienten selbst, sondern auch deren Umgebung von einer großen Gefahr zu befreien.

(B. Kl. W. 1921 Nr. 16.)

### **Komplikationen und Nachkrankheiten.**

**Ueber kombinierte Stimmritzen- und Schlingkrämpfe nach Grippe.** Von Prof. Hans Curschmann (Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Rostock). Das Uebereinstimmende der drei Fälle, denen sich noch zwei weitere ganz ähnliche anschließen, besteht: in dem Auftreten von laryngospastischen Anfällen vorzugsweise nachts ohne besondere, speziell psychogene Ursache und gleichzeitigem, zwangsmäßigem, heftigem Luftschlucken, beides als Folgeerscheinung einer Grippe-Laryngotracheitis. Dabei fehlten alle Zeichen des Bronchialasthmas (Bronchiolitis, Lungenblähung, Sputum, Chronizität und Rückfallneigung), der Tetanie, der Tabes, der Polyneuritis und einer wenn auch nur monosymptomatischen

Encephalitis gripposa. Die Deutung des Zustandes als „Grippekeuchhusten“ ist gleichfalls abzulehnen. Denn Stridor und Laryngospasmus traten nicht erst auf der Höhe und als Folge heftiger Hustenanfälle auf, sondern primär und erst gefolgt von Husten oder bereits nach wenigen Hustenstößen oder aber auf einmaliges Schlucken. Auch ist das Symptom des zwangsmäßigen Luftschluckens dem Keuchhusten nicht eigen. Endlich ist das prädilektive Auftreten der Anfälle nachts und ohne besondere, vor allem psychische Ursachen der Pertussis fremd. Daß ein sogenanntes „Wegbleiben“, wie es auf der Höhe heftigster Hustenanfälle mit Asphyxie auch bei Erwachsenen bisweilen vorkommt, nicht vorlag, ist ohne weiteres ersichtlich. Auch um einen idiopathischen Stridulus, den Laryngospasmus der Erwachsenen, der besonders bei Neuropathen vorkommen soll, handelte es sich nicht. Bei diesem kommt es zwar auch bisweilen zu sanguinolentem Auswurf, nicht aber zu Schlingkrämpfen. Daß Laryngospasmus infolge von Tetanie nicht vorlag, ließ sich aus dem Fehlen der Uebererregbarkeitstigmata sofort erweisen. Daß eine tabische Larynxkrise nicht bestand, ergab der negative neurologische Befund in allen Fällen. Das letztere ist besonders wichtig. Denn die Anfälle glichen am meisten den oft geschilderten Larynx- und Pharynxkrisen bei der Tabes. Auch bei diesen finden wir meist das plötzliche Einsetzen des Laryngospasmus und des Stridors, ohne daß Husten vorausgegangen zu sein braucht. Ebenso kann sich auch bei tabischer Krise der Larynxkrampf mit Pharynxkrisen vereinigen, wenn auch nur selten. Oppenheim schildert diese letzteren, genau wie Verf. sie fand, in Gestalt von heftigen, zwangsmäßigen Schluckbewegungen, bisweilen 24 und mehr in der Minute; die Dauer der Anfälle schwankt zwischen wenigen Minuten und einer halben Stunde. Der Sitz der beschriebenen grippösen Krisen ist, wie bei der Tabes, zweifellos der N. vagus. Verf. möchte aber nicht, wie bei jener, eine zentrale Läsion der Nerven annehmen, sondern eine peripherische, von der erkrankten Schleimhaut des Pharynx und Larynx ausgehende. Eine solche kann im Pharynx leicht sensible Vagusfasern treffen, die den Schlundkopf unterhalb des Gaumensegels versorgen. Ihre Reizung erregt reflektorisch den Schlundschwürer zum Schlingakt. Oder aber (was noch näher liegt): Der laryngospastische Zustand ist zusammen mit dem Schlingkrampf durch die ebenfalls katarrhalische Reizung zentripetaleitender Fasern des N. laryngeus superior zu erklären, deren Erregung Stillstand der Atmung unter plötzlichem Schluß der Stimmritze bewirkt. Nun führt der Laryngeus superior auch sensible, zentripetale Fasern, deren Reizung Schluckbewegungen auslöst. Es dürfte also am nächsten liegen, als Ursache der beschriebenen Anfälle eine vorübergehende



aszendierend neuritische Reizung der genannten sensiblen Fasern des N. laryngeus superior anzunehmen. Diese Annahme läßt sich auch gut mit der Tatsache vereinigen, daß Paresen im Bereich der Kehlkopfmuskulatur, insbesondere des Laryngeus inferior recurrens, völlig fehlten. Der Zweck dieser Bemerkungen ist vor allem der, auf eine typische, prognostisch anscheinend günstige Folge der Grippe hinzuweisen, deren diagnostische Unterscheidung vom Laryngospasmus der Tetanie und Tabes und vom Keuchhusten von einiger Wichtigkeit ist. (D. m. W. 1921 Nr. 6.)

**Beitrag zu den Folgezuständen der epidemischen Enzephalitis.** Von Nervenarzt Dr. Wilhelm Mayer (München). Der 1. Fall ist lehrreich: er zeigt, wie nach einer kurzen, milde verlaufenden lethargischen Enzephalitis ein Zustand von Schlaflosigkeit eintreten kann, der sich auch nach 9 Monaten trotz energischster Therapie nicht im geringsten geändert hat. Die fast absolute nächtliche Schlaflosigkeit beim zweiten Patienten, die weder medikamentös noch psychotherapeutisch irgendwie zu beeinflussen war, ist interessant genug; dazu kommt die lange und nicht abzusehende Dauer der Störung. Wie unrichtig es ist, derartige Zustände nur als Folgezustände anzusehen, lehrt der Fall, der nach vielen Monaten einer stabilen, postinfektiösen Hirnchwäche mit Schlafstörungen einen neuen Schub im Zusammenhang mit einer neuerlichen Grippeepidemie durchmacht. Es scheint, als ob in cerebro kleine, abgekapselte infektiöse Herde sich noch befinden, die dann und wann, anscheinend doch im Zusammenhang mit dem Aufflackern der Grippe, manifest werden. 3. Fall: E. Sch., Schüler, 8 Jahre alt, erkrankt Februar 1919 an einer Encephalitis lethargica. Schwere Schlafzustände durch fast 2 Monate ohne Herderscheinungen. Im Mai 1919 nur noch leichte Dösigkeit und Hemmung. Juni 1919 Beginn einer choreatischen Unruhe des ganzen Körpers, die immer mehr zunimmt und bis Herbst 1920, andauert, von einer Chorea minor nicht zu unterscheiden. Gelegentlich leichte Schlafzustände. Der Junge wird allmählich schwieriger, bösartiger, reizbarer. Keinerlei Herderscheinungen. Sommer 1920 im Zusammenhang mit einer kleinen Grippenepidemie, wieder Fieber, Ptosis rechts, einige Tage lethargisch; nach 8 Tagen sind diese Erscheinungen verschwunden. Seitdem Chorea etwas abnehmend, die choreatischen Bewegungen nehmen zum Teil groteske Formen an (Uebergang unwillkürlicher in willkürliche Bewegungen). Bis heute ist der Zustand unverändert. Jegliche Therapie war erfolglos. — Auch hier ist auffallend die lange Dauer des Zustands (bis jetzt über 2 Jahre) einer Encephalitis choreatica; auch hier ist zu beobachten das Aufflackern eines latenten Herdes nach langer

Zeit wieder im Zusammenhang mit einem neuerlichen Aufflackern einer wenn auch bescheidenen Grippeepidemie. Verf. hat hier 3 prominente Fälle ausgesucht; es gibt ähnliche in großer Zahl. Sie lehren uns, wie schlecht in vielen Fällen die Prognose der epidemischen Enzephalitis ist, wie schwer oft zu unterscheiden ist zwischen End- oder Folgezuständen der akuten Erkrankung und latenten, immer wieder aufflackernden Fällen, sie zeigen uns weiter, wie häufig stationäre Fälle neu aufflackern, dabei anscheinend doch in einem gewissen Zusammenhang mit äußeren Grippeepidemien, und sie demonstrieren sehr schön (wenigstens die beiden ersten Fälle) die Schwere und Unbeeinflussbarkeit der Schlafstörungen. (M. m. W. 1921 Nr. 18.)

## **Therapeutisches.**

### a) Chirurgie.

**Lobelin bei Atemlähmung in der Narkose.** Von Dr. Alexander Hellwig. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M.). Nach den experimentellen Arbeiten des Freiburger Pharmacologen Wieland haben wir im Lobelin, dem kristallisierten Alkaloid der *Lobelia inflata*, ein spezifisches Erregungsmittel des Atemzentrums zu erblicken. Die Bestätigung des Tierexperimentes erbrachte die klinische Anwendung des Lobelins an der Freiburger Kinderklinik. Das Alkaloid entfaltete beim Kinde eine ausgezeichnete, oft lebensrettende Wirkung bei Atemkollapsen, namentlich bei Vergiftungszuständen, Infektionskrankheiten, Dyspepsien. Angesichts dieser Berichte lag der Gedanke nahe, das Lobelin auch im Operationssaal bei zentralen Atemstörungen anzuwenden, vorausgesetzt allerdings, daß sich das Mittel auch intravenös verabreichen ließ, wogegen die Freiburger Autoren Bedenken hatten. Durch mehrfache Versuche konnte Verf. die Unschädlichkeit einer intravenösen Injektion von Lobelin 6,0mg beim Erwachsenen dartun und ging sodann an die Anwendung des Mittels bei Atemstörung während der Narkose. In mehreren Fällen von Atemlähmung in Narkose sowie auch bei paravertebraler Novokainanästhesie erwies sich das Präparat als ein brauchbares spezifisches Erregungsmittel des Atemzentrums. Es beseitigte die Atemstörungen in rascher Weise, ohne künstliche Atmung, vorausgesetzt natürlich, daß die Atemwege nicht verlegt waren. (Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 21.)

**Den Kinn-Schulter-Griff, ein Prophylaktikum gegen die Asphyxie in der Narkose,** empfiehlt Dr. Walter Kühl (Altona). Einfaches Seitwärtsdrehen des Kopfes (das Kinn wird möglichst der Schulter genähert) genügt, um die Luftwege freizumachen.

Bei dem Kinn-Schulter-Griff kommt es durch die Drehung des Kinnes zu einer Streckung der beiden Musculi geniohyoidei, die ja mit kurzer Sehne an der Spina mentalis mandibulae ansetzen, und der sie nach außen bedeckenden Musculi mylohyoidei — und dadurch zu einer Hebung des Zungenbeines. Durch den Zug an dem Bandapparat hinter diesem, zwischen der Rückseite des Zungenbeines und dem vorderen Umfange des Kehldeckels (Membrana hyoepiglottica), sowie zwischen Zungengrund und Vorderseite des Kehldeckels (Lig. glossoepiglotticum) wird zugleich mit dem Zungengrund (M. hyoglossus) auch der Kehldeckel nach vorne angehoben und dadurch die Luftpassage frei. Die Erweiterung des Kehlkopfeinganges ist dabei ganz erheblich. Loewy beobachtete an der Leiche nach Seitwärtsdrehung eine Entfernung des Zungengrundes von der Wirbelsäule um 1,9 cm mehr als in der Rückenlage, d. h. um fast das Vierfache. Die Bedeutung des Kinn-Schulter-Griffes liegt einmal in seiner allgemeinen Anwendungsmöglichkeit unter den schwierigsten äußeren Verhältnissen, da er ohne Instrument leicht auch von Laien (z. B. bei Hitzschlag) ausgeführt werden kann. Sodann aber und nicht zum mindesten ist er wichtig in seiner prophylaktischen Anwendung gegenüber der Asphyxie in der Narkose. Deshalb sollte er von vorneherein bei jeder Narkose in Anwendung kommen. Ob sich durch ihn vielleicht auch ein Teil der unheimlichen, plötzlich einsetzenden Narkosetodesfälle vermeiden läßt, deren Ursache noch immer nicht hinreichend aufgeklärt ist, vermag erst eine über Jahre sich erstreckende Statistik zu entscheiden. In solchen Fällen könnte man den Eintritt des plötzlichen Todes, der oft als Thymustod gedeutet wird, vielleicht besser erklären als Shokwirkung infolge plötzlichen Luftmangels (Erstickung).  
(D. m. W. 1921 Nr. 20.)

**Zur Verhütung der Harnverhaltung nach Operationen** läßt Prof. Dr. E. Pólya (Budapest) einige Zeit vorher das Urinlassen in Rückenlage üben, den Harn im Bette liegend entleeren, was meist bald gelingt. So kann man den Kranken dann oft den Katheterismus ersparen.  
(Zbl. f. Chir. 1921 Nr. 21.)

**Beitrag zur Behandlung eingeklemmter Brüche.** Von K. Nikolaus, Arzt (Müllheim i. B.). „Eben hatte ich Veranlassung, im Handbuch der praktischen Chirurgie, herausgegeben von Bruns, Garrè, Küttner, die ‚Lehre von den Hernien‘ nachzulesen, und finde da in Kap. 9 ‚Taxis‘ angegeben: ‚Das Normalverfahren für die Behandlung einer eingeklemmten Hernie ist die Operation. Ich habe seit mehreren Jahren keine Taxis mehr ausgeübt.‘ Es ist dann allerdings, wohl für vereinzelte

Ausnahmefälle, die Methode der Taxis genau beschrieben. **Als Vorbereitung der Taxis wird empfohlen: 1. Entleerung des Magens, 2. Entleerung der Blase, 3. geeignete Lage, so daß das Abdomen der höchste Teil ist. Von manchen wurde Knieellenbogenlage empfohlen, sie ist aber sehr unbequem wegen der Narkose.** Für den Direktor einer Klinik mag es angebracht sein, ausschließlich Operation anzuwenden. Für den praktischen Arzt auf dem Lande ist das wesentlich anders. Man denke sich, der Arzt wird gerufen, findet 1—2 Stunden von seinem Wohnsitz entfernt einen eingeklemmten Bruch. Was soll er tun? Gleich operieren? Dazu muß er sich zunächst einen Kollegen sichern zur Übernahme der Narkose. Er muß Instrumente und Verbandmaterial zur Stelle schaffen. 2—3 Stunden werden wenigstens verstreichen. Für diese Zeit gibt das Handbuch keine Hilfe an. Diese Zeit darf der Arzt meiner Ansicht nach nicht ungenützt verstreichen lassen. Er muß vielmehr alle bekannten Mittel anwenden, um die venöse Stauung in den eingeklemmten Teilen zu mildern oder zu beseitigen, um möglichst günstige Ernährungsverhältnisse im Bruch zu schaffen und so Gangrän möglichst zu verhindern oder hinauszuschieben. Wenn dann nicht Reposition eintreten sollte, sollen für die Herniotomie doch die günstigsten Vorbedingungen geschaffen werden. Wie können solche Verhältnisse geschaffen werden? Es kann dies in gewissem Grade geschehen durch Entleerung des Magens, der Blase, des Mastdarms, wie oben angegeben. In viel höherem Grade kann dies geschehen durch zweckmäßige Lagerung des Kranken. Es ist schon lange bekannt, daß Bruchkranke eine erhebliche Erleichterung ihrer Beschwerden verspüren bei Einnahme der Rückenlage, noch mehr, wenn zugleich die Kniee aufgestellt werden. Die Spannung der Bauchdecken und der intraabdominelle Druck sind gegenüber der aufrechten Stellung erheblich vermindert. Die kranke Stelle (Bruchpforte) ist so vom Druck entlastet. Wesentlich weitere Vorteile können aber erst erzielt werden, wenn der intraabdominelle Druck weiter herabgesetzt wird. Dies kann geschehen durch Anwendung von: 1. Sims' Seitenlage. Z. B. bei rechtseitigem Schenkelbruch liegt der Kranke auf ebener Matratze auf der linken Seite, schlägt den linken Oberarm nach hinten gegen den Rücken, senkt die rechte Schulter nach vorne gegen das Lager; die Beine werden im Hüftgelenk gebeugt, rechts etwas mehr. Die Bauchdecken werden so ganz entspannt, durch das Gewicht der auf ihnen lastenden Eingeweide gedehnt, der Raum des Abdomens wird so vergrößert, es muß also ein negativer Druck im Abdomen entstehen. Neben diesem negativen Druck, der auf die schwächsten Stellen (Bruchpforten) am stärksten zur Wirkung kommt, wirkt jetzt aber auch das Eigengewicht der Gedärme mit ihrem Inhalt als ‚Zug‘

auf die Darmschlinge im Bruchhals bzw. Bruchsack. In ähnlicher Weise, doch in höherem Grade wirkt 2. Knieellenbogenlage. Der Kranke liegt auf der Matratze, so daß beide Kniee und beide Ellenbogen die Stützpunkte bilden. Das Becken ist die höchste Stelle, höher als der Thorax. Der intraabdominelle Druck ist noch mehr herabgesetzt, und es kann diese Herabsetzung noch gesteigert werden durch Einnahme der 3. Knieschulterlage. Z. B. bei rechtseitigem Schenkelbruche nimmt der Kranke zunächst Knieellenbogenlage ein und schlägt dann den linken Oberarm nach hinten gegen den Rücken (oder einfache Abduktion), so daß die linke Schulter oder sogar der Kopf Stützpunkt wird für den oberen Teil des Rumpfes. Die erschlafften Bauchdecken werden durch das Gewicht der Gedärme und Eingeweide aufs äußerste gedehnt. Der intraabdominelle Druck wird stark unteratmosphärisch. Ein in die gefüllte Blase eingeführter Katheter läßt keinen Urin auslaufen, wohl aber wird so unter hörbarem Geräusch Luft in die (gefüllte!) Blase eingesaugt. Noch mehr kommt hier das Eigengewicht der Eingeweide zur Geltung, besonders in der Form des Zugs auf die Darmschlingen im Bruchhals und Bruchsack. Welches sind nun die unmittelbaren (physikalischen) Wirkungen obenerwähnter Lagerungen? Bei allen diesen Lagerungen werden die kranken Teile (besonders der Bruchhals) hochgelagert, und so wird der Abfluß des venösen Blutes aus diesen Teilen begünstigt, die Stauung gemildert. Gleichzeitig entsteht bei allen diesen Lagerungen ein negativer intraabdomineller Druck, am wenigsten in Seitenlage, am meisten bei Knieschulterlage. Er macht sich geltend als Aspiration des venösen Blutes nach dem Abdomen. Er wirkt also in gleicher Richtung (zentripetal), wie dies der venöse Blutdruck an sich und wie auch die Hochlagerung dies unterstützend tut. Der venöse Blutstrom erfährt so mächtige Unterstützung. Der Grund zur venösen Stauung wird erheblich gemildert, in gleichem Maße diese selbst beseitigt. Mehr und mehr werden so die Ernährungsverhältnisse in diesen Teilen gebessert und Gangrän vermieden. Die Einklemmung ist fast nie eine absolute von vorneherein, erst die hinzutretende Schwellung im Bruchkanal macht sie so deletär. Mit der Beseitigung oder auch nur Milderung der Schwellung ist aber auch eines der wesentlichsten Repositionshindernisse beseitigt. In gleichem Maße, wie die Schwellung im Bruchhals abnimmt, kommt aber das Eigengewicht der Gedärme samt ihrem Inhalt zur Geltung. Er übt einen Zug aus auf die Darmschlingen im Bruchhals und Bruchsack; der innere Schenkel des Bruchkanals wird hierbei medianwärts gezogen und lüftet die Bruchpforte etwas. Durch zahlreiche Versuche habe ich festgestellt, daß Darmschlingen durch minimale Zugkraft durch ein relativ enges Rohr bewegt werden, die durch Druck niemals zu

bewegen sind. Roser und Linhard haben schon darauf hingewiesen, daß kleine Lipome Darmschlingen durch den Bruchkanal hindurchziehen. Es dürfte also erwartet werden, daß in manchen Fällen der oben geschilderte Zug der Gedärme genügt, eine Reposition herbeizuführen. Schon im Jahre 1887 habe ich solche Fälle mitgeteilt. Ich bin deshalb der Ansicht, daß die jungen Aerzte darauf hinzuweisen sind, die Vorbereitungszeit der Herniotomie so auszunützen, daß dem Kranken angeraten wird, abwechslungsweise obige Lagen einzunehmen. In vielen Fällen wird die Herniotomie überflüssig werden, weil Spontanreposition eintritt, in allen Fällen werden die Ernährungsverhältnisse im Bruch günstig beeinflußt, Gangrän verhütet.“ (M. m. W. 1921 Nr. 17.)

**Methode zur Behandlung eingeklemmter Brüche.** Von Dr. E. Stark (Weiden i. d. Obpf.). Sie besteht darin, daß man den Patienten in Beckenhochlage bringt, und zwar geschieht das am einfachsten in der Weise, daß man ihn bei gebeugten Knie- und Hüftgelenken mit dem Rücken auf einen Tisch legen läßt und eine kräftige Person mit dem Rücken gegen den Patienten gewendet dessen Beine über die Schultern nimmt. Dann wird der Patient vorsichtig vom Tisch gezogen, so daß er mit seinen gebeugten Knien in Beckenhochlage auf dem Rücken der Hilfsperson hängt. Wird nun der Patient aufgefordert, die Bauchdecken gänzlich zu entspannen, so sinken die Därme gegen das Zwerchfell hinauf zurück, und oft schon nach wenigen Minuten gleitet der Bruch ohne weiteres Zutun durch die Bruchpforte zurück. Ist die Einklemmung eine sehr feste, so kann man den Patienten abwechselnd die Bauchmuskeln spannen und entspannen lassen oder die Hilfsperson einige vorsichtige wippende Bewegungen mit dem Oberkörper ausführen lassen, wodurch eine ruckweise Reposition gelingen kann. Nicht anwendbar ist das Verfahren selbstverständlich dann, wenn schon die Gefahr einer Gangrän vorhanden ist. Aussicht auf Erfolg aber hat sie auch dann nicht, wenn größerer Meteorismus besteht. (M. m. W. 1921 N. 21.)

#### b) Innere Krankheiten.

**Aus der Praxis.** Geh. San.-R. Dr. G. Schmalfuß (Hamburg) teilt mit:

1. Zur Behandlung des Ikterus catarrhalis. „Patienten, die mit frisch entstandenem katarrhalischen Ikterus in meine Behandlung treten, pflege ich 3 bis höchstens 4 Tage lang 1-mal täglich mit Vibrationsmassage zu behandeln. Ich vibriere die Gegend der Gallenblase bei ruhigstehender Massagekugel mäßig

stark — stärkere Schmerzen oder Uebelkeit darf dabei nicht auftreten — 3—5 Minuten lang und schließe daran eine ebenso lange, etwas kräftigere Vibrationsmassage des ganzen Leibes an. In den meisten, schätzungsweise 90%, Fällen ist der Gallenabfluß nach 2maligem, höchstens 3maligem Massieren frei, Appetit und Allgemeinbefinden heben sich schnell, die Gesundung tritt ein. Ist nach 3maligem Massieren keine sichere Besserung sichtbar, so massiere ich, da Patient ja einmal da ist, noch 1 mal, höre dann aber auf und behandle in der sonst gebräuchlichen Weise weiter. Der Prozentsatz der schnellen Heilungen kommt mir, seit ich dies Verfahren anwende, erheblich größer vor, so daß ich es zur Nachprüfung empfehlen möchte.“

2. Zur Behandlung der Enuresis nocturna. „Ich vibriere etwa 2—4 Wochen lang wochentäglich 1 mal die Gegend der Blase bei ruhigstehender Massagekugel, anfangs schwach, später kräftiger, 3—5 Minuten lang, dann noch, während Patient auf dem Bauch liegt, Kreuz und unteren Teil der Wirbelsäule, etwa 2 Minuten mit ruhig auf dem Kreuz liegender Kugel, etwa 3 Minuten mit hin und her geführter. Älteren Kindern und Erwachsenen mache ich gleichzeitig Arsen- (Solarson- oder Natr. cacodyl.-) Injektionen, verbiete außerdem allen jeglichen Flüssigkeitsgenuß von nachmittags 4 Uhr an. Seit ich dies Verfahren systematisch anwende, sind die Mißerfolge der Behandlung, wie mir scheint, erheblich seltener. Ich habe den Eindruck, daß es sich nicht um einen reinen Suggestionserfolg handelt. Das Verfahren ist vielleicht einer Nachprüfung wert.“

(D. m. W. 1921 Nr. 14.)

**Beitrag zur Kalktherapie im Kindesalter mit Camagol.**  
 Von Kinderarzt Dr. Hunaeus, leitendem Arzt des Cecilienheims zu Hannover. „Da Kalk in den menschlichen Geweben stets mit Magnesia verbunden vorkommt, und Versuche von Loew und Starkenstein erwiesen haben, daß die Kombination dieser beiden Erdalkalien die Ca-Wirkung ergänzen bzw. verstärken, erschien mir zu meinen Versuchen das ‚Camagol‘ besonders geeignet, das in jeder Tablette von 2 g Gewicht 0,44 Calcium phosphoricum und 0,08 Magnesium citricum enthält und — ein Vorteil für die Kinderpraxis — seines guten Geschmacks wegen gern genommen wird. Ich habe das Präparat in einer Dosis von 2—3mal täglich  $\frac{1}{2}$ —1 Tablette im Säuglingsalter, 4mal täglich 1 Tablette im Kindesalter, 3mal täglich 2 Tabletten im Schulalter, während eines Zeitraums von  $1\frac{1}{2}$  Jahren bei 150 Fällen der Anstalts- und Privatpraxis verwendet. Die jüngeren Kinder bekommen dasselbe in Milch, die älteren betrachten die Tabletten meist gern als Nach-



tisch nach den 3 Hauptmahlzeiten. Dauer jeder Kur 3—4 Monate. Bei den Fällen angeborener und frühzeitig erworbener Rachitis, sowie auch bei Frühgeborenen ließ sich meist schon nach 2 Monaten nach Darreichung von 3 mal  $\frac{1}{2}$ —1 Tablette ein sichtliches Härterwerden der weichen Schädelknochen, Zunahme des Muskeltonus, frischeres Aussehen und gute regelmäßige Gewichtszunahme registrieren. Darmstörungen im Sinne einer Obstipation wurden nicht beobachtet. Bei den Rachitikern im 2. und 3. Lebensjahr, denen ich neben der allgemein üblichen antirachitischen Diät (nicht mehr als  $\frac{1}{2}$  l Milch, frisches Gemüse und Obst) entsprechender Freiluft- bzw. Sonnenbehandlung mit Massage 4 mal täglich 1 Tablette länger reichen ließ, habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Empfindlichkeit der Knochen und Muskel schneller nachließ und die Bewegungsfreudigkeit eher zunahm als bei Kindern, die ohne Kalkzulage ernährt wurden. Verhehlen möchte ich jedoch nicht, daß eine andere Gruppe von Kindern sich bei Kalklebertrandarreichung (Calcium phosphoricum 10,0:Ol, Jecor. aselli 100,0) in gleich günstigem Sinne wie die mit Camagolzulage entwickelte. Da wir aber den Lebertran in den heißen Monaten nicht gern geben, möchte ich das ‚Camagol‘ gerade im Sommer nicht entbehren. Die günstigen Erfolge der Kalkdarreichung bei spasmophiler Diathese kann ich auch für das Camagol bestätigen, insonderheit heilte ein Fall von Tic convulsif bei einem 9jährigen Knaben, den ich schon als Säugling an Krämpfen behandelt hatte, in zirka 6 Wochen bei täglicher Darreichung von 4 mal 2 Camagoltabletten gänzlich ab. Die allgemein tonisierende Wirkung des ‚Camagols‘ konnte ich bei zirka 30 Kindern im Alter von 6—14 Jahren, meist weiblichen Geschlechts, beobachten. Die Beschwerden waren bei allen ungefähr die gleichen: auffällige Müdigkeit, besonders frühmorgens, Ausbleiben der erquickenden Wirkung des Nachtschlafes, Kopfschmerzen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit in der Schule, weinerliche Stimmung, sowie häufig auch Klagen über stechende Schmerzen in der linken Seite und in den Waden. Die körperliche Untersuchung ließ außer einer Schlaffheit der Körpermuskulatur, Blässe der Haut, die mehr auf einen gestörten Blutumlauf als auf eine wirkliche Anämie (Hämoglobin meist 70—80 %) bezogen werden mußte, sowie in 3 Fällen auch einer lordotischen Albuminurie, keine Regelwidrigkeit, insonderheit keine latente Tuberkulose erkennen. Die Mehrzahl dieser Kinder — aus dem Mittelstande stammend — hatte häufig mehrere Jahre keine Milch; Käse, Butter und Fleisch nur in rationierter Menge bekommen und auch während der Wintermonate, Obst und frisches Gemüse entbehrend, sich mit kalkarmen Nahrungsmitteln (Kartoffeln, Reis, Makkaroni, Pferdebohnen, Oel und Marmelade) durch-

helfen müssen. Weiterhin hatte wohl auch der Genuß des Kriegsbrottes mit dem größeren Kleiezusatz nachteilig auf die Kalkretention gewirkt. Gerade bei diesen Kindern, die meist schon einige Flaschen Eisen oder ähnliche, angeblich blutbildende Essenzen erfolglos genommen hatten, traten bei durchschnittlich 3 Monate langem Camagolgebrauch (4 mal 2 Tabletten täglich) offensichtliche Besserungen bzw. Heilung der Beschwerden ein. Wie im einzelnen Falle die Wirkung der Ca-Zufuhr zu erklären ist, lasse ich mangels eigener Stoffwechselfersuche dahingestellt. Die subjektive Besserung, die ich gerade in den Kriegsjahren durch Kalkdarreichung bei Rachitis, Spasmophilie und den fälschlich so oft auf Anämie bezogenen Klagen älterer Kinder beobachtet habe, und die auch anderen Autoren, wie G. Klempner aufgefallen ist, veranlassen mich, das Camagol als eine Bereicherung unseres Arzneischatzes in der Kinderpraxis zu empfehlen.“

(M. Kl. 1921 Nr. 10.)

**Candiolin**, ein neues organisches Phosphorpräparat, wurde in der III. Mediz. Universitätsklinik in Berlin, wie Dr. M. Kretschmer mitteilt, angewandt bei ca. 60 Kindern, die wegen allgemeiner Mattigkeit und Schwäche aus Unterernährung oder wegen Rekonvaleszenz nach schwereren Krankheiten, Grippe, gebracht wurden, angewendet. Auch Kinder, die außerdem sekundär Zeichen psychischer Reizbarkeit zeigten, wurden damit behandelt. Bei allen Kindern wurde auch über starke Appetitlosigkeit geklagt. Es wurde täglich 3 mal 1 Täfelchen Candiolin zu je 1 g, bei Kindern unter 4 Jahren  $\frac{1}{2}$  Täfelchen verabreicht, ohne daß sonstige Anordnungen, wie Landaufenthalt u. dgl., erfolgten. Die Kinder wurden nach 4—8 Wochen ungefähr wieder bestellt. In allen Fällen, in denen nicht die Eltern die Behandlung nach zu kurzer Zeit eingestellt hatten, wurde über eine allgemeine Kräftigung, größere Leistungsfähigkeit und auch geistige Regsamkeit berichtet. In Fällen, die wegen neuropathischer Reizbarkeit, Schlaflosigkeit usw. zugeführt waren, hatten sich diese Erscheinungen erheblich vermindert. Allgemein wurde die Hebung des Appetits hervorgehoben, eine Wirkung, die vielleicht auf den beschleunigenden Einfluß organischer Phosphate auf den Ablauf von Enzymwirkungen zu beziehen ist. Objektiv ließ sich, abgesehen von dem besseren Aussehen in vielen Fällen nach 2—3 Monaten eine Gewichtszunahme von 3—4 Pfund feststellen. Auch bei einigen privat behandelten Kindern konnte Verf. nach der Einnahme von Candiolin die gleichen Feststellungen machen. Da das Candiolin außer 11,5 % Phosphor noch 16 % Kalk enthält, gab er es versuchsweise auch 2 tetaniekranken Säuglingen mit dem Erfolg, daß nach

2 Wochen die manifesten Tetaniesymptome (Laryngospasmus) verschwunden waren und auch das Fazialisphänomen an Stärke und Ausdehnung abgenommen hatte. Ein Vorzug des Candiolins ist, daß es leicht und gern von den Kindern eingenommen und gut vertragen wird. Es kann daher für die Behandlung von Schwächeständen bei Kindern und Rekonvaleszenten bestens empfohlen werden. Der Preis von M. 8,50 für 25 Täfelchen Candiolin ist bei der heutigen Arzneimittelteuerung kein zu hoher.

(Ther. Hlbmhf. 1921 Nr. 4.)

**Ueber Arsentherapie im Kindesalter.** Von Regierungsrat Dozent Dr. K. Hochsinger, Direktor des I. öffentlichen Kinderkrankeninstituts in Wien. Verf. bedient sich einer 1%igen, in Ampullen zu 1 ccm verschlossenen Solarsonlösung (Solarsonampullen Stärke I), verwendet sie schon vom fünften Lebensjahre angefangen und hat sich folgende Dosierungsweise zurechtgelegt. Er beginnt mit der Einspritzung der halben Zahl von Teilstrichen des Präparates, als das Kind Jahre zählt, und erhöht die Dosis, täglich um einen Teilstrich steigend, bis zu der Zahl von Teilstrichen, welche mit der Altersziffer des Kindes übereinstimmt. Er beginnt also bei einem 10 jährigen mit 5 Teilstrichen und steigt bis zum Verbrauch einer ganzen 1 ccm fassenden Ampulle. Je nach dem Alter des Kindes werden 21—24 Injektionen, drei in einer Woche, angewendet, mehr als 1 ccm pro dosi soll nicht eingespritzt werden. Bei geringen Anfangsgaben und langsamer Steigerung traten niemals Intoleranzerscheinungen ein. Verf. injiziert immer an der Vorderfläche des Oberschenkels, hoch oben. Die Injektion ist auch für Kinder vollständig schmerzlos, wenn in der angegebenen Region eine massive Hautfalte emporgehoben und an der Basis derselben rasch und beherzt mit dünner, gut gehärteter und scharfer Nadel epifaszial injiziert wird. Die auffälligste Wirkung bezieht sich auf die Besserung der nervösen Anorexie und der übrigen nervösen Erscheinungen, was zu einer günstigen Beeinflussung der Gesamternährung und zu Gewichtszunahme führt. Auch die angiospastischen, durch Hautblässe gekennzeichneten Symptome bessern sich sehr bald, und die allgemeine Reizbarkeit der Kinder läßt nach. Verf. hat die Ueberzeugung gewonnen, daß die subkutane Einverleibung des Solarsons der peroralen Arsentherapie im Kindesalter weitaus überlegen ist. Namentlich während der Wintermonate, wo den hier in Frage kommenden Kindern die Heilpotenzen reiner Landluft nicht in dem Maße zur Verfügung stehen, wie in der wärmeren Jahreszeit, ist diese Behandlungsmethode von besonderer Wichtigkeit. Bei den echten, auf Störung der Blutbildung beruhenden Kinderanämien, insbesondere bei den chlorotischen

Zuständen der Präpubertäts- und Pubertätsperiode, ist die Solarson-injektionstherapie als Unterstützung der internen Eisendarreichung von Bedeutung. Die subkutane Anwendung von löslichen Eisenarsenpräparaten (Ferrum kakodylic. oder Ferrum ammoniat. citric. arseniat.) hat er bei Kindern wegen ihrer Schmerzhaftigkeit aufgegeben und verwendet in Fällen, wo eine kombinierte Eisenarsen-therapie zweckmäßig erscheint, Solarsoninjektionen neben peroraler Verabreichung von Eisenpräparaten. (W. m. W. 1921 Nr. 1.)

**Scheinbare Erfolge bei perniziöser Anämie und Sepsis durch parenterale Milchinjektion.** Von San.-Rat Hubrich (Fraustadt). Fall 1. 48 jährige Landfrau, mit dem klinischen Bilde der perniziösen Anämie, höchstgradige Blässe, Lidödem, Oedem beider Unterschenkel, Schwindel, dauernde Bettlägerigkeit wegen Schwäche. Von zwei Kollegen vorher behandelt mit Arseninjektionen. Keine Blutuntersuchung. Nach erfolgloser Arsen-Eisen-Chininbehandlung vier Milchinjektionen in fünftägigen Zwischenräumen mit sofort einsetzender Besserung und scheinbar völliger Heilung. Mehrere Monate später bei Begleichung der Liquidation in dem Sprechzimmer völliges Wohlbefinden, welches noch nach einem Jahre vorhanden ist.

Fall 2. 35 jährige Lehrersfrau, I-para, Geburt ohne Kunst-hilfe, normales Wochenbett, kein Blutverlust. Kann sich nach der Geburt nicht mehr erholen, wird immer hochgradiger anämisch, Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen, Schwäche, Schlaflosigkeit, gedunsene Lider, Unterschenkelödeme, Atembeschwerden. Arsen, Eisenchinin, Bettruhe, Diät, Sonnenbäder ohne Erfolg. Darauf vier Milcheinspritzungen in sechs- bis siebentägigen Zwischenräumen. Sofort einsetzende Besserung, welche anhält und sich steigert. Nur das lästige Ohrensausen ist geblieben und auch mit Otosklerol nur ganz wenig gebessert. Geht ihrer häuslichen Tätigkeit wieder nach, hat erheblich an Gewicht zugenommen. Bis jetzt, drei Monate nach Behandlung, sehr zufriedenstellender Erfolg, bedarf aber noch der Beobachtung.

Fall 3. VII-Para, 38 Jahre, Abort im fünften Monat. Frucht höchstwahrscheinlich schon 6—8 Wochen vorher abgestorben. Mäßige Blutung, Schüttelfrost, 37,8° C. Darauf am gleichen Tage Ausräumung mit Kürette, leichte Entfernung des isolierten Foetus und der derben, geschrumpften Plazenta. Auswischen mit Jod-tinktur, keinerlei Blutung. Dührssenbüchse in Vagina. Fieber steigt aber ununterbrochen. Nach 36 Stunden Tampon entfernt, 40,7°, Uterusausspülung mit 1%iger Lysollösung, intravenös Elektrokollargol, am folgenden Morgen 37,6°. Auf Wunsch des Mannes Gynäkologe zugezogen. Unmittelbar nach dessen Unter-

suchung Schüttelfrost, abends 40,5°. Im Urin erheblich **Eiweiß**. Auf Veranlassung des Gynäkologen Argochrom intravenös **und** intramuskulär, darauf wieder eine Remission auf 37,8°, aber erst 48 Stunden nach Injektion, dann am nächsten Tage wieder 39 bis 40°, nebenbei Tenosin, dauernd Digipurat, dreimal täglich 20 Tropfen, mehrmals Kampfer. Argochrom dreimal wiederholt ohne Erfolg. Darauf eine Milchinjektion intraglutäal, abends. In der Nacht Schweißausbruch, morgens 37,5°, abends 38,9°; nächsten Morgen 36,8°, abends 37,9°; guter Schlaf, der zehn Tage fast vollkommen gefehlt hatte, Wohlbefinden, Genesungsgefühl, wie mit einem Schläge. Fast während der ganzen Krankheitsdauer werden mäßige Schmerzen in der rechten Hinterbacke in der Gegend des Foramen ischiadicum angegeben ohne Befund, jetzt, also am zwölften Tage etwa, fühlt man hier in großer Tiefe deutliche schmerzhaft Resistentz (Abszeß), per vaginam eine diffuse, derbe, nicht schmerzhaft Schwellung an der rechten Backenseite. Uterus leicht beweglich, gänzlich schmerzlos. Nach drei Tagen deutliche Vorwölbung außen neben Kreuzbein. Eiweiß im Urin seit Milchinjektion auch geschwunden. Temperatur früh unter 37,1°, abends 37,3—37,8°, sonst vollkommenes Gesundheitsgefühl, bester Schlaf und Appetit, Schmerz am rechten Gesäß fast nur auf Druck, ohne Druck nur leichtes, dumpfes Gefühl, welches gar nicht stört. Punktion des Abzesses von außen. Die dickste Hohnadel erreicht ihn in 8 cm Tiefe und entleert etwa 100 ccm dicken, rötlichbraunen (gänzlich geruchlosen!) Eiter. Sofort 9 ccm 10% tige Jodoform-Glyzerin-Emulsion in den Abszeß, darauf 24 stündiger Temperaturanstieg auf 39,8°, dann in 2—3 Tagen Lysis bis zum Normalen. Aus der Punktionsöffnung entleert sich mäßig Eiter durch 8 Tage, dann Vernarbung. 5 Wochen nach Abort steht Patientin das erstemal auf, geheilt.

**Zusammenfassend:** In den beiden Anämiefällen (Nephritis ausgeschlossen) sofortige subjektive und objektive Besserung hohen Grades bzw. anscheinende Heilung. In dem Sepsisfalle auffallender plötzlicher Umschwung zur Heilung nach parenteraler Milcheinspritzung mit endgültiger Heilung. (M. Kl. 1921 Nr. 6.)

**Chinidin als Herzmittel.** Von Dr. Ed. Jenny (Aus der medizinischen Universitätsklinik Basel). „Unsere Resultate mit Chinidin sind bedeutend besser als alle bisher publizierten. Der Grund liegt wohl in der andern Dosierung und längeren Darreichung des Mittels. Schädigungen durch Chinidin haben wir selbst in den hohen Dosen nie gesehen. Es gibt allerdings, wie gegen Chinin, so auch gegen Chinidin eine Idiosynkrasie. Frey sah in einem seiner Fälle nach  $2 \times 0,4$  Chinidin zerebrale Lähmung mit vorüber-

gehendem Atemstillstand und nachfolgendem Erregungszustand, Erscheinungen, welche jedoch völlig wieder zurückgingen. Es ist daher angezeigt, der eigentlichen Kur eine probatorische Dosis vorzuschicken und, entsprechend der sehr verschiedenen Empfindlichkeit, das Mittel individuell zu dosieren. Im Fernern wirken größere Einzeldosen besser als häufige kleine Gaben von 0,2, wie sie Frey ursprünglich anwandte; denn nach Untersuchungen von Wiechmann sind die bei einmaligen großen Dosen im Harn ausgeschiedenen Mengen Chinidin geringer als bei Fraktionierung. Wir empfehlen also Chinidinum sulfuricum in caps. amyl. (ev. Pillen à 0,1) zuerst in probatorischer Dosis von 0,3, andern Tages 1—2  $\times$  0,5 und dann langsam steigend bis zum Eintritt der Wirkung. Man darf vor Dosen von 2, ja 3 g im Tag nicht zurückschrecken und, erst, wenn nach 10—14 Tagen kein Erfolg eingetreten ist, kann die Kur als nutzlos abgebrochen werden. Eventuell ist sie später ein zweites Mal unter Beigabe von Digitalis zu wiederholen. Bei genauer ärztlicher Kontrolle können subjektive Beschwerden, wie Magendrücken, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, ignoriert werden, auch starke Beschleunigung der Herzaktion an sich ist kein alarmierendes Symptom, denn sie kann den Beginn der Wirkung anzeigen. In Berücksichtigung der Erfahrungen mit andern Chininderivaten (Optochin) wäre bei großen Dosen jedoch an Schädigungen von Hirnnerven (Optikus, Akustikus) zu denken. In diesem Sinn würden Ohrensausen oder mangelhaftes Farbensehen und Gesichtsfeldeinschränkung als Indikationen zum sofortigen Aussetzen des Mittels anzusehen sein. Dieser Vorbehalt ist aber vorläufig rein hypothetisch, denn derartige Schädigungen durch Chinidin sind bis jetzt weder in der Literatur beschrieben, noch von uns gesehen worden. Nach Eintritt der Regularisierung ist Chinidin in langsam sinkender Dosis noch etwa eine Woche weiterzugeben, um den Erfolg sicherzustellen. Ergebnisse: Chinidin ist ein äußerst wertvolles Herzmittel. Unter 11 Fällen von Arhythmia perpetua ließ sich 10 mal das Vorhofflimmern beseitigen. Von zwei Fällen mit Vorhoftachysystolie reagierte einer prompt auf das Mittel.

Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen konnten wir bei weiteren 5 Fällen durch Chinidin das Vorhofflimmern in den normalen Sinusrhythmus überführen. Bei Fall 13, der übrigens zeitweise in Flimmern überging, ließ sich kürzlich durch Kombination von Chinidin mit Scilla die Vorhoftachysystolie doch noch beseitigen. Bei Fall 10, der in der Folgezeit starke Rezidivneigung zeigte, war eine chronische Chinidinkur von 0,25 g im Tag von Erfolg. Im ganzen haben wir also unter 18 Fällen nur einen Mißerfolg gehabt.“  
(Schweiz. med. Wschr. 1921 Nr. 12.)

**Zur Behandlung der Dyspepsien mit Larosan.** Von Dr. C. Schaefer, Kinderarzt (Görlitz). Verf. hat von den zu ihm kommenden Dyspepsien in diesem Jahre etwa die Hälfte — 61 — mit Larosan behandelt. Die Milch wurde nach der Vorschrift bereitet, wie sie Stoeltzner angegeben hat und wie sie jeder Packung beigegeben ist. Die Behandlung begann mit einer Gabe Rizinusöl, um der Stagnation und Bakterienaszension des Magens und Dünndarmes entgegenzuwirken. Nach einer Nahrungspause von 4—6 Stunden wurde die Larosanmilch, 20 g Larosan auf  $\frac{1}{2}$  Liter Milch, alle 3—4 Stunden je nach dem Alter des Säuglings gegeben. Bei schon sehr heruntergekommenen Säuglingen ließ Verf. auch  $1\frac{1}{2}$ - bis  $2\frac{1}{2}$  stündlich füttern. Begonnen wurde mit 20—25 g Larosanmilch je nach dem Gewicht des Kindes auf die diesem entsprechende Menge Verdünnungsflüssigkeit. Mit der Erhöhung des Larosanmilchanteiles wurde schnell vorgegangen bis zu kalorisch ausreichenden Mengen. Verf. erscheint es von vornherein gleichgültig, ob man eine dünne Schleimabkochung oder Wasser als Verdünnungsflüssigkeit wählt. Bei der Mehrzahl der Fälle tritt bei Schleim wie bei Wasser sehr bald Besserung ein, selbst bei Kindern, die 14 Tage und länger dyspeptisch sind, ebenso wie die Toleranz für die Kuhmilch. Unter den 61 Fällen befinden sich 6, bei denen die Schleimabkochung scheinbar verantwortlich gemacht werden muß, daß die Stühle bei Larosanmilch dyspeptisch blieben, denn bei Auswechslung des Schleimes gegen Wasser oder Tee trat nach 2—5 Tagen Heilung ein. Dieser kräftigeren Wirkung der Larosanmilch mit Wasser bei 6 Fällen steht 1 Fall gegenüber, bei dem die Larosanmilch mit Wasser versagte, mit Schleim aber heilte. In mehreren Fällen, in denen mit der Larosanmilch ein Erfolg auch mit Wasserverdünnung nicht erzielt werden konnte, entfaltete eine Larosanmilch eine gute Wirkung, die mit 20 g Larosan auf  $\frac{1}{8}$  Liter Milch bereitet war und zu der Wasser als Verdünnungsflüssigkeit gereicht wurde. Man kann also die Larosanmilch individualisierend anwenden und erreicht gute Erfolge auch bei Kindern, die schon wochenlang dyspeptisch sind. Nach Eintreten besserer Stühle, was häufig schon am zweiten oder dritten Tage der Fall war, hat Verf. mit Kohlenhydratbeigabe begonnen, bei jüngeren Säuglingen mit Nährzucker, bei älteren mit einem Brei aus Zwieback in Larosanmilch bereitet. Bald konnte er bei älteren Säuglingen unter vorläufiger Beibehaltung der Larosanmilch zur gemischten Kost übergehen. Eine Gewichtszunahme trat bei Beigabe von Zucker oder Zwieback in allen Fällen ein, in 16 Fällen setzte eine Gewichtszunahme auch ohne Beifütterung von Kohlenhydraten ein, meist bei jungen Säuglingen und solchen, die schon über 14 Tage dyspeptisch waren. Einmal wurde die Larosan-



milch verweigert, zwei Fälle heilten nicht mit Larosanmilch, aber mit Eiweißmilch. Diesen beiden Fällen stehen vier Fälle gegenüber, die anderweitig mit Eiweißmilch behandelt waren ohne Erfolg, mit Larosanmilch aber ausheilten. Ein Säugling ging an Dekomposition zugrunde. Die Stoeltznersche Larosanmilch möchte Verf. bei Behandlung ernährungsgestörter Säuglinge nicht mehr entbehren. Ihre antidyspeptische Wirkung ist ausgezeichnet und tritt namentlich hervor bei der Wasserverdünnung der Larosanmilch und noch mehr bei der Larosandrittmilch mit Wasserverdünnung. Sie ist sehr einfach zuzubereiten und anzuwenden und ist bedeutend billiger als Eiweißmilch. Es wird bei ihr die den Säuglingen zustehende Milch verbraucht und somit bei ihrer Anwendung die zur Bereitung der Eiweißmilch zur Verfügung stehende Milch frei für andere Zwecke. Die Nährzuckerbeigabe, die bei der Finkelsteinschen Eiweißmilch frühzeitig notwendig ist, kann bei einer Reihe von Säuglingen bei der Larosanmilchbehandlung hinausgeschoben werden.

(D. m. W. 1921 Nr. 4.)

**Die Behandlung der Zuckerkrankheit mit Glukopan.** Von Dr. E. Lenk. Die verschiedenen Eiweißstoffe setzen sich in verschiedener Weise in Zucker um: Nach Falta findet man folgende Reihe der Glukogenie aus Eiweiß: Kasein, Serumalbumin, koaguliertes Albumin, Blutglobulin, Hämoglobin, genuines Ovalbumin. Die Eiweißempfindlichkeit ist jedoch verschieden. Betrachtet man die Eiweißstoffe auf ihren Gehalt an Aminosäuren, so findet man z. B. beim Kasein zirka 10 % Leuzin, eine Aminosäure mit sechs Kohlenstoffen; Serumalbumin hat 20 % Leuzin, Serumglobulin 19 %, Ovalbumin, das am Ende der Reihe steht, hat jedoch nur 6 % Leuzin. Man sieht, daß ein Zusammenhang zwischen Kohlenstoffanzahl der Aminosäuren und Zuckerbildung besteht. Dieses Gemisch von Aminosäuren nennt Verf. Glukopan<sup>1)</sup>. Im folgenden sei über eine neuartige Methode berichtet, dem Diabetiker nur eine Auswahl Aminosäuren zu reichen, und zwar solche, die keine Zucker- oder Azetonkörperbildner sind. Zur Entstehung der nun mitgeteilten Behandlungsmethode sei der erste Fall genannt. Es handelte sich um eine Berufskrankenschwester, die im November 1915 im Coma diabeticum ins Krankenhaus Elisabethenstift, Darmstadt, eingeliefert wurde, wo Verf. die Kriegsjahre hindurch tätig war. Sie erhielt dann die übliche Diabetikerdiät abwechselnd mit Hafer- und Gemüsetagen, Natriumkarbonat und Opium. Trotz peinlichster Einhaltung der Diät konnte wohl eine Besserung im

<sup>1)</sup> Es wird unter dem geschützten Namen Glukopan von der Chemischen Fabrik Röhm & Haas in Darmstadt hergestellt.

Subjektivbefinden beobachtet werden, nicht aber im objektiven Befund. Als aber trotz kohlenhydratfreier Diät und Eiweißbeschränkung die Traubenzucker- und Azetonkörperausscheidung auf bedrohliche Höhe anstieg, wurde nach einer dreimonatigen Behandlung ein Komplex von Aminosäuren dieser Patientin per os gegeben. Während sie am 29. Februar 140 g Traubenzucker, 6,8 g Azetessigsäure und 2,5 g Azeton ausschied, wurden vom 1. bis 3. März Glukopantage eingeschaltet. Am 2. März ist sie zuckerfrei, am 1. März werden nur 1,5 g Azetessigsäure und 0,75 g Azeton ausgeschieden. Am 6. März ist sie azeton- und am 17. März azetessigsäurefrei. Glukopantage wurden dann zirka jede Woche eingeschaltet und allmählich mit der Zulage von Kohlenhydraten begonnen. Das Körpergewicht bleibt seit dem 1. März konstant und ebenso die Urinmenge, die früher bis zu 10 Liter im Tag anstieg, jetzt aber dauernd durchschnittlich 2 Liter beträgt. Am 16. Juni wird die Patientin aus der ständigen Behandlung entlassen. Sie wird Leiterin einer Station innerhalb des Krankenhauses. Sie verträgt 100 g Brötchen, 4 Tassen Milch, 100 g Kartoffeln, 2 Äpfel, 100 g Gries und 200 g Reisbrei. Zucker und Azetkörper treten nicht mehr auf. Nach einem halben Jahre werden die Kohlenhydratbeilagen verdoppelt, ohne daß eine Aenderung eintritt. Dieser erste mit Glukopan behandelte Fall zeigt zweifellos günstige Wirkung des Mittels. Auf keine andere Weise ist es ja gelungen, bei dieser Patientin Zucker- oder Azetonkörperfreiheit, eine Erhöhung der Toleranz und damit eine Arbeitsbelastung zu erlangen. Verf. verfügt über 19 mit Glukopan behandelte Diabetesfälle, von denen 5 der schweren, 11 der mittelschweren und 3 der leichten Form angehören. Mit Ausnahme von einem aussichtslosen Fall mit Pankreaskarzinom verliefen alle Fälle so wie bei dem erwähnten, gleich günstig. Die Behandlung ist recht einfach: das Glukopan wirkt nur prompt, wenn Flüssigkeiten, nicht aber feste Speisen in größerer Menge gegeben werden. Zuerst dauerte der Glukopantag 24 Stunden, später wurde er zu meist auf 12 Stunden herabgedrückt und währte von 7 Uhr früh bis 7 Uhr abends. Gewöhnlich bestand die Mahlzeit am Vorabend des Glukopantages aus mäßiger Nahrung, wie Fleischbrühe mit Ei und Tee, Speck, fettem Schinken, Salat oder dgl. Das Glukopan stellt ein hellgelbes, wohlschmeckendes, in heißem Wasser leicht lösliches Pulver dar. Es ist am besten, das Präparat unter Rühren in heißes Wasser einzutragen. Die Lösung kann dann kalt oder warm getrunken werden. Gewöhnlich werden für eine Tagesdosis 50 g in einem halben Liter Wasser oder Tee aufgelöst und während 12 Stunden in 5—6 Portionen getrunken. Diese Dosis genügt in den meisten Fällen; sie kann jedoch un-

beschadet und mit Vorteil auf das zwei- bis dreifache gesteigert werden. An diesem Tage werden dann, entsprechend den zuvor erwähnten Beobachtungen, nur Flüssigkeiten, wie Fleischbrühe, Kaffee, Tee u. dgl. gereicht. Nur bei schwächlichen Patienten waren an diesem Tage noch ein bis zwei Eier gestattet. Am Abend des Glukopantages erhielten die Patienten eine ähnliche Kost in mäßiger Menge wie am Vorabend. Die Glukopankur wurde auch derart variiert, daß man ein Abendessen ausfallen ließ und dafür 50 g Glukopan gab, oder indem man öfters nach einem ganz leichten Abendessen, aus Gemüse oder dergleichen bestehend, zirka 25 g Glukopan in einem viertel Liter Wasser oder Tee verordnete. Irgendwelche nachteiligen Folgen wurden bei der Glukopankur niemals benbachtet, nur ab und zu trat eine leichte Diurese ein, die ja zumeist erwünscht ist. Mit dem Verschwinden des Zuckers und der Azetonkörper tritt eine normale Harnabsonderung und damit selbstverständlich ein Nachlassen des Hunger- und Durstgefühls auf. Oft konnte beobachtet werden, daß Kohlehydrate bei gleichzeitigem Genuß von Glukopan weit leichter ausgenutzt wurden als ohne dasselbe. Betrachtet man die Glukopanbehandlung vom kritischen Standpunkt, so könnte man ihre günstige Wirkung auf das Hungern an diesem Tage zurückführen, also auf eine Entlastung der Leber von den Reizen der Nahrungstoffe, wie sie zuerst Cantani, dann Naunyn und andere angaben. Dagegen spricht jedoch schon der Umstand, daß an diesem Tage 50—100 g Aminosäuren gegeben werden. Die Wichtigkeit der Behandlung liegt darin, daß das Mittel spezifisch zu wirken scheint, indem es den Zucker im Harn schnell zum Verschwinden bringt und die Azetonkörperbildung energisch unterdrückt. Mit dem Verschwinden des Harnzuckers sinkt auch der Blutzucker zu normaler Höhe. Je nach Schwere des Falles ist die Aufeinanderfolge der Glukopantage zeitlich verschieden. Glukopan ist also ein Aminosäuregemisch, aus dem der Diabetiker weder Zucker noch Azetonkörper bilden kann. Außer diesem Vorzug zeigt es noch spezifische Eigenschaften, indem es Zucker- und Azetonkörper schnell zum Verschwinden bringt und eine raschere Toleranzerhöhung ermöglicht, als nach den früheren Behandlungsmethoden.

(M. Kl. 1921 Nr. 2.)

**Ueber die Hypnotika Dial und Dialazetin.** Von San.-Rat Dr. Otto Juliusburger, leitender Arzt des Sanatoriums in Schlachtensee-Berlin. Im Jahre 1914 hatte Verf. die Aufmerksamkeit auf ein neues Sedativum und Hypnotikum, das Dial-Ciba, gelenkt und auf Grund eingehender Beobachtungen gesagt, daß in ihm eine sehr wertvolle, in gewissen Fällen unentbehrliche

Bereicherung der bisher bekannten sedativ und hypnotisch wirkenden Mittel gesehen werden kann. Inzwischen ist eine große Anzahl Arbeiten erschienen, welche diese Angaben bestätigt haben. Von besonderem Interesse ist das Urteil Fürbringers über Dial: „Nicht zum wenigsten durch die hervorragend günstigen Erfahrungen in Hypnotizis wohlbewandelter Kollegen ermutigt, habe ich es (das Dial) als fast ausschließliches Schlafmittel ad usum proprium erkiest und muß, obwohl ich nur ausnahmsweise — alle paar Wochen — meine Zuflucht zu einer Tablette nehme, zugleich auf Grund der Auskünfte meiner Klienten für ein überraschendes Mindestmaß von Nebenwirkungen eintreten. Nicht nur, daß ich selbst vom ausreichenden Schlaf nur Erfrischung und Arbeitslust davongetragen, es ist von den — nicht spärlichen — Patienten nur ausnahmsweise über wirklich üble Erscheinungen, obenan verhältnismäßig flüchtigen Kopfschmerz, geklagt worden.“ In der B. kl. W. hat Verf. ausdrücklich hervorgehoben, daß in einigen Fällen nach einmaliger Gabe oder nachdem das Mittel ein paar Abende hintereinander gereicht war, am anderen Morgen Klagen über Schwindelgefühl und Kopfdruck laut wurden. Von einer individuellen Reaktion abgesehen, scheinen die posthypnotischen Beschwerden vorzugsweise dann aufzutreten, wenn das Mittel erst sehr spät, gar nach Mitternacht, eingenommen und nicht genügend Zeit für das Ausschlafen am andern Tage gelassen wurde. In seiner früheren Arbeit hat Verf. schon darauf hingewiesen und muß es nochmals wiederholen, daß es nicht gleichgültig ist, zu welcher Abendstunde ein Mittel genommen wird. Je später das Medikament gereicht wird, je mehr der Eintritt seiner Wirkung in die späten Nacht- oder gar in die frühen Morgenstunden fällt, um so leichter stellen sich am anderen Tage Unbehaglichkeit, Unlustgefühl, Eingenommenheit des Kopfes, leichte Schwindelanwandlungen u. dgl. mehr ein. Jedes Schlafmittel, sollte zu einer relativ frühen Zeit, keinesfalls nach 9 Uhr abends dargereicht werden, abgesehen von den Ausnahmefällen, wo die Schlafunterbrechung in der Nacht eintritt, so daß dann ein Schlafmittel notwendigerweise gegeben werden muß, wonach aber am anderen Tage ein genügend langes Ausschlafen dringend anzuempfehlen ist. Irgendwelche bedenkliche Nebenwirkung des Dials hat Verf. nicht gesehen, und von anderer Seite sind auch keine derartigen Tatsachen mitgeteilt worden. Ueber Exantheme irgendwelcher Art hat Verf. auch, im Gegensatz zum Luminal und ganz besonders zum Nirvanol, nicht zu berichten. Leider konnte er nicht die Einwirkung des Dials auf die epileptischen Anfälle, worauf er in seiner Arbeit unter Hinweis auf die besonders günstige Wirkung des Luminals bei der Behandlung von

Epilepsie kurz hingewiesen hatte, weiter verfolgen. Es wäre zu wünschen, wenn in dieser Richtung noch weitere Versuche mit dem Dial angestellt würden. Zu den Indikationen für die Darreichung des Dials hat Verf. nichts Neues hinzuzufügen. Er möchte nur nochmals betonen, daß besonders bei Angstzuständen die Wirkung des Dials sicher ist. In besonders schweren Fällen, besonders bei Angstmelancholie, hat sich die schon früher vom Verf. angewandte Verbindung von Opium mit Dial als sehr schätzenswert erwiesen, natürlich muß hier bezüglich Dosierung und Dauer der Darreichung in jedem einzelnen Falle genau individualisiert werden. Was das Opium angeht, so möchte Verf. bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit auf die althergebrachte steigende Tropfenkur mit der Tinct. Opii simplex verweisen. Leider besteht als unangenehme Nebenwirkung dieser vortrefflichen Behandlung eine mehr oder minder starke Obstipation; in einer Reihe von Fällen hat sich nun, teils zur Ausschaltung, teils zur erfreulichen Herabsetzung der Obstipation, der Zusatz von Tinct. Rhei aquosa zu den Opiumtropfen als geeignet erwiesen. Es ist gut, wenn man schon in der Frühe beim Erwachen, wenn die Depressionen und Angstzustände heftig einsetzen, die ersten Opiumtropfen mit oder ohne Dial reicht. Die 2. Dosis wird dann zweckmäßig nach Tisch, die 3. gegen Abend oder vor dem Schlafengehen gegeben, jedesmal muß man dann von Fall zu Fall Tinct. Rhei aquosa in steigender Dosis zusetzen<sup>1)</sup>. Wo Obstipation trotzdem eintritt, muß natürlich zu Einläufen oder zu erprobten Abführmitteln gegriffen werden. Noch auf eines möchte Verf. hierbei kurz hinweisen: Wenn bei der Melancholie die Angstzustände geschwunden sind, so soll man nicht sofort mit der Opiumdosis heruntergehen, sondern noch eine ganze Zeit auf der erreichten Höhe beharren. Bei zu frühem Rückgang mit der Opiumdosis setzt häufig ein Anschwellen der depressiven Stimmung und Angstgefühle wieder ein. Das Gleiche gilt bei der Anwendung von Dial. Vorzüglich wirkt das Dial bei vielen angstneurotischen Kranken. Verf. möchte bei dieser Gelegenheit ausdrücklich warnen, bei der Behandlung der Psychoneurosen, besonders der mit Angstgefühlen einhergehenden Störungen, den Schwerpunkt ausschließlich auf die Psychotherapie zu legen, wie es umgekehrt verfehlt ist, den Blick auf die somatischen Störungen oder Begleiterscheinungen gerichtet zu halten, ohne die Bedeutung des bewußten und unbewußten Seelenzustandes des Kranken zu berücksichtigen. Es ist unvermeidlich, daß bei der psychothera-

---

<sup>1)</sup> Man vergesse nicht, bei der Opiumkur rechtzeitig Salzsäure mit Pepsin zu reichen.

peutischen Behandlung, je tiefer man in das Seelenleben des Kranken eindringt und je mehr seelische Wunden freigelegt werden, dem Kranken Schmerzen zugefügt werden müssen. Durch dieses Stadium muß die psychotherapeutische Behandlung den Kranken führen, auch wenn sie es mit Recht vermeidet, den Uebertreibungen vieler Anhänger Freuds zu folgen, durch die der gute und gesunde Kern der genialen Leistungen Freuds nur geschädigt werden kann. Wenn zur Erzielung des Schlafes abends 1 Tablette oder in schweren Fällen 2 Tabletten genommen werden, so empfindet der Kranke am nächsten Tage die Nachwirkungen des Dials äußerst wohltätig. In einigen Fällen hat sich die Mischung von Kodein oder Dionin oder Eumecon mit Dial sehr wirkungsvoll erwiesen. Das Eumecon hat Verf. allein und mit Dial bei der Morphiumentziehung gute Dienste getan. Was das Dionin-Dial angeht, so verweist Verf. auf die Arbeit von Hüssy, Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 21, auf dessen Veranlassung das Didial, eine Verbindung von Dial mit Dionin, hergestellt wird. Die Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel hat neuerdings ein Präparat Dialazetin herausgegeben. Chemisch wird darüber Folgendes gesagt: Dialazetin stellt eine Kombination dar von Diallylbarbitursäure (Dial) und p-Azetaminophenolallyläther, einer chemischen Verbindung, die sich vom Phenazetin dadurch unterscheidet, daß die Aethylgruppe durch den Allylrest ersetzt ist. Jede Tablette enthält 0,25 g p-Aethaminophenoläther und 0,1 g Diallylbarbitursäure (Dial). In pharmakologischer Hinsicht wird bisher Folgendes bekanntgegeben: Im Dialazetin wird die klinisch erprobte hypnotische Wirkung des Dials aufs zweckmäßigste ergänzt durch den analgetischen Effekt des p-Azetaminophenolallyläthers, der (wie die Tierversuche zeigten) das Eintreten des Schlafes fördert und seine Tiefe verstärkt. Durch die Kombination potenzieren sich im Sinne des Bürgischen Gesetzes die sedativen Wirkungen. Ueberdies hat das Dialazetin durch die Vereinigung gegenüber seinen Komponenten auch an Wirkungsbreite gewonnen: wirksame Gabe und toxische Dosis liegen weiter auseinander. Verf. hat in einer ganzen Reihe von Fällen das Dialazetin geprüft und hält es nach seinen bisherigen Erfahrungen dem Dial für gleichwertig. In besonderen Fällen liegt eine Indikation für Dialazetin auf Grund seiner Komponenten vor. Verf. hat bisher den Eindruck gewonnen, daß die beim Dial hervorgehobenen Nebenwirkungen, namentlich Klagen über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, nach Dialazetin so gut wie gar nicht auftreten. Verf. möchte aber hier noch kein endgültiges Urteil abgeben. In einigen Fällen scheint das Dialazetin eine stärkere sedative und hypnotische Wirkung als das einfache Dial hervorzurufen, was ja der be-

kannten Tatsache entspricht, daß auch bei anderen sedativen und hypnotischen Mitteln die Wirkung durch Zusatz von Phenazetin verstärkt werden kann. Ueber etwaige kumulative Wirkungen des Dialazetins, die Verf. bisher nicht gesehen hat, können erst weitere Beobachtungen endgültigen Aufschluß geben.

(D. m. W. 1920 Nr. 48.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Mitigal, ein neues Krätzemittel.** Von Dr. W. Willamowski (Allerheiligen-Hospital, Breslau). Dieses Mittel wird von der Firma Friedr. Bayer & Co.-Leverkusen dargestellt und ist eine organische Schwefelverbindung mit fest im Kern gebundenem Schwefel. Es bildet ein goldgelbes, ziemlich dickflüssiges, fast geruchloses Oel, das zwischen 160—240° (10 mm Druck) siedet. Es löst sich in absolutem Alkohol, Azeton und Benzol. In Wasser ist es unlöslich. Von konzentrierter Schwefelsäure wird es mit tief kornblumenblauer Farbe gelöst. Der Schwefelgehalt beträgt annähernd 25%. Der Preis, welcher 12 Mk. für 150 g betragen soll — dieses Quantum reicht für eine Kur (dreimalige Einreibung) bei einem Erwachsenen völlig aus —, stellt es in die Reihe der erschwinglichen Antiskabiosa, was besonders bei Massenverbrauch von besonderer Wichtigkeit ist. Mit diesem Präparat sind 284 Fälle behandelt worden. Wenn auch die Resultate der Skabiesbehandlung bei stationärem Material immer besser ausfallen als bei ambulanten Kranken, so waren doch die Resultate schon bei den ersten in Behandlung genommenen Fällen so günstig, daß Verf. das Mittel gleichzeitig auch in der Städtischen Krätzepoliklinik anwendete. Es wurden hier 209 Patienten ebenfalls ein- bis dreimal eingerieben, in einem Teil der Fälle ging der Behandlung ein Schmierseifenbad voraus. Verf. hat versucht, die Behandlungsdauer möglichst zu verkürzen, und hat daher 158 Fälle nur zweimal eingerieben. In der Tat besteht kein allzugroßer Unterschied zwischen zwei- und dreimaliger Inunktion (11%:4% Rezidive). Auch darin, ob die Patienten vorher gebadet oder nicht gebadet wurden, zeigte sich keine große Differenz in der Wirksamkeit, wohl aber ließ sich in technischer Beziehung feststellen, daß das Oel nach einem Bade von der Haut besser aufgenommen wurde. Dagegen ist hervorzuheben, daß eine einmalige Einreibung nicht genügt, jedoch meist eine zweimalige. Um ganz sicher zu gehen, möchte Verf. empfehlen, die Patienten an drei aufeinander folgenden Tagen je einmal in der üblichen Weise sorgfältig einzureiben. Nierenreizungen sind bisher nicht beobachtet worden. Hautreizungen leichter Art hat Verf. in nicht nennenswerter Zahl gesehen, sie sind jedoch stets



in wenigen Tagen ohne besondere Behandlung verschwunden. Das neue Schwefelölpräparat ist also als ein ausgezeichnetes Antiskabiosum für die ambulante Behandlung der Krätze, auch zum Gebrauch in großen Krätzepolikliniken für Massenabfertigung sehr zu empfehlen und stellt somit eine wesentliche Bereicherung unseres Arzneyschatzes dar. Die Behandlung von Krätzepyodermien, z. B. an Händen und Füßen, mit einer Mischung von „Mitigal“ und gewöhnlicher Zinkpaste zu gleichen Teilen hat ebenfalls bisher recht gute Resultate gezeitigt. Ferner hat Verf. mit dieser Zusammensetzung auch sonst Pyodermien, Impetigo contagiosa, impetiginöse Ekzeme, Sycosis non parasitaria und ähnliche Affektionen mit gutem Erfolge behandelt. Auch bei der Seborrhoe des Kopfes hat er von einer Mischung des Mitigals mit Spiritus (80%) und Azeton ää sehr zufriedenstellende Resultate gesehen.

(Derm. Wschr. 1921 Nr. 8.)

**Beiträge zur Behandlung der Säuglingssyphilis.** Von St. Engel und Martha Türk (Aus der Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten und dem Säuglingsheim in Dortmund). Nach dem Alter des Säuglings ergeben sich zwei Stadien für die Behandlung. Im Anfang, wo die intravenöse Behandlung wegen der Kleinheit der Venen auf äußerste Schwierigkeiten stößt, muß mit Quecksilber behandelt werden. Das Mittel der Wahl hierfür ist zurzeit das Novasurol. Es kann gesagt werden, daß das Novasurol vom Säugling gut vertragen wird, und zwar, was für die Behandlung nicht unwichtig ist, in verhältnismäßig viel größerer Menge wie vom Erwachsenen. Verff. haben ursprünglich, nach den ersten zögernden Versuchen, eine Zeitlang 1 ccm (Erwachsene 2 ccm) als regelmäßige Gabe verabfolgt, ohne Störungen zu beobachten. Gelegentlich trat eine gewisse, vorübergehende Herabstimmung des allgemeinen Befindens ein, und in vereinzelt Fällen kam es auch zu gelegentlichem Erbrechen. Verff. haben sich dadurch bestimmen lassen, die Dosis etwas tiefer zu setzen, und verwenden nun als regelmäßige Gabe 0,6 ccm. Bei dieser Menge tritt wohl Wirkung, aber nichts von Nebenerscheinungen ein. Es ist nicht ausgeschlossen, daß man mit der Menge des Mittels auch noch tiefer gehen könnte, doch hat sich ein Zwang dazu nicht mehr ergeben. Verff. scheuen sich nicht, falls es der Fall wünschenswert erscheinen läßt, bis zu 1 ccm in die Höhe zu gehen. Die Dosierung erfolgt bei der Höhe der Toleranz des Säuglings ohne Rücksicht auf Alter und Gewicht. Das Novasurol wird intramuskulär eingespritzt. Für ambulante Behandlung ist das Mittel daher durchaus geeignet. Die Dauerwirkung ist nicht hervorragend. Zwar verschwindet bei einer Reihe von Säuglingen die Wassermannsche

Reaktion nach 6—8 Injektionen. Sie pflegt aber schnell wieder zu kommen. Damit ist, und das soll gerade auch hier betont werden, das Indikationsgebiet des Novasurols begrenzt. Verff. benutzen es zur Anfangsbehandlung der Säuglingssyphilis gewöhnlich in der Art, daß sie wöchentlich 2 Injektionen geben und dies 3—4 Wochen fortsetzen. Dann ist äußerlich von der Lues nichts mehr wahrzunehmen, und auch das Gedeihen pflegt nicht mehr beeinträchtigt zu sein. Um den Erfolg zu konsolidieren, pflegen Verff. an diese erste, schnell wirkende Behandlung dann noch eine Behandlung mit Protojoduretum-Hydrargyri in der üblichen Dosierung anzuschließen. Später, gegen Ende des ersten Halbjahres, werden die Venen am Kopfe so brauchbar, daß ein intravenös anzuwendendes Präparat, daß Salvarsan gegeben werden kann. Hier kommt vorläufig wegen seiner Reizlosigkeit das Neosalvarsan allein in Frage. Es wird vom Säugling gut vertragen und kann in der Dosis von 0,15, unabhängig vom Gewicht des Kindes einmal wöchentlich angewendet werden. Anzustreben ist noch höhere Dosierung, über die Erfahrungen bisher nicht vorliegen. Evtl. wäre auch die Wirkung durch gleichzeitige Anwendung von Quecksilber zu verstärken. Unbedingt notwendig erscheint das bei der guten Salvarsanwirkung nicht. Nach 6—8 wöchentlicher Anwendung des Neosalvarsans pflegt die Wassermannsche Reaktion auf Monate hinaus negativ zu bleiben.  
(Ther. Hlbmh. 1921 Nr. 8.)

#### a) Geburtshilfe u. Gynäkologie.

**Intravenöse oder perorale Chinindarreichung in der Geburtshilfe?** Von Dr. Werner Strakosch. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Rostock i. M.). „Wir selbst verwenden das Chinin seit längerer Zeit in ausgedehntem Maße als Wehenmittel sowohl in der klinischen wie auch in der poliklinischen Praxis, und zwar nicht nur bei der rechtzeitigen Geburt, sondern auch, wie vom Verf. bereits berichtet, in der Abortbehandlung mit bestem Erfolge und bevorzugen zur Erzielung einer rasch einsetzenden Wirkung die intravenöse Einverleibung einer Gabe von 0,5 Chinin. bimur.; hierbei tritt die Wirkung gewöhnlich nach wenigen Minuten bis einer halben Stunde auf, um allerdings nicht sehr lange vorzuhalten. Die perorale Darreichung in dos. refr., d. h. stündlich 0,2 Chinin. mur. bis im ganzen 1,0, gibt dagegen meistens anhaltende und gleichmäßige Wirkung. In vielen Fällen erwies es sich als praktisch, mit 0,5 Chinin. bimur. intravenös die Wehentätigkeit unter der Geburt anzuregen und sie mit noch zwei- bis dreimal 0,2 per os in Abständen von einer Stunde dann weiter kräftig zu erhalten.“

„Zusammenfassend läßt sich sagen, daß

1. ein besonderer Vorteil der intravenösen Chinininjektion höchstens zur Erzielung einer sehr rasch einsetzenden, kurzdauernden Wirkung, z. B. am Ende der Austreibungsperiode, zu erblicken ist; auch scheint die Wirkung auf die Muskulatur des noch ruhenden, aber wehenbereiten Uterus eine sehr lebhafte zu sein;

2. die intravenöse Chinininjektion stets so langsam als möglich vorzunehmen und besonders auch jedes Vorbeispritzen sorgfältig zu vermeiden ist. Bei richtiger Technik lassen sich dann auch bei unverdünnten Lösungen Nekrosen sicher vermeiden;

3. bei Herzkrankheiten und Gefäßanomalien am besten zugunsten der peroralen Darreichung ganz davon abgesehen wird, zumal die Resultate bei dieser letzten sehr zufriedenstellende sind, und die Methode bequemer und absolut gefahrlos ist.“

(Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 7.)

**Ueber die Verwendbarkeit des „Siccostypt“ in der gynäkologischen Praxis.** Von Dr. Georg Abel. (Aus der Privat-Frauenklinik von San.-Rat Dr. Abel in Berlin). Verf. hatte Gelegenheit, im Laufe eines Jahres bei mehr als 300 Fällen, teils stationär in der Klinik, teils ambulant in der Kassensprechstunde und Poliklinik behandelten, die Wirksamkeit des Siccostypt zu prüfen, in fast allen Fällen war ein voller Erfolg mit dieser Behandlung zu verzeichnen. Bei allen Arten von Blutungen wurde Siccostypt angewandt, so bei Abortblutungen, bei Blutungen während der Schwangerschaft, bei Myomblutungen, bei zu starken Menstruationsblutungen, bei Blutungen, hervorgerufen durch entzündliche Gebärmutter- oder Adnexerkrankungen, sowie auch bei Blutungen, die infolge von Herzfehler oder nach Infektionskrankheiten auftraten. Im Laufe der Behandlung — es wurde Siccostypt bis 4 mal täglich 30 Tropfen gegeben — trat meistens schon nach kurzer Zeit eine Besserung auf, die sich besonders deutlich nach allen Abortblutungen, nach zu starken Periodenblutungen und entzündlichen Blutungen zeigte. Von großer Wichtigkeit ist auch der Umstand, daß in keinem Falle irgendwelche Störungen von seiten des Magens oder Darmes auftraten, was man bei dauerndem Gebrauch von Tenosintropfen oder Secacornin in einigen Fällen gesehen hat. Auch die von der Fabrik in den Handel gebrachte Tablettenpackung (ein Röhrchen zu 20 Tabletten à 0,3) sind im Gebrauch sehr zu empfehlen. Für die Praxis ist der billige Preis von großer Bedeutung. Während der Preis für 20 g Tenosin M. 10.— beträgt, kostet eine Original-Siccostyptpackung (25 g) M. 6.75, der gleiche Preis kommt für die Tabletten in Frage. (Zbl. f. Gyn. 1921 Nr. 18.)

---

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

# Excerpta medica.

Er erscheint am Anfang  
eines jeden Monats.

Kurze monatliche Auszüge aus  
der gesamten Fachliteratur

Preis halbjährlich  
M.10.— ausschl. Porto

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

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

Verlag von **Leopold Voss** in **Leipzig.**

**30. Jahrgang**

**Nr. 12.**

**September 1921**

## **Aetiologisches.**

**Ueber den Zusammenhang von Augen- und Zahnkrankheiten**  
belehren Fälle von Prof. **Adolf Gutmann**, Priv.-Doz. für Augen-  
heilkunde in Berlin.

**Isoliertes chronisches Oedem der unteren Binde-  
hauthälfte eines Auges.**

Bei einem Manne von 35 Jahren wurde am linken mittleren Schneidezahn von einem Zahnarzt einer chronischen Zahnfistel wegen eine Trepanation, antiseptische Wurzelbehandlung mit Chinosolbougies und Wurzelspitzenresektion ausgeführt und der Patient dadurch beschwerdefrei. 5 Monate nach dieser Behandlung wurde am linken Auge dieses Patienten die untere Uebergangsfalte etwa zu einer 0,4 mm hohen, blaßrötlichen Blase abgehoben. Diese ödematöse Schwellung hob sich scharfrandig von der völlig blassen, reizfreien oberen Hälfte der Augapfelbindehaut ab. Die übrigen Augenteile waren entzündungsfrei. Der Zustand machte wenig Beschwerden und hielt sich wochenlang unverändert. Während dieses Augenzustandes fühlte der Kranke wieder Schmerzen am linken mittleren Schneidezahn. Der Zahnarzt fand zwischen dem mittleren und seitlichen Schneidezahn eine kleine, Sekret liefernde Fistel. Ein Röntgenbild zeigte die gelungene Resektion der Wurzelspitze des mittleren Schneidezahnes, totale Einschmelzung des Alveolenseptums am dritten Schneidezahn, Gan- grän der Wurzel. Es wurden Resektion, Trepanation und antiseptische Wurzelbehandlung vorgenommen und allmählich Ausheilung der Fistel erzielt. Schon während dieser Behandlung ging das isolierte Bindehautödem zurück und schwand völlig nach Abschluß derselben. Etwa 8 Jahre zuvor hatte derselbe Patient ein ganz ähnliches isoliertes Oedem der unteren Uebergangsfalte der

Bindehaut des rechten Auges, das sich ebenfalls scharfrandig von der oberen, normalen Hälfte der Augapfelbindehaut abhob. Auf dieser Gesichtshälfte bestand ein chronisches, gut behandeltes Kieferhöhlenempyem, das durch ursprüngliche Periodontitis einiger Oberkieferzähne hervorgerufen war. Die Kieferhöhle war damals nach rhinologischem Untersuchungsergebnis gerade reizfrei. Das Bindehautödem wurde operativ abgetragen, die Wundränder vernäht und Heilung erzielt. An die Entstehung des Bindehautödems von Periodontitis wurde damals nicht gedacht. Eine Erklärung dieses Augenbefundes ergibt sich bei Vergegenwärtigung folgender Tatsachen. Im Periost der Oberkiefervorderfläche und dem Alveolenperiost ist ein Venengeflecht nachgewiesen, das in die Vena facialis anterior mündet. Diese hat größere direkte Zweige zu den Ausläufern der Vena ophthalmica superior und inferior. Somit besteht eine direkte Venenverbindung auf diesem Umwege von Zahnalveole zur Augenhöhle. Es gibt außerdem größere und kleinere Venenäste in der Kieferhöhle von der Vena ophthalmofacialis, welche direkt die untere Orbitalwand durchbohren und mit dem Venengeflecht der unteren Augenhöhle in Verbindung stehen. Weiter besteht ein Zusammenhang des Alveolarvenengeflechts mit den Venen des Periostes und der Schleimhaut des Sinus maxillaris. Diese letzteren haben Anastomosen durch die knöcherne Wand der Kieferhöhlenvorderfläche mit den Gesichts- und Augenhöhlenvenen. Bei einer Einschmelzung von Alveolensepten und Vorhandensein chronischer Periodontitis können sehr leicht zahlreiche Venenstämmchen komprimiert, sogar thrombosiert werden und als Fernwirkung am Auge isoliertes Oedem der unteren Bindehautübergangsfalte hervorrufen.

#### Dentale Augenwinkelfistel.

Der 16jährige P. W. zeigte eine leichte Wangenschwellung links.  $1\frac{1}{2}$  cm unter dem Lidrande, nahe am inneren unteren Augenhöhlenrandwinkel zeigte sich eine erbsengroße, gelbe, runde Fistelöffnung der Haut mit geröteter Umgebung. Bei Druck auf die Umgebung spritzte dicker, gelber Eiter hervor. Dieser Zustand bestand seit etwa 3 Monaten. Vorher war von chirurgischer Seite eine Inzision vorgenommen worden, jedoch ohne bleibenden Erfolg. Verf. konnte durch Sondierung feststellen, daß der Tränensack mit dieser am inneren, unteren Augenhöhlenrandwinkel liegenden Fistel nicht zusammenhing, und vermutete eine in der augenärztlichen Literatur nicht erwähnte, in der neueren zahnärztlichen Literatur als „dentale Augenwinkelfistel“ bezeichnete, sehr seltene Erkrankung, zumal die ersten und zweiten Dentes incisivi beider-

seits schwere Karies und Periodontitis zeigten. Er ließ die Wurzeln des linken oberen 1. und 2. Inzisivus extrahieren: ein starker Eiterstrahl ergoß sich aus der Alveole des 2. Inzisivus. Bei Druck auf die Schleimhaut oberhalb der Alveole konnte Verf. nach unten aus der Alveole und nach oben aus der inneren Augenhöhle Eiter herausdrücken. Es handelte sich somit um einen vom Periodont und von der Alveole des 2. oberen Inzisivus links ausgehenden Abszeß der Spongiosa des Processus alveolaris des Oberkiefers, der sich subperiostal nach oben bis nahe an den unteren Augenhöhlenrand fortpflanzte und durch die Haut durchgebrochen war, ohne die Kieferhöhle zu beteiligen. Einige Tage nach der Extraktion nahm die Rötung und Schwellung der Fistel schnell ab. Die Fistelöffnung schloß sich und vernarbte. Das seit über einem Jahr bestehende Leiden ist geheilt, ohne rückfällig zu werden. Eine Erklärung dieser seltenen Augenkomplikation ergibt sich aus Folgendem: Bei einer Anzahl Menschen finden sich anatomisch vorgebildete Knochenkanälchen im Processus alveolaris des Oberkiefers, die von den Zahnalveolen der vordersten Schneidezähne durch die knöcherne Substanz des Oberkiefers zum unteren Orbitalrand ziehen und die spärliche Spongiosa des Knochens berühren. Sie sind Ueberreste der Zahnkeimanlage, die zwischen Milchzahngebiß und unterem Orbitalrand lag. In solchen Fällen ist, wie in unserem, der Fortpflanzung eines Alveolarabszesses zum unteren Orbitalrand geradezu der Weg geebnet.

#### Periostitis orbitalis, dental bedingt.

Die 25jährige K. litt an rechtseitiger chronischer Wangen-Unterlidschwellung mit zirkumskripter, druckschmerzhafter Periostverdickung am inneren unteren Augenhöhlenrande. Der Nasenbefund, Lues und Tuberkulose waren negativ. Bei Betrachtung der Mundhöhle zeigte sich eine Goldkrone über dem Rest der scheinbar reizlosen, devitalisierten Wurzeln des ersten Prämolaren. Es ließ sich vom tastenden Finger per continuitatem kein Zusammenhang mit der Periostitis am unteren Orbitalrand feststellen. Die Untersuchung des Zahnwurzelrestes unter der Goldkrone ergab nur leichte Empfindlichkeit bei Berührung. Deutlicheren Befund hätte vermutlich die Röntgenaufnahme ergeben. Verf. überredete die Patientin, die Wurzel extrahieren zu lassen. Diese zeigte starken gangränösen Zerfall und starke periodontitische Verdickung nach der Extraktion. Mehrere Tage nach der Extraktion nahm die Wangenschwellung ab; nach weiterer Beobachtungszeit schwand die Druckempfindlichkeit am Augenhöhlenrande. Nach etwa 14 Tagen war völlige Heilung eingetreten.

Es ist somit bewiesen, daß scheinbar ausgeheilte devitalisierte Zahnwurzelreste, mit Goldkappe versehen, chronische Periodontitis und Gangrän aufweisen können, deren Sekret infolge des Goldkronenverschlusses nicht nach der Mundhöhle abfließen kann. In solchen Fällen ist Keim- oder Toxinverschleppung zum Orbitalrand auf einem der oben geschilderten Venenverbindungswege nach dem Auge möglich, ohne daß direkt per continuitatem Fortpflanzung der Entzündung nachweisbar ist.

### Conjunctivitis ekzematosa.

Bei einem 18jährigen jungen Mädchen heilte eine doppelseitige Conjunctivitis ekzematosa trotz wochenlanger sorgfältiger Augenbehandlung nicht ab. Sonstige skrofulöse Symptome, auch Hypertrophie der Rachenmandeln, Rhinitis fehlten. Die Mundinspektion ergab stark kariöse Zahnwurzelreste der beiden ersten Prämolaren beider Oberkieferhälften. Trotz schmaler Kost gelang es, die Conjunctivitis prompt zur Heilung zu bringen, als Verf. auf beiden Seiten des Oberkiefers je zwei kariöse Zahnwurzeln extrahieren ließ. Ueberraschend schnell heilte danach die Augenerkrankung ab, die vorher jeder Behandlung trotzte. Dieser Befund dürfte sich ungezwungen so erklären, wie Verf. in früheren Arbeiten die Heilung von Conjunctivitis et Keratitis ekzematosa und Conjunctivitis chronica nach Beseitigung von gleichzeitig bestehenden Nasenleiden erklärt hat: durch Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse, Nachlassen venöser Stauungen am Auge, Fortfall des Transports toxischer Stoffe zum Auge. (D. m. W. 1921 Nr. 20.)

### Diagnostisches.

Ueber Diphtheriebazillen im Auswurf. Von Dr. Hermann Lippmann (Aus der Med. Abteilung des Städt. Krankenhauses r. d. I. München). Im vergangenen Jahr sah Verf. einen Fall, dessen Veröffentlichung wegen der Schlußfolgerungen, die man aus dem Befund ziehen muß, geboten erscheint. Die 18jährige Kranke wurde aus dem Sanatorium H., wo sie seit 1 $\frac{1}{2}$  Jahren wegen einer offenen Lungentuberkulose in Behandlung stand, der Infektionsabteilung des Krankenhauses überwiesen, da sich im Auswurf zahlreiche Diphtheriebazillen fanden. Als Kind mit 6 Jahren Diphtherie; sie wurde damals zu Hause behandelt, eine Serumeinspritzung wurde nicht gemacht. Später oft Halsentzündung: Auf Diphtheriebazillen wurde nie gefahndet. In der Schule kam nie eine Diphtherieepidemie vor. Es fehlen alle Anhaltspunkte dafür, daß sie je ein Kind diphtherisch angesteckt



hat. Seit 1917 lungenleidend. Sie wurde zeitweise im Krankenhaus, zu Hause und in der Lungenfürsorgestelle behandelt. Januar 1919 kam sie ins Sanatorium H. Die Kranke klagt über Stechen auf der Brust, Husten, Auswurf; keine Nachtschweiße. Keinerlei Hals- oder Schluckbeschwerden. Kräftiger Körperbau. Gute Muskulatur. Rachenorgane ohne jede Röte oder Schwellung. Mandeln klein, ohne Pfröpfe. Keinerlei Belag sichtbar. Untersuchung der Nase, des Nasenrachenraumes, des Kehlkopfes ergibt völlig normalen Befund. Ueber dem rechten Lungenoberlappen, hinten bis zur Schulterblattgräte, vorn bis zur 2. Rippe mäßige Dämpfung. Darüber unbestimmtes Atemgeräusch mit reichlich klein- und mittelblasigen, großenteils klingenden Rasselgeräuschen. Uebrige Organe ohne krankhaften Befund. Auswurf schleimig-eitrig, wenig geballt; keine Membranteile; keine Blutbeimischung. Mikroskopisch massenhaft Tuberkelbazillen und Diphtheriebazillen. Im Rachen- und Nasenabstrich trotz wiederholter, auch kultureller Untersuchung, keine Diphtheriebazillen. Der Befund hat sich April 1921, 11 Monate nach der ersten Untersuchung, nicht geändert; insbesondere sind die Diphtheriebazillen in jedem Auswurfballen reichlich nachweisbar. Die auf Löffler Serum gezüchteten Bazillen verhielten sich in ihrem färberischen Verhalten, ferner in ihrem kulturellen Wachstum durchaus wie Diphtheriebazillen. Gegen Meerschweinchen erwiesen sie sich bei mehrfacher Prüfung als nicht virulent. Es handelt sich also um eine Kranke, die im Krankheitsherd einer offenen Lungentuberkulose massenhaft avirulente und kein Toxin bildende Diphtheriebazillen beherbergt. Die Bazillen werden sicher seit 11 Monaten, wahrscheinlich schon bedeutend länger in beträchtlichen Mengen ausgehustet. Es ist allgemein bekannt, daß bei der Rachendiphtherie die Bazillen in einem großen Teil der Fälle bis tief in die Bronchien, ja selbst bis in die Lunge hinein vordringen. Reye fand unter 67 an Diphtherie verstorbenen Kranken 56 mal Diphtheriebazillen im Lungengewebe. 12mal wurden die Bazillen aus vollständig unveränderten Lungen nach Ablauf der Erkrankung gezüchtet. Ebenso weist Kutscher auf das Vorkommen von Diphtheriebazillen in den Lungen von an Diphtherie Verstorbenen hin. Trotzdem liegen über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Auswurf bisher nur ganz vereinzelte Berichte vor. In der Arbeit von Neißer und Ginz im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kollé und Wassermann fehlt sogar jeder Hinweis auf diese Tatsache. Diphtheriebazillen als Erreger akuter Lungenentzündung mit aufsteigender Bronchotracheitis und akuter fötider Bronchitis wiesen David und Beyer nach. Petruschky fand nach dem Ueberstehen einer Diphtherie im Aufwurf von 2 Kranken

einmal 3 Monate, das andere Mal 3 Jahre lang Diphtheriebazillen Schmidt konnte 10 Jahre hindurch im Auswurf eines Falles von chronischer, interstitieller Pneumonie eine Reinkultur von Diphtheriebazillen nachweisen. Rachenabstrich stets frei von Diphtheriebazillen. Keine Tuberkelbazillen. Die Bazillen erwiesen sich Meerschweinchen gegenüber, wie auch in unserem Falle, als avirulent. 36 stündige Kultur toxinfrei. Kulturell und färberisch echte Diphtheriebazillen. Es muß mit allem Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß Diphtheriebazillen monate- und jahrelang im Auswurf vorkommen können. Von vornherein besteht kein zwingender Grund, anzunehmen, daß diese Bazillen bei längerer Verweildauer in den Lungen Virulenz und Giftbildungsfähigkeit einbüßen. Doch scheint es nach dem von Schmidt und jetzt mitgeteilten Fall die Regel zu sein. Solange aber die Möglichkeit offen steht, daß Personen mit Diphtheriebazillen im Auswurf als Weiterverbreiter oder als Bazillenträger in Betracht kommen, sollte eine Untersuchung des Auswurfs gegebenenfalls ebensowenig unterbleiben, wie wir heute auf Untersuchung des Rachen- und Nasenabstriches verzichten. Die Untersuchung zukünftig zur Beobachtung kommender Fälle darf sich aber nicht nur auf den mikroskopischen und kulturellen Nachweis beschränken, sondern muß auch Giftbildungsfähigkeit und Virulenz der Bazillen berücksichtigen. Ferner ist darauf zu achten, ob nicht durch Ueberimpfung avirulenter und kein Toxin bildender Bazillen auf nicht immune Individuen Virulenz und Toxinbildungsfähigkeit wieder auftreten können. Bei unserem Fall ließ sich ein derartiges Verhalten trotz genauer Nachforschung nicht erweisen.

(M. m. W. 1921 Nr. 25.)

**Ueber einen typischen Schmerz in einzelnen Metatarsophalangealgelenken bei Platt-Knickfuß.** Von Dr. Kurt Immanuelmann (Berlin). Innerhalb kurzer Zeit hatte Verf. häufig Gelegenheit, eine Erscheinung zu beobachten, die durch eine einfache orthopädische Maßnahme in vielen Fällen radikal beseitigt werden kann. Es handelt sich hier um eine Begleiterscheinung des Platt- und Knickfußes, die oft als einziges subjektives Krankheitszeichen den Patienten zum Arzt führt. Der Patient gibt an, daß er beim Gehen oft einen stichtartigen Schmerz in der Gegend der Zehenballen verspürt; bei der Untersuchung der Metatarsophalangealgelenke zwischen zwei Fingern gibt der Patient gewöhnlich beim Druck auf das zweite oder dritte Gelenk, selten bei mehreren Gelenken gleichzeitig, eine typische Druckschmerzhaftigkeit an. Bei weiterer Untersuchung wird man dann stets einen Platt-Knickfuß geringen Grades feststellen können. Da bei der Loka-

lisation des Schmerzes im Gelenk auch Ablagerung von harnsauren Salzen in Betracht kommen kann, wenigstens bei älteren Patienten (die Erscheinung kommt häufig auch bei jüngeren Patienten vor), hat Verf. in diesen Fällen eine Röntgenaufnahme gemacht, stets mit negativem Resultat. Es handelt sich bei diesem Schmerz nach Hoffa um eine Reizung der terminalen Endausbreitungen der Gelenknerven, also namentlich der Gelenkzweige des N. tibialis anter., hervorgerufen durch Ueberdehnung der Fuß- und Mittelfußgelenksbänder. Außerdem spielt wohl die falsche, vom Mittelfuß mehr nach vorn verlegte Belastung des Plattfußes eine Rolle, da man häufig an der Fußsohle unter dem schmerzhaften Gelenk eine starke Hornhautbildung findet. Man kann nun diesen Schmerz in kurzer Zeit vollständig beseitigen, wenn man dem Patienten eine gut angepasste Einlage gibt, und zwar eine Einlage mit von der Ferse bis zu den Zehenballen durchgehender Metallsohle, da nur diese dem Fuß die richtige Stütze gibt, die Belastung des Fußes nach dem Mittelfuß zurückverlegt und dadurch das schmerzhaft Gelenk vollständig entlastet. Es ist überraschend, wie der Patient die vorher oft erheblichen Schmerzen verliert, sobald er nur wenige Schritte mit der Einlage gegangen ist. Die sogenannten Plattfüßeinlagen, die man in Schuhgeschäften kauft, haben meist absolut keinen Wert, da nur in der Mitte der Innenseite der Einlage sich Metall befindet und die Einlage daher wohl die Weichteile der Wölbung etwas eindrückt, aber nicht dem Fuß die nötige Entlastung gibt. Behandlungsversuche mit heißen Umschlägen, elektrischen Heißluftbädern, Einreibungen, Massage usw. waren ohne Einlagenbehandlung stets erfolglos. (D. m. W. 1921 Nr. 23.)

### Krankheitsbilder.

**Ueber puerperale Diphtherie.** Von Dr. Walther Haupt (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Bonn). Die 27jährige I. puerpera Frau M. aus R. war am 29. Januar 1920 zu Hause von anderer Seite entbunden, fieberte seitdem anhaltend und kam am 3. März 1920 in elendem Zustand mit hoher Temperatur (Intermittens) zur Aufnahme in die Klinik. Ihre Klagen erstreckten sich auf große Schwäche, Appetitlosigkeit, Fieber mit leichten Frösten und starken, übelriechenden Ausfluß. Früher war Patientin stets gesund gewesen, abgesehen von einer vor 7 Jahren durchgemachten Rachendiphtherie, die mit Serum behandelt worden war. Nach der sehr schweren Entbindung (Forceps, Kind tot) hatte, wie der Hausarzt nachträglich auf Befragen berichtete, am 5. Tag Fieber mit Schüttelfrösten eingesetzt; unter weiterer

Temperaturerhöhung traten am 10. Tage festhaftende, ausgedehnte, weiße, glänzende Beläge in der Scheide und Zervix auf, welche sich aber durch nichts vor anderen Belägen bei Puerperalfieber auszeichneten und 14 Tage bestanden; bei den nun 2 mal täglich ausgeführten Uterusspülungen mit einer alkoholischen Lösung entleerten sich aus dem Uterus stets reichlich weiße Fetzen. Um den 10. Tag wurde eine nur 2 Tage anhaltende katarthalsche Angina beobachtet und gleichzeitig ausgesprochene Benommenheit. Weder Oedeme der äußeren Genitalien noch Leistendrüsenschwellung waren vorhanden. Im weiteren Verlauf der Krankheit, etwa in der 3. Woche, fiel deutliche Schwierigkeit beim Nahesehen, z. B. beim Thermometerablesen, auf, was aber auf allgemeine Erschöpfung bezogen wurde. Das Fieber blieb bestehen, auch nachdem die Beläge verschwunden waren. Gepflegt wurde Patientin vor und während der Entbindung von einer Anverwandten, deren Kind 8 Tage vorher Diphtherie durchgemacht haben soll; bakteriologisches Untersuchungsergebnis lag allerdings nicht vor. Die Untersuchung bei der Aufnahme in die Klinik ergab keine gröberen anatomischen Veränderungen der Genitalorgane: am Damm eine breite, feste Narbe, einige kleinere im hinteren Scheidengewölbe: keine Beläge; Scheidenwände glatt, leicht spiegelnd. Zervix vollständig geschlossen, Uterus kleinfaustgroß, Adnexe und linkes Parametrium frei; rechtes Parametrium etwas derber, aber nicht wesentlich verdickt. Mäßig starker, übelriechender Ausfluß. In diesem, dem Zervikalkanal entnommenen Sekret wurden überraschenderweise — die Angaben des Hausarztes erfolgten erst nach dieser Feststellung und waren möglicherweise durch diesbezügliche Fragen unbewußt beeinflusst — echte Diphtheriebazillen nachgewiesen und der Befund durch Untersuchung weiterer Proben im Hygienischen Institut unter Ausschluß von Pseudodiphtheriebazillen bakteriologisch mehrmals bestätigt. Im Nasen- und Rachenabstrich fanden sich nur Staphylo- und Streptokokken. Puls klein, weich, frequent; beträchtliche Anämie, absolute Lymphopenie. Blutplatten blieben steril. Urin o. B. Die übrigen inneren Organe boten keine Veränderungen. Drüsen-schwellungen waren nicht aufzufinden. Zwischen Nabel und Symphyse fand sich ein handtellergroßer, eitrig-belegter Epitheldefekt mit geröteten Rändern, angeblich im Anschluß an 14 Tage langes direktes Auflegen einer Eisblase auf die Haut, zu Hause entstanden (Kongelatio zweiten bis dritten Grades). — Es bestand somit wohl begründete Veranlassung, als Ursache des Fiebers und der übrigen Krankheitserscheinungen eine echtdiphtherische Endometris puerperalis, welche schon in ein chronisches Stadium übergegangen war, anzunehmen und dementsprechend Serumbehand-

lung einzuleiten, die allerdings bei chronischer Diphtherie in ihrer Wirksamkeit als unsicher gilt. Patientin erhielt am 12. und 14. März je 3000, am 16. März 4000 I.-E. subkutan einverleibt; von örtlicher Behandlung wurde ganz Abstand genommen. Nach den Injektionen besserte sich der Allgemeinzustand merklich, der übelriechende Ausfluß verschwand. Das Fieber blieb schon nach der ersten Injektion aus, stellte sich jedoch in den folgenden Tagen trotz der weiteren Serumgaben wieder ein, was indessen bald durch den Nachweis eines unter der erfrorenen Hautstelle sich entwickelnden Bauchdeckenabszesses hinreichend erklärt wurde. Nach eintretender Fluktuation Spaltung; sofort völlige Entfieberung. Der Eiter dieses Abszesses enthielt keine Diphtheriebazillen. Am 7. Tag nach begonnener Serumbehandlung trat unter Erbrechen, Juckreiz, Exanthem am ganzen Körper und erhöhter Temperatur Serumkrankheit auf, um nach 2 Tagen wieder zu verschwinden. Diphtheriebazillen fanden sich noch 3 Wochen lang im Uterussekret, konnten aber später, auch bei einer Nachuntersuchung im November 1920, nicht mehr nachgewiesen werden. Nach völliger Ausheilung des Abszesses, die sich beträchtlich in die Länge zog, verließ Patientin gesund die Klinik. — Als Ursache der Infektion kommen wegen des langen dazwischenliegenden Zeitraumes und des negativen Befundes in den Sekreten der Nase und des Rachens wohl weniger Erreger in Betracht, die von der im Jahre 1913 durchgemachten Rachendiphtherie im Körper zurückgeblieben waren, wenn auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, daß Patientin in der Scheide Bazillen von der früheren Krankheit her beherbergte. Jedoch zeigt der Diphtheriebazillus ähnlich wie auf der äußeren Haut so auch in der Scheide für gewöhnlich ein schlechtes Wachstum. Ueber die Häufigkeit des Vorkommens der Diphtheriebazillen in der Scheide bestehen sehr geteilte Meinungen und Erfahrungen. Beachtenswert ist bei Vorhandensein der Diphtheriebazillen in der Scheide die Gefahr für das Kind durch Uebertragung intra partum, auf die auch Kirstein aufmerksam macht und zu der die Fälle von Brinkmann und Hassenstein mit diphtherischer Nabelinfektion Beispiele liefern. Für die vorliegende Erkrankung liegt wohl am nächsten Uebertragung durch die Pflegerin, deren Kind höchst diphtherieverdächtig war — nach den bisherigen Erfahrungen der gewöhnliche Weg. Daraus ergibt sich wieder die Notwendigkeit der bestehenden Meldepflicht für Hebammen bei Diphtherie im eigenen Haus und in der Umgebung der Wöchnerin selbst. Aehnlich wie Staphylo- und Gonokokken besitzen die Diphtheriebazillen größere Neigung zu örtlich beschränktem als zu allgemeinverbreitetem Wachstum. Daher meist nur oberflächliche Zerstörungen am Ort der Ein-

wanderung, fast nie Abszeßbildung oder Verschleppung in andere Körpergegenden, kein Vorkommen im Blut; jedoch fast immer die das Krankheitsbild so stark beherrschenden Toxinwirkungen, die leicht den Lokalprozeß und Ursprungsherd übersehen oder unterschätzen lassen. So auch in diesem Fall: Wie bei den meisten der beobachteten Erkrankungen an Puerperaldiphtherie bestand anhaltend hohes Fieber und schwere Störung des Allgemeinbefindens — letztere fehlte nur im Fall Orband —, die sich durch nichts von dem Bild der gewöhnlichen Puerperalinfektionen unterschieden. Beläge im Genitalkanal, bei der akuten Erkrankung bisher stets festgestellt, fanden sich bei der Aufnahme nicht, waren aber vom Hausarzt einwandfrei festgestellt worden, doch ohne Diphtherie-Verdacht zu erwecken. Größere Schädigungen des Herzens, der Nieren und des Nervensystems, abgesehen von der zu Hause beobachteten (doch unsicheren) leichten Akkomodationsstörung konnten nicht aufgefunden werden. Auffallend ist die lange Dauer der Erkrankung, bei Rachendiphtherie ebenso wie bei Puerperaldiphtherie ein seltenes Vorkommen; über fünf Wochen waren bis zum Beginn der spezifischen Behandlung vergangen. Es handelte sich wohl um einen von Anfang an nur mäßig virulenten Bakterienstamm; außerdem mag Patientin von der früheren Rachendiphtheriekur noch Immunstoffe besessen haben, die es dem Körper ermöglichten, die Toxinwirkung so lange auszuhalten. Im Gegensatz zur Rachendiphtherie, bei der vielfach das klinische Bild zur Diagnose genügt, läßt sich das Vorhandensein der puerperalen Diphtherie in der Regel nur bakteriologisch feststellen, eine Tatsache, die bestätigt wird durch die reichhaltigeren Erfahrungen bei Wunddiphtherie — diese Verknüpfung ist wohl zulässig: die Innenfläche des puerperalen Uterus stellt ja eine große Wundfläche dar. Danach ist das Aussehen der Wunden und Beläge meistens sehr wenig charakteristisch und nur schwer zu unterscheiden von solchen bei anderen Infektionen, abgesehen von der ulzerierenden und phlegmonösen Form, deren Vorkommen im Uterus aber bisher noch nicht bekannt wurde, jedoch nicht auszuschließen ist. Auch im vorliegenden Fall konnte das Aussehen der Beläge und ausgespülten Membranen den Hausarzt, einen erfahrenen Praktiker, nicht veranlassen, an Diphtherie zu denken. Allerdings kommen bei puerperaler Diphtherie auch charakteristische Beläge vor: es handelt sich um eigentümlich weißglänzende, rasch sich abhebende und wieder reichlich erneuernde Fibrin-Beläge, die sich überall, auch über nicht wunder Schleimhaut, ausbreiten. Nach Walthard bedarf es zur Diagnose der Uebereinstimmung derartiger Beläge mit dem Nachweis der Diphtheriebazillen. Jedenfalls ist bei mangelnder klinischer Diagnose eine sehr kritische

bakteriologische Untersuchung, zur Abgrenzung gegen Pseudodiphtheriebazillen, notwendig. Bei rechtzeitig einsetzender Serumbehandlung gilt die Prognose als günstig; nur Brinkmann berichtet über einen Todesfall trotz frühzeitiger Seruminjektion und tags darauf folgenden Verschwindens des Belages — möglicherweise handelte es sich aber um eine Mischinfektion. Die örtliche Behandlung spielt im allgemeinen nur eine untergeordnete Rolle für die Heilung, wird jedoch von einzelnen Autoren als wertvolle Unterstützung der Serumbehandlung angesehen. So empfiehlt v. Herff Scheidenspülungen mit Salizylsäurelösung (1 : 300) schon von Beginn der Erkrankung an. Zu bedenken ist jedoch die Möglichkeit des Empordringens anderer virulenter Keime. Rationell erscheint eine lokale Behandlung nach Abstoßung der Beläge und endgültiger Entfieberung zwecks rascherer Vernichtung der etwa noch vorhandenen Keime, vor allem im Interesse der Umgebung. Im vorliegenden Fall hatten die von seiten des Hausarztes mindestens 14 Tage lang und zweimal täglich ausgeführten Uteruspülungen eine Vernichtung der Bakterien nicht erzielen können. In der Klinik wurde von weiterer örtlicher Behandlung Abstand genommen. Zum Schluß sei betont, daß bei Vorhandensein von Belägen in den Genitalien fiebernder Wöchnerinnen mit der Möglichkeit puerperaler Diphtherie gerechnet werden muß und dann die bakteriologische Untersuchung nie verabsäumt werden soll, da sie in der Regel die einzig sichere Methode zur richtigen Diagnosenstellung bietet. (M. Kl. 1921 Nr. 17.)

## Therapeutisches.

### a) Chirurgie.

**Röntgenbehandlung des Mal perforant du pied.** Von Dr. L. Kleinschmidt, 2 Fälle. Da in beiden Fällen die üblichen Behandlungsmethoden sehr lange ohne Erfolg geblieben waren, wurden die Patienten der Röntgenbehandlung unterzogen. Bestrahlt wurde mit Müller-Siederöhre mit 3 mm A. F., pro Sitzung wurden 9 X verabfolgt, nach jeder Bestrahlung 14 Tage Pause, dann erneute Bestrahlung. Von jeder allgemeinen und lokalen Behandlung wurde abgesehen. Mit einem indifferenten Salbenschutzverband gingen die Patienten ihrer gewohnten Beschäftigung nach. Der Erfolg war überraschend, Geschwüre nach 2 Volldosen bzw. nach einer Volldosis völlig abgeheilt. Beide Patienten sind heute noch nach einem halben bzw. nach einem viertel Jahr rezidivfrei und voll erwerbsfähig. Eine Erklärung über die Wirkung der Röntgenstrahlen bei Mal perforant vermag Verf. nicht zu geben; wahrscheinlich handelt es sich um eine Reizwirkung der



Strahlen auf das in seiner Ernährung geschädigte Gewebe und die schlaffen Granulationen des Wundgrundes.

(D. m. W. 1921 Nr. 21.)

**Hydrozele** behandelt Prof. Dr. F. Franke (Braunschweig) durch Injektion mit Formalin, ein Verfahren, das er zuerst an sich selbst erprobte. Es besteht darin, daß nach Entleerung der Hydrozelenflüssigkeit 10—15 ccm  $\frac{1}{2}$ - bis 1%iger Novokainlösung in den Sack eingespritzt, nach etwa 5 Minuten wieder entleert und darauf 3%ige Formalinlösung eingespritzt wird, die auch etwa 5 Minuten in dem Sacke bleibt. Verf. wendet jetzt 3%ige Lösungen an, nachdem er bei einem Patienten nach der Anwendung der früher verwendeten 2%igen Lösung einen Rückfall und nach Gebrauch von 5%iger zu starke Reizerscheinungen gesehen hat. Bezüglich der Technik empfiehlt Verf., nach der Punktion der Hydrozele einen kurzen Gummischlauch über die Trokartkanüle zu ziehen und durch diesen die Flüssigkeit einzuspritzen, sodann den Schlauch mit einer Arterienklemme abzuklemmen. Doch rät Verf., die Kanüle tief genug einzuführen und für ihre ruhige Lage zu sorgen, damit sie nicht aus dem Sacke herausgleitet. Andernfalls kann die Formalinlösung in das Unterhautzellgewebe eindringen und dort schwere Reizerscheinungen, starke Schwellung und Rötung, die weit über eine Woche anhalten können, hervorrufen, ja sogar aseptische Nekrose, wie Verf. es bei Anwendung 5%iger Lösung einmal erlebt hat. Das Verfahren bietet einen Ersatz für die Behandlung mit Jodtinktur, kommt aber selbstverständlich nur in Frage für die Fälle, in denen aus irgendeinem Grunde die Operation untunlich erscheint oder vom Patienten abgelehnt wird, eignet sich also besonders für die ambulante Behandlung.

(M. Kl. 1921 Nr. 20.)

**Geheilter Fall von Peritonealtuberkulose.** Von Dr. Jentsch. 21 jähriger Soldat. Mehrfache Punktionen mit gleichzeitiger Höhen-sonnebestrahlung hatten keinen Erfolg. Sofortige starke Neuansammlung von Bauchhöhlenflüssigkeit. Allgemeinzustand schlecht: Kein Appetit, Leibschmerzen und Durchfälle, stets bettlägerig. Ständige remittierende Temperaturen bis über 39°. Operative Bauchöffnung zeigt Bauchfell, Netz und Dünndarm übersät von hirsekorngroßen Knötchen. 8 Tage nach Laparotomie hat sich wieder stärkster Erguß angesammelt. Noch dreimalige Punktion in ungefähr monatlichen Abständen (zuerst je 7, zuletzt 0,7 Liter Flüssigkeit abgelassen); Neuansammlung von Flüssigkeit erfolgt nicht. Temperaturen werden normal. Jetzt,  $\frac{1}{2}$  Jahr nach letzter Punktion, guter Allgemeinzustand, dauernd außer Bett, guter

Appetit, körperliche Anstrengungen werden in zunehmendem Maße gut vertragen. Normale Stühle und Winde. Der Fall zeigt, daß auch starker Aszites nach anfänglicher Neuansammlung schließlich zum Schwinden gebracht werden kann. Bemerkenswerterweise wurde trotz ausgebreiteter Aussaat die Tuberkulose günstig beeinflußt.  
(Zbl. f. inn. Med. 1921 Nr. 3.)

### b) Innere Krankheiten.

Bei *Ulcus ventriculi* empfiehlt Dr. H. Schmidt (Liebenstein) das Glycerin, das sich in den letzten Jahren bei Magenblutungen, beim Magengeschwür als ausgesprochenes Heilmittel mehrfach ganz ausgezeichnet bewährt hat. Es wird kaffee- bis eßlöffelweise mehrmals am Tage jedesmal vor der Nahrungsaufnahme genommen, und zwar entweder pur oder mit Zusatz von 5 bis 10% Bismuthum subnitricum. Es entfaltet dabei sowohl subjektiv eine beruhigende, schmerzlindernde, das Druckgefühl mindernde Wirkung als auch objektiv die Wirkung, daß die Resistenz und Auftreibung der Magengegend in wenigen Tagen mit der fortschreitenden Heilung nachläßt und der entzündliche, fühlbare Tumor kleiner wird und allmählich schwindet. Das Glycerin hat hierbei nur Vorzüge: es erweist sich als Heilmittel ohne Nachteile; denn es kann auch in großen Dosen genommen werden, ohne irgendwie schädlich zu wirken, es hat einen süßen Geschmack, der wohl von keinem Patienten verweigert wird. — Auch bei karzinomatösen Magenblutungen kann Glycerin versucht werden. — Betreffs Sodbrennen betont Verf., daß es nicht vom Essen kommt, sondern vom Trinken (bei der Mahlzeit), und daß durch Trockendiät Hilfe geschafft werden kann. Zur Trockenkost gehören auch die Breie, wenn körperwarm genossen. Flüssigkeit wird durch die Magensäure bald ganz sauer gemacht, der Magen wird dadurch stark gereizt, kleine Teile des Inhalts werden nach der Speiseröhre hin ausgestoßen und so das Sodbrennen erzeugt.

(Ther. d. Gegenw. Mai 1921.)

**Zur Behandlung der Oxyuriasis.** Von Dr. Kurt Ochsenius, Facharzt für Kinderkrankheiten in Chemnitz. „Bei der wohl absoluten Ungefährlichkeit und Bedeutungslosigkeit der Anwesenheit von Oxyuren im Körper — im Gegensatz zu der Beherrschung von Tänien und Askariden! — ist die Frage der Behandlung meines Erachtens gelöst, wenn ihr Hinabtreten aus dem Dünndarm in die tieferen Darmabschnitte verhindert wird. Eine völlige Beseitigung der Parasiten aus dem Körper des Wirtes scheint eine nicht erreichbare Hoffnung zu sein. Die jetzt üblichen Behand-

lungsmethoden bestehen aus der innerlichen Verabreichung von Anthelmintizis, Einläufen mit und ohne medikamentösen Zusatz und der Applikation von Salben, die gleichzeitig aus dem Darm austretende Würmer töten und den Juckreiz beseitigen sollen. Was die internen Mittel, die allerdings noch in dieser Erwartung angewendet werden, betrifft, so sind beim Naphthalin Todesfälle und das Entstehen von akuter lymphatischer Leukämie, beim Ol. Chenopodii Erblindungen und Todesfälle und beim Santonin schwere Intoxikationen beschrieben worden. Daß die Einläufe vorübergehende Linderung bringen, unterliegt keinem Zweifel. Ob aber ihr Erfolg ein dauernder ist, ist sehr fraglich. Zudem sind diese Manipulationen, welche bekanntlich viele Wochen lang täglich in Knie-Ellenbogenlage ausgeführt werden sollen, keine angenehme Prozedur. Von den Analsalben hat sich mir folgende am besten bewährt:

Rp. Anaesthesini	2,0
Acid. salicylici	0,5
Vaselin oder Lanolin ad	20,0

Aber auch dies ist, wie ich aus eigener Erfahrung zugeben muß, nur ein Notbehelf von zweifelhaftem Wert. Daß die Ernährung nicht ohne Einfluß auf die Oxyuriasis ist, ist bekannt; im Volke wird gern gegen die Würmer ein Brei von rohen Möhren (gelbe Rüben) gegeben. Das wirksame Prinzip ist dabei das Laxans. Daß bei einem Durchfall zahlreiche Oxyuren im Stuhl erscheinen, weil durch die vermehrte Peristaltik die Würmer aus ihrem Aufenthaltsort, dem Dünndarm, in den Dickdarm bzw. ins Rektum befördert werden, ist eine bekannte Tatsache. Analog treten bei weicher Konsistenz der Fäzes auch mehr Parasiten in das Rektum und durch den Anus. Diese Tatsache mußte sich therapeutisch verwerten lassen, indem durch Provokation einer Obstipation die Beschwerden sich beheben lassen mußten. Versuche, die ich zuerst an mir selbst in dieser Beziehung anstellte, gaben dieser Ueberlegung vollständig recht. Die Einschränkung des Genusses vom frischen Obst, Kompott und grünem Gemüse und Zufuhr von Kakao und Schokolade ließ die Beschwerden mit einem Schlage verschwinden; andererseits wurden sie durch die erstgenannten Nahrungsmittel wie im Experiment wieder erzeugt. Auch bei den Kindern, die mir wegen Beschwerden durch Oxyuren zur Behandlung gebracht worden sind, wurde der gleiche Erfolg erzielt. Die Beobachtung hat, abgesehen von ihrem praktischen Wert, auch eine theoretische Bedeutung, nämlich bei der Beantwortung der Frage nach der Ursache der kolossalen Verbreitung der Oxyurenkrankheit während des Krieges. Die Ansicht, daß dieselbe eine Folge der vermehrten Kohlehydratnahrung sei, wäre

demnach abzulehnen zugunsten der Ansicht, daß die reichlichere Gemüsezufuhr mit ihrer anregenden Wirkung auf die Darmperistaltik den ätiologischen Faktor darstellt.“

(M. m. W. 1921 Nr. 25.)

**Ein Beitrag zur Therapie der Gallensteine mit Cholaktol\*).**  
Von Dr. Schirmer in Bad Salzschlirf. In den Ther. Halbmonatsh. (1920, H. 13) macht Heinz auf das Cholaktol, ein neues Gallensteinmittel, aufmerksam. Die dort berichteten Erfolge waren so verblüffend, daß Verf. es an 2 Fällen nachgeprüft hat, und zwar mit demselben Erfolg. Eine 59jährige Frau leidet trotz strenger Diät seit 34 Jahren alle paar Jahre an Gallensteinkoliken. Seit August 1920 nimmt sie regelmäßig Cholaktol und ißt alles, seitdem Wohlbefinden ohne Anfall. Ferner ein 37jähriger Mann. Anfälle teils schwerster Art seit 6 Jahren trotz Diät. Seit August 1920 Cholaktol, noch ein leichter Anfall im September, seitdem Wohlbefinden, obgleich auch er alles ißt. Von ganz besonderer Bedeutung ist es, daß die Patienten wieder alles essen können, besondere Diät ist lästig und teuer! Verf. gab beiden Patienten genau nach der Vorschrift von Heinz zunächst 3 mal täglich 4 Tabletten, später 3 mal täglich 2 Tabletten mit regelmäßig eingeschobenen Pausen. Ist die Beobachtungszeit auch noch kurz, so ist doch beachtenswert, daß die Patienten jetzt alles essen können.

(M. m. W. 1921 Nr. 18.)

**Titrierte Digitalistinktur (Digitrat)** der Firma Kahlbaum wird in der III. Mediz. Klinik (Berlin) seit einem Jahre mit bestem Erfolge angewandt. „Halten wir uns an die von Edens angegebene Indikationsstellung für die wirksamste Anwendung der Digitalis, so ist die Beeinflussung des Kreislaufes bei insuffizienten hypertrophischen Herzen unter täglichen Gaben von 2 bis 3 ccm Digitrat eine ausgezeichnete. Bei der auf Vorhofflimmern beruhenden Arrhythmia perpetua genügten meistens ähnliche Gaben, um bei vorhandener Tachykardie die Pulszahl herabzudrücken und die Qualität der einzelnen Pulse zu verbessern. Bei gleichzeitiger Bettruhe und unter Berücksichtigung diätetischer Maßnahmen gelang es uns, selbst derartige Kranke mit nicht unbedeutlicher Stauungsleber in ein kompensiertes Stadium zu bringen und auch bei ambulanter Weiterbehandlung noch lange so zu erhalten. Wir pflegen in solchen Fällen dauernd Dosen von etwa zweimal  $\frac{1}{2}$  ccm der Tinktur weiter nehmen zu lassen und beobachteten davon bisher keinerlei unangenehme Nebenwirkungen.

\*) Hersteller: Chem. Fabrik Dr. Ivo Deiglmayr-München.

Aber auch die Verträglichkeit größerer Dosen bis zu 3 ccm ist eine gute, Uebelkeit und Erbrechen sahen wir bei der von uns geübten Art der Dosierung dabei bisher bei keinem Patienten auftreten. Daß man die diuretische Wirkung häufig erst durch gleichzeitige Verabreichung von Theobrominpräparaten voll erzielen kann, entspricht einer auch bei anderen Digitalispräparaten gemachten Erfahrung. Dies gilt vor allem für die kardial dekompensierten Hypertonien. Auch die mitunter bei Myodegeneratio cordis bestehenden, wohl nicht lediglich kardial bedingten beträchtlichen Oedeme können sich, wie erst neuerdings von Eppinger wieder hervorgehoben wurde, Digitalis gegenüber refraktär verhalten. Sehen wir von diesen einer weiteren Medikation bedürftigen Zuständen ab, so möchten wir die nach den exakten Untersuchungen Joachimoglus eingestellte titrierte Digitalistinktur als ein Präparat bezeichnen, das frei von unangenehmen Nebenwirkungen in der angegebenen Dosierung eine volle Digitaliswirkung erzielen läßt und in der Konstanz seiner Zusammensetzung sich auch nach klinischen Erfahrungen als zuverlässig erwies. Namentlich für die Anwendung in Krankenhäusern fällt auch der niedrig gehaltene Preis von Digitrat ins Gewicht.“ (Ther. d. Gegenw. Mai 1921.)

**Optarson, eine bequeme Kombination von Strychnin und Solarson.** Von Prof. Dr. Jer. Lange in Leipzig. Verf. kommt es darauf an, auf die wirklich auffallend gute und schnelle Wirkung der Kombination hinzuweisen. Es kommt in Ampullen in den Handel, die 1 ccm Solarson und 0,001 Strychnin. nitr. enthalten. Verf. hat meist mit  $\frac{1}{4}$  Ampulle täglich angefangen, jeden dritten Tag um  $\frac{1}{4}$  Ampulle steigend bis zu 2 Ampullen auf einmal, letztere Dosis etwa 8 Tage lang, und dann wieder zurück bis zur Anfangsdosis. Verdauungsstörungen oder dergleichen hat Verf. nicht beobachtet. Da die Toleranz gegen das Mittel aber offenbar groß ist, hat er auch, besonders wenn es darauf ankam, schnellere Wirkungen zu erzielen, mit einer halben Ampulle angefangen und ist jeden zweiten Tag um die gleiche Menge gestiegen. Ob dabei wirklich eine schnellere Besserung erreicht wird, ist schwer zu beurteilen. In erster Linie kommen akute und auch chronische Herzmuskel- und Kreislaufstörungen auf toxischer Grundlage in Frage. In den letzten Jahren waren es besonders Folgezustände von Influenza. Gerade hier war der allgemeine Eindruck ganz besonders günstig: das Allgemeinbefinden hob sich unerwartet schnell, es stellte sich ein, zumal subjektiv immer wieder betontes, besseres Befinden ein, der Puls wurde kräftiger, die Atmung vertiefter, der Appetit hob sich, das Schwächegefühl ließ nach. Weiter wurden günstig beeinflußt Anämien nach den ver-

schiedensten infektiösen Krankheiten, natürlich auch oft nach Influenza, ohne nachweisbare Kreislaufstörungen. Auch solche nach intestinalen Prozessen, wie Ruhr u. a. Dann Anämien aus unbekanntem Ursachen, sog. primäre, zum Teil schwerer Art, aber auch nach Blutungen. (D. m. W. 1921 Nr. 17.)

**Ueber Keuchhustenserum.** Von Dr. Georg Stern (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Rostock). Daß Vakzination bei Keuchhusten prophylaktische und heilende Wirkung ausübt, ist bekannt. Verf. zeigt, daß ein Serum von mit besonders geeignetem Pockenstamm behandelten Tieren (Sächsisches Serumwerk) von bester Wirkung ist. Dieses unter peinlichster Asepsis gewonnene Serum wurde den keuchhustenkranken Kindern subkutan, meist in den Oberschenkel, injiziert. Von kleineren Mengen ausgehend, stellte Verf. fest, daß erst nach Einverleibung von 20 ccm des Serums eine deutliche Heilwirkung zutage trat. Er pflegt bei den Kindern — auch Säuglingen — je 10 ccm in jeden Oberschenkel zu injizieren und verordnet sodann Bettruhe. Mehrfach trat nach den Injektionen ein Fieberanstieg auf, der sich meist zwischen 38 und 39,5° bewegte und immer nach einigen Stunden wieder abklang. Irgendwelche sonstigen unangenehmen Folgen wurden nicht beobachtet. Der Erfolg solcher Seruminjektionen auf den Keuchhusten war nun in einigen zwanzig Fällen prägnant. Bei jedem Fall wurde durch die Seruminjektion eine deutliche Wirkung erzielt; sei es, daß die Hustenanfälle sofort kuppert wurden, oder daß das Erbrechen aufhörte, die Hustenanfälle erheblich weniger zahlreich und intensiv verliefen und die Dauer der Erkrankung bedeutend abgekürzt wurde. Einige Male sah sich Verf. veranlaßt, nach 6—7 Tagen nochmals 20 ccm zu injizieren, die dann wiederum prompt wirkten. Die Mehrzahl der Fälle konnte auf der Infektionsabteilung behandelt und klinisch beobachtet werden, bei anderen handelte es sich um Kinder von Aerzten, denen man eine kritische Beurteilung ohne weiteres zugestehen mußte. (D. m. W. 1921 Nr. 20.)

Bei **Angina Plaut-Vincenti** empfiehlt Dr. R. Fischer (Tep-litz-Schönau) Argochrom in 2% iger Lösung (am besten mit Glycerin), das in die Beläge mit Wattepinsel hineingerieben wird, so daß sie wirklich blau gefärbt werden. (M. Kl. 1921 Nr. 20.)

### c) Haut- und Geschlechtskrankheiten.

**Mitigal, ein neues Mittel gegen Skabies.** Von Dr. Georg Tiefenbrunner (Aus der dermatologischen Universitätsklinik

zu München). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das neue Präparat Mitigal von ebenso sicherer Wirkung ist wie die bisherigen erprobten Antiskabiosa, daneben aber im Gegensatz zu den meisten anderen verschiedene, ganz bedeutende Vorzüge aufweist:

1. verbreitet es keinen unangenehmen Geruch;
2. schädigt es die Wäsche nicht, ein Umstand, der gerade heutzutage von allergrößter Wichtigkeit ist;
3. treten keinerlei schädliche Nebenwirkungen auf;
4. ist es nicht teurer als die billigsten anderen Antiskabiosa;
5. ist die Behandlungsweise sehr einfach.

Es dürfte sich daher die allgemeine Einführung des Mitigals in die Praxis als Antiskabiosum empfehlen, zumal die Patienten auch sehr gut ambulant mit Mitigal behandelt werden können. Zum Schlusse sei noch bemerkt, daß an der hiesigen Klinik Mitigal auch bei anderen parasitären Hauterkrankungen, wie z. B. bei Pityriasis versicolor, mit gutem Erfolg verwendet wurde.

(B. kl. W. 1921 Nr. 8.)

**Pemphigusheilung durch Terpentineinspritzungen.** Von San.-Rat. Dr. Brenning (Aus dem Ostkrankenhaus in Berlin). Anfang vorigen Jahres konnte Verf. über 2 Fälle berichten, in denen es gelungen war, durch Terpentineinspritzungen Pemphigus zur Heilung zu bringen. Bald darauf hatte Verf. Gelegenheit, sich wiederum von dem günstigen Einfluß des Terpentin auf diese der Therapie so überaus schwer zugängliche Affektion zu überzeugen. Am 29. 3. gelangte ein 22 jähriges Hausmädchen zur Aufnahme, welches ein etwas vielgestaltiges Krankheitsbild darbot. Zunächst zeigte sich bei ihr auf Brust und Rücken ein ausgebreitetes Erythem mit etwas bläulichem Farbenton. Dieselbe Veränderung wiesen auch beide Kniee auf. Im Bereiche dieser Verfärbung waren die Kniee außerdem mit einer größeren Anzahl etwa linsengroßer, papulöser Effloreszenzen bedeckt. Vor allem aber zeigten sich fast auf der gesamten Körperoberfläche Blasen, welche in geringerer Zahl auf jenen erythematösen Stellen der Brust und des Rückens, dichter gedrängt dagegen auf der sonst völlig normalen Haut, besonders des Rückens, der Schultern, der Arme und des Gesichtes standen. Die Blasen waren auf jenen lividen Stellen der Brust und anfangs auch des Rückens nur etwa erbsen- bis bohngroß, erreichten dagegen auf den übrigen Körperteilen die Größe einer Walnuß. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört, und Fieber war nicht vorhanden. Nach Angabe der Kranken bestand der Ausschlag seit etwa 8—9 Tagen und war plötzlich an den verschiedensten Körperstellen gleichzeitig aufgetreten. 5 Tage vorher habe sie 4 Kapseln eingenommen, welche ihr wegen Migräne ver-



ordnet worden waren. Es konnte festgestellt werden, daß es sich um *Gelonida antineuralgica* handelte, deren jedes 0,01 Codein. phosph. und Phenacetin und Ac. acetylosalicyl.  $\bar{a}\bar{a}$  0,25 enthält. Bei der Polymorphie der Eruptionen schwankte die Diagnose zunächst nur zwischen Arzneiexanthem und Erythema exsudativum. Die Hauterscheinungen konnten allerdings sehr wohl durch ein Salizylpräparat hervorgerufen sein, jedoch sprach der Umstand dagegen, daß die betr. Kapseln bereits 5 Tage vor deren Ausbruch eingenommen worden waren. Daß dasselbe Präparat in der gleichen Dosierung zwei Wochen vorher keine Erscheinungen ausgelöst hatte, beweist natürlich gar nichts. So blieb als Diagnose eigentlich nur das Erythema exsudativum übrig. Doch schon nach wenigen Tagen stellte es sich mit Sicherheit heraus, daß es sich nur um einen Pemphigus handeln konnte. Schon am Tage nach der Aufnahme schossen nämlich nicht nur an den schon vorher befallenen Körperstellen, sondern auch an den Unterschenkeln und Füßen, und zwar jetzt überall auf vollkommen normaler Haut, neue Bläschen und Blasen auf, ein Vorgang, der sich täglich wiederholte, wobei die neu aufgetretenen Blasen immer größer wurden und zuletzt teilweise die Größe eines Hühnereies erreichten. Dann begannen die Blasen unter Behandlung mit Kal. permangan.-Bädern, Kühsalbe und Puder zu schrumpfen und einzutrocknen, so daß etwa 8 Tage nach erfolgter Aufnahme der Prozeß seiner Abheilung entgegenzugehen schien. Doch schon 4 Tage später zeigten sich an den verschiedensten Körperteilen, besonders im Gesicht und auf dem Rücken, neue Blasen, welche diesmal teilweise mit blutiger Flüssigkeit gefüllt waren. Jetzt stellte sich auch Fieber ein, welches in den Abendstunden bis auf  $39^{\circ}$  stieg und im übrigen ganz unregelmäßig verlief, um nach etwa 3 Wochen allmählich wieder zu verschwinden. Auch das Allgemeinbefinden, welches anfangs kaum gestört war, wurde nunmehr stark in Mitleidenschaft gezogen, zumal die Kranke kaum noch wußte, welche Lage sie im Bette einnehmen sollte, weil fast die ganze Körperoberfläche schließlich mit Blasen bedeckt war. Da auch im Munde, besonders an der Zunge, Blasen auftraten, war auch die Nahrungsaufnahme erheblich erschwert. Da entschloß Verf. sich, auch in diesem Falle das Terpentin in Anwendung zu bringen, und injizierte der Kranken am 24. 4., also etwa 3 Wochen nach ihrer Aufnahme,  $1\frac{1}{2}$  ccm 20%iges Terpentinöl, wiederholte die gleiche Injektion 2 Tage später und gab nach weiteren 3 Tagen 1 ccm derselben Lösung. An den folgenden 4 Tagen traten zwar noch neue Blasen auf, doch waren diese, gerade wie auch in den beiden früher beschriebenen Fällen, nicht mehr so groß wie die bisherigen. Die Einspritzungen wurden tadellos vertragen. Nachdem sich eine Woche lang keine

neuen Blasen gezeigt hatten und die alten teilweise schon eingetrocknet waren, kam dann wieder eine einzige Blase zum Vorschein, und zwar auf dem Rücken. Nach einer weiteren anfallsfreien Woche schossen wiederum kleine Bläschen, und zwar diesmal in größerer Menge, auf dem Rücken und am linken Arm an. Jetzt erhielt die Kranke noch einmal 1 ccm Terpentinöl. Seitdem hörte die Blasenruption vollständig auf, und die vorhandenen Blasen schrumpften schnell zusammen. Dagegen hatte die Kranke noch schwer unter den ausgedehnten Erosionen zu leiden, welche an Stelle der Blasen entstanden waren und durch Konfluenz derselben zum Teil handgroße Teile, besonders des Rückens bedeckten. Hierbei bewährte sich vorzüglich eine 5%ige Pellidolsalbe, welche schließlich nach erfolgloser Anwendung der verschiedensten Mittel eine schnelle Ueberhäutung herbeiführte, so daß die Kranke 5 Wochen nach der letzten Eruption und nach einem Aufenthalte von etwa 3 Monaten im Krankenhause als geheilt entlassen werden konnte. Der Verlauf der Erkrankung nach der Applikation des Terpentinöls war also in diesem Falle ähnlich wie in den beiden früher veröffentlichten Fällen von Pemphigus, und Verf. hat diesmal noch fester als damals die Ueberzeugung gewonnen, daß nur das Terpentinöl den günstigen Ausgang des Leidens bewirkt hat.

(D. m. W. 1921 ·Nr. 7.)

#### d) Geburtshilfe und Gynäkologie.

Tenosin hat Dr. G. Katz (Berlin-Friedenau) in der Frauenpraxis mit bestem Erfolge statt Eogotin angewandt, subkutan zu 1 ccm (Nachgeburtsblutungen, atonische Blutungen nach Abort-ausräumung) als auch intern, 3 mal täglich 25 Tropfen (Adnexblutungen, endometrische usw.). (Ther. d. Gegenw. 1921 Mai.)

### Technisches.

**Beitrag zur Technik der Punktionen.** Von Dr. Michael (Mainz). Auf ein einfaches, zweckmäßiges Punktionsinstrument sei hier kurz verwiesen\*). Es stellt eine Kombination von Spritze und Trokar dar. Das Instrument besteht aus 2 Teilen: 1. der hohlen Punktirnadel, deren Ansatz auf die Rekordspritze paßt, und 2. der die Hohnadel von außen eng umschließenden Entleerungskanüle, deren Ansatz auf das bekannte Ansaugesystem nach Potain paßt. Diese Kanüle trägt einen Abschlußhahn, der

\*) Das Instrument (Punktionsinstrument „Punktator“ nach Dr. Michael, Mainz) ist zu beziehen durch die Firma P. A. Stoss Nachf., Wiesbaden.

bei Querstellung die Kanüle offen läßt und bei Längsstellung schließt. Dem Instrument ist noch ein Reduktionskonus beigegeben, für den Fall, daß ein Potain nicht vorhanden ist. Der Reduktionskonus paßt wieder auf die Rekordspritze, so daß auch mit dieser entleert werden kann. Zur Entleerung kann auch jede andere Spritze verwendet werden, nur muß der Ansatzkonus auf das Instrument oder den Reduktionskonus passen. Das Arbeiten mit dem Instrument geschieht nun folgendermaßen: Das zusammengesetzte Instrument, dessen Teile 1 und 2 konisch ineinandergefügt sind, wird auf eine gewöhnliche Rekordspritze aufgesetzt, so dann erfolgt die Einführung in den Pleuraraum.

a) Die Punktion ist positiv: Die Spritze mit der Hohnadel wird aus der Hülse herausgezogen und, sobald es möglich ist, der Hahn verschlossen. Die Entleerungskanüle verbleibt im Pleuraraum. Ansaugen mittels des Potains oder einer Spritze. Hahn vorher öffnen.

b) Die Punktion ist negativ: Die Spritze nebst aufgesetztem Instrument wird herausgezogen.

Das Verfahren ermöglicht die Feststellung und Entfernung von wässerigen Flüssigkeiten in Körperhöhlungen in einer Handlung. Der diagnostischen Probepunktion folgt sofort die therapeutische Punktion in einem Arbeitsvorgang. Vereinigung des bisher geübten Verfahrens der Probepunktion mittels der Spritze und der Punktion mittels des Trokars in einer Sitzung.

(M. m. W. 1921 Nr. 21.)

**Zur Lokalanästhesie bei Punktionen.** Von Med.-Rat Dr. A. Brecke in Stuttgart. Verf. pflegt seit etwa 15 Jahren vor Pleurapunktionen und womöglich auch vor der Punktion eines kalten Abszesses an der mit Jodtinktur eingeriebenen Einstichstelle eine Hautquaddel mit Schleichscher Lösung oder mit Novokain-Adrenalinlösung zu setzen, mit der auch das übrige Gewebe des Stichkanals infiltriert wird. Ferner durchtrennt er die Haut an der Einstichstelle, also in der Quaddel, stets mit einem spitzen Messer. Dadurch fällt der Widerstand der elastischen Haut fort, so daß die Nadel glatt eindringt und auch leichter zurückgezogen werden kann. Außerdem ist es dadurch ausgeschlossen, daß die Kanülenspitze aus irgendeiner Hautschicht Krankheitskeime mit in die Tiefe nimmt. Die vorherige Einspritzung von 1 cg Morphinum ist wohl an vielen Orten üblich, sie kann auch durch eine Kodeingabe ersetzt werden. Das ganze Verfahren beansprucht nicht mehr Zeit als die weniger wirksame Anwendung von Chloräthyl. Das schmerzlose und glatte Einführen der Kanüle nimmt den

Kranken die Scheu vor einer etwa notwendigen Wiederholung des Einstichs und dürfte auch die Gefahr eines Pleurachoks verringern. (M. m. W. 1921 Nr. 25.)

**Ein kleiner Kunstgriff bei intravenösen Injektionen und bei Aderlässen.** Von F. Mocny (Lehnin). „Es gelingt zuweilen trotz größter Uebung und bester Technik nicht, bei Vornahme von intravenösen Injektionen in das Gefäßlumen mit der Kanüle hineinzukommen, so daß Blut angesogen werden kann bzw. hervorspritzt. In solchen Fällen hat mir die Anwendung des Gesetzes von der vasodilatatorischen Wirkung der Wärme stets gute Dienste geleistet. Sobald ich merke, daß die Blutadern bei herabhängendem Arm nicht genügend hervortreten, lasse ich den Unterarm auf einige Minuten in gut warmes Wasser stecken. Zweckmäßig benutzt man dabei die gebräuchliche Armbadewanne, aber es genügt auch jedes beliebige tiefe Gefäß. Bald treten dann die Venen des Unterarmes oder sogar auch die des Oberarmes so stark und deutlich hervor, daß es meistens gar nicht der Abschnürung bedarf, wenn man schnell arbeitet, und man leicht und bequem in das Gefäßlumen hineingelangen kann.“ (M. m. W. 1921 Nr. 25.)

### **Neue Bücher.**

**Oelze, Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten** (München, J. F. Lehmann, Preis: Mk. 30.—). Ein reich illustriertes, auch durch seinen klaren, präzisen Text recht brauchbares Buch, das alles enthält, was in dies Gebiet gehört. Bei der heutigen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bedeutung für die Tätigkeit des Arztes ist ein solches Buch sehr willkommen, und es müßte jeder ärztlichen Bibliothek einverleibt werden.

**M. Ficker, Einfache Hilfsmittel zu bakteriologischen Untersuchungen** (Leipzig, C. Kabitzsch). Heute, wo alle Einrichtungsgegenstände und Materialien so ungemein teuer sind, ist es durchaus notwendig, damit zu sparen, soweit es irgend geht, und Ratschläge für Vereinfachungen sind daher höchst willkommen. Das bekannte Büchlein Ficker's, das jetzt in 3. Auflage vorliegt, bietet derartige Ratschläge in knapper Form, es wird daher die besten Dienste leisten.

---

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

# Sachregister.

## A

- Abführmittel in der Nervenpraxis 275  
Abort, Behandlung des fieberhaften 91  
—, Trypaflavin bei septischem 185  
—, Chinin bei 222  
Abortblutung, Indikation zur sofortigen Uterusentleerung? 152  
Abszesse, multiple, im Säuglingsalter 62  
Aderlässe, Kunstgriff bei 378  
Adipositas, hypophysäre 10  
Adnextumoren, Terpentinjektionen bei entzündlichen 124  
Afenil 181  
Alopecia areata, Behandlung 180  
Alopezie, Humagsolan bei 217  
Amalahpräparate 147  
Anämie, Elektroferrol bei 26  
—, Duploferrol bei 26  
—, perniziöse, und Magenkarzinom 226  
—, Behandlung der perniziösen 180  
—, perniziöse, im Greisenalter 262  
—, perniziöse, und Askariden 323  
—, parenterale Milchinjektionen bei perniziöser 339  
Anaesthesin als entzündungswidriges Mittel 175  
Angina, Jodbehandlung 19  
— Plaut-Vincent 4  
— — —, Salvarsan bei 83  
— — —, Salizyl bei 175  
— — —, Argochrom bei 369  
— pectoris, Perichol bei 277  
Antidysten bei Ruhr 212  
Antikonzipientien 286  
Apomorphinvergiftung 300  
Arsamon 119  
Arsen und Herpes zoster 3  
—, subkutane Medikation 144  
Asthma bronchiale, Vasotonin bei 277  
Augenblennorrhoe der Erwachsenen, Behandlung 284  
Augen- und Zahnkrankheiten, Zusammenhang 353  
Auskultation, indirekte 37  
— des Schlüsselbeins 180  
Auskultationsbefunde, zur Aufklärung unklarer 168

- Auswurf, Desinfektion des tuberkulösen 287  
Azetylnirvanol 274

## B

- Balnazid bei Ekzem 278  
Bartflechte, zur Übertragung 162  
Benzinvergiftung 48  
Bettsitzstütze 252  
Bier als Heilmittel 225  
Blutbild und Höhenklima 213  
Blutharnen bei Grippe 102  
Blutungen, intrakranielle, bei Neugeborenen 190  
—, Calcium chloratum bei 176  
—, Pyramidonprobe bei okkulten 229  
Boluphen in der Chirurgie 12  
Botulan bei Oxyuriasis 17, 55, 148  
Bronchialdrüsentuberkulose, Diagnose 266  
Brustwarzen, Karbol bei wunden 186  
Bubotherapie bei Ulcus molle 89

## C

- Calcium chloratum bei Durchfällen und Blutungen 176  
Camagol 335  
Candiolin 337  
Capsella Bursa als Sekaleersatz 26  
Caseosanbehandlung 13  
Catamin bei Skabies 310  
Chinadarreichung in der Geburtshilfe, intravenöse oder perorale? 351  
Chinidin als Herzmittel 340  
Chinin bei Abort 222  
Chloräthyl bei Erregungszuständen in der Narkose 301  
Chloralhydrat bei Herz- und Gefäßkrankheiten 178  
Chloroformnarkose 109  
Cholaktol bei Gallensteinen 87, 367  
Cholaktol-Tabletten bei Cholelithiasis 87  
Choleval als Prophylaktikum gegen Blennorrhoe der Neugeborenen 128  
Cluniitis superior 135

Colitis cystica 42  
 Colostrum, schwarzes 137  
 Combustin 150  
 Cycloform als Wundheilmittel 272

## D

Dämmerschlaf mit Skopolamin-Amnesin  
 bei Geburten 30  
 Dammstützung, neue Art 27  
 Darmgrippe 195, 198  
 Dermatitis durch Ersatzleder 33  
 — durch Spargelsaft 129  
 — durch einen Bergstock 161  
 — durch Ersatzmittel 289  
 Diabetes, Exanthem bei kindlichem 11,  
 66  
 — und Syphilis 130  
 —, Glukopan bei 343  
 — insipidus, Übergang in Myxödem 108  
 Dial und Dialazetin 247, 345  
 Digimorval 55  
 Digistrophan 278  
 Digitalis, Kalktherapie bei Grippe-  
 pneumonie 86  
 Digitrat 367  
 Dijodyl 22, 176  
 — bei Tabes und Gehirnlues 251  
 Diphtherie, chronische, und Lues 324  
 — puerperale 359  
 Diphtheriebazillen im Auswurf 356  
 Diphtherieschutzmittel T. A. 175  
 Diphtherieserum, Störung nach Erst-  
 injektion 44  
 Diphthosan bei Diphtheriebazillen-  
 trägern 241  
 Dumexsalbe 218  
 Duploferrin 26, 143  
 Dysenterie, Antidysten bei 212  
 Dysmenorrhoea virginum 314  
 Dyspepsien, Larosan bei 342

## E

Egestogen bei Flatulenz 276  
 Einbeinige, Fahrrad für 63  
 Eklampsie, Ovoglandol bei 185  
 Ekzem, Behandlung 62  
 — Bäderbehandlung 278  
 Elektroferrol 26  
 Embarin, Nebenwirkungen 47  
 Encephalitis epidemica, Folgezustände  
 329  
 — haemorrhagica bei Dysenterie 167  
 Enuresis nocturna, Behandlung 335

Enzympräparate für die Wundbehand-  
 lung 138

Epididymitis, nicht spezifische 192  
 Epilepsie, Röntgenbehandlung 87  
 —, Luminal bei 140  
 Erfrierung der Unterschenkel 289  
 Ertrinkungstod, Befunde bei 155  
 Eucupin. bihydrochloricum 271  
 Eucupin, Sehstörungen nach 50  
 Extractum Chinae Dr. Schmitz 246

## F

Fahrrad für Einbeinige 63  
 Formalinäther bei Intertrigo 149  
 Furunkulose der Säuglinge 62  
 —, Röntgenbehandlung 182

## G

Gallensteine, Cholaktol bei 87, 367  
 Gehirnsyphilis, Dijodyl bei 251  
 Gelenkerkrankungen, tuberkulöse 37  
 Geschlechtskrankheiten-Erreger 374.  
 Gitalin s. Verodigen  
 Glossitis im Säuglingsalter 38  
 Glukopan bei Diabetes 343  
 Glycerin bei Ulcus ventriculi 365  
 Gonocystol bei Gonorrhoe 88, 314  
 Gonorrhoe, Gonocystol bei 88  
 —, Prophylaxe 283  
 —, Kollargol intravenös bei weiblicher  
 283  
 Granugen-Paste 249

## H

Hämaturie, Fälle 34  
 Hämophilie, Koagulen bei 144  
 —, Milzbestrahlung bei 243  
 Hämorrhoiden, Salbenbehandlung 302  
 Halslymphdrüsen, Röntgenbehandlung  
 tuberkulöser 51  
 Halsmarkerkrankung im Frühstadium  
 der Syphilis 71  
 Harnröhrenkatarrh als Frühsymptom der  
 Syphilis 232  
 Harnverhaltung nach Operationen 331  
 Hauttuberkulose, Behandlung 58  
 Herniae incarceratae, Behandlung 331,  
 334  
 Herpes zoster, Ansteckungsfähigkeit 3  
 — — und Arsen 3  
 — —, Eigentümlichkeiten 99  
 — — occipitalis 296  
 Höhenklima und Blutbild 213

Hohlglaspressare 317  
 Holzspatel bei Halsuntersuchungen 257  
 Humagsolan bei Haarausfall 217  
 Hungerödem, Starbildung infolge von 167  
 Hydroa aestivalis 121  
 Hydrozele, Behandlung 364

## I

Ibol 283  
 Icterus catarrhalis, Behandlung 334  
 Impetigo-Nephritis 193  
 Influenza, Behandlung 24, 85, 272  
 —, kombinierte Digitalis-Kalktherapie 86  
 —, Sublimatinjektionen bei 57, 175  
 —, Blutharnen bei 102  
 —, Pseudoappendizitis und Pseudo-peritonitis bei 103  
 —, chemotherapeutische Behandlung 116  
 —, Paraneuritis nach 137  
 —, chronische 168  
 —, Pleuritis diaphragmatica und 233  
 —, Behandlung mit Grippeimpfstoff  
 Kalle 240  
 —, Psychosen bei 288  
 —, Stimmritzen- und Schlingkrämpfe  
 nach 327  
 Injektionen, intravenöse 30  
 —, Kunstgriff bei intravenösen 374  
 Intertrigo, Formalinäther bei 149  
 Ischias und Spina bifida 290

## J

Jod bei Schnupfen 307  
 Jodtinktur bei Scheidenerkrankungen 186.

## K

Kaffee, anästhesierende Wirkung 255  
 Kal. permang., Ausbleiben eines Syphi-  
 lides nach heißen Bädern mit 252  
 Kalk-Appeton 214  
 Kalkzufuhr, intravenöse, mit Afenil 181  
 Karbol bei wunden Brustwarzen 186  
 Kartoffelmehl, Vergiftung mit 208  
 Katheterismus, Erleichterung 317  
 Keuchhusten, Magenspülungen bei 118  
 —, Diathermiebehandlung 212  
 —, Sterblichkeit an 290  
 Keuchhustenserum 369  
 Kinn-Schulter-Griff gegen Asphyxie in  
 der Narkose 330  
 Klimakterische Beschwerden, Behand-  
 lung 152

Koagulen bei Hämophilie 144  
 Kollargol, Zufälle bei intravenöser In-  
 jektion 45  
 Kopfhaut, Primäraffekte an der 227  
 Kopfschmerz, Behandlung 141  
 Krysolganstomatitis 299  
 Kupferdermasan 59  
 Kurzsichtigkeit, Ursache 163

## L

Larosan bei Dyspepsien 342  
 Leibmassage im Stehen 158  
 Leistendrüseneiterung nach Ulcus molle-  
 Aetzung mit Karbolsäure 264  
 Lichen trichophyticus 67  
 Lobelin bei Atemlähmung in der Nar-  
 kose 330  
 Lokalanästhesie, Nierenschädigungen  
 nach 50  
 Luminal bei Epilepsie 140  
 Lunge, epituberkulöse Infiltration 323  
 Lungenblutungen, Kampfer bei 176  
 Lungengangrän, Neosalvarsan bei 83  
 Lungenhilusdrüsenerkrankungen, Klopf-  
 empfindlichkeit der Wirbelsäule bei 131  
 Lungenspitzenkatarrhe, nichttuberkulöse  
 259  
 Lungentuberkulose, Phenoval bei 84  
 —, Rotolinpillen bei 86  
 —, Menthol-Eukalyptusöl-Injektionen bei  
 303

## M

Magenblutungen, Behandlung 243  
 Magenkarzinom und perniziöse Anämie  
 226  
 Magnesiumperhydrol bei Magen-Darm-  
 beschwerden 23  
 Mal perforant du pied, Röntgenbehand-  
 lung 363  
 Mammavergrößerung nach Prostat-  
 ektomie 75  
 Masernprophylaxe 305  
 Mastitis im Wochenbett 199  
 Maul- und Klauenseuche 117  
 Menthol-Eukalyptusöl-Injektionen bei  
 Lungentuberkulose 303  
 Mercedan 122  
 Mesenteriallymphdrüsentuberkulose 321  
 Metallfolien in der Chirurgie 209  
 Milchglasspekula, Einführen 220  
 Milchinjektionen, parenterale 339  
 — bei Retinitis 127  
 Milzbestrahlung bei Hämophilie 243



## VI

Milzbrandbazillen, Allgemeininfektion mit 117  
Mitigal bei Skabies 349, 369  
Mohrrübenextrakt bei Säuglingsanämien 305

### N

Nabelverziehung 228  
Naphthalin als Wurmmittel 307  
Natron, xanthogensaures 250  
Neosalvarsan bei Lungengangrän 83  
Nephritis traumatica 65  
—, Nierendekapsulation und 178  
—, Impetigo- 193  
Nervus octavus und Syphilis 206  
Neuralgien, Seifenbehandlung 18  
Niere, Funktionsprüfung bei Salvarsanbehandlung 184  
Nierenerkrankungen der Kinder, Trinkkuren bei 192  
Nierenkarbunkel 168  
Nierensperre bei kombinierter Quecksilber-Salvarsanbehandlung 313  
Nierensteine, Schmerzen bei 298  
Nirvanol, Schädigungen durch 171  
Novasurol 123

### O

Ohrerkrankungen, Rezepte für äußere 154  
Oesophagitis, pseudomembranöse 263  
Okulomotoriuslähmung in der Schwangerschaft 73  
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, Choleval als Prophylaktikum 128  
Optarson 278, 368  
Ovarialtherapie in der Geburtshilfe 30  
Ovoglandol 185  
Oxymors bei Oxyuriasis 15  
Oxyuriasis, Behandlung 15, 17, 55, 148, 365

### P

Paralysis progressiva, Silbersalvarsan und Sulfoxylat bei 18  
Paranephritis nach Grippe 137  
Paraplegia urinaria 7  
Parasyphilis 262  
Parotitis postoperativa, Aetiologie 1  
Patella, Längsfrakturen 68  
Patellarfenster 239  
Pediculi pubis, Vertilgung 312  
Pemphigus, Terpentineinspritzungen bei 309, 370

Pepsinsalzsäure zur Beseitigung von Narbenzug 237  
Perichol bei Angina pectoris 277  
Periostitis rheumatica acuta 135  
Peritonealtuberkulose, Fall 364  
Phagedänismus 257  
Phenoval 84  
Phimose, entzündliche, als Frühsymptom der Syphilis 232  
—, unblutige Behandlung 270  
Platt-Knickfuß, Schmerz in Metatarsophalangealgelenken bei 358  
Pleuraempyem mit Diphtheriebazillen 105  
Pleuritis diaphragmatica und Grippe 233  
Polyurie nach subkutaner Tuberkulinanwendung 17  
Probetampon, urethraler 170  
Prolapsgefühl ohne Prolaps 11  
Prostatektomie, Brustdrüsenvergrößerung nach 75  
Prostatitis nach Erkältung 258  
Pseudoappendizitis 166, 321  
— und Pseudoperitonitis bei Grippe 103  
Psychosen bei Grippe 288  
Punktionen, zur Technik 372  
—, Lokalanästhesie bei 373  
Pyelitis, Säuglings- 207  
Pyoktaningaze bei infizierten Wunden 13  
Pyramidonprobe für okkulte Blutungen 229  
Pyrenol gegen postoperative Bronchopneumonie 239

### Q

Quarzlampenlicht, Exanthem nach 297  
Quecksilbervergiftung von der Vagina aus 300

### R

Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel 211  
Rekordspritze 319  
Retinitis, Milchinjektionen bei 127  
Rhodalzid bei Stomatitis mercurialis 84  
Röntgenbehandlung tuberkulöser Halslymphdrüsen 51  
— der Epilepsie 87  
— der Furunkulose 182  
— des Mal perforant du pied 363  
Rotlauf beim Menschen 295  
Rotolinpillen bei Lungentuberkulose 86  
Rumination bei Säuglingen 54

## S

**Saccharinvergiftung** 269  
**Säuglingsmilch**, biorisierte 248  
**Säuglingspyelitis** 207  
**Säuglingssyphilis**, Behandlung 350  
**Salvarsan** bei Plaut-Vincentischer Angina 83  
**Salvarsanbehandlung**, Funktionsprüfung der Niere bei 184  
**Salvarsanexanthem**, fixes 71  
**Sanarthritis** 241  
**Scharlach** bei Neugeborenen und Säuglingen 133  
**Scharlachinfektion**, späte 33  
**Scheidengewölbe**, Riß im 105  
**Schnupfen**, Jodbehandlung 19, 307  
**Schwangerschaftserbrechen**, Ovoglandol bei 185  
**Schwefelpräparat**, neues 250  
**Seifenbehandlung** der Neuralgien 18  
**Sepsis**, parenterale Milchinjektionen bei 339  
**Serumkrankheit**, zur 9  
**Siccostypt** 852  
**Silbersalvarsan** bei multipler Sklerose 308  
**Silbersalvarsaninjektionen**, technisches Hilfsmittel für 188  
**Singultusepidemien** 292  
**Skabies**, Catamin bei 310  
—, Mitigal bei 349, 369  
**Sklerose**, Silbersalvarsan bei multipler 308  
**Solarson** bei Kindern 338  
**Sonnenstich**, Lumbalpunktion bei 308  
**Spargelsaft**, Dermatitis durch 129  
**Spina bifida** und Ischias 290  
**Stanniol** als Verbandmittel 50  
**Staphar** 281  
**Starbehandlung**, nichtoperative 285  
**Starbildung** infolge von Hungerödem 167  
**Staubinde**, neue 189  
**Steril-Gläschen** 189  
**Stimmritzen- und Schlingkrämpfe** nach Grippe 327  
**Stomatitis mercurialis**, Rhodalzid bei 84  
—, Trypaflavin bei 245  
**Streichholzschachtelderatitis** 322  
**Strophanthininjektionen**, Todesfälle nach 209  
**Struma** und Alttuberkulin 86  
**Styptisat** 95  
**Sublimatsalvarsan** bei Lues 151  
**Supersan** 273

**Syphilis**, Erkrankung des Halsmarks im Frühstadium 71  
— und Diabetes 180  
— und Erkrankung des N. octavus 206  
—, Mercedan bei 122  
—, Novasurool bei 123  
—, Sublimatsalvarsankur 151  
—, Phimose und Harnröhrenkatarrh als Frühsymptome 232  
—, Abortivbehandlung 282  
—, Nierensperre bei kombinierter Quecksilber-Salvarsanbehandlung 313  
—, chronische Diphtherie und 324  
— der Säuglinge, Behandlung 350

## T

**Tabes**, Dijodyl bei 251  
**Tampofirm** 28  
**Tascheninstrumente**, aseptische 254  
**Tebelon** bei chirurgischer Tuberkulose 140  
**Telo-Tees** 216  
**Tenosin** 372  
**Terpentineinspritzungen** bei Pemphigus 309, 370  
**Terpentinölbehandlung** 61  
**Terpentininjektionen** bei entzündlichen Adnextumoren 124  
**Thigenol** 126  
**Thlaspan** 221  
**Thyreotoxikose**, Jodbehandlung 76  
**Tintenstiftverletzungen** 115  
**Toramin** 83  
**Trivalin** 142  
**Trypaflavin** in der Dermatologie 59  
— bei septischem Abort 185  
— bei Stomatitis 245  
**Tuberkelbazillenfärbung** 131  
**Tuberkulin**, Perkutanreaktion mit diagnostischem 298  
— Polyurie nach Injektion von 17  
**Tuberkulose**, Übertragung durch Eßgeschirr 3  
—, traumatische 97  
— im Kindesalter 200  
—, Tebelon bei chirurgischer 140  
**Tuberkulosemittel**, Friedmanns 58

## U

**Ulcus cruris**, hochprozentige Kochsalzlösungen bei 248  
— —, konservative Behandlung 311  
— molle, Bubotherapie bei 89

## VIII

Ulcus molle Aetzung mit Karbolsäure,  
Leistendrüsenerweiterung nach 264  
— phagedaenicum geheilt durch Röntgenlicht 219  
— ventriculi, Glyzerin bei 365  
Ulnarislähmung, Erwerbsbehinderung bei 207  
Untersuchungen, bakteriologische 374  
Uretersteine, Schmerzen bei 298  
Urethritis nach Erkältung 258  
Uterustamponade mit nichtentfetteter Watte 95

## V

Vaginaltampon mit Glaskugelnkern 94  
Vaselinölvergiftung 270  
Vasotonin bei Bronchialasthma 277  
Venenpunktion mittels Trokarnadel 319  
Vergiftungen, Behandlung 173

Verodigen 146  
Verweilkatheter, Befestigung 201

## W

Weckapparat als Verbandstoffsterilisator 139  
Wirbelsäulenklöpfempfindlichkeit bei Erkrankungen der Lungenhilusdrüsen 181  
Wundbehandlung mit Pyoktaningaze 13  
— mit Enzympräparaten 138

## Z

Zahn- und Augenkrankheiten, Zusammenhang 353  
Zahnneuralgien 106  
Zungenaktinomykose 98  
Zwiebel, rohe, und Magenverdauung 148

## Autorenregister.

## A

Abel 352  
Alexander 116, 195, 255  
Althen 86  
Arnstein 86  
Aron 192  
Arons 229  
Austgen 297

## B

Bab 285  
Bacmeister 3, 58  
Baensch 140  
Baer 33  
Baller 189  
Bandzauner 30  
Barfurth 95  
Bársony 298  
Barth 168  
Baumann 117  
Becher 61  
Behm 149  
Benneck 57  
Benningson 175  
Bibergeil 180  
Bieber 175  
Bierende 73  
Bihlmeyer 11  
Blumann 13

Blumenthal 47, 58, 71  
Boecker 137  
Boehm 277  
Bossert 200  
Brandes 226  
Brecke 373  
Brenning 129, 262, 370  
Brühl 140  
Brütt 103  
Büchmann 246  
Burchardt 283  
Busch 44  
Buschke 257  
Buttenwieser 167

## C

Colman 184  
Cori 303  
Cornils 240  
Cramer 147  
Curschmann 262, 327

## D

Deckart 63  
Decker 243  
Dieterich 249  
Döllner 155  
Dorn 192  
Dorner 133  
Dub 270, 312

## E

Edelmann 131  
Eicke 313  
Eckstein 311  
Eliasberg 323  
Enge 55  
Engel 62, 350  
Engelen 207  
Erdheim 115  
Esser 37  
Everke 185  
Eyth 45

## F

Fervers 139, 245  
Ficker 374  
Finck 19  
Finder 4  
Finger 233  
Fischer 167, 227, 319, 369  
Foerster 7  
Frank 109, 254  
Franke 50, 317, 364  
Frankenstein 286  
Frei 322  
Fried 211  
Friedemann 324  
Fronzig 305  
Froriep 186  
Fühner 307

Fuld 278

## G

Gänßbauer 30  
 Gast 175  
 Gerty 303  
 Gewalt 309  
 Glaus 178  
 Goldberg 102  
 Goldmann 257  
 Goldschmidt 105  
 Golliner 33  
 Graef 239  
 Graetzer 225  
 Gretsels 50, 209  
 Griesbach 144  
 Grimme 314  
 Grundfest 269  
 Gudzent 290  
 Gutmann 353

## H

Hagemann 137  
 Hahn 138  
 Hailer 287  
 Hamm 144  
 Haubenreisser 239  
 Haupt 359  
 Hecht 282  
 Heermann 141  
 Hegler 50  
 Heine 127  
 Heinemann 284  
 Heinz 26, 87  
 Hellwig 330  
 Heyn 91  
 Hildebrandt 130  
 Hirsch 83, 163  
 Hirschfeld 247  
 Hitzenberger 131  
 Hochsinger 338  
 Hofbauer 30  
 Hollaender 180  
 Hollenbach 321  
 Holzhäuser 151  
 Hubrich 339  
 Hunæus 335

## I

Imhofer 31  
 Immelmann 358

## J

Jacobsohn 214

Jacoby 122  
 Jenny 340  
 Jentsch 364  
 Joers 300  
 Jötten 287  
 Juliusburger 345

## K

Käding 175  
 Kall 161  
 Kammer 307  
 Karo 178  
 Katz 372  
 Kaufmann 119  
 Kayser 152  
 Keeser 42  
 Keibel 126  
 Kleinschmidt 212, 278, 363  
 Klemperer 173, 278  
 Kneier 51  
 Kobrak 206  
 Kockel 98  
 Köhler 212  
 Kölliker 289  
 Koenigsfeld 307  
 Kohn 193  
 Kohrs 299  
 Koltonski 128  
 Kondoléeon 75  
 Korb 276  
 Korbsch 48  
 Koslowsky 17  
 Kraus 71, 248  
 Kress 275  
 Kretschmer 337  
 Kritzer 170  
 Kröncke 117  
 Kron 106, 184  
 Kühl 330  
 Kühn 85  
 Kulenkampff 301

## L

Lange 368  
 Langer 241  
 Langes 26  
 Lau 97  
 Lederer 263  
 Lehmann 135  
 Lenk 87, 138, 343  
 Levi 250  
 Levy 143  
 Levy-Lenz 123  
 Liebermeister 259

Liek 166  
 Lippmann 356  
 Loeb 292  
 Lünenborg 262

## M

Maaß 142  
 Mahlo 185  
 Maier 154  
 Maisel 146  
 Markus 289  
 Mathes 199  
 Mayer 329  
 Mertens 252  
 Meyer 213  
 Mezei 3  
 Michael 372  
 Michalke 274  
 Mocny 374  
 Moro 298

## N

Nast 89, 144  
 Neißer 76  
 Neu 152  
 Neuffer 243  
 Neugebauer 68  
 Neuland 323  
 Neumann 176, 233  
 Nieveling 216  
 Nikolaus 331  
 v. Noorden 302  
 Nordmann 12

## O

Ochsenius 365  
 Oehler 37  
 Oelze 374  
 Opitz 317  
 Oppenheim 95  
 Oppenheimer 271  
 Orth 50

## P

Peritz 10  
 Perl 219  
 Pfaundler 306  
 Pfeleiderer 27  
 Pólya 331  
 Prym 66  
 Pulay 217  
 Putz 94

## R

Rahn 209

**X**

Rahner 15  
 Rehder 308  
 Reiche 290  
 Reye 171  
 Rheinboldt 22  
 Rhonheimer 207  
 Riche 67  
 Robert 319  
 Roemer 168  
 Rohres 84  
 Rosenberger 281  
 Rosenfeld 208  
 Runge 288

**S**

Sachs 220  
 Sakheim 176, 323  
 Salinger 295  
 Sandberg 23  
 Schäfer 190, 342  
 Schickhardt 55  
 Schirmer 367  
 Schirren 310  
 Schlesinger 11, 228  
 Schlichtegroll 218  
 Schmalfuß 314, 334  
 Schmidt 186, 365  
 Schneider 221  
 Schneidt 28  
 Schreus 182  
 Schröder 150  
 Schüle 148  
 Schulte-Tigges 131  
 Schultze 191  
 Schulze 1

Schüßler 237  
 Schwalbe 198  
 Seggelke 222  
 Seuffer 300  
 Sfakianakis 34  
 Siebelt 273  
 Sieben 65  
 Siegel 233  
 Simmonds 180, 308  
 Sioli 18  
 Smitt 158  
 Sohler 84  
 Sonnenfeld 124  
 Sonntag 241  
 Spiethoff 181  
 Stahl 17  
 Stark 334  
 Stein 18  
 Steiner 88, 272  
 Stepp 83  
 Stern 86, 99, 248, 369  
 Strakosch 351  
 Strauch 266  
 Strauß 103  
 Striepecke 83  
 Stühmer 188

**T**

Taeye 13  
 Taenzer 62  
 Tiefenbrunner 369  
 Tobbe 270  
 Treuherz 296  
 Treupel 163  
 Türk 350

**U**

Uhlenhuth 287

**V**

Veilchenblau 162  
 Thoden van Velzen 135  
 Voltolini 105

**W**

Walther 26  
 Weigeldt 251  
 Weinbrenner 252, 258  
 Werner 59  
 Weygandt 32  
 Wiedemanu 121  
 Wiener 38  
 Wiesenack 181  
 Wilbrand 148  
 Wilhelm 118  
 Wilke 284  
 Willamowski 349  
 Wisser 9  
 Wolff 273

**Y**

Ylppö 54

**Z**

Zehner 176  
 Zoepffel 233  
 Zuelzer 24

**Neue Bücher.**

Breitenstein's Repetitorien 256  
 A. J. Cemach, Diagnostik innerer  
 Krankheiten in Tabellenform 96  
 H. Fehlinger, Das Geschlechtsleben  
 der Naturvölker 224  
 Ficker, Einfache Hilfsmittel zu bakte-  
 riologischen Untersuchungen 378  
 E. Graetzer, Diagnostische Winke für  
 die tägliche Praxis 223  
 M. Hirsch, Über das Frauenstudium  
 64  
 R. Imhofer, Gerichtliche Ohrenheil-  
 kunde 31  
 E. Kraft, Analytisches Diagnostikum  
 224

K. B. Lehmann u. R. O. Neumann,  
 Atlas und Grundriß der Bakteriologie  
 und Lehrbuch der speziellen bakteri-  
 ologischen Diagnostik 64  
 J. Mackenzie, Krankheitszeichen und  
 ihre Auslegung 224  
 Oelze, Untersuchungsmethoden und  
 Diagnose der Erreger der Geschlechts-  
 krankheiten 378  
 Placzek, Das Geschlechtsleben der  
 Hysterischen 64  
 Reichs-Medizinal-Kalender 160  
 J. Schaffer, Vorlesungen über Histo-  
 logie und Histogenese 96  
 W. Weygandt, Erkennung der Geistes-  
 störungen 32





UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9359

